



## Der Bruch ethischer Normen durch die Ökonomisierung in der Kinder- und Jugendmedizin\*

Stellungnahme der Kommission für ethische Fragen der DAKJ

---

### Die Medizinethik

setzt sittliche Normen im Gesundheitswesen (1, 2, 3). Ziel ist, das Wohlergehen und die Würde des Menschen sowie das Recht auf die Selbstbestimmung des Patienten zu wahren unter dem Gebot, dem Patienten nicht zu schaden. Sie verpflichtet zur Daseinsfürsorge und Hilfeleistung sowie zur Gleichheit und Gerechtigkeit der Verteilung von Leistungen.

### Die Ökonomie

ist die Wissenschaft von der Wirtschaft und ihrem Umgang mit Gütern und Dienstleistungen, die häufig nur beschränkt zur Verfügung stehen. Ökonomisierung bedeutet die Ausweitung des Marktes mit seinen eigenen Regeln und Prioritäten auf die Medizin. Bis zur Beendigung des Selbstkostendeckungsprinzips 1992 spielten kommerzielle Überlegungen eine weniger ausgeprägte Rolle. Heute konkurrieren sie mit dem traditionellen ärztlichen Selbstverständnis, indem sie die Aufgabe der Heilung eines kranken Menschen dem Ziel gleichsetzen, Leistungen zu erbringen, die gut abgerechnet werden können. Der Markteintritt von Kapitalgesellschaften hat den auf dem Gesundheitswesen lastenden ökonomischen Druck deutlich verstärkt.

### Ethik und Ökonomisierung

Ärztliche und pflegerische Verpflichtungen stoßen in der Medizin mit betriebswirtschaftlichen Zielen zusammen. Einerseits soll der Arzt seinen Patienten bestmöglich behandeln, andererseits die kaufmännische Leitung das Kosten-Nutzen-Verhältnis berücksichtigen. Die Beantwortung der Frage, ob Ökonomie oder Ethos Vorrang haben, ist umstritten. Zwischen beiden herrscht eine Spannung, die nur kooperativ im Dialog gelöst werden kann. Der Ökonom im Gesundheitswesen sollte das ärztliche Ethos beachten und medizinethische Forderungen müssen in ihren ökonomischen Konsequenzen bedacht werden. Da im Mittelpunkt aller Wirtschaft der Mensch stehen soll, muss die Ökonomie dem humanen Leitbild der Ethik folgen. Folgt die Wirtschaft den Prinzipien von Humanität, Solidarität und Verantwortung, stellt sie das notwendige ausgeglichene Verhältnis von Ökonomie und Ethik her.

### Die Rechte kranker Kinder und Jugendlicher

- Die Bundesrepublik hat 1990 das Übereinkommen der Vereinten Nationen über "Die Rechte des Kindes" unterzeichnet, deren übergeordneter Grundsatz "das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit" ist. Das gleiche Ziel verfolgt die "Allgemeine Erklärung der Menschenrechte" von 1948 (4,5).

---

\* Der Einfachheit halber wird die maskuline Form für alle Geschlechter verwendet.

- Die letzten drei Jahrzehnte sind durch die Schließung zahlreicher Kinderkliniken gekennzeichnet und in neuerer Zeit ist die flächendeckende pädiatrische Notfallversorgung durch Bettenabmeldungen gefährdet worden. Um die gebotene Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten, ist die Notfallversorgung in einer Klinik für Kinder und Jugendliche in erreichbarer Nähe erforderlich (6, 7).
- Wenn ein Kind, besonders im Säuglings- und Kleinkindalter, stationär behandelt werden muss, darf die Verbindung zu seinen Eltern nicht unterbrochen werden. Auf die Notwendigkeit, die Mitaufnahme der Eltern zu garantieren, ist bereits 1988 (8) hingewiesen worden und sie wurde im "Nationale(n) Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010" erneuert (9).
- Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich deutlich von den Methoden, die bei mündigen Patienten in der Erwachsenen-Medizin angewandt werden. Bereits aus der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (44) ergibt sich, dass die pädiatrische Behandlung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und entsprechende pädiatrische Subspezialisten in Klinik und Praxis geboten ist (10,11).
- Der Umgang mit Kindern und ihre pflegerische Versorgung, besonders von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, verlangt ein eigenes Einfühlungsvermögen und spezielle Fähigkeiten. Diese Kompetenzen sind Grundlage der Arbeit spezifisch ausgebildeter Kinderkrankenpflegekräfte (9).
- Der Deutsche Ethikrat und die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer haben den ethischen Orientierungsrahmen für die Behandlung im Krankenhaus formuliert. Danach ist es geboten, allen Patienten, auch Kindern und Jugendlichen, mit ihren altersbedingten Bedürfnissen, eine Qualität zu gewährleisten, die der körperlichen und seelischen Situation angemessen ist (12,13,14).
- Mit dem Patientenrechtegesetz hat der Gesetzgeber 2013 Maßstäbe für die "Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" definiert. Er hat der Beachtung des Patientenwillens, auch von Kindern, deren Entwicklungsstand eigene Entscheidungen möglich macht, einen sehr hohen Stellenwert eingeräumt. Im gleichen Sinn hat 2016 der Deutsche Ethikrat das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen, die als "Patientengruppe mit besonderen Bedarfen" herausgestellt wird, als Richtschnur für die gerechte Vergabe der Ressourcen vorgegeben (12,15).
- In der gleichen Stellungnahme hat der Deutsche Ethikrat 2016 die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit für Kinder und Menschen mit Behinderung oder Migrationshintergrund als wesentliches ethisches Leitprinzip herausgestellt (12).
- Von maßgeblichen Institutionen, kompetenten Berufsorganisationen und vielen Autoren wird seit Jahren auf den riskanten Missstand hingewiesen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen weder kostendeckend, noch ausreichend finanziert wird. Für geschultes Personal, besondere Bedürfnisse von Kindern, Notfälle, die erforderliche Vorhaltung von Betten (Epidemiologie, Hygiene), Intensivpflege-Patienten, seltene Erkrankungen u. a. besteht ein fachspezifischer pädiatrischer Mehrbedarf. Es ist dringend erforderlich, dass ein angemessenes

Finanzierungssystem eingeführt wird, das die Rechte garantiert sowie den Notwendigkeiten und den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen entspricht (3,10, 11, 12, 16, 17, 35, 38, 61).

### **Bruch 1: Missachtung der Rechte und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen**

Kinder werden in Deutschland nur als kleine Randgruppe unserer Gesellschaft wahrgenommen. Sie und die Vertreter ihrer Interessen können sich nicht adäquat Gehör verschaffen (18). Kindheit wird häufig nur als Übergangszeit wahrgenommen und gilt deshalb als weniger wichtig. Vielfach werden jene, die sich persönlich, familiär und beruflich (z. B. Lehrer, Erzieher) mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen, in diese Abwertung einbezogen und benachteiligt (19). In prominenten Stellungnahmen werden Kinder und Jugendliche nicht erwähnt (20, 21) und in der Kinderkommission des Deutschen Bundestages ist kein Kinder- und Jugendarzt vertreten (22). Von einer „kinderorientierten Gesellschaft“ (23, 24) ist Deutschland erschreckend weit entfernt und die angemessene wie gut begründete Forderung, die Kinderrechte im Grundgesetz zu verankern (24, 25, 26), wurde bislang nicht umgesetzt. Auch wird der anerkannte Grundsatz "das Wohl der Kinder vorrangig zu berücksichtigen" (9, 27) bisher kaum verwirklicht und vielfältige Appelle, die ärztliche Ethik der Ökonomisierung in der Kinderklinik entgegenzustellen (28, 29, 30, 31, 32) verhallen ungehört.

### **Bruch 2: Vulnerabilität der Kinder**

Da sich Kinder vom Neugeborenen bis zum Erwachsenen fortlaufend entwickeln und einem ständigen Wandel unterliegen (33), sind sie aus biologischen, seelischen und sozialen Gründen wesentlich verletzlich als Erwachsene und haben ein höheres Schutzbedürfnis (34). Es muss berücksichtigt werden, dass die Kindheit und Jugend prägende Lebensabschnitte von hoher Bedeutung sind (63), in denen für die nachhaltige Vermeidung zukünftiger seelischer, gesundheitlicher und sozialer Probleme gesorgt werden muss. Die große Vulnerabilität, die ein mit hohem Zeitaufwand verbundenes besonderes ärztliches und pflegerisches Empfinden und Handeln erfordert, wird bei der Finanzierung nicht beachtet (4, 8, 12, 35) und die pädiatrischen Fallpauschalen sind unterbewertet. Die wegen des Personalmangels unter starkem Leistungs- und Zeitdruck sowie einer steigenden Gesamtarbeitslast arbeitenden Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Kinder- und Jugendärzte sind der Gefährdung ausgesetzt, die alters- und entwicklungsgerechte Versorgung der Kinder aus Zeitmangel nicht in dem erforderlichen Maße leisten zu können (28, 36, 37, 38). Zu wenig Zeit für die Aufgaben des medizinischen Kinderschutzes (39, 40), auf Intensivtherapiestationen eklatante Engpässe in der Versorgung mit gefährdenden Transporten schwerkranker Kinder und Bettenmangel (36, 41) schaden unseren Patienten.

### **Bruch 3: Patientenwohl**

Die Pflegenden und Ärzte können unter diesen Bedingungen nicht in ausreichendem Maße ihrem in der Berufsordnung verankerten Auftrag, ihr Handeln am Wohl des Patienten und der Familie auszurichten, nachkommen (20, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50). Dies trifft insbesondere auf das in der UN-Kinderrechtskonvention (4) und der EU-Grundrechtscharta (51) herausgestellte, im Familienrecht verankerte und seit 1989 in der Bundesrepublik gesetzlich festgeschriebene Kindeswohl zu. Auch ist die Patientensicherheit durch die äußerst angespannte Versorgungssituation in den Kinderkliniken gefährdet (29, 41, 52).

### **Bruch 4: Solidaritätsprinzip**

Der in Artikel 20 des Grundgesetzes (53) verankerte Sozialstaatsgedanke mit der Verpflichtung zur sozialen Gerechtigkeit (Gesundheit, Teilhabe) findet in der Kinder- und Jugendmedizin nicht die angemessene Berücksichtigung. Durch die regional unterschiedliche Finanzierung z. B. von

tagesklinischen Leistungen und Spezialambulanzen wird der Gleichheitsgrundsatz verletzt. Die Finanzierung nach dem Solidaritätsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung, wonach die Leistungen "dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben (54)", wird nicht eingehalten. Im ambulanten Bereich sind diese Unterschiede insbesondere bei der Benachteiligung der sprechenden Medizin gegenüber dem technisch- apparativen Bereich kritisch zu sehen. Kinder- und Jugendmedizin ist sowohl in der Prävention als auch in der Therapie in erster Linie eine beziehungs- und zuwendungsintensive, sprechende Medizin. Eine Restriktion der Beratungsmedizin trägt den Erfordernissen der Kinder und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung in keiner Weise Rechnung.

### **Bruch 5: Unterfinanzierung und Benachteiligung der Kinderkliniken**

Seit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) 2003 arbeitet die Mehrzahl der Kinderkliniken in vielen Bereichen defizitär, weil ihnen die Aufwendungen nicht ausreichend erstattet werden (6, 10, 11, 16, 17, 28, 38). Gegenüber der Erwachsenen-Medizin wird die Pädiatrie, deren Spektrum die ganze Bandbreite von der hausärztlichen Tätigkeit bis zur hochspezialisierten Versorgung seltener Krankheiten umfasst, in vielen Bereichen benachteiligt. Dieses überdurchschnittliche Leistungsspektrum (400-500 DRGs gegenüber durchschnittlich 200 bei Erwachsenen) muss adäquat abgebildet werden. Pädiatrische DRGs spiegeln häufig den wirklichen Leistungsumfang nicht wider. Damit werden gegen die gesetzlich verankerten Grundsätze der Gleichheit und Gerechtigkeit im Zugang zu Versorgungsleistungen verstoßen. Im DRG-System werden nur erfolgte Leistungen und keine Vorhaltung für Notfälle und Epidemien finanziert. Ambulante und teilstationäre Leistungen werden nicht ausreichend vergütet. Das ist für die Kinderheilkunde bei der Diagnostik und Behandlung seltener Erkrankungen besonders nachteilig. In einer Zeit der fortlaufenden Schließung von Kinderkliniken und -stationen (7, 17, 30, 55, 56) wird deren Fortbestand und damit die flächendeckende pädiatrische stationäre Versorgung in Deutschland bedroht.

Das außerordentlich breite Leistungsspektrum der Pädiatrie wird durch die Zunahme chronischer und seltener Erkrankungen sowie neue Morbiditäten laufend erweitert. Die zahlreichen präventiven Aufgaben für Kinder und Jugendliche, die kontinuierliche Fortbildung der Pflegenden und Ärzte, häufige Kinder-Notfälle, die hohen Vorhaltekosten für saisonale und epidemiologische Erkrankungen sowie die daraus resultierende fachspezifische Schwierigkeit, Leistungen zuverlässig zu planen, bleiben unberücksichtigt (16, 35).

### **Bruch 6: Personalmangel**

Die Personalkosten in Kinderkliniken machen 80% der Gesamtkosten aus, 30% mehr, als in der Erwachsenen-Medizin (12, 16). In den besonders personalintensiven Kliniken für Kinder und Jugendliche fehlt Fachpersonal, so dass Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gegenwärtig vielfach nur eingeschränkt erfüllt werden können (28, 37, 38, 57, 58). Hauptursachen für den "leergelegten Stellenmarkt" sind die in den letzten Jahren reduzierten Ausbildungskapazitäten (59), die mangelnde Attraktivität des Pflegeberufes durch Überlastung, unzureichende Bezahlung und ein daraus resultierender Nachwuchsmangel.

In den letzten zwei Jahren hat der Gesetzgeber mehrere Regelungen wie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (43), die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRGs (60), die Sicherstellungszuschläge für "bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grundversorgung (61)" und die Ersatzvornahme zu den Personaluntergrenzen (62) in Kraft gesetzt. Ob sie zu einer Verbesserung des prekären Mangels an pädiatrischem Pflegepersonal führen, kann derzeit nicht beurteilt werden, da sich qualifizierte Kräfte kaum finden lassen. Die Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA setzen das System zusätzlich unter Druck, weil sie gleichfalls Pflegepersonaluntergrenzen definieren und zusätzlich mit Sanktionen bewehrte Anforderungen an die Pflege-Qualifikation stellen.

## **Bruch 7: Gefährdung der ambulanten flächendeckenden Versorgung**

In den Praxen für Kinder- und Jugendmedizin sind zunehmend Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit tätig, vor allem in ländlichen Bereichen können Praxen teilweise nicht nachbesetzt werden. Durch diese veränderte Versorgungsstruktur nimmt die ambulante Versorgungskapazität ab, während der Versorgungsbedarf durch neue Aufgaben und eine veränderte Morbidität (66) steigt. Demzufolge sind die Fallzahlen pro Arzt in den letzten Jahren erheblich gestiegen (67). Eltern finden in ländlichen Gebieten und in Brennpunktbereichen immer häufiger keine wohnortnahe Kinder- und Jugendarztpraxis für eine adäquate Betreuung in Prävention, Akutmedizin, Beratung und in der spezialisierten Pädiatrie. Es bedarf einer gezielten Förderung.

## **Forderungen der DAKJ zum Wohl kranker Kinder und Jugendlicher**

Die deutschen Kinder- und Jugendärzte werden in ihrer Arbeit, die dem Wohl ihrer Patienten und der Bevölkerung dient, ständig mit einer offenkundigen Benachteiligung der heranwachsenden Generation bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und pflegerischen Betreuung konfrontiert.

Dies hat auch kürzlich die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in einem Positionspapier kritisiert (64) und die Unterversorgung belegt (65).

### **Inbesondere in folgenden Bereichen besteht dringlicher Handlungsbedarf:**

1. Strikte Befolgung der medizinethischen Normen und gesetzlichen Bestimmungen, mit dem Ziel einer wirksamen Wahrung der Rechte kranker Kinder und Jugendlicher.
2. Vorrang für Kinder und Jugendliche bei allen Maßnahmen, die zur Unterstützung ihrer Gesundheitsvorsorge, im öffentlichen Leben und für ihre Bildung getroffen werden. Das erfordert ein Umdenken in der Gesellschaft zum Wohl der heranwachsenden Generationen.
3. Sicherstellung des Betriebes von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin durch die Beseitigung der Unterfinanzierung. Dazu ist die Reformierung oder Aufhebung des Systems der DRG im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung von Kindern und Jugendlichen dringend erforderlich. Die Wege für die betroffenen Familien zur nächsten Klinik für Kinder und Jugendliche müssen zumutbar sein.
4. Die unmittelbare Steigerung der Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

---

Danksagung:

Wir danken Frau Dr. Annic Weyersberg und Prof. Dr. Bernd Roth, Universitätsklinik Köln für die kritische Durchsicht und Kommentierung dieser Stellungnahme.

### **Kommission für ethische Fragen**

Dr. Ernst Fukala, Halle a.d. Saale, Prof. Dr. P. W. Gaidzik, Witten, Dr. Ralf van Heek, Altenholz Prof. Dr. Egbert Herting, Lübeck, Prof. Dr. Thomas Klingebiel, Frankfurt, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm (Sprecher der Kommission), Prof. Dr. Oliver Muensterer, München, Dr. Andreas Oberle, Stuttgart

Die Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### **Korrespondenzadresse:**

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e. V.  
Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär  
Chausseestr. 128/129; 10115 Berlin; Tel.: 030.4000588-0; Fax.: 030.4000588-88  
e-Mail: kontakt@dakj.de; Internet: www.dakj.de

### **Literatur**

- 01 Wiesemann, C., N. Biller-Andorno: Medizinethik, Stuttgart, Georg Thieme-Verlag 2005
- 02 Maio, G.: Mittelpunkt Mensch Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Stuttgart Schattauer 2017
- 03 Staudt, F.: Ethik in der Kinder- und Jugendmedizin: Ein Leitfaden für Ärzte und Patienten Saarbrücken AkademikerVerlag 2018
- ders.: Ökonomie in der Medizin - ethische Aspekte. Monatsschr Kinderheilk 2020.168:828-833  
<https://doi.org/10.1007/s00112-019-00824-8>
- 04 Die Rechte des Kindes, Vereinte Nationen 20. November 1989, von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet am 26. Januar 1990, Artikel 24
- 05 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Vereinte Nationen 10. Dezember 1948 Artikel 25
- 06 Rettet die Kinderstation, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, GKind, BeKD, BVKJ, DGKCH, DGSPJ, VLKGD, Kindernetzwerk 2014
- 07 Schmid, R. G. u. W. Kölfen: Die pädiatrische Versorgung in Deutschland, Kinder- und Jugendarzt, 50. Jg. (2019) 587-589
- 08 EACH-CHARTA, Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS AKIK-Bundesverband e. V. 1988
- 09 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010
- 10 Aktion zur Sicherung der Krankenhausversorgung für Kinder und Jugendliche, „Rettet die Kinderstation“, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GkinD), Parlamentarischer Abend 2014
- 11 Weyersberg, A., Roth, B. u. Woopen, C.: Pädiatrie: Folgen der Ökonomisierung, Dtsch Arztebl 2018; 115 (9): A 382-6
- 12 Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Deutscher Ethikrat, 2016, Berlin
- 13 Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten, Bundesärztekammer, Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission. Dtsch Arztebl 2010; 110 (38): A 1752- A 1756
- 14 Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Deutscher Ethikrat, 2011, Berlin
- 15 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), 2013, BGBl. I, S. 277
- 16 Zimmer, K.-P.: Vergütungssysteme und Strukturanforderungen und Reformbedarf aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF, Berliner Forum, Medizin und Ökonomie, 2018
- 17 Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen: Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen, <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

- 18 Tönz, O.: Kindsein und Kinderhaben an der Zeitenwende, Monatsschr Kinderheilkd 2000. 148:917-923
- 19 Dunowsky, J.: Das Kind und seine Stellung in der Gesellschaft, Pediatrics and Related Topics, 2001, Vol. 40, pp. 457- 464
- 20 Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, 8 Thesen zur Weiterentwicklung und zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. - Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale) 2016
- 21 Berger, Roland: Krankenhausstudie 2019, Das Ende des Wachstums. Deutschlands Krankenhäuser zwischen Kostendruck und steigendem Wettbewerb.
- 22 Jackel-Neusser, K.: Die Kinderkommission des Bundestages nimmt wieder ihre Arbeit auf. Kinder- und Jugendarzt, 49. Jg. (2018) Nr. 8/18, S. 464
- 23 Largo, R. H.: Bewusstsein für Kinder: Was Kinder wirklich brauchen, Kinderärztliche Praxis 2011, 82, 49-52
- 24 Deutsches Kinderhilfswerk, Kinderreport 2018 und 2019, 25 Bausteine für ein kindgerechtes Deutschland
- 25 Straßburg, H. M., Zimmer, K.-P.: Warum die Kinderrechte in das Grundgesetz gehören. Dtsch Arztebl 2018; 115 (46): A 2110-3
- 26 Deutsches Kinderhilfswerk / Deutscher Kinderschutzbund / UNICEF Deutschland / Deutsche Lega für das Kind / Aktionsbündnis Kinderrechte: Kinder durch Aufnahme von Kinderrechten im Grundgesetz stärken, Pressemitteilung 26. 11.2019
- 27 Deutscher Bundestag Pressemitteilung: Kinder haben Rechte - Kinderkommission zum Weltkindertag am 20. September 2019
- 28 Weyersberg, A., Roth, B., Köstler, U. u. Woopen. C.: Pädiatrie: Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie, Dtsch Arztebl. 2019; 116 (37): C 1287-C 1292
- 29 Positionspapier der Bundesärztekammer "Patientenversorgung unter Druck" 26.05.19 30 Appell für eine starke Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland, Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands, Landesverband Sachsen-Anhalt, 26.05.19
- 31 Ärzte Codex "Medizin vor Ökonomie", [www.dgim.de/aerzte-codex](http://www.dgim.de/aerzte-codex)
- 32 "Ärzte-Appell" Medizin für Menschen - Ärzte fordern Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit Stern, Ausgabe Nr. 37, 05.09.2019
- 33 Entwicklung als kinder- und jugendmedizinische Besonderheit, BVKJ-Schwerpunktbrochure 2019, Hrsg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
- 34 Hartmann, W.: Kinderschutz-Leitlinie (AWMF vom 5.2.19) Kinder- und Jugendarzt 50. Jg. (2019) Nr. 4/19, S. 200-202
- 35 Weyersberg, A.: Ökonomisierung: Folgen für vulnerable Patientengruppen am Beispiel der Pädiatrie, Bundesärztekammer im Dialog – Patientenversorgung unter Druck, Berlin, 17.11.18
- 36 ARD Magazin "Kontraste", 14.11.19
- 37 Maibach-Nagel, E.: Mangel im Gesundheitswesen, Ein Trauerspiel, Dtsch Arztebl. 2019; 116 (19): C 741
- 38 Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: Petition 98930, Petitionsausschuss Deutscher Bundestag: Patientenrechte-Beendigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung/Sicherstellung der Betreuung gemäß den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention, Einreichdatum: 06.09.2019
- 39 Schwier, F., P. Manjgo u. M. Kieslich: Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz Monatsschr Kinderheilk 2019.167;856-867

- 40 Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen, BKiSchG vom 01.01.2012
- 41 Gießelmann, K., u. H. Korzilius: Für eine bessere Sicherheitskultur, Dtsch Arztebl 2019; 116 (38): C 1336-C 1337
- 42 Fukala, E.: Ökonomischer Hospitalismus, Kinder- und Jugendarzt, 41. Jg., 2010, S.111-112
- 43 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) v. 11. Dezember 2018
- 44 (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, Bundesärztekammer 2018, DOI:10.3238/arztebl. 2015. mbo\_daet 2018
- 45 Deklaration von Genf, Weltärztebund, Oktober 2017, in Bundesärztekammer, (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte v. 14.12.2018
- 46 Parsa-Parsi, R. u. U. Wiesing: Revision des ärztlichen Gelöbnisses, Dtsch Arztebl 2017; 114 (39): C 816-817
- 47 Deklaration von Helsinki, revidiert durch die 59. Generalversammlung im Oktober 2008, Seoul (Korea)
- 48 Haag, F.-G.: Arzttum: Statt Ethik Monetik, Dtsch Arztebl 1999; 96 (27): A-1804 / B-1527 / C-1423
- 49 Wehkamp, K.-H., Naegler, H.: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus, Dtsch Arztebl Int 2017; 114 (47):797-804; DOI; 10.3238/arztebl.2017.0797
- 50 AWMF, Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung
- 51 Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Art. 24 Abs. 2
- 52 Schrappe, M., Aktionsbündnis Patientensicherheit: APS:Weißbuch Patientensicherheit MMM Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG, Berlin 2018
- 53 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Artikel 20, Abs 1, Artikel 20a
- 54 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
- 55 Kommentar der DGKJ, der GKinD und des VLKKD auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE (Bundestags-Drucksache 19/7270)
- 56 Postnatales Kindeswohl I: Medizinische Versorgung im ambulanten und klinischen Bereich, Deutscher Bundestag, Berichterstattung aus Ausschuss und Plenum, Gremiensitzung am Mittwoch, 8. Mai 2019
- 57 Osterloh, F.: Krankenhäuser Folgen des Personalmangels, Dtsch Arztebl. 2019; 116 (13): C 495-C 497
- 58 Osterloh, F.: Personalvorgaben für Ärzte, Dtsch Arztebl. 2019; 116 (41): C 1468-C 1471
- ders.: Pädiatrie Wege aus der Unterfinanzierung, Dtsch Arztebl.2020; 117 (9): C 355-C 357
- 59 Bartzky, R.,: Deutschland bildet zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus! Kinder- und Jugendarzt, 51. Jg. (2020) Nr. 2/20, S. 74-77
- 60 InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Fallpauschalenvereinbarung und Fallpauschalenkatalog 2020
- 61 Osterloh, F.: Sicherstellungszuschläge Hilfe für Landkrankenhäuser, Dtsch Arztebl. 2019; 116 (29-30): C 1113-C 1114
- 62 Beerheide, R.: Personaluntergrenzen, Ministerium entscheidet erneut selbst, Dtsch Arztebl. 2019; 116 (38): C 1325



- 63 Mickley, M.: Frühe Prägung und Entwicklung des Kindes. In: Entwicklung als kinder- und jugendmedizinische Besonderheit. BVKJ-Schwerpunktbrochure 2019, Hrsg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
- 64 Positionspapier der DGKJ 2020 [https://www.dgkj.de/fileadmin/user\\_upload/200511\\_Positionspapier\\_final.pdf](https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/200511_Positionspapier_final.pdf)
- 65 Kinderkliniken vernünftig finanzieren. Die DGKJ zu den Folgen der Ökonomisierung <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/fags-finanzierung-kinderkliniken> 66 Reinhardt, D. u. F. Petermann: Neue Morbiditäten in der Pädiatrie Monatsschr Kinderheilk 2010.158:14-14, <https://doi.org/10.1007/s00112-009-2113-8>
- 67 Bartzky,R.: Honorarbericht 2019, Kinder- und Jugendarzt, 52. Jg., 2021, 4-9