

Kinder im Krankenhaus

Ethische Abwägungen zwischen Kinderrechten und Kostendruck¹

Von Frank Surall

1. Kinderrechte und ihre Konvergenz mit dem Anliegen theologischer Ethik

Im 20. Jahrhundert traten die Belange von Kindern vermehrt ins Blickfeld der internationalen Völkergemeinschaft, ohne dass damit zunächst bestimmte Rechte verbunden wurden. 1913 fand in Brüssel die Erste Internationale Kinderschutz-Konferenz statt, die aufgrund des bald darauf ausbrechenden Krieges ohne unmittelbare Wirkung blieb. Danach verabschiedete der Völkerbund 1924 die *Genfer Erklärung*, die jedoch in ihrem paternalistischen Duktus noch weit hinter dem Kinderrechtsgedanken zurückblieb.

Einen Meilenstein in der Entwicklung der Kinderrechte stellt die Verabschiedung einer *Erklärung der Rechte des Kindes* durch die Vereinten Nationen am 20.11.1959 dar. Diese sprach in Art. 4 vom Recht des Kindes »auf angemessene Ernährung, Unterbringung, Erholung und ärztliche Betreuung.« Sie gestand ihm einen »Anspruch« darauf zu, »gesund aufzuwachsen und sich zu entwickeln«.² Auf der anderen Seite blieb die Erklärung einer defizitorientierten Betrachtung des Kindes verhaftet. Insbesondere das behinderte Kind erhält nach Art. 5 lediglich passiv »die besondere Behandlung, Erziehung und Fürsorge, die seine besondere Lage erfordert.«³

Infolge der Bemühungen, die unverbindliche Erklärung von 1959 in eine völkerrechtlich bindende Konvention umzuwandeln, entstand nach zehnjährigen Beratungen ein gänzlich neuer Text, den die UN-Vollversammlung 1989 verabschiedete.⁴ Deutschland hat die Konvention mit Vorbehalten 1992 ratifiziert.⁵ Normatives Zentrum der Konvention ist Art. 3: »Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.« Art. 12 konkretisiert dies dahingehend, dass die Vertragsstaaten die Meinung des Kindes in allen dieses betreffenden Angelegenheiten »angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife« berücksichtigen. Hier werden *Partizipation* an sozialen Entscheidungsprozessen und *Integration* in die gesellschaftlichen Strukturen als neue Basisnormen erkennbar, die neben die früher allein geltenden Normen der Prävention und Protektion treten, ohne diese allerdings vollständig ablösen zu wollen.⁶ Der deutliche Unterschied zur älteren Erklärung lässt sich in Bezug auf behinderte Kinder veranschaulichen, die nicht länger passiv eine Sonderbehandlung erfahren, sondern nach Art. 23 »ein erfülltes und menschenwürdiges Leben unter Bedingungen führen« sollen, »welche die Würde des Kindes wahren, seine Selbständigkeit fördern und seine aktive Teilnahme am Leben der Gemeinschaft erleichtern«.

Manche Menschenrechte lassen sich auf Kinder in gleicher Weise (z.B. Recht auf Leben), andere nur abgestuft anwenden (Freiheitsrechte); wiederum andere gelten spezifisch für Kinder (z.B. Betreuung möglichst durch Eltern) oder sind gar Erwachsenenrechten (z.B. dem

Recht auf Arbeit) entgegengesetzt.⁷ Die Formulierung eigener Rechte für Kinder bedeutet jedoch keine Ausnahme von den allgemeinen Menschenrechten, sondern trägt den besonderen Umständen Rechnung, unter denen Kinder bereits aktuell und keineswegs erst prospektiv als künftige Erwachsene Träger der Menschenrechte sind.

Wenn sich eine theologische Ethik das Anliegen der Kinderrechte zu Eigen macht, folgt sie den Impulsen ihrer langen Tradition des Einsatzes für Schwache und Benachteiligte, die in einer eigenen, theologischen Begründung der fundamentalen Gleichheit aller Menschen wurzelt.⁸ Der christlichen Schöpfungslehre zufolge sind alle Menschen gleichermaßen zum Ebenbild Gottes geschaffen. Damit wird das soziale Gefälle zwischen Frauen und Männern, Sklaven und Herren, Fremden und Einheimischen, Kindern und Erwachsenen relativiert. Was vom Menschen her betrachtet als Überlegenheit des einen über den anderen erscheint, wird in der Relation zu Gott belanglos.⁹

Der in der Gottebenbildlichkeit begründete Gleichheitsgrundsatz erhält von der neutestamentlichen Soteriologie her einen besonderen Akzent. Die reformatorische Theologie hat mit dem Schlagwort »solus Christus« zum Ausdruck gebracht, dass Heil und Rettung von Christus allein herrühren: kein Mensch kann sich vor Gott rühmen (1. Kor. 1.29). Die theologisch defizitäre Situation *aller* Menschen kann ein besonderes anthropologisches Defizit von Kindern als »Noch-nicht-Erwachsenen« nicht begründen. Positiv gewendet heißt das: Die voraussetzungslose Annahme Gottes gilt jedem Menschen in seiner jeweiligen Eigenart, dem Kind ebenso wie dem Erwachsenen. Sie bildet den theologischen Grund der Säuglingstaufe, durch die selbst dem Erwachsensein fernsten Kindern die volle Mitgliedschaft in der kirchlichen Gemeinschaft zuerkannt wird.¹⁰

2. Kinderrechte im Krankenhaus

Im Blick auf die medizinische Versorgung spricht die UN-Konvention in Art. 24 vom »Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.« Einerseits lässt der Begriff »Höchstmaß an Gesundheit« keine Beschränkung auf eine medizinische Minimalversorgung oder gar bloße Pflege (so die *Genfer Erklärung*) zu. Andererseits erfordert die Einschränkung »erreichbare« eine Berücksichtigung der konkreten Gegebenheiten ohne Evokation utopischer Wunschvorstellungen.

Einen Versuch, das Kinderrecht auf bestmögliche medizinische Versorgung hinsichtlich der Situation von Kindern im Krankenhaus zu konkretisieren und auszugestalten, haben europäische Elternverbände mit der 1988 verabschiedeten *Charta für Kinder im Krankenhaus* (EACH-Charta) unternommen (bestätigt und erläutert 2001).¹¹ 1991 hat ihr auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugestimmt. In Deutschland haben sich Berufsverbände von Pädiatern, Kinderchirurgen und der Kinderpflege die Aussagen der zehn Artikel im Wesentlichen zueigen gemacht.¹² Im Folgenden sollen einige wichtige Punkte der Charta vor einem theologisch-anthropologischen und kinderrechtlichen Hintergrund erörtert werden.

2.1 Der Primat ambulanter und häuslicher Versorgung im Kontext einer relationalen Anthropologie

Eine grundlegende Besonderheit der Situation von Kindern im Krankenhaus resultiert aus ihrer spezifischen Relationalität, d.h. ihrer von Erwachsenen unterschiedenen Fähigkeit und Eigenart, Beziehungen zu Mitmenschen und Umwelt einzugehen und zu gestalten. Der Relationalität kommt auch in der Sicht theologischer Anthropologie und Ethik besondere Bedeutung zu. Die Situation, in der sich der Mensch befindet, sowohl in der Relation zu Gott als auch in der Relation zu Mitmenschen und Umwelt als eine kommunikative Situation zu begreifen und den Menschen dem entsprechend grundlegend als Beziehungswesen zu verstehen, hat die theologische Anthropologie im 20. Jahrhundert insbesondere von jüdischen Denkern wie Martin Buber und Franz Rosenzweig lernen können.¹³ Die dialogische Struktur des Menschen wurde indes bereits von Luther in einen Zusammenhang mit dem Personbegriff gebracht (*fides facit personam*).¹⁴ Person-Sein heißt In-Beziehung-Sein, mag die Art der Beziehungen auch von den jeweiligen individuellen und lebensgeschichtlichen Voraussetzungen abhängen. Der Mensch ist keine nur auf sich selbst bezogene autarke Einheit – der *homo incurvatus in se* war vielmehr schon für die reformatorische Theologie das Gegenbild des beziehungsreichen Menschen, wie er von Gott geschaffen wurde: frei für die Beziehung zu Gott und den Mitmenschen. In diesem vorethischen Konstituens des Menschen liegt zugleich der ethische Auftrag, für Rahmenbedingungen Sorge zu tragen, die der personalen Struktur des Menschen gerecht werden.

Die kindliche Relationalität ist dadurch geprägt, dass ein Kind viel stärker als ein Erwachsener auf die Stabilität seiner Umweltstrukturen angewiesen ist. Unter den sieben Grundbedürfnissen von Kindern, die zwei führende amerikanische Pädiater und Kinderpsychologen jüngst zusammengestellt haben, rangiert das »Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen« an erster Stelle.¹⁵ Den negativen Auswirkungen eines Krankenhausaufenthalts auf Kinder ist seit der Entdeckung des Hospitalismus durch den Münchner Kinderarzt Meinrad v. Pfandler¹⁶ 1899 in vielfältigen Untersuchungen nachgegangen worden. Konzentrierte man sich zunächst auf die Folgen langdauernder Aufenthalte, so traten seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt auch psychische Deprivation und psychosomatische Symptome bei Kindern infolge kurzdauernder Krankenhausaufenthalte in den Blick.¹⁷

Es ist daher zunächst einmal im Vorfeld einer stationären Einweisung bei einem Kind besonders sorgfältig zu prüfen, ob eine Herauslösung aus seiner vertrauten Umgebung tatsächlich für sein Wohl unabdingbar ist. Der erste Artikel der *Charta* lautet: »Kinder sollen nur dann in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wenn die medizinische Betreuung, die sie benötigen, nicht ebensogut zu Hause oder in Tagespflege erfolgen kann.« Selbstverständlich gibt es Krankheiten und Unfälle, bei denen die Aufnahme in ein Krankenhaus unumgänglich ist. Ebenso gibt es auf der anderen Seite Bagatellerkrankungen, bei denen niemand daran denken würde. Der Problembereich liegt dazwischen: Das Sozialgesetzbuch sieht in § 115b des 5. Buchs (SGB V) einen »Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe« vor – durchführbar heißt jedoch nicht, dass sie stets ambulant durchgeführt werden müssten.¹⁸ Die Möglichkeiten der ambulanten bzw. teilstationären Versorgung haben sich zusammen mit dem Angebot häuslicher Krankenpflege in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Als eine Ursache ist sicherlich der latente ökonomische Druck zur Ent-

wicklung kostengünstiger Alternativen zu teuren Krankenhausaufhalten zu nennen. Dieser Druck wird sich infolge der allgemeinen Einführung des Fallpauschalensystems von 2004 an noch erheblich verstärken, insofern damit eine Verlagerung der Aufmerksamkeit der Kostenträger von der Länge der Liegezeiten auf die Frage nach der Notwendigkeit einer stationären Einweisung überhaupt verbunden sein wird. Grundsätzlich weisen in diesem Fall der Zwang zu sparen und die ethische Maßgabe, das kindliche Bedürfnis nach Stabilität im sozialen Umfeld in möglichst hohem Maß zu gewährleisten, in dieselbe Richtung. Jedoch ist zu betonen, dass eine primär ökonomisch motivierte Entscheidung für eine ambulante Behandlung ebenso im Widerspruch zum Recht des Kindes auf Gesundheit stünde wie ein ungerechtfertigter Krankenhausaufenthalt. Dass ambulante und stationäre Versorgung überhaupt als Alternative oder gar Konkurrenz erscheinen und die Struktur des Gesundheitssystems bislang deren *Vernetzung* erschwert, erweist sich im Blick auf Kinder als besonders gravierendes Defizit.¹⁹ Ob die diesbezüglich an sich vielversprechenden Möglichkeiten des Fallpauschalensystems tatsächlich genutzt werden, ist derzeit nicht zuletzt angesichts der fehlenden Einbindung von Tageskliniken eher fraglich. Hier muss die in den nächsten Jahren zu erwartende Erweiterung auf den ambulanten Bereich abgewartet bzw. kritisch begleitet werden.

Aus ethischer Sicht ist dort, wo eine Abwägung überhaupt möglich ist, der kindlichen Relationalität ein besonders starkes Gewicht beizumessen. Daraus folgt jedoch keineswegs, dass ambulant durchführbare Eingriffe bei Kindern grundsätzlich ambulant durchzuführen wären. Vielmehr kann in manchen Fällen gerade der Umstand, dass der Patient ein Kind ist, die Entscheidung für einen stationären Aufenthalt sogar verstärken. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn nach einem auch ambulant möglichen Eingriff eine längere Beobachtung oder Bettruhe erforderlich ist. Einem Erwachsenen könnte man die Selbstdisziplin und –verantwortung zuzumuten, das Bett zu hüten, oder zutrauen, auf bestimmte Symptome bei sich selbst zu achten bzw. das Risiko zu tragen, diese aufgrund fehlenden medizinischen Sachverstands nicht zu erkennen. Ein Kind kann eine solche Verantwortung für sich selbst nicht im vollen Umfang übernehmen. Zudem wäre dann, wenn ein Kind alternativ längere Zeit zwar in vertrauter Umgebung, doch allein und mit eingeschränkter Bewegungsmöglichkeit verbringen müsste, abzuwägen, ob hier nicht von der besonderen kindlichen Relationalität her einem stationären Aufenthalt gemeinsam mit anderen Kindern der Vorzug zu geben wäre. Wo die häusliche Situation keine Kompensation bietet – inzwischen hat fast die Hälfte der Kinder unter 6 Jahren eine erwerbstätige Mutter²⁰ –, wird man daher mitunter um des Kindeswohls willen sogar eher einen stationären Aufenthalt für angemessen halten als bei einem Erwachsenen.

Statt pauschaler Regelungen erfordert also der Grundsatz des Kindeswohls eine Abwägung im konkreten Einzelfall, in die neben dem medizinischen Sachverhalt die häusliche Situation und das Alter des Kindes einbezogen werden müssen. In Art. 1 der *Charta* verdeckt die Formulierung »ebensogut zu Hause oder in Tagespflege« die besondere Schwierigkeit, dass die Abwägung unterschiedliche Ebenen einbezieht. »Ebensogut« nach im engeren Sinn medizinischen Kriterien wird die Versorgung zu Hause oder in Tagespflege nur selten sein können. Vielmehr sind medizinische Indikation und psychosoziale Folgen gegeneinander abzuwägen. Mögliche, keineswegs zwangsläufige Vorzüge in psychosozialer Hinsicht, die im weiteren Sinne natürlich auch gesundheitlich relevant sind, können bei ambulant durchführbaren Eingriffen bis zu einem gewissen Grad Einbußen in der Qualität der medizinischen Versorgung

bzw. Überwachung aufwiegen. Wann dies im Einzelfall gegeben ist, hängt nicht zuletzt von der Gewichtung dieser unterschiedlichen Ebenen ab, die nicht normativ vorgegeben werden kann. Wohl aber lässt sich aufgrund der besonderen Bedeutung der Konstanz verlässlicher Beziehungen für ein Kind als Vorzugsregel formulieren: *in dubio pro domo*.

Daraus folgt weiter, dass die Herauslösung aus dem häuslichen Umfeld bei Kindern zeitlich möglichst kurz gehalten werden sollte. Im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte wurde die Verweildauer von Kindern im Krankenhaus gedrittelt. Derzeit beträgt sie durchschnittlich weniger als 7 Tage, mit weiter sinkender Tendenz, und liegt z.B. in Nordrhein-Westfalen in den Fachbereichen Kinderheilkunde und Kinderchirurgie mit 6,3 bzw. 4,8 Tagen deutlich unter derjenigen von Innerer Medizin (9,0) und Chirurgie (8,9).²¹ Die auch hier festzustellende Koinzidenz von medizinischem Fortschritt, Kostendruck und Kindeswohl ist allerdings ähnlich ambivalent wie bei der Verbesserung ambulanter Versorgungsmöglichkeiten. Dass die Auslastung der pädiatrischen Einrichtungen trotz der geringeren Verweildauer annähernd konstant bei ca. 70 % geblieben ist, ist auf die Reduzierung der Bettenanzahl bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahl zurückzuführen: Allein in dem kurzen Zeitraum von 1997 bis 2001 wurden 12 % der Planbetten in Kinderkliniken und -abteilungen abgebaut, während die Fallzahl weiter um knapp 3 % anstieg.²² Möglich wurde dies nur durch ein verdichtetes, sowohl für die Kinder als auch für Ärzte und Pflegende anstrengenderes Tagesprogramm mit intensivem diagnostischem Einsatz von Medizintechnik.²³

2.2 Aufrechterhaltung der Beziehungen des Kindes

Wenn es unumgänglich ist, dass ein Kind in ein Krankenhaus aufgenommen wird, ist dem Rechnung zu tragen, dass ein Kind weniger als ein Erwachsener in der Lage ist, den Fortfall des familiären und sozialen Beziehungsumfelds allein zu kompensieren. Daher sind die vertrauten Beziehungen, soweit es die veränderte Situation zulässt, aufrechtzuerhalten. Dies impliziert zunächst eine möglichst liberale Besuchsregelung. Bereits vor über 40 Jahren hat Jane Woodward einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Besuchen und dem Vermeiden von Verhaltensstörungen festgestellt.²⁴ Hier sind die Beschränkungen seitdem zwar »dramatisch abgebaut worden. Der überwiegende Teil der Kinderkrankenhäuser lässt Besuch rund um die Uhr zu.«²⁵ Anders verhält es sich mit dem Alter der Besucher. Im Jahr 2001 hielt immerhin noch ein Drittel aller Kinderkliniken und -abteilungen an einer Altersbeschränkung für Geschwister und Freunde fest.²⁶ Eine meist mit besonderen Infektionsrisiken begründete pauschale Unterbindung des Kontakts zu Kindern unterhalb eines bestimmten Alters scheint indes kaum mehr gerechtfertigt, da die klassischen infektiösen Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Kinderlähmung oder Scharlach »heute nur noch für einen kleinen Teil der Krankheiten im Kindesalter verantwortlich« sind und »fast in gleichem Ausmaß auch bei Erwachsenen« auftreten.²⁷

Wichtiger noch als punktuelle Besuche ist die Aufrechterhaltung der Grundbeziehung, von der her sich alle anderen Beziehungen des Kindes aufbauen: die zu seinen Eltern bzw. anderen Personen, die funktional deren Stelle einnehmen.²⁸ Bei der Mitaufnahme von Eltern sind bereits beachtliche Fortschritte erzielt worden. Grundsätzlich ermöglicht § 11,3 SGB V »bei stationärer Behandlung ... die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson«. In diesem Fall werden Eltern für eine bestimmte Frist vom Arbeitgeber unter

Bezug von Krankengeld freigestellt (§ 45 SGB V) und erhalten ggf. eine Haushaltshilfe (§ 38 SGB V). Hinsichtlich der Interpretation der »medizinischen Gründe« besteht allerdings eine weitgehende Unsicherheit. Allgemein verbindliche Vorgaben gibt es weder im Blick auf die Erkrankung noch auf das Alter des Kindes. Manche Kliniken legen einen hausinternen Katalog zugrunde, in anderen entscheidet der aufnehmende Arzt nach eigenem Ermessen.²⁹ Problematisch ist zudem, dass das Urteil des *einweisenden* Arztes, der das Kind u. U. sehr viel besser und über einen längeren Zeitraum kennen gelernt hat, ohne Belang ist.

Werden »medizinische Gründe« für eine Mitaufnahme nicht attestiert, besteht nicht selten die Möglichkeit zur Mitaufnahme als Wahlleistung, die jedoch nicht vom Krankenhaus angeboten werden muss. In NRW ist ein Krankenhaus nach § 4,2 des Krankenhausgesetzes grundsätzlich verpflichtet, »bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen«, doch wird diese Verpflichtung durch den Zusatz »im Rahmen seiner Möglichkeiten« soweit eingeschränkt, dass sie bei fehlenden räumlichen und sanitären Voraussetzungen oder Überbelegung entfällt.³⁰ Rechtlich ungeregt blieb, ob ein Krankenhaus selbst bei Vorliegen der strukturellen Voraussetzungen die Mitaufnahme ablehnen darf, wenn z.B. der Verdacht besteht, »dass der Heilungsprozess eines Kindes durch die ständige Anwesenheit einer überängstlichen oder psychisch nicht ausgeglichenen Begleitperson verzögert oder beeinträchtigt wird.«³¹ Hier wird dem subjektiven Eindruck des aufnehmenden Arztes ein noch weiterer Spielraum als bei der Feststellung der medizinischen Gründe eröffnet. Von der Krankenkasse übernommen wird eine Mitaufnahme als Wahlleistung nicht. Die in der *Bundesarbeitsgemeinschaft Kind im Krankenhaus* zusammengeschlossenen Fachverbände berichten sogar von finanziellen Forderungen in einer solchen Höhe, dass dies als bewusste Abschreckung verstanden werden muss.³² Ist jedoch ein Vertrag über eine Wahlleistung zustande gekommen, so bestehen damit schriftlich fixierte Ansprüche der Eltern gegenüber dem Krankenhaus – ein Aspekt, der von Eltern positiv, vom Pflegepersonal jedoch z.T. kritisch bewertet wird.

Weit entfernt ist man jedenfalls noch von der Forderung des 3. Artikels der EACH-Charta: »Bei der Aufnahme eines Kindes ins Krankenhaus soll allen Eltern die Mitaufnahme angeboten werden, und ihnen soll geholfen und sie sollen ermutigt werden zu bleiben. Eltern sollen daraus keine zusätzlichen Kosten oder Einkommenseinbußen entstehen.« Die Mitaufnahme – ob aus medizinischen Gründen, als Wahlleistung oder aufgrund des Entgegenkommens der Krankenhauses – ist zwar seit 1993 von knapp 20 % auf 37 % der Fälle gestiegen, aber noch keineswegs die Regel.³³ Sicherlich ist dies z.T. damit zu erklären, dass Eltern selber von der bestehenden Möglichkeit einer Mitaufnahme keinen Gebrauch machen wollen. In vielen Fällen wird jedoch eine gewünschte Mitaufnahme nicht ermöglicht, was nicht allein mit den angesprochenen objektiven Beschränkungen zu erklären ist. Die »medizinischen Gründe« könnten von einem weiteren Gesundheitsbegriff, der soziale Kriterien mitberücksichtigt, liberaler ausgelegt werden. Pragmatische und kostengünstige Lösungen könnten vermehrt gesucht werden, wie es z.T. schon jetzt geschieht. Nicht selten wird Eltern jedoch der Eindruck vermittelt, in der Kinderklinik unerwünscht zu sein.

Klinikpersonal äußerte die Befürchtung, die Mitaufnahme von Eltern bringe eine Störung des Funktionsablaufs der Station, eine schlechtere Beaufsichtigung der Kinder, Durchkreuzen von Hygienemaßnahmen sowie schlechtere Möglichkeiten fachlicher Beobachtungen am Kind mit sich.³⁴ Statt mit einer Erschwerung oder Verweigerung der Mitaufnahme kann dem

aber auch durch das Bemühen um eine Integration der Eltern stationär betreuter Kinder begegnet werden. Im Juni 1999 verabschiedeten Vertreter von Ärzten, Kinderkrankenpflegern und Eltern beim Abschlussforum eines im Auftrag des Bundesfamilienministeriums vom Elternverband AKIK (Aktionskomitee Kind im Krankenhaus) durchgeführten Projektes eine »Walberberger Resolution«, deren zentraler Satz lautet: »Das Recht von Kindern auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit beinhaltet die Integration von Eltern stationär betreuter Kinder.«³⁵ Integration solle als qualitativer Begriff gegenüber bloßer Mitaufnahme die Anerkennung von Eltern als aktiv teilnehmende Partner bei der Versorgung des kranken Kindes ausdrücken, was nach Art. 3 der *Charta* Informationen über Grundpflege und Stationsalltag voraussetzt. Wenn auf der einen Seite eine Einbeziehung der Eltern durch das Krankenhauspersonal gewünscht wird, hat dem allerdings auf der anderen Seite eine gewisse Zurücknahme der Eltern zu entsprechen. So wichtig die Aufrechterhaltung der Primärbeziehungen insbesondere bei Kleinkindern ist, muss auch der Aufbau von Beziehungen zu Ärzten und Pflegepersonal ermöglicht werden.³⁶

Insgesamt kann die Einbeziehung der Eltern in die medizinische Versorgung von Kindern weiter verbessert werden. Inwieweit eine Mitaufnahme tatsächlich in Anspruch genommen werden sollte, ist hingegen nicht pauschal, sondern nur im Einzelfall abzuwägen. Dem entsprechen die Ergebnisse einer Befragung von 8-11jährigen Kindern, von denen zwar 80 bzw. 90% ihre Eltern bei einer schmerzhaften Behandlung oder vor einer Operation bei sich haben wollten. Beim Einschlafen am Abend oder bei schmerzfreien Untersuchungen meinte jedoch die Hälfte der Kinder ohne ihre Eltern auskommen zu können.³⁷

2.3 *Informed consent – medizinethisches Leitbild auch für Kinder?*

Dass die Integration der Eltern wie alle anderen Maßnahmen im Krankenhaus ihre Berechtigung letztlich vom Bedürfnis der Kinder herleiten, lenkt den Blick auf den normativen Kern der Kinderrechtskonzeption. Die UN-Kinderrechtskonvention bringt die Subjektstellung des Kindes zur Geltung und gesteht den Kindern Partizipationsrechte an den sie selber betreffenden Entscheidungen zu (s. Kap. 1). In der EACH-Charta werden solche grundlegenden Rechte in Artikel 4 und 5 formuliert: Kinder haben das Recht, informiert und »in alle Entscheidungen, die ihre Gesundheitsfürsorge betreffen, einbezogen zu werden.« In welchem Verhältnis stehen diese Kinderrechte zu den allgemeinen Patientenrechten, wie sie im weithin akzeptierten Leitbild des *informed consent* zusammengefasst werden? Letzteres entfaltet das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung unter den Bedingungen der Hilfsbedürftigkeit und enthält als Grundelemente (1) eine angemessene Aufklärung des Patienten über die an ihm vorzunehmenden Maßnahmen und die ihm abverlangten Entscheidungen sowie (2) seine Zustimmung als notwendige Voraussetzung für die Durchführung einer Maßnahme.³⁸ Im Folgenden sollen die kinderspezifische Anwendbarkeit und Ausprägung dieser beiden Grundelemente erörtert werden.

1. Information. Sobald ein Kind in der Lage ist, Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, kommt ihm dasselbe Recht auf Information zu wie einem erwachsenen Patienten, was nicht mit einem Recht auf dieselbe Information identisch ist. Vielmehr sind die Informationen so auszuwählen, zu formulieren und zu veranschaulichen, dass das Kind sie auf seinem jeweiligen Entwicklungsstand tatsächlich verstehen und verarbeiten kann. Über die EACH-Charta

hinaus ist zu betonen, dass der Anspruch auf kindgerechte Information nicht nur gegenüber dem Klinikpersonal besteht, insbesondere wenn es sich um keinen akuten, sondern einen geplanten Eingriff handelt, vor dem genügend Zeit zur Vorbereitung bleibt. Eine unspezifische kindgerechte Information über das Krankenhaus, auch in Verbindung mit Besuchen dort, kann präventiv dazu beitragen, Ängste zumindest zu reduzieren, die bei einer akuten Einweisung entstehen. Ohne selbst betroffen zu sein, können Kinder Informationen meist besser aufnehmen und verarbeiten.³⁹ Außer den Eltern sind hier auch Bildungseinrichtungen angesprochen. Im gegenwärtigen Fächerkanon der Schulen ist dafür allerdings kaum ein Ort vorhanden. Das Thema Gesundheit wird derzeit nur als isoliertes Sachgebiet v.a. im Biologie- und Sportunterricht abgehandelt, in dem die Institution Krankenhaus nicht vorkommt. Ein dem Entwicklungsstand angemessenes Verhalten im Gesundheitssystem wäre ein wichtiges Lernziel eines eigenen Faches »Gesundheitsbildung«, wie es Klaus Hurrelmann gefordert hat.⁴⁰

2. *Zustimmung.* Neben der Forderung nach kindgerechter Information besteht ein weiterer kinderspezifischer Aspekt des *informed consent* darin, dass die Charta Informations- und Partizipationsrechte zugleich Kindern und Eltern zugesteht. Das verbindliche »und« verdeckt eine mögliche Spannung zwischen dem Willen des Kindes und dem der Eltern. Die Charta weist weder dem einen noch dem anderen eine bindende Wirkung zu, wenn sie vom Recht auf *Einbeziehung* der Kinder und Eltern in die betreffenden Entscheidungen spricht. Über die übliche Abwägung zwischen dem medizinisch notwendig Scheinenden und dem Patientenwillen hinaus haben *Kinderarzt* und –pfleger ggf. Kindes- und Elternwillen gegeneinander abzuwägen und sich dabei ein Urteil über den Grad der Selbstverantwortungsfähigkeit des Kindes zu bilden.

Hier zeigt sich die grundsätzliche Spannung zwischen den neuen Förder- und Beteiligungsrechten und den hergebrachten Freiheits- und Schutzrechten in der Konzeption der Kinderrechte. Aufschlussreich ist diesbezüglich Art. 9 der UN-Kinderrechtskonvention, dem zufolge ein Kind nur dann gegen seinen Willen von seinen Eltern getrennt werden darf, wenn die Trennung zum Wohle des Kindes notwendig ist. Der Wille des Kindes zählt und hat sogar Priorität, doch kommt ihm keine unumschränkte Geltung zu, wenn er seinem eigenen Interesse zuwiderläuft. Unter bestimmten Umständen übernimmt das *Kindeswohl* somit eine Ersatzfunktion für den *Kindeswillen*.⁴¹ Das deutsche Familienrecht setzt bezüglich der Berücksichtigung des Kindeswillens bewusst keinen scharfen Schnitt, sondern einen allmählichen Übergang bis zur Volljährigkeit. Das BGB bestimmt in § 1626 in Übereinstimmung mit Art. 12 der UN-Kinderrechtskonvention (s.o.), dass die Eltern die »wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln« zu berücksichtigen haben. Vonseiten der Rechtspsychologie werden Zielorientierung, Intensität, Stabilität und Autonomie des Kindeswillens als entscheidende Merkmale genannt.⁴² Von dem Grad ihrer Ausprägung hängt ab, welches Gewicht dem Kindeswillen als Kriterium des Kindeswohls zukommt.

Als Fazit bleibt festzuhalten: In der Abkehr von einer paternalistischen Haltung zeigen sich tief greifende Parallelen zwischen dem medizinethischen Leitbild des *informed consent* und der Konzeption der Kinderrechte. Während sich das Recht auf angemessene Information dem Grundsatz nach uneingeschränkt auch auf Kinder erstreckt, ist die Forderung nach Zustimmung entwicklungsabhängig vom Kindeswohl her zu relativieren.

2.4 Gleichberechtigung von Kindern durch personelle und institutionelle Spezialisierung

Das Recht des Kindes auf kindgerechte Information und Versorgung erfordert eine besondere Kompetenz des medizinischen Personals. Eine generalistische Kranken- und Altenpflege-Ausbildung, deren Einführung 1999 angekündigt wurde, hätte eine solche nicht mehr vermitteln können. Nach erheblichem Widerspruch wurde sie vorerst aufgegeben.⁴³ Die Beibehaltung eines speziell auf Kinder ausgerichteten Berufsbilds entspricht dem in Art. 8 der Charta formulierten Recht des Kindes, von Personal betreut zu werden, »das durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern einzugehen.« Der Gleichheitsgrundsatz impliziert gerade keine identische Behandlung von Kindern und Erwachsenen. Eine dem Namen nach generalistische Ausbildung wäre primär auf die Bedürfnisse von Erwachsenen ausgerichtet.

Dasselbe gilt für medizinische Einrichtungen, die nur dann eine *Gleichbehandlung* von Kindern ermöglichen, wenn sie *speziell* für Kinder konzipiert sind. Wenn Kindern die gleiche Würde wie Erwachsenen zugestanden wird, bedeutet dies, ihren spezifischen Bedürfnissen in der gleichen Weise Rechnung zu tragen wie denen von Erwachsenen. Anders gewendet manifestiert sich die anthropologische Gleichheit im ethischen Wert der Gerechtigkeit als Forderung nach *kindgerechten* Verhältnissen im Gesundheitswesen. Die Behandlung in Kinderkliniken ist keineswegs nur wegen ihres auf Kinder spezialisierten Personals wichtig, sondern auch, damit die Kinder in Beziehung zu Gleichaltrigen treten können. »Kinder sollen gemeinsam mit Kindern betreut werden, die von ihrer Entwicklung her ähnliche Bedürfnisse haben«, heißt es in Art. 6 der Charta. Der Abbruch der vertrauten Beziehungen zu Gleichaltrigen kann durch liberale Besuchsregelungen nur abgemildert werden und trifft jüngere Kinder sowie solche mit längeren oder wiederholten Krankenhausaufenthalten besonders hart. Ihnen müssen daher besondere kompensatorische Angebote gemacht werden, die den Aufbau von Ersatz-Beziehungen auf kindgerechte Weise erleichtern.

Herkömmlich ist die Schule durch den Rückgang der Straßensozialisation zum primären Ort geworden, an dem Kontakte zu Gleichaltrigen entstehen.⁴⁴ Eine Krankenhausschule kann insofern eine besonders gravierendes Defizit kompensieren.⁴⁵ Der – vorerst leichte – Abbau von Krankenhausschulen⁴⁶, die jedoch ohnehin nur in kaum mehr als der Hälfte der Kinderkliniken vorhanden sind, steht daher nicht nur im Widerspruch zum Recht auf Bildung, das auch dem kranken Kind zukommt.⁴⁷ Die meisten Bundesländer sind im Laufe der letzten Jahre dazu übergegangen, nur noch Kindern, die über »längere Zeit« (meist verstanden als 2-3 Wochen) im Krankenhaus behandelt werden, das Recht auf Schulbesuch zuzugestehen.⁴⁸ Dies ist aus medizinischer Sicht schon deshalb problematisch, weil die Dauer eines Krankenhausaufenthalts nicht immer bereits bei der Einweisung absehbar ist. Sollte sich diese Regelung weiter durchsetzen, befürchtet die *Bundesarbeitsgemeinschaft Kind im Krankenhaus*, dass de facto nur noch in Einrichtungen mit pädiatrischer Onkologie und Kinderpsychiatrie Krankenhausschulen vorhanden sein werden.⁴⁹ Aus dieser ungewohnten Perspektive ergibt sich ein Interesse an einer stärkeren Anbindung von Kinder- und Jugendpsychiatrien an Allgemeinkrankenhäuser, wie sie 2002 der 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung forderte.⁵⁰

Auch architektonische Konzeptionen von Kinderkliniken sollten bei Neu- und Umbauten neben ausreichendem Platz für die Unterbringung von Eltern die besondere Relationalität von Kindern berücksichtigen und den Aufbau kompensatorischer Beziehungen zu Gleichaltrigen

fördern.⁵¹ Das Bedürfnis von erwachsenen Patienten nach Ruhe und Zurückgezogenheit lässt sich nicht auf Kinder übertragen. Kinder benötigen den Kontakt zu gleichaltrigen Mitpatienten, um durch Miterleben und Nachahmung eine Orientierung in der fremden und bedrohlichen Situation zu gewinnen. Eine offene, flexible Bauweise, die z.B. das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten ermöglicht, kommt dem entgegen, ebenso die Unterbringung in Vierbettzimmern, die Erwachsene als Zumutung empfinden würden. Aber auch eine Differenzierung *innerhalb* der Kinderkliniken statt einer einheitlichen Orientierung an den Bedürfnissen von Kleinkindern ist erforderlich, zumal jene nun verstärkt auch Jugendliche aufnehmen. Für eine pädagogisch sinnvolle Zimmerbelegung müssen u.U. mehr Betten vorgehalten werden, als eine wirtschaftlich optimale Auslastung zugesteht.

Grundsätzlich wurde auch politisch anerkannt: »Krankenhausbehandlungsbedürftige Kinder sollen vorrangig in pädiatrischen Fachabteilungen behandelt werden, auch wenn der Behandlungsanlass zur Aufnahme in einer anderen Abteilung geführt hat«, lautete 1997 der einstimmige Beschluss der 70. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer, auf den bis heute immer wieder Bezug genommen wird.⁵² Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zufolge wurden noch 1999 ca. 40 % aller stationär behandelten Kinder bis 15 Jahre in Erwachsenenstationen versorgt, wengleich der in kinderspezifische Einrichtungen aufgenommene Anteil seit 1994 um immerhin 10% zugenommen hat.⁵³ Der wohl wichtigste Grund für die noch immer hohe Zahl von Kindern in Erwachsenenkliniken ist, dass eine flächendeckendes, regional engmaschiges Netz von Kinderkrankenhäusern und -abteilungen in Deutschland nicht vorhanden ist. Die Tendenz ist hier sogar rückläufig. In einem interfraktionellen Antrag zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, den der Deutsche Bundestag 2002 einstimmig verabschiedete, wird aufgrund der »aktuellen Daten ... eine weitere Verschlechterung« der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen befürchtet.⁵⁴ In ihrem Bestand bedroht sind insbesondere Einrichtungen in den neuen Bundesländern mit herkömmlich geringer Bettenzahl.⁵⁵

Der Erhalt dichter gestreuter Einrichtungen in Wohnortnähe bietet zum einen eine erhebliche Erleichterung für Kontakte zu Eltern, Geschwistern und Freunden, zum anderen aber auch bei der Entwicklung ambulanter oder teilstationärer Modelle für Langzeitpatienten. Eine gewisse Ambivalenz erhält die Forderung nach wohnortnahen Einrichtungen allerdings dadurch, dass die einzelnen Einheiten bei einer breiteren Streuung *kleiner* sind als bei einer regionalen Konzentration, die Ausstattung mit psychologischen und pädagogischen Fachkräften, aber auch mit Spezialambulanzen und -abteilungen, jedoch mit der Größe der Einrichtung zunimmt.⁵⁶ Insbesondere wenn Eltern nicht selbst bei ihrem Kind bleiben und z.B. nur selten zu Besuch kommen können, wäre die Wohnortnähe gegenüber der besseren psychosozialen und fachlichen Betreuung in einem entfernteren Krankenhaus im Blick auf das Kindeswohl nachrangig. Die Forderung, den Abbau von Planbetten für Kinder aufzuhalten, ist daher nicht mit der Forderung gleichzusetzen, jede noch so kleine Einheit zu erhalten, die nicht viel mehr als eine Basisversorgung bieten kann. Wenn sich innerhalb eines regional ausgewogenen Konzeptes kleinere Einheiten zusammenschließen, wäre dies u. U. als ein vom Kindeswohl her vertretbarer Kompromiss zwischen Wirtschaftlichkeit und Wohnortnähe vorstellbar. Die einseitige Konzentration auf wenige Großzentren hingegen ist problematisch. Eine dabei noch zu wenig diskutierte Alternative könnte die verstärkte Einrichtung pädiatrischer Belegabteilungen insbesondere in Krankenhäusern der Grundversorgung auf dem Land darstellen.⁵⁷

3. Kinder im Krankenhaus – ethische Perspektiven zu einem vernachlässigten Thema

Bedenkt man, dass die besondere Situation von Kindern im Krankenhaus schon seit langem über pädiatrische Fachkreise hinaus von Psychologie, Pädagogik und Politik sowie engagierten Laienverbänden erörtert wird, ist es erstaunlich, dass sie im (medizin-)ethischen Diskurs kaum einmal aufgegriffen wurde. Als Querschnittsthema wurden die Belange von Kindern bei manchen Fragestellungen wie z.B. in der Sterbehilfedebatte implizit mit angesprochen, doch reicht es nicht aus, wenn Kinder nur als Randphänomen einer allgemeinen Problematik vorkommen. Die Kinderrechte geben insbesondere der theologischen Ethik einen wichtigen Impuls, die kinderspezifischen Aspekte zu bündeln und gesonderte ethische Abwägungen vorzunehmen. Diese haben aufgrund ihres gemischt normativen Charakters aus Sach- und Werturteilen von einer sorgfältigen Wahrnehmung der gegenwärtigen Situation von Kindern im Gesundheitswesen und Krankenhaus auszugehen.

Dabei lassen sich unterschiedliche Ebenen ausmachen. Zum ersten handelt es sich um *individuelle* Handlungen und Entscheidungen von Eltern und medizinischem Personal: z.B. das Bemühen um altersgemäße Vorbereitung des Kindes auf einen Krankenhausaufenthalt oder um eine Mitaufnahme aufseiten der Eltern; die angemessene Einbeziehung des Kindes vor einem Eingriff aufseiten des Personals statt ausschließlicher Kommunikation mit den Eltern.

Zum zweiten sind auf der Ebene der *einzelnen Institution* Entscheidungen zu treffen, die dem Kindeswohl dienen, näherhin die besondere kindliche Relationalität berücksichtigen – z.B. im Hinblick auf Besuchsregelungen, Integration von Eltern oder bauliche Maßnahmen.

Drittens sind *gesundheitspolitische Entscheidungen* betroffen – von der Ausbildung von Fachpersonal, das zu kindgerechtem Verhalten fähig ist, bis zu Impulsen, die der Versorgung von Kindern auf Erwachsenenstationen entgegenwirken.

Dabei war keineswegs durchgängig ein Antagonismus zwischen der Verwirklichung von Kinderrechten und Wirtschaftlichkeitserwägungen festzustellen. Als Grundprinzip der Bewertung diente die theologisch begründete Überzeugung, dass Kinder in gleicher Weise an der Menschenwürde teilhaben wie Erwachsene, was einerseits in der gleichen Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse und Beziehungsmöglichkeiten zum Tragen kommt, sowie andererseits in Partizipationsmöglichkeiten, die ihrem Entwicklungsstand angemessen sind. Dabei ist es gerade das Prinzip, das zur sensiblen Wahrnehmung des Einzelfalls anleitet – sind doch sowohl Bedürfnisse als auch Entwicklungsstand nur bedingt von überindividuellen Konstanten wie v.a. dem Alter von Kindern abhängig.

Dr. Frank Surall
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Evangelisch-Theologische Fakultät
Abteilung für Sozialethik und Systematische Theologie
Am Hof 1
D-53113 Bonn

Abstract:

The particular situation of children in hospitals is discussed on the basis of a principle of equality which is founded on both childrens' rights and theology. It is just because of these equal rights of children that special medical care is required which does justice to the characteristics and the stage of development of children. Medical care like that does not at all have to be a general obstacle to considerations of economic efficiency. The particular dependence of children on stable social surroundings implies a priority of outpatient and home treatment as well as the integration of parents and other important persons to whom the child relates closely when it comes to an inevitable admission in a hospital. A model of medical ethics based on »informed consent« needs particular aspects concerning the interests of children in hospitals such as child-orientated information and the graduated legal obligatory nature of the child's will.

Anmerkungen

1. Für Unterstützung bei der Materialbeschaffung danke ich Marliese Beier (Elternverband AKIK) und Dipl.-Oec. Britta Susen (Ärztammer Nordrhein).
2. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (Hg.), Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien, 2000, 35.
3. Ebd.
4. Zur Entstehungsgeschichte vgl. ebd., 36-38. – Die folgenden Zitate richten sich nach der ebd., 10-31, wiedergegebenen amtlichen Übersetzung.
5. Vgl. ebd., 89f.
6. Vgl. *Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen* (Hg.), Kinder und Jugendliche an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Chancen, Risiken, Herausforderungen. 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW, 1999, 155ff.
7. Vgl. *D. Witschen*, Eigene Menschenrechte für Kinder? Überlegungen aus der Sicht einer christlichen Ethik, in: *Zeitschrift für katholische Theologie* 123 (2001), (172-188) 181f.
8. Vgl. ebd., 183f; *H. Kreß*, Kinderrechte als Menschenrechte. Die UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989 in ihrem völkerrechtlichen und ethischen Gehalt heute, in: *ZEE* 43 (1999), 242-246.
9. Vgl. grundlegend *H. Kreß*, Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte, Ethik der Medizin, Nachhaltigkeit, 1999, 11-34.
10. Vgl. M. Luthers Erläuterungen zur (Kinder-)Taufe im Großen Katechismus, BSLK, 700ff.
11. Erläuterungen zur Charta für Kinder im Krankenhaus »EACH-Charta«, AKIK-Aspekte 5/2002, Sonderausgabe August 2002.
12. Vgl. *W. Schmidt*, Charta für Kinder im Krankenhaus, in: *Der Kinderarzt* 21 (1990), 1807-1810. Die folgenden Zitate richten sich nach dem ebd., 1807, wiedergegebenen Wortlaut der *Charta*.
13. Vgl. *H. Kreß* (wie Anm. 9), 71f.
14. Vgl. *H. Kreß*, Art. Person, Persönlichkeit, Personrecht, in: *M. Honecker u.a.* (Hg.), *Evangelisches Soziallexikon*, NA 2001, (1222-1226) 1224.
15. Vgl. *T. B. Brazelton / S. I. Greenspan*: Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern, 2002, 31ff.
16. Vgl. *D. Caviezel-Hidber*, Lieber schnell und schmerzhaft? Ein Modell der Spitalvorbereitung für Kind und Eltern, 1996, 16; *J. Wienhues*, Das Kind im Krankenhaus. Einführung in die Krankenpädagogik für Eltern, pädagogisches und medizinisches Fachpersonal, ²1983, 43; *J. N. Neumann*, Art. Kind und Medizin 1. Medizin, in: *A. Eser u.a.* (Hg.), *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, NA 1992, (593-601) 594.
17. Vgl. Caviezel-Hidber (wie Anm. 16), 17ff; *J. v. Troschke*, Das Kind als Patient im Krankenhaus. Eine Auswertung der Literatur zum psychischen Hospitalismus, 1974, 25ff.
18. Vgl. *C. Grotensohn*, Kind und Operation. Einblicke in Abläufe, Reaktionen von Kindern und Hilfen für die Beteiligten, 1995, 10ff.
19. Vgl. *W. Andler u.a.*, Ergebnisse der zweiten Folgebefragung von Kinderkliniken und Kinderabteilungen, kinderchirurgischen Kliniken und kinderchirurgischen Abteilungen, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 150 (2002), (1546-1552) 1547f.
20. Vgl. *H.-G. Rolff / P. Zimmermann*, Kindheit im Wandel. Eine Einführung in die Sozialisation im Kindesalter, ²2001, 21.

21. Vgl. <http://www.aekno.de/htmljava/b/planung/krankenhausplanindex.html>; W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1548f.
22. W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1546.
23. Vgl. C. Grotensohn, Unser Kind im Krankenhaus. Ein Ratgeber für Eltern und alle, die mit kranken Kindern zu tun haben, 1999, 34.
24. Vgl. Caviezel-Hidber (wie Anm. 16), 18f u. 21.
25. W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1551.
26. Vgl. ebd.
27. K. Hurrelmann, Kindheit in der Leistungsgesellschaft, in: Deutsches Kinderhilfswerk (Hg.), Kinderreport Deutschland. Daten, Fakten, Hintergründe, 2002, (43-62) 50.
28. Im Folgenden ist der Begriff »Eltern« stets in diesem erweiterten Sinn zu verstehen.
29. Vgl. C. Grotensohn (wie Anm. 22), 61ff.
30. Vgl. P. Pant / D. Prütting, Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen. Kommentar für die Praxis, ²2000, 55f.
31. Ebd., 55.
32. Vgl. W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1551.
33. Vgl. ebd.
34. Vgl. AKIK-Bundesverband (Hg.), AKIK-Integrationspapier. Abschlußbericht des Dreijahresprojektes Integration von Eltern stationär betreuter Kinder, 1999, 51.
35. Ebd., 77. Zum Projekt vgl. ebd., 3ff, sowie Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Bericht der Bundesrepublik Deutschland an die Vereinten Nationen gemäß Artikel 44 Abs. 1 Buchstabe b des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, 2001, 128, Nr. 531.
36. Vgl. AKIK-Bundesverband (wie Anm. 34), 58f.
37. Vgl. ebd., 43ff u. 124.
38. Vgl. grundlegend T. L. Beauchamp / J. F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, ⁵2001, 77ff; J. Siegrist u.a., Art. Patient/Patientenrecht, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 2, 1998, 840-842; zur konkreten Ausgestaltung den Entwurf einer Charta der Patientenrechte: <http://www.bundesaeztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Patientenrechte.html>.
39. Vgl. C. Grotensohn (wie Anm. 22), 27.
40. K. Hurrelmann (wie Anm. 27), 59f.
41. Vgl. M. Zitlmann, Kindeswohl und Kindeswille im Spannungsfeld von Pädagogik und Recht, 2001, 118ff u. 169ff.
42. Vgl. H. Dettenborn, Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte, 2001, 67f.
43. Vgl. BT-Drucksache 15/13, 25.10.2002, 17.
44. Vgl. Rolf / Zimmermann (wie Anm. 23), 33.
45. Vgl. C. Ertle, Kranke Kinder zwischen Klinikschule und Allgemeiner Schule. Anmerkungen zu Grenzübergängen, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 53 (2002), 371-377.
46. Vgl. Vgl. W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1550f.
47. Vgl. Art. 28 der UN-Kinderrechtskonvention und Art. 7 der Charta für Kinder im Krankenhaus.
48. Vgl. Beschluss der 70. Gesundheitsministerkonferenz vom 20./21.11.1997 in Saarbrücken, in: AKIK-Bundesverband (wie Anm. 34), 129; gleichlautende Formulierung in § 4,3 Krankenhausgesetz NRW; für eine Erweiterung des Beschulungsanspruches das am 5.11.2003 von der Ärztekammer Nordrhein beschlossene Positionspapier »kind- und jugendgerechte Krankenhausversorgung«.
49. Vgl. W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1551.
50. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Elfter Kinder- und Jugendbericht, 2002, 230.
51. Vgl. auch zum Folgenden C. Grotensohn, Gestaltung von Kinderkliniken. Überlegungen und Erfahrungen zum Neu- und Umbau von Kinderkliniken und -abteilungen, 1994, 10ff u. 49; Ärztekammer Nordrhein beschlossene Positionspapier »kind- und jugendgerechte Krankenhausversorgung«, Punkt »Räumliche Gestaltung«.
52. S. Anm. 48; vgl. J. Maus, Vorrang für pädiatrische Fachabteilungen, in: Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), A-3394; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (wie Anm. 35), 128, Nr. 532; BT-Drucksache 14/9544, 5.
53. Vgl. G. Mau, Kinder in Erwachsenenkliniken. Was hat sich in den letzten Jahren getan?, in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 150 (2002), 360-361, auch zum Folgenden.
54. BT-Drucksache 14/9544, 5.
55. Vgl. W. Andler u.a. (wie Anm. 19), 1547.
56. Vgl. ebd., 1548 u. 1551.
57. Vgl. K. Schmidt, Verzahnung ambulant/stationär. Pädiatrische Belegärzte optimieren Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), A-2298.