



AKIK Bundesverband e.V.
Theobald-Christ-Strasse 10-16
D-60318 Frankfurt/Main
www.akik.de
Tel: 01805 - 25 45 28 (gebpf.).
Fax: 01805 - 25 45 39 (gebpf.).
presse@akik.de
<http://www.akik.de/blog/>

Pressemitteilung

Datum: 15. September 2011

Zum bundesweiten „Tag des Kinderkrankenhauses“ Acht Jahre Fallpauschalen – eine pauschale Falle für Kinderkliniken?

Frankfurt am Main/Regensburg, 15. September 2011

Am kommenden Sonntag wird landesweit in deutschen Kinderkliniken zum 14. Mal der „Tag des Kinderkrankenhauses“ mit verschiedenen Aktionen begangen. Für das Aktionskomitee KIND im KRANKENHAUS AKIK ist dies Anlass, auf die Situation der deutschen Kinderkliniken zu schauen. Ist die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen tatsächlich so gut wie sie scheint? Ist das politische Versprechen einer „flächendeckenden, wohnortnahen stationären Kinderversorgung“ erfüllt?

Historisch gesehen war das DRG-System von seinen Erfindern an der amerikanischen Universität Yale gedacht als Instrument zur Patientensteuerung innerhalb großer Kliniken sowie als Messinstrument für Leistungsqualität an und für Patienten. 1992 wurde das System in Australien im Bundesstaat Victoria mit monetären Werten für Verrechnungszwecke hinterlegt. Zu dieser Zeit begannen in den meisten westlichen Nationen die Gesundheitskosten aus dem Ruder zu laufen. Daher griff die Politik den Gedanken „*Gleiches Geld für gleiche Leistung*“, mit dem sie das australische System verband, begeistert auf. Deutschland machte sich für die Einführung dieses Fallpauschalen-System besonders stark. Nach der Wiedervereinigung sah man sich in Berlin damit konfrontiert, dass aufgrund der verschiedenen medizinischen Versorgungssysteme in Ost und West regional unterschiedlich verteilt zu viele Krankenhausbetten, auch für Kinder, aufgestellt waren. Man hoffte durch das DRG-System auf eine „natürliche Selektion“. Konkret wurde flächendeckend und alle Fachgebiete umfassend (außer Psychiatrie) die australische „Victoria“-Variante als Grundlage für die deutschen „G-DRG“ genannten Fallpauschalen herangezogen.

Trotz warnender Stimmen aus dem gesamten Lager der Pädiatrie meinten der Gesetzgeber und seine Berater in der anfänglichen Euphorie, der „Handvoll Kinder“ in der ersten DRG-Version nicht Rechnung tragen zu müssen. Das war der Beginn einer Kette von Denkfehlern, die bis heute im Jahre Acht nach Einführung gravierende (Versorgungs)Spuren und Lücken hinterlassen haben. Im australischen System wurden von Beginn an die Behandlung von Patienten unter 16 Jahre nicht erfasst mit der Begründung, dass die Patientengruppe unterhalb dieser Grenze zu zahlenmäßig zu klein und zu unterschiedlich im Krankheitsbild sei, um daraus eine einheitliche Vergütung ableiten zu können. Die Australier gewährten stattdessen den Fachabteilungen für Kinderheilkunde Sonderentgelte bzw. Vergütungszuschläge.

Ein paar Jahre nach der DRG-Einführung erkannte man in Deutschland, dass die pädiatrischen Einrichtungen durch dieses System in eine gefährliche finanzielle Schieflage geraten waren. Inzwischen aber hatte die fatale Denkweise einer Ökonomisierung der Medizin so weit um sich gegriffen, dass die „Heilungsversuche“ in der Kinder- und Jugendmedizin nur noch halbherzig ausfielen.

Dabei ist Kinderheilkunde eine vergleichsweise „preis-werte“ Medizin: 13% der deutschen Bevölkerung sind Kinder bis zum 15. Lebensjahr. Die Ausgaben im Gesundheitsbereich für diese Altersgruppe betragen jedoch nur 6%. In der Kinderklinik arbeiten alle Mitarbeiter unter der Prämisse, die kleinen Patienten so schonend und zügig wie möglich zu behandeln, damit sie rasch wieder nach Hause können. Beweis hierfür ist der Indikator der Verweildauer im Krankenhaus: für Kinder liegt sie inzwischen bei 4,3 Tagen, bei Erwachsenen immer noch bei über 7 Tagen. Eine „schonende Behandlung“ wird bei den deutschen Fallpauschalen nicht belohnt. Das System setzt bei der Kinderbehandlung falsche Anreize. Der Kinderarzt führt so wenig Geräte-Diagnostik wie möglich durch. Je jünger sein Patient ist, desto stärker setzt ein Kinderarzt auf die „sprechende und beobachtende Medizin“. Das aber kostet Zeit – ein Faktor, den das derzeitige Gesundheitssystem nicht honoriert. Zudem bedrohen eine enorm gewachsene Bürokratie und eine zum Teil unsinnige Vorschriftenlast die Existenz der Kinderkliniken.

Keinen Hehl machen die Kostenträger mehr daraus, dass sie die derzeit ca. 350 stationären Kindereinrichtungen auf maximal 70 bis 100 Kinderkliniken und –stationen abbauen möchten. In Ballungsgebieten wie zum Beispiel Nordrhein-Westfalen wäre eine Reduzierung tatsächlich sinnvoll. Für Flächenregionen wie z.B. Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern usw. ist eine solche Entwicklung problematisch. Für unzählige Familien mit kranken Kindern, die oft nicht zu den finanziell Gesegneten in diesem Land gehören, wäre eine Kinderklinik einfach nicht mehr erreichbar.

Ein fatales und bedenkliches Indiz für die gefährdete Situation deutscher Kinderkliniken ist seit Juni 2011 auf der deutschen Plattform des Internet-Auktionshauses eBay zu finden: Hier wird eine hervorragend eingerichtete, seit Jahrzehnten zur Zufriedenheit aller tätige Kinderklinik zum Kauf angeboten. Der bisherige Träger sagte in einer Stellungnahme, seit Einführung der Fallpauschalen ist die Kinderklinik nicht mehr kostendeckend zu betreiben. Zu Auktionen bringt man, was man nicht mehr will oder braucht. Fallen jetzt in Deutschland auch Kinderkliniken in diese Kategorie? Dann allerdings sind die Fallpauschalen tatsächlich eine pauschale Falle für alle Kinderkliniken.

Ansprechpartner:

Julia von Seiche-Nordenheim, Bundesvorsitzende/Presse-Sprecherin,
Harzstrasse 34 a, 93057 Regensburg;
Tel: 0941 – 62 767, Fax: 0941 – 67 206
Mobil: 0172-862 19 66; E-Mail: presse@akik.de; Web: www.akik.de.

AKIK: Der AKIK-Bundesverband und seine Gruppen setzen sich für die bestmögliche medizinische, pflegerische, therapeutische, pädagogische und psychosoziale Behandlung akut und chronisch-kranker Kinder im Krankenhaus ein. Zahlreiche Aktivitäten verfolgen das Ziel, kranke Kinder und ihre Familien in deren schwieriger Situation zu unterstützen. Der AKIK verfasste zusammen mit anderen europäischen Schwesterverbänden die EACH (European Association for Children in Hospital)-Charta. Darin werden basierend auf entsprechenden Artikeln der UN-Kinderrechtskonvention in zehn Punkten die Rechte von kranken Kindern im Krankenhaus und deren Umsetzung beschrieben. AKIK ist initiativ sowohl für die Zeit vor als auch während und nach dem Krankenhaus-Aufenthalt eines Kindes.