

Parlamentarischer Abend am 4.3.2004 von BaKuK, GKinD und BeKD in Berlin

Statement von

Andreas Wachtel (GKinD)

Im letzten Jahr der budgetneutralen Phase stehen die Kinderkliniken in unserem Land mit dem Rücken zur Wand. Die uns vorliegenden Zahlen, die wir auf der Basis von 81.173 Fällen ermittelt haben, sind alarmierend. In 10 der 12 an der Untersuchung beteiligten Kinder- und Jugendkliniken führt die fehlende Berücksichtigung des höheren Personalaufwands bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu einem Defizit von ca. 30% des bisherigen Budget. Diese für das nächste Jahr zu erwartenden Verluste sind durch Einsparungen nicht auszugleichen. Der Wegfall eines Drittels ihrer bisherigen Einnahmen bedeutet nicht nur das Ende dieser Kinderkliniken, sondern auch den Anfang vom Ende für die Kinder- und Jugendmedizin überhaupt.

In der Vergangenheit wurde in den äußerst kontrovers geführten Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen, bei allen höchst differenten Betrachtungen zur Finanzierung einer Kinderklinik, eines von den Krankenkassen immer als unverzichtbare Besonderheit bei der Behandlung von kranken Kindern im Budget berücksichtigt, und zwar der erhöhte Personalaufwand.

Ein Blick zurück ist an dieser Stelle geboten. Bereits 1969 wurde für die Pflege von Kindern ein Mehraufwand allein von 25 % berücksichtigt und Frühgeborene wurden damals bereits mit einem zusätzlichen Pflegeaufwand von 73 % bewertet. Wenn wir heute den Vergleich zwischen Erwachsenen- und Kinderkrankenpflege mit den Minutenwerten der Pflegepersonalregelung ziehen, so haben wir über alle Altersgruppen, d.h. vom Frühchen bis zum Jugendlichen im Durchschnitt einen um 79 Minuten pro Patient und Tag erhöhten Pflegeaufwand. Dies hört sich auf den ersten Moment nicht besonders viel an, spiegelt aber den erhöhten Personaleinsatz in der Kinderkrankenpflege von 76% gegenüber der Erwachsenenpflege wieder.

Angesichts allein dieser klar zu belegenden Unterschiedlichkeit und der Weigerung, diese Besonderheiten bei der Behandlung von kranken Kindern und Jugendlichen ausreichend zu berücksichtigen, ist es überhaupt nicht verwunderlich, daß die Kinderkliniken in der Bundesrepublik um ihre Existenz fürchten müssen.

Im Mutterland unserer DRG's, Australien, wurde dies erkannt und durch eigene Kostengewichte für die Kinder- und Jugendmedizin bei womens- and childrens hospitals berücksichtigt.

Bei den G-DRG's wird ja sehr gerne und nachdrücklich darauf verwiesen, dass wir ein lernendes System etabliert haben. Diese im Grundsatz sehr zu begrüßende Eigenart hat leider für die Kinderkliniken einen entscheidenden Nachteil, die Geschwindigkeit, oder besser die Trägheit des Lernprozesses wird dazu führen, das am Ende der Ruin der Lernenden stehen wird.

Was ist zu tun? Wir brauchen Zeit, Zeit um Daten zu erheben, zu bewerten und gemeinsam in die G-DRG-Systematik einfließen zu lassen. Wir reden hier nicht über den Sankt Nimmerleinstag sondern über zwei, drei zusätzliche Jahre, in denen man die Datenbasis auf solide Beine stellt. Nur dann werden wir wissen was wir tun, denn es kann und darf nicht sein, ein Experiment mit klar absehbaren fatalen Folgen für die Schwächsten in unserem Gesundheitssystem gegen alle Vernunft, durchzusetzen.

Ich bin mir sicher, daß alle Verantwortung Tragenden das Ziel haben, die Behandlung von kranken Kindern und Jugendlichen auch für die Zukunft zu sichern. Damit dies möglich wird brauchen wir einen Sicherstellungszuschlag auf die DRG's der für die Zeit der notwendigen Erhebung einer aussagekräftigen und tragfähigen Datenbasis ein Überleben sichert um zu lernen. Wir wollen nicht aus dem System der DRG's ausbrechen, wir wollen lediglich eine Chance, unsere Arbeit für kranke Kinder und Jugendliche weiter zu führen.

Am Ende bleibt mir nur eines, bitte helfen Sie uns, helfen Sie uns, die Versorgung kranker Kinder zu sichern.