

**- Kinderstation wegen
Geschäftsaufgabe geschlossen. -**

Wollen wir uns ausgerechnet hier die
beste Versorgung nicht mehr leisten?

Prof. Dr. Norbert Wagner, Präsident der DGKJ





Schwerpunkte der Pädiatrie im 21. Jahrhundert

- Hochspezialisierte Leistungen: Tx, Fehlbildungschirurgie, Onkologie, Gentherapie
- Intensivmedizin/Neonatalogie
- Zunehmende Anzahl chronisch kranker Patienten
- Psychosomatik
- Palliativmedizin
- Neue Morbidität, Sozialpädiatrie
- Flächendeckende Versorgung
- Prävention

Fehlende Finanzierung durch die Krankenkassen

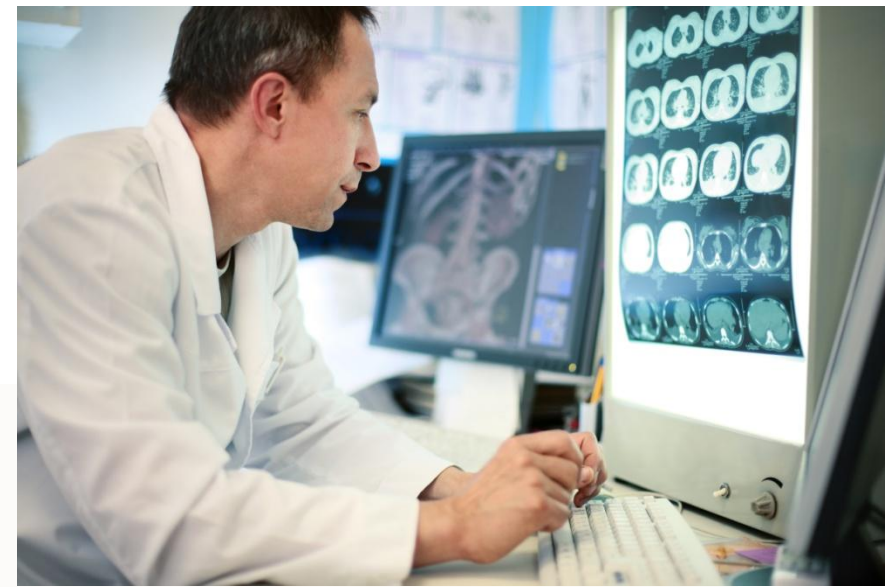
Beispiele aus der Neonatologie:



- Zwillingenspaar, bei dem sich ein Kind schneller entwickelt als das andere. Die Krankenkasse übernimmt den Aufwand für einen längeren stationären Aufenthalt des stabilen Babys nicht.
- Frühchen, 24 SSW, nach 6 Wochen stabil, heimatnahe Verlegung in eine kleinere Klinik, da die Mutter ein 2. Kind versorgen musste und 80 km Anfahrt hatte. Hinweis der Krankenkasse: Kein medizinischer Grund für die Verlegung, keine Übernahme der Kosten.

Fehlende Finanzierung durch die Krankenkassen

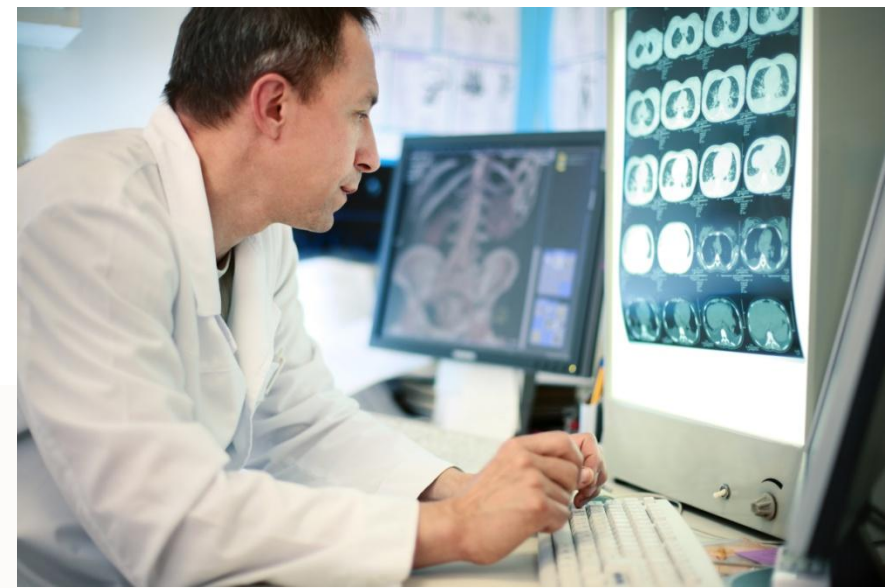
Beispiel aus der Onkologie:



- Kinder mit ALL und T-Non-Hodgkin-Lymphom benötigen Pegaspargase; reagiert das Kind allergisch, steht als einzige Option Erwinase® zur Verfügung, diese wird aber nicht vergütet.
- Kosten Pegaspargase pro Behandlungszyklus (2 Wochen mit einer Einzelapplikation (2.500 IU/m²) betragen: 961,35 €/m²
- Kosten der Erwinase® pro Behandlungszyklus (2 Wochen mit 7 Einzelapplikationen von je 20.000 IU/m² alle 2 Tage) betragen 12.666,67 €/m²
- **Mehrkosten bei einem 8-jährigen Kind (1,3 m²): 15.216 €**



Positives Beispiel aus der Onkologie:



- Schwerkrankes, an Leukämie erkranktes Kind: bis Dezember 2013 haben die Kostenträger die 2. Stammzelltransplantation nicht erstattet.



Fehlende Finanzierung durch die Krankenkassen

Beispiel Kinderchirurgie

- Aufnahme eines Säuglings bzw. Kleinkindes zur OP Vorbereitung einen Tag vor der Operation: Eltern und Kind müssen morgens vor 5 Uhr aufstehen, um in die Kinderchirurgische Klinik zu gelangen.



Kinder im Krankenhaus – eine Kostenfalle?

- Kostensenkungsdruck im gesamten stationären Bereich
- Ungleicher Wettbewerb Kinder- und Jugendmedizin / Erwachsenenmedizin
- Hohe Vorhaltekosten
- Komplexe medizinische und pflegerische Versorgung
- Zahlreiche seltene (z.T. genetisch determinierte) und chronische Erkrankungen im Kindesalter



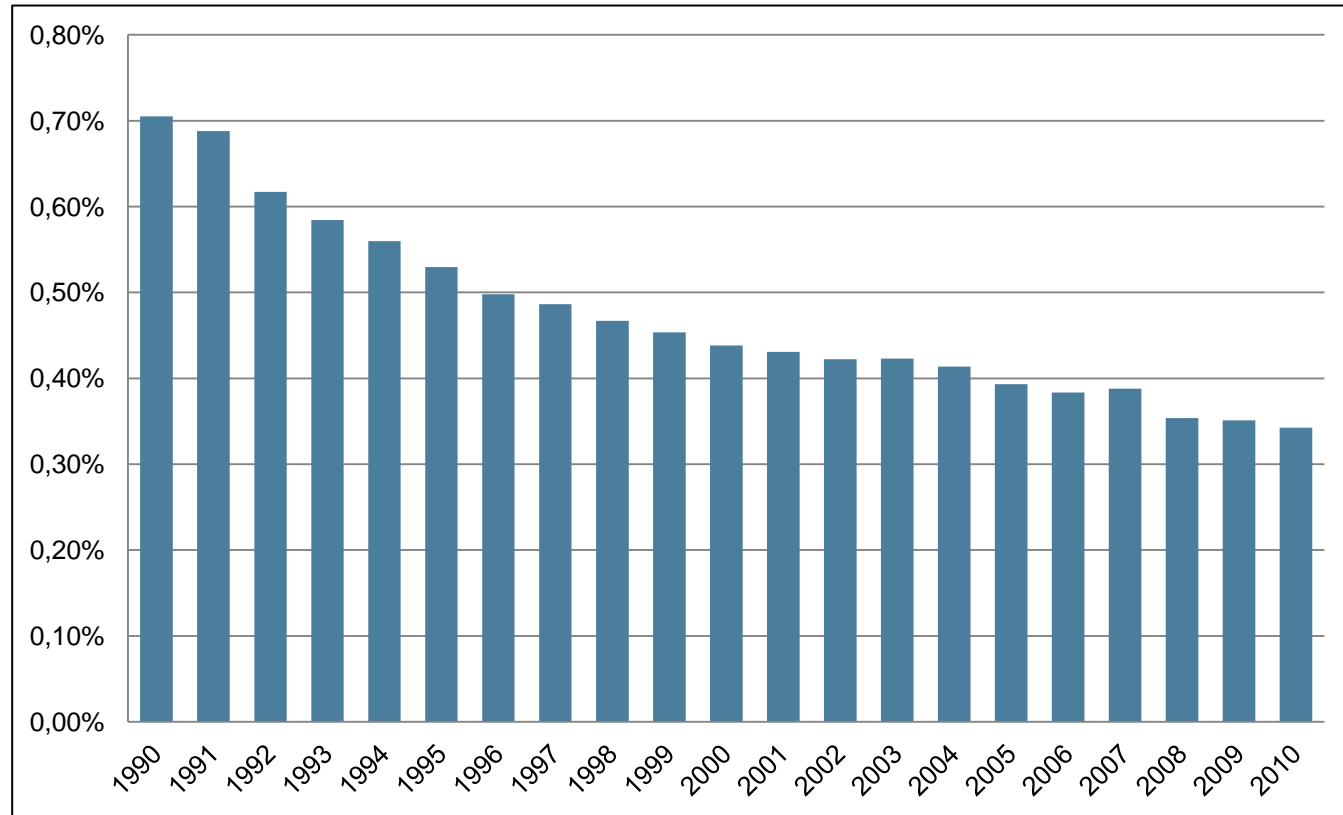
Erfolge der stationären Pädiatrie

Im Interesse der Kinder - auf Kosten der Klinik:

- Verweildauer: von 9,1 Tagen (1991) auf 4,7 Tage (2012)
- Exzellentes medizinisches Niveau
- Aufnahme einer Begleitperson
- Kindgerechte Ausstattung
- Fachkompetente medizinische und pflegerische Betreuung
- Neue Therapien z.B. bei genetisch bedingten Erkrankungen



Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der BRD



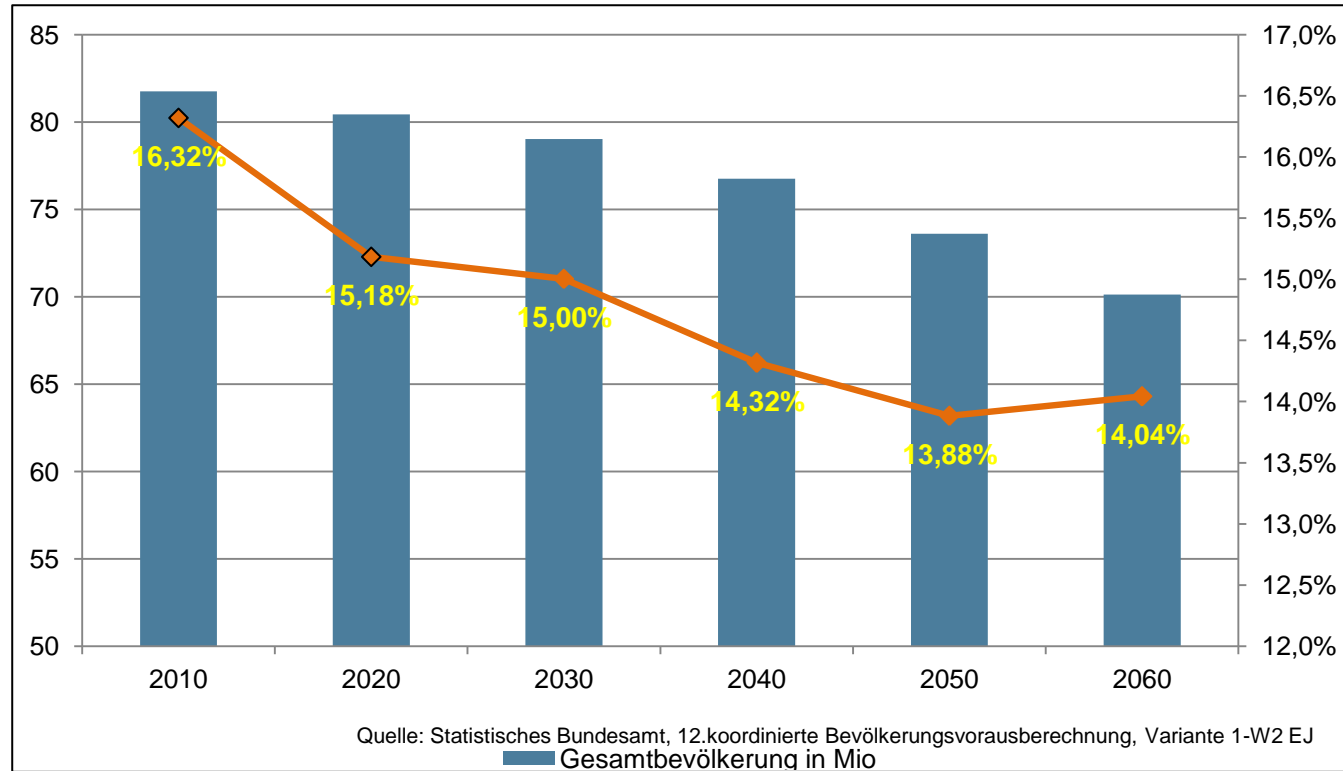
Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – auch nicht auf Station



- Fallzahlsteigerung in der Pädiatrie nicht möglich
- Wahlleistungserlöse in der Pädiatrie kaum möglich
- Zusätzliche Indikationen in der Pädiatrie ethisch nicht vertretbar
 - Krankenhausbehandlungen für Kinder und Jugendliche seit Jahren relativ konstant. Zuwachs der stationären Versorgung bei den über 45-Jährigen: + 16,1%; bei den 70- bis 90-Jährigen: +34,4%.



Bevölkerungsentwicklung Deutschland. Projektion 2010-2060: Anteil der 0-18 Jährigen



Kinderstationen

- Verlierer des DRG-Systems

- **Systematische Unterfinanzierung**
 - Kinderkliniken entsprechen nicht dem Durchschnitt der stationären Versorgung!
 - Vorhaltekosten überproportional hoch!
 - Enorm hohe Notfallquote (> 50%)!
 - Nur geringer Anteil an planbaren Leistungen (20%)
 - Breites Leistungsspektrum (400 – 500 DRGs / < 200 DRGs in der Erwachsenenmedizin)
 - Zahlreiche seltene Erkrankungen ohne eigene DRG

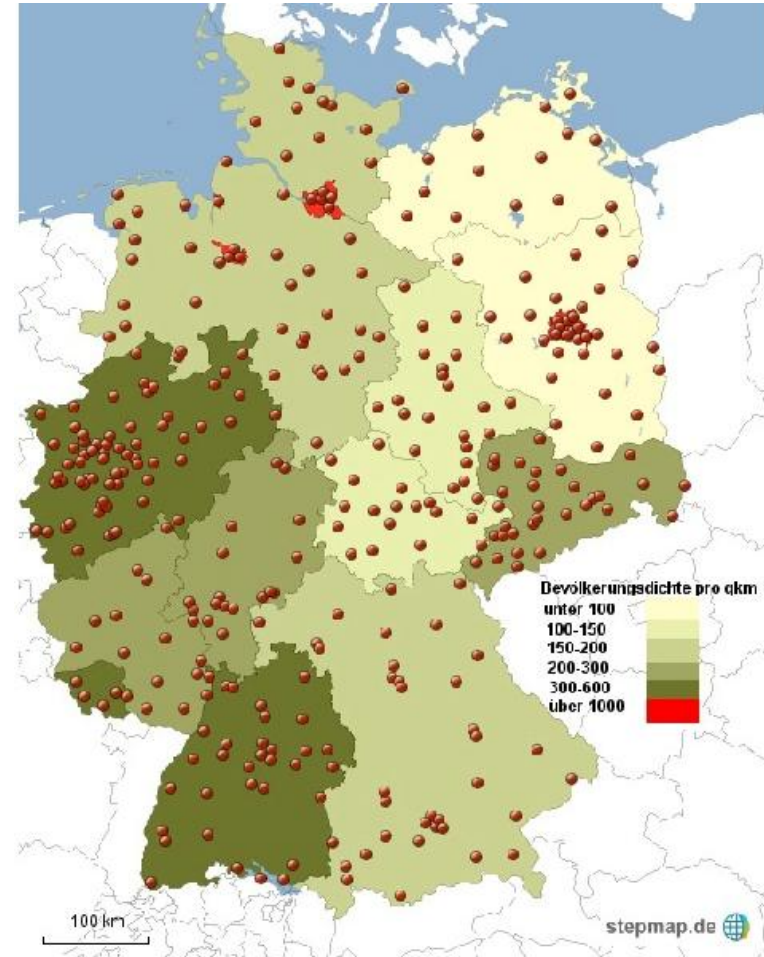


Flächendeckende Versorgung ?

- **4 von 10 Betten** wurden seit 1991 stillgelegt (von 31.708 auf 19.199 in 2012)
- **17% aller Kinderkliniken** und –
abteilungen (von 440 auf 364 in 2012) und
10% aller Kinderchirurgien
(von 99 auf 81 Einrichtungen in 2012) wurden geschlossen

**„Eine Erreichbarkeit von
Kinderkliniken, außerhalb von
vital gefährdeten Zuständen, von
30 km oder 40 Minuten wird für
ausreichend gehalten.“**

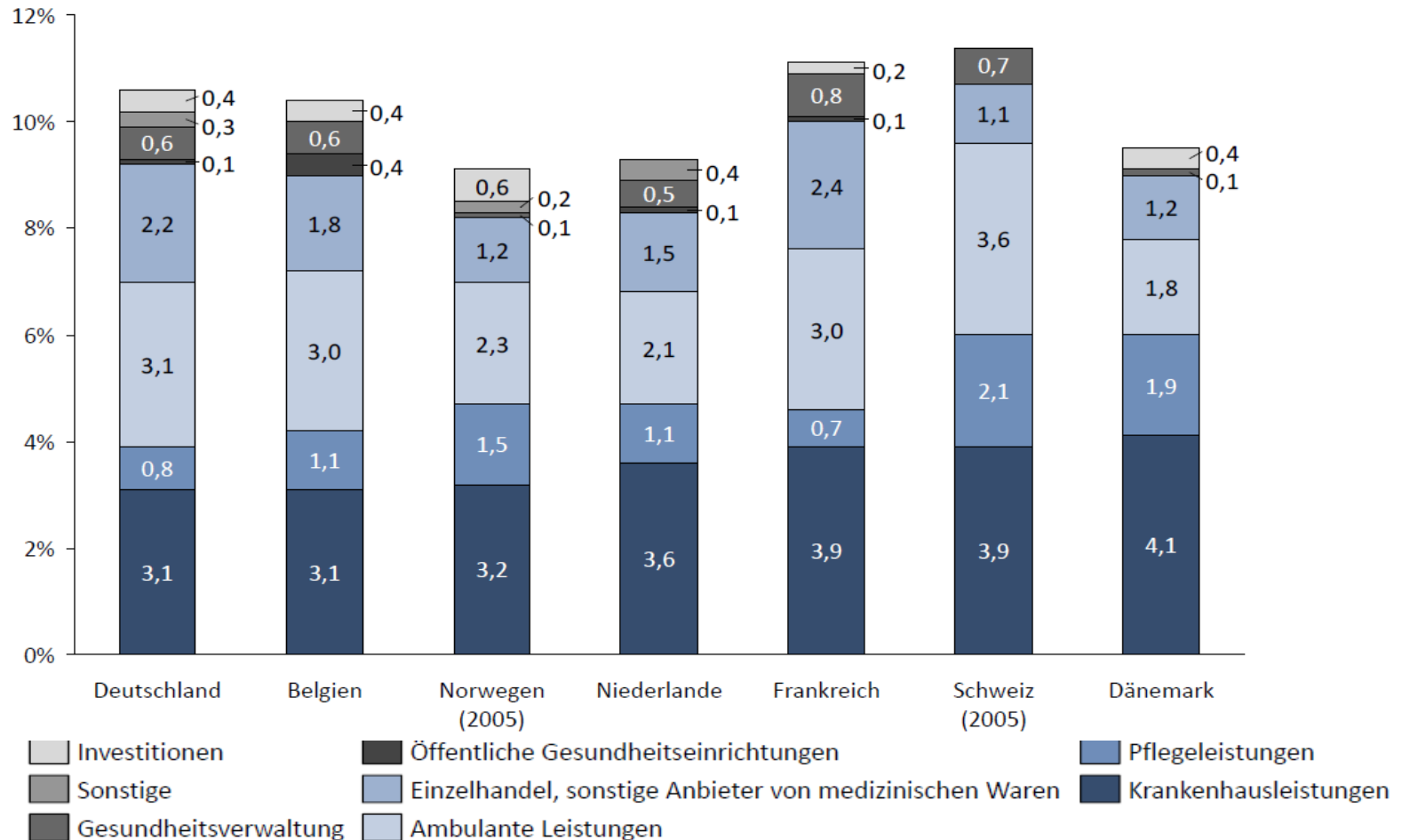
Quelle: DAKJ, Begründungsdokument zu
institutionellen Ressourcen, 2012



Quelle: DAKJ (eigene Berechnung)



Gesundheitsausgaben 2006 im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt nach Bereichen in Prozent



Situation der Kinderkliniken



Lösungen

- ▶ **Kinderkliniken brauchen einen Sicherstellungszuschlag. Präzisierung bzw. Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes notwendig.**
- ▶ **Kinder und Jugendliche, die auf eine spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, müssen diese in zumutbarer Wohnortnähe erhalten. ▶ Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit entsprechenden Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten und pädiatrische Instituts-Ambulanzen sowie SPZs. Instituts-Ambulanzen und SPZs sollten an jeder geeigneten Kinderklinik als Bestandteil ihres Versorgungsauftrages etabliert und durch eine Ergänzung im SGB V abgesichert sein.**
- ▶ **Der Ausbildungsschwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Erstqualifikation muss erhalten bleiben.**





Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.