



Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.

www.gkind.de

Mainz/Siegen, März 2002

PresseMitteilung

DRGs: Strukturen in Kinder- und Jugendmedizin nicht ausreichend an deutsche Verhältnisse angepasst

**Befürchtung von Budgetverlusten bis zu 20 Prozent / Verbände-
übergreifende Arbeitsgruppe DRG der *GKiND* empfiehlt Kinder-
kliniken dringend, nicht vor 1. Januar 2004 DRGs einzuführen**

Die verbändeübergreifende Arbeitsgruppe DRG der *Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND)* begrüßt die Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes (FPG). Sie spricht sich jedoch gegen eine Beteiligung am Optionsmodell zur Einführung des DRG-Systems für das Jahr 2003 aus, so lange die Strukturen des Systems nicht ausreichend an die deutschen Verhältnisse angepasst sind. Das betreffe insbesondere die Kinder- und Jugendmedizin, so der Vorstandsvorsitzende der *GKiND*, Jochen Scheel, und die Koordinatorin der *GKiND*-Arbeitsgruppe DRG, Nicola Lutterbüse.

Von einer ausreichenden Anpassung der Strukturen in der Kinder- und Jugendmedizin ist derzeit überhaupt nicht auszugehen. „Erst nach Analyse der Ergebnisse aus der Rohfall-Kostenkalkulation des laufenden Jahres können gravierende Lücken des australischen Systems bei der Übertragung auf deutsche Verhältnisse genauer analysiert werden“, so Nicola Lutterbüse: „Diese müssen dann durch eine weitere Differenzierung vorhandener australischer DRGs nach Alterssplits, Schweregradstufen sowie Aufnahme neuer DRG-relevanter Prozeduren (OPS-301-Ziffern) oder auch durch völlig neu zu formulierende DRGs geschlossen werden.“

Alleine im Bereich Kinder- und Jugendmedizin muss von einem Budgetverlust von 20 Prozent ausgegangen werden, wenn das australische DRG-System zunächst im Verhältnis 1:1 übernommen werden sollte. Grund dafür sind u.a. die hohen Personalkosten bei der Versorgung von Kindern, die in den australischen DRGs völlig unzulänglich berücksichtigt sind. Im Unterschied zu Australien, wo Kinderkliniken nur zum Teil über DRGs finanziert werden, ist dies in Deutschland aber zu 100 Prozent vorgesehen.

Jochen Scheel: „Für die flächendeckende stationäre Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in den auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten spezialisierten Einrichtungen, den Kinderkliniken, bedeutet dies eine massive Gefährdung.“ Ohne wirtschaftlich gesicherte Grundlagen – und dazu zählt nach Ansicht des *GKind*-Vorstandsvorsitzenden die angemessene Anpassung der australischen DRGs an die deutschen Gegebenheiten, sei zu befürchten, dass viele Kinderkliniken und –abteilungen dicht gemacht würden. „Das kann ernsthafte Gesundheitspolitik nicht wollen“, so Scheel. Er verweist auf den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz 1997, demzufolge die stationäre Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen durch entsprechendes Fachpersonal in pädiatrischen Einrichtungen zu erfolgen hat.

Es sei daher um so wichtiger, die personellen Ressourcen in der verbleibenden Zeit vor der endgültigen DRG-Einführung zum 01. Januar 2004 für die Anpassung des Systems zu nutzen. Die DRG-Arbeitsgruppe der *GKind* macht es sich deshalb zur Aufgabe, die Kalkulationsdaten aus 12 deutschen Kinderkliniken zu prüfen und daraus konkrete Lösungsvorschläge für Finanzierungslücken in der Kinder- und Jugendmedizin zu erarbeiten. Unabhängig von der budgetneutralen Phase bei der DRG-Einführung spricht sich die Arbeitsgruppe für eine Zusatzfinanzierung für die Kinderkliniken bis zum Abschluss der DRG-Anpassung an deutsche Verhältnisse aus, um die Finanzierung in diesem sensiblen Bereich sicherzustellen.

Ansprechpartnerin zur *GKind*-Arbeitsgruppe DRG: Nicola Lutterbüse
(nicola.lutterbuese@gkind.de)

Ansprechpartnerin für Rückfragen der Presse:

Ellen König
Telefon/Telefax:
E-Mail:
GKind im Internet:

Rheinallee 13

55118 Mainz
06131/612519
ellen.koenig@gkind.de
www.gkind.de