



Parlamentarischer Abend am 13. November 2007:

Statement der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

1.) Kinderkliniken und -abteilungen in Deutschland bieten ein sowohl qualitativ hochwertiges Wissen als auch eine kindgerechte Versorgung. Insbesondere die Hochleistungsmedizin an den Universitäts-Kinderkliniken bietet eine enge Verzahnung von Forschung und Behandlungsfortschritt, von der dann in der Breite alle Patienten profitieren. Die für diese Leistungen notwendigen hohen Vorhaltekosten werden im DRG-System absolut unzureichend berücksichtigt. Finanzierungslücken müssen daher durch individuellere Lösungen geschlossen werden, um auch weiterhin die optimale medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dem neuesten Stand der Forschung gewährleisten zu können.

Die DGKJ appelliert an die Politik, gemeinsam Lösungsstrategien zur Finanzierung, speziell der Universitätskliniken, zu erarbeiten. Eine Möglichkeit könnte z.B. die politische Begleitung der notwendigen Verzahnung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sein.

2.) Die auch international auf hohem Niveau liegenden Leistungen der universitären Kinder- und Jugendmedizin werden nicht nur stationär, sondern zu ganz wesentlichen Anteilen auch ambulant in Anspruch genommen, etwa in den Spezialambulanzen für chronisch und komplex erkrankte Kinder und Jugendliche. Die für diese optimale Versorgung benötigten Mittel werden in dem gegenwärtigen Entgeltsystem allerdings nicht adäquat abgebildet – die ambulante universitäre Kinder- und Jugendmedizin ist insbesondere in ihren sie charakterisierenden hoch spezialisierten Bereichen unterfinanziert.

Die DGKJ fordert die konsequente Umsetzung und Anwendung von §116b des Sozialgesetzbuchs durch Kostenträger, Krankenhäuser und Politik, um die ambulante Versorgung seltener und schwierigster Erkrankungen erhalten zu können.

3.) Eine hochqualifizierte Versorgung verkürzt häufig die Verweildauer von Kindern in Krankenhäusern. Für die Leistungserbringer bedeutet dieser Erfolg einen finanziellen Verlust, da die minimale Grenzverweildauer unterschritten wird.

Die DGKJ fordert daher die Streichung der minimalen Grenzverweildauer für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

4.) Hochleistungsmedizin unterliegt mehr denn je den ökonomischen Zwängen. Die DGKJ ist bereit und bemüht, sich an den Diskussionen um Finanzierungsmöglichkeiten aktiv einzubringen und da-

mit den Forschungsfortschritt zu ermöglichen, mahnt aber vor einer überzogenen Ökonomisierung der Pädiatrie zu Lasten der Patienten.

5.) Noch immer werden nur 70% der stationär zu behandelnden Kinder und Jugendlichen auf Kinderstationen untergebracht und dort von Kinder- und Jugendärzten und den Fachkräften der Kinderkrankenpflege versorgt und betreut.

Die DGKJ erinnert an die GMK-Beschlüsse von 1997 und an den gemeinsamen Beschluss aller Bundstagsfraktionen vom 27. Juni 2002, nach denen eine kindgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Krankheitsfall flächendeckend auch dadurch abgesichert werden soll, dass die Fehlbelegung von Kindern auf Erwachsenenstationen von der entsprechenden Vergütung ausgenommen wird.

Entsprechend ist darauf zu achten, dass Kinder- und Jugendliche auch im ambulanten Bereich von eigens ausgebildeten Kinder- und Jugendärzten versorgt werden, die ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in einer 5-jährigen Weiterbildung und häufig noch in einer darüber hinausgehenden Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildung erworben haben. Die Nutzung dieses hochspezialisierten Wissens sollte zugunsten einer optimalen Versorgung von Kindern und Jugendlichen z.B. auch in der Amtlichen Gebührenordnung verankert werden.

6.) Die Pädiatrie forscht derzeit an der fetalen Programmierung und beweist damit ihre Bedeutung für eine effektive Primärprävention, denn viele Erwachsenenkrankheiten wie Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck etc. werden häufig bereits in der Schwangerschaft geprägt. Tagtäglich aber müssen sich viele Kinder- und Jugendärzte mit einer ganz anderen Programmierung befassen: Das schlechte soziale Umfeld und auch die Armut vieler Kinder in Deutschland führt zu einer „sozialen Programmierung“ mit bedrohlichen und langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit.

Die DGKJ regt an, interdisziplinäre Arbeitsgruppen und Gremien aufzubauen, die sich aus wissenschaftlicher Perspektive mit der Lebenswelt von Kindern in Deutschland befassen und nach Wegen suchen, eine negative soziale Programmierung zu durchbrechen. Hierbei müssen Experten aus der Kinder- und Jugendmedizin eingebunden werden.

Der DGKJ gehören mehr als 13.700 Ärztinnen und Ärzte an. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft vertritt sie die Kinder- und Jugendmedizin als Ganzes, ist Ansprechpartnerin für alle Fragen zur Forschung und Praxis, vermittelt Neuigkeiten aus der Pädiatrie und informiert auch über die zugehörigen Spezialbereiche. Die DGKJ ist Mitglied in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. und ist in europäischen wie internationalen Gremien für die Verbesserung der Kindergesundheit aktiv. Sie engagiert sich für eine sachliche und fachbezogene Information von Ministerien und Behörden über neue Entwicklungen und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendmedizin.

Prof. Dr. Hansjosef Böhles

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

DGKJ-Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

h.boehles@dgkj.de | www.dgkj.de

Tel. 030 / 308 77 79-0

Fax 030 / 308 77 79-99