

Arbeitskreis Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin (AK IKJ)
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen
Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)
und
**DRG-AG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen
in Deutschland e.V. (GKinD)**

WISSENSCHAFTLICHES SYMPOSIUM

Ökonomische und strukturelle Probleme in der Pädiatrie

104. DGKJ-Jahrestagung, München, 11.-14.9.2008
Freitag, 12.9.2008, 10:30–12:00 Uhr, Kulturzentrum Gasteig,
Holiday Inn, Forum 6 + 7

PROGRAMM

– Stand: 12.9.2008 –

Vorsitz: *B. Graubner und F. Riedel*

- 10:30–10:45 **Kurzinformation über den aktuellen Stand von ICD-10-GM und OPS als
wesentliche Grundlagen des G-DRG-Systems**
B. Graubner, Göttingen
- 10:45–11:05 **Wirtschaftlichkeit in der stationären pädiatrischen Versorgung**
F. Riedel, Hamburg
- 11:05–11:25 **Wirtschaftlichkeit in der ambulanten pädiatrischen Versorgung**
W. Hartmann, Köln und Kreuztal
- 11:25–11:45 **Entwicklungslinien der Pädiatrie in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge**
E. Harms, Münster
- 11:45–12:00 **DISKUSSION UND SCHLUSSWORT**
Moderation: F. Riedel und B. Graubner

LISTE DER VORSITZENDEN UND VORTRAGENDEN

Graubner, Dr. med. Bernd, Leiter des gemeinsamen Arbeitskreises Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin. (Bis 31.1.2008 Beauftragter für medizinische Klassifikationen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland [ZI].)
Ludwig-Beck-Str. 5, 37075 Göttingen, Tel. 0551/22526, Fax 0551/25338
E-Mail: Bernd.Graubner@mail.gwdg.de

Harms, Prof. Dr. med. Erik, Geschäftsführender Leiter der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. (2003–2005 Präsident der DGKJ, 2008 Ehrenmitglied der DGKJ.)
Albert-Schweitzer-Str. 33, 48149 Münster, Tel. 0251/834-7731, Fax 0251/834-7735
E-Mail: Harms@uni-muenster.de

Hartmann, Dr. med. Wolfram, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ).
Geschäftsstellen des BVKJ: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-0, Fax /683204.
Friedrichstr. 200, 10117 Berlin, Tel. 030/22335582, Fax: 030/22335550
Praxis: Siegener Str. 15, 57223 Kreuztal, Tel. 02732/1081
Privat: Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel. 02732/762900, Fax 02732/86685.
E-Mail: Dr.W.Hartmann-Kreuztal@t-online.de

Riedel, Prof. Dr. med. Frank, Ärztlicher Direktor des Altonaer Kinderkrankenhauses von 1859, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Stellvertretender Leiter der DRG-AG der GKinD.
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. 040/8890-8201, Fax 040/8890-8204
E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de

ABSTRACTS

Bibliographische Angaben: Die Abstracts von Graubner, Riedel und Hartmann befinden sich auf den Seiten 15 (Graubner und Riedel) und 16–17 (Hartmann) des Abstractbandes, der als Supplement 1, August 2008, in Form einer CD bzw. eines Sonderheftes der Monatsschrift *Kinderheilkunde* 156, H. 8 (August 2008), beigelegt bzw. als Zeitschrift den Tagungsteilnehmern ausgehändigt worden ist (ISSN 0026-9298).

Kurzinformation über den aktuellen Stand von ICD-10-GM und OPS als wesentliche Grundlagen des G-DRG-Systems

Dr. med. Bernd Graubner

Leiter des Arbeitskreises „Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), Göttingen

HINWEIS: Der hier wiedergegebene Text ist ausführlicher als das auf die Länge von 3.000 Zeichen begrenzte eingereichte Abstract.

Die **ICD-10-GM 2008** (GM = German Modification, 2008 = Gültigkeitsjahr) ist die aktuell gesetzlich vorgeschriebene Klassifikation zur Verschlüsselung der Diagnosen und sonstigen Behandlungsanlässe in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Sie basiert auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (**ICD-10**), der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1992/94; aktuelle deutsche Version 2006). Zum 1.1.2009 wird sie von der **ICD-10-GM 2009** abgelöst werden. Alle Versionen werden jährlich neu vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben.

Die ICD-10-GM wird kontinuierlich an das sich entwickelnde G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) angepasst, wobei die Änderungen seitens der WHO, die Erfordernisse des medizinischen Fortschritts und die Vorschläge der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften berücksichtigt werden. Für die Version 2008 hatten DIMDI und die beratende Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen [KKG] über 60 Vorschläge und sonstige Änderungen zu diskutieren, in deren Ergebnis Änderungen bei rund 120 Schlüsselnummern vorgenommen worden sind. Für die Version 2009 kann mit Änderungen in geringerem Umfang gerechnet werden, wobei es sich für die Pädiatrie nach dem aktuellen Stand (30.6.2008) eher um Klarstellungen als um wichtige Änderungen handelt. Nach Veröffentlichung einer Vorabversion im August ist die Publikation der endgültigen Dateien durch das DIMDI im Oktober zu erwarten. Nahezu gleichzeitig mit dem Systematischen Verzeichnis erscheint das amtliche **Alphabetische Verzeichnis (Diagnosenthesaurus)**, in dem ab 2004 der seit 1996 ursprünglich vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) entwickelte ICD-10-Diagnosenthesaurus und das Alphabetische Verzeichnis der WHO-Fassung zusammengeführt worden sind.

Leider gilt die ICD-10-GM nur in Deutschland und nicht auch in Österreich und der Schweiz, wo aktuell weiterhin die deutsche WHO-Version 1.3 (Juli 1999) in Gebrauch ist (in Österreich mit einigen Modifikationen in den Kapiteln XX und XXI). Für das im Aufbau befindliche Swiss-DRG-System der Schweiz wird die Übernahme der ICD-10-GM diskutiert.

Redaktionell vom Vortragenden bearbeitete Ausgaben der beiden ICD-10-GM-Bände erscheinen seit Jahren im Deutschen Ärzte-Verlag; sie zeichnen sich u.a. durch eine deutlich größere Nutzerfreundlichkeit, Fehlerkorrekturen, Aktualisierungen und die Kennzeichnung der Änderungen gegenüber der Vorversion aus. Die Buchausgaben für 2009 sollen, die rechtzeitige Veröffentlichung der Daten seitens des DIMDI vorausgesetzt, Ende November 2008 verfügbar sein.

In dem ab 1995 eingeführten Operationenschlüssel nach § 301 SGB V wurden seit seiner Version

2004 (**OPS-301 2004**) zahlreiche Verbesserungen und Anpassungen an die Bedürfnisse der Krankenhäuser und des G-DRG-Systems vorgenommen. Die noch im **OPS 2008** vorhandene Trennung in einen obligatorischen „amtlichen“ Teil für Abrechnungszwecke und einen wesentlich kleineren fakultativen „erweiterten“ Teil soll im **OPS 2009** zugunsten des alleinigen amtlichen Teils aufgehoben werden. Leider hat sich der Umfang des OPS mit jeder neuen Version beträchtlich erhöht (OPS 2008: mehr als 28.000 Schlüsselnummern und –bereiche!). Für die Version 2009 wurden wiederum rund 250 Änderungsvorschläge eingereicht, von denen einige auch von der DRG-AG der GKinD eingebracht worden sind und u.a. voraussichtlich zur Aufnahme einiger neuer Codes für bestimmte komplexe und aufwändige (und damit teure!) pädiatrische Diagnostikverfahren führen.

Für die Veröffentlichung der Daten und der Buchausgaben des OPS 2009 gilt das für die ICD-10-GM Gesagte mit einer Verzögerung um zwei bis drei Wochen analog.

Beide gesetzlich eingeführte Klassifikationen dienen im stationären Bereich zur Berechnung der DRGs und damit zur pauschalierten Vergütung der Krankenhausleistungen sowie zur Erhebung der Daten für die verpflichtend festgelegte Qualitätssicherungsmaßnahmen. Im ambulanten Bereich sind sie für die Abrechnung vorgeschrieben, wobei eine direkte Verbindung zwischen dem EBM (Anhang 2) und dem OPS besteht. Ab 2009 gewinnen die ICD-Schlüsselnummern eine besondere Bedeutung als Grundlage für die Bestimmung der ambulanten Morbidität und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Leistungsvergütung und den finanziellen Risikoausgleich der Krankenkassen.

Weitere Informationen im Internet, z.B. unter <http://www.dimdi.de>, <http://www.kbv.de>, <http://www.zi-berlin.de>, <http://www.aerzteverlag.de> (hier auch Leseprobe-dateien zu den vier Buchausgaben von ICD-10-GM und OPS) und <http://www.gmds.de> (siehe AG MDK).

Wirtschaftlichkeit in der stationären pädiatrischen Versorgung

Prof. Dr. med. Frank Riedel
 Ärztlicher Direktor des Altonaer Kinderkrankenhauses von 1859,
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Hamburg

Das Fallpauschalensystem zur Finanzierung stationärer Leistungen entwickelt sich von Jahr zu Jahr weiter. Mittlerweile gibt es bei 136 DRG's bestimmte Untergruppen für Kinder. Diese positive Entwicklung macht sich auch an einem ständigen - wenn auch geringen - Zuwachs des Relativgewichtes für pädiatrische Erkrankungen bemerkbar.

Trotzdem haben Kinderabteilungen, Kinderkliniken und vor allem die selbständigen Kinderkrankenhäuser weiterhin Budgetprobleme.

Ursachen hierfür liegen zum einen darin, dass die Kalkulationen noch nicht optimal durchgeführt werden; so werden teure Therapien oder diagnostische Prozesse noch nicht präzise auf den einzelnen Fall heruntergebrochen. Zum anderen werden in vielen Kinderabteilungen, insbesondere den kleineren Abteilungen, oft überwiegend leichte Fälle behandelt, deren Casemix-Index von Jahr zu Jahr im Rahmen der genaueren Kalkulation sinkt. Der wichtigste Grund für die Probleme ist jedoch die in der Pädiatrie häufige Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer, wobei der überwiegende Aufwand an ärztlicher und pflegerischer Betreuung sowie auch an kostenträchtiger Diagnostik innerhalb der ersten 24 Stunden geleistet wird. Hinzu kommt, dass bei den „Kurzliegern“, die nicht über Mitternacht bleiben, eine Abrechnung als stationärer Fall aus gesetzlichen Gründen nicht möglich ist.

Als Reaktion der Krankenhäuser ist logischerweise zu erwarten, dass versucht wird, die untere Grenzverweildauer zu erreichen, danach wird eine rasche Entlassung, soweit möglich, angestrebt,

damit wieder Betten für Neuaufnahmen frei werden. Insbesondere die Forderung der Eltern nach Mutter-Kind-Einheiten zwingt die Krankenhausträger im Wettbewerb, diesen Raum möglichst zur Verfügung zu stellen. Ziel einer zukünftigen Krankenhauspolitik innerhalb der stationären Pädiatrie muss es sein, lediglich ethisch-pädiatrische bzw. medizinische Gründe für Entscheidungen gelten zu lassen, unter der Berücksichtigung von gesellschafts-ökonomischen Gesichtspunkten. So werden Möglichkeiten von ambulanten oder kurzstationären Betreuungen als Visionen diskutiert, die jedoch auch in der Diskussion bei den Selbstverwaltungsgruppierungen auf Verständnis und Wohlwollen treffen müssen.

Wirtschaftlichkeit in der ambulanten pädiatrischen Versorgung

Dr. med. Wolfram Hartmann

Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Köln, und Kreuztal

Zum 31.12.2007 haben 6.942 Kinder- und Jugendärzte an der vertragsärztlichen Versorgung in insgesamt 4.572 Praxen teilgenommen, davon 6.564 ohne Schwerpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich und 378 mit Schwerpunkten oder Zusatzweiterbildungen, entweder rein fachärztlich oder, wie es der § 73 SGB V erlaubt, gleichzeitig haus- und fachärztlich. 40 Kinder- und Jugendärzte waren in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig. Damit kamen 2.193 Kinder und Jugendliche auf einen ambulant tätigen Kinder- und Jugendarzt/ärztin.

Die durchschnittlichen Fallzahlen pro Jahr bei den Kinder- und Jugendärzten liegen bei 4.380 Fällen, regional sind allerdings die Unterschiede groß (3.020 bis 5.160). Der Jahresumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit beträgt bei den Kinder- und Jugendärzten im Durchschnitt 182.000 €, hinzu kommen noch einmal ca. 30.000 € aus sonstigen Einnahmen (Privatpatienten, Gutachten, Bescheinigungen für Sozialversicherungsträger, individuelle Gesundheitsleistungen usw.). Der Gesamtumsatz liegt also im Durchschnitt bei ca. 212.000 €. Die Umsatzrendite vor Steuern betrug in den alten Bundesländern im Jahr 2007 ca. 45,3 % (der Praxiskostenanteil lag also bei 54,7 %), in den neuen Bundesländern lag der Wert bei 53,8 % (Praxiskostenanteil 46,2 %). Allerdings lagen die Gesamteinnahmen in den neuen Bundesländern etwa 25 % unter den Gesamteinnahmen der Pädiater in den alten Bundesländern. Die Kinder- und Jugendärzte liegen im Einkommen vor Steuern im oberen Viertel aller Arztgruppen. Sie liegen auch vor den Allgemeinärzten.

Die Zukunftsaussichten sind trotz stagnierender Geburtenzahlen für Kinder- und Jugendärzte im ambulanten Versorgungsbereich gut. Es gab auch in den letzten Jahren keinen Einbruch bei den durchschnittlichen Fallzahlen. Neue Verträge mit den Krankenkassen und eine Erweiterung des Kindervorsorgeprogramms bringen den Praxen zusätzliche Einnahmen. Allerdings gilt es, Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, dort, wo immer möglich, sich in Praxisgemeinschaften bzw. Gemeinschaftspraxen zusammenzuschließen, um Personal und apparative Ausstattung möglichst optimal zu nutzen und sich im Leistungsangebot zu ergänzen. Der Gesetzgeber hat für das Jahr 2009 eine EURO-Gebührenordnung mit festen Punktwerten und eine Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen zugesagt. Sollte die Politik ihre Zusagen tatsächlich einhalten, könnten auch die Kinder- und Jugendärzte mit einer Stabilisierung ihrer wirtschaftlichen Situation rechnen. Eine Kostenerhebungsstudie des Instituts beim Bundesausschuss (InBA) hat in den letzten Monaten die Kosten in den pädiatrischen Praxen und Ambulanzen der Kliniken erfasst, und die Selbstverwaltung will diese Daten auf Druck der Politik in die Bewertung der pädiatrischen Leistungen ab 01.01.2009 einfließen lassen.

Entwicklungslinien der Pädiatrie in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge

Prof. Dr. med. Erik Harms
Geschäftsführender Leiter der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

HINWEIS: Bedauerlicherweise konnte dieses Abstract nicht mehr in die Abstract-Sammlung der Jahrestagung aufgenommen werden. Es soll deshalb zum Symposium als Separatum den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden.

Die Kinder- und Jugendmedizin gehört zu den klinischen Fächern, die durch die Änderungen unseres Gesundheitssystems besonders betroffen werden, sowohl in der ambulanten als auch in der klinischen Versorgung. Bei der Einführung des neuen Abrechnungssystems der Diagnosis Related Groups (DRG) wurde auf die Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung von Kindern zunächst wenig Rücksicht genommen. Nur dem Zusammenhalt der pädiatrischen Fachverbände ist es zu verdanken, dass inzwischen notwendige Korrekturen erfolgt sind, wenn auch die wirtschaftliche Grundlage vieler Kinderkliniken noch nicht dauerhaft gesichert ist. Die Kinder- und Jugendmedizin hat eine fachliche Breite wie kein anderes klinisches Fach. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten könne kleinere Kliniken nicht diese ganze Breite des Faches vorhalten. Konzentration der einzelnen Einrichtung auf ihre Kernkompetenzen und Vernetzung sind deshalb dringend geboten.

Ein Meilenstein in der Entwicklung der Kinder- und Jugendmedizin war die neue Weiterbildungsordnung im Jahr 2003, durch die auf der Basis der Gebietsweiterbildung 2 weitere Schwerpunkte und 5 Zusatzweiterbildungen eingeführt wurden. Damit wurde auch von der übrigen Ärzteschaft die Leistung und Spezialisierung der Kinder- und Jugendmedizin anerkannt. Einerseits ist dies ein Erfolg, auf der anderen Seite ergeben sich Probleme:

- (1) Angesichts der im Vergleich zu den Erwachsenenfächern geringeren Fallzahlen wäre es unwirtschaftlich, in jeder Einrichtung alle notwendigen Spezialisierungen vorhalten zu wollen.
- (2) Spezialisierung darf bei einem kleinen Fach wie der Kinder- und Jugendmedizin nicht das Gebiet gefährden oder auflösen, in das die Spezialisierung eingebettet ist.
- (3) Die Mehrzahl der Spezialisierungen ist nur in einer klinischen Tätigkeit umsetzbar.
- (4) Neben der besseren tariflichen Vergütung von Klinikärzten führen die zahlreichen Weiterbildungsmöglichkeiten dazu, dass auch Fachärzte länger an Kliniken tätig bleiben und nicht als niedergelassene Kinderärzte zur Verfügung stehen.

Die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch das Primärarztssystem, in dem Kinderärzte gleichzeitig fachärztlich und hausärztlich tätig sind, ist optimal. Nur fragt sich, ob dieses System angesichts des Mangels an niederlassungswilligen Kinderärzten in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit eine Zukunft hat. Die unternehmerischen Risiken einer Praxisgründung wachsen durch schrumpfende Vergütung und ausufernde Verwaltungsstrukturen des Gesundheitssystems. Eine Lockerung der bisherigen strikten Trennung von ambulanter und klinischer Versorgung könnte nicht nur für die Lösung der Personalprobleme hilfreich sein, sondern würde auch Kindern und Jugendlichen einen breiteren Zugang zu den Spezialisierungen und modernen Entwicklungen unseres Faches eröffnen.