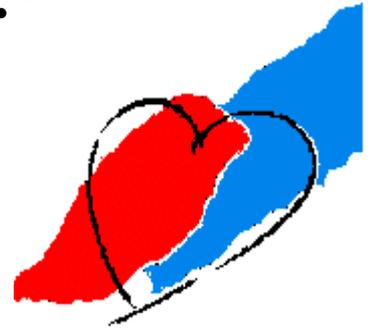


Bundesverband Herzkrankte Kinder e.V.

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(17)
vom 28.09.04

15. Wahlperiode



Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages zur DRG-Fallpauschalen am 29.09.04

Problembeschreibung

Kinder sind keinen kleinen Erwachsenen. Sowohl bei der aufwändigen Diagnostik von Säuglingen und Kindern als auch bei den sehr speziellen Interventionen und komplizierten operativen Eingriffen an winzigen Kinderherzchen ist die Therapie wesentlich zeit- und personalintensiver als vergleichbare Eingriffe bei Erwachsenen. Dieser Aufwand schlägt sich naturgemäß in höheren Kosten nieder.

- Die Operationsdauer ist bei den kleinen Patienten i.d.R. länger, die Zeit auf Intensivstation signifikant erhöht
- es fallen viel höhere Materialkosten an (z.B. Spezialanfertigungen bei Okkluder, Stents usw., die derzeit schon höchst ungenügend abgebildet und vergütet werden)
- Die Behandlung dieser kleinen Patienten ist personalintensiv. Eine Katheterintervention bzw. -untersuchung beim Säugling wird in Narkose vorgenommen und ist nicht vergleichbar mit Eingriffen bei kooperativen Erwachsenen (meist in lokaler Anästhesie). Es liegt auf der Hand, dass Kinder höhere Kosten verursachen, da sie kosten- und personalintensiv narkotisiert und überwacht werden müssen
- Eingriffe sind gerade bei Neugeborenen nur bedingt planbar, sie müssen nicht nur sachgerecht, sondern auch zeitnah (manchmal notfallmäßig innerhalb kürzester Zeit nach Geburt operiert werden). Die Operationskapazitäten müssen entsprechend vorgehalten werden, eine optimale Auslastung ist im Erwachsenenbereich viel einfacher zu realisieren
- Die Verweildauer bei Patienten mit komplexen Herzfehlern ist hoch, meist ist sie verbunden mit langen Zeiten auf der Intensivstation und mit einer langen Beatmungszeit (z.B. nach Dekompensation)
- Zu den Verweildauern nach dem bisherigen Vergütungssystem ist zu sagen, dass diese vielleicht im Erwachsenenbereich von den Krankenhäusern künstlich hochgehalten werden mag. Im Bereich Kinderkardiologie und Kinder-Kardio-Chirurgie jedoch wird schon auf Drängen der Eltern kein Kind länger auf Station bleiben, als unbedingt nötig. Im Übrigen müssen die Eltern während des stationären Aufenthalts Kenntnisse in der Pflege erwerben und übernehmen diese häufig im häuslichen Bereich relativ selbständig

(und äußerst kostengünstig für die Solidargemeinschaft). Da sich die Eltern vielfach überlastet fühlen, benötigen sie oft Unterstützung durch häusliche Kinderkrankenpflege o.ä. (s.unten).

- Durch den medizinischen Fortschritt erreichen derzeit ca. 85 % der herzkranken Kinder das Erwachsenenalter (vor 20 Jahren verstarben 85 % vor Erreichen des 18. Lebensjahrs). Diese Patienten sind nach Erkenntnissen des medizinischen Standards aus der Zeit häufig nur palliativ operiert, entsprechend schlecht ist meist ihr Allgemeinzustand. Dies macht nicht selten mehrfache Re-Operationen und bei komplexen Fällen eine lebenslange engmaschige medizinische Betreuung notwendig. Der Bedarf dieser Therapien kann nur geschätzt werden, da erst im Jahr 2001 ein Register für angeborene Herzfehler eingerichtet wurde. Fakt ist, dass eine zunehmend wachsende sehr spezielle Patientengruppe künftig angemessen versorgt werden muss.

Angeborene Herzfehler sind die häufigste aller angeborenen Fehlbildungen, wobei die Fallzahlen, gemessen an den gesamten Fällen im Gesundheitswesen gering erscheinen.

- Etwa jedes 100. Kind wird in Deutschland mit einem Herzfehler geboren, das sind ca. 6.000 Kinder pro Jahr
- Allein 4.500 dieser Kinder benötigen einen bzw. mehrere Eingriff/e am offenen Herzen (mit der Herz-Lungen-Maschine)
- Ca. 3 % der herzkranken Kinder sind derzeit noch inoperabel
- Heute erreichen etwa 85 % der herzkranken Kinder das Erwachsenenalter
- Derzeit leben mehr als 200.000 Menschen mit angeborenen Herzfehlern in Deutschland

Lösungsvorschläge

- Wir sind (wie die Fachgesellschaften DGPK und DGTHG) der Meinung, dass weitere spezielle Alterssplitts mit bzw. ohne HLM-OP (Operation mit Herz-Lungen-Maschine) notwendig sind.
- Durch verkürzte Liegezeiten wird eine Verlagerung der Leistungen und Kosten auf ambulante Bereiche eintreten. Die häusliche Kinderkrankenpflege, die Nachsorge durch niedergelassene Kinderkardiologen und die Rehabilitation speziell durch Familienorientierte Rehabilitationseinrichtungen bei stark belasteten Familien ersetzt nicht die liebevolle, elterliche Pflege, ist aber für eine qualitative Versorgung unverzichtbar.
- Hier ist eine sektorale Behandlungskette unbedingt notwendig. Die Zusammenführung der Sektoren obliegt dem Ministerium und der Selbstverwaltung, da kein neues Gesundheitssystem eingeführt werden kann, ohne für die Konsequenzen Sorge zu tragen. D. h. Verlagerungseffekte sind zu evaluieren. Beispielsweise ist die Finanzierung und flächendeckende Versorgung auch in ländlichen Gebieten durch die häusliche Kinderkrankenpflege derzeit schon problematisch. Es besteht jetzt schon ein Mangel an Pflegediensten für Kinder, die mit Kinderkrankenschwestern mit Zusatzausbildung arbeiten.
- Es wird in allen ambulanten Sektoren unweigerlich zu einer Leistungsverdichtung kommen. Das deutsche Gesundheitssystem weist nach statistischen Angaben die höchste Verweildauer auf. Nicht berücksichtigt wird hier aber der Fakt, dass in Deutschland ein vergleichsweise schlechter Personalschlüssel bei ärztlichem - und pflegerischem Personal zur Verfügung steht.

- Sektorenübergreifende Lösungen sind notwendig und sinnvoll, nur prozessorientierte Therapien tragen dem Grundgedanken der DRG's Rechnung: die sachgerechte, zeitnahe Versorgung von Menschen mit angeborenen Herzfehlern transparent und finanzierbar zu machen und qualitativ zu sichern.

Bundesverband Herzkranke Kinder e. V., Frau Hermine Nock, Kasinostr. 84, 52066 Aachen
Telefon 02 41 - 91 23 32, E-Mail BVHK-Aachen@t-online.de, Internet www.bvhk.de
und

Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche e.V., Hanauer Str. 15, 63739
Aschaffenburg, Tel. 06021-12030