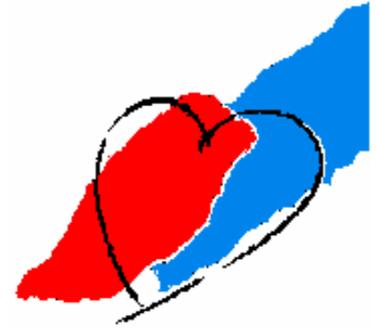


Bundesverband Herzkranke Kinder e.V.



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0104
vom 04.04.03

15. Wahlperiode**

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 schon derzeit höchst ungenügend abgebildet und vergütet werden)
- Die Behandlung von diesen 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 sind entsprechend vorzuhalten, eine optimale Auslastung ist im Erwachsenenbereich viel einfacher zu realisieren
- Die Verweildauer bei Patienten mit komplexen Herzfehlern ist sehr 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 künstlich hochgehalten wird. Im Bereich Kinderkardiologie und Kinder-Kardio-Chirurgie jedoch wird schon auf Drängen der Eltern kein Kind länger auf Station gehalten, 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 vielfach 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 teilweise 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

Ein Auszug aus dem Bruckenberger Bericht im Jahr 2002 „aktuelle Operationszahlen in Deutschland“ liegt bei.

Lösungsvorschläge

- Wir sind (wie die Fachgesellschaften DGPK und DGTHG) der Meinung, dass ein spezieller Alterssplitt (kleiner/größer 28 bzw. 100 Tage) mit bzw. ohne HLM-OP (Operation mit Herz-Lungen-Maschine) notwendig ist.
- Die verkürzten Liegezeiten verlagern die Kosten auf ambulante Bereiche. 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 der häuslichen Kinderkrankenpflege derzeit nicht gesichert. Es besteht jetzt schon ein Mangel an Pflegediensten für Kinder, die mit Kinderkrankenschwestern mit Zusatzausbildung arbeiten.
- Es wird in allen 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.

Aachen, 03.04.2003

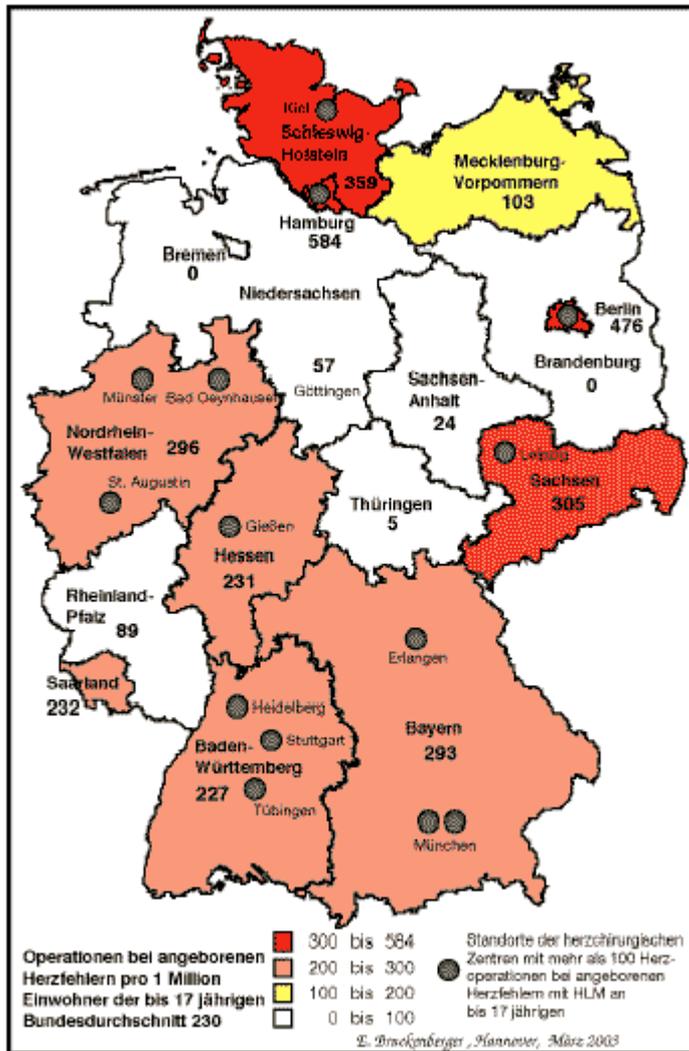
Bundesverband Herzkranke Kinder e. V.
Frau Hermine Nock
Kasinostr. 84 52066 Aachen
Telefon 02 41 - 91 23 32
Telefax 02 41 - 91 23 33
E-Mail BVHK-Aachen@t-online.de

Spendenkonten:
Heidenheimer Volksbank eG
BLZ 632 901 10 Konto 166 466 000
Sparkasse Aachen
BLZ 390 500 000 Konto 460 10 666
Internet www.herzkranke-kinder-bvhk.de

Operation angeborener Herzfehler nach Ländern 2002

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 4.424 Operationen angeborener Herzfehler mit Herz-Lungen-Maschine (HLM) und 1.218 ohne HLM vorgenommen. Aus der Altersgruppe der bis 17-jährigen wurden im Bundesdurchschnitt 230 Säuglinge, Kinder und Jugendliche pro 1 Million Einwohner operiert. Der Wert schwankt von 0 in Bremen und Brandenburg bis 476 in Berlin und 584 in Hamburg

Abb. 1: Operation angeborener Herzfehler der bis 17-jährigen nach Ländern



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage der jährlichen Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

Auswirkungen des Fallpauschalensystems

Für sektorenübergreifende Lösungen Das Fallpauschalensystem gilt nur für den Sektor Krankenhaus. Es wird eingeführt, ohne dass die künftige Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser und die Auswirkungen auf die anderen Leistungssektoren geklärt wurden. Bei den ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen (häusliche Pflege) Leistungssektoren gelten damit auch in den nächsten Jahren unterschiedliche Finanzierungs- und Abrechnungssysteme (monistisch, dualistisch, trialistisch, Gebühren, Fallpauschalen, Pflegesätze, usw.). Die konkreten finanziellen und sonstigen Folgen für die einzelnen Einrichtungen können so gesehen derzeit nicht festgestellt werden.

Für die einzelne Klinik Einige Herzzentren haben sich bei der Operation angeborener Herzfehler auf besonders komplexe Herzfehler (Fallotsche Tetralogie, Single Ventrikel, Hypoplastisches Linksherzsyndrom etc.) spezialisiert, während andere sich mehr bzw. fast

ausschließlich um leichtere Herzfehler kümmern. Durch diese Spezialisierung entsteht bei einer vergleichsweise geringen Fallzahl eine Patientenselektion, die einen hohen Einfluss auf den medizinischen und ökonomischen Aufwand hat. Da die komplexen Herzfehler nur an wenigen Herzzentren korrigiert werden, haben diese einen vergleichsweise höheren Aufwand, der wahrscheinlich über die DRG's nicht leistungsgerecht refinanziert werden kann. Je geringer die Fallzahl, desto mehr sind die betroffenen Kliniken auf "Ausgleichszahlungen" aus anderen DRG's aus anderen Abteilungen oder auf Subventionen außerhalb des GKV-Systems angewiesen. Andererseits ist jede Klinik, die die vorhandene apparative und personelle Ausstattung nicht voll auslasten kann als tendenziell unwirtschaftlich anzusehen. Bei diesen Mechanismen ist eine Konzentration systemimmanent vorgezeichnet.

Qualitätssicherung durch die Mindestmengenregelung Der Gesetzgeber unterstellt im Fallpauschalengesetz (FPG) aufgrund "verschiedener Studien" und sachverständiger Beratung einen linearen und rechtlich umsetzbaren monokausalen Zusammenhang zwischen Operationshäufigkeit (Menge) und Qualität des Behandlungsergebnisses. Die Realität ist allerdings hochkomplex. So gibt es Unterschiede im Patientenalter, bei den Hygienevoraussetzungen, der Personalbesetzung, den Operationsmethoden, der Erfahrung, dem Arzneimittel Einsatz, usw.

Die dazu von der Selbstverwaltung abzuschließenden Vereinbarungen nach § 137 Satz 1 SGB V regeln insbesondere "...3. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände". Die Operation angeborener Herzfehler kann sicherlich zu den planbaren Operationen gezählt werden.

Wenn die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann von der Mindestmengenregelung abweichen, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet sein könnte. Diese Ausnahmeregelung dürfte für die Operation angeborener Herzfehler nicht zur Anwendung gelangen. Erstens zählen diese Operationen nicht zur Kategorie flächendeckende Versorgung und zweitens unterliegen die davon betroffenen Hochschulkliniken nicht der Krankenhausplanung.

Bei der höchst unterschiedlichen Häufigkeit der Operation angeborener Herzfehler in den einzelnen Herzzentren (1 bis 617) könnte die Mindestmengenregelung aufgrund der gesetzlichen Sanktionsmechanismen sich für die betroffenen Herzzentren möglicherweise stärker auswirken als nicht kostendeckende DRG's.

Quellen- und Literaturangabe Die Datenerfassung für die Operationen angeborener Herzfehler erfolgte auf der Grundlage der jährlichen Länderumfrage der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. Die Auswertung der Basisdaten wurde von der Arbeitsgruppe für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Herzchirurgie im UKE Hamburg ("Hamburger Jahresstatistik") vorgenommen. Weiterführende Literatur zum Thema Herzchirurgie in Deutschland gibt es bei: Ernst Bruckenberger; "Herzbericht 2001 mit Transplantationschirurgie"