

UNZUREICHENDE LEISTUNGSVERGÜTUNG: SCHLAFMEDIZINISCHE VERSORGUNG VON KINDERN GEFÄHRDET!

MARION ZERBST



Schlafprobleme bei Kindern sind ein ernst zu nehmendes Problem, das die Kinder in ihrem Befinden und Verhalten und in ihren schulischen Leistungen sehr beeinträchtigen kann. Schon im Säuglingsalter kann eine nicht erkannte und behandelte schlafbezogene Atemstörung verhängnisvolle Folgen haben: Sie führt nicht nur häufig zu Gedeihstörungen, sondern kann das Kind auch langfristig in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung sehr weit zurückwerfen. Eine effiziente Kinderschlafmedizin kann hier in vielen Fällen helfen. Leider wird die finanzielle Situation der Kinderschlaflabore aber immer schwieriger.

Klaus und Susanne S.* freuten sich sehr auf ihr sechstes Kind – einen „Nachzügler“, mit dem sie eigentlich gar nicht mehr gerechnet hatten. Umso mehr erschrecken sie, als der kleine Thomas mit einer Gesichtsfehlbildung zur Welt kam. „Pierre-Robin-Sequenz“ lautet der medizinische Name für diese angeborene Fehlbildung, die sich durch einen kleinen, fliehenden Unterkiefer, eine in den Rachen verlagerte Zunge und meistens auch durch eine

Gaumenspalte auszeichnet. Die Ursachen, erklärten die Ärzte den Eltern, kennt man noch nicht so genau. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und Infektionserkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft können zur Entstehung des Syndroms beitragen. Auch genetische Faktoren können eine Rolle spielen.

Eine einfache, aber bestechende Lösung
Die Gesichtsfehlbildung führt zu ver-

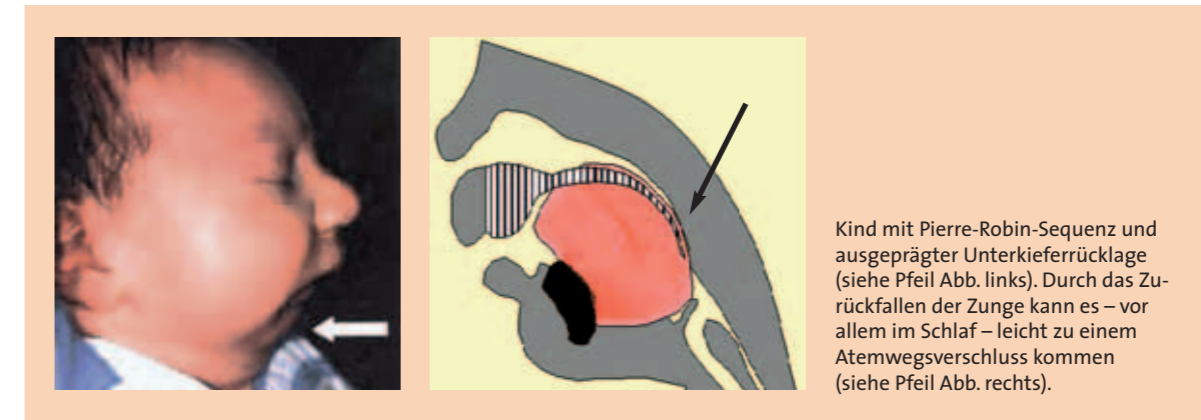
schiedenen Problemen: Durch die Rückverlagerung der Zunge werden die Atemwege verlegt, was vor allem im Schlaf ein Problem darstellt; denn dann kann die Zunge besonders leicht in den Rachen zurückfallen, die Atemwege vollständig blockieren und zu einem gefährlichen Sauerstoffmangel führen. Auch die Ernährung ist ein Problem, weil das Kind aufgrund der Fehlbildung Saug- und Trinkprobleme hat und sich durch die rückverlagerte Zunge häufig ver-

schluckt. Das kann zu mangelnder Gewichtszunahme führen. Wegen der Gaumenspalte besteht außerdem die Gefahr, dass das Kind Nahrungspartikel aspiriert (einatmet), was das Risiko für eine Lungenentzündung erhöht. Oft müssen solche Kinder daher über eine Sonde ernährt werden.

Hinweise auf obstruktive Atemstörungen.

Da das aber natürlich keine langfristige Lösung war, passten die Ärzte dem kleinen Patienten unter endoskopischer Kontrolle eine Gaumenplatte mit integriertem Sporn an. Diese Platte, die von Kinderärzten, Kieferorthopäden und Kieferchirur-

„Bei solchen Fehlbildungen lässt erst eine konsequent angewendete polysomnografische Diagnostik Atemstörungen erkennen, die Auswirkungen auf die Sauerstoffversorgung und sogar auf die gesamte Schlafarchitektur haben“, meint Dr. Thomas Erler, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Carl-



Kind mit Pierre-Robin-Sequenz und ausgeprägter Unterkieferrücklage (siehe Pfeil Abb. links). Durch das Zurückfallen der Zunge kann es – vor allem im Schlaf – leicht zu einem Atemwegsverschluss kommen (siehe Pfeil Abb. rechts).

Auch beim kleinen Thomas war eine Sondenernährung notwendig. Seine Atmung schien zunächst unproblematisch zu sein; die kontinuierliche pulsoximetrische Überwachung ergab keinerlei Auffälligkeiten. Ab dem zweiten Lebensmonat zeigten sich bei dem kleinen Jungen jedoch Gedeihstörungen und immer wiederkehrende Lungenentzündungen. Eine Polysomnografie im Kinderschlaflabor ergab, dass er an einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom litt.

Den Versuch einer nasalen Maskenbeatmung tolerierte der Säugling leider nicht. Um längere Sauerstoffsättigungen zu vermeiden, wurde ihm daher ein Atemschlauch (nasotrachealer Tubus) in den Rachen eingeführt – mit durchschlagendem Erfolg: Jetzt zeigte die Polysomnografie einen normalen Befund ohne

gen in Tübingen entwickelt wurde (deshalb heißt sie auch „Tübinger Platte“), wird in die Mundhöhle eingebracht und hält die Zunge vorn. Das hat gleich mehrere Vorteile: Erstens wird die Zunge dadurch aus dem Nasenraum in die Mundhöhle verlagert und die Enge im Rachen beseitigt, sodass das Kind wieder richtig atmen kann. Auch die Nahrungsaufnahme wird erleichtert. Und nicht zuletzt begünstigt die Korrektur der Zungenposition einen koordinierten Ablauf von Ober- und Unterkieferwachstum: Die Gesichtsfehlbildung mit dem typischen verkleinerten, fliehenden Unterkiefer bildet sich dadurch mit der Zeit zurück.

Auch bei dem kleinen Thomas war die Therapie erfolgreich: Mit Gaumenplatte hatte er keine Sauerstoffsättigungen mehr, sodass er wieder nach Hause zu seinen Eltern entlassen werden konnte.

Warum wir Kinderschlaflabore brauchen

Solche Fälle sind keineswegs selten. Neben vergrößerten Rachenmandeln und Wucherungen der Rachenschleimhaut („Polypen“) sind Schädel-Gesichts-Fehlbildungen bei Kindern eine recht häufige Ursache für schlafbezogene Atemstörungen, die oft schon im Säuglingsalter so ausgeprägt sind, dass dringend etwas dagegen getan werden muss.

Thiem-Klinikums Cottbus. „Kognitive Leistungsminderungen und langfristige Entwicklungsstörungen könnten die Folge sein.“ Im vorliegenden Fall wären Hirnschäden infolge von Sauerstoffmangel bei dem kleinen Jungen mit Sicherheit vorprogrammiert gewesen. Nur durch eine rechtzei-



Tübinger Platte mit Sporn

tige, adäquate Diagnostik und Therapieeinleitung im Kinderschlaflabor ließen solche irreparablen Schäden sich verhindern.

Die Therapie der Wahl eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms stellt auch schon im ersten Lebensjahr mittlerweile die nicht-invasive Maskenbeatmung mittels CPAP oder BiPAP dar. Falls das Kind diese Therapie nicht akzeptiert, kann vorübergehend ein Nasotrachealtubus gelegt werden, um schwere Sauerstoffsättigungen zu verhindern. Wie die weitere Behandlung aussehen soll, muss dann individuell entschieden werden, denn dafür gibt es verschie-



Eine nasale Maskenbeatmung tolerierte der kleine Thomas leider nicht.



Kind mit Pierre-Robin-Sequenz vor der Plattentherapie und nach dreimonatiger Plattentherapie: Die Gesichtsfehlbildung ist bereits deutlich zurückgegangen.

dene Möglichkeiten – beispielsweise die bereits erwähnte Gaumenplatte oder auch eine Unterkieferprotrusionsschiene. So kann man einen kieferchirurgischen Eingriff (der früher bei schweren Gesichtsfehlbildungen die einzige Lösung war) häufig vermeiden, denn die Chancen für eine Nachreifung des Wachstums im Unterkieferbereich stehen gar nicht so schlecht. Zumindest aber lässt ein solcher Eingriff sich dadurch um ein paar Jahre hinauszögern, und auch damit ist schon viel gewonnen: Im späteren Kindesalter sind solche Operationen nämlich meistens weniger aufwendig und risikoärmer – nicht zuletzt deshalb, weil Fehlbildungen im Kiefer- oder Gesichtsbe- reich sich im Laufe des natürlichen Entwicklungsprozesses oft „auswachsen“ und dann weniger ausgeprägt sind.

Problem: Die Fallpauschalen sind zu niedrig

Derartig spezielle Untersuchungen und Therapiemaßnahmen sind nur in einem Kinderschlaflabor möglich. Leider sind diagnostische schlafmedizinische Untersuchungen bei Kindern wesentlich aufwändiger und

kostenintensiver als bei Erwachsenen, werden aber nicht in ausreichendem Maße vergütet, weil die angesetzten Fallpauschalen (DRGs) viel zu niedrig sind. Aus diesem Grund werden Schlaflaboruntersuchungen für Kinder auch nur in 10% der deutschen Kinderkliniken angeboten, wodurch eine drastische schlafmedizinische Unterversorgung besteht. Wenn sich finanziell nicht bald etwas ändert, sind auch die bestehenden Kinderschlaflabore in ihrer Existenz bedroht, und wir kehren auf den Stand der schlafmedizinischen Versorgung von Kindern von vor 20 Jahren zurück!

Was kostet eine polysomnografische Diagnostik im Kinderschlaflabor? An der Fakultät Wirtschaftswissenschaften der Technischen Universität Dresden ist man dieser Frage einmal nachgegangen: Auf der Grundlage ausführlicher Kostenträgeranalysen wurden die Kosten und DRG-bezogenen Erlöse aller Behandlungsfälle aus dem Jahr 2004 erfasst und miteinander verglichen, die im Kinderschlaflabor der Kinder- und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin an der TU Dresden und in einem „Erwachsenen-Schlaflabor“ dersel-

ben Region unter der Hauptdiagnose Schlafapnoe abgerechnet wurden.

Dabei ergab sich, dass Polysomnografien im Kindesalter deutlich teurer sind: Eine einfache diagnostische Polysomnografie kostete bei einer Verweildauer von einem Tag 365,54 bis 694,21 Euro; für eine Polysomnografie zur Kontrolle einer nicht-invasiven Beatmungstherapie musste man 701,18 Euro veranschlagen. Somit kostete eine Untersuchung im Kinderschlaflabor bei einer erweildauer von einem Tag 1,7-mal so viel und bei einer Verweildauer von 2,7 Tagen 2,2- bis 2,5-mal so viel wie bei erwachsenen Patienten. 87% der Kosten entfallen im Kindesalter auf die Personalkosten, insbesondere auf Kosten für das Pflegepersonal. Diese nun auch durch Wirtschaftswissenschaftler ausgerechnete Zahl kann man sich natürlich auch mit gesundem Menschenverstand vorstellen, wenn man ein Baby oder ein unruhiges Kleinkind sieht.

Leider sind die jetzigen DRG-Sätze für diagnostische Untersuchungen in Kinderschlaflaboren weiterhin viel zu niedrig angesetzt, wie die aktuellen Untersuchungen aus mehreren Jahrgängen aus dem Josefinum Augsburg zeigen. Bei der Festlegung der Fallpauschalen für Polysomnografien gingen die Gesundheitspolitiker nämlich von der irrigen Annahme aus, dass diese bei Kindern weniger aufwändig und kostspielig seien als bei Erwachsenen – ein verhängnisvoller Irrtum. Zwar stimmt es, dass viele medizinische Maßnahmen bei Erwachsenen teurer sind als bei kleinen Patienten – für diagnostische Verfahren, zu denen auch die Polysomnografie gehört, trifft dies jedoch nicht zu. Mit ein wenig Fantasie und

Einfühlungsvermögen kann man sich leicht vorstellen, warum das so ist: Zunächst einmal braucht man für Untersuchungen bei Kleinkindern mehr Pflegepersonal. Zweitens ist das Anlegen der Ableitelektroden schwieriger und zeitraubender, weil das Kind sich natürlich dagegen wehrt. Oft muss das Anlegen der Elektroden mehrfach wiederholt werden, was zu einem erhöhten Materialverbrauch führt. Und die Ableitung ist meist auch nur unter Einbeziehung der Mutter des Kindes (oder einer anderen Bezugsperson) möglich, was entsprechende räumliche Voraussetzungen erfordert. Auch die Beurteilung des Untersuchungsergebnisses gestaltet sich häufig komplizierter.

Bei den derzeit gezahlten Vergütungen können Kinderschlaflabore also nicht kostendeckend, geschweige denn wirtschaftlich arbeiten, und es ist zu befürchten, dass viele langfristig gezwungen sein werden, ihre Leistungen einzustellen. Momentan ist es so, dass die Kliniken,

zu denen die Kinderschlaflabore gehören, pro untersuchtem Kind mehrere hundert Euro zuschießen müssen. Dieses „Zuschussgeschäft“ werden sich die Krankenhäuser angesichts der immer angespannter werdenden finanziellen Lage in unserer heutigen Krankenhauslandschaft aber wahrscheinlich nicht mehr lange leisten können.

Der einzig mögliche Ausweg aus diesem Dilemma wären höher bewertete DRGs, die den Mehraufwand für schlafmedizinische Untersuchungen bei Kindern berücksichtigen. „Bei Vorliegen entsprechender Qualitätskriterien (DGSM-Zertifizierung des Kinderschlaflabors, Qualifikationsnachweis des Kinderschlaflaborleiters bei der zuständigen Landesärztekammer) sollte eine stationäre kinderschlafmedizinische Polysomnografie zum derzeitigen Zeitpunkt pauschal mit 1007 Euro vergütet werden“, meint der Mediziner Professor Dr. Ekkehart Paditz vom Zentrum für Angewandte Prävention (Dresden), der an den aktuellen Untersuchun-

gen zur wirtschaftlichen Situation von Kinderschlaflaboren maßgeblich beteiligt war.

Es macht eben nicht unbedingt immer Sinn, sich bei der Festsetzung von Leistungen für Kinder an der Höhe derselben Leistungen für Erwachsene zu orientieren. Denn Kinder sind nun mal keine „kleinen Erwachsenen“. Die zu niedrig angesetzten Fallpauschalen im schlafmedizinischen Bereich sind wieder einmal ein Beispiel für kurzsichtiges Agieren im Gesundheitssystem, durch das diesmal das wertvollste Gut unserer Gesellschaft gefährdet wird – die Gesundheit unserer Kinder.

* Die Namen wurden von der Redaktion verändert.

A. Wiater, E. Paditz, B. Hoch, Th. Erler (Hrsg.)
Spezialreport Gesundheitsökonomie
Zur Kosten- und Erlössituation der pädiatrischen Polysomnografie im Vergleich zum Erwachsenenalter
Kleanthes (Dresden), 2010.
Mit dieser Untersuchung zur Kosten- und Erlössituation von Kinderschlaflaboren machen führende Kinderschlaflabormediziner auf die katastrophale Situation aufmerksam.

