

## **Stellungnahme der DGPK für die Notwendigkeit einer präinterventionellen Aufnahme von kinderkardiologischen Patienten die eine Herzkatheteruntersuchung, interventionellen Eingriff oder EPU erhalten**

### Präambel:

Mit großer Sorge sieht die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e.V. (DGPK) einen immer höheren Druck durch eine zunehmende Ökonomisierung auf die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen. Dies betrifft dabei in zunehmendem Maße die Verweildauer dieser Patienten im Krankenhaus. Das Streichen von einzelnen Tagen in der Abrechnung mit dem Ziel der Kostenreduktion um jeden Preis durch die Kostenträger macht eine kindgerechte und patientensichere Versorgung zunehmend schwierig.

Aufgrund der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im Jahre 2017 konnte ein minimaler Konsens mit den Krankenkassen bzgl. der minimalen Dauer einer stationären Behandlung erzielt werden (Kardiologie 2017; 11: 209-218). Diese Stellungnahme wurde durch ein Expertengremium aus der Erwachsenen-Kardiologie zusammengefasst und berücksichtigt allerdings keine der zahlreichen spezifischen Aspekte der Behandlung von Kindern und Patienten mit angeborenen Herzfehlern. Damit entsteht automatisch ein Konflikt, da es kaum dezidierte Publikationen zu diesem Thema gibt. Nach der Rechtsprechung ist die Indikation zur stationären Leistungserbringung im Nachgang überprüfbar, gleichzeitig aber liegt die letztliche Entscheidung über die Art und den Umfang der medizinischen Behandlung beim Arzt und allein in seinem Ermessen (Gesundheitswesen 2012; 74: 328-330).

Patienten im Kindes- und Jugendalter ( $\leq 18$  Jahre) und Patienten mit einem angeborenen Herzfehler (AHF) jeglichen Alters (Kinder und Erwachsene) benötigen im Gegensatz zu erwachsenen Patienten ohne AHF eine spezielle ärztliche und pflegerische Betreuung, die aus Sicht der DGPK in den allermeisten Fällen eine stationäre Aufnahme am Tag vor dem geplanten Eingriff rechtfertigen.

Die stationäre Aufnahme für eine Herzkatheteruntersuchung, Durchführung einer Intervention am Herzen, Herzoperation oder die elektrophysiologische Untersuchung / Behandlung stellen für Eltern und Kind eine besondere Stresssituation dar.

In der Planung aus ex ante Sicht ist für die Durchführung einer Intervention auf die absolute Nüchternheit des Patienten zu achten, da es sich zumeist um Eingriffe in Sedierung handelt. Damit liegt keine Atemwegssicherung mittels eines Tubus vor. Dazu kommt in der Kinderkardiologie, dass zum Teil großlumige Sonden mit einem Ultraschallkopf in der Speiseröhre platziert werden, die damit ein Aspirationsrisiko bei nicht nüchternen Patienten erhöhen.

In einer Untersuchung von Cantellow et al. waren entgegen anderer Aussagen 13,5 % der Kinder nicht nüchtern und auch das Verständnis für „nüchtern“ variierte stark. 22% der Eltern erlaubten den Kinder die Zufuhr von Toast oder Crackern (Paediatr Anaesth. 2012 Sep;22(9):897-900).

Generell sind die Abstände einer Nahrungszufuhr zur Anästhesie in den letzten Jahren liberalisiert worden (AWMF Registernummer 001- 047). Dennoch verbleibt es in der Verantwortung der behandelnden Klinik, dass der Patient entsprechend nüchtern ist, wenn dieser erst am Tag der Intervention zur Aufnahme kommt. Gleichzeitig kann sie es aber auch nicht garantieren, da dieses dann im Aufgabenbereich der Eltern liegt. Die Aspiration ist eine seltene Komplikation, kann aber dann auch zu fatalen Komplikationen führen. Dabei werden diese nachfolgenden Probleme dennoch in der Verantwortlichkeit der behandelnden Klinik gesehen. Ein tragischer Fall führte erst im letzten Jahr zu einer Verurteilung des verantwortlichen Arztes. (<https://www.derstandard.de/story/2000129393530/>)

Die Akzeptanz von Nüchternphasen wird bei Kindern deutlich anders empfunden wird als bei Erwachsenen, so besteht bereits ex ante die potentielle Möglichkeit das eine intravenöse Flüssigkeitsgabe das Durstgefühl der Kinder vermindert. Darüber hinaus verhindert die Substratzufuhr Lipolyse, Hypoglykämie oder den Volumenmangel (Paediatr Anaesth. 2018 Jul;28(7):588-596). Gerade letzterer sollte bei Kindern mit Herzfehlern vermieden werden.

Das theoretische Argument, dass der Patient am Aufnahmetag alle Voruntersuchungen durchlaufen könnte, um dann bei entsprechender Nüchternheit zeitgerecht am Vor- oder Nachmittag die Intervention zu bekommen, ist realitätsfremd, da Interventionen gut und zeitgerecht verlaufen können, es aber auch Fälle gibt in denen solche Interventionen auf Grund verschiedener Komplikationen und von erschwerten Verhältnissen sich über mehrere Stunden hinziehen können.

Bei elektrophysiologischen Untersuchungen / Interventionen ist in der Regel ein Absetzen der antiarrhythmischen Medikation vor geplantem Eingriff für eine erfolgreiche Behandlung der Herzrhythmusstörung durch Katheterablation notwendig. Solche Patienten benötigen prä-interventionell eine stationäre Rhythmus-Überwachung.

Eine im prä-interventionellen stationären Aufenthalt sachgerecht dokumentierte Herzrhythmusstörung (stationäres Monitoring, Telemetrie), insbesondere bei bisher nicht dokumentierten Ereignissen, hat häufig eine unmittelbare Konsequenz für die Durchführung der interventionellen Prozedur.

Aus abrechnungsmedizinischer Sicht gerne negiert, aber in der Gesamtschau des Prozesses nicht unwichtig, ist häufig eine deutliche Entfernung der Patienten vom Herzzentrum, wo eine entsprechende Fahrtstrecke auch über einer oder zwei Stunden liegen kann, da ausgewiesene Kinderherzzentren nicht zur Grund- und Regelversorgung gehören Ebenfalls aus abrechnungsmedizinischer Sicht nicht fassbar ist die Tatsache, dass es sich um Kinder und Jugendliche handelt. Aus kinderärztlicher Sicht scheitern, vor allem in der Kindermedizin, theoretische ambulant fühnbare Untersuchungen immer wieder daran, dass sich Kinder und auch Jugendliche diesen verweigern. So dient die stationäre Aufnahme eines Kindes am präoperativen Tag auch dem Ankommen des Kindes im Setting Krankenhaus, dem Vertrauens- und Beziehungsaufbau, wozu auch das einmalige Stechen zur Anlage einer Venenverweilkanüle gehört, über die dann die gesamte Blutentnahme erfolgen kann, ebenso wie nachfolgend auch die Applikation von Flüssigkeiten / i. v. Lösungen. Dies wäre im Rahmen eines prästationären Settings auch nicht in einem Prozess durchführbar, da das Kind nicht mit einer Flexüle nach Hause entlassen werden kann. Bei chronisch herzkranken Patienten stellt sich die Venensituation zusätzlich häufig schwierig dar.

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e.V. und ihre Arbeitskreise fordern daher aus Gründen der Patientensicherheit und einer Kindgerechten Versorgung auch weiterhin die stationäre Aufnahme ihrer Patienten einen Tag vor einer geplanten Intervention.

20.04.2023