

Warum ist die Medizin kleiner Frühgeborener so teuer?

Jährlich werden in Deutschland ca. 8.000 Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g geboren. Diese „very low birth weight“ (VLBW) Frühgeborene repräsentieren in den USA nur 1,5% aller Lebendgeborenen, erfordern jedoch 13,4 Milliarden US-\$ pro Jahr, d. h. 30% der Gesundheitskosten für Neugeborene.

Die Autoren einer Studie aus Chicago machten es sich zur Aufgabe, die Beziehung zwischen direkten Kosten der ersten Neugeborenen-Intensivtherapie und vier typischen und potenziell verhinderbaren Frühgeborenen-Morbiditäten retrospektiv zu analysieren. Bei 425 VLBW-Kindern wurden die klinischen und ökonomischen Daten mittels eines speziell konstruierten linearen Regressionsmodells betrachtet.

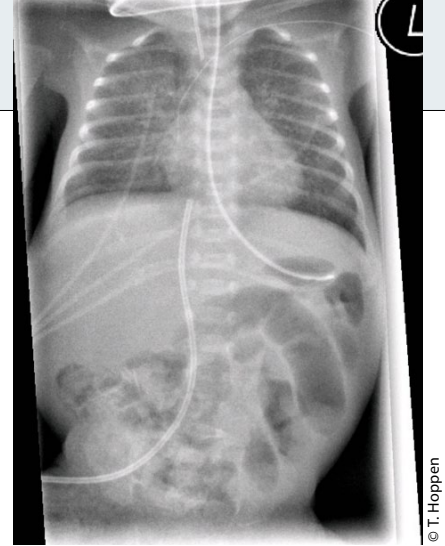
Die aufwendige und auf zahlreiche Risikofaktoren adjustierte Differenzierung ergab einen Anstieg der direkten Kosten 1. für Hirnschädigung (IVH, Hydrozephalus) von 12.048 \$, 2. für nekrotisierende Enterocolitis (NEC) von 15.440 \$, 3. für „late-onset“-Sepsis von 10.055 \$ und 4. für bronchopulmonale Dysplasie von 31.565 \$. Die Addition von mehreren Erkrankungen pro Patient führte logischerweise zu signifikant höheren Gesamtkosten.

Die Teilkosten des Frühgeborenen von z. B. 875 g mit „nur“ einer Sepsis lagen bei rund 9.500 \$ – im Gegensatz zu den

Teilkosten des Frühgeborenen von 650 g mit der Summe sämtlicher vier Morbiditäten, welche 125.000 \$ verschlangen. Auch der Schweregrad der Einzelerkrankung führte zu einer eindrucksvollen Kostensteigerung. So hatten die direkten Kosten einer Hirnschädigung eine Schwankung von +/- 62.149 \$!

Johnson TJ et al. Cost of morbidities in very low birth weight infants. *J Pediatr* 2013; 162: 243–49.e1

Kommentar: Ehemalige kleine Frühgeborene entwickeln zahlreiche Langzeitprobleme und gehören zum festen Klientel einer jeden Kinderarztpraxis. Diese Studie zeigt eindrucksvoll das frühe Kostenspektrum dieser Patientengruppe auf. Kostensenkung geht nur über Morbiditätssenkung! Die Qualität der klinischen Versorgung postpartal ist die entscheidende Größe für das Outcome dieser Kinder. Regionale Netzwerke arbeiten inzwischen teilweise unter Anwendung der Benchmarking-Methode um am Beispiel der sog. „besten Kliniken“ von-



© T. Hoppen

Ein „verkabeltes“ Frühgeborenes von 700 g.

einander zu lernen und ihre praktischen Ergebnisse zu verbessern. Bedauerlicherweise honoriert das hiesige Gesundheitssystem hochwertige Neonatologie mit niedrigen Morbiditätsraten nicht hinreichend. Es müssen strukturelle Anreize für optimale Versorgungsbedingungen geschaffen werden, um somit auch die Langzeitprobleme mit ihren immensen Kosten senken zu können.

Auch diese Studie belegt es einmal mehr: Aktuell ist die Morbiditätsrate der profitablen Anteil der Frühgeborenenmedizin. Krankheit rechnet sich – Gesundheit nicht. Die Prävention der Frühgeburt durch verantwortungs- und qualitätsvolle Geburtshilfe muss jedoch zum zukünftigen Paradigma werden. Die honorierbare „Leistung“ im Grenzbereich auf dem Weg zur Erfüllung geforderter Mindestmengen, die in belastenden Einzelschicksalen resultieren kann, hat hingegen ausgedient.

Dr. Thomas Hoppen

Das Wiedererscheinen der Wanderröte

Taucht ein Erythema migrans erneut auf, handelt es sich nicht um ein Rezidiv einer schwelenden früheren Infektion, sondern um eine Neuinfektion mit anderen Borrelien-Stämmen. Dieser molekularbiologische Beweis gelang Mikrobiologen aus New York und Philadelphia.

Die Wissenschaftler konnten Isolate von *Borrelia (B.) burgdorferi* von 17 Patienten untersuchen, die zwischen 1991 und 2011 ein Erythema migrans aufwiesen und die anschließend insgesamt 22 weiteren Episoden dieser Infektion hatten. Mittels Genotypisierung des Oberflächenproteins C (ospC) von aus Haut- und Blutkulturen isolierten Bakterien wurde nachgewiesen, dass die

Stämme der ersten und zweiten Episode praktisch immer unterschiedlich waren. Nur ein einziger Patient mit vier Erythematata migrantia in fünf Jahren hatte identische Genotypen bei der ersten und dritten Episode.

Ein gerne benutztes Argument für die Existenz eines chronischen Verlaufs war das Wiedererscheinen der Wanderröte bei nicht therapierten Patienten bzw. das

vorübergehende Verschwinden nach Behandlung mit anschließendem scheinbaren Rezidiv bei bis zu einem Sechstel der Betroffenen.

Nadelmann RB et al. Differentiation of reinfection from relapse in recurrent Lyme disease. *New Engl J Med* 2012; 367: 1883–90

Kommentar: Wiederholte Episoden eines Erythema migrans bei ausreichend behandelten Patienten sind nicht Ausdruck des Rezidives einer chronischen Erkrankung, sondern stellen eine Neuinfektion dar. Ob es so etwas wie eine chronische Borreliose tatsächlich gibt, darf weiterhin stark bezweifelt werden.

Dr. Ulrich Mutschler