

Mindestmengenregelung Frühgeborene

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)

Unterstützt durch: *Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Gynäkologie (AGG), Deutsche Stiftung Kranke Neugeborene (DSKN), Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.*

Die Neugeborenensterblichkeit in Deutschland wird maßgeblich durch das Versterben extrem unreifer Frühgeborener bestimmt. Um die Chancen auf ein gesundes Überleben zu verbessern, gelten ab 1. Januar 2024 Mindestmengen. Während diese bereits von 14 auf aktuell 20 erhöht wurden, müssen Kinderkliniken ab 2024 jährlich mindestens 25 Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm behandeln, um diese besonders vulnerable Gruppe versorgen zu dürfen. Die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) basiert auf dem nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Mortalität und Zahl der betreuten Frühgeborenen und der Tatsache, dass die Geburt dieser Kinder planbar im Sinne des Gesetzes ist.

Die von Elternverbänden begrüßte Erhöhung trifft in einigen Bundesländern auf erheblichen Widerstand. So wurde nicht nur eine Petition im Bundestag für den Erhalt einer Level 1 Klinik in Mecklenburg-Vorpommern und in Thüringen eingebracht, sondern auch offiziell Widerspruch beim G-BA eingelegt, der jedoch abgelehnt wurde. Während Elternvertreter fordern, die Mindestmenge auf 50 zu erhöhen, bereitet Baden-Württemberg nun eine Verfassungsklage vor. Der Gesundheitsminister sei grundsätzlich ein Befürworter von Mindestmengen: „Ich möchte, dass jemand, der komplizierte Operationen macht, darin geübt ist. Das ist wie im Leistungssport, das kann man nicht nur einmal im Jahr machen.“ Gleichzeitig schränkt er ein, dass bei der Frühgeborenenversorgung die Lage aber anders sei: „Die Frühchenversorgung ist täglich dieselbe Tätigkeit, ob ich sechs Kinder auf der Station liegen habe oder eins“.

Dieser falschen und abwertenden Aussage des Gesundheitsministers widersprechen die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Organisationen ausdrücklich und weisen darauf hin, dass folgende, häufig wiederholte, Argumente gegen die Mindestmengen sachlich falsch sind.

1. Die Mindestmengenregelung führt zur Schließung von Kliniken

Die betroffenen Level 1 Kliniken „scheiden“ nicht „aus der Versorgung aus“, vielmehr dürfen sie höchstens 24 extrem unreife Kinder während der ersten Lebenswochen nicht betreuen. Die Betreuung von Schwangeren, sowie Früh- und kranken Neugeborenen ist als Level 2 Klinik weiterhin gesichert.

Aktuell resultieren Probleme eher aus der Unterfinanzierung der Kinder- und Jugendmedizin. Die hohen Vorhaltekosten, auch für größere Kinder jenseits der Neugeborenenperiode, sind im bisherigen System nicht auskömmlich abgebildet. Kliniken, die derzeit auf die Erlöse von unreifen Frühgeborenen zur Querfinanzierung angewiesen sind könnten gefährdet sein. Hier liegt die Lösung in einer ausreichenden Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin im Allgemeinen.

2. Es drohen lange Transporte mit teilweisen hohen Risiken

Frühgeburtlichkeit ist in den meisten Fällen vorhersehbar, mehr als 95% der betroffenen Schwangeren werden bereits vor der Geburt stationär betreut. Daher ist eine vorgeburtliche Verlegung in die Versorgungsstufe des adäquaten Levels möglich, ohne dass sich aus der Umsetzung der Mindestmenge ein höheres Risiko ergibt. Die Versorgung von extrem unreifen Kindern in größeren Einrichtungen erhöht die Wahrscheinlichkeit, die zu frühe Geburt ohne Schädigung zu überleben – ein Ergebnis, für welches die betroffenen Familien sehr gerne vorübergehend längere Wege für Besuche akzeptieren.

3. Der Belegungsdruck in Ballungszentren steigt

In Analogie zur Verlegung bei drohender Frühgeburt <1250 g in größere Perinatalzentren stellt die zeitnahe Rückverlegung der Schwangeren bei geschätztem kindlichen Gewicht >1250 g in Level 2 Zentren sicher, dass eine heimatnahe Entbindung in der Einrichtung möglich ist. Diese aufeinander abgestimmte Verlegung reduziert den „*Belegungsdruck in den Perinatalzentren*“ und sichert gleichzeitig – wenn möglich – eine heimatnahe Geburt.

4. Die Versorgungsqualität sinkt, da für die steigende Fallzahl kaum Personal zur Verfügung steht

Eine enge Kooperation der Partner unterschiedlicher Versorgungsstufen in einer Region ermöglicht die zeitnahe Rückverlegung bei Erreichen eines entsprechenden Gewichts in die heimatnahe Klinik. Damit werden (i) die Ressourcen der Level 1 Kliniken auf die Versorgung der Hochrisikopatienten fokussiert, (ii) eine heimatnahe Weiterversorgung und Entlassung der sehr unreif geborenen Kinder ermöglicht, (iii) die notwendige Expertise in den Level 2 Kliniken aufrechterhalten. Das Personal kann sich somit auf die Versorgung der Hochrisikopatienten fokussieren und deren Versorgung deutlich verbessern.

5. Verlegungsfahrten und Notfallversorgung kranker Neugeborener sind gefährdet

Regionale Abholdienste für Neugeborene sind nicht auf Level 1 Kliniken beschränkt. Es ist Aufgabe der Länder sicherzustellen, dass Kooperationen in der Region gewährleistet sind. Die im Rahmen der Krankenhausreform angeschobene Finanzierung der Vorhaltekosten bietet den notwendigen finanziellen Spielraum.

Die Etablierung bzw. das Weiterführen eines Transportdienstes durch Level 2 Kliniken entlastet die Level 1 Kliniken und erlaubt dem Personal eine Fokussierung auf die Versorgung von Hochrisikopatienten. Die Mehrzahl der Neugeborenentransporte resultiert aus einer Verlegung aus Geburtskliniken oder aus heimatnahen Rückverlegungen und erfordert keine Level-1 Expertise.

6. Die Umsetzung der Krankenhausstrukturreform macht die Mindestmengen überflüssig

Das „Scharfschalten“ der Mindestmengen wurde wiederholt verschoben, die Notwendigkeit, existierende Strukturen zu adaptieren ist den Ländern seit 2019 bekannt, genug Zeit also, „*Steuerungsprozesse in der stationären Versorgung aufeinander abzustimmen*“. Damit sollten die Länder endlich beginnen, die notwendigen Änderungen in der Krankenhausplanung mit den verschiedenen Häusern ggf. Trägerübergreifend so zu moderieren, dass die Versorgung einer Region durch Kooperationen und Aufgabenverteilung auch in Zukunft gewährleistet sein wird. Es kann nicht hingenommen werden, dass die Unwilligkeit zu Veränderungen das Leben von sehr unreifen Frühgeborenen gefährdet.

Zusammenfassung

Die Mindestmenge von 25 ist niedrig und als politischer Kompromiss anzusehen. Bisher gibt es mehr als 160 Perinatalzentren Level 1, denen weniger als 50 Perinatalzentren Level 2 gegenüberstehen. Mit Einführung der Mindestmenge verschiebt sich dieses Verhältnis auf etwa 120 zu 90. In Schweden gibt es 8 Perinatalzentren Level 1 und 28 Perinatalzentren Level 2. Gleichzeitig hat Schweden mit 447.435 Quadratkilometern eine deutlich größere Fläche als Deutschland (357.588 Quadratkilometern) und kann trotzdem auch im dünnbesiedelten Norden exzellente Ergebnisse vorweisen. Die Überlebensrate von Frühgeborenen unter 28 Schwangerschaftswochen liegt in Schweden bei 81,1 Prozent aller Lebendgeborenen, in Deutschland gegenwärtig nur bei 77,5 Prozent der Kinder, die bereits auf eine Neugeborenenintensivstation aufgenommen werden konnten. Die Anzahl der in der Perinatalerhebung registrierten lebendgeborenen Frühgeborenen unter 28 Schwangerschaftswochen in Deutschland ist zudem regelmäßig deutlich größer als die Anzahl der laut Neonatalerhebung in der Neonatologie aufgenommenen Frühgeborenen unter 28 Schwangerschaftswochen, so dass die Sterblichkeit in Deutschland noch deutlich höher liegt.

Die mit der Umsetzung der Mindestmengen verbundene Zentralisierung der Versorgung in weniger Zentren geht mit der Chance einher, die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen zukunftssicher zu gestalten. Das Vorhalten personeller und technischer Voraussetzungen zur Versorgung dieser Hochrisikogruppe kann auf weniger Zentren begrenzt werden. Die resultierende Verbreiterung des regionalen Angebotes an Level 2 Kliniken unter Einschluss der Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt ermöglicht den Ländern eine ressourcenschonende Sicherstellung der Versorgung von Schwangeren und Kindern. Notwendig dafür ist jedoch die Zusammenarbeit der Partner in den unterschiedlichen Versorgungsstufen, die eine adäquate Verlegung von Schwangeren in die Level 1 Zentren, aber auch eine zeitnahe Rückverlegung in die heimatnahen Einrichtungen voraussetzt.

Diese aufeinander abgestimmte Versorgung deckt sich mit den Zielen der aktuell diskutierten Krankenhausreform; die weitere Umsetzung der Mindestmengenregelung des G-BA ist daher eine Chance, die Perinatalogie bereits jetzt zukunftssicher zu gestalten.