

Mindestmengen für Perinatalzentren Level I - Positionspapier des Verbands Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)

Seit dem Jahr 2005 wird in Deutschland die perinatologische Versorgung durch umfangreiche strukturelle und personelle Vorgaben seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung für die Versorgung von Frühgeborenen (FG) reguliert - (QFR-RL, aktueller Stand [1]). Im Jahr 2009 wurde eine Regelmäßigkeitszahl und schließlich eine Mindestmenge von 14 zu versorgenden FG mit einem Geburtsgewicht (GG) < 1250g/Jahr für Perinatalzentren (PNZ) Level I festgelegt [2]. Unter diesen Vorgaben hat sich eine im internationalen Vergleich führend gute Überlebenschancenwahrscheinlichkeit der Frühgeborenen in Deutschland etabliert (Tabelle 2 in [3]), was die Wirksamkeit umfangreicher Struktur- und Personalvorgaben seitens des G-BA belegt. Mit Wirkung zum 01.01.2021 trat nach Beschluss des G-BA eine Erhöhung der Mindestmenge von 14 auf 20 ab 2023 und auf 25 ab 2024 in Kraft [4]. Nach der Mindestmengentransparenzliste der AOK [5] haben in dem Jahreszeitraum 01.07.2022 bis 30.06.2023 48 von 165 auf perinatalzentren.org abrufbaren PNZ Level I (29% aller PNZ I) die Mindestmenge von 25 nicht erreicht, in ganz Brandenburg erreicht kein PNZ I die Mindestmenge 25.

Als Grund für die Festlegung bzw. Erhöhung der Mindestmenge wird - abgeleitet aus einer umfangreichen Literaturrecherche aus vorwiegend internationalen Studien zum Großteil älteren Datums - eine Erhöhung der Überlebenschancenwahrscheinlichkeit mit steigender Fallzahl angeführt. In den tragenden Gründen zum Beschluss der jetzigen Erhöhung der Mindestmenge wird eine nach Kalkulation des IQTIG deutschlandweit um absolut 2-7 Frühgeborene pro Jahr geringere Sterblichkeit durch die Anhebung der Mindestmenge von 14 auf 25 geschätzt. Abgeleitet aus aktuellen Daten der Ergebnisveröffentlichung unter perinatalzentren.org findet sich ein schwacher Vorteil für das Überleben erst ab einer Fallzahl von 170 bzw. für das Überleben ohne schwere Erkrankung ab 100 Frühgeborenen pro Jahr und Zentrum [3]. Welche Auswirkungen eine weitere Zentralisierung auf die flächendeckende Versorgung aller Früh- und Reifgeborenen mit sich bringt, wird nicht untersucht, wäre jedoch für die politischen Entscheidungsträger eine entscheidende Frage.

In den Perinatalzentren werden neben den Frühgeborenen unter 1250g GG eine vielfach höhere Anzahl an größeren Frühgeborenen und Reifgeborenen versorgt. All diese Kinder profitieren von der in den Zentren vorgehaltenen Struktur und Kompetenz. Geburtskliniken, die keine pädiatrische Versorgung vor Ort haben, sind im Falle von Komplikationen des Kindes bei oder nach der Geburt auf die schnellstmögliche neonatologische Notfall-Versorgung durch möglichst nahe gelegene regionale PNZ angewiesen.

Alle PNZ I, die die Mindestmenge von 25 nicht erreichen, haben die Möglichkeit, ein PNZ Level II mit nahezu gleich hohen Struktur- und Personalanforderungen (und entsprechend unveränderten Betriebs- und Vorhaltekosten) zu werden und dürfen damit FG ab 1250g GG versorgen. Schätzungen zufolge ist dies umsetzbar mit einem einzurechnenden Erlösverlust von ca. 0,5 Millionen € pro Jahr und PNZ II. In Anbetracht der angespannten Finanzlage der Krankenhäuser stellt sich die Frage, wie viele PNZ I tatsächlich zu einem PNZ II werden oder eher als perinataler Schwerpunkt (Versorgung ab 1500g GG) mit deutlich weniger Struktur- und Personalvorgaben und geringeren Vorhaltekosten weiter agieren. Ein solcher irreversibler Strukturverlust wird absehbar zu einer schlechteren Versorgung der Früh- und Reifgeborenen insbesondere in der Fläche bzw. in strukturschwachen Regionen führen.

Unter Berücksichtigung der derzeit noch vorhandenen Versorgungsstruktur könnte ein regionales Versorgungsnetzwerk nach dem sogenannten Ulmer Modell eine gute Lösung darstellen: Im südöstlichen Baden-Württemberg wurden seit den 1990-er Jahren über viele Jahre Risikoschwangere unter 26 SSW (entspricht etwa einem mittleren Geburtsgewicht von 750g) aus den umliegenden Perinatalzentren in das große Zentrum in Ulm verlegt und die frühgeborenen Kinder oftmals nach postnataler Stabilisierung im Alter von einigen Wochen heimatnah rückverlegt. Nachdem allerdings die Mindestmenge 14 im Jahr 2009 eingeführt wurde, fand diese Zentralisierung nicht mehr statt, denn um als Level I Zentrum bestehen bleiben zu können, musste eine Mindestmenge von 14 Frühgeborenen in jedem Zentrum nachgewiesen

werden. Die Alternative, auf Level II zu wechseln, war unter den oben angegebenen Gründen mit Versorgung erst ab 1250g weder sinnvoll noch wirtschaftlich.

Bereits heute herrscht in allen Perinatalzentren ein eklatanter Pflegepersonalmangel, der nur zeitweise durch zusätzliche Beschäftigung von Honorarkräften kompensiert werden kann. Bei einer durch den Verlust von 29% der PNZ Level I notwendigen Zentralisierung ist die Versorgung der pflegerisch aufwendigsten Frühgeborenen auf dem zu Recht geforderten hohen Niveau nicht sicherzustellen. Pflegekräfte werden der Zentralisierung nicht automatisch folgen, sondern sich regional umorientieren. Im Ergebnis wird die Überlastung der Pflege zu einer schlechteren Versorgung in größeren Zentren führen. Hinzukommt, dass auch die Bettenkapazität für Hochrisikoschwangere in den Frauenkliniken in den verbleibenden Zentren erhöht werden muss, denn von 5-10 Hochrisikoschwangeren, die dann weiterverlegt werden müssen, entbinden lediglich 1-2 ein kleines Frühgeborenes. Bereits jetzt fehlende Kapazitäten in den Frauenkliniken der verbleibenden PNZ I bereiten Sorge. Tritt man in den direkten Dialog mit größeren PNZ I werden Kapazitätsengpässe bestätigt, allerdings leider nur selten ehrlich öffentlich kommuniziert. Es ist bereits Realität, dass Hochrisikoschwangere von mehreren PNZ I aufgrund von Kapazitätsproblemen immer wieder abgelehnt werden.

Die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse (siehe oben) und die im Zusammenhang mit der Erfüllung der Pflegevorgaben nach QFR-RL [6] und Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen täglich spürbare Problematik des Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal erfordern eine Neujustierung der Versorgungsstrukturen, ohne dabei die hohe Ergebnisqualität der Frühgeborenenversorgung in Deutschland zu kompromittieren.

Eine Lösung, die wissenschaftliche Daten zur Ergebnisqualität, Aspekte der Machbarkeit und flächendeckenden Versorgung sowie betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten integriert, liegt in einer modifizierten Grenzziehung zwischen den beiden Versorgungsstufen: Level I für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 750g oder einem Gestationsalter unter 26 Wochen, Level II für Frühgeborene ab 750 g oder ab 26 Schwangerschaftswochen. Als wissenschaftliche Basis dieser Neudefinition kann auf publizierte Daten aus Deutschland zurückgegriffen werden, die einen fallzahlerklärten Zugewinn an Ergebnisqualität für Frühgeborene lediglich bei einem Geburtsgewicht unter 750 g nachweisen, jedoch nicht für Kinder über 750 g [7].

Fazit: Der an neuen wissenschaftlichen Daten und zur Verfügung stehenden Ressourcen orientierte Lösungsvorschlag des VLKKD mit einer Weiterentwicklung der Grenzziehung zwischen Level I und Level II erhält die derzeit gut funktionierende Versorgungsstruktur für alle Früh- und Reifgeborenen mit sehr guter Ergebnisqualität und ermöglicht gleichzeitig durch regionale Kooperationsverbände eine weitere Verbesserung in der Versorgung der aller kleinsten Frühgeborenen unter 750g oder unter 26 Schwangerschaftswochen. Der VLKKD appelliert an die politischen Entscheidungsträger, im Interesse einer flächendeckenden Sicherstellung von Daseinsvorsorge diesen Lösungsweg zu beschreiten. Die unabhängige Festlegung von Ausnahmetatbeständen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sollte dabei auch in Zukunft eine landeshoheitliche Angelegenheit bleiben.

Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (www.vlkkd.de)

Bundesvorstand, 26.01.2024

Referenzen

1. BAnz AT 22.06.2023 B2.
2. BAnz. Nr. 195 vom 24.12.2009.
3. Qualität der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener in Deutschland – Auswertung öffentlich verfügbarer Daten der Perinatalzentren von 2014 bis 2018. Z Geburtshilfe Neonatol 2021; 225: 74-79
4. BAnz AT 25.01.2021 B7.
5. Mindestmengen-Transparenzliste. 2024; www.aok.de
6. Gefährdet der Pflegepersonalmangel auf neonatologischen Intensivstationen die Versorgungssicherheit Neugeborener? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023;
7. Aktuelle Ergebnisqualität der Versorgung von Frühgeborenen < 1500g Geburtsgewicht als Grundlage für eine Regionalisierung der Risikogeburten. Z Geburtshilfe Neonatol 2010; 214: 55-61