

Kommentar zu der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für perinatale Medizin zum Thema Mindestmengenregelung Frühgeborene (Z Geburtsh Neonatol 2023: 227: 1-2)

Auslöser der Stellungnahme ist die vom G-BA beschlossene Erhöhung der Mindestmengen von zu versorgenden Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm an Level I Perinatalzentren. Danach wurde die bislang bestehende Mindestmenge von 14 im Jahr 2023 auf 20 und ab 2024 auf 25 erhöht. Das bedeutet anhand der aktuellen Versorgungszahlen den Verlust des Level I Status für ca. 25% der Perinatalzentren in Deutschland.

In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass die Erhöhung zu besseren Chancen auf ein gesundes Überleben der Frühgeborenen führen soll. Elternverbände begrüßen die Erhöhung der Mindestmenge. Wie aus vielfältigen lokalen Pressemeldungen bei drohendem Verlust eines Perinatalzentrums Level I hervorgeht, plädieren Eltern vor Ort für den Erhalt der jeweils regionalen Zentren. Unter Elternverbände ist hier vor allem der Verein *das Frühgeborene Kind e.V.* zu nennen, der offensichtlich nicht die breite Meinung der Eltern repräsentiert. Er ist unterstützt durch zahlreiche Krankenkassen (siehe <https://www.fruehgeborene.de>).

Zu den einzelnen Punkten:

1. Die Mindestmengen Regelung führe zu Schließung von Kliniken

Richtig ist, dass der Verlust des Level I nicht direkt zur Schließung einer Kinderklinik führt. Dennoch muss bedacht werden, dass aufgrund nahezu gleich umfangreicher Struktur- und Personalvorgaben ein PNZ Level II nicht wirtschaftlich zu betreiben ist. Somit besteht die berechtigte Befürchtung, dass viele Häuser vom Perinatalzentrum Level I direkt in eine Level III Versorgung (perinataler Schwerpunkt) mit deutlich geringeren Struktur- und Personalvorgaben übergehen. Das hat Konsequenzen, denn eine 10-fach höhere Zahl an Früh- und Reifgeborenen mit Geburtsgewicht über 1250g ist damit nicht mehr auf diesem hohen strukturellen und personellen Niveau versorgt. Dazu existiert bislang keinerlei Folgenabschätzung durch den G-BA. Auch eine Geburt am Termin birgt Risiken mit ggf. folgenschweren Komplikationen für das Neugeborene bei schlechter Notfallversorgung. Mit einer stärkeren Zentralisierung werden die Wege zu Geburtskliniken für den Baby-Notarzt länger. Hier wird wertvolle Zeit verloren gehen. Dieser Aspekt wird bisher außer Acht gelassen.

2. Es würden lange Transportwege mit teilweise hohen Risiken drohen

Richtig ist, dass in etwa 95 % der Hochrisikoschwangeren eine stationäre Aufnahme vor der Geburt planbar ist. Ignoriert werden aber die verbleibenden 5 %, die eben nicht planbar sind und akut gebären, was bei circa 6000 - 7000 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250 g pro Jahr in Deutschland eine relevante Fallzahl darstellt. Für diese 5 % Hochrisiko-Schwangerschaften ist eine regionale Versorgung nach Erhöhung der Mindestmenge deutlich schlechter und damit auch die Überlebenschancen der Frühgeborenen. In den tragenden Gründen zum Mindestmengen Beschluss vom 15.12.2020 (IQTIG) wird im Kapitel 5 (Tabelle 3, S. 35) auf das Thema Fahrzeiten bei verschiedenen Mindestmengen eingegangen. Dabei wird deutlich, dass bereits bei einer Mindestmenge von 14 zu 25 % Fahrtzeiten von über 30 min bestehen. In der letzten Zeile der Tabelle wird als Maximum für alle berechneten Mindestmengen der gleiche Wert von 1048 min Fahrtzeit angegeben, das entspricht 17,5 h. In dieser Zeit kann man circa 2mal durch Deutschland fahren. Bei diesen Angaben in der Tabelle fragt man sich, wie aussagekräftig die Aussage von durchschnittlich wenig längeren Fahrtzeiten durch eine Mindestmengenanhebung sind. Auf Seite 38 in Tabelle 5 werden maximale Fahrtstrecken von 149 km (Mindestmenge 14) bis 181 km (Mindestmenge 55) angegeben. Erhöhung von Mittelwerten von Fahrtzeiten sagen damit wenig aus, sondern hier müssen regionale Betrachtungen auf Länderebene stattfinden.

3. Der Belegungsdruck würde in Ballungszentren steigen

Bereits heute herrscht in allen Perinatalzentren ein eklatanter Pflegepersonalmangel, der nur zeitweise durch zusätzliche Beschäftigung von Honorarkräften kompensiert werden kann. Wie soll also eine verstärkte Zentralisierung der pflegerisch am aufwendigsten Frühgeborenen auf dem zu Recht geforderten hohen Niveau sichergestellt werden. 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 (Näheres dazu im Anhang). 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 wird mehrheitlich geäußert, dass jetzt schon oft Kapazitätsengpässe bestehen, was leider nur selten ehrlich öffentlich kommuniziert wird. Also ja, der Belegungsdruck wird steigen.

4. Die Versorgungsqualität sinke, da für die steigende Fallzahl kaum Personal zur Verfügung stände

Siehe dazu unter 3.. Es wird vorgeschlagen, in einer Region eine enge Kooperation unterschiedlicher Versorgungstufen zu ermöglichen. Ein guter Vorschlag, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Unter Berücksichtigung der derzeit noch vorhandenen Versorgungsstruktur könnte ein regionales Versorgungsnetzwerk nach dem sogenannten Ulmer Modell eine gute Lösung darstellen. In dem Ulmer Modell wurden damals Risikoschwangere unter 26 SSW (entspricht etwa einem mittleren Geburtsgewicht von 750g) aus den umliegenden Perinatalzentren in das große Zentrum in Ulm verlegt. Nachdem allerdings die Mindestmenge 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 unter 1. angegebenen Gründen mit Versorgung erst ab 1250g weder sinnvoll noch wirtschaftlich. Die Lösung dieses Problems liegt in einer Neudefinition der beiden Level: Level I für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 750g oder einer Schwangerschaftswoche unter 26 Wochen, Level II für Frühgeborene ab 750 g oder ab 26 Schwangerschaftswochen. Als 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 (*Z Geburtsh Neonatol 2010: 214: 55-61*). Mit diesen Vorgaben neudefinierte Perinatalzentren Level I und II würden die derzeit sehr gute Versorgungsstruktur für alle Früh- und Reifgeborenen sicherstellen und gleichzeitig durch regionale Kooperationsverbände eine weitere Verbesserung in der Versorgung der aller kleinsten Frühgeborenen unter 750g ermöglichen.

5. Verlegungsfahrt und Notfallversorgung kranker Neugeborene seien gefährdet

Für Perinatalzentren Level II und perinatale Schwerpunkte (Level III) ist nach QFR-RL keine Vorhaltung eines regionalen Abholdienstes (neonatologische Notfallversorgung außerhalb des eigenen Perinatalzentrums, entspricht einem Baby-Notarzt) als Struktur gefordert. In der Stellungnahme wird es als Aufgabe der Länder gesehen, einen solchen Abholdienst durch regionale Kooperationen sicherzustellen. Die dafür notwendigen Vorhaltekosten würden sich im Rahmen der bevorstehenden Krankenhausreform abbilden lassen. Ein richtiger Gedanke, der jedoch außer Acht lässt, dass gerade bei der Primärversorgung bei einem Notfall in externen Geburtsklinik Versorgungskompetenz gefordert ist. Wie unter Punkt 1 beschrieben, ist völlig unklar, ob Level I Kliniken automatisch zu Level II Kliniken werden. Viel wahrscheinlicher ist, dass man auf die Stufe eines perinatalen Schwerpunkts wechselt, wie mittlerweile schon geschehen. Damit gehen Kompetenzen in der intensivmedizinischen Versorgung verloren, die dann vor Ort in externen Geburtskliniken fehlen und die adäquate Versorgung gefährden. Das wirkt sich insbesondere in Strukturschwachen bzw. dünn besiedelten Regionen aus.

6. Die Umsetzung der Krankenhausstrukturreform mache die Mindestmengen überflüssig

Es wird vorgeschlagen, dass die Länder endlich beginnen sollen, die notwendigen Änderungen in der Krankenhausplanung mit den verschiedenen Häusern gegebenenfalls trägerübergreifend so zu moderieren, dass die Versorgung einer Region durch Kooperation und Aufgabenverteilung auch in Zukunft gewährleistet sein wird. Damit wird eingeräumt, dass es Länderhoheit ist, über die Krankenhausversorgung zu entscheiden. Die den Ländern eingeräumte Möglichkeit Ausnahmetatbestände zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu beschließen, wird allerdings mit der Bedingung ausgehebelt, dass die Kostenträger einem Ausnahmetatbestand zustimmen müssen.

Die Aussage, dass die Unwilligkeit zur Veränderung das Leben von sehr unreifen Frühgeborenen gefährdet, kann aus der aktuellen Datenlage nicht wie so oft behauptet abgeleitet werden. Systematisch werden die aktuellsten Daten eines im Peer-Review Verfahren veröffentlichten Artikels mit aktuellen Daten aus Deutschland, die eine solche Aussage nicht stützen (*Z Geburtsh Neonatol 2021: 225: 74-79*), sowohl vom G-BA als auch von den Mindestmengenbefürwortern ignoriert. Mehr noch, diese Daten werden als unwissenschaftlich diffamiert, obwohl sie durch ein unabhängiges Statistik-Institut ausgewertet wurden und ein positives Peer-Review Verfahren durchlaufen haben.

Die in der Zusammenfassung der Stellungnahme zitierten Ergebnisse aus Schweden ignorieren die in Deutschland international führend guten Ergebnisse bei der Überlebensrate von Frühgeborenen wie in *Z Geburtsh Neonatol 2021: 225: 74-79* in Tabelle 2 dargestellt. Die Aussage, dass die Anzahl der in der Perinatalerhebung registrierten lebendgeborenen Frühgeborenen unter 28 Schwangerschaftswochen in Deutschland regelmäßig deutlich höhere Zahlen als in der Neonatalerhebung bei Frühgeborenen unter 28 Schwangerschaftswochen aufweist, ist veraltet. Um so unverständlicher ist, dass man aktuelle Daten wie oben angegeben ignoriert.

Fazit

Mit der oben dargestellten Argumentation ist eine Neudefinition der Level I und II Perinatalzentren wie angegeben sehr gut mit regionalen Versorgungsverbänden umzusetzen. Die neue Definition würde die derzeit qualitativ hervorragende Versorgungslandschaft aufrechterhalten und für die Hochrisikogruppe von Frühgeborenen < 750 g und unter 26 Schwangerschaftswochen möglicherweise ein Vorteil bringen. Die unabhängige Festlegung von Ausnahmetatbeständen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sollte Länderhoheit sein.

Prof. Dr. A. Trotter

Präsident des Verbands Leitender Kinder- und
Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands
Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit
Klinikum Singen
Virchowstraße 10, 78224 Singen
Tel: 07731-89-2800, Fax: -2805
E-Mail: andreas.trotter@glkn.de

Anhang

Auszug aus <https://www.doccheck.com/de/detail/articles/45576-nicht-genug-fruehchen-behandelt-raus-mit-dir>

Unter dem Abschnitt „Was ist zu bedenken?“

Letzteres könnte allerdings die Versorgungslage wieder verschlechtern, wie Prof. Dominique Singer, Leiter der Neonatologie im Uniklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), zu bedenken gib: „Wir haben bei uns am UKE durchschnittlich rund 90 Frühgeborene unter 1.500 Gramm pro Jahr. Daraus in Zukunft mal eben 115 oder so zu machen, weil eine kleinere Klinik im Umkreis schließen muss [...], wäre in der Tat schwierig, weil wir die Frühchen dann vor allem wegen des momentanen Pflegepersonalmangels gar nicht mehr leitliniengerecht versorgen könnten.“

Gefährdet der Pflegepersonalmangel auf neonatologischen Intensivstationen die Versorgungssicherheit Neugeborener? (BGB 08-2023, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03749-6>)

Hierzu gibt es eine jüngst erschienene Studie aus dem LMU Klinikum München publiziert im Bundesgesundheitsblatt (), in der deutlich wird, dass bei Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Pflegevorgaben nach QFR-RL des G-BA die Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet ist und drohende Frühgeburten teilweise in periphere Kliniken ausgelagert werden müssen. Außerdem sei es unrealistisch zu meinen, dass nach Schließung kleinerer Kliniken das dortige Pflegepersonal automatisch in die Ballungszentren zieht, um dort weiterzuarbeiten. Im Fazit wird resümiert: *„Dem Mangel an Pflegepersonal auf neonatologischen Intensivstationen muss derzeit entweder durch Zugeständnisse an die Versorgungsqualität oder durch die Reduzierung der Versorgungskapazität Rechnung getragen werden. Die strengen gesetzlichen Personalvorgaben der QFR-RL sorgen allerdings dafür, dass überproportional viele Betten gesperrt oder das vorhandene Pflegepersonal im Fall von nicht planbaren Notfällen überbelastet werden muss. Diese Mangelsituation führt zu gravierenden Konsequenzen, wie z.B. vermehrten Abmeldungen von Versorgungsstrukturen und dem Risiko für eine Intensivverlegung von vulnerablen Gruppen.“*