



Justitia-Statuette –
Göttin der Gerechtigkeit

Mindestmengenregelungen für die Versorgung von Frühgeborenen in Kliniken

Überlebenswichtig für Kinder oder eine unzulässige Einmischung des Gemeinsamen Bundesausschusses in die Angelegenheiten der Bundesländer?

Axel Nätzer

Drei Bundesländer, nämlich die Bundesländer Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt, klagen vor dem Bundesverfassungsgericht gegen Vorgaben der Krankenhausreform. Sie wollen gegen bestimmte Regelungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für erforderlich hält, vorgehen. Im Kern geht es um die bei der Krankenhausreform geplanten Mindestmengenregelungen für hochspezialisierte Behandlungen – etwa die Versorgung extrem untergewichtiger Frühgeborener. Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und andere Stellen verteidigen diese Mindestmengenregelungen als unverzichtbar bei komplexen Behandlungen.

Seit 2024 gilt, dass Kliniken pro Standort und Jahr mindestens 25 Fälle von extremen Frühgeborenen mit einem Gewicht von unter 1.250 g behandeln müssen, um diese Leistungen anbieten zu dürfen. 2023 lag die Mindestmenge bei 20, davor bei 14 Fällen.

I.

Die drei klagenden Bundesländer befürchten, dass die zum Jahr 2024 (erneut) geänderte Mindestmenge zu sogenannten Versorgungsverschiebungen und Versorgungsengpässen führe. Sie argumentieren, dass der G-BA in die Länderverantwortung für die Sicherstellung der stationären Versorgung eingreife und sie praktisch aushebeln würde, also „außer Gefecht“ setze. Die Bundesländer führen an, dass die Einhaltung starrer Grenzen für das Erfüllen von Mindestmengen nicht maßgebend dafür sein dürfe, wenn es darum ginge, eine flächendeckende Versorgung von Frühgeborenen sicherzustellen. Bei einem zu hohen Ansatz bei den Vorgaben bestünde die Gefahr, dass in der Praxis wegen des chronischen Personalmangels von Krankenhäusern diese Vorgaben überhaupt nicht oder nur sehr schwer umgesetzt werden könnten. Die jährliche Mindestmengenanzahl von 25 sei „völ-

lig willkürlich“ bestimmt und für die Zahl gäbe es keine wissenschaftliche Evidenz.

Es wird zudem bemängelt, dass Ausnahmen von den (einschränkenden) Mindestmengenvorgaben nur unter extremem Aufwand erteilt würden, wofür durch bundesgesetzliche Regelungen bestimmte Verfahren durchlaufen werden müssten, die wiederum die eigentlich zuständigen Länder „in ihrem Versorgungsauftrag erheblich und in unzulässiger Weise einschränken“. Die Vorgaben des G-BA seien nicht praxistauglich. Die Expertise des G-BA, so die Vertreter der Länder weiter, reiche nicht aus, um die Versorgungsproblematiken in den jeweiligen Bundesländern zu überblicken. Bei der angestregten Klage vor dem Bundesverfassungsgericht würde es sich um die „ultima ratio“ handeln, um die verbrieft Hoheit der Länder bei der Krankenhausplanung zu schützen. Man stimme zwar zu, dass Spezialisierung und Konzentration hochkomplexer Leistungen unerlässliche Bausteine einer modernen Krankenhausplanung seien, aber die Länder müssten weiterhin flexibel agieren können, um die Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Rahmenbedingungen sicherstellen zu können. Deshalb wolle man prüfen lassen, ob die geltenden Mindestmengenvorgaben des G-BA mit der Verantwortung der Länder „für eine auskömmliche Krankenhausversorgung“ vereinbar seien.

II.

Die Mindestmengenvorgaben, so die Verfechter dieser Regelung, beruhten auf wissenschaftlichen Studien, die einen deutlichen Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Überlebenschancen der betroffenen Kinder zeigten. Ziel sei es, komplexe Eingriffe dort zu bündeln, wo Routine und Erfahrung nachweislich die besten Ergebnisse erzielen. Patientenvertreter betonten dabei, dass wirtschaftliche Interessen nicht über Leben und Gesundheit gestellt werden dürften. Teure und komplexe Leistungen würden in die Hände spezialisierter Krankenhäuser gehören und nicht zur Absicherung defizitärer Standorte unter geringeren Qualitätsstandards missbraucht werden. Eine Erhöhung der Fallzahl um zehn senke das Sterberisiko der Kinder um etwa 5 %.

Aber nicht nur Patientenvertreter und Krankenkassen befürworten die streitigen Vorgaben, sondern die „Front“ der Befürworter schließt insbesondere auch einen großen Teil der Ärzteschaft und die Vertreter zahlreicher medizinischer Fachgesellschaften ein, so die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Perinatalmedizin in der DGKG, die Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin sowie die Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin.

Es gehe eben nicht um ein Instrument der Krankenhausplanung, sondern schlicht um Qualitätssicherung. Mindestmengen seien ein grundlegendes und unverzichtbares Element der Qualitätssicherung, mit dem man Sterbe- und Komplikationsraten steuern könne (und müsse!). Besonders bei der Versorgung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen habe die Zahl der behandelten Fälle unmittelbaren Einfluss auf Überlebensraten und die langfristige Entwicklung der Kinder. Und es sei kontraproduktiv, wenn man einerseits die Chancen der Kinder erhöhen und andererseits „Gelegenheitsversorgungen“ von im Grunde für die Versorgung extrem untergewichtiger Frühgeborener nicht ausreichend qualifizierter Kliniken nicht unterbinde.

In einer Stellungnahme führen die Vertreter der in diesem Bereich führenden medizinischen Fachgesellschaften Folgendes an:

Kinder, die extrem unreif und mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g geboren werden, haben ein hohes Risiko, nach der Geburt zu versterben. Ein gesundes Überleben dieser Frühgeborenen erfordert eine hohe fachliche Expertise, eine adäquate apparative und personelle Ausstattung sowie sehr viel Erfahrung. In den meisten Industrieländern erfolgt die Versorgung dieser Patienten daher in wenigen ausgewiesenen Zentren, wobei in jedem Zentrum deutlich mehr als 100 sehr unreife Kinder pro Jahr behandelt werden.

Im Gegensatz zum internationalen Standard ist die Versorgung von jährlich etwa 5.000 sehr unreif geborenen Kinder in Deutschland auf mehr als 150 Einrichtungen im ganzen Land verteilt, die teilweise weniger als 2 dieser Kinder pro Monat betreuen. Faktisch ergibt sich daraus in Deutschland eine im internationalen Vergleich spürbar höhere und absolut hohe Säuglingssterblichkeit.

Würde man, so die Stellungnahme, die Versorgung in z. B. 50 Einrichtungen bündeln, könnten jedes Jahr geschätzt mehr als 50 Kinder mehr überleben. Die besonders vulnerable Gruppe der extrem untergewichtigen Frühgeborenen würde also geschützt. Die Geburt dieser Kinder ist auch planbar (im Sinne des Gesetzes) und es handelt sich nicht um unvorhergesehene oder unvorhersehbare Notfälle. Ist. Im Interesse der Kinder läge es sogar näher, die Mindestmenge weiter anzuheben, um sicherzustellen, dass die dann versorgenden Kliniken in jedem Fall über die erforderliche Erfahrung und Qualifikation verfügen. In einer detaillierten Analyse zeigte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf, dass die Qualität der perinatalen Versorgung in Deutschland (nur) im europäischen Mittelfeld und bezüglich der Säuglingssterblichkeit sogar noch niedriger liegt. Als eine Erklärung wird dort die „unausgewogene Relation zwischen vielen Level I und wenigen Level II Zentren“ benannt. In Anbetracht kommender Herausforderungen wie Geburtenrückgang und Fachkräftemangel sei eine „regionalisierte Neustrukturierung von Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ ohnehin unausweichlich. Richtiges Mittel sei die Schaffung von perinatalologischen Kompetenznetzwerken, in denen ein Maximalversorger, Perinatalzentren Level II und perinatale Schwerpunkte aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten würden. Das Argumente der „regionalen Rahmenbedingungen“ und einem angeblich erforderlichen „flächendeckenden“ Angebot jeder auch noch so speziellen Versorgung sei schlicht aus der Zeit gefallen. Damit setze man nachweislich das Leben von Frühgeborenen aufs Spiel.

III.

Die Diskussion, die aktuell zu den Mindestmengenvorgaben bei extrem untergewichtigen Frühgeborenen geführt wird, hat man im Prinzip vor einigen Jahren schon allgemein für den Bereich der Geburtshilfe geführt, als es um die Themen „wohnortnahe Versorgung“ und „Qualität der Versorgung“ ging.

Man hatte festgestellt, dass vor allem kleinere geburtshilfliche Abteilungen nicht in der Lage sind, die geforderten Qualitätsstandards auf der Basis der in Leitlinien und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) formulierten Strukturanforderungen zu erfüllen.

Beispiel Bayern: Die Auswertungen der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ) hatten ergeben, dass kleine Abteilungen zwar die höchsten Kaiserschnittsraten haben, aber trotzdem die höchste Zahl schlechter perinatalogischer Out-

comes, gemessen am Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen. Auch der Grenzwert von 20 Minuten für die Zeit von der Entscheidung zur Entbindung bis zur Entbindung (EE-Zeit) im Falle eines Notkaiserschnittes wurde in kleineren Abteilungen öfter überschritten. Der Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen und die EE-Zeit aber sind/waren zwei der fünf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, welche das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des G-BA für die Geburtshilfe erstellt hatte.

Kleine geburtshilfliche Abteilungen waren oftmals wiederholt einfach nicht in der Lage, den Qualitätsanforderungen zu genügen.

Die „Aufrechterhaltung“ flächendeckender wohnortnaher geburtshilflicher Versorgung geht, so stellte man fest, mit der Gefahr einher, dass der Aspekt der Qualität und der Patientensicherheit zunehmend aus dem Blickfeld gerät. Was und wem nützt es, wenn, wie von den Befürwortern kleiner und wohnortnaher geburtshilflicher Abteilungen verlangt wurde, die Fahrt zur nächsten Geburtsstation nicht mehr als 40 Minuten dauern darf, dann aber die Qualität der geburtshilflichen Versorgung auf der Strecke bleibt? Die Perinatalstatistiken anderer, zum Vergleich herangezogener Länder haben deutlich aufgezeigt, dass große Entfernungen zur nächsten Entbindungsklinik kein relevanter Faktor bei der Qualität sind und keinen Einfluss auf das Outcome der neugeborenen Kinder haben. Gerade die skandinavischen Länder, die wenige, dafür aber große geburtshilfliche Zentren unterhalten, weisen eine im Vergleich zu Deutschland niedrigere perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit auf (3,3 Promille) und das bei erheblich niedrigeren Kaiserschnitttraten als in Deutschland (wo die Sectiorate bei über 30 Prozent liegt). Beispielsweise hat Schweden 42 Geburtskliniken, 2015 eine Säuglingssterblichkeit von 1,5 Promille bei einer Kaiserschnitttrate von unter 20 Prozent. In Deutschland hatten 2017 nur 21 Zentren mehr als 3.000 Geburten, 11,7 Prozent über 2.000, dagegen fast 60 Prozent unter 1.000 Geburten pro Jahr und sogar 18 Prozent unter 500.

Es ist Konsens, dass große Zentren in der Lage sind, wissenschaftliche und medizinische Expertise zu bündeln, durch Vorrhaltung der erforderlichen Strukturen eine sofortige Intervention bei unerwarteten Komplikationen möglich zu machen und bei erwarteten Risiken eine interdisziplinäre Versorgung auf höchst-

tem Niveau zu gewährleisten. Dazu gehören Hebammen, hochqualifizierte Ärzte und Geburtshelfer. Das können kleine geburtshilfliche Abteilungen in der Regel wegen mangelnder Ressourcen nicht leisten. Genau das spiegeln die Daten der BAQ wieder. Man hat vor Jahren erkannt, dass es der falsche Weg ist, kleine geburtshilfliche Abteilungen aufrechtzuerhalten, um damit eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, wenn die Qualität nicht stimmt. Natürlich aber müssen im Zuge dessen die Kapazität der übrigen großen Kliniken und Zentren erweitert werden. Es ist jedenfalls als nicht effektiv identifiziert worden, Geburtshilfe auf niedrigem Niveau überall vorzuhalten - weder in kleinen Belegabteilungen noch in Geburtshäusern oder in der Hausgeburtshilfe. Wichtig für werdende Mütter und deren Kinder ist ein umfassendes Versorgungskonzept mit Bündelung der Kräfte in großen Zentren, die in erster Linie eine Versorgung der High-Risk-Schwangeren bieten, aber auch Low-Risk-Schwangere versorgen können und darüber hinaus, dass Kliniken, die Geburtshilfe anbieten, auch eine neonatologische Grundversorgung rund um die Uhr anbieten können. Das ist der Maßstab für die Qualität, die sich auf Komplikationsraten, Morbidität und Mortalität auswirkt.

Es ist bemerkenswert, dass die Diskussion, die bereits zur Geburtshilfe geführt wurde, nun erneut aufkeimt - nur jetzt hinsichtlich der Versorgung von untergewichtigen Frühgeborenen. Die Klagen der drei Bundesländer vor dem Bundesverfassungsgericht mögen juristisch interessant sein, im Interesse der Frühgeborenen sind sie wohl eher nicht. 

AUTOR

Axel Näther
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht

NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
Fachanwälte für Medizinrecht
Rheinallee 27, 53173 Bonn
mail@naetherkrueger.de
www.naetherkrueger.de



Das Klappbett

- höchster Schlafkomfort
- lange Lebensdauer durch hochwertige handwerkliche Verarbeitung
- leichte Handhabung

Schreinerei



Claus Hein GmbH

Claus Hein GmbH

94034 Passau · Tel.: 0851 44899 · Email: ch@claushein.de · www.hein-schreinerei.de