

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ina Latendorf, Ates Gürpınar, Dr. Gesine Löttsch, weiterer Abgeordneter und der Gruppe Die Linke
– Drucksache 20/11528 –**

Zukunft und Perspektiven der Perinatalzentren

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit Jahren gibt es öffentliche Proteste gegen die Schließung des Perinatalzentrums (PNZ) Neubrandenburg, die auch den Deutschen Bundestag erreicht haben. Bereits im Herbst letzten Jahres wurde die Petition Pet 2-20-15-8275-015204 mehrheitlich zur Berücksichtigung an die Bundesregierung überwiesen (siehe Plenarprotokoll 20/128). Entgegen den im Petitionsverfahren vorgebrachten fachlichen Einwänden zur Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Hochsetzung der Mindestfallzahlen hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf Nachfrage (Antwort auf die Mündliche Frage 30, Plenarprotokoll 20/153) wiederum die Verbindung zwischen Fallzahlen und Behandlungsqualität hergestellt und ist damit der Entscheidung sowie der Begründung des G-BA gefolgt. Die wohnortnahe Versorgung in der Fläche ist damit nicht mehr überall gegeben. Mit dem Argument, dass eine flächendeckende Versorgung wichtig sei, wurde zum Beispiel dem Perinatalzentrum Cottbus eine Ausnahmegenehmigung erteilt (Lausitzer Rundschau, www.lr-online.de/lausitz/cottbus/geburten-in-cottbus-bringen-hoe-here-mindestfallzahlen-die-behandlung-von-fruehchen-in-gefahr_-72936901.html), weil die Entfernung zwischen Berlin und Dresden als zu groß erachtet wurde. Die Entfernung von Berlin nach Dresden beträgt 170 km, während die Entfernung von Berlin bis zum nächsten PNZ-Level 1-Greifswald im Raum Neubrandenburg und Mecklenburg 250 km beträgt. Für Eltern und Kinder in einigen Landstrichen bedeutet die Entscheidung des G-BA und des BMG, dass Verlegungen notwendig sind.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Früh- und risikogeborenen Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Fehlbehandlungen in dieser frühen Lebenszeit können sich massiv auf das gesamte Leben auswirken, sodass ausreichend Erfahrung wichtig ist, um frühestmöglich Komplikationen zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen. Die Studienlage zeigt für die Versorgung von Frühgeborenen unter 1250 Gramm, einen linearen Zusammenhang zwischen der Mortalität und den Fallzahlen in einer Einrichtung: In Einrichtun-

gen mit mehr Erfahrung reduziert sich die Sterbewahrscheinlichkeit sowie das Risiko einer Behinderung der Kinder signifikant.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt im Auftrag des Gesetzgebers Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Mindestmengen für solche planbaren Eingriffe, bei denen Evidenz dafür besteht, dass die Erfahrung in der Versorgung positive Auswirkungen auf die Behandlungsqualität hat. So bestehen im Bereich der Früh- und Reifgeborenenversorgung verschiedene Maßnahmen der Qualitätssicherung des G-BA mit dem Ziel, die Versorgung zu verbessern. Die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen (www.g-ba.de/downloads/62-492-3333/QFR-RL_2023-10-19_iK-2024-01-01_2024-01-19.pdf).

Nach der QFR-RL ist die perinatologische Versorgung in Deutschland in vier Stufen unterteilt:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1,
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2,
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt,
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik.

Die Krankenhäuser müssen die verbindlichen Mindestanforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen.

Neben der QFR-RL hat der G-BA in seiner Mindestmengenregelung eine Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1250 Gramm festgelegt (www.g-ba.de/downloads/62-492-3365/Mm-R_2023-12-21_iK-2024-02-15.pdf). Im Jahr 2020 beschloss der G-BA, diese Mindestmenge auf 25 Leistungen pro Jahr und Standort eines Krankenhauses ab dem Jahr 2024 zu erhöhen. Eine Übergangsregelung sah vor, dass diese Erhöhung schrittweise von zunächst 14 auf 20 im Jahr 2023 erfolgt (www.g-ba.de/beschluesse/4621/).

Der jeweilige Standort eines Krankenhauses muss die Mindestmenge erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung und damit auch der perinatologischen Versorgung obliegt im Rahmen der Krankenhausplanung den Ländern. Diese haben die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs angemessen vorzuhalten. Dazu können Versorgungskonzepte, welche Kooperationen zwischen unterschiedlichen Versorgungsstufen fördern, dienen, ebenso wie der Ausbau von Hubschrauberstandorten und mobilen Intensiveinheiten. Zudem eröffnet § 136b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Ländern die Möglichkeit, über Ausnahmen von einer Mindestmenge zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu entscheiden. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde im Jahr 2021 diese Möglichkeit der Länder, Ausnahmen von den Mindestmengenfestlegungen vorzusehen, eingeschränkt, um bundesweit eine stringente Durchsetzung von Mindestmengen zu erreichen. Die Planungsbehörden der Länder sind weiterhin berechtigt, zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung auf Antrag des Krankenhauses Ausnahmen von den Mindestmengen vorzusehen, nunmehr müssen aber die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich ihr Einvernehmen zu der jeweiligen Ausnahmeentscheidung erteilen.

Anlässlich der zum 1. Januar 2024 wirksam gewordenen Anhebung der Mindestmenge für extrem untergewichtige Früh- und Reifgeborene auf 25 hat der Vorsitzende des G-BA Herr Professor Josef Hecken im September 2023 eine Informationsmappe für den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu Mindestmengen erstellt (Ausschussdrucksache 20 (14) 133 vom 11. September 2023). Ziel der Informationsmappe sei, die sehr emotional geführte Diskussion zu Mindestmengen für extrem untergewichtige Früh- und Reifgeborene zu versachlichen und die Erwägungen und Fakten, welche der konkreten Mindestmengenentscheidung des G-BA zugrunde lagen, zugänglich zu machen. Der Anhebung der Mindestmenge auf 25 ging eine sorgfältige Prüfung im Rahmen einer bundesweiten Auswirkungsanalyse auf regionaler Ebene voraus (https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Folgenabschaetzungen-Mm_NICU_Ergaenzungsauftrag_2020-12-15_barrierefrei.pdf).

Die Bundesregierung stützt im Interesse der Patientensicherheit die Zielrichtung der Mindestmengenregelung, bei anspruchsvollen planbaren Behandlungen eine stärkere Konzentration auf spezialisierte Einrichtungen zu erreichen. Die Mindestmengenerhöhung auf 25 Leistungen pro Jahr und Standort für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1250 Gramm führt bei den berechneten Wegstreckenverlängerungen (aufgrund des Ausschlusses von Standorten wegen Nichterreichens der Mindestmenge) nach Einschätzung des G-BA nicht zu medizinischen Risiken, die den erwartbaren Zugewinn an Sicherheit durch die Mindestmenge wieder aufwiegen könnten. Die gesetzliche Ausnahmeregelung trägt der unterschiedlichen Versorgungssituation in den Ländern angemessen Rechnung. Voraussichtlich werden zukünftig nicht alle Perinatalzentren die Qualitätsanforderungen der QFR-RL und/oder der Mindestmengenregelung erfüllen können. Daraus könnte langfristig eine stärkere Konzentration der Frühgeborenenversorgung in Deutschland resultieren. Dies ist im Hinblick auf die hohen qualitativen Anforderungen und den damit verbundenen Ressourcenverbrauch zu unterstützen. Demgegenüber muss selbstverständlich die Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen in Deutschland weiterhin flächendeckend gesichert sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frühgeburten ganz überwiegend „planbar“ sind und nur in seltenen Fällen notfallmäßig erfolgen. Im Ergebnis heißt das, dass eine längere Anfahrt zu einem Level-1-Zentrum in Kauf genommen werden kann bzw. im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Kauf genommen werden muss. Bereits heute sind Kooperationsvereinbarungen zwischen einzelnen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen möglich. Der Ausbau einer engen Kooperation unterschiedlicher Versorgungsstufen in einer Region stellt sicher, dass eine zeitnahe Rückverlegung von Level 1 in eine heimatnähere, niedrigere Versorgungsstufe bei Erreichen eines entsprechenden Geburtsgewichtes ermöglicht wird.

1. Gibt es eine Abfrage des BMG bzw. der Länder oder der Kostenträger an alle derzeitigen Level-1-Kliniken, ob sie im Falle des Nichterreichens der Level-1-Mindestvoraussetzungen (nach G-BA) entweder als Level 2 oder Level 3 weitermachen im Sinne einer Gesundheitsplanung?

Gemäß § 10 Absatz 5 Satz 3 QFR-RL sind Einrichtungen der Versorgungsstufen 1 bis 3 verpflichtet, jede Änderung der Versorgungsstufe dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausesgesellschaften unverzüglich mitzuteilen. Nach dieser Selbstauskunft der Krankenhäuser sind für die Jahre 2017 bis 2022 Daten über etwaige Wechsel der Versorgungsstufe in den Berichten des IQTIG zur jährlichen Strukturabfrage einsehbar. Ausweislich dieser Daten (siehe <https://perinatalzent>

ren.org/fileadmin/strukturabfragen-berichte/IQTIG_Strukturabfrage-QFR-RL_EJ-2022_2023-08-31.pdf; IQTIG-Bericht zur Strukturabfrage 2022, S. 16) ist die Anzahl der Perinatalzentren Level 1 im vorgenannten Zeitraum von 165 (2017) auf 166 (2022) leicht angestiegen. Die Anzahl der Perinatalzentren Level 2 ist von 46 (2017) auf 43 (2022) gesunken und die Anzahl der perinatalen Schwerpunkte von 99 (2017) auf 104 (2022) angestiegen. Die jährlichen Strukturabfragen von 2017 bis 2022 sind im Internet abrufbar (<https://perinatalzentren.org/strukturabfrage/>).

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zur Krankenhausplanung der Länder in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Gibt es Planungen, die Finanzierung von Level-2-Kliniken kostendeckend zu gestalten, und wenn nein, warum nicht?

Die Finanzierung von stationären Leistungen in Perinatalzentren erfolgt über die DRG-Fallpauschalen zuzüglich der Pflegepersonalkosten. Die DRG-Fallpauschalen werden jährlich auf der Grundlage von tatsächlichen Leistungs- und Kostendaten kalkuliert und basieren somit auf einer empirischen Datenbasis. Mit der Weiterentwicklung hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) beauftragt, die hierzu das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet haben. Beim InEK wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems ein Vorschlagsverfahren etabliert. Danach können alle Beteiligten jährlich beim InEK Verbesserungsvorschläge für die sachgerechte Finanzierung von Krankenhausleistungen einbringen. Die Vorschläge werden dann im Hinblick auf ihr Verbesserungspotenzial für das Entgeltsystem auf der Grundlage der empirischen Daten vom InEK im Rahmen der von ihm durchgeführten Kalkulation geprüft und umgesetzt, falls es insgesamt zur Verbesserung einer sachgerechten Vergütung beiträgt.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Gesetzentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), der am 15. Mai 2024 vom Bundeskabinett beschlossen wurde, die zusätzlichen jährlichen Förderungen für die Geburtshilfe (120 Mio. Euro pro Jahr) und auch für die Pädiatrie (300 Mio. Euro pro Jahr) nun über das Jahr 2024 hinaus verstetigt werden sollen. Die Förderungen wurden mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) bereits kurzfristig für die Jahre 2023 und 2024 zur Verfügung gestellt. Zudem sollen Krankenhäuser unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine festgelegte Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen erhalten, deren Qualitätskriterien sie erfüllen und die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen wurden. Damit soll die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden.

3. Inwieweit wurde nach Durchsicht der Studien und angesichts des Fortschritts in der Neugeborenenmedizin überlegt, die alte Grenze von unter 1 250 g Geburtsgewicht für ein Level 1 anzupassen, zum Beispiel auf 750 g, wie es der Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschland e. V. (VLKKD) fordert?

Die in der QFR-RL getroffene Festlegung, dass insbesondere Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm einem Perinatalzentrum der Versorgungsstufe I zuzuweisen bezie-

hungsweise von diesem aufzunehmen sind, trägt dem besonderen Schutzbedürfnis dieser vulnerablen Patientengruppe Rechnung. Damit soll sichergestellt werden, dass das Perinatalzentrum über die für die Behandlung dieser Frühgeborenen erforderliche personelle und infrastrukturelle Ausstattung verfügt. Möglichkeiten zur risikoadaptierten Verlegung von Frühgeborenen mit einem Gewicht unter 1250 Gramm sind darüber hinaus in § 5 QFR-RL vorgesehen. Flankiert werden diese Vorgaben durch die geltende jährliche, standortbezogene Mindestmenge für die Behandlung von Frühgeborenen unter 1250 Gramm. Im Rahmen der erstmaligen Mindestmengenfestlegung am 20. August 2008 sowie der schrittweisen Erhöhung der Mindestmenge von 14 auf 25 ab dem Jahr 2024 mit Beschluss vom 17. Dezember 2020 (BA_nz AT 25.01.2021 B7) wurde jeweils eine Studienlage vorgefunden, wonach Frühgeborene mit einem niedrigen Geburtsgewicht unter 1250 Gramm besonders vulnerabel sind. Eine neue und inhaltlich relevante Studienlage im Vergleich zum Stand der Mindestmengenenerhöhung konnte bislang nicht festgestellt werden. So hat im Ergebnis das Plenum des G-BA in seiner Sitzung vom 20. Juli 2023 nach sorgsamer Prüfung keine sachlich begründeten Anhaltspunkte für eine zu veranlassende Neubewertung des G-BA-Beschlusses vom 17. Dezember 2020 erkannt. Der G-BA prüft jedoch – auf der Grundlage von Anhaltspunkten oder im Rahmen einer Evaluation – die von ihm festgelegten Mindestmengen und nimmt bei festgestelltem Bedarf entsprechende Anpassungen vor. Mit der Evaluation der Mindestmenge für Früh- und Reifgeborene mit einem Aufnahmegewicht von unter 1250 Gramm hat der G-BA am 16. März 2023 das IQTIG betraut. Demnach werden erste Ergebnisse im Rahmen eines Zwischenberichts zum 28. Februar 2025 und der Abschlussbericht zum 30. Juni 2027 erwartet.

4. Wie viele Treffen bzw. Konferenzen wurden seit 2022 mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften aus diesem Bereich zusammen mit dem BMG und GB-A zum Thema Mindestmengen in der Frühgeborenenversorgung geführt, wann fanden diese statt, und welche inhaltlichen Schwerpunkte wurden erörtert?

Der G-BA richtet jährlich eine Qualitätssicherungskonferenz aus, auf welcher sich insbesondere die interessierte Fachöffentlichkeit über Ergebnisse, Konsequenzen und Weiterentwicklungen in der ambulanten, stationären und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung informieren kann. Seit 2022 wurde auf dieser Konferenz unter anderem auch zu Themen wie den Mindestmengenregelungen des G-BA oder etwa zur Versorgung von Frühgeborenen referiert, informiert und diskutiert.

Im Übrigen haben maßgebliche medizinische Fachgesellschaften und Organisationen für Geburtshilfe und Neonatologie auf Bundesebene sowie der Bundesverband „Das Frühgeborene Kind“ e. V. in einer aktuellen Stellungnahme aus dem Jahr 2023 die Mindestmengenregelung zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter 1250 Gramm ausdrücklich befürwortet (vgl. Deutsche 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., Stellungnahme Mindestmengenregelung Frühgeborene, in: Z Geburtsh Neonatol 2023; 227; 1–2).

5. Wie viele Level-1-Kliniken werden gemäß der Prognose des BMG in den nächsten ein bis zwei Jahren ihre Anerkennung bzw. Zulassung als Level-1-Klinik verlieren?

Der Bundesregierung liegt hierzu keine Prognose vor. Nach den Regelungen der QFR-RL erfolgt keine Anerkennung oder Zulassung im Rechtssinne als Level-1-Klinik. Vielmehr ist allein die Einhaltung der jeweiligen Mindestanforderungen in struktureller und personeller Hinsicht erforderlich, um die Patientinnen und Patienten entsprechend ihren Versorgungserfordernissen leitliniengerecht behandeln zu dürfen. Auch die Nichteinhaltung der Mindestmenge führt nicht zu einem Verlust der Anerkennung/Zulassung als Level-1-Klinik. Rechtsfolge der Nichteinhaltung der Mindestmenge ist das Verbot der Behandlung von Frühgeborenen unter 1250 Gramm in diesen Einrichtungen. Kinder mit Geburtsgewicht über 1250 Gramm können weiterhin in den Level-1-Kliniken behandelt werden.

6. Inwieweit wurden bei Nichteinvernehmensentscheidungen örtliche und soziale Gegebenheiten sowie die wohnortnahe neonatologische Versorgung durch die Kostenträger beachtet?
8. Wie definieren die Kostenträger „Sachlichkeit“ in dem Entscheidungsprozess auf Einvernehmen?

Die Fragen 6 und 8 werden gemeinsam beantwortet.

Die Kostenträger haben als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts von Rechtswegen alle relevanten Dimensionen bei der Bewertung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, die im Zusammenhang mit der Frage einer Gefährdung der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung stehen, zu beachten.

7. Wie wurde der demografische Wandel bei der Mindestmengenveränderung berücksichtigt?

Die mit Beschluss des G-BA vom 17. Dezember 2020 festgelegte Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege-
wicht unter 1250 Gramm ist nach dem gesetzlichen Regelungssystem und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gerade darauf gerichtet, im Interesse gebotener Ergebnisqualität einen bestehenden Fallzahlenmangel zu steuern. Die mit dieser Festlegung voraussichtlich verbundenen Auswirkungen, auch im Hinblick auf etwaige Transport- und Verlegungsrisiken durch verlängerte Fahrzeiten und Wegstrecken, wurden im Rahmen der vom G-BA beauftragten IQTIG-Folgenabschätzung analysiert und vom G-BA bei seiner Beschlussfassung berücksichtigt (https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Folgenerabschaetzungen-Mm_NICU_Ergaenzungsauftrag_2020-12-15_barrierefrei.pdf).

Im Rahmen dieser Datenanalysen des IQTIG wurden insbesondere die Fahrzeitverlängerungen anhand von bundesweit 82 974 kleinräumig eingesetzten Raumeinheiten (achtstellige Postleitzahlgebiete statt der deutlich größeren Raumeinheiten der für Postzustellungen verwendeten fünfstelligen Postleitzahl) berechnet und im Hinblick auf eine möglichst präzise Ermittlung der prospektiven Versorgungssituation auch in ländlichen Regionen die Bevölkerungsdichte der jeweiligen Regionen in die Berechnungen einbezogen (vgl. IQTIG-Folgenabschätzung, Anlage 7 der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 17. Dezember 2020).

9. Für wie viele betroffene Krankenhäuser wurden Ausnahmeregelungen nach § 136b Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gestellt und erteilt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Leistungsbereich	Land	Jahr	Zahl der Anträge	Einvernehmen
Früh- und Reifgeborenenversorgung <1250 Gramm	MV	2023	1 Antrag	nicht erteilt
	BY	2024	5 Anträge	3× erteilt 2× Kostenträger nicht einbezogen
	SH	2024	1 Antrag	nicht erteilt

Quelle: Auszüge aus einer BMG-Abfrage zur Evaluation des Einvernehmenserfordernisses bei den Ländern und den Kostenträgern.

Aufgeführt sind Fälle, in denen Antragstellungen von Krankenhäusern an die jeweilige Planungsbehörde der Länder erfolgt sind. Länder, in denen es keine Antragstellung gab beziehungsweise die nicht auf die Abfrage des Bundesministeriums für Gesundheit reagiert haben, sind nicht aufgeführt. Im Land Bayern wurden die Kostenträger beim Antrag von drei Krankenhäusern um die Erteilung des Einvernehmens nach § 136b Absatz 5a Satz 2 SGB V aufgefordert. Bei zwei Anträgen erfolgte keine Aufforderung zur Erteilung des Einvernehmens, da das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention die Anträge bereits vor Einbeziehung der Kostenträger ablehnte.

10. Wie viele Extremfrühgeburten (jünger als 28. Schwangerschaftswoche und leichter als 1 250 g) gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich, bei wie vielen dieser Extremfrühgeburten befanden sich die Schwangeren bereits vor der Geburt in einer Level-1-Klinik, und wie viele dieser Extremfrühgeburten fanden als „Notgeburten“ statt, bei der eine Verlegung erforderlich war (bitte Entwicklung seit 2010 angeben und nach Bundesländern differenzieren)?

Es wird auf die Anlage* (S. 3 bis 6; Titel: Zur Struktur der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, Analysen zur kleinen Anfrage der Gruppe Die Linke des Deutschen Bundestages vom 28. Mai 2024) verwiesen.

11. Welche Zahlen liegen dem BMG vor, die zeigen, dass bei Nichteinhalten von Mindestfallzahlen bei der Versorgung von Extremfrühgeborenen (jünger als 28. Schwangerschaftswoche und leichter als 1 250 g) Fehlbehandlungen erfolgt sind (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Beschluss des G-BA vom 17. Dezember 2020 zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht unter 1250 Gramm beruht auf einem nach wissenschaftlichen Maßstäben belegten wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität des Behandlungsergebnisses. Hiernach sinkt mit steigender Leistungsmenge eines Krankenhauses das Risiko der extrem untergewichtigen Kinder bei der Behandlung im Krankenhaus zu versterben oder therapiebedingte Komplikationen zu erleiden (vgl. insgesamt die Tragenden Gründe zum vorgenannten Beschluss, insbesondere S. 13 ff.; www.g-ba.de/beschluesse/4621/).

Dieser Zusammenhang basiert auf einer Vielzahl von Studien nach systematischen Literaturrecherchen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) vom 14. August 2008 (vgl. Anlage 1 der Tragenden Gründe) und des G-BA vom 8. Dezember 2017 und vom 6. Juni 2019 (vgl. Anlagen 2 und 3 der Tragenden Gründe) sowie einer bundesweiten Datenauswertung des IQTIG vom 22. Juni 2020 zum Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/12068 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Qualität des Behandlungsergebnisses anhand der vollständigen Daten der in den Jahren 2014 bis 2018 versorgten Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht unter 1250 Gramm (vgl. IQTIG, Datenauswertung zu Mindestmengen in der Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht unter 1250 Gramm: Abschlussbericht vom 22. Juni 2020, Anlage 6 der Tragenden Gründe).

Im Rahmen der vom G-BA am 16. März 2023 beschlossenen Evaluation des Mindestmengenbeschlusses wurde das IQTIG zudem insbesondere auch beauftragt, die mit der Mindestmenge erzielten Versorgungsvor- und -nachteile darzulegen und insoweit wissenschaftlich zu prüfen, ob mit der Festlegung dieser Mindestmenge eine Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse bestätigt werden kann. Erste Ergebnisse im Rahmen eines Zwischenberichts werden zum 28. Februar 2025 und der Abschlussbericht zum 30. Juni 2027 erwartet.

12. Welche Studien wurden herangezogen (dabei bitte Auftraggeber der Studien benennen), um zu belegen, dass bei niedrigen Fallzahlen der Behandlung von Extremfrühgeborenen weniger Patientensicherheit gewährleistet ist?

Ergänzend zur Studienlage des Abschlussberichts des IQWiG vom 14. August 2008 zeigten nach den systematischen Literaturrecherchen des G-BA vom 8. Dezember 2017 und vom 6. Juni 2019 eine Vielzahl der im Zeitraum von 2007 bis 2019 publizierten Studien einen statistisch signifikanten Unterschied bei der Ergebnisqualität im Hinblick auf die Sterblichkeit der Frühgeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht und weitere Studien einen statistisch signifi­kanten Zusammenhang in Bezug auf verschiedene Zielgrößen der Morbidität zugunsten von Krankenhäusern mit höheren Leistungsmengen (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 17. Dezember 2020, S. 13 ff., vgl. auch Anlagen 1 bis 3 der Tragenden Gründe, www.g-ba.de/beschlusse/4621/).

Darüber hinaus besteht nach der vorgenannten, zusätzlich zu dieser systematischen Literaturrecherche vom G-BA beauftragten bundesweiten Datenauswertung des IQTIG anhand der vollständigen Daten der externen stationären Qualitätssicherung aus dem Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie sowie der Daten der verpflichtenden zentralen Ergebnisveröffentlichung nach der QFR-RL der konkret maßgeblichen deutschen Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht unter 1250 Gramm aus den Jahren 2014 bis 2018 ein statistisch signifikanter und eindeutiger Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der risikoadjustierten Sterbewahrscheinlichkeit, der monoton fallend und auf Logit-Ebene annähernd linear ist. Bei einer Erhöhung der jährlichen Leistungsmenge um zehn Früh- und Reifgeborene unter 1250 Gramm sank die Wahrscheinlichkeit im Krankenhaus zu versterben um etwa fünf Prozent (Odds Ratio: 0,95, Wald ähnliches Konfidenzintervall: 0,91; 0,99) (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 17. Dezember 2020, S. 21, vgl. auch IQTIG, Datenauswertung zu Mindestmengen in der Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht unter 1250 Gramm: Abschlussbericht vom 22. Juni 2020, Anlage 6 der Tragenden Gründe, S. 58).

Zur Studienlage, einschließlich der Angaben zu den Autoren, vgl. die Tragenden Gründe des G-BA zum Beschluss vom 17. Dezember 2020.

13. Hat das BMG eine Planungsgrundlage, wie zukünftig das Babynotarzt-system (Abholung von kranken, reifen Neugeborenen aus Geburtskliniken ohne Kinderarzt, zum Beispiel infolge Unterzuckerung und Neugeborenen-Sepsis) flächendeckend erfolgen soll, weil nur eine Level-1-Kinderklinik einen Abholdienst stellen muss?

In der QFR-RL wird unter Punkt I.3.3 der Anlage 2 festgelegt, dass es zu den Aufgaben eines Perinatalzentrums Level 1 gehört, externe neonatologische Notfälle in seinem Einzugsgebiet zu versorgen. Deshalb müssen dort die dafür notwendigen Strukturen, wie eine mobile Intensiveinheit, jederzeit verfügbar und einsatzbereit sein. Diese vorzuhaltenden Strukturen dürfen uneingeschränkt zur Behandlung jedes Notfalls eingesetzt werden, in dem ein neugeborenes Kind betroffen ist. Dies umfasst auch die Überleitung bzw. den Transport von Früh- und Reifgeborenen aus Einrichtungen niedrigerer Versorgungsstufen. Die Erfüllung der Anforderungen der QFR-RL wird für alle Einrichtungen der perinatalologischen Versorgung der Versorgungsstufen I bis III jährlich in einer sogenannten Strukturabfrage ermittelt, § 10 QFR-RL. Die Ergebnisse der letzten Strukturabfragen (vgl. <https://perinatalzentren.org/strukturabfrage/>) zeigen, dass es keine Hinweise auf Umsetzungsprobleme bei der Versorgung externer neonatologischer Notfälle gibt. Anhand der Ergebnisse der Strukturabfrage gemäß QFR-RL lässt sich Folgendes feststellen: Im Jahr 2022 haben 164 Perinatalzentren Level 1 (98,8 Prozent) angegeben, diese Anforderung zu erfüllen. Die notwendige technische Ausrüstung kann auch durch den Rettungsdienst gestellt werden, sofern die Einsatzbereitschaft nachprüfbar sichergestellt ist. Darüber hinausgehende Versorgungskonzepte wie sogenannte Babynotarztssysteme, Luftrettung oder Intensivtransportsysteme sind Aufgabe des in der Zuständigkeit des jeweiligen Landes liegenden Rettungsdienstes.

14. Welche Auswirkungen hat der Verlust von Level-1-Kliniken auf die zehnfach höhere Zahl an Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht über 1 250 g, die in den Level-1-Kliniken bislang auf entsprechendem Niveau versorgt wurden?

Der Anteil der Neugeborenen unter 1250 Gramm beträgt weniger als 1 Prozent aller Neugeborenen. Die Zahl der Neugeborenen über 1250 Gramm ist demnach mehr als 100-fach höher als diejenige der Neugeborenen unter 1250 Gramm. Vor diesem Hintergrund ist kein relevanter Abfall der Behandlungsfälle für Level-1-Zentren zu erwarten, wenn diese aufgrund der Nichteinhaltung der Mindestmenge Neugeborene unter 1250 Gramm nicht mehr behandeln dürfen. Nach den Aufnahme- und Zuweisungskriterien gemäß QFR-RL sind in Level-1-Kliniken auch bestimmte Mehrlingsgeburten sowie Schwangere mit bestimmten pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen zu versorgen. Eine Behandlung dieser Schwangeren und Kinder ist dabei nicht von der Erfüllung der Mindestmenge abhängig.

Im Übrigen wird auf die Anlage* zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage verwiesen (S. 6; Titel: Zur Struktur der perinatalologischen Versorgung in Deutschland, Analysen zur kleinen Anfrage der Gruppe Die Linke des Deutschen Bundestages vom 28. Mai 2024).

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/12068 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

15. Sieht die Bundesregierung Versorgungslücken bei Level-1-Kliniken, und wenn ja, wo, und warum existieren diese Versorgungsprobleme aus Sicht der Bundesregierung?

Aus Sicht der Bundesregierung bestehen keine Versorgungslücken. Soweit es aus Sicht einer für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu lokalen oder regionalen Versorgungslücken kommen sollte, steht mit § 136b Absatz 5a Satz 1 SGB V ein adäquates und taugliches Instrument zur Verfügung, um durch Ausnahmegewährungen von den festgelegten Mindestmengen rechtzeitig auf etwaige Versorgungslücken zu reagieren.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

16. Ist dem BMG bekannt, wie viele Level-1-Einheiten in den Jahren 2021 bis 2023 wegen ärztlichen und/oder pflegerischen Personalmangels nicht die volle Intensivbettenzahl betreiben konnten und deshalb Risikoschwangere bzw. Frühgeborene verlegen mussten, und liegt dem BMG hierzu eine Prognose für die Jahre 2024 bis 2026 vor?

Gemäß der QFR-RL erhebt das IQTIG für den G-BA im Rahmen der Strukturabfrage eine Schichterfüllungsquote von Level-1- und Level-2-Zentren. Diese Selbstauskünfte der Krankenhäuser werden auf der Internetseite www.perinatalzentren.org unter dem Namen des jeweiligen Perinatalzentrums im Dokument „Strukturabfrage“ als Schichterfüllungsquote im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wie auch im Trend von 2018 bis 2022 ausgewiesen. Ein zusammenfassender Bericht des aktuell letztverfügbaren Erfassungsjahres 2022 findet sich im Internet (https://perinatalzentren.org/fileadmin/strukturabfragen-berichte/IQTIG_Strukturabfrage-QFR-RL_EJ-2022_2023-08-31.pdf).

Im Übrigen wird auf die Anlage* zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage verwiesen (S. 6 und 7; Titel: Zur Struktur der perinatologischen Versorgung in Deutschland, Analysen zur kleinen Anfrage der Gruppe Die Linke des Deutschen Bundestages vom 28. Mai 2024).

17. Für wie viele Fälle der Frühgeborenenversorgung unter 1 250 g Aufnahmegewicht wurde in den Jahren 2021 bis 2023 ein Einvernehmen mit den Kostenträgern erfragt (nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 6 und 9 verwiesen.

18. Wie stellt sich das BMG gesundheitsplanerisch die Versorgung in einem dünn besiedelten Flächenland vor, wenn alle neonatologischen Level-1-Kinderkliniken die geforderte Mindestfallzahl von 25 ab 2024 in den vergangenen Jahren immer nur knapp oder nicht erreicht haben (bitte konkret für die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg angeben)?

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung und damit auch der perinatologischen Versorgung obliegt im Rahmen der Krankenhausplanung den Ländern.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/12068 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

19. Gilt die im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vorgegebene Erreichbarkeit von 40 Minuten für die Leistungsgruppen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (vgl. dazu www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf, S. 110) auch für die Patientengruppe der Frühgeborenen?

Die angesprochenen Erreichbarkeitsvorgaben beziehen sich auf die im Gesetzentwurf der Bundesregierung für das KHVVG vorgesehene Ausnahmeregelung zur Abweichung von den für die Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien. Danach kann eine Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien zugewiesen werden, wenn dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die Erforderlichkeit zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung soll durch Erreichbarkeitsvorschriften konkretisiert werden. Maßgeblich soll sein, ob ein anderes Krankenhaus innerhalb der festgelegten Pkw-Fahrzeitminuten erreichbar ist. Die Fahrzeitminuten sollen leistungsgruppenbezogen und nicht für einzelne Patientengruppen geregelt werden. Sie sollen für die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ 30 Minuten und für die übrigen Leistungsgruppen – darunter auch perinatale Leistungsgruppen – 40 Minuten betragen.

Zur Struktur der perinatalogischen Versorgung in Deutschland

Analysen zur kleinen Anfrage der Gruppe Die Linke des Deutschen Bundestages vom 28. Mai 2024

Stand: 14. Juni 2024; Ansprechperson: Prof. Dr. med. Günther Heller

Hintergrund der in diesem Papier dargestellten Analysen und Aussagen ist eine Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. Mai 2024, infolge einer Kleinen Anfrage der Gruppe Die Linke des Deutschen Bundestages vom 28. Mai 2024 zur „Zukunft und Perspektiven der Perinatalzentren“ (Vgl. hierzu: <https://dip.bundestag.de/vorgang/zukunft-und-perspektiven-der-perinatalzentren/312351?f.wahlperiode=20&rows=25&pos=18&ctx=a>).

In dieser Anfrage wurde das IQTIG gebeten, eine Auflistung der Versorgungsstufen von geburts-
 hilflichen Krankenhäusern laut Selbstangabe in der externen stationären Qualitätssicherung (sog.
 Perinatalerhebung) für Erfassungsjahr 2023 zu erstellen. (siehe Tabelle 1, Abbildung 1).

Tabelle 1: Anzahl geburtshilflicher Krankenhausstandorte nach dem Level der Versorgung (Daten der
 externen Qualitätssicherung – EJ 2023)

Bundesland	Kürzel	Level der Versorgung*					Summe
		1	2	3	4	sonstige	
Bayern	BA	32	7	6	52	0	97
Brandenburg	BB	4	0	15	5	0	24
Berlin	BE	9	1	1	9	0	20
Baden-Württemberg	BW	25	6	5	42	1	79
Bremen	HB	1	2	1	1	0	5
Hessen	HE	11	1	3	25	2	42
Hamburg	HH	5	2	1	3	0	11
Mecklenburg-Vorpommern	MV	4	0	8	3	0	15
Niedersachsen	NI	15	7	8	32	3	65
Nordrhein-Westfalen	NW	40	6	17	71	2	136
Rheinland-Pfalz	RP	9	1	5	14	0	29
Schleswig-Holstein	SH	5	3	3	5	0	16
Saarland	SL	2	0	4	3	0	9
Sachsen	SN	3	6	12	16	0	37
Sachsen-Anhalt	ST	4	3	8	5	0	20
Thüringen	TH	3	5	8	5	0	21
Summe		172	50	105	291	8	626

* Bei mehreren Angaben zur Versorgungsstufe pro Jahr wurde die häufigste Angabe der Versorgungsstufe
 pro Standort gezählt.

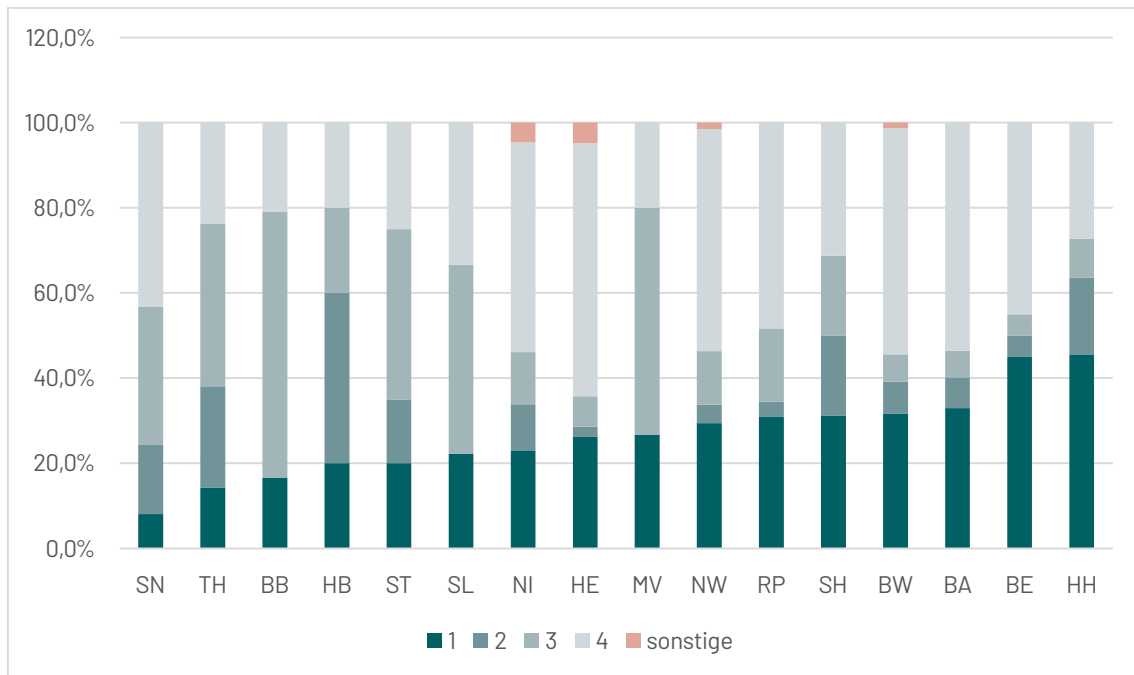


Abbildung 1: Anteil Geburtshilfliche Krankenhausstandorte nach dem Level der Versorgung und nach Bundesländern. Aufsteigend sortiert nach Anteil Level 1 (Daten der externen Qualitätssicherung 2023)

Darüber hinaus wurde das IQTIG gebeten, zu einigen spezifischen Fragen aus der kleinen Anfrage Stellung zu beziehen bzw. Auswertungen bereit zu stellen.

Frage 10 der Gruppe Die Linke

Wie viele Extremfrühgeburten (jünger als 28. Schwangerschaftswoche und leichter als 1.250 g) gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich, bei wie vielen dieser Extremfrühgeburten befanden sich die Schwangeren bereits vor der Geburt in einer Level-1-Klinik und wie viele dieser Extremfrühgeburten fanden als „Notgeburten“ statt, bei der eine Verlegung erforderlich war (bitte Entwicklung seit 2010 angeben und nach Bundesländern differenzieren)?

Antwort IQTIG:

Eine Darstellung ist erst ab dem Jahr 2017 möglich, da zuvor keine Versorgungstufen erhoben wurden.

Über alle Jahre und Bundesländer (2017-2023) hinweg beträgt der Anteil der Geborenen < 1.250 g und < 28+0 SSW in Level-1-Zentren 90,1% (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2). Dies scheint die verbreitete Aussage zu bestätigen, dass etwa 10% dieser Frühgeborenen Notfälle darstellen.

Auswertung nach Jahren

In den Jahren 2017 bis 2023 wurden zwischen 4072 (2023) bis 4483 (2019) Extremfrühgeburten nach o. g. Definition stationär entbunden. Dabei wurden zwischen 87,1% (2017) bis 91,1% (2023) in einem Level-1-Zentrum geboren.

Der Anteil der in Level-1-Zentren geborenen Extremfrühgeborenen scheint, einer angestrebten zunehmenden Zentralisierung dieser Risikogeburten entsprechend, von 2017 bis 2023 anzusteigen (Tabelle 2, Abbildung 2).

Tabelle 2: Anzahl Geborene < 1.250 g Geburtsgewicht und < 28+0 SSW in Level-1-Zentren im Trend (Daten der externen stationären Qualitätssicherung – EJ 2017–2023)

Jahr	Geboren in Level 1		Summe	Anteil Level 1	95 %-Konfidenzintervall	
	nein	ja				
2017	563	3.786	4.349	87,1%	86,1%	88,1%
2018	435	3.956	4.391	90,1%	89,2%	91,0%
2019	424	4.059	4.483	90,5%	89,7%	91,4%
2020	450	3.773	4.223	89,3%	88,4%	90,3%
2021	369	4.027	4.396	91,6%	90,8%	92,4%
2022	386	3.729	4.115	90,6%	89,7%	91,5%
2023	358	3.714	4.072	91,2%	90,3%	92,1%
Summe	2.985	27.044	30.029	90,1%	89,7%	90,4%

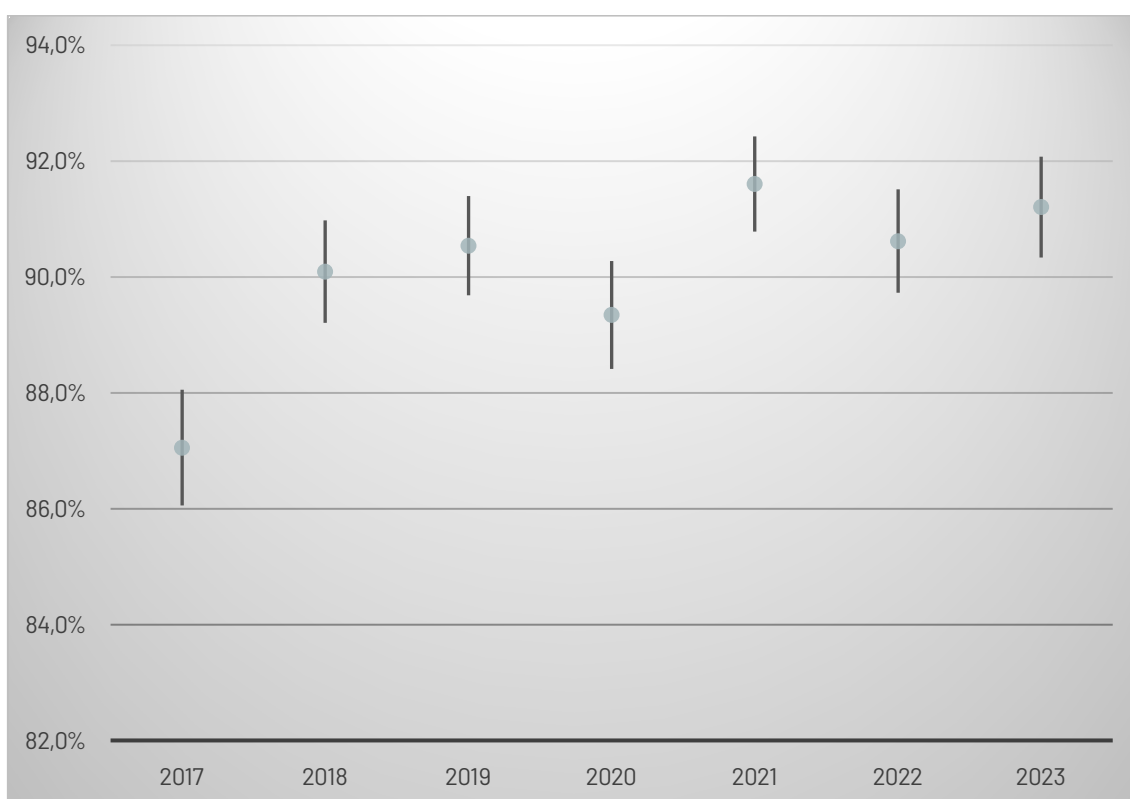


Abbildung 2: Anteil Geborene < 1.250 g Geburtsgewicht und < 28+0 SSW in Level-1-Zentren im Trend (in %) (Daten der externen stationären Qualitätssicherung – EJ 2017 - 2023)

Dabei ist zu beachten, dass „Geburten vor Klinikaufenthalt“ in unserem Register nicht erfasst werden. Dies liegt darin begründet, dass das IQTIG diese Erhebung ausschließlich zum Zwecke der Qualitätssicherung von Krankenhäusern durchführt.

Darüber hinaus erhebt das IQTIG keine Informationen zu „Notgeburten“.

Das IQTIG führt zudem für die Perinatalerhebung eine (Krankenhaus-)fallbezogene Erhebung durch. Die „Häufigkeiten und Gründe von Zu- oder Weiterverlegungen“ können daher nicht sicher identifiziert werden.

Zwar liegen Entlassungsgründe aus Abrechnungsdaten vor, allerdings gelten insbesondere die Angaben zur Verlegungen als wenig zuverlässig.

Auswertung nach Bundesländern

Hier weisen die Stadtstaaten Bremen (HB) und Hamburg (HH) mit Anteilen von 75,2 % bzw. 76,4 % Versorgung in Level-1-Zentren deutlich unterdurchschnittliche, Berlin (BE) mit 94,6 % Versorgung in Level-1-Zentren dagegen deutlich überdurchschnittliche Ergebnisse auf. Von den verbleibenden Bundesländern finden sich in den Neuen Ländern mit Anteilen von 84,4 % (Thüringen, TH) bis 85,7% (Mecklenburg-Vorpommern, MV) merklich unterdurchschnittliche Ergebnisse. Eine Ausnahme bildet Sachsen (SN) mit 88,9%. Dagegen zeigen Hessen (HE: 94,5 %) und Baden-Württemberg (BW: 93,5 %) deutlich überdurchschnittliche Anteile (Tabelle 3, Abbildung 3).

Tabelle 3: Anzahl Frühgeborene < 1.250g Geburtsgewicht und < 28+0 SSW und Anteil (in %) nach Geburtsort (Level 1) und Bundesland (Daten der externen Qualitätssicherung – EJ 2017 – 2023)

Bundesland	Kürzel	Anzahl	Anteil	95 %-Konfidenzintervall	
Bayern	BA	4.314	91,0 %	90,2 %	91,9 %
Brandenburg	BB	371	84,9 %	81,2 %	88,6 %
Berlin	BE	1.992	94,6 %	93,6 %	95,6 %
Baden-Württemberg	BW	3.816	93,5 %	92,7 %	94,3 %
Bremen	HB	529	75,2 %	71,5 %	78,9 %
Hessen	HE	2.291	94,5 %	93,6 %	95,4 %
Hamburg	HH	1.051	76,4 %	73,8 %	79,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	MV	538	85,7 %	82,7 %	88,7 %
Niedersachsen	NI	2.429	88,2 %	86,9 %	89,5 %
Nordrhein-Westfalen	NW	8.112	90,0 %	89,3 %	90,6 %
Rheinland-Pfalz	RP	1.229	91,7 %	90,2 %	93,2 %
Schleswig-Holstein	SH	791	89,9 %	87,8 %	92,0 %
Saarland	SL	358	90,5 %	87,5 %	93,6 %

Bundesland	Kürzel	Anzahl	Anteil	95 %-Konfidenzintervall	
Sachsen	SN	1.248	88,9 %	87,2 %	90,7 %
Sachsen-Anhalt	ST	506	84,6 %	81,4 %	87,7 %
Thüringen	TH	454	84,4 %	81,0 %	87,7 %

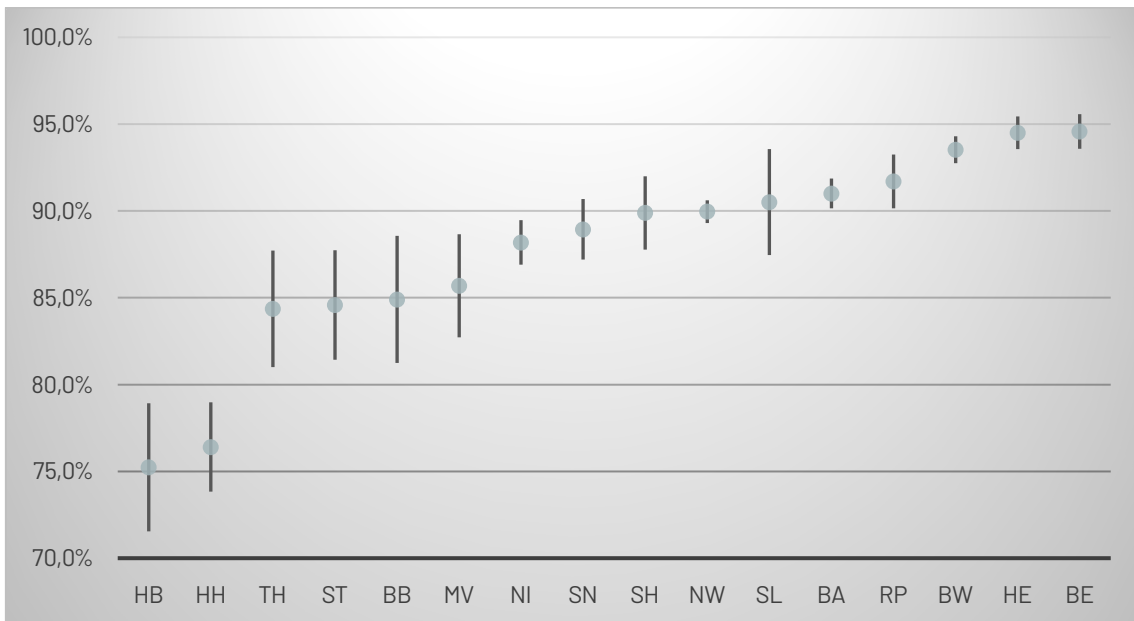


Abbildung 3: Anteil Geborene < 1.250 g Geburtsgewicht und < 28+0 SSW (in %) in Level-1-Zentren (Daten der externen stationären Qualitätssicherung – EJ 2017 - 2023)

Frage 14 der Gruppe Die Linke

Welche Auswirkungen hat der Verlust von Level-1-Kliniken auf die 10-fach höhere Zahl an Neugeborenen mit Geburtsgewicht über 1.250 g, die in den Level-1-Kliniken bislang auf entsprechendem Niveau versorgt wurden?

Antwort des IQTIG

Der Anteil der Neugeborenen < 1250 g beträgt weniger als 1% aller Neugeborenen. Die Zahl der Neugeborenen ≥ 1250g ist demnach mehr als 100fach höher als diejenige der Neugeborenen < 1250 g. Vor diesem Hintergrund ist kein relevanter Abfall der Geburtenzahlen für Level-1-Zentren zu erwarten, wenn diese aufgrund der Mindestmenge Neugeborene < 1250 g nicht mehr behandeln dürfen. Der Effekt einer Umverteilung von Neugeborenen < 1250 g Geburtsgewicht für unterschiedliche Mindestmengen mit Blick auf verbleibende Kliniken, Anzahl der Umzuverteilenden Kinder (bzw. idealerweise Geburten) wie auch im Hinblick auf geänderte Entfernungen und Fahrt-

zeiten wurden vom IQTIG im Rahmen einer Folgenabschätzung für den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewertet (vgl. hierzu: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Folgenabschaetzungen-Mm_NICU_Ergaenzungsauftrag_2020-12-15_barrierefrei.pdf).

Frage 16 der Gruppe Die Linke

Ist dem BMG bekannt, wie viele Level 1 Einheiten in den Jahren 2021-2023 wegen ärztlichen und/oder pflegerischen Personalmangels nicht die volle Intensiv-Bettzahl betreiben konnten und deshalb Risikoschwangere bzw. Frühgeborene verlegen müssten? Liegt dem BMG hierzu eine Prognose für die Jahre 2024-2026 vor?

Antwort IQTIG

Auch hierzu liegen uns keine Informationen vor. Wir erheben lediglich für den G-BA eine „Schicht-erfüllungsquote“ von Level-1- und Level-2-Zentren im Rahmen einer in der QFR-RL geregelten „Strukturabfrage“. Diese werden für jedes Perinatalzentrum auf der Webseite <https://perinatalzentren.org> unter dessen Namen im PDF „Strukturabfrage“ als Schicht-erfüllungsquote im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wie auch im Trend von 2018-2022 ausgewiesen. Einen zusammenfassenden Bericht des aktuell letztverfügbaren Erfassungsjahres 2022 findet sich unter https://perinatalzentren.org/fileadmin/strukturabfragen-berichte/IQTIG_Strukturabfrage-QFR-RL_EJ-2022_2023-08-31.pdf.

