

Faktenblatt zur Erhöhung der Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen¹ mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm

Warum ist die Behandlung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen so anspruchsvoll?

Während der gesamten, normalerweise 40 Wochen dauernden Schwangerschaft wächst der Embryo heran und bildet die lebenswichtigen Organfunktionen aus. Bei einer deutlich zu frühen Geburt fehlt Zeit für diesen Entwicklungsprozess mit oftmals schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen für das Neugeborene. Noch nicht ausgebildete Organfunktionen können Ursache für frühkindliche Behinderungen sein oder sogar zum Tod des Säuglings führen.

Eines der Hauptprobleme bei Frühgeburten ist die unzureichende Entwicklung der Lungen („Lungenreife“), so dass es nach der Geburt zum sogenannten Atemnotsyndrom kommen kann. Diese Situation erfordert besondere Erfahrung sowohl bei der Behandlung der Schwangeren vor der Entbindung als auch bei der Versorgung des Kindes nach der Geburt. Zum einen wird grundsätzlich 24 bis 48 Stunden vor der erwarteten Frühgeburt eine Behandlung eingeleitet, um die Lungenreife des Kindes medikamentös vorzeitig zu stimulieren. Zum anderen muss das Frühgeborene ggf. sofort künstlich beatmet werden. Die besonderen Herausforderungen für diese kritische Phase der Behandlung liegen darin, dass der Beginn der Lungenatmung des Kindes möglichst schonend, d. h. ohne Lungenüberdehnung und ohne unnötig hohe Sauerstoffgabe erfolgen muss.

Frühgeborene haben wegen des noch unreifen Immunsystems zudem ein gegenüber Reifgeborenen ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko. So können schwere Infektionen (z. B. Septikämien) für Frühgeborene innerhalb weniger Stunden tödlich verlaufen. Das frühe Erkennen minimaler klinischer Anzeichen, die nur bei einschlägiger Erfahrung des gesamten Teams gelingen kann, ist entscheidend für das Überleben des Kindes. Das gilt in ähnlicher Weise auch für eine lebensbedrohliche Darmerkrankung (nekrotisierende Enterokolitis), die bei Frühgeborenen ungleich häufiger als bei Reifgeborenen auftritt.

Warum werden Mindestmengen für extrem untergewichtige Frühgeborene unter 1.250 Gramm benötigt?

¹ Im Folgenden wird zur Vereinfachung nur von untergewichtigen Frühgeborenen unter 1.250 Gramm gesprochen, die vom G-BA-Beschluss umfassten Reifgeborenen unter 1.250 Gramm sind mitgemeint.

Es ist der gesetzliche Auftrag des G-BA, Mindestmengen für komplizierte und risikobehaftete planbare Behandlungen festzulegen, um ein möglichst gutes Behandlungsergebnis für Patientinnen und Patienten zu erreichen: beispielsweise eine höhere Wahrscheinlichkeit zu überleben und Folgeerkrankungen oder Behinderungen zu vermeiden.

Die Betreuung von extrem unreifen und untergewichtigen Frühgeborenen ist eine solche komplizierte und risikobehaftete – und zugleich seltene – Behandlung. Die Behandlungsergebnisse sind besser, wenn die Klinik Erfahrung hat. Zudem handelt es sich in der Regel nicht um eine Notfallbehandlung, so dass die Behandlung in einer geeigneten Spezialklinik geplant werden kann.

Mindestmengen vermeiden, dass wenig erfahrene Behandlungsteams/Kliniken diese Betreuung anbieten und schützen damit das Leben und die Gesundheit von frühgeborenen Kindern. Dank der Mindestmenge können bei diesen extrem untergewichtigen Kindern ein Versterben, schwerere Komplikationen und lebenslange Einschränkungen reduziert oder sogar verhindert werden.

Die mit der Mindestmenge verbundenen Vorteile – die nach wissenschaftlichen Maßstäben wahrscheinliche bessere medizinische Versorgung – überwiegen gegenüber den Nachteilen, die für die betroffenen Krankenhäuser (z. B. fehlende Planungssicherheit) oder für die Eltern (z. B. verlängerte Anfahrtswege) entstehen.

Was hat der G-BA zur Mindestmenge bei Frühgeborenen von unter 1.250 Gramm beschlossen?

Der G-BA hat mit Beschluss vom 17. Dezember 2020 die seit 2010 geltende Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm von 14 auf 25 erhöht. Damit verbunden wurde eine dreijährige gestufte Übergangsregelung für die Kliniken.

Für die Jahre 2021 und 2022 galt übergangsweise weiterhin die ursprüngliche Mindestmenge von 14 Geburten pro Klinikstandort. 2023 erhöhte sich die zu erreichende Mindestmenge auf 20 pro Klinikstandort.

Ab 2024 dürfen nur noch jene Kliniken diese untergewichtigen Frühgeborenen versorgen und ihre Leistungen abrechnen, die die erhöhte Mindestmenge voraussichtlich erreichen. Davon ausgenommen sind Notfallversorgungen. Zudem haben die Bundesländer die Möglichkeit, bei einer Gefährdung der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung die Mindestmenge für eine Klinik befristet auf ein Kalenderjahr auszusetzen – allerdings wird diese Entscheidung im Einvernehmen mit den regionalen Krankenkassen und ihren Landesverbänden getroffen.

[Beschluss des G-BA vom 17. Dezember 2020 zur Erhöhung der Mindestmenge auf 25](#)

Was hat der G-BA in seinen Beratungen geprüft?

Im Beratungsverfahren hat der G-BA folgende Punkte geprüft:

- Ist die Versorgung von untergewichtigen Frühgeborenen eine „planbare Leistung“?
- Ist die vor- und nachgeburtliche Betreuung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen eine Leistung, bei der die Fallzahl (Leistungsmenge) das Ergebnis überhaupt verändert? Oder anders ausgedrückt: Können schwerwiegende Erkrankungen bei den untergewichtigen Kindern verhindert oder reduziert werden, wenn sie in Kliniken zur Welt kommen, die viele Fälle betreuen und das Team daher erfahren und eingespielt ist?
- Welche Mindestmenge pro Standort ist verhältnismäßig?
- Welche Folgen haben verschieden hohe Vorgaben für die Versorgungslandschaft in Deutschland? Wie ändern sich je nach Höhe der Mindestmenge Fahrtzeit und Fahrwege?
- Welche Übergangsregelungen sind notwendig?

Alle Entscheidungsgrundlagen finden sich in den sogenannten Tragenden Gründen, einem Begleitdokument zum Beschluss. Es ist einsehbar auf der [Website des G-BA](#).

Warum gilt die Betreuung von Frühgeborenen unter 1.250 Gramm als eine „planbare Leistung“?

Mindestmengen können vom G-BA generell nur für „planbare Leistungen“ festgelegt werden. Sie gelten entsprechend auch nicht für eine Notfallbehandlung – betreuende Krankenhäuser werden in diesen Fällen dennoch bezahlt.

Geburten von extrem untergewichtigen Kindern sind in der Regel planbar, also kein Notfall.

Der Geburt und Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm geht regelmäßig eine erhebliche Entscheidungsphase voraus. Denn die drohende Frühgeburt ist üblicherweise Folge einer Erkrankung der werdenden Mutter in der Schwangerschaft, welche in der Regel erkannt und adäquat therapiert werden kann. Im Rahmen der Betreuung der Schwangeren durch Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte werden Risikofaktoren standardmäßig erfragt und weiter abgeklärt. So können Mutter und Kind ggf. schon vor der Geburt behandelt und auch die für die Geburt notwendigen Entscheidungen wie die Auswahl der Klinik getroffen werden.

Ziel ist es in diesen Fällen, die Frühgeburt im Rahmen einer frühzeitigen stationären Aufnahme hinauszuzögern und die Lungenreife des Ungeborenen medikamentös zu unterstützen.

Etwa 1 Prozent der Kinder in Deutschland werden mit einem Gewicht von unter 1.500 Gramm zu früh geboren. Die Anzahl derjenigen Kinder wiederum, die mit einem Gewicht von unter 1.250 Gramm zur Welt kommen und für die dann die Mindestmengenregelung greift, ist noch niedriger anzusetzen.

Gibt es einen nachweislichen Zusammenhang zwischen Fallzahlen (Leistungsmenge) und Qualität?

Ja, bei der Gesundheitsversorgung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen gibt es einen Zusammenhang zwischen Fallzahlen (Leistungsmenge) einer Klinik und der Qualität der medizinischen Behandlung. Diese Fragestellung wurde vom G-BA anhand von Studien untersucht und bestätigt.

Aufgrund von Klagen einzelner Kliniken gegen Mindestmengen hat sich auch das Bundessozialgericht bereits mit dieser Frage befasst und den Zusammenhang im Jahr 2012 bestätigt (AZ: B 1 KR 34/12 R). Das Gericht teilt die Position des G-BA: Mindestmengen für diese besonders schutzbedürftige Patientinnen und Patienten sind möglich, weil es einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl der betreuten Kinder (Leistungsmenge) in einer Klinik und der Behandlungsqualität gibt.

Wesentlicher Hintergrund ist, dass die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Gewicht von weniger als 1.250 Gramm überdurchschnittliche fachliche Anforderungen an das Personal stellt: Das Ineinandergreifen verschiedener Professionen, Qualifikationen und Fertigkeiten bzw. die Verfügbarkeit eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams ist für die Qualität des Behandlungsergebnisses bei der Versorgung von erheblicher Bedeutung. Zudem müssen alle involvierten Berufsgruppen durch regelmäßiges Praktizieren in den ineinandergreifenden Behandlungsschritten über ein Mindestmaß an klinischer und praktischer Erfahrung verfügen.

Der Zusammenhang zwischen Fallzahlen (Leistungsmenge) und Versorgungsqualität rechtfertigt es entsprechend, die Versorgung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen auf Kliniken zu konzentrieren, die jährlich eine bestimmte Mindestmenge dieser Kinder betreuen und entsprechend Erfahrung haben.

Warum hat der G-BA die bisherige Mindestmenge von 10 auf 25 erhöht?

Aus Fachkreisen wurde im Beratungsverfahren auch die Forderung geäußert, die Mindestmenge noch sehr viel deutlicher zu erhöhen, auf 50 oder 60 Fälle pro Jahr. Aufgabe des G-BA bei der Festlegung der Mindestmenge ist es jedoch auch, zwischen dem Ziel der Qualitätssicherung und der flächendeckenden Versorgung abzuwägen.

Eine Mindestmenge von 25 ist einerseits hoch genug, um angesichts des besonderen Schwierigkeitsgrads bei der Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm eine Gelegenheitsversorgung auszuschließen. Andererseits ist sie jedoch niedrig genug, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung an den in der Versorgung verbleibenden Standorten nicht zu gefährden.

Warum wurde die Mindestmenge mit einer dreijährigen Übergangszeit erhöht?

Für den Fall, dass der G-BA für eine Leistung eine Mindestmenge neu festgelegt, erhöht oder den Bezugspunkt ändert (von pro Klinikstandort auf pro Ärztin/Arzt), gelten Übergangsregelungen für die Kliniken.

Für die Jahre 2021 und 2022 galt übergangsweise die ursprüngliche Mindestmenge von 14 pro Klinikstandort weiter fort. Für das laufende Jahr erhöhte sie sich bereits auf 20 pro Klinikstandort. Ab dem kommenden Jahr gilt dann die mit Studien abgesicherte Vorgabe von jährlich 25 je Klinikstandort.

Mit diesem schrittweisen Vorgehen sollte den Krankenhäusern und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesgesundheitsministerien ausreichend Zeit gegeben werden, sich auf die neuen Mindestvorgaben einzustellen. So hätten die Landesgesundheitsministerien beispielsweise den Versorgungsauftrag anpassen können.

Welche Auswirkungen hat die Mindestmenge von 25 auf das Betreuungsangebot?

Wie viele Kliniken 2024 die Mindestmenge voraussichtlich erreichen werden, kann erst im Oktober 2023 gesagt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen derzeit die vorliegenden Prognosen der Krankenhäuser für das kommende Jahr.

Kliniken, die für die Mindestmenge von 25 keine positive Prognose erhalten, dürfen – sollte das Bundesland im Einvernehmen mit den Krankenkassen keine Aussetzung beschließen – die Behandlung dann nur noch im Notfall anbieten. In der Folge wird es entsprechend zu einer Umverteilung unter den Krankenhausstandorten kommen.

Wie viele Krankenhäuser die Mindestmengenhöhe von derzeit 20 pro Jahr erreichen, ist öffentlich verfügbar unter: [Mindestmengen-Transparenzliste 2023](#) des AOK-Systems (Stand: 19. Juni 2023, S. 144 ff).

Warum war die Mindestmenge, die ab dem kommenden Jahr gilt, kürzlich erneut ein Thema?

Die Vertretung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die bei den Beratungen zu den Mindestmengen im G-BA beteiligt ist, hatte einen entsprechenden Antrag gestellt. Ziel des Antrags war es, dass der G-BA erneut in die Beratungen, vor allem zur Höhe der Mindestmenge für untergewichtige Frühgeborene von unter 1.250 Gramm einsteigt und zumindest übergangsweise die Mindestmengenhöhe von 20 verlängert. Das Argument der Bundesländer: Es wird ihrer Meinung nach voraussichtlich in bestimmten Regionen zu wenige Krankenhäuser geben, die die festgelegte Mindestmenge erreichen.

Unklar blieb in der Diskussion, ob die Erhebung der Länder – die von 46 wegfallenden Standorten ausgeht – die vom G-BA simulierten Umverteilungseffekte berücksichtigte. Aus Sicht des G-BA sind unter Berücksichtigung der Umverteilungseffekte nur ca. 21 Standorte betroffen.

Unklar blieb zudem, ob und inwieweit von den Bundesländern bereits die gesetzliche Ausnahmegenehmigung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V in Erwägung gezogen wurde. Denn hierüber ist es den Landesbehörden bei ggf. regionalen Besonderheiten möglich, über die Nichtanwendung der betreffenden Mindestmengenregelungen zu entscheiden. Die Ländervertretung sagte zu, dies zu prüfen.

Im Ergebnis lehnte der G-BA – mit ausdrücklicher Unterstützung der Patientenvertretung – den Länderantrag mehrheitlich ab. Die Patientenvertretung teilte die Auffassung der Mehrheit des G-BA, dass seit der Beschlussfassung im Jahre 2020 genügend Zeit für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und weiterer Maßnahmen der Planungsbehörden bestanden habe. Gerade Kooperationsvereinbarungen seien im Sinne der Patientinnen und Patienten und ihrer Eltern, sie hätten von den Ländern aktiver unterstützt werden können.