



Pressekonferenz zum Qualitätsmonitor 2019
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
6. Dezember 2018, Berlin

Statement von Prof. Rainer Rossi

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)

Es gilt das gesprochene Wort!

Stärkere Strukturierung und Zentralisierung von Geburtshilfe und Frühgeborenen-Versorgung verbessert die Versorgungsqualität

Es gab in den letzten Jahren zwar Verbesserungen der perinatalmedizinischen Ergebnisse, aber im europäischen Vergleich schneiden andere Länder besser ab. Bei der Säuglingssterblichkeit liegt Deutschland mit 2,3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nur im Mittelfeld. Länder wie Schweden (1,6), Norwegen (1,5) oder Finnland (1,2) erzielen wesentlich bessere Ergebnisse. Es handelt sich hier jeweils um Länder mit einer stärker zentralisierten Perinatalmedizin, also einer sowohl geburtshilflichen als auch neonatologischen Versorgung.

Die Situation der Geburtshilfe in Deutschland könnte verbessert werden, wenn bei jeder Geburt kinderärztliche Präsenz und Kompetenz zur Verfügung stehen würde – wie dies in Nordeuropa selbstverständlich ist. Wir brauchen insgesamt mehr Strukturqualität in der Geburtshilfe, die man durch ein abgestuftes Versorgungskonzept mit einem differenzierten Versorgungsauftrag erreichen könnte: Je komplikationsreicher eine Schwangerschaft, desto eher die Versorgung im höchstqualifizierten Zentrum. Derartige regionale Kompetenzverbände, die zwischen 7.500 und 15.000 Geburten versorgen sollten, würden zudem die Aus- und Weiterbildung der Ärzte, Pfleger und Hebammen verbessern helfen.

Das Bundesgesundheitsministerium weist zudem in seinem Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ darauf hin, dass die Rate der Frühgeburten aller Reifegrade in Deutschland vergleichsweise hoch ist.

Von besonderer Bedeutung ist dabei die Tatsache, dass der Anteil der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm in den letzten Jahren in Deutschland auch unter Berücksichtigung der gestiegenen Geburtenzahlen absolut um 1.918 Fälle (plus 21 Prozent) und relativ auf 1,43 Prozent aller Neugeborenen gestiegen ist; damit ist diese Rate mehr als doppelt so hoch wie in Schweden. Diese Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm stellen mit ca. 11.000 Kindern pro Jahr in Deutschland eine kleine, aber auch besonders gefährdete Patientengruppe dar. Für deren Versorgung sind in Deutschland 211 Perinatalzentren (Stand: 31.07.2018) zuständig; allein im sogenannten Level 1 (für die Betreuung der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm) sind es 165 Perinatalzentren.

Das ist in Schweden grundsätzlich anders: Trotz großer Entfernungen befassen sich nur sechs Zentren mit der Betreuung dieser kleinsten und unreifsten Frühgeborenen. Trotzdem oder eben gerade deswegen werden die international besten Ergebnisse für die Behandlung der sehr kleinen, aber hochvulnerablen Patientengruppe der ELGANs (extremely low gestational neonates, Frühgeborene mit Gestationsalter von weniger als 28 Schwangerschaftswochen) aus Schweden berichtet.

Für die kleinen Frühgeborenen ist die Studienlage eindeutig: Drei international publizierte systematische Reviews zeigen zusammenfassend eine bessere Qualität der Versorgung in Abhängigkeit von der Fallzahl, der Ausstattung der Geburtskliniken und dem Grad der Zentralisierung in der Geburtshilfe. Aktuelle Versorgungsdaten auch aus Deutschland bestätigen diese Befunde sowohl für Kinder unter einem Geburtsgewicht von 1.500 als auch 1.250 Gramm - daran hatte es in der Frage der Erhöhung der Mindestmenge bisher gemangelt.

In einem Beitrag für den Qualitätsmonitor 2018 ist ermittelt worden, welche Bedeutung die Einführung einer höheren Mindestmenge der Frühgeborenen mit weniger als 1.500 Gramm auf die Versorgung in Deutschland hätte. Die Auswertungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten aus den Jahren 2011 bis 2015 aus dem Qualitätsmonitor belegen, dass auch für Deutschland ein Zusammenhang von Fallzahlen und Qualitätsergebnissen bei der Versorgung von Frühgeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht nachgewiesen werden kann. Die Analyse zeigt, dass die Frühgeborene eine schlechtere Überlebenschance haben, wenn sie in Perinatalzentren versorgt werden, die weniger als 34 Fälle pro Jahr vorweisen können. In Zentren mit höheren Fallzahlen (also mehr als 34 Fällen pro Jahr) ist die Sterblichkeit niedriger. In diesen Zentren wurde rund ein Fünftel aller Frühgeborenen behandelt.

Trotzdem gestaltete sich in Deutschland die Einführung einer Mindestmenge für die Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm schwierig, weil gegen die Festsetzung von Mindestmengen wie auch gegen ihre Erhöhung von 14 auf 30 für Perinatalzentren des Level 1 (zur Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm) 2010 geklagt worden ist. Das Bundessozialgericht sah im Ergebnis die Einführung von Mindestmengen als rechtmäßig, die Erhöhung der Mindestmenge für Frühgeborene als nicht ausreichend begründet an.

Bis heute gilt somit auch für die am stärksten gefährdete Patientengruppe der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm (Perinatalzentren Level 1) nur eine Mindestmenge von jährlich 14. Für die Sicherstellung der Versorgung durch ein erfahrenes und personell gut aufgestelltes Team und für einen wirtschaftlichen Ressourceneinsatz ist diese Zahl – etwa ein Frühgeborenes pro Monat – viel zu niedrig. Außerdem kämpfen nun viel zu viele Perinatalzentren um die begehrten Pflegekräfte.

2012 hat das Bundessozialgericht erklärt, dass die Festsetzung einer neuen Mindestmenge für Früh- und Neugeborene zulässig wäre, wenn die Festlegung einer bestimmten Zahl durch neue Studienergebnissen besser belegt und begründet werden könne. Mittlerweile wurde im KHSG die Rechtslage insofern angepasst, als dass die Festlegung von Mindestmengen bei vorliegendem Volume-Outcome-Zusammenhang deutlich erleichtert ist – die durch das BSG geforderten Voraussetzungen für eine Erhöhung der Mindestmenge für kleine Frühgeborene liegen also jetzt vor!

Es gilt nun, die Senkung der Frühgeborenen-Raten durch eine Strukturdiskussion für die Geburtshilfe ebenso anzugehen wie eine neue, höhere Mindestmenge für Frühgeborene festzulegen, dabei müssen aber Fehlanreize vermieden werden. Neben der Verringerung der Frühgeborenenrate durch eine bessere Strukturierung der Geburtshilfe mit regionalen Kompetenzverbänden ist auf diesem Weg eine deutliche Reduktion der Zahl der an der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener beteiligten Kliniken durch eine Erhöhung der Mindestmenge für diese Patienten geboten.

KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de