

10 wichtige Aussagen rund um die Mindestmenge für untergewichtige Früh- und Reifgeborene¹ von unter 1.250 Gramm, Stand 16.08.2023

1. Behauptet wird, die Erhöhung der Mindestmenge bei untergewichtigen Frühgeburten unter 1.250 Gramm von jährlich 20 auf 25 Fälle pro Krankenhausstandort stelle keine Qualitätsverbesserung dar.
Richtig ist: Der G-BA hatte bereits für seinen Beschluss im Jahr 2020 verschiedene Studien und Analysen herangezogen, die auf das Gewicht der Kinder von 1.250 Gramm abstellen und aus dem deutschen Versorgungskontext stammen. Sie zeigen, dass eine Erhöhung der Fallzahl bei diesen untergewichtigen Frühgeburten um 10 Fälle das Risiko der Kinder zu sterben um etwa 5 Prozent senkt. Es wurde außerdem ein lineares Ansteigen des Zusammenhangs zwischen höheren Fallzahlen (Leistungsmenge) und Ergebnis (Behandlungsqualität) bis zu 50 Fällen gesehen, ohne dass es einen sogenannten Bruchpunkt gab, an dem eine bestimmte Menge das Versorgungsergebnis nicht weiter verbessern würde.
Nachzulesen in den [Tragenden Gründen zum Beschluss vom 17. Dezember 2020](#), Seite 21
2. Behauptet wird, der G-BA lege Mindestmengen willkürlich fest und entscheide in Unkenntnis der regionalen Situationen der Bundesländer, quasi am „grünen Tisch“.
Richtig ist: Der G-BA stützte seine Entscheidung, im Jahr 2020 die Mindestmenge für untergewichtige Frühgeborene schrittweise (weiterhin 14 in den Jahren 2021/22, 20 im laufenden Jahr 2023 und ab dem kommenden Jahr auf die beschlossene Höhe von) auf 25 Fälle pro Jahr und Klinikstandort hochzusetzen, auf die Bewertungen von umfangreichen wissenschaftlichen Studien, Analysen und die Einschätzung von sachverständigen Expertinnen und Experten. Außerdem hat er die Auswirkungen und Folgen für Patientinnen und Patienten (Fahrwege und -zeiten) sowie für die Anzahl der Krankenhäuser mit in seine Entscheidung einbezogen. Entsprechend seinem Auftrag hat der G-BA jedoch eine bundesweite Perspektive eingenommen, um allen Kindern – egal wo sie zur Welt kommen – eine gleichwertige und sichere Versorgung anbieten zu können.
Nachzulesen in den [Tragenden Gründen zum Beschluss vom 17. Dezember 2020](#)

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.

3. Behauptet wird, der G-BA ignoriere die Bedürfnisse der Menschen, der Krankenhäuser und der dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte, die an einem beruflich attraktiven Ort arbeiten möchten.

Richtig ist: Der Auftrag des Gesetzgebers verpflichtet den G-BA, für planbare, hochkomplexe Leistungen, deren Behandlungsqualität von der Leistungsmenge abhängt, Mindestmengen zu beschließen. Mindestmengen für die Behandlung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen sind notwendig, da mit ihnen die Erfahrung der Klinik steigt. Das Leben und die Gesundheit dieser schutzbedürftigen Patientinnen und Patienten können dank höherer Fallzahlen (Leistungsmengen) in Kliniken geschützt, schwerere Komplikationen und lebenslange Einschränkungen reduziert oder sogar verhindert werden. Diese Erkenntnis rechtfertigt es sogar, die Versorgung auf bestimmte Zentren zu konzentrieren und damit wirtschaftliche Einschränkungen für Krankenhäuser zu erlauben. Allerdings muss die Höhe der Mindestmenge gut wissenschaftlich begründet sein, entschied das Bundessozialgericht, da sie in die Grundrechte der Krankenhäuser eingreife. Auch die individuellen Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten auf einen attraktiven Arbeitsplatz müssen dahinter zurücktreten.

4. Behauptet wird, der G-BA ignoriere, dass sich zum Beschluss aus dem Jahr 2020 Veränderungen ergeben haben und nenne keine Gründe, warum er im Juli dem Antrag der Bundesländer nicht gefolgt sei.

Richtig ist: Der G-BA hat nach ausführlicher Diskussion am 20. Juli 2023 mehrheitlich entschieden, dem Antrag der Bundesländer, erneut in eine Beratung zu den Mindestmengen bei untergewichtigen Frühgeborenen einzusteigen und damit ggf. die Erhöhung der Mindestmenge ab dem Jahr 2024 auf 25 Fälle pro Jahr und Klinikstandort auszusetzen, nicht zu folgen. Die Diskussion ist öffentlich einsehbar in der Mediathek auf der Website des G-BA. Eine neue und inhaltlich relevante Studienlage im Vergleich zum Stand der Entscheidung aus dem Jahr 2020 wurde seitens der Länder lediglich behauptet, aber nicht belegt. Die Ländervertretung sagte zu, den Bedarf an den gesetzlich möglichen Ausnahmemöglichkeiten für Bundesländer zu prüfen: Denn Mindestmengen können für eine Klinik zeitlich befristet ausgesetzt werden, wenn bei einem Wegfall des Versorgungsangebots aus Sicht eines Landes die flächendeckende Versorgung gefährdet ist. Die Landesbehörde entscheidet jedoch im Einvernehmen mit den regionalen Krankenkassen und ihren Landesverbänden.

Sitzung des G-BA vom 20. Juli 2023, ab ca. 1 Stunde 34 Minuten, in der [Mediathek auf der Website des G-BA](#)

5. Behauptet wird, die Versorgung von untergewichtigen Frühgeborenen sei immer ein Notfall und könne nicht geplant werden.

Richtig ist: Die Versorgung von untergewichtigen Frühgeborenen ist immer eine komplexe, interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamleistung. Sie beginnt bereits vor der Geburt, wenn Geburtsmedizin und Neonatologie den besten Zeitpunkt für die Geburt, also möglichst nach der abgeschlossenen Lungenreife-Behandlung, erreichen wollen. Dass die Versorgung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen in der

Regel entsprechend eine „planbare Leistung“ im Sinne des Gesetzgebers ist, hat bereits das Bundessozialgericht bestätigt. Es folgte damit der Einschätzung des G-BA. In der Regel zeichnet es sich bereits in der Schwangerschaft ab, ob eine Frühgeburt droht. Auch aufgrund der sich dann ergebenden intensiven Betreuung der Schwangeren kommen die Kinder erst 24 bis 48 Stunden nach dem Einsetzen der ersten Frühgeburtsbestrebungen wie beispielsweise Wehen, Blutungen oder dem Öffnen des Muttermundes zur Welt. Entsprechend sind die Geburt und die Erstversorgung von Frühgeborenen planbar. Von echten Notfällen spricht man, wenn sich z. B. die Plazenta ablöst oder bei unaufhaltsamen Wehen, bei denen der positive Effekt einer kompletten Lungenreife-Behandlung für das Kind nicht mehr abgewartet werden kann. Nach Angaben von Expertinnen und Experten kommen solche Notfallsituationen extrem selten vor.

6. Behauptet wird, das Verlegen von untergewichtigen Frühchen stelle ein Risiko für die Versorgung dar, deshalb brauche es statt weniger großer Zentren mehr Krankenhäuser in der Fläche.

Richtig ist: Die beste Versorgung erhalten untergewichtige Frühgeborene in jenen Kliniken, in denen das Behandlungsteam routiniert eingespielt ist und durch hohe Fallzahlen (Leistungsmenge) entsprechende Erfahrungen hat. Der Zusammenhang von hoher Fallzahl und Ergebnisqualität ist wissenschaftlich belegt. Er steigt sogar linear an. Ein Transport von untergewichtigen Frühgeborenen erfolgt selbstverständlich erst dann, wenn das medizinisch im konkreten Einzelfall möglich ist. In Sachsen und Baden-Württemberg zum Beispiel kooperieren Level-1- und Level-2-Kliniken, wie sich aus Berichten von Sachverständigen im Beratungsverfahren ergibt: Die Geburt selbst und die ersten kritischen Tage bleiben Mutter und Kind in der unter Umständen weiter entfernten Klinik. Sie werden aber, sobald es medizinisch vertretbar ist, in die kooperierenden Level-2-Kliniken verlegt, die näher am Wohnort der Familien sind.

7. Behauptet wird, die Konzentration auf wenige Zentren scheitere am Fachkräftemangel und der G-BA ignoriere diese Probleme.

Richtig ist: Für Krankenhäuser ist der Fachkräftemangel in der Tat ein großes Problem. Zugleich darf es bei der Frage, wo untergewichtige Frühgeborene die größte Chance haben, zu überleben und das mit möglichst wenigen gesundheitlichen Einschränkungen, keine Kompromisse geben. Die Gesundheit der Kinder geht vor. Erfahrungen mit der bisherigen stufenweisen Erhöhung der Mindestmenge von 14 auf 20 haben gezeigt, dass die Zentralisierung personell zu meistern ist und sogar mehr Kliniken diesen Schritt geschafft haben, als Prognosen beispielsweise aus der Datenanalyse des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Folgenabschätzung des Beschlusses aus dem Jahr 2020 das vermuten ließen.

In einigen Bundesländern wie Sachsen oder Baden-Württemberg werden schon jetzt Kooperationen zwischen verschiedenen Geburtskliniken (Level 1 und Level 2) gelebt. Das heißt, Geburt und erste Tage bleiben Mutter und Kind im Level-1-Krankenhaus, was evtl. etwas weiter entfernt ist. Sobald der gesundheitliche Zustand von Mutter

und Kind es zulässt, werden sie in andere Kliniken, z. B. Level-2 verlegt, die dann näher am Zuhause der Betroffenen sind.

8. Behauptet wird, durch eine höhere Mindestmenge ab 2024 werden die Fahrtzeiten und Wegstrecken zu den spezialisierten Krankenhäusern zu lang, so dass beides ein Risiko für die betroffenen Eltern bedeute.

Richtig ist: In den vom G-BA beauftragten Untersuchungen des IQTIG zu den Auswirkungen einer höheren Mindestmengen hat sich gezeigt, dass sich für Patientinnen und Patienten aus der Zentralisierung von Kliniken sowie verlängerten Fahrtzeiten- und Wegstrecken keine zusätzlichen Risiken ergeben, die nicht durch den erreichbaren Zugewinn an Qualität und Sicherheit für Mutter und Kind wieder aufgewogen werden. Demnach verlängert sich die Fahrtzeit bei einer erhöhten Mindestmenge im Durchschnitt je nach Berechnungsmodell auf 24/25 Minuten bei einer durchschnittlichen Wegstrecke von 24 Kilometer.

- Die Hälfte aller Patientinnen und Patienten hat rechnerisch lediglich eine Fahrtzeitverlängerung von einer Minute verglichen mit der Ausgangslage vor Inkrafttreten des Mindestmengenbeschlusses im Jahr 2020.
- Nur 1 Prozent aller Patientinnen und Patienten hat nach den Berechnungen aufgrund des Beschlusses eine Fahrtzeitverlängerung von mehr als 4 Minuten und demnach eine Gesamtfahrtzeit zum nächstgelegenen Standort von mehr als 75 Minuten.

Entscheidend für die Sicherheit der Frühgeborenen unter 1.250 Gramm ist hier nicht die längere Wegstrecke selbst, sondern die strikt empfohlene rechtzeitige Einweisung der Schwangeren in ein geeignetes Level 1-Zentrum vor der Geburt.

Nachzulesen in den [Tragenden Gründen zum Beschluss vom 17. Dezember 2020](#)

9. Behauptet wird, der G-BA greife mit seinen Entscheidungen in die für die Krankenhausplanung zuständigen Kompetenzen der Bundesländer ein.
- Richtig ist: Der G-BA kommt seinem gesetzlichen Auftrag zur Qualitätssicherung nach, wenn er Mindestmengen für bestimmte risikoreiche, planbare Leistungen wie Behandlungen, Eingriffe oder Untersuchungen festsetzt (§ 136b SGB V). Dahinter steht die wissenschaftliche Erkenntnis, dass bestimmte medizinische Behandlungen mit zunehmender Erfahrung der Ärztin oder des Arztes oder des Behandlungsteams in der Regel besser werden. Für Patientinnen und Patienten heißt das also: Solche Eingriffe oder Behandlungen sind erfolgreicher und seltener mit Komplikationen verbunden, wenn sie in einem Krankenhaus oft durchgeführt werden. Speziell bei den Mindestmengen für untergewichtige Frühgeborene hat der G-BA seinen Beschluss aus dem Jahr 2020 mit einer relativ langen Übergangszeit versehen und steigerte die Höhe nur schrittweise. Beide Punkte sollten es den Krankenhausstandorten und Ländern erleichtern, aus regionaler Perspektive notwendige, flankierende Maßnahmen zu treffen. Der G-BA kommt seinem gesetzlichen Auftrag zur Qualitätssicherung nach, wenn er Mindestmengen definiert, und beabsichtigt keinesfalls die Planungshoheit der Länder zu übernehmen.

10. Behauptet wird, die Bundesländer seien bei den Entscheidungen des G-BA faktisch nicht vertreten.

Richtig ist: Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Landesgesundheitsminister sind in allen Gremien des G-BA zur Qualitätssicherung (und vertragsärztlichen Bedarfsplanung) vertreten, haben ein Antrags- wie Mitberatungsrecht und somit auch Zugang zu allen Beratungsunterlagen. Sie können ihre Positionen einbringen, Beratungsanträge stellen und nehmen auch an Plenumsitzungen teil, bei denen Beschlüsse fallen. So schreibt es der Gesetzgeber vor (§ 92 Abs. 7f SGB V) und daran hat sich der G-BA auch bei den bisherigen Beratungen zur Mindestmenge für die Versorgung von untergewichtigen Frühgeborenen unter 1.250 Gramm durchgehend gehalten.