GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung des Modells zur Risikoadjustierung 2026 gemäß § 7 Absatz 2 Satz 3 der Anlage 3 QFR-RL

Vom 19. November 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. November 2026 beschlossen, das Modell zur Risikoadjustierung für das Jahr 2026 gemäß § 7 Absatz 2 Satz 3 der Anlage 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) gemäß **Anlage 1** und in laienverständlicher Form gemäß **Anlage 2** zu veröffentlichen.

Berlin, den 19. November 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

Darstellung des Modells zur Risikoadjustierung zur verpflichtenden Ergebnisveröffentlichung 2026

Dr. rer. med. Teresa Thomas, Prof. Dr. med. Günther Heller
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Berlin

Die „Risikoadjustierte Fallzahl“ sowie die Qualitätsinformationen „Überleben von Frühgeborenen“ und „Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung“ werden auf www.perinatalzentren.org risikoadjustiert ausgewiesen. Das Ziel der Risikoadjustierung ist es, die Behandlungsergebnisse der Krankenhäuser vergleichbar darzustellen. Dieses geschieht dadurch, dass Risikoprofile der Krankenhäuser bei der Berechnung berücksichtigt werden.

Vorgenommene Ausschlüsse für die Risikoadjustierung

Dazu werden im ersten Schritt Ausschlüsse von der Analyse vorgenommen. Kinder, die mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllen, werden in den Berechnungen nicht berücksichtigt:

- Kinder mit schweren oder letalen angeborenen Erkrankungen[1],
- Kinder mit einem Gestationsalter von weniger als 24 vollendeten Schwangerschaftswochen, da die Versorgung dieser Kinder oftmals primär palliativ ausgelegt ist,
- Kinder ab 24 vollendeten Schwangerschaftswochen, bei denen eine primäre palliative Therapie dokumentiert wurde,
- Kinder, die im Kreißsaal verstorben sind.

Festlegung potentieller Risikofaktoren

In einem weiteren Schritt werden potentielle Risikofaktoren identifiziert und in der Datenerhebung (Spezifikation der verpflichtenden zentralen Ergebnisveröffentlichung; Anhang 1 zur Anlage 3 der QFR-RL) berücksichtigt. Da sich die Spezifikation der QFR-RL auf die Neonatalerhebung der vergangenen 5 Jahre bezieht, können nur Risikofaktoren abgebildet werden, die dort dokumentiert sind (vgl. die jeweiligen Spezifikationen der ESQS der vergangenen 5 Jahre).
Für eine Risikoadjustierung geeignete Risikofaktoren stellen dabei patientenbezogene Eigenschaften dar, die von den Krankenhäusern nicht beeinflusst werden können. Prognostische Faktoren wie z. B. Prozessvariablen werden in Risikoadjustierungsmodellen nicht berücksichtigt. Diese Modelle stellen damit unvollständige Prognosemodelle dar.

Im Einzelnen wurden bei der Modellentwicklung folgende Variablen berücksichtigt:

- Geschlecht
- Gestationsalter bei Aufnahme in Abhängigkeit vom Aufnahmegewicht und Geschlecht: Hier wird die Abweichung des tatsächlichen Gestationsalters bei Aufnahme vom erwarteten Gestationsalters bei Aufnahme in Abhängigkeit des Aufnahmegewichts und des Geschlechts in Quintilen abgebildet
- Aufnahmegewicht des Kindes in 100 g-Kategorien
- Mehrling
- Lebenstage bei Aufnahme (in Tagen)
- Entlassungsjahr

[1] Gemäß QS-Dokumentation im Datenfeld “angeborene Erkrankungen” in Neonatalerhebung.

Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle

Anhand der festgelegten Risikofaktoren wurden Risikoadjustierungsmodelle mit Hilfe von logistischen Regressionen berechnet. Zunächst wurden alle o. g. potentiellen Risikofaktoren eingeschlossen und geprüft, ob a) plausible Effekte der Risikofaktoren und ob b) signifikante Einflüsse beobachtet wurden. War dies nicht der Fall, wurden die Risikofaktoren im Modell nicht berücksichtigt.

Es zeigte sich eine bessere prognostische Kraft des Aufnahmegewichtes gegenüber dem Geburtsgewicht. Dies ist plausibel, da dieser Risikofaktor das real existierende Risiko bei Krankenhausaufnahme, z. B. nach Verlegung in ein anderes Krankenhaus, präziser beschreibt als das Geburtsgewicht. Weiterhin ist das Gestationsalter als einzelner Risikofaktor im Modell mit dem Aufnahmegewicht so stark assoziiert, dass eine zuverlässige Modellierung unter simultaner Nutzung beider Variablen fraglich erscheint. Aus diesem Grund wird die Abweichung des tatsächlichen zum erwarteten Gestationsalter bei Aufnahme unter Berücksichtigung des Aufnahmegewichts und des Geschlechts berücksichtigt. Diese Abweichung (Differenz) wird in fünf gleich großen Kategorien (Quintilen) im Risikomodell berücksichtigt.

Änderungen im Risikomodell im Vergleich zum Vorjahr 2025

Im Rahmen der jährlichen Anpassung des Risikomodells wurden die Einflüsse aller potentiellen Risikofaktoren überprüft. Dabei ergaben sich für die potentiellen Risikofaktoren „Lebenstage bei Aufnahme (in Tagen)“ und „Mehrling“ für die Endpunkte „Überleben“ sowie „Überleben ohne schwere Erkrankung“ nicht plausible bzw. nicht signifikante Einflüsse. Die Einflussfaktoren „Lebenstage bei Aufnahme (in Tagen)“ und „Mehrling“ werden daher auch im Jahr 2026 (für die Datenjahre 2021-2025) nicht in der Risikoadjustierung berücksichtigt.

Der Risikofaktor „Abweichung des tatsächlichen Aufnahmegewichtes vom erwarteten Aufnahmegewicht in Abhängigkeit des Gestationsalters bei Aufnahme und des Geschlechts in Quintilen“ wird durch den Risikofaktor „Abweichung des tatsächlichen Gestationsalters bei Aufnahme vom erwarteten Gestationsalter bei Aufnahme in Abhängigkeit des Aufnahmegewichts und Geschlechts in Quintilen“ ersetzt und die Benennung der einzelnen Quintile präzisiert. Die Änderung wurde durchgeführt, da das Gestationsalter stärker mit dem Outcome assoziiert ist und dies zur besseren Verständlichkeit dieses Risikofaktors beitragen soll.

Final wurden für die verpflichtende Ergebnisveröffentlichung 2026 folgende Risikofaktoren verwendet:

- Geschlecht
- Abweichung des tatsächlichen Gestationsalters bei Aufnahme vom erwarteten Gestationsalter bei Aufnahme in Abhängigkeit des Aufnahmegewichts und des Geschlechts in Quintilen
- Aufnahmegewicht des Kindes in 100 g-Kategorien
- Entlassungsjahr

Darstellung der Ergebnisse der Risikoadjustierungsmodelle

a) Überleben von Frühgeborenen

Die Risikoadjustierungsmodelle werden anhand von logistischen Regressionen geschätzt (vgl. Abschnitt d). In der folgenden Tabelle 1 sind die Risikofaktoren mit zugehörigen Regressionsgewichten (β) für das Überleben von Frühgeborenen aufgelistet. Ein Risikofaktor mit negativem Regressionsgewicht zeigt eine geringere Überlebenswahrscheinlichkeit gegenüber der Referenzkategorie an. Ein Risikofaktor mit positivem Regressionsgewicht zeigt eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit gegenüber der Referenzkategorie an. Die Stärke des Einflusses eines Risikofaktors kann dabei auch mittels Odds-Ratio (OR) angegeben werden. Dabei gilt: OR = exp(β).

Tabelle 1: Regressionsgewichte und Standardfehler des logistischen Regressionsmodells zum Endpunkt „Überleben von Frühgeborenen" (Datenbasis: Neugeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in deutschen Perinatalzentren 2021-2025)

Risikofaktor	Regressionsgewicht (β)	Standardfehler
Gestationsalter bei Aufnahme in Abhängigkeit vom Aufnahmegewicht und Geschlecht (*)		
Gestationsalter viel niedriger als erwartet	-0,872570	0,087391
Gestationsalter niedriger als erwartet	-0,291505	0,092545
Gestationsalter wie erwartet	Referenzkategorie	
Gestationsalter höher als erwartet	0,471889	0,104847
Gestationsalter viel höher als erwartet	0,557705	0,105828
Geschlecht		
nicht weiblich	Referenzkategorie	
weiblich	0,427836	0,057858
Aufnahmegewicht		
unter 400 g	-4,781191	0,156015
400–499 g	-3,737918	0,128157
500–599 g	-3,0058	0,123694
600–699 g	-2,403595	0,111202
700–799 g	-1,966456	0,11293
800–899 g	-1,639502	0,119477
900–999 g	-0,995501	0,124993
1.000–1.099 g	-0,741723	0,174892
1.100–1.199 g	-0,49313	0,153867
1.200–1.299 g	-0,154142	0,163455

ab 1.300 g	Referenzkategorie	
Entlassungsjahr		
2020	Referenzkategorie	
2021	-0,082087	0,085629
2022	0,081051	0,090374
2023	-0,005107	0,088556
2024	-0,002444	0,089801
Konstante	4,489256	0,11969

Auf Basis dieser logistischen Regression wird für jedes in der Analyse berücksichtigte Kind eine Überlebenswahrscheinlichkeit ermittelt. Die Summe dieser Überlebenswahrscheinlichkeiten pro Perinatalzentrum bildet die Anzahl der erwarteten überlebenden Frühgeborenen (E).

Krankenhausspezifische Ereignisse für das Überleben von Frühgeborenen werden auf der Webseite www.perinatalzentren.org ausgewiesen, indem die Anzahl der beobachteten überlebenden Frühgeborenen in einem Krankenhaus (O) mit der Anzahl der erwarteten überlebenden Frühgeborenen (E) in diesem Krankenhaus in Beziehung (O / E) gesetzt wird.

(*) Ausweisung in Quintilen.
Bei der Abweichung des tatsächlichen vom erwarteten Gestationsalter bei Aufnahme ist zu beachten, dass Kinder mit einem niedrigeren Gestationsalter als auf Basis des Aufnahmegewichts erwartet eine niedrigere Überlebenswahrscheinlichkeit aufweisen. Dagegen weisen Kinder mit höherem Gestationsalter für ein gegebenes Aufnahmegewicht eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit auf.

b) Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung

Auf die gleiche Weise wird der Endpunkt „Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung“ berechnet. Dabei wird berücksichtigt, wie viele der Fälle ohne höhergradige Hirnblutung (IVH oder PVH), ohne eine nekrotisierende Enterokolitis (NEK), ohne eine höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) und ohne eine bronchopulmonale Dysplasie (BPD) aus dem Perinatalzentrum entlassen wurden[2]. Analog zur Berechnung des Überlebens von Frühgeborenen wurde unter Berücksichtigung von primär gleichen potentiellen Risikoadjustierungsvariablen ein logistisches Regressionsmodell entwickelt. In Tabelle 2 sind die resultierenden Regressionsgewichte der Risikofaktoren dargestellt.

Tabelle 2: Regressionsgewichte und Standardfehler des logistischen Regressionsmodells zum Endpunkt „Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung“ (Datenbasis: Neugeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in deutschen Perinatalzentren 2021-2025)

Risikofaktor	Regressionsgewicht (β)	Standardfehler
Gestationsalter bei Aufnahme in Abhängigkeit vom Aufnahmegewicht und Geschlecht (*)		
Gestationsalter viel niedriger als erwartet	-0,887331	0,051473
Gestationsalter niedriger als erwartet	-0,329062	0,054203
Gestationsalter wie erwartet	Referenzkategorie	
Gestationsalter höher als erwartet	0,317541	0,060046
Gestationsalter viel höher als erwartet	0,607192	0,062539
Geschlecht		
nicht weiblich	Referenzkategorie	
weiblich	0,461776	0,034706
Aufnahmegewicht		
unter 400 g	-5,281057	0,163075
400–499 g	-4,156119	0,092737
500–599 g	-3,376091	0,079963
600–699 g	-3,001794	0,064923
700–799 g	-2,361227	0,062694
800–899 g	-1,835226	0,065402
900–999 g	-1,347739	0,062996
1.000–1.099 g	-0,960112	0,087875

[2] Berücksichtigt werden Fälle ohne eine höhergradige Hirnblutung (IVH-Grad 3 oder PVH), die im aktuellen Aufenthalt entstanden ist oder erstmalig diagnostiziert wurde, Fälle ohne ROP-Grad 3 oder höher, die im aktuellen Aufenthalt entstanden ist oder erstmalig diagnostiziert wurde, Fälle ohne NEK Stadium II nach Bell oder höher, die im aktuellen Aufenthalt entstanden ist oder erstmalig diagnostiziert wurde und Fälle ohne moderate oder schwere Bronchopulmonale Dysplasie, die im aktuellen Aufenthalt entstanden ist oder erstmalig diagnostiziert wurde.

1.100–1.199 g	-0,601321	0,078818
1.200–1.299 g	-0,323998	0,080738
ab 1.300 g	Referenzkategorie	
Entlassungsjahr		
2020	Referenzkategorie	
2021	-0,05576	0,051798
2022	0,167144	0,054379
2023	-0,07003	0,052888
2024	-0,041699	0,053679
Konstante	3,106346	0,066769

(*) Ausweisung in Quintilen.

Bei der Abweichung des tatsächlichen vom erwarteten Gestationsalters bei Aufnahme ist zu beachten, dass Kinder mit einem niedrigeren Gestationsalter als auf Basis des Aufnahmegewichts erwartet eine niedrigere Wahrscheinlichkeit aufweisen, ohne eine schwere Erkrankung zu überleben. Dagegen weisen Kinder mit höherem Gestationsalter für ein gegebenes Aufnahmegewicht eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, ohne eine schwere Erkrankung zu überleben.

c) Risikoadjustierte Fallzahl

Die risikoadjustierte Fallzahl wird ermittelt, um ein genaueres Bild über die Anzahl und Erkrankungsschwere der behandelten Patienten eines Perinatalzentrum zu erhalten. Dazu wird ein Risikoadjustierungsmodell analog zu Abschnitt a) für das Versterben von Frühgeborenen geschätzt und die Summe der erwarteten Sterbefälle für jedes Perinatalzentrum aufsummiert. Um nicht die erwarteten Sterbefälle, sondern eine unter dem jeweiligen Risikokollektiv erwartete Fallzahl (=risikoadjustierte Fallzahl) auszuweisen, wird der so erhaltene Wert eines Perinatalzentrums mit dem Kehrwert der durchschnittlichen Gesamtsterberate multipliziert.

Fälle mit einem geringeren Risiko haben daher einen geringeren Einfluss als Fälle mit einem hohen Risiko. Dieser Wert wird als risikoadjustierte durchschnittliche Anzahl der behandelten Fälle pro Jahr angegeben.

Die Darstellung und Berechnung der Qualitätsinformationen „Risikoadjustierte Fallzahl von Frühgeborenen zwischen 1.250 und 1.499 g“ und „Risikoadjustierte Fallzahl von Frühgeborenen unter 1.250 g“ erfolgt analog, jeweils beschränkt auf das entsprechende Geburtsgewicht.

d) Erläuterung zur logistischen Regression: Rechenbeispiel

Mit Hilfe der logistischen Regression kann für jeden Fall unter Berücksichtigung seines individuellen Risikoprofils die erwartete Wahrscheinlichkeit des vorhergesagten Ereignisses (z. B.: Überleben des Krankenhausaufenthaltes) berechnet werden. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Ereignisses (Y = 1) bei Vorliegen mehrerer Einflussgrößen X wird wie folgt modelliert:

$$P(Y = 1|X_1, X_2, \dots, X_p) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \cdots + \beta_p X_p)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \cdots + \beta_p X_p)}$$

Dabei stellt β_0 die Regressionskonstante dar, $\beta_1,\dots, \beta_n$ die Regressionskoeffizienten und $X_1,\dots,X_p$ die Einflussgrößen (Hosmer et al. 2013)[3].

So ergibt sich für den Endpunkt „Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung“ bei einem Fall mit weiblichem Geschlecht (Koeffizient = 0,461776), mit einer Differenz des beobachteten minus erwarteten Aufnahmegewichts im 3. Quintil (Referenzkategorie) und einem Aufnahmegewicht von 1.050 Gramm (Koeffizient = -1,181728) eine Wahrscheinlichkeit eines Überlebens ohne schwere Erkrankung von:

$$\exp^{(3{,}106346 + 0{,}461776 - 0{,}960112)} / (1 + \exp^{(3{,}106346 + 0{,}461776 - 0{,}960112)}) = 0{,}93137531$$

Diese Wahrscheinlichkeit ändert sich allerdings drastisch, wenn bei sonst gleicher Risikokonstellation ein Aufnahmegewicht von 500 - 599 Gramm vorliegt:

$$\exp^{(3{,}106346 + 0{,}461776 - 3{,}376091)} / (1 + \exp^{(3{,}106346 + 0{,}461776 - 3{,}376091)}) = 0{,}54786076$$

Somit wird im ersten Beispiel das Kind mit einer Wahrscheinlichkeit von 93 % ohne schwere Erkrankung überleben, im zweiten Beispiel mit einer Wahrscheinlichkeit von nur 55 %.

[3] Hosmer, DW; Lemeshow, S; Sturdivant, RX (2013). Applied Logistic Regression. 3rd Edition; New York: John Wiley & Sons.

Darstellung des Modells zur Risikoadjustierung in laienverständlicher Form zur verpflichtenden Ergebnisveröffentlichung 2026

Dr. rer. med. Teresa Thomas, Prof. Dr. med. Günther Heller
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Berlin

Auswahl und Erprobung von Risiken in der Risikoadjustierung

Das Risiko eines Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g, zu versterben oder eine schwere Erkrankung zu entwickeln, wird im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Neonatologie*[1] erhoben.

Einige dieser (meist schicksalhaften) Risiken verringern die Wahrscheinlichkeit zu überleben so stark, dass die betreffenden Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g komplett aus der Berechnung ausgeschlossen wurden. Dies betrifft:

- Schwere oder tödliche (sogenannte letale) angeborene Erkrankungen[2]
- primär palliativ[3] versorgte Frühgeborene unter 1.500 g
- Kinder, die vor vollendeten 24 Schwangerschaftswochen geboren wurden[4]
- Kinder, die im Kreißsaal verstorben sind

Folgende Risiken von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g werden bei der Berechnung der Risikoadjustierung überprüft:

- das Geschlecht des Kindes
- das Aufnahmegewicht[5] des Kindes
- die Abweichung des Reifealters bei Aufnahme des Kindes vom erwarteten Reife- (bzw. Gestations-) Alter[6]
- das Vorliegen einer Mehrlingsschwangerschaft
- bisher gelebte Tage des Kindes bei der Aufnahme
- das Entlassungsjahr des Kindes[7]

Zunächst wird geprüft, ob sich diese vermuteten Risiken so auf die Behandlungsergebnisse auswirken, wie dies aus bisherigen Studien bekannt ist. Darüber hinaus wird die Sicherheit des Zusammenhangs geprüft. Es werden dann nur solche Risiken in die Berechnung der

[1] Durch die sogenannte einrichtungsübergreifende externe Qualitätssicherung (nach § 135a SGB V) wird die Qualität verschiedener Leistungsbereiche der Krankenhäuser gemessen. Dafür werden Daten erhoben und ausgewertet. Dies geschieht auch für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Die so generierten Daten dienen als Grundlage für die Informationsplattform www.perinatalzentren.org.
[2] Als schwere oder tödliche angeborene Erkrankungen gelten beispielsweise eine mangelhafte Entwicklung der Lunge (Lungenhypoplasie) oder ein Zwerchfellbruch (Zwerchfellhernie).
[3] Eine palliative Versorgung beschreibt eine schmerzlindernde Sterbebegleitung, ohne dass eine Heilung der Kinder angestrebt wird.
[4] Auch diese Kinder bekommen in der Regel eine Sterbebegleitung (Palliativversorgung).
[5] Das Aufnahmegewicht ist das Gewicht bei Aufnahme des Kindes auf der Neonatologie. Es beschreibt das Risiko zum Zeitpunkt der Aufnahme eines Kindes besser als das Geburtsgewicht.
[6] Hier wird der Unterschied zwischen dem tatsächlichen und dem erwarteten Reifealter bei Aufnahme von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g gemessen. So kann bestimmt werden, ob ein Kind in etwa mit dem erwarteten Reifealter (auch Gestationsalter genannt) aufgenommen wurde. Die Erwartung an das Reifealter (bei Aufnahme) bemisst sich dabei am Aufnahmegewicht und am Geschlecht des Kindes.
[7] Das Entlassungsjahr wurde zusätzlich aufgenommen, um nur Kinder des gleichen Jahres miteinander zu vergleichen.

Risikoadjustierung aufgenommen, die mit großer Sicherheit (auch als statistisch signifikant bezeichnet) einen Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis aufweisen.

Das Modell zur Risikoadjustierung wird jährlich mit den aktualisierten Daten[8] der letzten fünf Jahre berechnet. Auch die Auswahl der Risikofaktoren wird jährlich überprüft. Aufgrund der aktuellen Überprüfungen mit Daten der Erfassungsjahre 2021 bis 2025 wurden alle oben genannten Risiken außer „bisher gelebte Tage des Kindes bei Aufnahme“ und „Vorliegen einer Mehrlingsschwangerschaft“ für die aktuelle Risikoadjustierung ausgewählt.

[8] Die verwendeten Daten basieren auf den im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung erhobenen Neonataldaten der Perinatalzentren.

Ergebnisse für das „Überleben von Frühgeborenen“, Bericht 2026

Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse der Berechnungen der Risikoadjustierung zu den Erfassungsjahren 2021-2025. Diese werden im Jahr 2026 berichtet. Für jedes Risiko, das ein Kind haben kann, wurde gemessen, unter welchen Voraussetzungen das Kind eine bessere Chance hat zu überleben:

Risiko: Geschlecht	
Mädchen ↔ Jungen, Kinder ohne eindeutiges Geschlecht[9]	Mädchen haben eine 1,5-fach höhere Chance zu überleben, als Jungen und Kinder ohne eindeutiges Geschlecht.

Risiko: Aufnahmegewicht	
Hohes Aufnahmegewicht ↔ niedriges Aufnahmegewicht	Die Chance zu überleben steigt, je schwerer die Kinder bei der Aufnahme sind. Kinder mit einem Gewicht unter 400g bei Aufnahme in ein Perinatalzentrum haben eine etwa 119-fach geringere Überlebenschance als Kinder mit einem Gewicht über 1.300g bei Aufnahme.

Risiko: Abweichung des Gestationsalters bei der Aufnahme in Abhängigkeit des Aufnahmegewichts und des Geschlechts	
Gestationsalter höher als erwartet ↔ Gestationsalter niedriger als erwartet	Hier wird der Unterschied zwischen dem tatsächlichen und dem erwarteten Gestationsalter bei Aufnahme eines Frühgeborenen gemessen. Die Erwartung in der Berechnung an das Gestationsalter bemisst sich dabei am Aufnahmegewicht und am Geschlecht des Kindes. Kinder, die ein viel höheres Gestationsalter haben als erwartet, haben eine etwa 1,7-fach höhere Überlebenschance als Kinder, deren tatsächliches Gestationsalter dem erwarteten Gestationsalter entspricht. Kinder, deren Gestationsalter bei Aufnahme viel niedriger ist als erwartet, haben dagegen eine etwa 2,4-fach geringere Überlebenschance als Kinder, deren tatsächliches Gestationsalter dem erwarteten Gestationsalter entspricht.

[9] Kann ein Geschlecht für ein Kind nicht festgelegt werden, so wird für das Geschlecht die Information „nicht eindeutig“ hinterlegt. Das kann beispielsweise dann passieren, wenn bei der Entwicklung im Mutterleib keine eindeutige geschlechtliche Differenzierung stattfindet (Hermaphroditismus).

Frühgeborene haben demnach derzeit die beste Chance zu überleben, wenn sie weiblich sind und mit einem möglichst hohen Gewicht in ein Perinatalzentrum aufgenommen werden.

Ergebnisse für das „Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung“, Bericht 2026

Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse der Berechnungen der Risikoadjustierung zu den Erfassungsjahren 2021-2025. Diese werden im Jahr 2026 berichtet. Für jedes Risiko, das ein Kind haben kann, wurde gemessen, unter welchen Voraussetzungen das Kind eine bessere Chance hat, ohne eine schwere Erkrankung zu überleben:

Risiko: Geschlecht	
Mädchen ↔ Jungen, Kinder ohne eindeutiges Geschlecht[10]	Mädchen haben eine 1,6-fach höheren Chance ohne schwere Erkrankung zu überleben, als Jungen und Kinder ohne eindeutiges Geschlecht.

Risiko: Aufnahmegewicht	
Hohes Aufnahmegewicht ↔ niedriges Aufnahmegewicht	Die Chance, ohne schwere Erkrankung zu überleben, steigt, je schwerer die Kinder bei der Aufnahme sind. Kinder mit einem Gewicht unter 400g bei Aufnahme in ein Perinatalzentrum haben eine etwa 197-fach geringere Chance ohne eine schwere Erkrankung zu Überleben als Kinder mit einem Gewicht über 1.300g bei Aufnahme.

Risiko: Gewichtsabweichung bei der Aufnahme in Abhängigkeit des Gestationsalters bei Aufnahme und des Geschlechts	
Aufnahmegewicht höher als erwartet ↔ Aufnahmegewicht niedriger als erwartet	Hier wird der Unterschied zwischen dem tatsächlichen und dem erwarteten Gestationsalter bei Aufnahme eines Frühgeborenen gemessen. Die Berechnung des erwarteten Gestationsalters bemisst sich dabei am Aufnahmegewicht und am Geschlecht des Kindes. Kinder, die ein viel höheres Gestationsalter haben als erwartet, haben eine etwa 1,8-fach höhere Chance, ohne schwere Erkrankung zu überleben als Kinder, deren tatsächliches Gestationsalter dem erwarteten Gestationsalter entspricht.

[10] Kann ein Geschlecht für ein Kind nicht festgelegt werden, so wird für das Geschlecht die Information „nicht eindeutig“ hinterlegt. Das kann beispielsweise dann passieren, wenn bei der Entwicklung im Mutterleib keine eindeutige geschlechtliche Differenzierung stattfindet (Hermaphroditismus).

Risiko: Gewichtsabweichung bei der Aufnahme in Abhängigkeit des Gestationsalters bei Aufnahme und des Geschlechts	
	Kinder, deren Gestationsalter bei Aufnahme viel niedriger ist als erwartet, haben dagegen eine etwa 2,4-fach geringere Chance, ohne schwere Erkrankung zu überleben als Kinder, deren tatsächliches Gestationsalter dem erwarteten Gestationsalter entspricht.

Frühgeborene haben demnach derzeit die besten Chancen, ohne eine schwere Erkrankung zu überleben, wenn sie weiblich sind und mit einem möglichst hohen Gewicht in ein Perinatalzentrum aufgenommen werden.