



18.06.2010

Kommentar zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. Juni 2010

Der 17. Juni 2010 ist jetzt schon ein Datum mit geradezu historischer Bedeutung für die Versorgung von Frühgeborenen in Deutschland. Nach jahrelangem Ringen beschloss der Ausschuss, die so genannte Mindestmenge als Voraussetzung für die Behandlung von Frühgeborenen mit höchstem Risiko von zurzeit 14 auf 30 zu erhöhen. Das bedeutet, dass ab 1. Januar 2011 Frühchen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm nur noch in solchen Kliniken - den Perinatalzentren Level 1 - entbunden und behandelt werden dürfen, in denen jährlich mindestens 30 dieser Kinder betreut werden. Diese Regelung ist immer noch nicht das Optimum, aber wir sind erleichtert, dass nun endlich eine Entscheidung getroffen wurde, die quasi als sofort wirksame Maßnahme die Chancen unserer Kinder zu überleben und auch mit möglichst wenigen Beeinträchtigungen zu überleben, deutlich verbessern wird.

Experten rechnen damit, dass der Beschluss mindestens 100 Kindern jährlich das Leben retten kann. Kritiker sagen, Mindestmengen vorzugeben sei eine „Rasenmähermethode“. Jetzt dürften auch diejenigen kleineren Kliniken, die jetzt schon gute Behandlungsqualität geboten hätten, nicht mehr kleinste Frühgeborene behandeln. Besser sei es, über die Ergebnisqualität zu steuern. Damit haben sie sogar noch nicht einmal Unrecht. Wir hätten uns gerade deshalb sehr gewünscht, wenn es auf freiwilliger Basis zu entsprechenden Spezialisierungen und Netzbildungen gekommen wäre und haben dies auch immer wieder gegenüber den Leistungsträgern angemahnt. Staatliche Reglementierungen wären dann überhaupt nicht nötig gewesen, denn Mindestmengen sind kein Selbstzweck und sicher auch kein Allheilmittel. Trotz jahrelanger Diskussion ist aber leider - bis auf wenige Ausnahmen - eben gerade nichts geschehen.

Deshalb war es für den G-BA nun an der Zeit regelnd einzugreifen. Zeit gelassen hat er sich dazu lange genug. Deshalb ist es jetzt überhaupt nicht angebracht über den Beschluss zu lamentieren. Vielmehr ist es angebracht zu handeln, um das Beste daraus zu machen - das Beste für die betroffenen Kinder und ihre Familien wohlgedacht. Es ist auch nicht damit getan, sofort nach Ausnahmeregelungen zu rufen. Die Kompetenz dazu haben die Bundesländer als Krankenhausplanungsbehörden, wenn „die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet“ sein könnte. Sicher wird es Gegenden in Deutschland geben, in denen es sinnvoll ist, Ausnahmen zuzulassen. Die Länder sind allerdings aufgefordert, mit dieser Ermächtigung verantwortungsvoll umzugehen. Ich bin sicher, das werden sie tun, denn alles andere würde die Entscheidung des G-BA, die als so genannte untergesetzliche Norm unmittelbare Rechtswirkung entfaltet, regelrecht konterkarieren und aushöhlen.

Trotzdem muss man sich vor Augen halten, dass wir auch nach Umsetzung dieses Beschlusses in Deutschland noch wesentlich mehr Level 1-Zentren haben werden, als z. B. in anderen europäischen Ländern, die uns inzwischen auch noch bei der Säuglingssterblichkeit den Rang abgelaufen haben. Mit einem m. E. beschämenden 12. Platz der Rangliste von 22 kann sich nun wirklich niemand bei uns zufrieden zurücklehnen. In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit z. B. um ein Drittel höher als in Schweden. Leider machen Frühgeborene unter 1500 Gramm daran einen erheblichen Anteil von ca. 45 Prozent aus. Man muss sich auch vor Augen halten, dass es letztlich gerade mal um ungefähr fünf- bis sechstausend Kinder in ganz Deutschland geht. Für diese fordern wir und brauchen höchste medizinische Kompetenz, um ihnen bessere Überlebenschancen bieten zu können. Dass das geht, demonstriert das Beispiel Sachsen-Anhalt. Seit dort Hochrisiko-

frühgeborene nur noch in drei Kliniken geboren werden, ist die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich auf fast nordeuropäisches Niveau gesunken.

Überleben hört aber nicht an der Stationstür auf, sondern dort beginnt es eigentlich erst und dauert das ganze weitere Leben an. Welche Probleme auf die Kinder und ihre Familien zukommen können, offenbart sich oft erst in der Schulzeit. Das haben gerade erst wieder die Ergebnisse eines Landesverbandssymposiums am 8. Mai in Rheinland-Pfalz eindrucksvoll gezeigt. Es muss deshalb in Zukunft ein besonderer Auftrag an die Akutmedizin sein, die Überlebensqualität der kleinen Patienten noch mehr in den Blick zu nehmen, als es bisher bereits der Fall war. Auch hier versprechen wir uns von der Kompetenzbündelung in Zentren langfristig bessere Ergebnisse.

Wir haben uns allerdings nicht nur für höhere Fallzahlen in Level 1 eingesetzt, sondern auch für die völlige Streichung der Mindestmengenvorgaben für Level 2-Zentren, die Frühgeborene über 1250 Gramm Geburtsgewicht behandeln dürfen. Wegen des bei der Zählweise vorgeschriebenen sehr engen „Gewichtsfensters“ von 1250 bis 1499 Gramm konnten viele regionale Krankenhäuser die auch für sie seit Jahresbeginn geltende Fallzahl von 14 nicht erreichen und fielen aus der Versorgung heraus, oder unternahmen gleich noch größere Anstrengungen, um die Voraussetzungen für Level 1 zu erfüllen, weil die Fallzahl hierfür viel leichter zu erfüllen war. Level 2-Häuser werden aber für die wohnortnahe Versorgung in der Fläche gebraucht. Das ist auch ihr spezieller Versorgungsauftrag nach der QS-Richtlinie des G-BA. Gerade bei einer jetzt zu erwartenden Konzentration der Level 1-Kliniken muss es zu Netzwerkbildungen und einer guten Zusammenarbeit zwischen den Zentren kommen, damit kleinste Frühchen nach der besonders bedrohlichen Akutphase ggf. und in Absprache mit den Eltern wohnortnah weiterbetreut werden können. Dazu brauchen wir Level 2-Häuser und deshalb war es richtig und konsequent, die sicher etwas unüberlegt eingeführte Mindestmengenvorgabe in diesem Bereich wieder abzuschaffen. Der G-BA wird die weitere Entwicklung beobachten und dann darüber entscheiden, ob die gestern beschlossenen Vorgaben zu überprüfen sein werden. Insbesondere erwartet er, dass die Netzwerkbildung nun vorangetrieben wird.

Der erste wichtige Schritt in die richtige Richtung ist getan. Trotzdem gibt es keinen Grund zum Innehalten. Jetzt wird es darum gehen, z. B. die Grundsätze der entwicklungsfördernden Pflege und Betreuung flächendeckend zu etablieren, dabei endlich auch professionelle psychosoziale Elternbetreuung in den Kliniken vorzuhalten, eine bessere sozialmedizinische Nachsorge und Überleitung nach Hause zu gewährleisten und durch nachgehende Untersuchungen bis mindestens zum Schuleintritt sicherzustellen, dass Entwicklungsdefizite keine Überraschung des Schulalters bleiben, sondern ggf. auch frühzeitig therapeutisch geholfen werden kann.

Hans-Jürgen Wirthl
Vorsitzender