

**MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND  
INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 103443 70029 Stuttgart  
E-Mail: [poststelle@sm.bwl.de](mailto:poststelle@sm.bwl.de)  
FAX: 0711 123-3999

An die  
Präsidentin des Landtags  
von Baden-Württemberg  
Frau Muhterem Aras MdL  
Haus des Landtags  
Konrad-Adenauer-Straße 3  
70173 Stuttgart

Stuttgart 16. Oktober 2023

nachrichtlich – ohne Anlagen –

Staatsministerium

**Antrag des Abgeordneten Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP  
- Entwicklung der Frühgeburtenversorgung in Baden-Württemberg  
- Drucksache 17/5352**

**Ihr Schreiben vom 11. September 2023**

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration nimmt zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen*

*zu berichten,*

- 1. wie viele Perinatalzentren es derzeit in Baden-Württemberg gibt (bitte aufgeschlüsselt nach Level 1 und Level 2 sowie Krankenhäuser mit perinatalem Schwerpunkt und Geburtskliniken);*

In Baden-Württemberg gibt es derzeit 21 Perinatalzentren (PNZ) Level 1 sowie fünf PNZ Level 2 Kliniken. Die Anzahl der perinatalen Schwerpunkte Level 3 beträgt sechs, Geburtskliniken mit Level 4 sind mit 45 zu beziffern. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

2. *wie viele Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1 250 Gramm oder die Geburt vor der 29. Schwangerschaftswoche in den unter Ziffer 1 genannten Perinatalzentren des Level 1 verzeichnet worden sind (bitte Aufstellung der jeweiligen Perinatalzentren in den Jahren 2018 bis 2022);*

Die Anzahl der Geburten mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW in baden-württembergischen PNZ Level 1 lassen sich derzeit nur für die Jahre 2018 bis 2020 darstellen. Die Auflistung erfolgt ohne Namensnennung der Einrichtungen aus Gründen des Datenschutzes. Die Zahlen für 2021-2022 könnten zum jetzigen Zeitpunkt nur mit großem Aufwand ermittelt werden.

<b>Krankenhaus</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
KH1	23	20	23
KH2	24	23	27
KH3	37	51	33
KH4	11	16	18
KH5	48	81	72
KH6	14	22	39
KH7	112	117	123
KH8	14	19	10
KH9	34	55	59
KH10	26	39	29
KH11	23	22	19
KH12	15	16	16
KH13	32	27	44
KH14	24	23	31
KH15	116	104	108
KH16	33	44	40
KH17	69	65	52
KH18	19	13	27
KH19	32	31	31
KH20	98	92	82
KH21	64	67	44

Es gilt zu berücksichtigen, dass für die Mindestmengenregelung des G-BA nur Geburten mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g, nicht aber Geburten mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW relevant sind.

3. *wie viele der Perinatalzentren Level 1 in Baden-Württemberg derzeit nicht die geforderte Mindestmengenregelung von 25 Kindern pro Jahr und Standort erfüllen (bitte unter Auflistung der betroffenen Standorte);*

In Baden-Württemberg war aufgrund einer Umfrage zunächst davon ausgegangen worden, dass elf von 21 PNZ Level 1 die erhöhte Mindestmenge von 25 im Jahre 2024 nicht einhalten können. Die Auswertung auf Basis der Mindestmengen-Transparenzliste 2023 des AOK-Bundesverbandes ergab, dass ab 2024 möglicherweise acht Krankenhausstandorte in Baden-Württemberg die Mindestmengen von 25 nicht erreichen können. In der Folge müssten nach Angaben der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft die bisher dort versorgten 155 frühgeborenen Kinder von den verbleibenden PNZ versorgt werden. Diese versorgen bisher im Mittel 649 frühgeborene Kinder und müssten so ihr Versorgungsangebot um 23,9 % erhöhen.

Eine derartige Leistungssteigerung um knapp ein Viertel erscheint aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration schwer zu bewältigen, gerade vor dem Hintergrund der angespannten Personalsituation. Ferner könnten sich noch weitere Auswirkungen auf die Versorgung von schwangeren Frauen mit hohem Risiko für eine Frühgeburt ergeben, die an diesen Standorten ebenfalls nicht mehr versorgt werden könnten. Im Anhörungsverfahren im Rahmen des Prognoseverfahrens der Kostenträger wird ermittelt, wie viele PNZ 1 voraussichtlich die Mindestmenge 2024 nicht erbringen können. Das Verfahren müsste inzwischen abgeschlossen sein. Da dem Ministerium noch keine offiziellen Angaben zum Ergebnis des Verfahrens bekannt sind, können diese zum jetzigen Zeitpunkt in dieser Anfrage noch nicht berücksichtigt werden.

4. *wie sie die Erhöhung der Mindestmengenregelung bewertet;*
5. *wie sie die Auswirkungen des Wegfalls des Perinatalzentrums in einer Klinik auf die Versorgung von Neugeborenen, die mit Komplikationen auf die Welt kommen und sofort intensivmedizinisch betreut werden müssen, bewertet;*
11. *welche Maßnahmen sie ergreift, um die Versorgung der Kinderchirurgie und die Neugeborenenversorgung inklusive der Frühgeburten in Baden-Württemberg sicherzustellen;*

Die Fragen Nr. 4, 5 und 11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet:

Zu den Mindestmengen und dem Wegfall des Perinatalzentrums in einer Klinik: Aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration sind keine sachlich begründeten Anhaltspunkte erkennbar, die die Einführung des Mindestmengenwertes von 25 rechtfertigten. Auch durch Vorlaufzeiten konnten Kliniken landes- und bundesweit diesem bisher nicht begegnen. Der sich verschärfende Pflegepersonalmangel mit allen Konsequenzen

bis hin zu drohender Unterversorgung müsste jedoch Anlass genug sein, eine Neubewertung durch den G-BA vorzunehmen.

Der G-BA weist in seiner Entscheidung zur Erhöhung der Mindestmenge darauf hin, dass Kinder mit einem Aufnahmegewicht  $< 1.250\text{g}$  nur einen kleinen Anteil aller Geburten ausmachen. Das mag zwar für sich gesehen zutreffend sein. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Zahl nur deshalb so gering ist, weil es gelingt, bei einem Großteil der Schwangeren, denen eine solche Frühgeburt droht, diese zu verhindern. Dies bedeutet, dass der Anteil an Schwangeren, die in einem entsprechenden PNZ versorgt werden müssen, um im Fall der Geburt eines Kindes mit einem Gewicht  $< 1.250\text{g}$  dieses adäquat versorgen zu können, sieben Mal so hoch ist.

Auch wenn die Versorgung dieser Risikoschwangeren und kleinen Früh- und Reifgeborenen nur einen Teil aller Schwangeren und Geburten darstellt, muss sie dennoch gewährleistet sein. Die Zahl beider Gruppen ist, wenn auch anteilmäßig klein, so groß, dass die wegfallende Versorgung der PNZ, die die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen, ins Gewicht fällt und nicht durch die verbleibenden Zentren kompensiert werden kann.

In der vom G-BA angeführten Folgenabschätzung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) aus dem Jahr 2020 hat dieses lediglich „dargestellt, wie viele und welche Krankenhausstandorte bei verschiedenen Mindestmengenhöhen von der Versorgung ggf. ausgeschlossen würden. Es wird die mögliche Umverteilung der betreffenden Patientinnen und Patienten (eigentlich Krankenhaus-Fälle) entsprechend den vorgegebenen Auswertungen ausgewiesen. Es werden die sich ergebenden Entfernungen und Fahrzeiten dargestellt.“ Das IQTIG weist dabei selbst darauf hin, dass „eine Betrachtung der Folgen möglicher Verlängerungen von Fahrzeiten oder Entfernungen (z. B. hinsichtlich der damit verbundenen Transportrisiken) ... nicht Gegenstand der Beauftragung (waren) und ... in diesem Bericht nicht enthalten“ sind.

Dass eine deutliche Verbesserung der Ergebnisqualität durch die festgesetzte Mindestmenge zu erwarten ist, lässt sich aus dieser Folgenabschätzung des IQTIG keineswegs ableiten. Im Gegenteil: Es gibt keinerlei Evidenz dafür, dass durch die Mindestmenge 25 eine Verbesserung der Ergebnisqualität erreicht würde.

Darüber hinaus ist die These des G-BA, dass „mit der Anzahl an verbleibenden Krankenhausstandorten sowie den veränderten Fahrtzeiten und Wegstrecken (...) keine wesentlichen zusätzlichen Risiken für die Schwangeren und Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht unter  $1.250\text{g}$  einher(gehen)“ sehr gewagt. Im Gegenteil werden große Risiken in einer Verlängerung der Fahrtzeiten, insbesondere aber eine noch größere Ge-

fahr in den nicht vorhandenen Versorgungskapazitäten an den verbleibenden Zentren gesehen. Aufgrund von Pflegepersonalmangel sind dort zunehmend Bettenkapazitäten gesperrt und Aufnahmen nicht möglich. Auch die Tatsache, dass die die Mindestmenge nicht erreichenden PNZ diese Versorgung dann nur noch im Not-, d. h. Einzelfall durchführen sollen, führt dort voraussichtlich eher zu einer Qualitätseinbuße als einem Qualitätsgewinn.

Wenn die die Mindestmenge nicht erreichenden PNZ Level 1 zu vergütende Leistungen künftig nicht mehr erbringen dürfen, ist davon auszugehen, dass sie aus ökonomischen Gründen ihren Status als PNZ Level 1 abgeben, um die damit verbundenen kostenintensiven Vorhaltungen nicht mehr stemmen zu müssen. Dies bedeutet, dass weniger mobile Intensiveinheiten für den Transport aller Neugeborenen zur Verfügung stehen und diese wenigen ein größeres Gebiet mit längeren Fahrtzeiten abdecken müssen. Dies führt unweigerlich zu einer Qualitätseinbuße in der Versorgung der Neugeborenen insgesamt.

Sofern Krankenhäuser nach Abschluss des Prognoseverfahrens mit den Kostenträgern die Leistung nicht mehr erbringen dürfen, da sie die Mindestmenge für das Jahr 2024 voraussichtlich nicht erreichen, was zu den dargestellten weiterreichenden Konsequenzen führen kann, wird davon ausgegangen, dass im Wege von Ausnahmeregelungen die Versorgung zumindest vorläufig gesichert werden kann. Hier ist allerdings eine Antragstellung der betroffenen Krankenhäuser beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration erforderlich, um von der Ausnahmeregelung Gebrauch machen zu können.

Zur Versorgung von Neugeborenen: Der Krankenhausplan des Landes stellt die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in Baden-Württemberg erforderlichen Krankenhäuser dar. In der Geburtshilfe konkretisiert sich das gesetzliche Kriterium der Leistungsfähigkeit in der Forderung: Die Erhaltung von Leben und Gesundheit von Mutter und Kind geht allen weiteren Erwägungen vor. Maßstab für die Erfüllung dieser Forderung sind die von der Selbstverwaltung beschlossenen Qualitätssicherungen. Die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der versorgenden Einrichtungen einschließlich der Kriterien für die Aufnahme werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration setzt sich dafür ein, dass diese Qualitätsvorgaben für die Kliniken erfüllbare und somit praxistaugliche Standards beinhalten. Für das weitere Vorgehen und zur Definierung und Prüfung möglicher weiterer erforderlicher Maßnahmen bleibt zunächst auch das Ergebnis des von den Kassen durchgeführte Anhörungsverfahrens abzuwarten.

Zur Kinderchirurgie: Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration legt als oberste Landeskrankenhausplanungsbehörde durch den Krankenhausplan unter anderem den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser durch medizinische Fachgebiete auf der

Grundlage der ärztlichen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg fest. Da die Krankenhausplanung in vielen Fachgebieten als sog. Rahmenplanung angelegt ist, verzichtet das Land dabei grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Der Krankenhausträger hat die Möglichkeit, innerhalb des festgelegten somatischen Planbettenkontingents die Betten auf die verschiedenen Fachabteilungen in eigener Verantwortung zu verteilen und so an die Bedürfnisse vor Ort anzupassen. Die Fachrichtung Pädiatrie unterfällt dieser Rahmenplanung. Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegen derzeit keine Erkenntnisse vor, dass die bedarfsgerechte Versorgung in der Kinderchirurgie nicht sichergestellt ist und über den Sicherstellungsauftrag der Stadt- und Landkreise hinaus weitere Maßnahmen erforderlich machen.

6. *wie sie den Vorschlag, dass einzelne Kliniken für die Frühgeburtenversorgung Verbünde mit Maximalversorgern der jeweiligen Region unterhalten, bewertet;*

Im Zusammenhang mit der Versorgung von frühgeborenen Kindern sind alle versorgenden PNZ Level 1 als Maximalversorger zu qualifizieren. Zur Versorgung von bestimmten Krankheitsbildern bzw. Störungen (z. B. Operationen bei Fehlbildungen) haben sich gut gelebte Kooperationen etabliert. In anderen Bundesländern (Bayern) bestehen nach unserer Kenntnis teilweise Verbundbildungen, bei denen durch die gemeinsame Betrachtung von mehreren PNZ/Standorten die Schwellenwerte der Mindestmengenregelungen durch ein „Verbundperinatalzentrum“ erreicht werden. Dies kann als Zusammenarbeit im Sinne von §§ 3a und 6 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) gewertet werden. Offen ist, ob beispielsweise auch die Landesverbände der GKV dies in Baden-Württemberg als regelungskonforme Lösung ansähen.

7. *ob es zutrifft, dass die Kliniken aufgrund fehlenden Personals im ärztlichen Bereich und in der Pflege regelmäßig nicht in vollem Umfang ihre möglichen Kapazitäten zur Verfügung stellen können;*

Die Krankenhäuser rechnen damit, dass sie im Jahr 2023 allein aufgrund des Personalmangels mindestens 5 % weniger Betten belegen können als vor der Pandemie.

8. *ob es zutrifft, dass besonders in der Kinderchirurgie lebensnotwendige Operationen immer wieder aufgeschoben werden müssen, weil das dafür notwendige Pflegepersonal fehlt;*

Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Operationen verschoben werden können. Dabei handelt es sich allerdings um elektive und nicht um lebensnotwendige Operationen.

9. *wie viele der in den Perinatalzentren Level 1 durchgeführten Frühgeburten (unter 1 250 Gramm) vorausschauend planbar waren;*

Zu dieser Fragestellung sind uns keine Erhebungen bekannt. Ferner dürfte es an einer allgemein akzeptierten Definition fehlen, wie die Begrifflichkeit „vorausschauend planbare Frühgeburt“ zu verstehen ist. Es bestehen allerdings rechtliche Zweifel, ob die Versorgung von Frühchen mit einem bestimmten Geburtsgewicht als „planbare“ Leistung zu qualifizieren ist, was aber eine Voraussetzung für das Festsetzen einer Mindestmenge darstellt. Frühgeburten drohen vorwiegend unerwartet und erfordern ab dem Zeitpunkt der Feststellung unverzüglich Maßnahmen. Hierzu gehören immobilisierende Maßnahmen und Medikamentengaben. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätsverbesserung wäre die Frühgeburt solange als möglich hinauszuzögern. Dies wiederum kann zu einer kleineren Anzahl von Frühchen unter dem definierten Geburtsgewicht führen und so zu einer niedrigeren Mindestmenge.

10. *wie sie die Entwicklung der Versorgungssicherheit der Frühgeburtenversorgung in Baden-Württemberg für die planbaren und nicht planbaren Frühgeburten, auch im Hinblick auf die Erreichbarkeit in einer angemessenen Zeit, einschätzt;*

Die Erhöhung der Mindestmenge zum 1. Januar 2024 wird aus unserer Sicht keine Qualitätsverbesserungen bringen. Es besteht sogar die Gefahr, wie dargestellt, dass sich dadurch die Versorgung der frühgeborenen Kinder verschlechtert. Das könnte im Extremfall bis zu 23,9 % der kleinen Frühchen betreffen. Die größeren Zentren haben bereits aktuell keine freien Kapazitäten und können diese auch nicht ohne Weiteres ausbauen. Die Annahme, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kleineren PNZ schnell und im Idealfall komplett in die verbleibenden Zentren wechseln, ist unrealistisch und auch nicht sinnvoll. Schließlich muss in den ja weiterhin bestehenden Kinderkliniken auch ohne den Status „PNZ Level 1“ die Versorgung der anderen intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Kinder gewährleistet werden.

Welche PNZ aus der Versorgung der sehr kleinen Frühgeborenen ausscheiden werden, lässt sich derzeit noch nicht sagen. Jede Reduzierung des Angebots wird aber direkte Folgen für die Versorgung haben. Daher ist es unverständlich, dass der G-BA nicht, wie von den Ländern gefordert, die höhere Mindestmenge zumindest vorläufig aussetzt. Denn langfristig muss durch eine wohlüberlegte und sachgerechte Vernetzung zwischen den PNZ



(beispielsweise differenzierte Abstimmungen nach Reife, Verlegungskonzepte), die nicht aufgrund der Erhöhung einer Mindestmenge, sondern aufgrund der allgemeinen Versorgungssituation im Hinblick auf den Personalmangel geboten erscheint, die Gesundheitsversorgung im Land weiterhin gesichert bleiben.

*12. wie die Notfallversorgung sichergestellt werden wird, wenn lediglich Perinatalzentren des Level I verpflichtet sind, einen Baby-Notarztwagen vorzuhalten.*

Der G-BA selbst hat in Nr. I.3.3 Anlage 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) die Voraussetzungen für eine neonatologische Notfallversorgung außerhalb des eigenen PNZ Level 1 aufgestellt: „Das Perinatalzentrum Level 1 muss in der Lage sein, im Notfall Früh- und Reifgeborene außerhalb des eigenen Perinatalzentrums angemessen zu versorgen und mittels mobiler Intensiveinheit in das Perinatalzentrum zu transportieren.“ Diese Regelung richtet sich ausschließlich an PNZ Level 1. Bei einem Wegfall von PNZ Level 1 konzentriert sich die Versorgung neonatologischer Notfälle daher auf die verbleibenden PNZ Level 1, die insofern, wie oben ausgeführt, mit mehr Inanspruchnahme rechnen müssen.

Aktuell ist noch nicht klar, welche PNZ Level I ab 2024 keine Versorgung von sehr kleinen Frühchen mehr übernehmen dürfen. Zudem liegen noch keine Auskünfte darüber vor, welche die Leistung nicht mehr erbringenden Zentren daraufhin ihren Status als PNZ Level I aufgeben. Erst danach würde sich eine Konsequenz für die Vorhaltung von Baby-Notarztwagen ergeben.

Um die Versorgung kurzfristig sicherzustellen, müsste – wie bereits oben ausgeführt – auf die Möglichkeit von Ausnahmeregelungen zurückgegriffen werden. Das bedeutet, dass auf Antrag des betroffenen PNZ Level 1 bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Leistungen dennoch bewirkt werden dürfen. Die zuständige Landesbehörde bestimmt dann im Einzelfall, dass, auch wenn die nach Anlage 8 der Mm-R geregelte Mindestmengen von voraussichtlich 25 nicht erreicht wird, die Leistung dennoch erbracht werden darf, da andernfalls die flächendeckende Notfallversorgung von sehr kleinen Kindern gefährdet wäre.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Manfred Lucha MdL

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration