

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Ina Latendorf, Ates Gürpınar, Dr. Gesine Löttsch, Jörg Cezanne, Christian Görke, Caren Lay, Ralph Lenkert, Victor Perli, Bernd Riexinger, Janine Wissler und der Gruppe Die Linke

Zukunft und Perspektiven der Perinatalzentren

Seit Jahren gibt es öffentliche Proteste gegen die Schließung des Perinatalzentrums (PNZ) Neubrandenburg, die auch den Deutschen Bundestag erreicht haben. Bereits im Herbst letzten Jahres wurde die Petition Pet 2-20-15-8275-015204 mehrheitlich zur Berücksichtigung an die Bundesregierung überwiesen (siehe Plenarprotokoll 20/128). Entgegen den im Petitionsverfahren vorgebrachten fachlichen Einwänden zur Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Hochsetzung der Mindestfallzahlen hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf Nachfrage (Antwort auf die Mündliche Frage 30, Plenarprotokoll 20/153) wiederum die Verbindung zwischen Fallzahlen und Behandlungsqualität hergestellt und ist damit der Entscheidung sowie der Begründung des G-BA gefolgt. Die wohnortnahe Versorgung in der Fläche ist damit nicht mehr überall gegeben. Mit dem Argument, dass eine flächendeckende Versorgung wichtig sei, wurde zum Beispiel dem Perinatalzentrum Cottbus eine Ausnahmegenehmigung erteilt (Lausitzer Rundschau, www.lr-online.de/lausitz/cottbus/geburten-in-cottbus-bringen-hoehere-mindestfallzahlen-die-behandlung-von-fruehchen-in-gefahr_-72936901.html), weil die Entfernung zwischen Berlin und Dresden als zu groß erachtet wurde. Die Entfernung von Berlin nach Dresden beträgt 170 km, während die Entfernung von Berlin bis zum nächsten PNZ-Level 1-Greifswald im Raum Neubrandenburg und Mecklenburg 250 km beträgt. Für Eltern und Kinder in einigen Landstrichen bedeutet die Entscheidung des G-BA und des BMG, dass Verlegungen notwendig sind.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Gibt es eine Abfrage des BMG bzw. der Länder oder der Kostenträger an alle derzeitigen Level-1-Kliniken, ob sie im Falle des Nichterreichens der Level-1-Mindestvoraussetzungen (nach G-BA) entweder als Level 2 oder Level 3 weitermachen im Sinne einer Gesundheitsplanung?
2. Gibt es Planungen, die Finanzierung von Level-2-Kliniken kostendeckend zu gestalten, und wenn nein, warum nicht?
3. Inwieweit wurde nach Durchsicht der Studien und angesichts des Fortschritts in der Neugeborenenmedizin überlegt, die alte Grenze von unter 1 250 g Geburtsgewicht für ein Level 1 anzupassen, zum Beispiel auf 750 g, wie es der Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschland e. V. (VLKKD) fordert?

4. Wie viele Treffen bzw. Konferenzen wurden seit 2022 mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften aus diesem Bereich zusammen mit dem BMG und GB-A zum Thema Mindestmengen in der Frühgeborenenversorgung geführt, wann fanden diese statt, und welche inhaltlichen Schwerpunkte wurden erörtert?
5. Wie viele Level-1-Kliniken werden gemäß der Prognose des BMG in den nächsten ein bis zwei Jahren ihre Anerkennung bzw. Zulassung als Level-1-Klinik verlieren?
6. Inwieweit wurden bei Nichteinvernehmensentscheidungen örtliche und soziale Gegebenheiten sowie die wohnortnahe neonatologische Versorgung durch die Kostenträger beachtet?
7. Wie wurde der demografische Wandel bei der Mindestmengenveränderung berücksichtigt?
8. Wie definieren die Kostenträger „Sachlichkeit“ in dem Entscheidungsprozess auf Einvernehmen?
9. Für wie viele betroffene Krankenhäuser wurden Ausnahmeregelungen nach § 136b Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gestellt und erteilt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
10. Wie viele Extremfrühgeburten (jünger als 28. Schwangerschaftswoche und leichter als 1 250 g) gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich, bei wie vielen dieser Extremfrühgeburten befanden sich die Schwangeren bereits vor der Geburt in einer Level-1-Klinik, und wie viele dieser Extremfrühgeburten fanden als „Notgeburten“ statt, bei der eine Verlegung erforderlich war (bitte Entwicklung seit 2010 angeben und nach Bundesländern differenzieren)?
11. Welche Zahlen liegen dem BMG vor, die zeigen, dass bei Nichteinhalten von Mindestfallzahlen bei der Versorgung von Extremfrühgeborenen (jünger als 28. Schwangerschaftswoche und leichter als 1 250 g) Fehlbehandlungen erfolgt sind (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
12. Welche Studien wurden herangezogen (dabei bitte Auftraggeber der Studien benennen), um zu belegen, dass bei niedrigen Fallzahlen der Behandlung von Extremfrühgeborenen weniger Patientensicherheit gewährleistet ist?
13. Hat das BMG eine Planungsgrundlage, wie zukünftig das Babynotarztsystem (Abholung von kranken, reifen Neugeborenen aus Geburtskliniken ohne Kinderarzt, zum Beispiel infolge Unterzuckerung und Neugeborenen-Sepsis) flächendeckend erfolgen soll, weil nur eine Level-1-Kinderklinik einen Abholdienst stellen muss?
14. Welche Auswirkungen hat der Verlust von Level-1-Kliniken auf die zehnfach höhere Zahl an Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht über 1 250 g, die in den Level-1-Kliniken bislang auf entsprechendem Niveau versorgt wurden?
15. Sieht die Bundesregierung Versorgungslücken bei Level-1-Kliniken, und wenn ja, wo, und warum existieren diese Versorgungsprobleme aus Sicht der Bundesregierung?
16. Ist dem BMG bekannt, wie viele Level-1-Einheiten in den Jahren 2021 bis 2023 wegen ärztlichen und/oder pflegerischen Personalmangels nicht die volle Intensivbettenzahl betreiben konnten und deshalb Risikoschwangere bzw. Frühgeborene verlegen mussten, und liegt dem BMG hierzu eine Prognose für die Jahre 2024 bis 2026 vor?

17. Für wie viele Fälle der Frühgeborenenversorgung unter 1 250 g Aufnahmegewicht wurde in den Jahren 2021 bis 2023 ein Einvernehmen mit den Kostenträgern erfragt (nach Bundesländern aufschlüsseln)?
18. Wie stellt sich das BMG gesundheitsplanerisch die Versorgung in einem dünn besiedelten Flächenland vor, wenn alle neonatologischen Level-1-Kinderkliniken die geforderte Mindestfallzahl von 25 ab 2024 in den vergangenen Jahren immer nur knapp oder nicht erreicht haben (bitte konkret für die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg angeben)?
19. Gilt die im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vorgegebene Erreichbarkeit von 40 Minuten für die Leistungsgruppen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (vgl. dazu www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf, S. 110) auch für die Patientengruppe der Frühgeborenen?

Berlin, den 27. Mai 2024

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Gruppe

