

Mitteilung des Senats vom 8. Oktober 2019

Wie wird die perinatologische Zukunft im Klinikum Bremen-Nord zukünftig sichergestellt?

Die Fraktion der CDU hat unter Drucksache 20/18 S eine Kleine Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung

Es ist zutreffend, dass es in der Vergangenheit Schließungen von Geburtsstationen im niedersächsischen Umfeld gab, wie zum Beispiel die Schließungen in Nordenham, Oldenburg oder Wittmund. Nach Kenntnisstand des Senats gab es jedoch keinen Rückbau beziehungsweise keine substanziellen Veränderungen der neonatologischen Versorgungsstrukturen im niedersächsischen Umland, wobei die aktuellen Entwicklungen in benachbarten Kliniken, wie zum Beispiel dem Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg oder dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, eng begleitet und beobachtet werden müssen.

Der Anteil an Geburten aus dem niedersächsischen Umland lag für das KBN in den Jahren 2015 bis 2018 relativ konstant bei circa 30 Prozent (Datenbasis: Landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Stand der Analyse: 6. September 2019).

Bezüglich der Frage nach der Zuordnung zu einer bestimmten Level-Versorgung verweist der Senat zwecks besserer Verständlichkeit einleitend auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL).

Den Ausgangspunkt für die Zuordnung zu einer bestimmten Versorgungsstufe, an die jeweils bestimmte Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geknüpft sind, bildet die Anlage 1 „Aufnahme- und Zuweisungskriterien“ der QFR-RL. Die in dieser Anlage genannten Aufnahme- und Zuweisungskriterien beziehen sich wiederum auf Schwangere mit bestimmten Risikokonstellationen. Der (potenziell) entstehende Versorgungsbedarf für eine Klinik sowie die notwendigen Anforderungen für eine nach G-BA-Vorgaben vorgeschriebene Versorgung basiert auf diesen Aufnahme- und Zuweisungskriterien.

Für die Abschätzung und Bestimmung der notwendigen Versorgungsstrukturen ist zu unterscheiden zwischen den Versorgungsbedarfen für die Risikoschwangeren auf der einen Seite und den Versorgungsbedarfen für die Frühgeborenen, zum Beispiel eingeteilt nach Geburtsgewichten und/oder Gestationsalter, auf der anderen Seite.

Von zentraler Bedeutung im Hinblick auf die Frage nach der perinatologischen Zukunft im Land Bremen/Bremerhaven ist aus Sicht des Senats die Frage wie Frühgeburten durch eine optimierte Therapie verhindert werden können.

Handlungsleitend sind hierbei sicherlich einschlägige Leitlinien, wie zum Beispiel die Leitlinie „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ (AWMF-Registernummer 015-025), die federführend von der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) erstellt wurde. An der Frühgeburtenrate und am neonatalen, klinischen Ergebnis orientierte Umstrukturierungen haben großes Potenzial. Zu diesem Ergebnis gelangen auch Trotter et al. im Rahmen ihrer Studie zur „Frühgeburtenrate in sechs Perinatalzentren in Baden-Württemberg – Potenzial zur Reduktion der Frühgeborenenzahl“ (Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2018; 222: 197-206). In der Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ (AWMF-Register Nummer 087/001), federführend erstellt von der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), heißt es unter anderem, dass ungeachtet des mehrfach belegten Zusammenhangs zwischen Struktur- und Ergebnisqualität – für Intensivstationen allgemein, aber auch für Neugeborenen-Intensivstationen im Besonderen – eine gute perinatalogische Versorgung letztlich über Ergebnisqualität zu definieren ist. Das Ziel sollte vornehmlich darin bestehen, Leistungsanreize zur Vermeidung von Frühgeburten, Frühgeborenen-Komplikationen und postnataler Transporte zu setzen.

Nach Einschätzung des Senats sollten zudem die Effekte der vorgeburtlichen Versorgung während der gesamten Schwangerschaft sowie Daten zur späteren, langfristigen Entwicklung der Kinder eine stärkere Berücksichtigung finden. Langzeitergebnisse sind deshalb besonders relevant, da sie einen Einfluss auf die Einschätzung der Wirkungsweise verschiedener Therapieoptionen und der Langzeitprognose der Frühgeborenen während der Akutbehandlung haben.

Der Senat weist schließlich noch darauf hin, dass die Aufnahme von Schwangeren der Versorgungsstufe III (Perinataler Schwerpunkt) und Schwangeren der Versorgungsstufe IV (Geburtsklinik, Aufnahme von Schwangeren ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen) sowohl im Klinikum Links der Weser (KLdW), als auch im Klinikum Bremen-Nord (KBN) nach der geplanten Konzentration weiterhin möglich sein wird.

1. Wie viele Geburten gab es in den Jahren 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) am Klinikum Bremen-Nord?

Die Anzahl an Geburten in den Jahren 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) am Klinikum Bremen-Nord (KBN) geht aus der nachfolgend aufgeführten Tabelle hervor.

Tabelle 1:

Entwicklung der Geburtenzahlen am KBN, 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal (Datengrundlage: Direktangabe der Gesundheit Nord (GeNo) [2019 bis Ende zweites Quartal], Direktangaben der Krankenhäuser im Lande Bremen [2018], Statistisches Landesamt Bremen [2015 bis 2017])

Krankenhaus	Anzahl Geburten				
	2015	2016	2017	2018	2019*
Klinikum Bremen-Nord (KBN)	1 805	2 096	2 213	2 196	1 026

* (bis Ende zweites Quartal)

2. Wie viele Frühgeborene gab es in den Jahren 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) am Klinikum Bremen-Nord? Wie viele davon waren sogenannte a) Level-1- und b) Level-2-Frühgeborene? (Bitte aufgeschlüsselt nach Gewicht und Schwangerschaftswoche).

Eine Unterteilung von Frühgeborenen in „Level-1-“ beziehungsweise „Level-2-Frühgeborene“ gestaltet sich schwierig, weil die zuvor genannten Aufnahme- und Zuweisungskriterien der QFR-RL, die sich auf Schwangere mit bestimmten Risikokonstellationen beziehen, maßgeblich für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe sind. Nicht alle Neugeborenen von

Risikoschwangeren sind auch gleichzeitig Frühgeborene, während umgekehrt auch Nichtrisikoschwangere Frühgeborene bekommen können.

Nachfolgend ist die Anzahl an Frühgeborenen für die Jahre 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) aufgeführt. Vorerkrankungen der Schwangeren, wie beispielsweise das Vorliegen einer diabetischen Stoffwechselstörung oder eines HELLP-Syndroms (Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets), sind bei dieser Darstellungsweise nicht berücksichtigt.

Tabelle 2:

Anzahl an Frühgeborenen in den Jahren 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) am KBN – eingeteilt nach Geburtsgewichten (Datengrundlage: Direktangaben der Gesundheit Nord (GeNo) [2015 bis 2019 bis Ende zweites Quartal])

Geburtsgewicht*	2015	2016	2017	2018	2019**
< 1250 g	13	14	14	15	4
1250g – 1499g	16	12	9	16	9

* Hinweis: Laut QFR-RL werden Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1 250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29+0 SSW der Versorgungsstufe I zugeordnet, Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1 250 bis 1 499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29+0 bis 31+6 SSW der Versorgungsstufe II. Daneben gibt es noch weitere Kriterien in der QFR-RL, wie zum Beispiel Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33+0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen und Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist (beides Level 1), sowie Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen zum Beispiel HELLP-Syndrom (Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils sowie Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus beziehungsweise Neugeborenes (beides Level 2).

** (bis Ende zweites Quartal)

Tabelle 3:

Anzahl an Frühgeborenen in den Jahren 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) am KBN – eingeteilt nach Gestationsalter (Datengrundlage: Direktangaben der Gesundheit Nord [2015 bis 2019 bis Ende zweites Quartal])

Gestationsalter nach Schwangerschaftswochen (SSW)*	2015	2016	2017	2018	2019**
< 28+0 SSW	4	8	6	5	0
28+0 SSW – 32+0 SSW	28	26	26	34	21

* Hinweis: Siehe Ausführungen zu Tabelle 2.

Die geringfügig abweichende Darstellung (in der QFR-RL liegt die Grenze bei 29+0 SSW, in der Tabelle jedoch bei 28+0 SSW) resultiert daraus, dass die Datenerhebung im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung geringfügig abweichende Cluster vorsieht, als sie in der QFR-RL des GBA vorgesehen ist.

** (bis Ende zweites Quartal)

- Wie viele Schwangere wurden 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) im Klinikum Bremen-Nord behandelt, bei denen eine zu frühe Geburt drohte und zu einem Behandlungsfall des Levels 1 oder Levels 2 geführt hätte?

Um welche Schwangerschaftserkrankungen handelte es sich jeweils (zum Beispiel Schwangerschaftsdiabetes, HELLP-Syndrom)?

Anhand der Statistiken und Abrechnungsdaten, die der GeNo vorliegen, ist diese (spekulativ) gestellte Frage nicht beantwortbar.

Hinzu kommt, dass die Einschätzung des individuellen Risikos für die Realisierung der Frühgeburt (= Entbindung) und damit die Zuweisung der (Risiko-)Schwangeren zu einem der Zentren im Einzelfall divergieren kann und sehr schwierig ist.

Mit den Statistiken und Abrechnungsdaten der Gesundheit Nord (GeNo) sind bestenfalls Aussagen darüber verfügbar, ob und (falls ja) welche Schwangerschaftserkrankungen bei den Schwangeren vorlagen.

Diese Information sagt aber nicht zwingend etwas darüber aus, ob eine zu frühe Geburt droht und/oder dass die Schwangerschaftserkrankung auch tatsächlich zu einem Behandlungsfall des Levels 1 oder Levels 2 geführt hätte, wonach gefragt ist.

Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung müssen nicht zwangsläufig ein frühgeborenes Kind bekommen und umgekehrt kann es sein, dass es bei Schwangeren ohne Schwangerschaftserkrankung zu einer frühen Geburt kommt.

4. In wie vielen dieser Fälle aus Frage 3 konnte eine frühe Geburt durch die Behandlung erfolgreich abgewendet werden?

Da die Anzahl an Fällen in Frage 3 anhand der Statistiken und Abrechnungsdaten, die der GeNo vorliegen, nicht eindeutig identifizierbar ist, ist auch die Frage 4 nicht beantwortbar, da nach denjenigen Fällen aus Frage 3 gefragt ist, bei denen eine frühe Geburt durch die Behandlung erfolgreich abgewendet werden konnte.

5. Wie viele Schwangere mussten zwischen 2015 und 2019 (bis Ende zweites Quartal) am Klinikum Bremen-Nord abgewiesen werden? In wie vielen dieser Fälle handelte es sich um Risikoschwangere, bei denen eine zu frühe Geburt drohte?

Laut Auskunft der GeNo liegen hierzu keine aussagekräftigen Zahlen vor, da Patientinnen, die nicht aufgenommen wurden, weder im Abrechnungssystem des KBN, noch in irgendeiner anderen Statistik sichtbar sind. Das KBN ist grundsätzlich bestrebt, Abweisung von Risikoschwangeren weitestgehend zu vermeiden. Aufgrund der gesetzlichen Personalvorgaben und dem Fachkräftemangel sind laut Auskunft der GeNo solche Fälle jedoch nicht immer zu vermeiden.

6. Wie viele Level-3- und reifgeborene Neugeborene benötigten Reanimationsmaßnahmen oder andere intensivmedizinische Maßnahmen am Klinikum Bremen-Nord?

Der Begriff „intensivmedizinische Maßnahmen“ ist nicht exakt definiert. Je nach zugrundegelegten Krankheitsbildern gelangt man zu unterschiedlichen Auswertungen.

Die nachfolgende Auswertung umfasst die Krankheitsbilder intrauterine Hypoxie, Asphyxie und Atemnotsyndrom.

Tabelle 4:

Anzahl an intensivmedizinischen Maßnahmen am KBN (Datengrundlage: Direktangaben der Gesundheit Nord [GeNo], [2015 bis 2019 bis Ende zweites Quartal])

Intensivmedizinische Maßnahmen*	2015	2016	2017	2018	2019**
Bezogen auf die Krankheitsbilder intrauterine Hypoxie, Asphyxie und Atemnotsyndrom	48	87	88	68	34

* Kinder der Versorgungsstufe II sind laut Angaben der GeNo in dieser Auswertung mitenthaltend.

** (bis Ende zweites Quartal)

Zur Beantwortung dieser Frage verweist der Senat zudem auf die bereits erfolgte Antwort auf die Frage 5. „Wie viele intensivmedizinische Notfälle (zum Beispiel Reanimationen) gab es im Zeitraum 2014 bis 2018 bei Level-3-Frühgeborenen und Reifgeborenen, wo zur Behandlung die Kompetenz von Perinatologen erforderlich war?“ zur Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz am 5. März 2019 im Rahmen der Anfrage der CDU zum Thema „Ausrichtung der Geburtshilfe an den Kliniken im Lande Bremen“.

7. Wie wird für Bremen-Nord sichergestellt, dass Risikoschwangere zeit- und wohnortnah behandelt werden können, wenn eine zu frühe Geburt droht? Inwiefern dürften Risikoschwangere im Klinikum Bremen-Nord nach dem Wegfall der Level-2-Versorgung überhaupt noch behandelt werden?

Aktuell ist sichergestellt, dass Risikoschwangere ab Level 2 im KBN zeit- und wohnortnah behandelt werden können. Nach Konzentration im ElKi werden Risikoschwangere ab Level 3 im KBN zeit- und wohnortnah behandelt.

Eine Versorgung von Risikoschwangeren ist gemäß der QFR-RL auch danach in Ausnahmefällen im KBN möglich, sofern dies unter Abwägung der Risiken für Mutter und Kind und des medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

Aus Sicht des Senats ist eine wortortnahe Versorgung auch nach der geplanten Konzentration der Neonatologie Level 1 und 2 im Klinikum Bremen-Mitte (KBM) durch Aufstockung des Eltern-Kind-Zentrums (ElKi) und des Teilersatzneubaus (TEN) gegeben. Hauptziel und -priorität des am KBM entstehenden ElKi ist die adäquate Versorgung von Hochrisiko-Schwangeren und sehr kleinen oder schwer kranken Neu- und Frühgeborenen in einer umfassenden medizinischen Umgebung (vielfach spezialisierte pädiatrische Klinik mit einer Kinderchirurgie und vielen angrenzenden Disziplinen, wie zum Beispiel Kinderkardiologie, Mikrobiologie, Augenmedizin, Neuro- und Sozialpädiatrie).

Bezüglich der Frage, inwiefern Risikoschwangere im KBN nach dem Wegfall der Level-2-Versorgung noch behandelt werden dürfen, verweist der Senat auf § 4 „Risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer“ der QFR-RL. Dort ist geregelt, dass Schwangere mit einem Risiko gemäß den in Anlage 1 festgelegten und zuvor genannten Aufnahme- und Zuweisungskriterien nur in einer Einrichtung aufgenommen und versorgt werden dürfen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt. Wenn eine von den Schwangeren aufgesuchte Einrichtung die Anforderungen für das jeweilige Risiko der Schwangeren nicht erfüllt und es nach Einschätzung der Krankenhausärztinnen und -ärzte einer Krankenhausbehandlung bedarf, so ist unverzüglich der Transport der Schwangeren in eine Einrichtung zu veranlassen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt. Bereits von einer Einrichtung aufgenommene Schwangere, bei denen ein Risiko gemäß der vom G-BA festgelegten Aufnahme-

und Zuweisungskriterien eintritt, sind unverzüglich in eine Einrichtung zu verlegen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt. Im begründeten Einzelfall kann von den zuvor genannten Regelungen abgewichen werden, sofern ein solcher Einzelfall unter Abwägung der Risiken für Mutter und Kind und des medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfs dies erforderlich macht. Jede Einzelfallentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange zu dokumentieren. Im Hinblick auf die besonderen Versorgungserfordernisse für Neugeborene diabetischer Mütter und Schwangere mit Diabetes (als eine zahlenmäßig nicht unbedeutende Subpopulation der Risikoschwangeren) verweist der Senat auf die Leitlinie „Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter“ (AWMF-Leitlinien-Register Nummer 024/006), federführend erstellt von der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI), sowie auf die Leitlinie „Diabetes und Schwangerschaft“ (AWMF-Register Nummer 057/023), federführend erstellt von der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG).

Nach Einschätzung der GeNo, die von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV) geteilt wird, arbeiten die Neonatologien in Bremen und dem niedersächsischen Umland seit vielen Jahren eng und gut zusammen. Sofern es einen Versorgungseingpass an einem Standort gibt, werden die Kapazitäten an den anderen Standorten abgefragt und die Patientin gegebenenfalls dorthin verlegt beziehungsweise weitergeleitet. Jedes Krankenhaus versucht, diese Fälle auf ein Minimum zu reduzieren. In Zeiten des Fachkräftemangels und gesetzlich vorgeschriebener Personalvorgaben seien solche Situationen aber nicht gänzlich vermeidbar.

8. Konnte die Neonatologie am Klinikum Bremen-Nord die Vorgaben des G-BA hinsichtlich der ärztlichen sowie des pflegerischen Personals und die benötigten Fallzahlen in den Jahren 2015 bis 2019 (bis Ende zweites Quartal) einhalten?

Laut Auskunft der GeNo konnten die Vorgaben des G-BA hinsichtlich des Personals am KBN zu rund 99 Prozent erfüllt werden. Da momentan keine Mindestmengenvorgaben für die Level-2-Versorgung existieren, war es am KBN nicht notwendig, bestimmte Fallzahlen in den Jahren 2015 bis 2019 einzuhalten.

9. Wie viel ärztliches und wie viel pflegerisches Personal sind derzeit in der Level-2- und Level-3-Versorgung am Klinikum Bremen-Nord eingesetzt? Gibt es derzeit offene Stellen? Konnten in der Vergangenheit alle offenen Stellen besetzt werden?

Laut Auskunft der GeNo sind derzeit im ärztlichen Dienst insgesamt 6,5 Vollzeitkräfte eingesetzt. Hinzu kommen Rufbereitschaftsdienste. Im Pflegerischen Dienst sind zurzeit 27,0 Vollzeitkräfte im Einsatz. Aktuell sind alle Stellen besetzt.

Die GeNo hat jedoch darauf hingewiesen, dass es sich grundsätzlich zunehmend schwieriger gestaltet, offene Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen. Der Fachkräftemangel wird auch in dem Fachbereich der Neonatologie immer deutlicher spürbar. Offene Stellen konnten zwar in der Vergangenheit besetzt werden (häufig mit Bewerbern aus der eigenen Pflegeschule), der notwendige Zeitraum für die Personalsuche und damit die Stellenvakanz verlängert sich jedoch zunehmend.

10. Rechnet der Senat durch den Wegfall der Level-2-Versorgung am Standort Bremen-Nord mit einer Zunahme an Behandlungsfällen an anderen Standorten im Land Bremen und welche Kapazitäten stehen dann an den jeweiligen Standorten zur Verfügung?

Eine Abwanderung an Behandlungsfällen durch den Wegfall der Level-2-Versorgung am KBN ist im Land Bremen nur an die Standorte Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide und KBM möglich, da dies die einzigen

Standorte im Land Bremen sind, die eine Level-2-Versorgung vorhalten. Es ist daher anzunehmen, dass die Zusammenführung der neonatologischen Level-1- und Level-2-Versorgung am Klinikum Bremen-Mitte zunächst primär zu einer Verlagerung, nicht aber zwangsläufig zu einer Zunahme an Behandlungsfällen in den Häusern der GeNo insgesamt führen wird. Es ist anzunehmen, dass sich die neonatologische Versorgung teilweise neu ordnen wird und ein Teil der Behandlungsfälle gegebenenfalls auch in anderen Perinatalzentren, beispielsweise in Niedersachsen, versorgt werden wird.

Das einzige niedersächsische Perinatalzentrum, welches für das Einzugsgebiet des KBN in Frage kommt, ist das Klinikum Oldenburg AöR. Patientinnen aus dem niedersächsischen Umland werden schon jetzt bisweilen dorthin verwiesen und umgekehrt, Bremerinnen nur in seltenen Ausnahmefällen. Dies wird sicher auch zukünftig so gehandhabt werden müssen. Dabei ist klar, dass dies nur für planbare und medizinisch vertretbare Verlegungen gilt. Notfallversorgungen erfolgen ohne Berücksichtigung von Wohnorten.

Nach der Bündelung des Versorgungsangebots am KBM stehen laut Auskunft der GeNo die nachfolgend aufgeführten Bettenkapazitäten zur Verfügung:

- zwölf Plätze Neonatologie (Intensiv)
- zwölf Plätze Neonatologie (Intermediate Care); (kann bei Bedarf aufgestockt werden auf 17 Plätze)
- zwölf Plätze Pädiatrie (Intensiv); (dies sind keine regulär der Neonatologie zuzuordnenden Plätze, sondern stellen eine Pufferkapazität dar)
- acht Plätze Pädiatrie (Intermediate Care); (auch dies sind keine regulär der Neonatologie zuzuordnenden Plätze, sondern stellen eine Pufferkapazität dar)

11. Wie viele ärztliche und pflegerische Stellen wird die neue Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte in Zukunft haben?

Laut Auskunft der GeNo liegt eine erste Personalbedarfsberechnung für die Neonatologie am neuen Standort am KBM bereits vor, die vorliegenden Daten müssen allerdings noch mit den Betriebskonzepten und Arbeitszeitmodellen abgeglichen und gegebenenfalls überarbeitet werden. Abschließende Personalzahlen stehen deshalb aktuell nicht zur Verfügung. Der Senat weist darauf hin, dass der G-BA die Übergangsfrist, in der Perinatalzentren von den Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen abweichen dürfen, verlängert hat. Demnach dürfen Perinatalzentren nun bis zum 31. Dezember 2021 von den Vorgaben zum Betreuungsschlüssel und zur Qualifikation abweichen, sofern die hierfür geltenden Voraussetzungen erfüllt werden.

12. Welchen Stellenwert bei der Frühgeborenen-Versorgung misst der Senat der elterlichen Betreuung bei und wie wird diese aktuell sowie unter Berücksichtigung der Neustrukturierung am Standort Bremen-Mitte zukünftig umfassend sichergestellt und umgesetzt?

Alle Krankenhäuser im Land Bremen, die über eine Geburtshilfe verfügen, legen großen Wert auf die elterliche Betreuung in der Versorgung von Frühgeborenen. Der Senat unterstützt diese Haltung.

In den Krankenhäusern der GeNo stellt die elterliche Betreuung einen integralen Bestandteil der Frühgeborenen-Versorgung dar. Die sogenannte familienzentrierte, entwicklungsfördernde Betreuung wird laut Auskunft der GeNo aktuell und auch künftig durch eine frühzeitige Einbindung der Eltern in die pflegerische Versorgung ihrer Kinder, regelmäßige ausführliche Gespräche über die medizinischen Fortschritte ihres Kindes und bei

Wunsch der Eltern eine Mitunterbringung zumindest eines Elternteiles in der Nähe des Behandlungsplatzes („Elternbegleitzimmer“) umgesetzt. Dieses Konzept soll auch künftig, sowohl am Standort KBM, als auch an den Standorten KBN und KLdW, weiterverfolgt und umgesetzt werden. Die notwendigen personellen und räumlichen Strukturen sollen entsprechend vorgehalten werden.

Es ist zudem eine enge Zusammenarbeit zwischen dem KBM, KBN und KLdW vorgesehen. Sollten Transporterfordernisse für Eltern und Geschwister auftreten, ist die Entwicklung konstruktiver Lösungen (wie zum Beispiel die Etablierung von Shuttle-Transporten) im engen Diskussionsprozess zwischen den Standorten angedacht.

13. Wie würde sich die pädiatrische Facharztausbildung im Stadtgebiet Bremen verändern, wenn es mit dem Klinikum Bremen-Mitte nur noch einen Level-1- und Level-2-Standort in Bremen gibt?

Davon ausgehend, dass in der Fragestellung die pädiatrische Facharztweiterbildung gemeint ist, beantwortet der Senat die Frage wie folgt: Die Zusammenführung der Level-1- und Level-2-Versorgung am KBM hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die pädiatrische Facharztweiterbildung. Anzumerken ist, dass die spezialisierte Versorgung von Level-2-Frühgeborenen nicht zum obligaten Kompetenzspektrum der allgemeinen pädiatrischen Facharztweiterbildung gehört. Das Erlernen von allgemeinen intensivmedizinischen und neonatologischen Kompetenzen wird weiterhin am KBN möglich sein; darüber hinaus gibt es mit Blick auf die ärztliche Weiterbildung bereits heute etablierte Rotationsroutinen zwischen den pädiatrischen Kliniken der GeNo. Die spezialisierte Neonatologie und die Kinderintensivmedizin stellen demgegenüber separate Weiterbildungsgänge dar, die eine zusätzliche Spezialisierung zur pädiatrischen Facharztweiterbildung darstellen.

14. Auf welcher Datengrundlage und unter Berücksichtigung welcher Faktoren wurde 2016 über die Konzentration der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte entschieden? Inwiefern haben sich Annahmen in der Datengrundlage seit der Entscheidung geändert?

Für die in 2016 getroffene Entscheidung, die neonatologische Level-1- und Level-2-Versorgung am KBM zusammenzuführen, wurden die landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz für Zwecke der Krankenhausplanung, Statistiken des Statistischen Landesamtes Bremen sowie Informationen der GeNo genutzt. Zu den berücksichtigten Faktoren zählen der Versorgungsbedarf (operationalisiert anhand von Informationen für die Entwicklung der Bevölkerung, der Geburtenzahl sowie der Zahl an neonatologischen Behandlungsfällen), Sicherstellung einer möglichst hohen Versorgungsqualität, grundlegende Wirtschaftlichkeitsberechnungen unter Einbezug des Investitionsbedarfes an den bestehenden Perinatalzentren sowie diesbezügliche Möglichkeiten der Förderung (Strukturfonds).

Die Frage nach der Einschätzung, inwieweit sich die Annahmen in der Datengrundlage seit der Entscheidung geändert haben, wird Teil der geplanten „wissenschaftlichen Bewertung der Frühchenversorgung im Land Bremen“ sein.

Die Datengrundlage hat sich insofern geändert, als dass die von den Kliniken an den G-BA zu übermittelnden Daten laut QFR-Richtlinie seit dem 1. Januar 2017 umfangreicher geworden sind.

15. In welchem Umfang und für welche Maßnahmen erhält Bremen Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds beziehungsweise nach dem Bundesgesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) zur Konzentration der Neonatologie Level 1 und 2 im Klinikum Bremen-Mitte durch Aufstockung des Eltern-Kind-Zentrums (ElKi) und

des Teilersatzneubaus? In welchem Umfang wurden beantragte Mittel bereits ausgezahlt?

Für die Aufstockung des ElKi und die Zusammenführung der neonatologischen Versorgung am KBM sind zwei Förderbescheide erteilt worden. Ein Förderbescheid bezieht sich auf die Baukosten, der andere auf die medizintechnische Ausstattung.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, in welchem Umfang und für welche Maßnahmen Bremen Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds beziehungsweise nach dem Bundesgesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) zur Konzentration der Neonatologie Level 1 und 2 im Klinikum Bremen-Mitte durch Aufstockung des ElKi und des TEN erhält. Aus der Tabelle geht zudem hervor, in welchem Umfang beantragte Mittel bereits ausgezahlt wurden.

Tabelle 5:

Überblick über Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds beziehungsweise nach dem Bundesgesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) zur Konzentration der Neonatologie Level 1 und 2 im KBM durch Aufstockung des ElKi und des TEN (Datengrundlage: Direktangaben der Gesundheit Nord (GeNo))

Verwendungszweck	Zuwendungshöhe in EUR	Anteil KHSG in EUR	Anteil FHB in EUR	Bereits ausgezahlt in EUR
Zusammenführung der perinatalogischen Level-1- und Level-2-Versorgung im ElKi am KBM Baukosten	9.478.853,28	4.739.426,64	4.739.426,64	5.542.499,50
Zusammenführung der perinatalogischen Level-1- und Level-2-Versorgung im ElKi am KBM Medizintechnische Ausstattung	1.263.458,40	842.305,60	421.152,80	0
Gesamt	10.742.311,68	5.581.732,24	5.160.579,44	5.542.499,50

16. Unter welchen Voraussetzungen werden die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds ausgezahlt und welche Regelungen bestehen für den Fall, dass Bremen die Voraussetzungen im laufenden Verfahren nicht erfüllt?

Das Bundesversicherungsamt erließ zwei Förderbescheide und überwies anschließend die Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds an das Land Bremen.

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV) erließ daraufhin zwei Förderbescheide an die GeNo, einen zur Förderung von Baumaßnahmen, den zweiten zur Förderung von Medizintechnik. Auf Grundlage dieser Förderbescheide ruft die GeNo nach den Bestimmungen in den Förderbescheiden und Vorgaben des Landeshaushaltsrechts Fördermittel ab. Die Fördermittel sind zweckgebunden und mit mehreren Nebenbestimmungen versehen. Sollte der Förderzweck wegfallen und/oder Nebenbestimmungen nicht eingehalten werden, ist die Aufhebung der Förderbescheide möglich. Eine Rückforderung der Fördermittel ist nach Maßgabe des § 49a Bremisches Verwaltungsverfahrensgesetz möglich.

Die Auszahlung erfolgt analog dem Baufortschritt nach Mittelabruf durch die GeNo und kann gemäß Bescheid für fällige oder innerhalb von zwei Monaten zur Zahlung anstehende Rechnungen abgerufen werden.

17. In welchen Fällen und in welchem Umfang droht Bremen eine Rückzahlung der Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds für die Konzentration der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte? Besteht für diesen Fall im Haushalt der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz eine Art Rücklage? Wenn nein, wie will der Senat mögliche Zahlungsausfälle kompensieren?

Das Bundesversicherungsamt erließ gegenüber dem Land Bremen zwei Förderbescheide und überwies die Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds an das Land. Die Förderbescheide enthalten Nebenbestimmungen, die zu beachten sind. Daneben regelt § 7 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) die Rückforderung von ausgezahlten Fördermitteln. Der Förderzweck umfasst die – vom Senat am 18. Oktober 2016 – beschlossene Konzentration der neonatologischen Versorgung am KBM. Solange dieser Förderzweck erfüllt wird, besteht kein Grund für eine Rückzahlung der Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds. Folglich sind weder Rücklagen noch Kompensationsmaßnahmen für einen Zahlungsausfall erforderlich.

18. Inwiefern wird im Abkommen mit dem Krankenhausstrukturfonds berücksichtigt, dass die geburtshilflichen Einrichtungen im Land Bremen zu einem erheblichen Teil Schwangere und werdende Mütter aus Niedersachsen mitversorgen?

Das Einzugsgebiet und der Anteil der Krankenhauspatientinnen und -patienten nach Bundesland sind für eine Förderung dieses Vorhabens aus dem Krankenhausstrukturfonds nicht relevant.

19. Inwiefern stellt die im aktuellen Koalitionsvertrag in Aussicht gestellte „wissenschaftliche Bewertung“ der Frühchenversorgung im Land Bremen ein Moratorium für Maßnahmen dar, die zu einer weiteren Zentralisierung der Versorgungskapazitäten am Standort Bremen-Mitte führen? Inwiefern wird dadurch der bestehende Zeitplan zur Inbetriebnahme des neuen Eltern-Kind-Zentrums am Standort Bremen-Mitte verändert?

Die geplante „wissenschaftliche Bewertung der Frühchenversorgung im Land Bremen“ stellt kein Moratorium für Maßnahmen dar, die zu einer weiteren Zentralisierung der Versorgungskapazitäten am KBM führen.

Der Zeitplan zur Inbetriebnahme des neuen ELKi am KBM wird nicht beeinflusst beziehungsweise verändert.

Da die Verlagerung der Level-2-Versorgung vom KBN ins KBM erst nach Fertigstellung des ELKi und Umzug der Pädiatrie des KLdW ins KBM erfolgen soll, wird dies voraussichtlich erst im Jahr 2021 geschehen. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt nochmals im Rahmen der geplanten „wissenschaftlichen Bewertung der Frühchenversorgung im Land Bremen“ eine Bedarfsüberprüfung.

20. Bis wann und anhand welcher konkreten Daten soll die „wissenschaftliche Bewertung“ abgeschlossen sein und wann ist mit einer endgültigen Entscheidung über die Struktur der Frühgeborenenversorgung im Land Bremen zu rechnen?

Die Art und Weise, wie die Umsetzung der „wissenschaftlichen Bewertung“ erfolgen soll, ist noch nicht abschließend entschieden. Es können deshalb noch keine verlässlichen Angaben über diejenigen Daten, die zugrundegelegt werden sollen, gemacht werden.