



Kommunale Gesundheitskonferenz StädteRegion Aachen

Protokoll der 14. kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) vom 22.11.2018

Protokoll: Thilo Koch, Geschäftsführer KGK

TOP 1: Begrüßung

Frau Prof. Dr. Edeltraud Vomberg, Dezernentin für Gesundheit und Soziales, begrüßt die Anwesenden sehr herzlich.

Frau Prof. Vomberg weist darauf hin, dass das Amt für Altenarbeit zum 01.01.2019 aufgelöst wird und in das Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit gGmbH überführt wird. In der neuen Gesellschaft soll die ab dem 01. Januar 2020 in Kraft tretende „generalistische Pflegeausbildung“ umgesetzt werden. Das bedeutet konkret, dass dort künftig die bisher getrennten Ausbildungen zur Krankenpflege (derzeit Rhein-Maas-Klinikum), Kinderkrankenpflege und Altenpflege (derzeit Fachseminar für Altenpflege des Amtes für Altenarbeit der StädteRegion) gebündelt werden. In der neuen Gesellschaft werden dann die Aufgaben und das Personal der bisher getrennten Bereiche zusammengeführt.

Neuer Geschäftsführer ist Herr Thomas Kutschke, ein ausgewiesener Pflegeexperte. Nach verschiedenen Stationen in der Pflege sowie als Lehrer und Leitung an Krankenpflegeschulen ist er seit 2005 Geschäftsführer der kbs Akademie für Gesundheitsberufe in Mönchengladbach. Seit 2015 ist er zudem Beauftragter des Präsidiums der Hochschule Niederrhein zur Entwicklung eines dualen Studiengangs Pflege. Herr Heinz Müller, bisheriger Leiter des Amtes für Altenarbeit, wechselt in das Gesundheitsamt und wird dort Leiter der Verwaltung und stellv. Amtsleiter für den administrativen Bereich.

TOP 2: Formalie

Zum Protokoll der letzten KGK vom Mai 2017 gibt es keine Anmerkungen oder Änderungswünsche.

TOP 3: Hebammenversorgung in NRW – Herausforderungen und mögliche Ideen zur Verbesserung

Zu diesem Tagesordnungspunkt ist als Referentin **Frau Prof. Dr. Nicola Bauer**, Professorin für Hebammenwissenschaft und Leiterin des Studienbereiches Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit, Bochum, anwesend.

Hintergrund der erneuten Beschäftigung der KGK mit dem Thema Hebammenversorgung sind die z.T. dauerhaften Schließungen von Geburtskliniken in der Region, die in der Regel mit einem akuten Hebammenmangel begründet wurden.

In Ihrem Beitrag (Folien im Anhang) geht Frau Prof. Bauer auf die aktuelle geburts-hilfliche Situation, auf mögliche Verbesserungen in der klinischen und außerklini-schen Versorgung und auf Unterstützungsmöglichkeiten durch kommunale Akteure ein. Hierbei weist sie insbesondere auf die Einrichtung von Zentralen Hebammen-vermittlungsstellen und auf die Einrichtung von Hebammenzentren hin. So wird z.B.

die Hebammenzentrale Düsseldorf mit kommunaler Unterstützung betrieben. Hier finanziert die Stadt eine Teilzeitstelle zur Vermittlung von Hebammen. In Bochum wird eine Hebammenzentrale in Trägerschaft eines Wohlfahrtverbandes geführt (Arbeiter-Samariter-Bund). Auch den Zusammenschluss von Hebammen in sogenannten Hebammenzentren sieht sie als geeignetes Instrument an, welches Hebammen in ihrer Arbeit unterstützen kann.

Im Anschluss an den Vortrag berichtet Herr Vennekate, Leiter der Christlichen Bildungsakademie für Gesundheitsberufe Aachen, über die aktuelle Ausbildungssituation von Hebammen. Zunächst wurde die Zahl der Ausbildungsplätze für Hebammen auf 60 erhöht, da dies für die Versorgungssituation als notwendig angesehen wurde. Die praktische Ausbildung findet in Kooperation mit dem Marienhospital Düren und dem Luisenhospital Aachen statt. Darüber hinaus gibt es eine Kooperation zur Durchführung von Praktika im Kreißsaal mit weiteren Kliniken sowie einen verbindlichen Einsatz von Praxisanleiterinnen zur Unterstützung in der Ausbildung. In Düren und in Stolberg sind weitere Schülerinnen direkt an den dortigen Krankenhäusern angestellt und absolvieren die theoretische Ausbildung in Aachen.

Herr Vennekate weist auf eine weitere Maßnahme hin, die sich aus der Beobachtung ergeben hat, dass ca. 50% der ausgebildeten Hebammen die Region verlassen. Daher organisiert er aktuell eine Jobbörse, zu der alle Geburtskliniken aus der Region eingeladen sind, sich mit ihren Angeboten den potentiellen Bewerberinnen vorzustellen.

Herr Bostelaar, Geschäftsführer des Rhein-Maas-Klinikums, nimmt Stellung zur dauerhaften Schließung der dortigen Kreißsäle und berichtet über die Idee, ein Hebammen-geleitetes Geburtshaus, welches als Verein geführt würde, auf dem Gelände des RMK zu errichten. Dazu hat er mit Frau Birgit Capellmann, Hebammenpraxis Storchengruß Alsdorf, eine Partnerin gefunden, die Interesse hat, die Leitung dieses Geburtshauses zu übernehmen. Besuche in anderen Geburtshäusern in NRW haben gezeigt, dass die Idee auch für die Region Aachen umsetzbar wäre. Frau Capellmann merkt an, dass aus ihrer Arbeit erkennbar sei, dass die Familien im Nordkreis eine Geburtshilfe vermissen, da diese aber klinisch nicht zu etablieren sei, würde ein Geburtshaus hier eine alternative Möglichkeit für diese Familien schaffen.

Herr Koch, Geschäftsführer der KGK, berichtet in Vertretung für Herrn Grbic, Geschäftsführer der Eifelklinik in Simmerath, über den aktuellen Sachstand der dortigen Geburtshilfe. Nachdem es der Eifelklinik im Juli gelungen war, mit einer Vielzahl von Hebammen eine 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen die Woche bis Ende September zu erreichen, konnten zwischenzeitlich mit insgesamt acht Beleghebammen und vier festangestellten Hebammen dauerhafte Verträge geschlossen, so dass die Geburtsstation über diesen Zeitraum hinaus gesichert wurde. Die Suche nach weiteren Hebammen wurde daher zunächst eingestellt.

Zwischenzeitlich hat sich die Situation wieder verändert. Durch Kündigung bzw. langwierige Erkrankung zweier Hebammen hat das Krankenhaus die Suche nach weiteren Hebammen wieder aufgenommen. Herr Grbic weist ausdrücklich darauf hin, dass alle neu gewonnenen Hebammen aus anderen Krankenhäusern nach Simmerath gewechselt haben, was den Wettbewerb zwischen den Häusern verschärft. Seiner Meinung nach sollten die Häuser hier verschiedene Kooperationsmodelle anstreben.

In der anschließenden Diskussion wurde die Frage zur Höhe der Haftpflichtversicherungen bei geburtlich tätigen Hebammen gestellt. Hierzu wurde festgestellt, dass jede Hebamme, die eine Geburt pro Quartal nachweist, einen Sicherstellungszuschlag (nach § 134a SGB V) als Haftpflichtausgleich in Höhe bis zu 75% der Haftpflichtprämie durch die Krankenkassen erhält. Damit soll die Steigerung der Erhöhungen der Haftpflichtprämien abgemildert werden.

An Herrn Bostelaar wurde die Frage gerichtet, wo denn die Hebammen zum Betrieb des Geburtshauses herkommen. Herr Bostelaar erläutert, dass es aus seiner Sicht keinen Hebammenmangel gebe, sondern viele Hebammen nicht in einer Geburtsklinik arbeiten wollen. Eine 1:1-Betreuung und Selbstverantwortung inkl. Vor- und Nachsorge seien den Hebammen wichtiger, sie wollen nicht Erfüllungsgehilfe der Ärzte sein, keinen Schichtdienst leisten, eher Teilzeit beschäftigt sein. Geld würde auch keine so große Rolle spielen, wie das Beispiel Eifelklinik gezeigt hat. Er sieht ein Geburtshaus als Stärkung des Nordkreises, es gelte nun, die Politik für diese Idee zu begeistern.

Frau Prof. Vomberg gibt den Hinweis, dass die StädteRegion die weitere Entwicklung unterstütze und gerne auch bei der Moderation helfe.

Der Aussage des Herrn Bostelaar, dass es keinen Hebammenmangel gäbe, wird dahingehend widersprochen, da seitens der Hebammen festgestellt wurde, dass insbesondere Frauen in schwierigen Lebenslagen oft keine betreuende Hebamme finden.

Frau Schulz fragt an, wie denn eine Hebammenzentrale funktionieren und welche Vorteile diese hätte. Frau Prof. Bauer weist auf zwei Aspekte hin. Zunächst muss jede werdende Mutter bei der Suche nach einer Hebamme nur noch eine Telefonnummer anrufen. Diese Zentrale kann dann der werdenden Mutter eine „Wunschhebamme“ aus der Region benennen. Voraussetzung ist, dass die Hebammen ihre Kapazitäten immer aktuell gegenüber der Zentrale melden. Der zweite Aspekt ist, dass eine solche Zentrale immer dann gut funktioniert, wenn sie kostenfrei für die Hebamme ist. Dies ist z.B. in Düsseldorf durch die städtische Finanzierung einer 25%-Teilzeitstelle geglückt.

Diesen Aspekt unterstützt auch Frau Capellmann, da schon mehrere Versuche in der Region gestartet wurden, eine solche Zentrale zu etablieren, Diese sei immer an der Finanzierung gescheitert. Sie selbst muss jeden Tag 5-10 Anfragen von werdenden Müttern ablehnen, da keine zentrale Vermittlung vorhanden sei.

Frau Prof. Vomberg bedankt sich herzlich bei Frau Prof. Bauer für ihren Beitrag und bei den Anwesenden für die ausführliche Diskussion.

TOP 4:

Regionale Planungskonzepte des Schwertbades Aachen und der Novacura GmbH und Ko. KG zur Aufnahme von 40 Betten bzw. 50 Betten zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B in Aachen in den Krankenhausplan NRW – Bitte der Bezirksregierung Köln um Stellungnahme durch die KGK Herr Bastian Liebsch, Geschäftsführer der Novacura GmbH & Co. KG Köln, stellt zunächst das Unternehmen vor (siehe Folien im Anhang) und gibt dazu ein paar wirtschaftliche Eckpunkte an. In seiner Begründung zur Aufnahme von 50 Betten der Reha Phase B in den Krankenhausplan NRW weist er zunächst auf die Notwendigkeit einer frühen Rehabilitation im Sinne der Patienten hin. Die aktuelle Versorgungslage zeige, dass in allen anderen Bundesländern deutlich mehr Patienten in einer frühen

Phase bereits in Behandlung sind, als in NRW. Durch die Novacura konnte erreicht werden, dass sich eine Landesarbeitsgemeinschaft „NeuroReha“ gebildet hat, die die Landesregierung auf das Thema aufmerksam machen konnte. So wurden bereits in Köln und im Oberbergischen Kreis Betten der Phase B in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen, bisher aber nicht in der Region Aachen.

Da aktuell nur wenige Kliniken mit Phase B genehmigt sind, führt dies dazu, dass Patienten aus der Region Aachen in weit entfernte Kliniken zur Reha verlegt werden müssen. Dies ist nicht nur für die Patienten belastend, aus seiner Sicht trifft eine solche Verlegung in teilweise mehr als 80 km Entfernung gelegene Einrichtungen insbesondere auch die Angehörigen, die damit weite Wege zum Besuch der Patienten aufwenden müssen.

Die Idee der Novacura ist daher, am Franziskuskrankenhaus Aachen einen Neubau für 50 Betten der Phase B zu erreichen, der in einem nächsten Schritt um zunächst weitere 50 Betten der anschließenden Reha-Phasen C und D erweitert werden kann. Eine Kooperation mit der neurologischen Hauptabteilung des Uniklinikums wird angestrebt. Eine Inbetriebnahme ab 2021 könnte realisiert werden. Wichtig ist Herrn Liebsch, dass ihm daran gelegen ist, keine Konkurrenz aufzubauen. So habe er bereits mit verschiedenen Häusern Vorgespräche geführt, in denen eine Kooperation sehr begrüßt wurde. Daher seien schon Maßnahmen zur Umsetzung eingeleitet worden.

Herr Wolfgang K. Hoever, inoges AG, hat für das Salvea Schwertbad Aachen insgesamt 40 Betten zur Reha Phase B zur Aufnahme in den Krankenhausplan NRW beantragt. Er bestätigt Herrn Liebsch in seiner Einschätzung der Notwendigkeit von Phase B-Betten in der Region Aachen. Er geht kurz auf die Historie des Schwertbades ein und weist auf die Chance für die StädteRegion Aachen hin, die sich durch eine bereits vor Ort tätige Reha-Klinik ergibt. Für ihn gehört die Phase B in ein Akut-Krankenhaus, dies sei aber aufgrund fehlender Kapazitäten nicht umsetzbar. Er möchte daher die Chance nutzen, ein innovatives Versorgungsmodell zu entwickeln, welches zum Ziel hat, die Phasenmodelle neu zu organisieren. Er hofft, durch eine bessere Organisation der Potentiale die Chancen für die Patienten zu erhöhen. Dabei sieht er den Unterschied zu anderen Häusern darin, dass er bei gleichen Kosten eine Optimierung der Versorgung der Patienten zum Ziel hat. Da die inoges AG bereits Expertise bei Aufbau und Betrieb von 20 Reha-Kliniken hat, sieht er sich gut aufgestellt, dieses Ziel erreichen zu können. Seine Idee ist ein Versorgungsmodell als Pilotmodell in der Region zu etablieren, also keinen Neubau einer Phase B-Klinik auf der grünen Wiese. Er sieht diese Perspektive am Standort Bardenberg umsetzbar. Hier kann das Schwertbad in den Räumen des ehemaligen Krankenhauses die bereits vorhandene Infrastruktur wie z.B. Intensiveinrichtungen nutzen. Durch die Einbindung des am dortigen Gesundheitscampus angesiedelten Bildungszentrums für Pflege- und Gesundheitsberufe gGmbH (BZPG) der StädteRegion Aachen ergeben sich für ihn deutliche Synergieeffekte in der Gewinnung und Ausbildung von notwendigen Fachkräften.

Herrn Hoever wird die Frage gestellt, was er besser kann, als Ärzte in einer neurologischen Station eines Krankenhauses. Herr Hoever betont, dass in einem Akut-Krankenhaus die Behandlungsdauer eingeschränkt ist. Dort können keine 300 Minuten Reha-Zeit, wie bei Phase B vorgesehen, am Tag geleistet werden, und daher werde meist erst zu einem späteren Zeitpunkt eine Anschlussversorgung durchgeführt. Dies fasse aber zu kurz, da für manche Reha-Maßnahmen das Behandlungsfenster bereits nach kurzer Zeit geschlossen sei. Diese Patienten wären dann auf

vermehrten Pflegeaufwand z. T. im häuslichen Bereich angewiesen, der durch eine frühzeitige Reha vermeidbar wäre. Er weist auch auf den Umstand hin, dass mit dem Schwertbad Aachen ein Partner vorhanden sei, der aufgrund seiner Gemeinnützigkeit nicht vom Gewinn getrieben sei. Dies sei ein starkes Argument für sein Konzept der Patientenversorgung. Er möchte als weiteres innovatives Ziel das pflegerische Berufsbild neu definieren, welches er zukünftig aus einer Masterdisziplin ergänzt um Zusatzqualifikationen anderer notwendiger Fachbereiche sieht. Hier kann das BZPG ein wichtiger Partner sein. Auch als Arbeitgeber sieht er das Schwertbad in einer für die Region wichtigen Position, da er von einem Anstieg von bisher 260 MitarbeiterInnen auf ca. 500 ausgeht.

Herr Liebsch ergänzt, dass es natürlich eine Herausforderung ist, Pflegekräfte zu gewinnen. Dies geht nur über attraktive Arbeitsplatzbedingungen. Er sieht aber auch die Chance, durch frühzeitige Reha, die evtl. späteren Pflegebedarf mindert, an anderer Stelle Pflegekräfte zu gewinnen.

Herr Classen, AOK Rheinland/ Hamburg, betont, dass seitens des Landesverbandes der Krankenkassen alle Anträge bisher abgelehnt wurden. Dies aus zwei Gründen: Aus Sicht des Landesverbandes gibt es genügend neurologische Betten in Akutkrankenhäuser, zweitens beobachten die Krankenkassen bei Reha-Maßnahmen außerhalb des Akutkrankenhauses oft eine notwendige Rückverlegung, dies gilt zu vermeiden.

Aus regionaler Sicht kann er die Ansiedlung einer Klinik mit Reha Phase B unterstützen, gerade im häuslichen Bereich erfordert z.B. die Betreuung eines zu beatmenden Patienten einen enormen pflegerischen Aufwand. Er sieht aber hier ein Gesamtkonzept für die Region als notwendig an.

Herr Dr. Habers weist auf die enorme Belastung des Rettungsdienstes bei Transport von Patienten in weit entfernte Phase B-Einrichtungen hin, dies sieht er als wichtiges Argument für die Ansiedlung von Phase B-Betten in der Region.

Nach der Vorstellung der beiden Konzepte verlassen die Antragsteller die Konferenz.

In der nachfolgenden Diskussion geht Herr Bostelaar auf die aktuelle Situation zwischen Rhein-Maas-Klinikum und Uniklinikum ein. So habe die bisherige gute Zusammenarbeit durch den Vorschlag eines gemeinsamen Standortes für Phase B am Standort Bardenberg mit dem Schwertbad zu einem Bruch geführt. Das Uniklinikum sei nicht bereit, Patienten an den Standort Bardenberg zu verlegen. Auch bestehe aktuell ein Kooperationsvertrag zwischen Uniklinikum, RMK und Schwertbad, dass als Reha-Klinik bereits Reha-Maßnahmen der Phasen C und D für beide Häuser anbietet. Durch die geplante Erweiterung der Novacura um die Phasen C und D am Standort Franziskuskrankenhaus sieht er hier einen Verstoß des Universitätsklinikums gegen die Kooperationsvereinbarung. Hier zeige sich das wirtschaftliche Interesse des Universitätsklinikums als Grund. Das RMK kann dies für sich verneinen, da der Standort Bardenberg bereits verkauft sei. Auch seien mehr Patienten bereits am RMK in Behandlung, als von Novacura suggeriert. Die Möglichkeit der Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten in Weaningstationen sei sowohl im RMK als auch im Uniklinikum vorhanden. In Bardenberg sei eine komplette Ausstattung für Intensivpatienten vorhanden, er sieht das Schwertbad daher auf dem richtigen Weg.

Herr Weisser weist darauf hin, da das Universitätsklinikum Gesellschafter des Franziskuskrankenhauses sei, sei das Projekt für sein Haus interessant.

Herr Dr. Brokmann befürwortet das Projekt der Novacura, da es ein weitgreifenderes Konzept sei und kritisiert Herrn Bostelaar, die aus seiner Sicht doch vorhandenen wirtschaftlichen Interessen des RMK zu negieren.

Herr Classen betont, dass aus Landessicht Qualitätsprobleme beim Betrieb reiner Phase B-Häuser gesehen werden. Für ihn ist es wichtig, kein Phase-B-Haus auf der grünen Wiese zu sehen; besonders der Übergang von Phase B in die Phasen C und D sei wichtig, daher befürwortet er ein Gesamtkonzept, welches dieses beinhaltet.

Die anwesenden Vertreter der regionalen Politik machen in der Diskussion deutlich, dass sie dem Konzept des Salvea Schwertbades Aachen folgen möchten, da für sie die o.g. Synergieeffekte am Standort Bardenberg einen echten Mehrwert für die Region bedeuten. Dies wird auch vom Vertreter des Rettungsdienstes so argumentiert, der darüber hinaus insbesondere die räumliche Nähe zur kooperierenden Klinik als sehr vorteilhaft im Sinne der betroffenen PatientInnen betrachtet.

Herr Koch, Geschäftsführer des Marienhospitals Aachen weist darauf hin, dass es sich bei den vorliegenden Reha-Konzepten um komplexe Sachverhalte handelt, in die er nicht genug Einblick hat. Er hat daher keine Favorisierung für ein Konzept.

Frau Prof. Vomberg beendet die Diskussion mit dem Hinweis, dass die Notwendigkeit von Reha Phase B von allen Beteiligten gesehen wird, eine Favorisierung für einen Antragsteller aber nicht erkennbar ist, allerdings die Vertreter der Politik hier klare Prioritäten beim Konzept von Salvea Schwertbad sehen. Dies wird in der Stellungnahme gegenüber der Bezirksregierung Köln so zum Ausdruck gebracht. Sie bedankt sich bei allen Beteiligten für die intensive Diskussion.

TOP 5: Vorstellung des Mukoviszidose e.V.

Frau Prof. Vomberg begrüßt sehr herzlich Frau Dr. Hiltrud Döhmen-Benning, Vorsitzende des Mukoviszidose e.V. Aachen sowie Herr Dr. Dirk Steffen, Luisenhospital, Leiter des Mukoviszidosezentrums.

Herr Dr. Steffen erläutert kurz die aktuelle Situation der Versorgung von Mukoviszidose-PatientInnen am Luisenhospital, erläutert anschaulich, welches Krankheitsbild sich dahinter verbirgt, und weist auf die zwar gestiegene, aber immer noch geringe Lebenserwartung der Betroffenen hin. Jedes Jahr erkranken 250 Menschen in Deutschland neu bei einer Gesamtzahl von etwa 5.000 bis 7.000 Fällen. Die Versorgung der in der Kindheit auftretenden Erkrankung wird in der Region zunächst durch spezialisierte Kinderärzte gewährleistet. Bis vor wenigen Jahren fehlte eine Betreuung im Erwachsenenalter. Die PatientInnen blieben aus diesem Grund in der Betreuung durch die Kinderärzte. Am Luisenhospital erfolgt eine Betreuung der Erwachsenen in der dortigen Ambulanz in Kooperation mit der Kinderarztpraxis Lauenberg und dem Universitätsklinikum. Besonders freut es ihn, dass aufgrund der guten Strukturen die Ambulanz als „Christiane Herzog Zentrum“ zertifiziert werden konnte, hiervon gibt es nur sechs in Deutschland, wobei alle anderen an Unikliniken angesiedelt sind. Er schildert eindringlich die finanzielle Problematik in der Betreuung dieser PatientInnen, da diese nicht in das vorhandene (Abrechnungs-)System passen. Durch Veränderungen hin zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung

entsteht dem Luisenhospital eine quartalsbezogene finanzielle Unterdeckung von 500,-- Euro pro Patient. Dies ist bei 110 PatientInnen aktuell keine leichte Aufgabe für das Luisenhospital, daher bittet er um Unterstützung bei den Anwesenden z.B. durch mehr Öffentlichkeit für diese wichtige Arbeit.

Herr Dr. Stelzer merkt an, warum diese PatientInnen denn nicht durch Hausärzte und Internisten betreut würden. Dann käme es nicht zu dieser Unterfinanzierung. Dem setzt Herr Dr. Steffen entgegen, dass eine Betreuung von 110 Patienten für die niedergelassene Praxis aufgrund des aktuellen Abrechnungssystems Kosten von ca. 300.000 Euro bei Refinanzierung durch die Krankenkassen von ca. 70.000 Euro bedeuten – damit sei die Frage sicher ausreichend beantwortet.

Herr Classen betont, dass die Krankenkassen aktuell bemüht seien, eine ausgleichende Finanzierung für die Betreuung der PatientInnen zu erreichen.

Frau Prof. Vomberg bedankt sich sehr herzlich bei Frau Dr. Döhmen–Benning und Herrn Dr. Steffen und wünscht beiden weiterhin viel Erfolg und Kraft für ihre Arbeit.

TOP 6: Verschiedenes

Die Termine der nächsten Kommunalen Gesundheitskonferenzen für das Jahr 2019 werden auf den **15. Mai 2019** sowie auf den **06. November 2019** festgelegt, Beginn ist jeweils um 15.00 Uhr. Die Veranstaltungsorte werden noch festgelegt

Ende der Sitzung gegen 17.20 Uhr

Hebammenversorgung in NRW – Herausforderungen und mögliche Ideen zur Verbesserung

14. Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) der StR Region Aachen

21. November 2018

Professorin Dr. Nicola H. Bauer

Themen

- Aktuelle geburtshilfliche Situation in NRW
- HebAB.NRW – Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in NRW
- Mögliche Ideen zur Verbesserung
 - Klinisch
 - Außerklinisch
- Diskussion

Berufsgruppe der Hebammen



Abb. 2: Betreuungsbogen (Sayn-Wittgenstein 2007: 24)

- Bundesweit ca. 24.000 Hebammen (NRW: 4.500-5.000)
- 11.077 Hebammen in Kliniken (Destatis 2018a)
 - 9.301 angestellt (70% Teilzeit plus Freiberuflichkeit)
 - 1.776 Beleghebammen
- Circa 13.000 freiberuflich tätige Hebammen

Schließungen geburtshilflicher Abteilungen in NRW

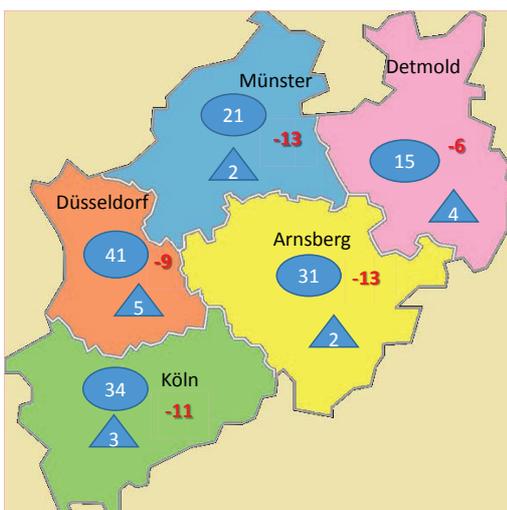


Abb. 1: Schließungen in NRW (eigene Erstellung) Grundkarte von: <http://www.ganztag-nrw.de/vernetzung/qualitaetszirkel/> 18.10.2017

Anzahl geburtshilflicher Abteilungen

2007:	2018:
Arnsberg: 44	Arnsberg: 31
Detmold: 22	Detmold: 15
Düsseldorf: 50	Düsseldorf: 41
Köln: 44	Köln: 34
Münster: 34	Münster: 21
Gesamt: 194	Gesamt: 142
Geburtenzahl NRW: 151 168	Geburtenzahl NRW *: 173 274

* 2016 aktuellsten offiziellen Zahlen

759 Hausgeburten, 1.046 HgE

Legende: ● Anzahl geburtshilflicher Abteilungen 2018 ▲ Anzahl Geburtshäuser 2017 (-) Schließung von Abteilungen seit 2007

Empfehlung aus dem Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe NRW

1. Befragung von Frauen, zu den von ihnen gewünschten und tatsächlich bezogenen Hebammenleistungen
2. Befragung der in NRW praktizierenden Hebammen zu den von ihnen angebotenen Leistungen und zu weiteren Aspekten ihrer Berufstätigkeit

(Quelle: MGEPA - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (Hrsg.) (2015). Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe. VNr 165.)



**Gibt es einen Mangel an Hebammen (-Leistungen)?
Und wie wirkt sich dieser auf die geburtshilfliche Versorgung aus?**

HebAB.NRW Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen



Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



**Förderkennzeichen
Laufzeit**

LZG TG 72 001/2016
21.11.2016 - 31.12.2019

HebAB.NRW Team



Profⁱⁿ Dr. N. Bauer
Hebammenwissenschaft



Profⁱⁿ Dr. R. Schäfers
Hebammenwissenschaft



Prof. Dr. T. Hering
Quantitative Methoden



Andrea Villmar
Dipl. Ges.oec.



Mirjam Peters
M. Sc. Public Health

TP A: Mütterbefragung

- Darstellung der Ist-Versorgung durch Hebammen
- Regionale Vergleiche
- Faktoren, die eine Inanspruchnahme von Hebammenleistungen beeinflussen
- Inanspruchnahme im Vergleich zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Bedarfen der Mütter

Befragung einer repräsentativen Stichprobe mittels Fragebogen (online & postalisch) ungefähr 4 Monate nach der Geburt

Befragung von 1000 jungen Müttern. Zugang über 27 Kliniken und die Geburtshäuser

TP B: Hebammenbefragung

- Tätigkeitsfelder und Leistungsangebote von Hebammen
- Erhebung des beruflichen und emotionalen Wohlbefindens berufstätiger Hebammen
- Faktoren, die das Angebot von Hebammenleistungen beeinflussen
- Empfehlungen zur Anzahl und zum Ausbildungsbedarf von Hebammen in NRW

Befragung aller Hebammen in NRW mittels Fragebogen (online & postalisch)

Zugang über Hebammenverbände, Kliniken, Gesundheitsämter und weitere Datenhalter

HebAB.NRW

Weitere Informationen und Newsletter unter:

www.hebab.nrw

Was kann/sollte getan werden?



Geburtshilfliche Versorgung - klinisch

- **Evidenzbasierung** (WHO 1996; Enkin 2006)
 - S3-Leitlinien (z.B. Die vaginale Geburt am Termin) (DGHWi 2017; DGGG 2018)
 - Expertinnenstandard ‚Förderung der physiologischen Geburt‘ (DNQP & Verbund Hebammenforschung 2014)
- **Neue Versorgungsmodelle**
 - Gesundheitsförderliche Maßnahmen (BFHI 2018; Hilje et al. 2018; Neugebauer et al. 2018)
 - Hebammengeleitete Versorgungskonzepte (David et al. 2004, 2006; Bauer 2011; Sayn-Wittgenstein et al. 2011; Hodnett et al. 2013; Eicker et al. 2015; Sandall et al. 2016)
 - 1:1-Betreuung, Verbesserung Personalschlüssel (McLachlan et al. 2008; Knape et al. 2013; DGPM et al. 2015; Knape 2016)
- **Interprofessionelle/Sektorenübergreifende Zusammenarbeit** (Chang Pecci et al. 2012; BMG 2017)

Geburtshilfliche Versorgung – klinische Arbeitssituation

- **Workload und Betreuungsschlüssel**
 - Probleme: Überstunden, Einspringen, keine Pausen, viele Frauen gleichzeitig betreuen, zusätzliche Tätigkeiten in Ambulanz o.ä.
- **Arbeitszeitmodelle**
- **Bereitschaftsdienste**
 - Höhere Vergütung, Bereitschaftszimmer einrichten
- **Entlastung**
 - Unterstützung Reinigungsdienst, Sekretärin, Pausenhebamme, Versorgung mit Mahlzeit im Kreißaal
- **Emotionale Entlastung**
 - Fallbesprechungen, Supervision
- **Leitende Hebammen**
 - Freistellung

Geburtshilfliche Versorgung – außerklinisch

- **Sicherstellung der Versorgung von (allen) Frauen in der reproduktiven Lebensphase** (Villmar et al. 2017; Villmar & Bauer 2018)
- **Zugang zu Hebammenleistungen** (Salis 2017; AOK 2018; Krahl et al. 2018)
 - Hebammenvermittlung/Hebammenzentralen
- **Unterstützung von freiberuflich tätigen Hebammen**
 - Mobilität
 - Vergünstigung Parken
- **Hebammenzentren**

Hebammenzentralen

NRW

Abb. 2: Hebammenzentralen bundesweit (eigene Erstellung)



Name der Vermittlungsorganisation	Finanzierung
Hebammennetzwerk Bergisch Land e.V. Hebammen Zentrale Bielefeld-Gütersloh e.V. Hebammen Netzwerk Münsterland e.V. Hebammenzentrum Rhein-Sieg/ Bonn e.V. Hebammennetzwerk Gelsenkirchen	Mitgliedsbeiträge der Hebammen, Fördermitgliedschaften, Spenden
Hebammenzentrale Düsseldorf Dortmunder Hebammen Hotline	Kommune
Hebammenzentrale Bochum	Arbeiter- Samariter-Bund Bochum (ASB)

Legende: Anzahl Hebammenzentralen 2018 Anzahl Hebammenzentralen in Gründung

Hebammenzentrum

- Zusammenschluss von Hebammen
- Gemeinsame Räumlichkeiten
- Zentrale Stelle im Stadtteil, Stadt, etc. (gute Sichtbarkeit und Erreichbarkeit)
- Entlastung der Hebammen durch Wochenend- und Urlaubsvertretungen
- Nicht jede Frau möchte eine Hebamme Zuhause

Hebammenausbildung - Akademisierung

- **17 Hochschulen bzw. Universitäten**

- Sechs primärqualifizierende Studiengänge (circa 160 Studienplätze pro Jahr) (Berlin, Bochum, Fulda, Jena, Lübeck, Tübingen)
- Acht ausbildungsintegrierende bzw. duale Bachelorstudiengänge (Buxtehude, Dresden, Halle/Wittenberg, Heidenheim, Karlsruhe, Ludwigshafen, Mainz, Osnabrück, Stuttgart)
- Zwei weiterqualifizierende Bachelorstudiengänge (Köln, Stuttgart)
- Ein hebammenwissenschaftlicher Masterstudiengang (Hannover)

- **62 Hebammenschulen**

- Circa 500 Absolvent*innen pro Jahr

- **NRW**

- Ein primärqualifizierender und ein additiver Studiengang
- 12 Hebammenschulen



Zusammenfassung und Ausblick

- **Ziele:**

- Gute, wohnortnahe, flächendeckende geburtshilfliche Versorgung von Frauen, ihren Kindern und Familien
- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit
- Attraktivität des Hebammenberufes

- Was sollte getan werden?

- Wer kann etwas tun?



Literatur (1)

- AOK Rheinland/Hamburg (2018). Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft – Geburt – erstes Lebensjahr. Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg 2018. AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse, Düsseldorf.
- Bauer, N.H. (2011). Der Hebammenkreißsaal – Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Göttingen: V&R unipress.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2017). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. gesundheitsziele.de - Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Berlin.
- Chang Pecci, C., Mottl-Santiago, J., Culpepper, L., Heffner, L., McMahan, T. & Lee-Parritz, A. (2012). The Birth of a Collaborative Model: Obstetricians, Midwives, and Family Physicians. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 39 (3): 323-334.
- David, M., Pachaly, J., Vetter, K. & Kentenich, H. (2004). Geburtsort Geburtshaus – Perinataldaten im Vergleich zu Klinikentbindungen in Bayern und Berlin. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 208: 110 – 117.
- David, M., Pachaly, J., Wiemer, A. & Groß, M. (2006). Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland – Perinataldaten »großer«, »mittlerer« und »kleiner« Geburtshäuser im Vergleich. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 210 (5): 166 – 172.
- Destatis (2018a). 11 077 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten 2016 Geburtshilfe in Krankenhäusern. Zahl der Woche vom 24.04.2018. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2018/PD18_17_p002.html (Zugriff am 07.06.2018)
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (2017). Angemeldete Leitlinien. URL: <https://www.dghwi.de/index.php/stellungnahmen-leitlinien/angemeldete-leitlinien> (Zugriff am 02.09.2018).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (2018). Angemeldetes Leitlinienverfahren: Die vaginale Geburt am Termin. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/015-083.html> (Zugriff am 02.09.2018).
- Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) et al. (2015). Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. AWMF-LL 087-001.

Literatur (2)

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2014). Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2014). Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.
- Eicker, K., Bauer, N.H., & Hering, T. (2015). Hebammenkreißsaal in der Universitätsklinik: Mütterliches und kindliches Outcome. *Hebamme*, 28 (03), 193-198.
- Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (2006). Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. 2., vollst. überarb. Auflage. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Hilje, C., Bauer, N.H. & Längler, A. (2018). Der Einfluss von Maßnahmen babyfreundlich zertifizierter Kliniken auf die Mutter-Kind-Bindung und das psychische Wohlbefinden der Mutter. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 06, Suppl. 01: 528.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2013): Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database for Systematic Reviews* 2013;7.
- Knape, N., Schnepf, W., Krahl, A. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2013). Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 217 (05): 161-172.
- Knape, N. (2016). Eine Sekundärdatenanalyse der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Geburtsbetreuung von Low-Risk Gebärenden. Promotionsschrift zur Erlangung des Grades eines Philosophical Doctor (Ph. D.) an der Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft.
- Krahl, A., Radu, I., Erdin, R., Grylka-Bäschlin, S. & Pehlke-Milde, J. (2018). Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der Frühen Förderung. Abschlussbericht. Forschungsstelle Hebammenwissenschaft. Zürcher Fachhochschule.

Literatur (3)

- McLachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.-A., Lumley, J., Farrell, T., Oats, J., Gold, L., Waldenström, U., Albers, L. & Biro, M.A. (2008). COSMOS: COmparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8: 35-46.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) (Hrsg.) (2015). Der Runde Tisch Geburtshilfe, Abschlussbericht. Düsseldorf. URL: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Finale-Fassung-Abschlussbericht_Runder-Tisch-Geburtshilfe_2015.pdf (Zugriff am 24.02.2017).
- Neugebauer, F., Längler, A. & Bauer, N.H. (2018). BaSti - Von der Idee bis zum Startschuss. Einfluss von Maßnahmen babyfreundlich zertifizierter Kliniken auf das Stillverhalten und die Mutter-Kind-Bindung. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 06, Suppl. 01: S39.
- Salis, B. (2017). Vermittlung optimieren. *Hebammenforum*: 18 (1): 36-38.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, NO: 4
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu, Schäfers, R., Bauer, N.H., Kümper, J. & Foraita, R. (2011). Forschungsprojekt zum Hebammenkreißsaal: Chance für Veränderungen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 12: 26-28.
- Villmar, A., Peters, M., Schäfers, R., & Bauer, N. H. (2017). HebAB.NRW – eine aktuelle Studie zur geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen. *Hebammenforum*, 18, 1402-1405.
- Villmar, A. & Bauer, N.H. (2018). Arbeit, Empowerment & emotionales Wohlbefinden im beruflichen Kontext von Hebammen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 06, Suppl. 01: S55.
- World Health Organization (WHO) (1996). *Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. Geneva: WHO.
- WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundlich" (BFHI) (2018). Initiative Babyfreundliches Krankenhaus 2017. URL: <http://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html> (Zugriff am 04.09.2018)



Dr. Becker Klinikgruppe

Regionales Planungskonzept der Novacura GmbH & Co.KG zur Aufnahme in den Krankenhausplan NRW

www.dbkg.de

NNCHFR was ist das?

Neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation (NNCHFR)

Landesarbeitsgemeinschaft
NeuroRehabilitationW



Warum frühestmöglicher Beginn?

Um Komplikationen des Durchliegens, Thrombosen und dergleichen zu vermeiden. Weiter ist es so, dass unser Gehirn früh nach einer Schädelverletzung das größte Erlösungspotenzial hat. Es wird, kurz gesagt, sozusagen in einen Zustand versetzt, der dem Gehirn des Säuglings entspricht, bei dem die Reorganisationsfähigkeit besonders groß ist. Dieses Fenster geht irgendwann zu.



Was ist NNCHFR?

Da NNCHFR ist eine Frühe Behandlungs- und Rehapphase. In der aufgrund schwerer und schwerster Beeinträchtigung der Patienten noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.

Stand 1. März 2018
Recherche: LAG NeuroRehabilitation NRW, März 2018

Aktuelle Versorgungslage

NNCHFR im Jahr 2015 im Vergleich der Bundesländer

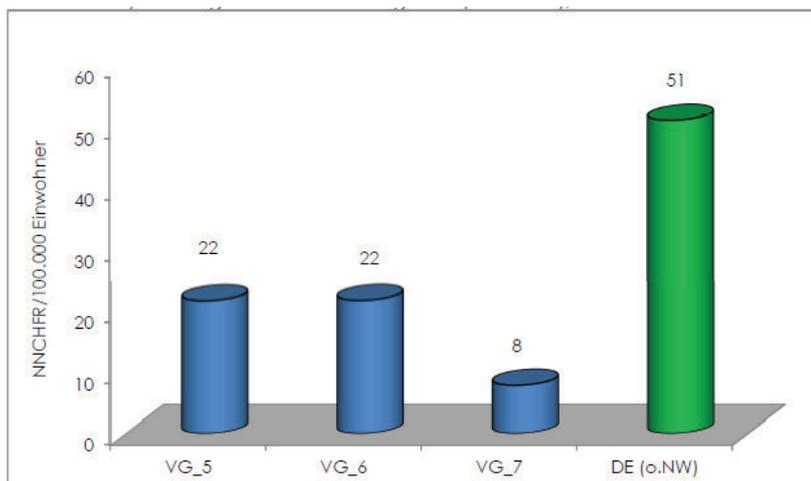
Bundesland	OPS 8.552 nach Behandlungsort	Fälle pro 100T Einwohner
Schleswig-Holstein	1.257	43,49
Hamburg	1.238	68,40
Niedersachsen	3.161	39,70
Bremen	125	22,44
Nordrhein-Westfalen	1.311	7,32
Hessen	3.328	53,31
Rheinland-Pfalz	1.091	26,78
Baden-Württemberg	3.848	34,92
Bayern	8.025	61,73
Saarland	551	55,43
Berlin	288	8,06
Brandenburg	2.738	109,35
Mecklenburg-Vorpommern	1.475	91,56
Sachsen	1.245	30,51
Sachsen-Anhalt	821	36,93
Thüringen	2.180	101,35
	32.682	39,56

„Weißer NNCHFR Fleck“ VG 7

Anzahl OPS 8.552 bis 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uniklinik Aachen						10	24
Rhein-Maas Klinikum				2	17	12	1
St. Augustinus Krankenhaus Düren	8	5					

Anzahl OPS 8.552 im Jahr 2017 pro 100TEW



Bedarf für VG7 nach neuesten Berechnungen

Berechnung nach Leitdiagnosen auf Basis der Daten aus dem VG 7 (2017)

**Konservativste
Soll Berechnung: 55 Betten**

**Berechnung nach Hill-Burton:
Soll: 64 Betten**



Was wir in Aachen realisieren wollen

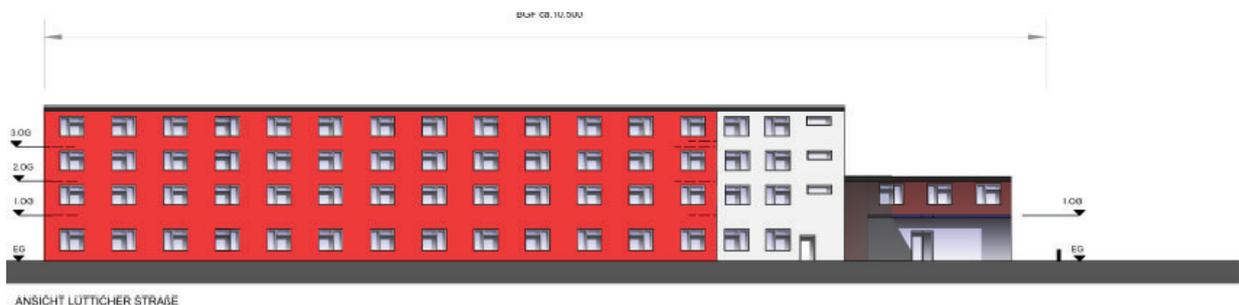


- **Errichtung (Neubau)** einer Fachklinik in Aachen auf dem Grundstück des Franziskushospitals Aachen
- **Kooperation** mit der neurologischen Hauptabteilung Uniklinik Aachen im Sinne des Krankenhausplans NRW
- Vorteil: **Angliederung der Fachklinik** an einen bestehenden Krankenhausbetrieb (Campus)
- Angestrebte Inbetriebnahme: **ab 2021**

FRANZISKUSHOSPITAL
AACHEN GMBH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Uniklinik RWTH Aachen



**UNIKLINIK
RWTHAACHEN**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Für Rückfragen und Kooperationsgespräche
stehe ich gerne zur Verfügung

Bastian Liebsch

Geschäftsführer Dr. Becker Klinikgruppe

Parkstraße 10, 50968 Köln

Tel. 0221/ 9346470

bliebsch@dbkg.de

www.dbkg.de

EXECUTIVE SUMMARY

zum Antrag der Novacura GmbH & Co.KG auf Aufnahme in den Krankenhausplan NRW (Stand 20.11.2018)

DIE SITUATION IN NRW UND IM VERSORGUNGSGEBIET 7 IM BESONDEREN

NRW ist unterversorgt mit neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation (im Folgenden NNCHFR). Dies zeigt unter anderem der Bundesländervergleich der hinter der NNCHFR liegenden OPS 8.552. Im Versorgungsgebiet 7 ist die Situation besonders ausgeprägt. Während der OPS 8.552 im Jahr 2017 im Bundesdurchschnitt 51mal pro 100.000 Einwohner kodiert wurde, erfolgte dies im VG 7 gerade einmal 8mal pro 100.000 Einwohner.

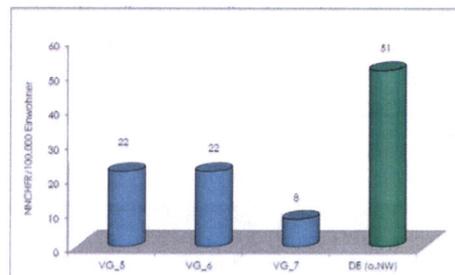
NNCHFR im Jahr 2015 im Vergleich der Bundesländer

Bundesland	OPS 8.552 nach Behandlungsort	Fälle pro 100T Einwohner
Schleswig-Holstein	1.257	43,49
Hamburg	1.238	68,40
Niedersachsen	3.161	39,70
Bremen	125	22,44
Nordrhein-Westfalen	1.311	7,32
Hessen	3.328	53,31
Rheinland-Pfalz	1.091	26,78
Baden-Württemberg	3.848	34,92
Bayern	8.025	61,73
Saarland	551	55,43
Berlin	288	8,06
Brandenburg	2.738	109,35
Mecklenburg-Vorpommern	1.475	91,56
Sachsen	1.245	30,51
Sachsen-Anhalt	821	36,93
Thüringen	2.180	101,35
	32.682	39,56

Anzahl OPS 8.552 bis 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uniklinik Aachen						10	24
Rhein-Maas Klinikum				2	17	12	1
St. Augustinus Krankenhaus Düren	8	5					

Anzahl OPS 8.552 im Jahr 2017 pro 100TEW



Dies bedeutet, dass Aachener Patienten, welche in anderen Bundesländern direkt in eine NNCHFR Einrichtung verlegt werden würden, häufig länger in den erstaufnehmenden Krankenhäusern verbleiben. Im weiteren Versorgungsgeschehen müssen diese schwerbetroffenen Patientinnen und Patienten dann weite Transportwege ertragen oder werden nach Hause bzw. in Pflegeheime entlassen oder werden in sogenannten Phase C+ Einrichtungen (eine wenig leistungsintensive Form von Neuroreha) behandelt. Angehörige müssen weite Wege auf sich nehmen um die Patienten im vielfach mehrwöchigen Rehaerlauf zu unterstützen.

Der auf Basis der Leitdiagnosen berechnete Bedarf für die NNCHFR liegt dabei zwischen 55 und 64 Krankenhausbetten im VG 7 und wird aufgrund der demographischen Entwicklung künftig weiter ansteigen.

WARUM STELLEN WIR DIESEN ANTRAG?

WELCHE ZIELE VERFOLGEN WIR DAMIT?

Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im VG 7 sollen künftig direkt aus dem erstaufnehmenden Krankenhaus in eine heimatnahe neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation verlegt werden können (Krankenhausverlegung ohne aufwändiges Kostenübernahmeverfahren) und dort von einem fokussierten und spezialisierten interdisziplinären Behandlungsteam frührehabilitiert werden.

Realisiert werden soll ein Zentrum für Neurorehabilitation, welches aus einer Krankenhausabteilung und einer Abteilung für weiterführende Neurorehabilitation bestehen wird.



UNIKLINIK RWTHAACHEN

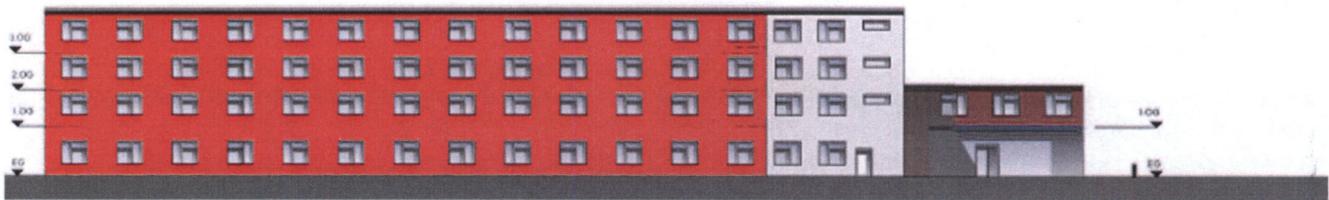
FRANZISKUSHOSPITAL AACHEN GMBH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Uniklinik RWTH Aachen



Im Sinne einer Campuslösung soll das Zentrum für Neurorehabilitation auf dem Grundstück des Franziskushospitals Aachen errichtet werden (Neubau). Wegen ihres auf die NNCHFR eingeschränkten Versorgungsauftrags besteht ein Kooperationsvertrag mit der neurologischen Hauptabteilung der Uniklinik Aachen.

Dabei möchte das Zentrum für Neurorehabilitation kooperativer Partner und Weiterbehandler für alle Krankenhäuser aus Aachen und der Städteregion Aachen sein. Es ist unser erklärtes Ziel, dass kein kompetitiver Wettbewerb entsteht und kein kompetitives Ersetzen der derzeit vorgehaltenen Leistungen erfolgt. Die Krankenhauslandschaft in und um Aachen soll durch das Zentrum für Neurorehabilitation sinnvoll ergänzt werden.



ANSICHT LÜTTICHER STRASSE

DIE NOVACURA GMBH & CO.KG:

ein Bestandteil der Dr. Becker Klinikgruppe

Die Dr. Becker Klinikgruppe ist ein Familienunternehmen, welches seit über 40 Jahren qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen anbietet. Die Klinikgruppe ist in 5 Bundesländern tätig mit 9 Rehabilitationskliniken und 1.800 Betten, davon 3 mit integrierter Akutabteilung für Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Weitere Indikationen sind die Orthopädie, Psychosomatik und die Kardiologie. Die Dr. Becker Klinikgruppe beschäftigt in den Standorten insgesamt ca. 1.650 Mitarbeiter. Weitere Infos erhalten Sie auf www.dbkg.de



Warum die Dr. Becker Klinikgruppe besonders geeignet ist dieses Zentrum für Neurorehabilitation im VG 7 zu betreiben

Die Dr. Becker Klinikgruppe kann auf langjährige Erfahrung im Betrieb von Zentren für Weaning und neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation an 5 Standorten bundesweit verweisen u.a. Kiliani Klinik (Bad Windsheim, Bayern), Rhein-Sieg Klinik (Nümbrecht, NRW), Neurozentrum Niedersachsen (Bad Essen, Niedersachsen), RehaNova (Köln, NRW), Heinrich-Mann Klinik (Bad Liebenstein, Thüringen). Seit den 1990er Jahren begleiten und gestalten wir die Entwicklung der NNCHFR bundesweit unter anderem in führender Funktion im Bundesverband Neuroreha und in der Landesarbeitsgemeinschaft NeuroReha NRW sowie anderen Expertengremien. Unsere Behandlungsqualität messen wir laufend z.B. durch die Erfassung unserer Weaningquote (regelmäßig zwischen 60 und 70%).

In Aachen sind wir zwar bisher noch nicht unternehmerisch tätig geworden; NRW-weit sind wir auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und weiterführenden Neuroreha jedoch bestens vernetzt und versiert in langfristigem Betrieb von Neuroreha und Umgang mit diversen Interessensgruppen. Wir wissen um die speziellen Herausforderungen der stationären neurologischen Rehabilitation und der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

DER BEDARF IST UNBESTREITBAR, ABER ES GIBT AUCH RISIKEN ...

- Positive Bescheidung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden
- Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 111 SGB V
- Mitarbeiterakquise (Fachärzte, Fachpflege, in NNCHFR erfahrene Therapeuten)
- Verdrängungswettbewerb am Ort
- Ökonomische Rahmenbedingungen (unbewertete DRGs, Investitionsmittel; MDK Prüfquoten)

ZUM STAND DER DINGE IN UNSEREM PROJEKT

- Umsetzungsteam wurde gebildet; fachliche Leitung durch PD Dr. Tobis Leniger, FA für Neurologie; CA Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen und Dr. PH Andrea Heßling, MPH
- Bedarfsgutachten fertiggestellt und laufend aktualisiert
- Konzept fertiggestellt und im Rahmen des Antragsprozesses eingereicht
- Bauvoranfrage gestellt
- Antrag auf Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V ist bereits gestellt; Stellungnahme der Kassenverbände ist eingegangen
- Antrag auf Krankenhausbetten gestellt / regionales Planungsverfahren läuft
- Abschluss eines Kooperationsvertrags mit einer neurologischen Hauptabteilung in Aachen (Uniklinik Aachen) erfolgt

BEI RÜCKFRAGEN STEHE ICH GERNE ZUR VERFÜGUNG.

Bastian Liebsch
Geschäftsführer Dr. Becker Klinikgruppe

Parkstraße 10
50968 Köln

Tel. 02 21 / 93 46 47 39
blibsch@dbkg.de

Neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation (NNCHFR)



**Interdisziplinäres Therapiekonzept
5 Stunden täglich**

- Computertomographie
- Robotik
- Schlucktraining
- Logopädie
- Monitoring
- Beatmung
- Physiotherapie
- Neuropsychologie
- Sozialarbeiter
- Getränke
- Krankenpflege
- Ärzte
- Team

Warum frühestmöglichster Beginn?

Um Komplikationen des Durchliegens, Thrombosen und dergleichen zu vermeiden. Weiter ist es so, dass unser Gehirn früh nach einer Schädelverletzung das größte Erholungspotenzial hat. Es wird, kurz gesagt, sozusagen in einen Zustand versetzt, der dem Gehirn des Säuglings entspricht, bei dem die Reorganisationsfähigkeit besonders groß ist. Dieses Fenster geht irgendwann zu.

Was ist NNCHFR?

Da NNCHFR ist eine Frühe Behandlungs- und Rehephase. In der aufgrund schwerer und schwerster Beeinträchtigung der Patienten noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.