
Stellungnahmen der Beteiligten nach § 6 Abs. 1 und 2 BremKrhG

Anlage 1 zum Krankenhausrahmenplan des Landes Bremen, 2018-2021

Bremen, 11. September 2018

Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans 2018-2021

**Krankenhausgesellschaft der Freien
Hansestadt Bremen e. V.**



Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.
Anne-Conway-Straße 10 – 28359 Bremen

Anne-Conway-Straße 10
28359 Bremen
Telefon: 04 21 / 24 10 20
Telefax: 04 21 / 24 10 222
E-Mail: Info@hbkg.de
Internet: [www. HBKG.de](http://www.HBKG.de)

Senatorin für Gesundheit
Frau Senatorin
Prof. Dr. Eva Quante-Brandt
Contrescarpe 72
28195 Bremen

Bankverbindung:
Sparkasse in Bremen
BLZ (290 501 01)
Konto-Nr. 152 307 66

Ihr Zeichen / Ihre Nachricht vom:
/ 27.04.2018

Unser Zeichen:
AZ: 3210-Zi

Datum:
04.06.2018

Stellungnahme der HBKG zum Arbeitsentwurf des Krankenhausrahmenplanes des Landes Bremen, 2018-2021

Sehr geehrte Frau Senatorin,

mit Nachricht vom 27.04.2018 wurde uns der Entwurf des Krankenhausrahmenplanes mit der Bitte um Stellungnahme vorgelegt. Wir haben den Entwurf intensiv geprüft und intern in den Gremien der HBKG diskutiert. Als Ergebnis dieser Diskussion haben wir unsere Anmerkungen, Ergänzungen und Fragen nachfolgend in der Reihenfolge der Gliederung des Arbeitsentwurfes aufgeführt.

Soweit unsere offenen Fragen geklärt, unsere Anregungen aufgenommen und unsere Ergänzungen berücksichtigt werden, können wir als unmittelbar Beteiligte an der Krankenhausplanung nach § 6 Abs. 1 BremKrhG unser Einvernehmen mit dem Krankenhausrahmenplan erklären.

Zu 1. Einleitung

Der Krankenhausrahmenplan bildet die Grundlage für die Strukturgespräche zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern. Es wird zurecht in der Einleitung darauf hingewiesen, dass die bedarfsbezogenen Modellrechnungen, die in Kapitel 6 und 7 des Arbeitsentwurfes vorgenommen werden, keine rigiden Vorgaben für die Erarbeitung des Krankenhausplanes darstellen, sondern *eine* mögliche Entwicklungslinie auf der Basis der Fortschreibung der Krankenhausdaten 2015 unter Status Quo Bedingungen aufzeigen und insoweit eine Diskussionsgrundlage darstellen. Damit sind auch andere Entwicklungsverläufe der Bedarfsentwicklung insbesondere vor dem Hintergrund personeller Veränderungen in den Krankenhausstandorten, Änderungen in der Morbidität der zu versorgenden Bevölkerung und dem Verlauf des medizinisch-technischen Fortschrittes in den Strukturgesprächen als relevant einzustufen.

Auf die weiteren Anmerkungen zur Bedarfsprojektion in den Kapiteln 6 und 7 weiter unten wird hingewiesen.

Zu 3. Grundsätze der Krankenhausversorgung

Der Grundsatz, dass niemand aus wirtschaftlichen Erwägungen von einer notwendigen Behandlung ausgeschlossen werden darf, wird selbstverständlich von den Krankenhäusern unterstützt. Für die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ist allerdings vor allem auch der Gesetzgeber verantwortlich. Ebenso ist das Land Bremen in der Verantwortung für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Investitionen zu sorgen.



Nicht mehr in den Grundsätzen enthalten ist die Arbeitsteilige Koordinierung medizinischer Schwerpunkte. Wir fragen die Planungsbehörde daher, ob auf diese in § 4 Abs. 2 BremKrhG als Kann-Regelung vorgesehene Koordinierung zukünftig vollständig verzichtet werden soll.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die in den aktuellen planerischen Festlegungen enthaltenen arbeitsteilig koordinierten Schwerpunkte ebenfalls ersatzlos entfallen oder unverändert fortgeschrieben werden sollen.

Wir weisen darauf hin, dass ein ersatzloser Wegfall der Schwerpunkte mit dem Grundsatz der Stärkung der oberzentralen Funktion der Krankenhäuser im Lande Bremen dann nicht zu vereinbaren ist, wenn gerade diese oberzentrale Funktion durch den Ausweis hochspezialisierter Angebote inhaltlich ausgefüllt werden soll.

Die Definition von medizinischen Kompetenzzentren wird ebenfalls nicht beibehalten, aber durch einen eigenen Abschnitt 5.4 (Ausweisung von Zentren) ersetzt. Damit wird zugleich auf die krankenhauplanerische Gestaltungshoheit zu Gunsten des Bundesrechtes verzichtet, denn zukünftig gibt es Zentren nur noch, soweit diese im KHEntgG beschrieben werden und die dort beschriebenen besonderen Aufgaben übernehmen. Die HBKG beurteilt diese Einengung des krankenhauplanerischen Spielraums kritisch. Ein ausgewogener Ausweis besonderer Kompetenzzentren geht in seiner Funktion über die entgeltrechtlich relevanten Fragestellungen des KHEntgG hinaus und ist davon unabhängig ein Kriterium zur Beschreibung besonderer Leistungsangebote.

Insofern sollten die nach dem ersten Grundsatz unter Kapitel 3 formulierten drei Grundsätze aus der Sicht der HBKG nach Klärung der offenen Fragen entsprechend überarbeitet oder konkretisiert werden.

Es ist im Interesse der Krankenhäuser auch zukünftig ausreichend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Erfüllung ihrer Versorgungsaufgaben zu gewinnen. Selbstverständlich unterstützt die HBKG daher die Ziele ausreichend Kapazitäten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vorzuhalten. Ebenfalls bleibt es eine Daueraufgabe die Arbeitsbedingungen zu so gestalten, dass ein möglichst langer Verbleib im Beruf erreicht werden kann.

Die zu diesen Themen neu aufgenommenen Grundsätze sind jedoch zu einseitig als ausschließliche Pflicht der Krankenhausträger formuliert.

Die Vorhaltung ausreichender Kapazitäten in der Ausbildung zu den Gesundheitsfachberufen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein von den Krankenhausträgern gelöst werden kann. Hierzu bedarf einer Einbeziehung aller Beteiligten in einen politisch geführten und moderierten Prozess. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Gesundheitsfachberufe-Monitorings müssen einvernehmliche und erreichbare Ziele der Beteiligten auf Landesebene erarbeitet werden. Beispielsweise soll die Ausbildung zu Hebammen ab 2020 akademisiert werden. Die Bereitstellung ausreichender Studienplätze ist eine öffentliche Aufgabe und keine primäre Aufgabe der Krankenhausträger.

Für die Umsetzung der Zielsetzungen werden neben den Beteiligten außerhalb der Krankenhäuser (z.B.: Kranken- und Pflegekassen, andere Leistungserbringer, Universität) ausreichende finanzielle Ressourcen und Investitionen gebraucht. Darüber hinaus verweisen wir auf unsere Anmerkungen zu Kapitel 5.5.

Auch haben die Krankenhäuser ein hohes Interesse sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen einzusetzen und hier bereits nachweisbare Anstrengungen unternommen.



Allerdings ist die Veränderung der Arbeitsbedingungen in hohem Maße auch von den herrschenden Rahmenbedingungen abhängig. Die Rahmenbedingungen werden aber nicht von den Krankenhausträgern gestaltet, sondern zunächst durch den Gesetzgeber und den Haushaltsgeber. So sind gute Arbeitsbedingungen auch von bedarfsnotwendigen Investitionen in die Krankenhausstandorte abhängig. Die Investitionsfinanzierung bleibt aber seit Jahrzehnten hinter diesen Notwendigkeiten zurück.

Um die vorgehaltenen Arbeitsplätze zu erhalten, wäre eine Betriebskostenfinanzierung notwendig, die die allgemeinen Lohnsteigerungen aus den Tarifverträgen ausfinanziert. Dieses war jedoch ebenfalls in den letzten 15 Jahren nicht der Fall.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen verabschiedet, die zu einer immer dichter werdenden Kontrollbürokratie geführt haben und weiterführen werden. Diese Bürokratisierung entzieht der Patientenversorgung zunehmend Personal und wirkt einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen bislang entgegen. Für die zusätzlichen bürokratischen Lasten wurden darüber hinaus keine finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Das gilt auch für die gesamte Digitalisierung und damit einhergehenden Folgen für die Arbeitsbedingungen.

Letztlich stellt sich auch die Frage, in welchem Maß diese Grundsätze mit dem Krankenhausplanungsprozess verknüpft sind. Insofern regen wir eine kritische Überprüfung der Formulierungen an.

Zu 4. Rahmenbedingungen der Krankenhausplanung

Entwicklung der Kapazitäten:

Die im Vergleich zum vorherigen Rahmenplan 2010 bis 2015 deutlich reduzierte Detailtiefe der Darstellung wird von der HBKG mitgetragen.

Ausbildungsplätze:

Zum Zeitpunkt der Vorlage des Rahmenplanentwurfes (27.04.) waren die Ergebnisse des Monitorings noch nicht bekannt. Der umfangreiche Ergebnisbericht des Forschungszentrums Socium dazu wurde der HBKG-Geschäftsstelle erst vor wenigen Tagen zur Kenntnis überlassen. Über die Inhalte dieses Ergebnisberichtes fand noch keine intensive Erörterung zwischen den Beteiligten statt.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Gesundheitsfachberufe-Monitorings müssen jedoch einvernehmliche und erreichbare Ziele der Beteiligten auf Landesebene erarbeitet werden. Für die Umsetzung der Zielsetzungen werden neben den Beteiligten außerhalb der Krankenhäuser (z.B.: Kranken- und Pflegekassen, andere Leistungserbringer, Universität) ausreichende finanzielle Ressourcen und Investitionen gebraucht. Darüber hinaus verweisen wir auf unsere Anmerkungen zu Kapitel 5.5.

Herkunft der Patienten:

Die Analyse auf der Fachabteilungsebene für die beiden Städte und das Land Bremen, wie hoch die Anteile der auswärtigen Patientenkontakte liegen und sich zwischen 2010 und 2016 entwickelt haben, trägt zur Klärung des Einzugsgebietes bei.

Der Einbezug der Umlandversorgung in die Krankenhausplanung für das Land Bremen wird vor dem Hintergrund der oberzentralen Versorgungsfunktion unterstützt.



Entwicklung der Inanspruchnahme:

Die Zuordnung der Patientenkontakte zu den Fachabteilungen wurde methodisch bereits in der AG Daten und Demografie geklärt und wird von HBKG zustimmend zur Kenntnis genommen.

Entwicklung der Verweildauer:

In der Bedarfsermittlung wird der Durchschnitt der Verweildauer zwischen 2010-2016 als Status-quo zu Grunde gelegt und damit vorerst keine weitere Reduktion der Verweildauer unterstellt. Die HBKG hält diese Vorgehensweise für plausibel.

Entwicklung der Bevölkerung, 2016-2035

Die Bevölkerungsentwicklung wird getrennt nach den Städten Bremen und Bremerhaven und für das niedersächsische Umland prognostiziert. Dabei werden zwei Szenarien vorgenommen, die die Wanderungsbewegungen unterschiedlich berücksichtigen. Die Berechnungsmethodik wird als sachgerecht angesehen.

Zu 5. Schwerpunkte der Krankenhausplanung:

Die Auswahl der Themenschwerpunkte wird seitens der HBKG nicht kritisiert. Allerdings fehlt aus unserer Sicht die Berücksichtigung des Themas Notfallversorgung. Wir regen an, angesichts der hohen Priorität dieses Themas in der bundesweiten Diskussion und dem GBA-Beschluss vom 19.04.2018 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V diesen Themenschwerpunkt in den Rahmenplan aufzunehmen.

5.1 Geburtshilfe und Pädiatrie im Land Bremen

In Bezug auf die Versorgung in der Neonatologie wird im Rahmenplan auf die Anforderungen an die QFR-Richtlinie verwiesen (vgl. Seite 42). Dabei wird die bundesweit geführte Diskussion um eine notwendige Anpassung dieser Richtlinie nicht erwähnt. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass bundesweit die überwiegende Zahl der Perinatalzentren die Richtlinie bis Ende 2019 nicht erfüllen wird. Das gilt auch für die Zentren im niedersächsischen Umland. Insofern müssen die Anforderungen aus der QFR-RL so angepasst werden, dass eine flächendeckende Versorgung mit Perinatalzentren auch zukünftig möglich sein wird.

Die HBKG kann die auf Seite 41 abgedruckte Abbildung 10 zum Thema Geburtshilfe und Pädiatrie im Land Bremen nicht nachvollziehen. Zum einen ist der in der Abbildung 10 benannte Feststellungsbescheid vom 12.03.2018 der HBKG und ihren Mitgliedskrankenhäusern nicht bekannt.

Zum anderen ist nicht nachvollziehbar, warum die Geburtshilfe am Klinikum Bremen-Mitte mit keinerlei Einschränkungen versehen ist. Nach unserem heutigen Kenntnisstand soll die Geburtshilfe am Klinikum Bremen-Mitte im Rahmen des geplanten Eltern-Kind-Zentrums lediglich hochrisikoschwangere Patientinnen versorgen. Eine Versorgung von Schwangeren ohne Komplikationen sollte ausdrücklich nicht stattfinden. So ist zumindest bisher der zukünftige Versorgungsauftrag der wiederzueröffnenden Geburtshilfe am Klinikum Bremen-Mitte kommuniziert worden. Aus diesen beiden vorstehend genannten Gründen kann die Abbildung 10 zum heutigen Tag nicht akzeptiert werden. Die HBKG bittet um Aufklärung hinsichtlich der vorstehend genannten Kritikpunkte.

Bei der Prognose der Geburten wird (wie in den anderen Fachabteilungen auch) unter Status-quo Bedingungen gerechnet. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Geburtenziffer bei den Einwanderern höher liegt und es ist zu beobachten, dass die Geburtenziffer insgesamt in Deutschland



wieder zunimmt. So lag die Geburtenziffer je Frau im Jahr 2016 auf dem Stand, der zuletzt 1973 gemessen wurde. Insofern sollte die Aussage, dass über den Gültigkeitszeitraum des Rahmenplanes hinaus mit einem leichten Rückgang der Geburten gerechnet wird, nochmals kritisch überprüft werden.

5.2 Psychiatrische Versorgung im Land Bremen

Die Krankenhäuser im Land Bremen stellen sich auch weiterhin konstruktiv der Umsetzung der von der Bremischen Bürgerschaft formulierten Zielsetzungen im Rahmen der Reformierung des psychiatrischen Versorgungssystems.

Die HBKG weist daraufhin, dass soweit eine weitere Dezentralisierung von Bettenvorhaltung und Tageskliniken vorgesehen wird, diese neuen Strukturen durch zusätzliche Investitionsmittel finanziert werden müssen. Darüber hinaus müssen diese Strukturen (auch bei geringer Betriebsgröße) mit den gesetzlich vorgesehenen Betriebsmitteln seitens der Krankenkassen auskömmlich finanziert werden können. Die erhöhten Betriebskosten, die sich aus der bisherigen Dezentralisierung der Psychiatrie ergeben haben, sind z.B. aktuell noch immer nicht ausfinanziert. Die zukünftigen Finanzierungsmöglichkeiten sind aktuell schwer abzuschätzen, da in der Laufzeit des Rahmenplanes ein neues Finanzierungssystem eingeführt wird. Nach den bislang vorliegenden Erkenntnissen werden dadurch die finanziellen Spielräume der psychiatrischen Einrichtungen jedoch tendenziell weiter eingeengt. So ist beispielsweise der zusätzliche bürokratische Aufwand aus dem neuen Vergütungssystem nicht gegenfinanziert.

Es fehlt eine Aussage zur zukünftigen Ausgestaltung der tagesklinischen psychosomatischen Versorgung, obwohl die Krankenhausträger der Stadt Bremen hierzu bereits seit längerem entsprechend begründete Anträge gestellt haben.

Eine direkte Umwandlung vollstationärer Angebote durch den Aufbau von Tagesklinikplätzen und durch Stationsäquivalente Psychiatrische Behandlung (StÄB) wird vor dem Hintergrund des neuen Vergütungssystems erschwert, da die höhere Personalbindung zusätzlich finanziert werden muss. Ferner ist die Bedarfsentwicklung insgesamt zu berücksichtigen.

5.3 Geriatrische Versorgung im Lande Bremen

Die Hinweise in diesem Abschnitt auf das Zielkonzept des Landesgremiums nach § 90a SGB V werden von HBKG unterstützt.

Problematisch wirkt die planerische Vorgabe auf Seite 51 zur Erfüllung der Mindestkriterien in Bezug auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Damit würde sich der Zulassungsstatus der geriatrischen Fachabteilungen ändern, wenn das DIMDI die OPS-Anforderungen ändert. Ferner würde die Prüfung von Komplexcodes durch den MDK im Prinzip die Zulassung zum Krankenhausplan bestimmen, obwohl die rechtliche Zulässigkeit dieser Prüfungen bundesweit gerichtlich umstritten ist. Auch hätte ein auslegendes Urteil des Bundessozialgerichtes einen entsprechenden Einfluss. Daher sollte diese Formulierung ersatzlos gestrichen werden.

Es fehlt ein Hinweis auf den notwendigen Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen.

5.4 Ausweisung von Zentren im Krankenhausplan

Hier wird der Sachstand in Bezug auf die Ausweisung von Zentren im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG korrekt wiedergegeben.



Durch den Platzhalter auf Seite 51 wird deutlich gemacht, dass die Behörde bis zur Verabschiedung des Krankenhausrahmenplanes zu den vorgelegten Zentrumsanträgen in diesem Zusammenhang entscheiden will. Dieses wird von der HBKG unterstützt. Eine entsprechende planerische Entscheidung ist überfällig.

Allerdings wird auch die Chance vertan, die krankenhauserkrankterische Entscheidung über Zentren als gestaltende Aufgabe des Landes wahrzunehmen. Im Gegenteil wird durch Formulierungen auf Seite 52 deutlich gemacht, dass man in dem engen Rahmen des Entgeltrechtes und der Entscheidungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene bleiben möchte.

Gerade zur weiteren Stärkung der oberzentralen Funktion des Krankenhausbereiches im Land Bremen wäre ein offensiverer Umgang mit der Ausweisung von Zentren sinnvoll gewesen. Wir verweisen hierzu auf unsere Anmerkungen zu den Grundsätzen der Krankenhausplanung auf Seite 2 oben.

5.5 Ausbildung Gesundheitsfach- und Therapieberufe

Hier wird breit Bezug auf die neu einzuführende generalistische Ausbildung genommen. Die HBKG weist darauf hin, dass der Zeitrahmen für die weitere Umsetzung äußerst knapp bemessen ist. Bislang liegt weder die erforderliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung noch die Finanzierungsverordnung seitens der Bundesregierung vor. Diese grundlegenden Verordnungen werden jedoch gebraucht, um an die praktische Umsetzung zu gehen. So sollen beispielsweise bereits im April 2019 alle Ausbildungsbudgets nach neuem Recht verhandelt sein, obwohl die Finanzierungsverordnung nicht vor September 2018 erwartet wird.

Nach der neu strukturierten Pflegeausbildung müssen die Träger der praktischen Ausbildung (Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime) zukünftig regelgebunden und vertraglich abgesichert mit den Pflegeschulen zusammenarbeiten, um die generalistische Ausbildung sicherzustellen. Die daraus sich ergebenden Veränderungserfordernisse müssen sorgfältig umgesetzt werden, damit bei der Überführung in die neue Ausbildung das Qualitätsniveau gehalten und verbessert werden und die Zahl der künftig vorgehaltenen Ausbildungsplätze weiter ausgebaut werden kann.

Diese Aufgabe kann nicht allein von den Krankenhäusern übernommen werden. Insofern ist die einseitig im Rahmenplan bei den Krankenhäusern adressierte Sicherstellungs-verpflichtung (vgl. Seite 53 unten) zurückzuweisen. Vielmehr ist die weitere Ausgestaltung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von allen Beteiligten (Träger der praktischen Ausbildung, Pflegeschulen, senatorische Behörden, zuständige Stelle, Universität, Hochschule, Krankenkassen und Pflegekassen,...) konstruktiv umgesetzt werden muss.

Dabei darf aus der Sicht der Krankenhäuser vor allem das erreichte Ausbildungsniveau in der Gesundheits- und Krankenpflege nicht zu Disposition gestellt werden. Unsicher ist dabei auch, inwieweit die bisher dem nach KHG geregelte, auskömmliche Finanzausstattung erhalten bleibt. Diese Grundvoraussetzungen sind jedoch zunächst zu erfüllen.

Soweit sich im Rahmen der weiteren Umsetzung unter Erfüllung der Grundvoraussetzungen die Frage nach der Neustrukturierung der Pflegeschulen stellt und im Rahmen des oben skizzierten weiteren Vorgehens beantwortet wird, weist die HBKG darauf hin, dass diese Neustrukturierung nicht ohne entsprechende Investitionsmittel durch das Land Bremen zu erreichen sein wird.

Diese Investitionsmittel werden sowohl bei einer Konzentration bestehender Schulen an einem oder mehreren Standorten erforderlich als auch wenn zusätzliche Ausbildungsplätze eingerichtet werden sollen.



Eine Übernahme von Schulen für die verbleibenden Gesundheitsfachberufe durch die Krankenhäuser kann ebenfalls nur erreicht werden, wenn eine dauerhaft gesicherte und auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten und der ggfls. entstehenden Investitionskosten vorgesehen wird.

Der letzte Absatz auf der Seite 54 des Rahmenplanentwurfes ist wieder als einseitige Verpflichtung der Krankenhäuser formuliert. Selbstverständlich sind und werden die Krankenhäuser aktiv, um offene Stellen wieder zu besetzen. Auch investieren die Krankenhäuser im Land Bremen in die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Es muss jedoch an dieser Stelle nochmals an die Rahmenbedingungen erinnert werden, unter denen die Krankenhäuser zurzeit gestalten können. Neben den finanziellen Friktionen aus der unzureichenden Tariffinanzierung und der fehlenden Investitionsfinanzierung erschweren die Überbürokratisierung und immer weiter zunehmenden Kontroll- und Dokumentationspflichten die Arbeitsbedingungen.

Insofern bedarf es einer konkreten Verbesserung der Rahmenbedingungen, um den Krankenhäusern entsprechende Spielräume zu eröffnen.

Ein Gesamtkonzept zur Integration unterschiedlicher Qualifikationsniveaus kann ebenfalls nicht allein von den Krankenhäusern im Land Bremen gefordert werden. Vielmehr muss dazu in Zukunft auch eine gemeinsame Diskussion geführt werden, wie ein solches Gesamtkonzept aussehen kann.

Die HBKG unterstützt entsprechende Modellprojekte, die den zukünftigen Qualifikationsmix untersuchen und beschreiben. Die Aufgabenverteilung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus ist ein stetiger Prozess, der auch durch die Weiterentwicklung der berufsrechtlichen und haftungsrechtlichen Regelungen auf Bundes- und Landesebene flankiert wird. In diesem Rahmen müssen die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus integriert und fortentwickelt werden.

Zu 6. Methodisches Vorgehen der Bedarfsermittlung:

Die HBKG begrüßt, dass die Modellrechnungen zur Bedarfsentwicklung jährlich aktualisiert werden sollen (vgl. Seite 55). Das methodische Vorgehen wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Die verwendeten drei Szenarien können als sachgerecht angesehen werden, da in der Tat die unterschiedliche Berücksichtigung der Wanderungsbewegungen im Prognosezeitraum den größten Einfluss auf die Prognose der Veränderung der Bevölkerung hat. Während die Verschiebung der Altersgruppen im Vergleich dazu relativ sicherer vorherzusagen ist.

Zu 7. Ergebnisse – Status Quo und Prognose

Bei der Projektion der bedarfsnotwendigen Bettenkapazität werden lediglich in der Geburtshilfe, Pädiatrie und Kinderchirurgie geringere Nutzungsgrade von 75 bis 85% berücksichtigt. In allen anderen Fachabteilungen werden Nutzungsgrade zwischen 80 und 90 % vorgegeben.

In der Vergangenheit wurde jedoch in allen Fachabteilungen mit geringeren Nutzungsgraden gerechnet, die einen hohen Anteil an planbaren Leistungen bei sehr geringen durchschnittlichen Verweildauern (unter vier Tage) aufweisen (z.B. HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Handchirurgie). Es gibt in diesen Abteilungen relativ stärkere Belegungsschwankungen zwischen den Wochentagen und Wochenenden.



Daher wurde in den letzten Jahren hier im Durchschnitt eine geringere Auslastung angesetzt. Die HBKG regt an, diese Praxis fortzuführen und entsprechend geringere Auslastungen anzusetzen. Darüber hinaus wird auf die Anmerkungen auf Seite 1 weiter oben verwiesen.

Für weitere Fragen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Scholz
Vorsitzender

Uwe Zimmer
Geschäftsführer

nachrichtlich: Staatsrat Gerd-Rüdiger Kück, Herrn Abteilungsleiter Schneider-Heyer,
Herrn Dr. Bowles

Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans 2018-2021

Krankenkassenverbände im Land Bremen

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KRANKENKASSENVERBÄNDE IN BREMEN

c/o Verband der Ersatzkassen e. V. Martinistraße 34 · 28195 Bremen

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz
Referat 41
Herrn Dr. David Bowles
Contrescarpe 72
28195 Bremen

Bearbeitet durch

vdek

Mitglieder

AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Straße 95
28195 Bremen
Telefon (0421) 17 61 467

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen
Hutfilterstraße 16-18
28195 Bremen
Telefon (0421) 33 777 0

IKK gesund plus
Konrad-Adenauer-Allee 42
28329 Bremen
Telefon (0421) 49 98 60

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Landesvertretung Bremen -
Martinistraße 34
28195 Bremen
Telefon (0421) 16 56 56
Telefax (0421) 16 56 599
E-Mail: lv-bremen@vdek.com

Ihre Nachricht vom
31.05.2018

Unser Zeichen

Gesprächspartner
Peter Bahlo

Datum
13.06.2018

Stellungnahme der Krankenkassenverbände im Land Bremen zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans 2018-2021

Sehr geehrter Herr Dr. Bowles,

mit Mail vom 31.05.2018 haben Sie den Verbänden der Krankenkassen den Entwurf des Krankenhausrahmenplanes 2018-2021 mit der Bitte um Abgabe einer Stellungnahme zur Verfügung gestellt. Wir bedanken uns an dieser Stelle für die Verlängerung der Abgabefrist unserer Stellungnahme.

Grundsätzlich merken wir an, dass wir in dem vorliegenden Krankenhausrahmenplan 2018-2021 Aussagen zur Aufnahme von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a KHG vermissen. Seit 2017 wertet das IQTIG auf Bundesebene Daten aus, die bereits für die vergleichende Qualitätssicherung der Kliniken untereinander erhoben werden, und bewertet diese im Hinblick auf eine mögliche Patientengefährdung. Diese einrichtungsbezogene Auswertung und Kommentierung der Daten wird den Landesplanungsbehörden in den Bundesländern zur Verfügung gestellt. Können die Krankenkassenverbände im Land Bremen aus dieser Tatsache ableiten, dass die Geltung der im KHG geregelten planungsrelevanten

Qualitätsindikatoren im neuen BremKrhG ganz oder teilweise ausgeschlossen werden sollen? Gerade das Thema der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren war ein Grund dafür, warum sich die Beteiligten einvernehmlich auf eine Verlängerung des alten Krankenhausplanes um ein Jahr bis Ende 2017 verständigt haben.

Unsere Anmerkungen und Änderungsvorschläge zum Krankenhausrahmenplan 2018–2021 haben wir auf Ihren Wunsch hin direkt in das word-Dokument eingearbeitet. Dieses ist als Anlage beigefügt.

Sämtliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge sowie die Kommentierungen beziehen sich ausschließlich auf das Kapitel 5 „Schwerpunkte der Krankenhausplanung/-versorgung“ des Krankenhausrahmenplanes 2018–2021.

Zu Punkt 5.2 (Seite 47 der Anlage):

Hier wurde die psychiatrische Tagesklinik in Bremerhaven „ARCHE Klinik“ vergessen

Zu Punkt 5.2 (Seite 49 der Anlage):

Zum noch nicht abgeschlossenen Regionalisierungsprozess der Psychiatrie in der Stadtgemeinde Bremen stellt sich aus Sicht der GKV die Frage, ob die Fortsetzung des Regionalisierungsprozesses aus Behandlungs-, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsgründen weiterhin zielführend ist.

Zu Punkt 5.2 (Seite 50 der Anlage):

Nach Auffassung der Krankenkassenverbände ist der letzte Satz zu Punkt 5.2 („Der Aufbau eines Angebotes für Adoleszente ist vorgesehen“) zu streichen, da es sich bei einem „Angebot für Adoleszente“ um ein Behandlungskonzept handelt, unabhängig von Bedarf und Kapazitäten und somit nicht im Krankenhausrahmenplan zu regeln ist.

Zu Punkt 5.4 (Seite 52 der Anlage):

Aus Sicht der Krankenkassenverbände ist der 3. Satz im 2. Absatz entbehrlich.

Zu Punkt 5.5 (Seiten 54/55 der Anlage):

Die Krankenkassenverbände fordern hier eine Streichung des ersten Absatzes auf den Seiten 54/55, da der Krankenhausrahmenplan nur Versorgungskapazitäten und -bedarfe regelt. Die Finanzierung ist gesetzlich geregelt.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Peter Bahlo

Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans 2018-2021

Ärztammer Bremen



Stellungnahme der Ärztekammer Bremen zum Krankenhausrahmenplan 2018 – 2021

Die Ärztekammer Bremen bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und zugleich für die viele Arbeit, die in die Erarbeitung des Planes und hier insbesondere in die Erstellung der statistischen Daten, Auswertungen und Prognosen eingegangen ist.

Wir möchten nur einzelne Themen kommentieren:

Zu 3 Grundsätze der Krankenhausversorgung:

Hier wird der immense medizinische Fortschritt eine Konzentration gerade im hochspezialisierten Bereich erforderlich machen. Das bedeutet, dass mehrere spezialisierte Fachgebiete, Schwerpunkte und weitere Subspezialisierungen konzentriert vorgehalten werden, um medizinisch-fachliche Kenntnisse interdisziplinär zu nutzen, aber auch, um Vorhaltekosten sowohl im technischen, als auch im personellen Bereich zu begrenzen (Maximalversorgung). Zudem ist es weiterhin sinnvoll, dass einzelne Krankenhäuser sich in Schwerpunkten (im Sinne der Weiterbildungsordnung) auf definierte medizinische Spezialangebote fokussieren, wo weniger der interdisziplinäre Ansatz im Vordergrund steht, sondern die Qualitätssicherung durch Spezialisierung und ebenfalls die effiziente Nutzung notwendiger Spezialausrüstungen.

Zu erwarten ist, dass auch durch bundesrechtliche Vorgaben die weitere Zentralisierung von Krankenhausleistungen insbesondere im spezialisierten Bereich gefordert wird. Beispiele sind die Notfallversorgung an Kliniken, Vorgaben für Frühgeborene/Kinder mit angeborenen Fehlbildungen, für die Onkologie, für die Geburtshilfe, für Mindestmengen etc. Die schon bestehenden Vorgaben und die schon erkennbaren zukünftigen Vorgaben sollten unbedingt bei den weiteren Planungen beachtet werden. Daneben muss eine gut erreichbare und ausreichende regionale Grundversorgung vor allem angesichts der insgesamt älter werdenden Bevölkerung sichergestellt werden.

In beiden Bereichen (Hochspezialisierte Versorgung und Grundversorgung) macht sich die Trennung zwischen ambulantem und stationären Versorgungssektor zunehmend als Problem bemerkbar: Der Fachkräftemangel wird zukünftig eine Rund-um-die-Uhr Versorgung in Doppelstrukturen erschweren. Die Inanspruchnahme der Zentralen Notaufnahmen ist auch Ausdruck dieses Problems, indem akut aufgetretene Gesundheitsprobleme nicht mehr gut aufgefangen werden können, zumal die Budgetierung des Vertragsärztlichen Bereiches hier zusätzlich Probleme schafft. Eine wenigstens beginnende Überwindung der starren Grenzen zwischen den Sektoren (Bsp. Gemeinsame Versorgung von akut erkrankten Patienten und Notfällen) wäre wünschenswert, ebenso wie eine bessere Vernetzung der Versorgung insgesamt.



Zu 4 Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung im Land Bremen

Wenn es den Krankenhäusern im Land Bremen gelingt, ihre starke Position im Sinne einer oberzentralen Versorgung der Bürger/innen sowohl aus dem Land Bremen, als auch aus angrenzenden Bundesländern zu halten, dann wird sich der Zustrom wegen des Fachkräftemangels eher erhöhen: Nur wer das Personal hat, kann entsprechende Versorgungsleistungen durchführen. Gerade im (hoch)spezialisierten Bereich wird die Inanspruchnahme dann weiter zunehmen. Dadurch ist für Bremer/Bremerhavener Bürger/innen eine sehr hochwertige und gut erreichbare umfassende Versorgung zu realisieren. Ohne die Mitversorgung der Patienten aus dem Umland wäre das in dem Maß schwierig und damit nachteilig für die Bremer/innen (und natürlich auch für die Bürger/innen aus dem Umland).

Der Rückgang der Belegungstage war zu erwarten, da sich die Verweildauer immer noch insgesamt reduziert hat. Das bedeutet zugleich eine immense Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiter/innen. Zugleich sind stationäre Patienten heute kranker, weil viel mehr Erkrankungen ambulant behandelt werden können, also vielfach nur komplexer zu versorgende Patienten stationär aufgenommen werden. Das muss bei der Planung zwingend beachtet werden: Entscheidend ist nicht das aufgestellte Bett, sondern sind die Leistungen, für die vor allem Behandlungsräume, Diagnostische Möglichkeiten, Operationssäle etc. vorhanden sein müssen. Zu beachten ist auch, dass eine kurze Verweildauer und ein hoher Anteil von Notfallaufnahmen oder ungeplanten Übernahmen zur Spezialversorgung aus zuweisenden Kliniken den Bettenauslastungsgrad drücken: Je besser eine stationäre Behandlung in ihrem gesamten Ablauf geplant werden kann (elektive Behandlung), umso besser kann naturgemäß die Auslastung geplant werden.

Zu 5 Schwerpunkte der Krankenhausplanung/-versorgung

Die Thematik der Neonatologie ist ausführlich dargelegt worden, allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Strukturvorgaben zur Versorgung der schwerer erkrankten Neonaten und Frühgeborenen auch definierte Fachdisziplinen mindestens mit Kooperationsvertrag zur Versorgung erfordern (Beispielsweise muss eine kinderchirurgische Mitversorgung von Neonaten mit Fehlbildungen oder chirurgischen Problemen geregelt sein). Insgesamt steht die Versorgung dieser Risiko-Neonaten als Beispiel für einen sehr hohen Personal- und Strukturaufwand, der evident ein besseres outcome der Kinder ermöglicht, der aber eine Konzentration und Zentralisierung der Angebote zwingend notwendig macht. An diesem Beispiel wird auch deutlich, dass sinnvolle Strukturvorgaben Qualität in der Versorgung bewirken und insofern auch einen höheren Stellenwert haben müssen als Mindestmengen, die eher willkürlich sind und in der Regel nicht durch Evidenz belegt. Allerdings geht eine höhere Versorgungsfrequenz meistens auch mit besseren Strukturen und erfahrenen Teams einher.

Bei der Versorgung psychiatrischer Patienten bzw. Patienten mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf wird die Realisierung einer stationsvermeidenden Versorgung im ambulanten Umfeld für die Klinikteams eine Herausforderung sein. Wird diese Versorgung nicht ausfinanziert und – obwohl ambulant – nicht auch mit Investitionen unterstützt, kann sie nicht funktionieren. Personal, das ambulant versorgt, kann nicht zeitgleich in der Klinik sein, so dass soweit es sich um akut auftretende Probleme handelt, Vorhaltekosten entstehen werden. Im Grunde wird hier auch die Problematik der Notfallversorgung bei psychischen Erkrankungen deutlich.



Angesichts der besonderen Bedürfnisse geriatrischer Patienten, die oft immobil sind, multimorbid, gebrechlich, ggf. dement, muss ein Angebot vorgehalten werden, dass diesen besonderen Bedürfnissen Rechnung trägt, aber vollstationäre Aufenthalte limitiert. Denn die Hospitalisation kann selber eine Zustandsverschlechterung herbeiführen durch die Veränderung der gewohnten Umgebung und Abläufe. Deshalb wäre zu begrüßen, wenn die spezialistische geriatrische Diagnostik und Therapie (inkl. Reha) in teilstationären Settings vermehrt durchgeführt werden könnte, in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten und ambulanten Therapiemöglichkeiten (s.a. das kürzlich beschlossene Zielkonzept zur Geriatrischen Versorgung im Lande Bremen). Stationäre Bereiche müssen sowohl hinsichtlich ihrer räumlichen Konzeption, als auch hinsichtlich der qualitativen und quantitativen personellen Besetzung besonders ausgestattet sein, vor allem für die Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen. Dies muss bei den Vereinbarungen beachtet werden.

Zentren müssen im Sinne der konsentierten Kriterien besondere Aufgaben erfüllen und entsprechende Strukturen und entsprechend qualifiziertes Personal vorhalten. Sie können nur dann sinnvoll arbeiten, wenn sie vernetzt mit den regional zuständigen Grundversorgern und Zuweisern arbeiten können. Dieser Aufwand für Fallkonferenzen, Beratung, Fortbildung etc. muss berücksichtigt werden, darf aber auch erwartet werden. Perspektivisch sollte geprüft werden, wie eine bessere (unbürokratischere als die ASV) Verankerung der ambulanten Versorgung von Zentrumspatienten ermöglicht werden kann, welche die hochspezialisierte Versorgung (teilweise) noch benötigen, jedoch nicht stationär aufgenommen werden müssen (analog Polikliniken der Universitäten).

Sinnvoll wäre evtl. – sofern und solange es keine hinreichend detaillierte bundesrechtliche Regelung gibt – eine landesrechtliche Verankerung von Kriterien für die Ausweisung als Zentrum in diesem Sinne (mit besonderer Finanzierung) zu prüfen, um eine für alle Beteiligten rechtssichere Zuweisung zu ermöglichen. Wichtig für die Krankenhäuser, die Zentren vorhalten, ist eine ausreichende Bestandssicherheit jedenfalls soweit die Merkmale noch bestehen. Denn Zentren – sofern sie richtig zugewiesen sind – erfordern einen besonderen Struktur- und Personalaufwand, der auch längerfristig abgesichert sein muss. Diese Zentren sind (durch die Kriterien) zu unterscheiden von reinen Behandlungsschwerpunkten oder Organzentren oder ähnlichen Bezeichnungen, insofern ist nachvollziehbar, wenn die Aufrechterhaltung der Kriterien durch den Krankenhausträger gegenüber der Planungsbehörde nachgewiesen werden muss.

Die Qualifikation der Fachkräfte im Gesundheitswesen muss einerseits dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Andererseits sind Qualifizierungsangebote im Land Bremen besonders geeignet, die Absolventen/innen dann auch im Land zu halten. Die Schulgeldfreiheit ist sehr zu begrüßen. Die Mentalität, Auszubildende im Gesundheitswesen als billige Arbeitskräfte zu betrachten und deren besondere soziale Motivation auszunutzen, sollte endlich der Vergangenheit angehören. Deshalb muss auch die praktische Ausbildung mit einer guten Anleitung verbunden sein. Auszubildende müssen ausreichend Zeit zur supervidierten Vertiefung ihrer praktischen und theoretischen Kenntnisse und Fertigkeiten haben und sie benötigen Praxisanleiter/innen, die von Versorgungsroutinen entlastet werden, um ausreichend anleiten zu können und sich auch selber fortbilden zu können, damit aktuelles Wissen weitergegeben werden kann. Zu bedenken ist zudem, dass Auszubildende, die ein gutes Arbeitsumfeld kennenlernen können, eher an den ausbildenden Kliniken und im Beruf bleiben wollen. Nach Ende der Erstausbildung sind weitere Qualifizierungsmöglichkeiten anzubieten, die ebenfalls dringend benötigt werden (Bsp. Neonatologie, Onkologie, Anästhesie, Op, Geriatrie,).



Zudem müssen die personellen und strukturellen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses gemäß der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen vorhanden sein. Zukünftig wird es notwendig sein, dass Krankenhäuser, soweit sie keine eigenen ambulanten Versorgungsangebote haben, vermehrt mit Vertragsärzten kooperieren müssen, wenn sie eine umfassende Weiterbildung anbieten wollen, weil etliche Kompetenzen nicht mehr ausreichend im stationären Setting erlernt werden können, da sie nur (noch) in der ambulanten Versorgung vorkommen.

Zu 6 Methodisches Vorgehen der Bedarfsermittlung und zu 7 Ergebnisse – Status-quo und Prognose

Aus den vorgenannten Hinweisen ergibt sich, dass die Oberzentrale Funktion von Bremen und Bremerhaven, die notwendigen Zentralisierungen und Spezialisierungen, aber auch Veränderungen im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung, bedingt durch Demographie und Fachkräftemangel, bei der Bedarfsplanung mit beachtet werden sollten. Eine zu hohe/ gesteigerte Bettenauslastung einzuplanen, ist bei kurzen Verweildauern und einem erheblichen Anteil ungeplanter Aufnahmen bei krankeren Patienten und wegen der zunehmende Hygienrisiken nicht sinnvoll.

Bei den Erwägungen zu Planungsentscheidungen sollte vor allem auf vorhandene Strukturqualität und ausreichend qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl geachtet werden: Der angestrebte Versorgungsauftrag muss zu den vom jeweiligen Krankenhaus angebotenen Strukturen passen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Heidrun Gitter

Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans 2018-2021

Psychotherapeutenkammer Bremen

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit
und Verbraucherschutz
Referat 41
Contrescarpe 72
28195 Bremen

Vorstand:
Dipl.-Psych. Karl Heinz Schrömgens, Präsident
Dipl.-Psych. Hans Schindler, stellv. Präsident
Dipl.-Psych. Dr. Sylvia Helbig-Lang, Beisitzerin
Dipl.-Psych. Wiebke Rappen, Beisitzerin
Dipl.-Psych. Amelie Thobaben, Beisitzerin

Unsere Zeichen
PK Bremen-219-Sch/Ber

Ihre Zeichen

Datum
13.06.2018

Stellungnahme zum Krankenhausrahmenplan des Landes Bremen 2018 - 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Überlassung des Entwurfes des Krankenhausrahmenplans des Landes Bremen 2018 – 2021.

Im Interesse der Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen möchten wir aus Sicht der Psychotherapeutenkammer die nachfolgenden Hinweise geben:

Unter 5.2. wird die psychiatrische Versorgung im Land Bremen dargestellt. Wir merken zunächst an, dass wir die Begrifflichkeit „psychiatrisch“ als zu eng ansehen. Die Krankenhausversorgung hat die gesamte Versorgung psychisch kranker Menschen, bei denen stationäre oder teilstationäre Behandlungen indiziert sind, in den Blick zu nehmen. Dies betrifft das gesamte Kapitel V der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD 10). Wohlgemerkt, es wird von psychischen, nicht von psychiatrischen Störungen gesprochen. In der Behandlung von psychischen Störungen kommt es wesentlich auf die Beziehungsgestaltung und die Beziehungskontinuität an.

Regionalisierung der Krankenhausversorgung kann ein hilfreicher Schritt sein, wenn die inhaltliche Ausrichtung entsprechend gestaltet wird. Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung hat Vorgaben zu entwickeln, wie dem im Bürgerschaftsbeschluss von 2013 geforderten Primat der Ambulantisierung der Krankenhausversorgung im Bereich psychisch kranker Menschen Rechnung getragen werden kann. Aus unserer Sicht stellt die Wiederholung von Zielsetzungen keine Planung dar. Auch reicht das Beschreiben von Mängeln, wie die nicht in Gänze vollzogene Regionalisierung im Bereich von teilstationären bzw. vollstationären Angeboten, nicht aus. Es fehlen konkrete Planungen, wie das Ziel erreicht werden soll.

.../2

Seite 2 zum Schreiben vom 13. Juni 2018

An die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Verbraucherschutz, Referat 41, Bremen

Einen zentralen Mangel des vorliegenden Papiers sehen wir in dem völligen Fehlen psychotherapeutischer Behandlungsansätze. In allen Leitlinien zur Behandlung psychisch kranker Menschen werden psychotherapeutische Behandlungsansätze als vorrangiges Mittel oder parallel zu psychopharmakologischer Behandlung empfohlen. Diese Qualitätsanforderung muss auch in der Krankenhausrahmenplanung Niederschlag finden. Dieser Mangel zeigt sich besonders, wenn auf Seite 48 die Ziele einer Psychiatriereform dargestellt werden. Psychotherapeutische Behandlungsansätze und Interventionen werden nicht erwähnt. Eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen ohne Psychotherapie und ohne psychotherapeutisches Verständnis ist heute aus unserer Sicht als Kunstfehler anzusehen.

Allein die Bevölkerungsentwicklung und mögliches Nachfrageverhalten in den Blick zu nehmen, wie im vorliegenden Plan geschehen, greift unseres Erachtens zu kurz. Insgesamt bedarf es einer differenzierteren Betrachtung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Eine Ambulantisierung von Krankenhausversorgung hin zu wohnfeldnahen gemeindeorientierten Konzepten (Stichworte: Community Mental Health Teams, Hometreatment, Need Adapted Treatment) ist vorrangig geeignet, psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf eine Behandlung im Lebensumfeld zu ermöglichen und damit unnötige Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Dies ist auch als Maßnahme im Sinne der geforderten Inklusion entsprechend der UN- Behindertenrechtskonvention zu sehen. Auf der anderen Seite gibt es psychisch kranke Menschen, die aufgrund der Tiefe und Schwere ihrer Störung eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung mit ihren aufeinander abgestimmten unterschiedlichen Behandlungskonzepten als Gesundheits- und Schutzraum benötigen.

Das Land Bremen, insbesondere die Stadt Bremen, bedarf einer Krankenhausplanung, in der die Angebote der verschiedenen Kliniken (Klinikum Bremen Ost, Aneos Klinikum Dr. Heines, Klinikum Bremen Nord) nicht in Konkurrenz, sondern in gelingender Kooperation im Interesse einer möglichst guten Versorgung psychisch kranker Menschen entwickelt werden. Auch an dieser Stelle vermischen wir zielführende Überlegungen.

Wir begrüßen es, wenn sich im Krankenhausrahmenplan mit der Personalausstattung befasst wird. Allerdings vermischen wir Überlegungen zur Personalentwicklung bei den Berufsgruppen der Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Aus unserer Sicht ist unverständlich, wenn 20 Jahre nach Beschlussfassung des Psychotherapeutengesetzes die beiden psychotherapeutischen Berufe bis heute in der Diktion und der Personaleinstufung der Krankenhäuser faktisch nicht vorhanden sind. Noch immer wird ausschließlich von „Psychologen“ gesprochen, obwohl ein Psychologe nicht über eine entsprechende

.../3

Seite 3 zum Schreiben vom 13. Juni 2018

An die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Verbraucherschutz, Referat 41, Bremen

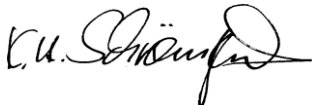
Fachausbildung zum Psychotherapeuten verfügt und somit auch keine Heilbehandlungserlaubnis besitzt.

Teil der gegenwärtig noch geltenden Ausbildung zum Psychotherapeuten ist eine mindestens einjährige praktische Tätigkeit in einem psychiatrischen bzw. psychosomatischen Krankenhaus. Diese Tätigkeit wird nur marginal bezahlt und findet weitgehend ohne ausreichende Anleitung und Betreuung statt.

Wir wünschen uns vom Land Bremen Maßnahmen, um diesen Zustand, der von der ehemaligen Gesundheitssenatorin Ingelore Rosenkötter schon im Jahr 2008 als Zustand der Ausbeutung charakterisiert worden ist, im Interesse der Ausbildungsteilnehmer zeitnah zu lösen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Arbeitsentwurf für eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes vorgelegt. Dieser verfolgt das Ziel, den psychotherapeutischen Qualifikationsweg in Analogie zum ärztlichen als Direktstudium mit anschließender verfahrens- und altersgruppenbezogener Fachweiterbildung zu gestalten. U.a. soll damit auch der oben geschilderte „Ausbeutungszustand“ aufgehoben werden. Sobald dieses Gesetz verabschiedet ist, kommt auf die Krankenhäuser, in denen psychisch kranke Menschen behandelt werden, die Aufgabe zu, in erforderlicher Zahl Weiterbildungsstellen für approbierte Psychotherapeuten einzurichten. Dieses ist in einer Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Parallel wird es für einen längeren Übergangszeitraum noch Ausbildungen nach dem gegenwärtigen Psychotherapeutenrecht geben, so dass angemessene Regelungen zur Finanzierung und Qualifizierung der praktischen Tätigkeit nach bisherigem Ausbildungsrecht nicht obsolet werden.

Abschließend weisen wir noch darauf hin, dass auch im Rahmen von Zentren in der somatischen Versorgung, z.B. dem Onkologischen Zentrum oder dem Eltern-Kind-Zentrum im Rahmen der GENO, zur Sicherung einer entsprechenden Qualität psychotherapeutische Kompetenzen regelhaft vorgehalten werden müssen.

Mit freundlichen Grüßen



Karl Heinz Schrömgens
Präsident der Psychotherapeutenkammer Bremen

Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans 2018-2021

Marburger Bund, Landesverband Bremen

Stellungnahme des Marburger Bund Landesverbandes Bremen zum vorliegenden Entwurf Landeskrankenhausplan Bremen für die Jahre 2018 bis 2021

Aus Sicht der angestellten Ärzte und Ärztinnen ist eine Landeskrankenhausplanung, die die Zahl der Krankenhausbetten im Lande Bremen leicht über das aktuelle Niveau erhöht (Modellrechnung 1 und 3) zu begrüßen.

Insbesondere die alternde Gesellschaft, auf die ja auch im Entwurf eingegangen wird, wird in Zukunft mehr Krankenhausbetten brauchen. Dies ist nicht nur durch die zunehmende Zahl, der mit dem Alter assoziierten Erkrankungen, erklärt, sondern auch durch eine abnehmende Mobilität und Belastbarkeit älterer Menschen, die stationäre Therapie und Diagnostik auch in Fällen erforderlich machen, in denen dies bei jüngeren Patienten ambulant geschehen könnte.

Außerdem ist davon auszugehen, dass ältere Menschen im Falle von Epidemien (s. auch „Grippeepidemie“ Anfang des Jahres) schneller, häufiger und länger auf stationäre Betreuung angewiesen sind. Natürlich kann Ziel eines Landesbettenplanes nicht sein, Kapazitäten für außergewöhnliche Situationen bereitzustellen. Dennoch müssen auch diese berücksichtigt werden und eine Krankenhauslandschaft, die schon im Normal am Rande ihrer Kapazität arbeitet wird dies nicht können. Auch diese Kapazitäten über eine Steigerung der Auslastungsquote zu generieren ist nicht realistisch, da weiterhin elektive Diagnostik und Therapie in Regelarbeitszeit erfolgen wird (zu dieser Zeit also mehr Belegung zu erwarten ist als an Wochenenden und Feiertagen). Dies zu ändern dürfte weder im Interesse der Arbeitnehmer noch der Arbeitgeber liegen.

Ob diese Faktoren wirklich durch eine steigende oder anhaltende Zuwanderung junger Menschen beeinflusst werden kann, würde wir als Verband bezweifeln und deswegen eine Planung mit einem moderaten Anstieg der Bettenzahl im Lande Bremen begrüßen.

Insgesamt muß aber darauf hingewiesen werden, dass bereits jetzt, auch im Lande Bremen der Mangel an Pflegekräften (und zum Teil auch Ärzten) spürbar wird, so dass hier dringend weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, Stellenpläne den kommenden Aufgaben anzupassen und auch die Möglichkeiten geschaffen werden müssen, dass diese Stellen auch besetzt werden können.

Für die Qualifikation von mehr Pflegekräften müssen daher mehr Ausbildungsplätze zu besseren Lernbedingungen geschaffen werden: Pflegeschüler/innen dürfen nicht als billige Arbeitskräfte missbraucht werden, sondern benötigen im Gegenteil Praxisanleiter/innen, die Zeit heben und für die Anleitung von Routinetätigkeiten entlastet werden.