

# report bremen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Aug. 2009

# ersatzkassen

## Soziale Sicherungssysteme schaffen Stabilität

Es ist Wahlkampf und die Parteien haben in Eckpunkten formuliert, wie sie die Sozial- und Gesundheitspolitik gestalten wollen, falls sie regieren werden. Was in der Politik der Profilbildung einer Partei dient, bedeutet für die Gesellschaft eine wichtige Weichenstellung. Denn die Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme wird in der nächsten Legislaturperiode eine wichtige Rolle spielen.

Die Folgen der Wirtschaftskrise fangen gerade erst an, sich deutlich in der gesetzlichen Krankenversicherung bemerkbar zu machen. Haben die Kassen im ersten Quartal ein Plus von 1,1 Mrd. Euro verbuchen können, sehen sie sich demnächst mit hohen Beitragsausfällen konfrontiert – selbst die Bundesgesundheitsministerin spricht von einem 3-Milliarden-Defizit.

Arbeitslosigkeit und ausgedehnte Kurzarbeit werden Auswirkungen auf alle Bereiche des Sozialsystems haben. Gleichzeitig ist es aber das Netz der sozialen Sicherung, das die Folgen wirtschaftlichen Abschwungs abfedert, indem es integriert, Risiken auffängt und soziale Ungleichheit ausgleicht. Daher ist es notwendig, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine solide Basis

### In dieser Ausgabe:

- **Krankenhäuser:**  
Investitionsstau und Unterfinanzierung
- **Wohin führt das neue Konzept der GeNo?**  
Interview mit dem Geschäftsführer der Krankenhausesellschaft, Uwe Zimmer
- **„Organspende schenkt Leben“** –  
Initiative der Ersatzkassen
- **Demenzkranke:**  
Besondere Betreuung in Pflegeheimen

zu stellen und sie vor willkürlichen Eingriffen und wirtschaftlichen Unwägbarkeiten zu schützen.

### Die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert

Den Krankenkassen und ihren Verbänden gelingt es, ihren Versicherten den mit jedem Gesetzgebungsverfahren größer werdenden Leistungsrahmen zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig verhan-

deln sie über den nie enden wollenden Ruf nach mehr Honorar für Ärzte und Krankenhäuser. Die Tatsache, dass die Ausgaben für Gesundheit sich kontinuierlich im Einklang mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Landes entwickeln, zeigt deutlich, dass die Krankenkassen und ihre Verbände ihre Aufgabe erfüllen und für alle Bürger eine gute medizinische Versorgung zu einem angemessenen Preis zur Verfügung stellen.

In der nächsten Legislaturperiode wird es vordringlich darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern. Nur gering steigende Reallöhne, steigende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen in der Krise die Einnahmen bröckeln. Die damit zu erwartende Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben wird zwar zunächst mit einem Darlehen aus der Bundeskasse überbrückt; dieses soll allerdings in 2011 zurückgezahlt werden und löst daher die Unterfinanzierung im Gesundheitsfonds nicht. Wie können also die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verbreitert und gleichzeitig Sondersituationen, wie die Wirtschaftskrise oder die Kosten einer Pandemie, wie die Schweinegrippe-Impfung, aufgefangen werden? Die drei Stellschrauben, die hier infrage kommen, sind: Steuerfinanzierung, höhere Beiträge und Zusatzbeiträge.

### Steuerzuschüsse

Die Krankenversicherung wird bis heute maßgeblich über einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert. Allerdings ergänzen heute in nicht unerheblichem Maß Zins- und Immobilieneinkünfte das Einkommen. Zudem werden durch die Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der das Einkommen beitragspflichtig ist und durch die Versicherungspflichtgrenze, ab deren Überschrei-

tung sich ein Arbeitnehmer privat versichern kann, ein erheblicher Teil der Einkommen der solidarischen Krankenversicherung entzogen. Hinzu kommt ein wachsender Anteil von versicherten Rentnern, die unterdurchschnittliche Beiträge zahlen. Die Steuerfinanzierung hat den Vorteil, dass die gesamte Bevölkerung und nicht nur der Faktor Arbeit belastet wird.

### Höhere Beiträge

Seit Einführung des Gesundheitsfonds ist es Aufgabe der Politik, den allgemeinen Beitragssatz zu erhöhen oder möglicherweise sogar zu senken. Es ist natürlich für keine Regierungspartei angenehm, den Wählern mitteilen zu müssen, dass während ihrer Amtszeit die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erhöht werden müssen. Entsprechend werden die Verantwortlichen eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes unbedingt vermeiden wollen.

### Zusatzbeiträge

Eher werden die Kassen gezwungen sein Zusatzbeiträge zu erheben, wenn das Geld aus dem Fonds nicht zur Versorgung ihrer Versicherten ausreicht.

Dies ist allerdings die ungerechteste aller Varianten, da sie weder andere Einkommensarten berücksichtigt, noch einen Anteil des Arbeitgebers beinhaltet.

Die Ersatzkassen kritisieren grundsätzlich, dass sich die Belastungsverteilung in der Krankenversicherung in den letzten Jahren deutlich zuungunsten der Versicherten verschoben hat. Dies gilt bereits für den um 0,9 Prozentpunkte höheren Beitragssatz der Versicherten. Durch Zusatzbeiträge drohen zukünftig weitere Verschiebungen.



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

## DER KOMMENTAR

Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ist ein tragender Faktor für die deutsche Wirtschaft und Gesellschaft. Viel zu lange wurde vom Kostenfaktor Gesundheitswesen und von zu hohen Lohnnebenkosten gesprochen. Dass das Gesundheitswesen zudem sichere Arbeitsplätze schafft, die kaum ins Ausland verlegt werden können, hat nun auch die Politik entdeckt. Von 1 Million neuer Arbeitsplätze im Gesundheitssektor spricht Kanzlerkandidat Frank-Walter Steinmeier in seinem Deutschland-Plan.

Ein Beispiel für neue Arbeitsplätze im Dienst am Menschen sind die zusätzlichen Betreuungskräfte, die derzeit in den Pflegeheimen eingestellt werden, damit demenzerkrankte Menschen eine bessere Betreuung bekommen (Bericht auf Seite 8). Rund 20.000 Menschen wird diese neue Regelung einen Arbeitsplatz verschaffen – 11.000 sind es bereits.

Um dieser Entwicklung eine tragfähige Basis zu geben, ist es wichtig, dass die Politik auch bei der Finanzierung die gesellschaftliche Bedeutung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung berücksichtigt und die Lasten nicht einseitig den Versicherten zugeschoben werden.

### Gerechte Finanzierung

Gerade angesichts der Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise ist die Stabilität der sozialen Sicherungssysteme von grundlegender Bedeutung. Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung sichert allen Versicherten – unabhängig von Alter, Geschlecht, individuellem Krankheitsrisiko und den finanziellen Möglichkeiten – eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung im Krankheitsfall.

Um die Leistungsfähigkeit dieses Systems durch Sonderfälle wie die Wirtschaftskrise oder die Schweinegrippe nicht zu schwächen, sollten nach Ansicht der Ersatzkassen die Darlehen zur Überbrückung der Wirtschaftskrise in einmalige Steuerzuschüsse umgewandelt und ein entsprechender Steuerzuschuss für den Fall einer Pandemie in den Haushalt eingestellt werden.

Bezüglich des um 0,9 Prozentpunkte höheren Beitragssatzes der Versicherten fordern die Ersatzkassen, dass die nächste Regierung diese zusätzliche Belastung aufhebt und die Arbeitgeber wieder hälftig an den Krankenkassenbeiträgen beteiligt.

## Krankenhäuser – Investitionsstau und Unterfinanzierung

**Hohe und kontinuierlich steigende Ausgaben der Krankenkassen auf der einen Seite und Verantwortliche in den Krankenhäusern, die immer wieder eine Unterfinanzierung beklagen, auf der anderen. Was stimmt nicht im Krankenhausbereich?**

Die Ausgaben für den stationären Bereich sind in den vergangenen Jahren überproportional gestiegen – seit Einführung der diagnoseorientierten Fallgruppen (DRG) in 2003 bundesweit um mehr als 10 Prozent. Davon profitieren auch die Bremer Kliniken: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die stationäre Versorgung sind während der Anpassungsphase zwischen 2003 und 2008 um rund 20 Millionen Euro gestiegen.

Gleichzeitig gehen wissenschaftliche Gutachter davon aus, dass im Klinikbereich an vielen Stellen effizienter gearbeitet werden könnte:

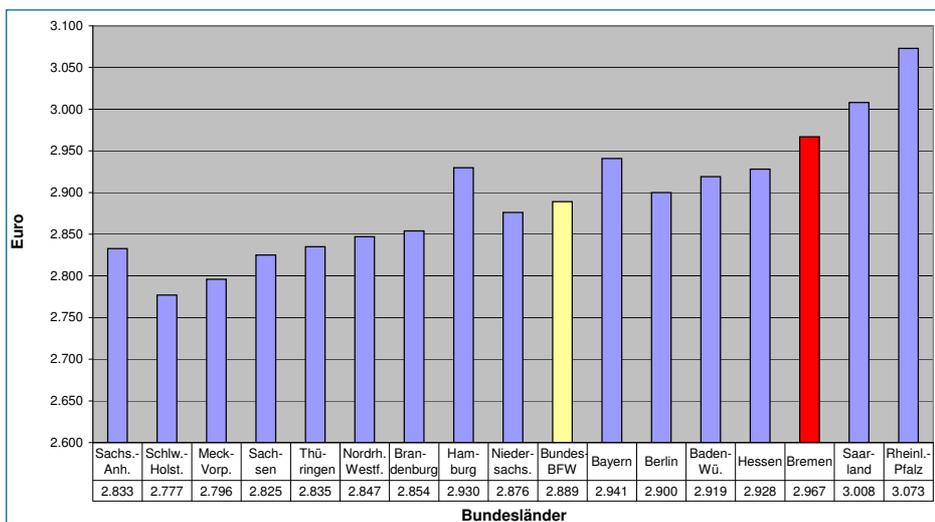
„Die stationäre Versorgung ist nicht nur der ausgabenbeträchtigtste, sondern auch derjenige Leistungssektor in der GKV, für den sich die deutlichsten Hinweise auf bestehende Ineffizienzen ergeben ...“. So lautet das Fazit des Ende Juni vorgelegten Forschungsberichts zur effizienteren und leistungsfähigeren Gesundheitsversorgung, das von Prof. Bert Rürup, dem IGES Institut, Prof. Eberhard Wille und dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung erstellt wurde.

Der Spagat könnte breiter nicht sein. Während Vertreter der Krankenhäuser eine Unterfinanzierung der Kliniken beklagen, sehen Krankenkassen und Gutachter die Möglichkeit, im stationären Sektor wesentlich wirtschaftlicher zu arbeiten, als es derzeit der Fall ist.

Dies hat sicherlich damit zu tun, ob Krankenhäuser sich seit Einführung der DRG auf ihre Kernkompetenzen konzentriert und entsprechend umstrukturiert haben. Es ist aber auch ein grundlegendes, ein strukturelles Problem, an dem die deutsche Kliniklandschaft krankt:

### Investitionsstau in den Ländern

Bei der Krankenhausfinanzierung gilt in Deutschland das duale System. Während die Finanzmittel für Investitionskosten von den Bundesländern aufgebracht werden sollen, finanzieren die Krankenkassen die Leistungen für ihre Patienten in den Kliniken. Da die



Landesbasisfallwerte 2009

Landesregierungen ihrer Verpflichtung aber nur sehr mangelhaft nachgekommen sind, hat sich ein Investitionsrückstand aufgebaut, der bundesweit auf 30 bis 50 Milliarden Euro beziffert wird. Bremen liegt beim Länder-Vergleich der Investitionsmittel pro Bett deutlich im unteren Drittel und das hat weitreichende Folgen: Gebäude veralten, verursachen hohe Betriebskosten oder sind unwirtschaftlich angelegt, wie beispielsweise das Pavillonsystem des Klinikum Bremen-Mitte.

Bemerkenswert ist der Unterschied zwischen kommunalen Krankenhäusern unter dem Dach der Gesundheit Nord (GeNo) und freien gemeinnützigen Kliniken. Letztere waren in den vergangenen Jahren eher aktiv in ihren Sanierungs- und Neubaumaßnahmen. Man könnte vermuten, dass diese Häuser Finanzierungsquellen haben, über die die kommunalen Krankenhäuser nicht verfügen.

### **Zu hoher Landesbasisfallwert**

Tatsächlich ist es aber ein zu hoher Landesbasisfallwert, der den freien und gemeinnützigen Kliniken mehr Geld von den Krankenkassen beschert, als diese für die Versorgung von Patienten benötigen. Dies liegt in der Unwirtschaftlichkeit der kommunalen Häuser begründet, die aus mangelnden Investitionen und damit oft verbunden aus mangelnder Neustrukturierung entstanden ist. Mit Einführung der DRG und der Angleichung von klinikbezogenen Basisfallwerten zu einem einheitlichen Landesbasisfallwert wurden die hohen Kosten der kommunalen Kliniken zum Umrechnungsfaktor für alle Krankenhausleistungen in Bremen. Daher ist der Landesbasisfallwert in Bremen mit 2,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt besonders hoch, ohne dass die Bremer Krankenkassen entsprechend mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

Dadurch bekommen die freien und gemeinnützigen Häuser seit 2003 mehr Geld von den Krankenkassen, als sie eigentlich für die Versorgung der Patienten brauchen und können damit auch die Investitionen in ihre Kliniken bestreiten. Teilweise ist die sogenannte Monistik, die Finanzierung der Leistungen und der Investitionskosten durch die Krankenkassen, also schon Realität.

Die umfangreich notwendigen Sanierungsarbeiten der kommunalen Häuser – hier sticht besonders das Klinikum Mitte mit einem Investitionsbedarf von 230 Millionen Euro heraus – sollen ebenfalls aus „Eigenmitteln“ geleistet werden. So lautet die Forderung der Gesundheitsbehörde. Wenn diese eine Bürgschaft für die notwendigen Investitionsmittel übernehmen soll, muss die Gesundheit Nord, als

Dachgesellschaft der kommunalen Häuser, 300 Millionen Euro Einsparungen nachweisen, die dann in die Umbaumaßnahmen fließen sollen.

Krankenhäuser, besonders kommunale, verfügen nicht über Eigenmittel. Ihre Einnahmen kommen von den Krankenkassen und sind als Behandlungskosten für deren Versicherte gedacht. Da die Finanzlücke aufgrund des Investitionsstaus der vergangenen Jahrzehnte so hoch ist, dass dies massive Unwirtschaftlichkeiten verursacht, entsteht ein Eindruck, als sei nicht genügend Geld für die Versorgung der Versicherten vorhanden. Auch von den Betriebsräten der Krankenhäuser wird dies gegenüber den Mitarbeitern gern und plakativ als Deckel der Krankenkassen bezeichnet, den es, im Sinne einer guten Versorgung, zu beseitigen gilt.

### **Kassenbeitrag mehr als ausreichend**

Durch den hohen Landesbasisfallwert ist jede Leistung, die von den Bremischen Krankenhäusern abgerechnet wird, 97 Euro teurer, als im Bundesdurchschnitt. Zum Vergleich: In Hamburg liegt der Landesbasisfallwert 43 Euro unter dem Bundesdurchschnitt, in Berlin sogar 71 Euro darunter. Das oft angeführte Argument, Bremen sei als Stadtstaat und Versorgungszentrum teurer als andere Bundesländer, greift also nicht.

Worüber eigentlich gesprochen wird, wenn die Unterfinanzierung beklagt und mit dem Budgetdeckel der Krankenkassen argumentiert wird, ist die Forderung nach so viel Geld von den Kassen, dass auch die Investitionen in kommunale Krankenhäuser über den Landesbasisfallwert gezahlt werden, was diesen dann noch weiter aufblähen würde.

Die Versorgung ihrer Versicherten finanzieren die Krankenkassen mehr als ausreichend, aber sie können nicht länger die Investitionsdefizite des Landes auffangen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken diese Kosten nicht. Und es ist nicht einzusehen, warum die Versicherten, die über Steuern schon ihren Beitrag zu den Krankenhausinvestitionen leisten, darüber hinaus noch mit einem Zusatzbeitrag belastet werden sollen.

Wenn die Länder auf keinen Fall auf ihre Hoheit über die kommunalen Kliniken verzichten wollen, wie sie 2008 aus der Gesundheitsministerkonferenz verlauten ließen, dann müssen sie in ihre Verantwortung treten und endlich eine Lösung für die notwendigen Investitionen in die Krankenhäuser finden.

## Krankenhausplanung – Wohin führt das neue Konzept der GeNo?

Durch die Veränderung des Vergütungsmodus – weg von den Tagessätzen und hin zur diagnoseorientierten Abrechnung, war vor allem eines intendiert: die Strukturen der Krankenhäuser sollten sich dem Leistungsgeschehen anpassen. Für jedes Krankenhaus sollte deutlich werden, dass sich Stationen, die nicht ausgelastet sind, nicht mehr tragen und dass die Konzentration auf Kernkompetenzen ein wirtschaftlich und qualitativ sinnvoller Weg ist als die Vorhaltung möglichst vieler Disziplinen.

Dadurch angestoßen, wurden in deutschen Kliniken zum Teil massive Umstrukturierungen vorgenommen, Leistungen konzentriert und Abläufe wirtschaftlicher, transparenter und patientenfreundlicher gestaltet. Besonders aber die kommunalen Krankenhäuser tun sich in diesem Prozess schwer.

In Bremen haben die Planungen zur Neustrukturierung der kommunalen Kliniken – unter anderem wegen des Strafverfahrens gegen den ehemaligen Geschäftsführer der Dachgesellschaft Gesundheit Nord (GeNo), Wolfgang Tissen – jahrelang stillgestanden. Der neue Geschäftsführer, Dr. Diethelm Hansen, hat jetzt Eckpunkte zur Neuorganisation des medizinischen Leistungsangebotes der kommunalen Kliniken vorgelegt. Demnach sollen zehn medizinische Zentren, teils standortübergreifend, teils als Schwerpunkt einzelner Häuser, entstehen.

Ein Mutter-Kind-Zentrum soll an allen vier Standorten Mütter und Kinder behandeln, ein Zentrum für Psychiatrie soll im Klinikum Bremen-Ost und im Klinikum Bremen-Nord angesiedelt werden und für die Kliniken Links der Weser und Bremen-Mitte sind psychiatrische Ambulanzen geplant. Als weitere Schwerpunkte innerhalb der einzelnen Häuser sind vorgesehen:

- Klinikum Bremen-Mitte: Onkologisches / internistisches Zentrum, Brustzentrum, Neuro- und Kopfzentrum, chirurgisches Zentrum
- Klinikum Bremen-Ost: Zentrum für minimal-invasive Chirurgie, Lungenzentrum
- Klinikum Links der Weser: Herz- und Kreislaufzentrum

Aber auch die übergreifende Koordination mit den freien und gemeinnützigen Häusern wird bisher vernachlässigt.

So werden beispielsweise in einem Abstand von 1.500 Metern im St. Joseph-Stift und im Klinikum Bremen-Mitte parallele Strukturen wie HNO, Augenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe angeboten. Der Prozess einer Konzentration auf Kernkompetenzen scheint hier noch nicht stattgefunden zu haben.

## Fragen an Uwe Zimmer, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft



Uwe Zimmer, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen (HBKG)

▼ **Das Zukunftskonzept der kommunalen Krankenhäuser liegt – zumindest in seinen Eckpunkten – auf dem Tisch. Wie beurteilen Sie die geplante Zentrenbildung innerhalb der GeNo-Kliniken?**

▲ In Zeiten, in denen die Patienten der Krankenhäuser aufgrund des ansteigenden Durchschnittsalters zunehmend mit mehreren, chronischen Erkrankungen behandelt werden müssen, ist es notwendig, die therapeutischen und pflegerischen Kompetenzen in den Krankenhäusern zu bündeln.

Hinzu kommt die schwierige Finanzlage, die zu immer neuen Anstrengungen zwingt, die Ressourcen zu bündeln und zielgerichteter einzusetzen.

Beides zwingt zur engeren Verzahnung der stationären Leistungsangebote und zur Bildung von Zentren. Insofern haben die Krankenhäuser der GeNo die Zeichen der Zeit erkannt und die richtige Antwort auf die Herausforderungen der Zukunft gefunden.

Dabei wird es im Detail auf den genauen Zuschnitt der Zentren und die klare Beschreibung und Wahrnehmung der medizinisch-pflegerischen und ökonomischen Verantwortlichkeiten ankommen, wenn die Zentren erfolgreich sein sollen. Dass die GeNo-

Geschäftsführung hier die Mitarbeiter in den Dialog einbezieht ist jedoch eine wichtige Grundlage für diesen Erfolg.

#### ▼ Welche Auswirkungen haben die geplanten Strukturveränderungen des Klinik-Verbundes im Hinblick auf die Gesamtheit der Krankenhäuser in Bremen?

▲ Man muss sich die Ausgangssituation vor einem Jahr vor Augen halten. Viele Maßnahmen, die die Krankenhäuser der GeNo seither eingeleitet haben, wurden getroffen, um die ökonomische Existenz zu sichern. Diese Maßnahmen haben die anderen Krankenhäuser in den letzten Jahren schon durchgeführt.

Wenn nach der Sanierung auch die Umstrukturierung erfolgreich verläuft, wird sich in vielen Bereichen auf mittlere Sicht allerdings der Wettbewerb um die beste Patientenversorgung zwischen den stadtbremischen Krankenhäusern verschärfen. Dieser zunehmende Qualitätswettbewerb ist für die Patienten und die Krankenkassen positiv. Für die Patienten führt er zu einer verbesserten Versorgung und für die Krankenkassen führen die dadurch erreichten besseren Ergebnisse auf mittlere Sicht zu geringeren Krankheitskosten.

Auf mittlere Sicht sind Korrekturen an den Versorgungsaufträgen der Kommunalen Krankenhäuser wahrscheinlich. Inwieweit dadurch Veränderungen an den Versorgungsaufträgen für die anderen Akutkliniken in der Stadt Bremen notwendig werden, ist zurzeit noch nicht abzusehen. Die sich daraus ergebenden Einzelfragen werden jedoch sicher bei Aufstellung des Krankenhausplanes behandelt und gelöst werden können.

Wenn die vier kommunalen Krankenhäuser erfolgreich durch diesen Prozess der Umstrukturierung kommen, wird in drei bis vier Jahren der Krankenhausstandort Bremen leistungsfähiger, innovativer und wirtschaftlicher sein. Daraus ergeben sich auch positive Rückwirkungen auf die übrigen Krankenhäuser der Stadt Bremen.

#### ▼ Gibt es gemeinsame, konzeptuelle Pläne auch zwischen den freien und gemeinnützigen Kliniken?

▲ Eine Zentralisierung von Verwaltungsfunktionen und Servicebereichen in einer gemeinsamen Holdingstruktur ist wohl eher nicht zu erwarten, wobei auch diese Krankenhäuser sich zum Beispiel Einkaufsverbänden oder sogar größeren Krankenhausverbänden angeschlossen haben und viele

Aufgaben in den patientenfernen Dienstleistungen nicht mehr durch eigenes Personal erbringen.

Auch hier muss man auf die Veränderungen hinweisen, die sich bei den freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern in der Stadt Bremen in den letzten Jahren abgespielt haben. Auch dort mussten sich die Beschäftigten an die schwierigen Bedingungen der Krankenhausfinanzierung anpassen und zeitweise Notlagentarife hinnehmen.

Auch dort wurden Zentren gebildet, zum Beispiel das Brustzentrum am St. Josef Stift, das Rheumazentrum am Roten Kreuz Krankenhaus, das Handzentrum an der Roland Klinik oder das onkologische Kompetenzzentrum am Diako. Beziehungsweise die Strukturen wurden angepasst, wie die Umwandlung der Paracelsus Kurfürstenklinik von einer reinen Belegklinik zu einem Krankenhaus mit Hauptfachabteilungen beweist.

Über die einzelnen Leistungsangebote sind die Freien Kliniken intern in einem dichten Austausch und in einer engen Abstimmung, so dass man sich im Falle einer größeren Änderung an den Versorgungsaufträgen der Kommunalen Krankenhäuser mit den Auswirkungen auf die Freien Kliniken beschäftigen und gemeinsam agieren wird. Da dieses zurzeit jedoch seitens der Gesundheit Nord noch nicht vorgesehen ist, können auch der HBKG über konkrete Planungen zurzeit keine aktuellen Erkenntnisse vorliegen.

#### ▼ Wie könnte, aus Sicht der Krankenhausgesellschaft, der Prozess für eine zukunftsfähige Entwicklung aller Kliniken in Bremen aussehen?

▲ Den einen Prozess, der alle Krankenhäuser gleichermaßen in eine gute Zukunft führt, wird es so nicht geben.

Für die Zukunftsfähigkeit des Krankenhausstandortes Bremen kommt es zum einen sehr stark auf die äußeren Rahmenbedingungen an und zum anderen gerade auf die Fähigkeiten jedes einzelnen Krankenhauses, seinen eigenen Weg zu finden, unter diesen Rahmenbedingungen zu bestehen.

Dabei können sehr unterschiedliche Wege erfolgreich sein. Beispielsweise kann eine starke Spezialisierung mit großem Einzugsgebiet genauso erfolgreich sein, wie die intensive Verankerung eines Basisangebotes im eigenen Stadtteil.

Als Krankenhausgesellschaft beschäftigen wir uns sehr stark mit den Rahmenbedingungen im Land Bremen. Besonders problematisch ist hier beispielsweise, dass

das Land Bremen Schlusslicht in Deutschland bei der Finanzierung der teuren Einzelinvestitionen ist. Ein Investitionsstau von 400 Mio. Euro beeinträchtigt die Erfolgsaussichten der Krankenhausbetriebe und verzögert die zeitgemäße Modernisierung der Patientenversorgung. Ein Markenzeichen der Krankenhäuser im Land Bremen ist bislang ihre Tariffreue, das heißt die angemessene Bezahlung der Beschäftigten. Die dauerhafte gesetzlich bestimmte Unterfinanzierung der Tarifverträge in Verbindung mit der investiven Lücke durch das Land Bremen macht allerdings die Zukunftsgestaltung zu einer besonderen Herausforderung.

Positiv ist dabei, dass wir mit starken regionalen Akteuren im Gesundheitswesen gemeinsam agieren können. Der Blick auf die Realitäten ist in einem Stadtstaat eben sehr unmittelbar und direkt. Das trifft auch auf die Krankenkassen zu. Daher ist es wichtig mit den Solidargemeinschaften der Versicherten in engem Austausch sachbezogen an der Lösung der Probleme zu arbeiten. Dieses ist allerdings ein andauernder und wesentlicher Prozess in der Zukunftsgestaltung der Krankenhäuser.

## „Organspende schenkt Leben“

Unter diesem Motto wollen die Ersatzkassen in Bremen, der Klinikverbund Gesundheit Nord und der Bundesverband der Organtransplantierten (bdo) darauf aufmerksam machen, dass eine Organspende für die Empfänger ein Geschenk von unschätzbarem Wert ist.

„Ich würde mich jeder Zeit wieder transplantieren lassen. Die Transplantation hat meine Lebensqualität um 100 Prozent verbessert“, sagt Jörg Schöpker, der vor einem halben Jahr im Transplanta-

tionszentrum am Klinikum Bremen-Mitte eine neue Niere bekommen hat. Der Hannoveraner musste zuvor 6 Jahre lang dreimal wöchentlich für vier Stunden zur Dialyse. Jetzt genießt er seine neue Freiheit und die gewonnene Lebensqualität.

„Die Lebensqualität der Patienten nach der Transplantation hat sich immer mehr verbessert“, erklärt Dr. Sebastian Melchior, Direktor des Transplantationszentrums an der Urologie des Klinikums Bremen-Mitte. Hier sind seit 1988 790 Patienten transplantiert worden – einer davon ist Jörg

Schöpker, den Dr. Melchior vor einem halben Jahr operiert hat.

Wie wichtig es ist, die eigene Entscheidung zur Organspende mit einem Ausweis zu dokumentieren, weiß Reinhard Windeler. Er ist Lungen-transplantiertes und war bis 2005 aktives Mitglied der Bremer Philharmoniker. Um auf die Bedeutung der Organspende für sein Leben hinzuweisen, hat Herr Windeler sich bereit erklärt, für den neuen Informationsflyer der Ersatzkassen, des Klinikverbundes und des bdo zur Verfügung zu stehen.

Die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung hat kürzlich in einer repräsentativen Umfrage festgestellt, dass die Anzahl der Menschen, die einen Organspendeausweis haben, von 12 Prozent in 2001 auf 17 Prozent in 2008 gestiegen ist. Die Ersatzkassen wollen dazu beitragen, dass diese Zahl weiter wächst. Dabei ist nicht das Ziel, dass jeder Mensch spenden soll, sondern es geht darum sich zu informieren, mit den Angehörigen zu sprechen und eine Entscheidung zu treffen. Diese sollte dann – egal, ob man sich für oder gegen eine Organspende entscheidet – mit dem Organspendeausweis dokumentiert werden.

So werden im Todesfall die Angehörigen nicht mit einer Entscheidung konfrontiert, die sehr belastend ist. Im Falle der Zustimmung ist diese dokumentiert und es kann einem Menschen auf der Warteliste, auf der derzeit 12.000 Patienten stehen, geholfen werden.

Der Flyer mit heraustrennbarem Organspendeausweis liegt in allen Geschäftsstellen der Ersatzkassen und in den Häusern der kommunalen Kliniken aus. Die Flyer können auch unter der Telefonnummer 0421-16565-76 bestellt werden.



## Demenzkranke: Pflegeheime im Land Bremen bieten besondere Betreuung

Bereits 67 Pflegeheime im Land Bremen können ihren an Demenz erkrankten Bewohnern eine besondere Betreuung anbieten, wie sie das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorsieht. Aufgeteilt auf die Städte sind dies 61 der 85 Pflegeheime in Bremen und 6 der 12 Pflegeheime in Bremerhaven.

Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vor rund einem Jahr bezahlen die Pflegekassen diese Leistung extra. Heimbewohner, Angehörige und Sozialhilfe werden finanziell nicht belastet. Jedes Pflegeheim im Land Bremen kann nach Vorlage eines Konzeptes entsprechende Zuschläge für zusätzliches Personal mit den Ersatzkassen vereinbaren.

Die Vereinbarungen sehen vor, dass das Personal in einem Pflegeheim für je 25 demenzkranke Bewohner um eine weitere Kraft aufgestockt wird. Die zusätzlichen Kräfte stehen für die soziale Betreuung der Demenzkranken zur Verfügung. Sie lesen vor, begleiten bei Spaziergängen und Ausflügen und leiten bei leichter Gartenarbeit oder handwerklichen Tätigkeiten an. Durch diese neuen Kräfte soll das Pflegepersonal unterstützt – nicht aber ersetzt werden.

Die Betreuungskräfte müssen ein fünftägiges Orientierungspraktikum zur Feststellung der Eignung sowie eine Qualifizierungsmaßnahme mit mindestens 160 Unterrichtsstunden und ein zweiwöchiges Betreuungspraktikum absolvieren.

### KURZ GEMELDET

Auffällig ruhig ist es seit bekannt werden der Ergebnisse aus der **Honorarreform** um die **Ärzte** geworden. Drohten sie bis vor kurzem mit Praxisschließungen und Behandlung nur gegen Vorkasse, weil sie massive Einbußen bei ihren Einkommen befürchteten, zeigt sich inzwischen, dass die Honorarreform ihnen bundesweit eine Einkommenssteigerung von 7,8 Prozent beschert hat. In Bremen liegt das Honorarplus sogar bei 10,7 Prozent.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) hat gemeinsam mit dem Leiter des Bremer Instituts für Pharmakologie, Prof. Bernd Mühlbauer, **Vorwürfe aus dem Arzneimittel-Atlas 2009 zurückgewiesen**, wonach Ärzte in Bremen und Bremerhaven zum Nachteil ihrer Patienten im Schnitt am wenigsten neue Arzneimittel verordnen würden. „Neu heißt nicht automatisch besser“, stellt der KVHB-Vorstandsvorsitzende, Dr. Till Spiro klar und weist als Beispiel auf den Skandal um den Lipidsenker Lipobay hin, der wegen Fällen schweren Nierenversagens 2001 vom Markt genommen werden musste. Bei diesem und anderen später vom Markt verschwundenen Medikamenten habe das Bremer Institut für Pharmakologie schon zuvor eine zurückhaltende Verordnung angemahnt, wodurch in und um Bremen keine schweren Nebenwirkungen durch diese neuen Arzneimittel auftraten.

Die Krankenkassen in Bremen haben im vergangenen Jahr **260.000 Euro für die Selbsthilfe** ausgegeben – 130.000 Euro für die Pauschal- und 130.000 für die Projektförderung. Auch in diesem Jahr können die Selbsthilfegruppen noch bis zum **15. September** ihre Anträge auf Pauschalkosten bei den Krankenkassen einreichen, um an der zweiten Vergaberunde der für 2009 zur Verfügung stehenden Mittel teilzunehmen. Anträge auf Projektförderung können weiterhin jederzeit an die Bremer Krankenkassen gestellt werden. Weitere Informationen unter [www.vdek.com/LVen/BRE](http://www.vdek.com/LVen/BRE). Dort kann auch die aktuelle Informationsbroschüre zum Förderverfahren in Bremen heruntergeladen werden.

Die drei **Bremer Pflegestützpunkte** haben in den ersten 100 Tagen ihres Bestehens rund 1.700 Menschen beraten. Im Rahmen dieser Beratung erstellten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 111 vollständige Versorgungspläne und führten 19 Hausbesuche durch. Es ist geplant, die Arbeit der Pflegestützpunkte nach zwei Jahren zu bewerten, um die Notwendigkeit dieses Angebots neben der umfassenden Beratung durch die Krankenkassen zu überprüfen. Weitere Informationen unter [www.bremen-pflegestuetzpunkt.de](http://www.bremen-pflegestuetzpunkt.de).



#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Bremen des vdek  
Bennigsenstraße 2-6 · 28207 Bremen  
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99  
Verantwortlich: Karl L. Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck  
E-Mail: LV\_Bremen@vdek.com