

report bremen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Sept. 2011

Kassen unter Wettbewerbsdruck und Überschüsse im Gesundheitsfonds

Anlässlich der Schließung der CITY BKK titelten die Zeitungen: „Viele Krankenkassen in Finanznöten und die Sozialversicherungen machen Milliardenüberschüsse.“ Wie passt das zusammen?

Laut Berechnungen des Kieler Instituts für Weltwirtschaft (IfW) soll der Gesundheitsfonds der Krankenkassen in 2011 aufgrund der konjunkturell bedingt günstigen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt einen Überschuss von 5,8 Milliarden Euro aufweisen. Gleichzeitig zeigt das Beispiel CITY BKK, dass es trotzdem zu Schließungen und Fusionen von Krankenkassen kommt.

Dazu muss man zunächst wissen, dass die aktuell guten Finanzdaten den Kassen selbst keine Mehreinnahmen bescheren. Ihre Einnahmen sind vorab festgelegt und kommen aus dem gemeinsamen Gesundheitsfonds.

Vor Einführung des Gesundheitsfonds wäre die Rechnung einfach gewesen: Die Kassen hätten aufgrund der guten Konjunkturdaten mehr Einnahmen durch höhere Erwerbseinkommen gehabt und hätten – entsprechend ihrer jeweiligen Finanzlage – den Beitragssatz für ihre Versicherten und deren Arbeitgeber

gesenkt. So wäre der positive Saldo direkt an diejenigen zurückgefließen, die ihn eingezahlt haben.

Der Gesundheitsfonds sieht diesen Automatismus nicht vor. So entsteht die aktuelle Situation, dass deutliche Überschüsse vorhanden sind, gleichzeitig jedoch einige Kassen nicht mit den versichertenbezogenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen und daher einen Zusatzbeitrag erheben müssen.

In dieser Ausgabe:

- Interview mit der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit
- Eine große Hilfe für Pflegebedürftige:
Der Pflegelotse der Ersatzkassen
- Prüfung der Krankenhausabrechnungen
- Hybridreha –
eine neue Versorgungsform zwischen ambulant und stationär

Dies war das erklärte Ziel bei Einführung des Fonds. Der Wettbewerb zwischen den Kassen sollte verschärft werden und damit die Fusion und gegebenenfalls Schließung einzelner Kassen zur Folge haben. Die Sinnhaftigkeit eines solchen „Wettbewerbs“ sei dahingestellt...

Was soll nun aber mit dem Geld im Gesundheitsfonds geschehen? Auf diese Frage gibt es drei mögliche Antworten:

Die Mittel werden für eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes genutzt, der jetzt bei 15,5 Prozent (7,3 Arbeitgeber/8,2 Arbeitnehmer) liegt.

Die Regierung hat aber bereits erklärt, dass es hierfür keinen Spielraum gibt.

Die Mittel werden genutzt, um Zusatzbeiträge zu vermeiden.

Diese Variante ist politisch ausdrücklich nicht gewollt, da gerade der Zusatzbeitrag das Wettbewerbsinstrument der Kassen sein soll.

Oder diese Mehreinnahmen werden, wie von der Ärzteschaft gefordert, in die Versorgung der Patienten investiert, da dies notwendig sei, um die wachsende Krankheitslast zu bewältigen.

Diese letzte Variante verwirklicht sich möglicherweise über das geplante Versorgungsgesetz, durch das den Kassen erhebliche Mehrausgaben drohen.

Das Versorgungsgesetz

Kurz gesagt, soll das Gesetz in erster Linie die ärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten sicherstellen, um einem zukünftig möglichen Mangel vorzubeugen.

Das Versorgungsgesetz will eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung sichern, die vertragsärztliche Vergütung flexibilisieren, die Verzahnung der Leistungssektoren verbessern, einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherstellen, durch mehr Wettbewerb die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung erhöhen.

Steht im Vorwort zum geplanten Gesetz noch, dass den Kassen durch die Änderungen bei der Honorarstruktur zusätzliche Kosten von etwa 120 Millionen Euro entstünden, sind im Gesetzesentwurf Anreize enthalten, die zu wesentlich höheren Honorarzuwächsen bei den ärztlichen Leistungen führen werden. Zudem findet sich darin bisher keine Antwort auf die bestehenden Überversorgungsprobleme in Ballungsräumen, attraktiven Stadtteilen und Regionen.

Zur Planung

Die Länder sollen laut Gesetzesentwurf zukünftig einen Sitz in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen erhalten. Hier sollen regionale Besonderheiten festgestellt und in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Dabei sollen die Länder ein Beanstandungsrecht erhalten.

DER KOMMENTAR



Karl L. Nagel, Leiter
der vdek-Landesvertretung
Bremen

Die Intention des Versorgungsgesetzes, bestehende Problemlagen in der Versorgung aufzulösen ist positiv zu werten. Doch wenn Zahlen belegen, dass Deutschland nicht unter einer ärztlichen Unterversorgung leidet, sondern, dass tendenziell Überversorgung besteht, die Kapazitäten jedoch sehr ungünstig verteilt sind, dann muss das Versorgungsproblem als Ganzes erfasst und gelöst werden. Dazu gehört auch der gezielte Abbau von Kapazitäten in den entsprechenden Regionen. Lediglich Kapazitäten aufzusatteln, wie es auch mit der spezialärztlichen Versorgung im derzeitigen Entwurf des Gesetzes zu befürchten ist, wird das gesamte System der medizinischen Versorgung nicht weiterentwickeln.

Man muss sich vor Augen halten, dass seit 2009 die Versicherten allein über Zusatzbeiträge die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung zu tragen haben, da die Finanzierung durch die Arbeitgeber eingefroren wurde. Auch sämtliche Honorarsteigerungen für die Ärzte müssen damit ausschließlich von den Versicherten gezahlt werden. Diese haben wiederum keine Möglichkeit der Einflussnahme auf die Gesamtentwicklung dieser Ausgaben.

Die nächsten Bundestagswahlen sind in 2013. Bis dahin wird es den Wählern wohl dämmern, dass das „Wettbewerbsinstrument“ Zusatzbeitrag in Realität eine Kopfpauschale ist, unabhängig vom Einkommen und ohne Arbeitgeberbeitrag.

Um die Faktoren Demografie und Morbidität (Alterung und Krankheitslast) in den Regionen berücksichtigen zu können, besteht dabei zukünftig sogar die Möglichkeit, von den Bedarfsplanungsrichtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erlässt, abzuweichen. Ein Initiativrecht sollen die Länder zudem bei Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung, bei Selektivverträgen und bei Verträgen zur Integrierten Versorgung erhalten.

Die Länder erhalten zukünftig also einen relativ großen Gestaltungsspielraum in der Versorgungsplanung, der allerdings mit keinerlei Pflichten verbunden ist und auf der anderen Seite durchaus zu einer Erhöhung der Zahl der zugelassenen Ärzte in einer Region führen kann. Die Pflichten liegen dann in Form der Übernahme steigender Kosten bei den Krankenkassen.

Zum Hintergrund: Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Zahl der Ärzte stark gestiegen ist. Mit 30,8 Prozent mehr Medizinerinnen, als noch in 1991, ist derzeit ein neuer Höchststand der Arztdichte in Deutschland erreicht. Besonders im fachärztlichen Bereich herrscht mit nahezu 90 Prozent überversorgten Planungsbereichen ein deutliches Überangebot.

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss mit dem Versorgungsgesetz den Auftrag erhält, die Planungsbereiche zum 1. Januar 2013 neu festzulegen, um sie zu flexibilisieren, wird dies erwartungsgemäß zu kleinräumigeren Planungsbereichen in den Städten und Landkreisen führen. Für Bremen könnte dies bedeuten, dass besonders im Bereich der Fachärzte eine Stadtteil bezogene kleinräumige Planung zu einem noch stärkeren Grad der Überversorgung führt.

Zudem sollen die Instrumente zur Sicherung der ärztlichen Versorgung mit entsprechenden Anreizen auch im Vergütungssystem ausgebaut werden.

Für eine mögliche Unterversorgung mit Medizinerinnen enthält der Gesetzentwurf demnach folgende Maßnahmen:

Neufestlegung in kleinräumigere Planungsbereiche,

Möglichkeit, von den Bedarfsplanungsrichtlinien des GBA auf regionaler Ebene abzuweichen,

Anreize im Vergütungssystem zur Ansiedelung in strukturschwachen Gebieten.

Maßnahmen zur Reduzierung von Überversorgung sind dagegen kaum im Gesetz zu finden. Hier besteht lediglich die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereini-

gungen, Arztsitze in überversorgten Gebieten aufzukaufen. Dies jedoch auf eigene Kosten und nicht aus einem einzurichtenden Strukturfonds, aus dem die Anreize für die Ansiedelung von Ärzten in strukturschwachen Gebieten gezahlt werden sollen.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen besteht somit kaum Anreiz, etwas gegen die Überversorgung einer Region (eines Stadtteils) zu unternehmen. So wird die mögliche Unterversorgung durch das Versorgungs-gesetz stärker gewichtet als die Überversorgung und verursacht somit höhere Kosten.

Dritte Versorgungsstruktur

Neben der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung soll laut Versorgungsgesetz zukünftig auch nach spezialärztlicher Versorgung unterschieden werden. Die spezialärztliche Versorgung ist bereits in den Paragraphen 115 b und 116 b des fünften Sozialgesetzbuches beschrieben. Dabei handelt es sich um das ambulante Operieren und die ambulante Behandlung im Krankenhaus. Danach können ambulante Operationen, die niedergelassene Ärzte durchführen, auch in Krankenhäusern ambulant erbracht werden. Bei der spezialärztlichen Versorgung geht es um hoch spezialisierte Leistungen, wie besondere Formen der Schmerz- oder Strahlentherapie sowie um die Behandlung seltener Erkrankungen, wie Mukoviszidose oder Krankheiten mit besonderen Verläufen, wie bestimmte Krebserkrankungen, schwere rheumatische Erkrankungen oder Multiple Sklerose.

Anstatt hier eine weitere Ebene der Versorgung einzuziehen, sollte das Versorgungsgesetz Anreize und einen Rahmen geben, die ambulante und stationäre Versorgung zu verzahnen. Dazu müsste die spezialärztliche Versorgung überlegt und abgewogen zwischen beiden bestehenden Versorgungsbereichen integriert werden. Hierzu bedarf es jedoch einer leistungsbezogenen Planung, klaren Vorgaben zum Umfang der Versorgungsbereiche und wirksamen Maßnahmen zur Mengensteuerung.

Wird die spezialärztliche Versorgung als weitere eigenständige Versorgungsebene betrachtet, werden nicht Qualität und strukturelle Sinnhaftigkeit die weitere Entwicklung der Sektoren bestimmen. Stattdessen wird der Wettbewerb um die Menge der abrechenbaren Leistungen nicht mehr auf zwei, sondern auf drei Ebenen stattfinden. Denn ohne ein übergeordnetes Planungsverfahren kann jede niedergelassene Praxis und jede Fachabteilung eines Krankenhauses, mit den entsprechenden fachlichen Voraussetzungen, diese Leistungen beim Land beantragen und anbieten.

Interview mit Renate Jürgens-Pieper

Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Nach der Bürgerschaftswahl am 22. Mai hat sich der Zuschnitt einiger Ressorts geändert. So wurden auch die Bereiche „Gesundheit“ und „Soziales“ getrennt, die zuvor von Ingelore Rosenkötter geleitet wurden. „Bildung, Wissenschaft und Gesundheit“ sind nun die Bereiche, die das neue Ressort umfasst und geleitet wird es von der Senatorin Renate Jürgens-Pieper (SPD).



Renate Jürgens-Pieper

wurde am 5. April 1951 in Braunschweig geboren. Nach ihrem Referendariat in Wolfsburg und Schuldienst in Braunschweig war sie als Staatssekretärin im niedersächsischen Kultusministerium tätig und von 1989 bis 2003 Kultusministerin des Landes Niedersachsen. Es folgte eine Tätigkeit für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Seit 2007 war Frau Jürgens-Pieper Senatorin für Bildung und Wissenschaft der Freien Hansestadt Bremen.

▼ Frau Jürgens-Pieper, wo sehen Sie mit der Übernahme des Ressorts die aktuellsten Handlungsnotwendigkeiten?

▲ Das Gesundheitswesen gehört sicherlich zu den spannendsten, aber auch zu den schwierigsten Politikfeldern in Deutschland. An dem notwendigen weiteren Entwicklungsprozess beteiligt zu sein, ihn mitzugestalten und Einfluss nehmen zu können, finde ich eine herausragende Aufgabe, der ich mich gerne stelle. Auch meine bisherigen Themengebiete Bildung und Wissenschaft sind keinesfalls

„Leichtgewichte“. Insofern bin ich sicher, dass ich zahlreiche Erfahrungen im Umgang mit schwierigen Themen auch für das Gesundheitswesen nutzen kann. In beiden Politikfeldern ist die Suche nach Kooperationszusammenhängen und Qualitätsverbesserungen bei knappen Ressourcen eine ähnliche Herausforderung, die wir für die jeweiligen Nutzer der Systeme nach bestem Wissen und möglichst unter Einbeziehung ihrer Erfahrungen umsetzen müssen.

Anforderungen gibt es sicherlich genug: Beispiele sind die demografische Entwicklung in Deutschland mit ihren Folgen für die gesundheitliche Situation, die immer noch vorhandene sektorale Trennung der Versorgungssektoren oder auch die weitere Entwicklung von Fragen der Qualität, der Transparenz und der Patienteninteressen. Ich bin der festen Überzeugung, dass gute Versorgung nur dann möglich ist, wenn neben allen ökonomischen Zwängen und Schwierigkeiten alle Beteiligten – Leistungserbringer und Kostenträger – in der Lage sind, das gemeinsame Interesse und nicht das Partizipialinteresse in den Vordergrund zu stellen. Dazu bedarf es klarer gesetzlicher Rahmenbedingungen, aber auch eines Grundverständnisses in der jeweiligen Region.

Bremen hatte sich in der Vergangenheit sehr dadurch ausgezeichnet, dass ein solcher Grundkonsens formell, aber auch informell bestand. Ich hoffe sehr, dass wir daran anknüpfen können und auch für die nächsten vier Jahre nicht ein Gegenüber, sondern eher ein Miteinander im Gesundheitswesen fördern können.

▼ Wie bewerten Sie das Versorgungsgesetz und wie sehen Sie die Rolle des Landes Bremen bei der zukünftigen Gestaltung der Versorgungsplanung?

▲ Die Länder werden nach dem jetzigen Stand des Versorgungsgesetzes mehr Gewicht bei der Ausgestaltung der Bedarfsplanung und damit auch der Strukturen im Gesundheitswesen erhalten. Dies begrüße ich, da hiermit zum ersten Mal die Möglichkeit gegeben ist, in der Bedarfsplanung und in der Ausgestaltung des regionalen Angebotes die Planungsverantwortlichen an einen gemeinsamen Tisch zu bringen. Das Versorgungsgesetz sieht

unter anderem vor, dass für die sektorübergreifende Versorgung die Länder eine eigene Gesetzgebungskompetenz erhalten. Ich gehe davon aus, dass Bremen ein solches Kompetenzangebot nutzen wird, um gerade im schwierigen Feld der sektorübergreifenden Versorgung zusammen mit anderen Beteiligten zu einem möglichst breiten Konsens beizutragen.

Das Versorgungsgesetz ist ferner darauf ausgerichtet, die Schere zwischen überversorgten und unterversorgten Gebieten nicht weiter aufgehen zu lassen. Viele denken, dass dies nur im Bayrischen Wald oder in der Uckermark relevant ist. Dies sehe ich anders. Auch im Land Bremen haben wir Stadtgebiete, die deutlich weniger versorgt sind als andere. Dass es sich bei diesen weniger versorgten Gebieten um soziale Brennpunkte und Gebiete schlechterer Gesundheit handelt, ist bekannt. Insofern gibt es durchaus Bedarf, auch in einer an sich gut versorgten Region wie dem Land Bremen mit den neuen Möglichkeiten des Versorgungsgesetzes Verbesserungen in der Verteilung ambulanter Angebote zu erwirken.

Sorge macht mir aber der bisher vorgelegte Vorschlag für eine sektorübergreifende ambulante Versorgung. Ich bezweifle, dass dieser sehr liberal

ausgestaltete Vorschlag so praktikabel ist. Einen neuen Sektor aufzubauen, Kosten- und Mengengrenzungen ebenso zu vergessen wie Vorgaben für die Einhaltung von Qualität und Transparenz ist nicht zeitgemäß.

▼ **Die Krankenhausplanung ist ein konfliktträchtiges Feld. Mit welcher Strategie wollen Sie die widerstreitenden Interessen in eine sinnvolle Versorgungsstruktur überführen?**

▲ Erst einmal werde ich mir in aller Ruhe und Ausführlichkeit die unterschiedlichen Positionen der Beteiligten anhören und mir eine eigene Meinung dazu bilden. Selbstverständlich ist dabei die Frage der bestmöglichen Patientenversorgung ein sehr hohes Gut. Wichtig ist es mir aber auch, dass der schon geschilderte Konsens in Bremen erhalten bleibt bzw. wiederhergestellt wird. Wir müssen gemeinsam prüfen, ob es zwischen den verschiedenen Auffassungen Brücken zu bauen gilt und ob diese tragfähig genug sind. Ich für meine Person wünsche mir eine Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern im Land Bremen, die nicht auf einen Standortwettbewerb zielt, sondern den Qualitätswettbewerb zum Wohle der Patientinnen und Patienten zum Ziel hat.

Eine große Hilfe für Pflegebedürftige: Der Pflegelotse der Ersatzkassen

Die Bilanz kann sich sehen lassen: Nach zwei Jahren Pflgetransparenzgesetz und einem Jahr Pflegenoten sind inzwischen alle Pflegeeinrichtungen in Bremen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft und die Ergebnisse in das bundesweite Informationsportal www.pflegelotse.de eingespeist worden.

Für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen war es bisher kaum möglich, sich eigenständig einen Überblick über die Qualität der Einrichtungen und Dienste zu verschaffen; eine Offenlegung der Prüfergebnisse des MDK war rechtlich nicht vorgesehen. Dies wurde erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz möglich, das auch eine regelmäßige jährliche Prüfung aller Einrichtungen und Dienste ohne Voranmeldung vorgibt. Die daraus entstehenden Prüfberichte des MDK werden laienverständlich aufbereitet und die

Qualität der Einrichtungen mit einer Note von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ bewertet.

Bis zum 31. Dezember 2010 wurden in Bremen alle 261 Anbieter von Pflegeleistungen – 148 stationäre Einrichtungen und 113 ambulante Pflegedienste – geprüft und die Ergebnisse über den Pflgelotsen der Ersatzkassen veröffentlicht. Seit Anfang 2011 hat bereits die Aktualisierung der ersten Ergebnisse begonnen. 58 Prozent der Anbieter wurden bis Ende Juni 2011 bereits erneut geprüft und die Einträge zu diesen Einrichtungen im Pflgelotsen auf den neuesten Stand gebracht.

Erfreulich ist auch, dass für eine Gewichtung der einzelnen Prüfbereiche derzeit politisch der Weg geebnet wird. Zukünftig müssen bedeutsame Kriterien, wie beispielsweise die Wundversorgung, stärker gewichtet werden als andere Kriterien,

deren Nichterfüllung keine gravierenden Beeinträchtigungen oder Schäden zur Folge haben.

Eine entsprechende Gesetzesänderung ist am 4. August 2011 in Kraft getreten. Darin ist vorgesehen, dass eine Schiedsstelle über die Anpassung der Kriterien von Pflegenoten entscheidet, wenn Kassenverbände und Pflegeanbieter sich nicht einigen können. So ist es nicht mehr möglich, dass einzelne Verbände von Pflegeanbietern durch ihr Veto alle anderen Beteiligten an der Weiterentwicklung des Systems hindern. Bis diese Regelung umgesetzt werden kann, ist es für Informationssuchende noch wichtig, sich die

Einzelnoten der Bewertung anzusehen, aus denen sich die Gesamtnote zusammensetzt. So kann unterschieden werden zwischen „pflegerischen Leistungen“ und beispielsweise der Bewertung von „Dienstleistung und Organisation“.

Trotzdem ist der Pflegelotse bereits jetzt eine wichtige Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung. Neben den Informationen zur Qualität können Interessierte auch Wichtiges über die Struktur der Einrichtungen, deren Angebot, dem Versorgungsschwerpunkt und über die Kosten, bis hin zum Eigenanteil erfahren.

Prüfung der Krankenhausabrechnungen

Das Abrechnungssystem für deutsche Kliniken ist eine komplizierte Materie. Seit Einführung der Fallpauschalen (DRG), die die früheren Tagessätze abgelöst haben, muss aus 1.200 DRG-Ziffern die richtige ermittelt werden, um die Behandlung eines Patienten in Rechnung stellen zu können. Als Hilfe dienen Kodierrichtlinien, sowie der Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalog mit über 13.000 Diagnosen und 25.500 Therapien. Insgesamt rechnen die Kliniken mit den Kassen rund 50 Milliarden Euro pro Jahr ab. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft im Auftrag der Krankenkassen diese Abrechnungen.

Für 2009 hat der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) ein Rückforderungspotenzial von bundesweit 1 Milliarde Euro durch die Prüfungen ermittelt. Je nach Bundesland liegt dies im Durchschnitt zwischen 734 und 937 Euro pro geprüftem Fall. Dies ergibt sich aus der Beanstandung sowohl von Fehlkodierungen, als auch der Fehlbelegungen. Für 2010 hat der Bundesrechnungshof auf Grundlage der Daten des MDK einen Schaden von 875 Millionen Euro festgestellt.

Schon wenn die Haupt- mit der Nebendiagnose vertauscht wird, kann eine Rechnung um bis zu 40 Prozent steigen. Sanktionen für falsches Abrechnen sieht das System nicht vor. Fehlerhaft abgerechnete Leistungen müssen lediglich den Krankenkassen rückerstattet werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestreitet die Validität der Hochrechnung und bezweifelt die

Effektivität der Prüfungen für die Krankenkassen.

Der MDS hält dem entgegen, dass die geprüften Abrechnungen bereits vorab von den Krankenkassen ausgewählt werden, damit ein unnötig hoher Prüfaufwand vermieden wird. So prüft der MDK etwa zwölf Prozent aller Abrechnungen. Dabei gibt es große Unterschiede. Während einige Krankenhäuser eine gute Kodierqualität erreichen und nur etwa zehn Prozent der vorgelegten Fälle zur Beanstandung kommen, ist dies bei anderen Krankenhäusern bei zwei von drei Abrechnungen der Fall. Dies zeige auch, so der MDS, dass das DRG-System durchaus beherrschbar sei.

Betrachte man nur die beanstandeten Fälle, liegt laut MDS die Höhe der Rückforderungen zwischen 1.100 und 1.897 Euro pro Fall. Hochgerechnet auf das aktuelle Ausgabenvolumen der GKV für den Krankenhausbereich ermittelt der GKV-Spitzenverband ein Rückforderungspotenzial in Höhe von 1,5 Milliarden Euro.

„Hier leistet der MDK einen wichtigen Beitrag zur sachgerechten Verteilung von finanziellen Mitteln“, so Wolfgang Hauschild, Geschäftsführer des MDK im Lande Bremen. Bis Anfang August dieses Jahres hat der MDK Bremen rund 5.000 Fälle geprüft. Davon waren 33 Prozent korrekt abgerechnet, in 66 Prozent der Fälle führte die Prüfung zu einer Reduzierung der Rechnung an die Kassen und zu einem Prozent zu einer Kostensteigerung zugunsten der Krankenhäuser.

Vergessen wird bei der Kritik der Krankenhausgesellschaft auch die Tatsache, dass die Abrechnungsprüfungen für eine korrekte Abbildung des Leistungsgeschehens wichtig sind. Denn die abgerechneten Leistungen sind Grundlage für die Berechnung der Fallwerte. Und es kann nicht im allgemeinen Interesse sein, dass einzelne Krankenhäuser unberechtigte Erlöse erzielen können.

Der Bundesrechnungshof fordert, dass Krankenhäuser eine zusätzliche Pauschale leisten müssen, wenn eine Abrechnung fehlerhaft ist. Zur Vereinfachung des Systems solle das Bundesgesundheitsministerium Anreize für ein korrektes Abrechnungsverfahren sowie noch effektivere Kontrollverfahren der Krankenkassen prüfen.

Hybridreha – eine neue Versorgungsform zwischen ambulant und stationär

In Bremen können Versicherte eine bundesweit einzigartige Form der Rehabilitation in Anspruch nehmen, die die Notwendigkeit der stationären Reha mit den Vorteilen einer ambulanten Nachsorge verbindet. 16 Monate lang wurde das ehemalige Funkhaus von Radio Bremen in die Reha-Klinik am Sendesaal umgebaut, die seit Anfang Mai wohnortnah, mitten in der Stadt zu erreichen ist.

Auf die Akutbehandlung eines Herzinfarkts im Krankenhaus erfolgt in der Regel eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Abhängig davon, mit welchen Reha-Einrichtungen eine Krankenkasse Verträge abgeschlossen hat, wird diese in der Regel in einem Kurort durchgeführt. Das kann von Vorteil sein, da die Entfernung vom Alltag einen erholsamen Effekt verspricht.

Die Hybridreha setzt an einem ganz anderen Punkt an. Hier steht anstelle der Herausnahme aus dem Alltag gerade die Nähe zum Lebensumfeld der Patienten im Fokus. Grundsätzlich wichtig ist, wie bei jeder Form der Rehabilitation, ein möglichst zügiger Therapiebeginn. Denn während der sogenannten vulnerablen Phase, wenn beispielsweise ein Infarkt als einschneidendes und erschreckendes Ereignis noch sehr präsent ist, ist eine optimale Bereitschaft für Therapie, Aufklärung, Schulungen und Ansätze zur Änderung des Lebensstils vorhanden.

Hinzu kommt die Erkenntnis, dass, um einen möglichst langfristigen und dauerhaften Erfolg zu haben, auch die Familie und die behandelnden Ärzte vor Ort einbezogen werden müssen. Durch Untersuchungen zeichnet sich zudem ab, dass für eine langfristige Veränderung von Lebensgewohn-



heiten eine längere Kontaktzeit der Patienten mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten notwendig ist. Hier greifen die flexiblen Möglichkeiten der Hybridreha.

Nahtloser Übergang

Die Besonderheit dieses Modells liegt an der Schnittstelle des Verlassens der Rehabilitation und der Wiederaufnahme des Alltags zuhause. Derzeit endet bei der konventionellen Form der Reha die Betreuung mit der Entlassung aus der Nachsorgeeinrichtung. Mögliche Probleme im Alltag können dann nicht mehr aufgefangen werden. Doch häufig können Patienten im Anschluss an eine Reha nicht völlig ohne weitere Hilfe zurechtkommen. Vielmehr erfolgen die Wiedererlangung der Selbstständigkeit und die Aufnahme des gewohnten Alltags in einzelnen Schritten. Beim Hybrid-Modell kann der Übergang individuell und angepasst an die persönlichen Gegebenheiten vollzogen werden.

Der Übergang vom stationären Anteil der Reha in die ambulante Rehaform ist nach Erreichen festgelegter Therapieziele fließend, ohne den Wechsel der Einrichtung, der Ärzte oder des Therapeuten-Teams oder auch der vertrauten Umgebung. Dies schafft Vertrauen und auch Sicherheit, weil die Patienten jederzeit wieder in die stationäre Obhut zurückkommen können, wenn es ambulant doch noch nicht gut funktioniert. Zudem gehen keine Informationen verloren, die für den weiteren Genesungsweg der Patienten wichtig sind.

Die Indikationen, für die die Reha-Klinik am Sendesaal von den Bremer Krankenkassen zugelassen wurde, sind Herz-Kreislaufkrankungen (Kardiologie), Orthopädie und Behandlung von Verletzungen (Traumatologie). In Zukunft soll auch die Altersheilkunde (Geriatric) in das Angebot der Reha-Klinik am Sendesaal aufgenommen werden.



Die Klinik liegt auf dem ehemaligen Gelände von Radio Bremen.

WAS IST EMPOWERMENT?

Mit Empowerment bezeichnet man ein Konzept in der Arbeit mit Menschen, das sie zur Stärkung von Autonomie und Eigenmacht befähigen soll. Diese Grundlage für die Beziehung zwischen Helfenden und Hilfebedürftigen hat sich aus der kritischen Auseinandersetzung mit der Herangehensweise der Sozialarbeit entwickelt, die sich, weg vom Defizit-Blick und einer bevormundenden Fürsorglichkeit, hin zu einem partnerschaftlichen Verhältnis entwickelt hat, das Menschen in einer Krise dazu ermutigen soll, eigene Fähigkeiten und Stärken zu entdecken, um das Leben (den Heilungsprozess) selbstbestimmt gestalten zu können.

Nachsorge

Rehabilitation muss immer auch über die zeitlich begrenzte Intervention durch die Reha-Klinik hinausgehen. Um trotz möglicher Einschränkungen eigenständig und kompetent mit einer Erkrankung oder den Folgen eines Unfalls oder einer Operation umgehen zu können, müssen Ressourcen mobilisiert und Fähigkeiten entwickelt werden, mit denen der Heilungsprozess, der Alltag und die Prävention in die eigene Hand genommen werden können. Daher ist das Empowerment ein wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprozesses. Dies gilt für die Zeit der Rehabilitation, der Entlassungsphase, aber auch nach Abschluss der Maßnahme.

Daher will das Team der Reha-Klinik auch anschließend Ansprechpartner für Patienten sein und in Nachsorgeangebote, wie beispielsweise in spezielle Rehabilitations-Nachsorge, die Teilnahme an einer Herzsportgruppe oder den Anschluss an eine Selbsthilfegruppe überleiten. Verbunden mit dem Einbezug der behandelnden Ärzte vor

Ort und der Teilnahme von Familienangehörigen an Informationsangeboten der Reha-Klinik ist die Chance auf einen erfolgreichen Übergang in den Alltag der Patienten groß.

Daneben bleibt natürlich die vollstationäre Reha eine Option der Reha-Klinik am Sendesaal, sowie die ambulante Reha, wie sie ebenfalls das Rehazentrum am Klinikum Links der Weser für die Indikationen Kardiologie und Orthopädie anbietet.

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