

report bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2006

ersatzkassen

Urteil des Sachverständigenrats: Weder nachhaltig, noch gerecht

Deutlicher als der Sachverständigenrat für Wirtschaft dies Mitte November tat, konnte man es nicht ausdrücken: Als „Missgeburt“ haben die Sachverständigen den geplanten Gesundheitsfonds bezeichnet und der Ratsvorsitzende Bert Rürup nannte die aktuellen Reformvorschläge eine „deutliche Verschlechterung gegenüber dem Status quo“. Weder werde damit das Ziel einer langfristigen Sicherung der Einnahmen erreicht, noch eigne sich die Reform, um mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem zu erzeugen. Als problematisch bezeichnete er den „Zickzackkurs der Regierung“ bei der Teilfinanzierung des Gesundheitswesens aus Steuereinnahmen, den unzureichenden Einbezug der Privaten Krankenversicherung und stellte es als ein „politisches Armutszeugnis“ dar, eine Reform, welche die Beitragssätze senken sollte, „mit einer beträchtlichen Erhöhung der Beitragssätze einzuleiten“.

Insgesamt macht sich bei allen sachkundigen Beobachtern der Eindruck breit, dass kaum eine Regelung des Reformwerks bis zu ihrer Wirkung in der Praxis durchdacht wurde. Und die Fortführung eben dieses praxisfernen Aktionismus befürchten Sachverständige von den geplanten organisationsrechtlichen Änderungen durch das Gesetz. Zum Beispiel von der „Professionalisierung“ des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der

In dieser Ausgabe:

- Das Wettbewerbsstärkungsgesetz in der Kritik
- Der Rettungsdienst wird teuer
- Neurologische Reha in Bremen
- Interview zum Heimrecht

über die Aufnahme von Leistungen in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen befindet.

Wenn das Entscheidungsgremium des G-BA nicht mehr mit Vertretern der Selbstverwaltung besetzt ist, die eine direkte Verbindung zur Praxis haben und stattdessen hauptamtliche Vertreter über Leistungen entscheiden, von denen sie durch praktische Erfahrung nicht mehr berührt werden, schafft dies Distanz zwischen Administration und Praxis. Durch die zukünftige Weisungsgebundenheit des G-BA an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird dieser Abstand noch verstärkt.

Wie diese Änderung die Entscheidungsprozesse des G-BA beschleunigen soll – eine Erklärung ist

bisher nicht erfolgt. Schließlich soll sich die Vorarbeit der unterschiedlichen Fachressorts des G-BA auf evidenzbasierte Erkenntnisse stützen und dem entscheidenden Gremium auf diese Weise eine fundierte Basis für die Einordnung einer Leistung oder eines Verfahrens in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung liefern. Wie soll dieser Prozess durch den Einsatz hauptamtlicher Entscheider und die Weisungsgebundenheit an das BMG beschleunigt werden? Vielleicht stellt sich eher die Frage: Werden die Entscheidungen des G-BA von politischen Interessen unbeeinflusst bleiben?

Selbstverwaltung vermittelt

Wie soll ein staatlich dirigiertes Gesundheitswesen zukünftig den Druck aushalten, den bisher die Selbstverwaltung abgedeckt hat? Wenn beispielsweise die Festsetzung höherer Beiträge notwendig, politisch aber nicht opportun ist und keine Steuermittel zur Verfügung stehen? Als Ventil für diesen Druck bliebe schließlich nur die Streichung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Weitergabe des Drucks an die Krankenkassen, die dann gezwungen wären, den Zusatzbeitrag für die Versicherten zu erhöhen.

Gleiches gilt für den geplanten Dachverband der Krankenkassen. Bisher haben die Spitzenverbände der Krankenkassen alle Effizienzmöglichkeiten genutzt, die sich aus den gemeinsamen Aufgabenfeldern ergeben. In ständigen gemeinsamen Arbeitskreisen werden heute Aufgaben koordiniert und Federführungsbereiche aufgeteilt, durch die eine unnötige Mehrfachbefassung mit einem Thema oder einer Aufgabe vermieden wird.

Nicht nur bei der Arbeitsteilung zwischen den Spitzenverbänden, sondern auch bei der Vermittlung unterschiedlicher Ausrichtungen der Krankenkassen erfolgt über die Verbände ein Interessenausgleich, der zu einer verlässlichen Arbeit der Krankenkassen und Verbände führt. Es gibt aus den letzten Jahren kein einziges Beispiel dafür, dass gesetzliche Vorgaben aufgrund von Uneinigigkeiten der Spitzenverbände nicht umgesetzt wurden.

Fraglich ist, ob zukünftig ein Dachverband mit 250 Mitgliedern konsens- und handlungsfähig sein wird und wie intensiv dann das BMG durch Ersatzvornahme eingreifen wird. Jedenfalls findet sich in diesem Dachverband mit seinem 3-köpfigen Vorstand eine deutliche Machtkonzentration mit der Finanzverantwortung für ein Ausgabenvolumen von rund 150 Milliarden Euro. Was sich im hauptamtlichen Vorstand dieses Dachverbandes nicht mehr finden wird, ist ein Bezug zur täglichen Arbeit der Krankenversicherungen. Dort sitzen dann nicht mehr Beteiligte des Systems, die für die Umsetzung gemeinsamer Entscheidungen innerhalb ihrer Organisation sorgen und entsprechend die Probleme und Erfahrung aus der Praxis in ihre Entscheidungen einbeziehen können.

Die Koalition hat mit dem WSG das Prinzip der Subsidiarität verlassen, der Nachrangigkeit des Staates vor unteren Entscheidungsebenen – sie will die Selbstverwaltung mit einem Streich von wichtigen Aufgaben entbinden. Aber gerade durch diesen Einigungsprozess zwischen Verantwortlichen von Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer wird der Praxisbezug und damit auch die

DER KOMMENTAR

Die Konsequenz, mit der die Koalition die Selbstverwaltung entmachten will, lässt vermuten, dass diese die Erosion der Einnahmehasis und andere Effekte verschuldet hat, welche das System der gesetzlichen Krankenversicherung in den vergangenen Jahren belastet haben.

Es war allerdings nicht die Selbstverwaltung, sondern die wirtschaftliche Wachstumsschwäche der vergangenen Jahre, die zu hoher Arbeitslosigkeit und damit zu sinkenden Einnahmen der Krankenversicherung geführt hat. Es war auch nicht die Selbstverwaltung, die die Situation durch eine drastische Senkung der Beiträge zur Krankenversicherung für Arbeitslose noch verschärft hat – dies ist eine von vielen politischen Entscheidungen, die die Krankenversicherung in den vergangenen Jahren mit vielen Milliarden Euro belastet haben. Die Rücknahme der Steuerfinanzierung eines Teils der versicherungsfremden Leistungen über die Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Milliarden Euro war ebenfalls eine willkürliche politische Entscheidung, so wie die Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel auf 19 Prozent, während dieser bei den europäischen Nachbarn in der Regel wesentlich geringer ist.

Die Reform schafft keine tragfähige Finanzierungsgrundlage, sorgt nicht für mehr Qualitätswettbewerb und begrenzt auch nicht die Ausgabendynamik. Diesen Problemen ist mit einem gemeinsamen Dachverband und dem geplanten Fonds nebst Zusatzbeitrag zulasten der Versicherten und der Verdrängung der Selbstverwaltung aus den Entscheidungsprozessen auch nicht abzuhelfen.



Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

reibungslose Umsetzung getroffener Entscheidung bisher gewährleistet. Hauptamtliche Gremien, die unter direkter Weisung des Bundesgesundheitsministeriums stehen, können das funktionierende System der Selbstverwaltung nicht ersetzen. „Es besteht die Gefahr, dass nach Haushaltslage die Entscheidungen getroffen werden“, sagte dazu Dr. Stefan Etgeton vom Bundesverband Verbraucherzentrale beim Bremer Ersatzkassenforum am 4. Oktober.

Anreiz für „Marketing-Gags“

Ebenfalls kritisch sieht der Verbraucherschützer die Ausgestaltung des Wettbewerbs durch das geplante Gesetz: „Die Zusatzprämie ist ein unnötiger Anreiz zur Risikoselektion. Die Kassen können zukünftig für Versicherte mit hohen Risiken kein Interesse zeigen und müssen sich Marketing-Gags für ‚gute Risiken‘ ausdenken“. Den notwendigen Ansatz für einen qualitativen Wettbewerb formulierte Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände, aus Sicht der Krankenkassen: „Der Wettbewerb muss so gestaltet sein, dass das Ziel einer guten Versorgung erreicht wird, dazu muss man Anreize setzen – und dies kann nicht die Zusatzprämie sein.“

Bei den Anhörungen des Bundestagsausschuss im November haben die Vertreter der Organisationen des Gesundheitswesens deutlich gemacht, dass viele Regelungen nicht umsetzbar sind. Ein Beispiel dafür ist das geänderte Haftungsrecht der Krankenkassen, das zusammen mit dem Zusatzbeitrag eine Kombination bildet, die viele Krankenkassen in den Ruin treiben könnte und damit direkte Auswirkungen auf die Versicherten hätte. Denn bisher haften die Bundesverbände (AOK-BV, BKK-BV, IKK-BV und der VdAK/AEV für die Ersatzkassen) als solidarische Haftungsverbände ihrer jeweiligen Kassenart. Wenn mit der Einführung des Dachverbandes das Haftungsrisiko auf die einzelnen Kassen übergeht und diese, so sieht es die Reform vor, insolvenzfähig werden, hat das drastische Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit. Schließlich werden die Versicherten verstärkt zur Kostenerstattung gedrängt oder bei drohender Insolvenz einer Kasse nur noch gegen „Vorkasse“ behandelt werden.

Daneben zeichnet sich in den Ländern inzwischen deutlich ab, dass der Erhalt der Ersatzkassenverbände hier notwendig ist, um eine Zersplitterung der Strukturen abzuwenden. Bisher werden die neun Ersatzkassen in Bremen durch den VdAK/AEV vertre-



Auf dem Podium des Ersatzkassenforums in Bremen: Dr. Rolf Koschorrek MdB (CDU), Dr. Doris Pfeiffer, VdAK/AEV, Dr. Stefan Etgeton, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Dr. Till Spiro, Kassenärztliche Vereinigung Bremen

ten. Wenn die gesetzlich verankerte Vertretungsvollmacht des Verbandes für die Ersatzkassen auf Landesebene wegfällt, werden zukünftig neun einzelne Kassen der Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigung, den Krankenhäusern und allen anderen Vertragspartnern und Leistungserbringern neben den Primärkassen AOK, BKK und IKK gegenüberstehen. Aber nicht nur vertragliche Aufgaben, sondern auch die Zulassung von Krankengymnasten oder Hörgeräteakustikern, die gemeinsame Gremienarbeit bei der Überprüfung der Heilmittel- und Arzneimittelbudgets oder eine richtungweisende politische Position zu Versorgungs- und Strukturfragen auf Landesebene wäre ohne einen gemeinsamen Verband der Ersatzkassen nicht so zu leisten, dass eine verlässliche und verbindliche Zusammenarbeit und Beschlussfassung ohne Verzögerungen und Reibungsverluste möglich wäre.

SUBSIDIARITÄT

(lat. zurücktreten, nachrangig sein) ist eine politische und gesellschaftliche Maxime und soll individuelle Freiheit und Verantwortung vorrangig vor staatliches Handeln stellen. Bei staatlichen Entscheidungen, durch z. B. ein neues Gesetz oder Änderung eines Gesetzes, sind die untergeordneten lokalen Glieder wie Stadt, Gemeinde, Kreis oder Kommune für die Umsetzung zuständig, während übergeordnete Glieder zurücktreten. Die Subsidiarität tritt unter der Bedingung ein, dass das untergeordnete Glied in der Lage sein muss, die Probleme und Aufgaben eigenständig lösen zu können. Bei dieser Art der Aufgabenteilung soll das kleinste Glied nicht überfordert werden und die übergeordnete Ebene unterstützend tätig werden.

Das Subsidiaritätsprinzip ist eine wichtige Grundlage der Europäischen Union, um die Organe der EU in der europäischen Gesetzgebung zu beschränken. Weiterhin ist es ein wichtiges Konzept föderaler Staatssysteme wie der Bundesrepublik Deutschland oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Quelle: Wikipedia

Rettungsdienst

Unnötige Kostensteigerungen vermeidbar

Der Rettungsdienst stellt für die Krankenkassen eine Besonderheit dar. Während in sämtlichen anderen Bereichen des Gesundheitswesens die Vergütungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern verhandelt werden, setzt die Rettungsdienstgebühren eine dritte Instanz fest – die Stadtgemeinde Bremen.

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Rettungsdiensteinsätze in Höhe der festgesetzten Gebühren zu vergüten und damit die Kosten der am Rettungsdienst beteiligten Organisationen (z. B. Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund und Feuerwehr) zu tragen.

Diese Kosten sind in den vergangenen Jahren allerdings stetig gestiegen, weshalb die Gebühren von Jahr zu Jahr angehoben werden mussten. Es war daher nach Auffassung der Krankenkassen unerlässlich, die Organisation des Rettungsdienstes und die daraus resultierenden Kosten einer umfassenden Untersuchung durch einen unabhängigen Gutachter zu unterziehen.

Rettungsdienstgutachten

Das Ergebnis dieser Untersuchung hat unter anderem die Auffassung der Krankenkassen bestätigt, dass es möglich ist, die wöchentliche Arbeitszeit des Rettungsdienstpersonals auf bis zu 48 Stunden heraufzusetzen. Möglich und vertretbar ist dies, da ein erheblicher Teil der Arbeitszeit aus reiner Anwesenheitszeit besteht und die Tarifverträge für diesen Fall eine Verlängerung der Arbeitszeit ausdrücklich vorsehen.

Weiterhin stellte sich durch das Gutachten heraus, dass es unwirtschaftlich ist, Notfälle und Krankentransporte mit teuren Rettungswagen durchzuführen. Neben überhöhten Kosten, führte dieses System außerdem dazu, dass für die Notfallrettung ausgerüstete Rettungswagen wegen weniger dringlicher Krankentransporte im Bedarfsfall für die zeitkritische Notfallrettung nicht verfügbar waren. Der Gutachter hat daher empfohlen, Krankentransporte künftig mit Krankentransportwagen durchzuführen, damit die Rettungswagen für Notfälle bereitstehen.

Die Notwendigkeit dieser Maßnahme verstärkt sich noch durch die Tatsache, dass in Bremen eine sehr kurze Notfall-Hilfsfrist von 10 Minuten gesetzlich festgelegt wurde. In Niedersachsen beträgt diese Frist beispielsweise 15 Minuten, in Hamburg und

Berlin gibt es keine gesetzliche Zeitvorgabe zur Hilfsfrist.

Einsatz-Testphase

Um den Nutzen des Einsatzes separater Rettungswagen und Krankentransportwagen zu testen, wurde zwischen April und September eine Praxiserprobung durchgeführt.

Inzwischen hat die Auswertung dieser Testphase ergeben, dass sich die Zeit vom Notfallruf bis zum Eintreffen des Rettungswagens von 15 auf 13 Minuten verkürzt hat. Dies verdeutlicht, dass die Trennung zwischen Notfall und Krankentransport sinnvoll ist. Dennoch ist das Ergebnis nach Auffassung der Krankenkassen unbefriedigend, da es durchaus möglich gewesen wäre, die gesetzlich vorgeschriebene Hilfsfrist von 10 Minuten zu erfüllen. Ursächlich für die Verfehlung dieses Zieles ist, dass sich während der Testphase die Anzahl der Notfalleinsätze von etwa 76 auf 98 Einsätze je 1.000 Einwohner erhöht hat – eine Quote, die deutlich oberhalb der Einsätze in vergleichbaren Städten liegt. Auffällig ist hierbei, dass etwa 40 Prozent dieser Einsätze ohne Blaulicht durchgeführt wurden, was darauf hindeutet, dass die Notfälle nicht so dringlich waren, um den Einsatz eines Rettungswagens zu rechtfertigen. Da die Anzahl der einfachen Krankentransporte in nahezu gleichem Umfang gesunken ist, wie die Rettungswageneinsätze zugenommen haben, liegt die Vermutung nahe, dass aus den Krankentransporten auf wundersame Weise „nicht dringliche“ Notfalleinsätze geworden sind.

Die Folge dieses Phänomens ist nun, dass die Rettungswagen wie bereits vor der Testphase noch immer nicht in ausreichendem Maße für die zeitkritische Notfallrettung zur Verfügung stehen.

Auf Initiative der Krankenkassen wird nun untersucht, warum plötzlich so viel mehr „Rettungseinsätze“ ohne Blaulicht, also ohne akute Gefahr für

Rettungswageneinsätze in Bremen und vergleichbaren Städten jährlich je 1.000 Einwohner

Bremen	97 Einsätze
Duisburg	68 Einsätze
Nürnberg	52 Einsätze
Düsseldorf	72 Einsätze

die Patienten, mit teuren Rettungswagen gefahren werden. Eine Erklärung für dieses Phänomen könnte darin liegen, dass Krankentransportwagen in Bremen, gemessen an ihrem Einsatzzweck, unzureichend ausgestattet sind und stattdessen vorrangig Rettungswagen eingesetzt werden. Denkbar wäre aber auch, dass die Einsätze von der Rettungsleitstelle einfach nur falsch disponiert werden.

Auch müsste der Grund für die relativ lange Ausrückzeit beim Bremer Rettungsdienst geprüft werden. Während im Rettungsdienstgutachten eine Vorgabe von einer Minute gemacht wird, brauchen die Rettungsleute in Bremen, insbesondere in den Nachtstunden, regelmäßig zwei Minuten – teilweise sogar mehr als drei Minuten, um auszurücken.

Versicherte zahlen „Lösung“

Mit einer adäquaten Ausrückzeit und einer optimaleren Einsatzdisponierung der Kranken- und Rettungsfahrzeuge wäre eine Hilfsfrist von 10 Minuten durchaus einzuhalten. Das Innenressort hat allerdings einen anderen Plan, mit dem dieses Ziel erreicht werden soll: Die Vorhaltung der Rettungswagen wird ausgebaut. Zudem sollen künftig zusätz-

lich zu den Rettungswagen für die zeitkritische Notfallereinsätze weitere Rettungswagen für die nicht dringlichen Einsätze vorgehalten werden. Krankentransportwagen soll es in Bremen hingegen künftig nur noch drei geben.

Die Mehrkosten für diese Maßnahme der Innenbehörde dürften bei nahezu einer Million Euro liegen und müssten in voller Höhe von den Krankenkassen übernommen und somit durch die Krankenkassenbeiträge der Bremer Bürgerinnen und Bürger getragen werden.

Pikant ist in diesem Zusammenhang, dass bei der Polizei in Bremen die Vorgaben zum sogenannten Schutzziel ebenfalls verfehlt werden. Abhilfe ist nach Darstellung der Innenbehörde allerdings nicht möglich, da für die Finanzierung des zusätzlichen Personalbedarfs keine Mittel vorhanden sind.

Im Dezember soll das Ergebnis der Untersuchung zum starken Anstieg der Notfallrettungseinsätze vorliegen. Die Erhöhung der Vorhaltung ist allerdings bereits beschlossen – daran konnte auch ein intensives Gespräch mit dem Senator für Inneres und Sport, Herrn Röwekamp, nichts ändern.

Qualitätseinbußen durch die Regionalisierung des Heimrechts?

Fragen an Staatsrat Dr. Schuster

Seit dem 1. September ist die Föderalismusreform in Kraft und damit ist die Macht zwischen Bund und Ländern neu verteilt. Ziel der Reform ist die Entflechtung von länder- und bundesgesetzlichen Zuständigkeiten, die eine effizientere Arbeitsweise auf allen Ebenen gewährleisten soll. Neben dem Hochschulrahmenrecht, dem Gemeindefinanzierungsgesetz und anderen Bereichen ist auch das Heimrecht von der neuen Zuständigkeitsregelung betroffen.

Nachdem zum Schutz von Heimbewohnern die entsprechenden Vorgaben zum Inhalt von Heimverträgen und der Überprüfung der Qualität in Pflegeeinrichtungen bisher bundeseinheitlich getroffen wurden, ist mit der Föderalismusreform das Heimrecht vom Bund auf die Länder übertragen worden.

▼ Herr Dr. Schuster, wie plant die senatorische Behörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales, das Heimrecht in Bremen auszugestalten? Wird die bisherige Bundesregelung zunächst übernommen, oder wird das Regelwerk für Bremen grundsätzlich überarbeitet?

▲ Das Bundesrecht gilt in Bremen und den anderen Bundesländern weiter bis zum Abschluss eines Landes-Heimrechts. Da ein bremisches Heimrecht als Insellösung nicht sinnvoll ist, will Bremen in Abstimmung mit den anderen Bundesländern, soweit dies möglich ist, gemeinsame Standards finden. Gesichtspunkte der Entbürokratisierung, der Harmonisierung mit dem Sozialgesetzbuch XI und der Aktualisierung, zum Beispiel zur Anpassung an neue Angebotsformen, wollen wir dabei aufgreifen. Wir wollen aber auch die Chancen der Landesgesetzgebung nutzen und gegebenenfalls bremenspezifische Fragen regeln.



Dr. Joachim Schuster, Staatsrat für Soziales

In den letzten Jahren haben sich eine Reihe unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen entwickelt – von der Demenz-Wohngemeinschaft über generationenübergreifende Wohnprojekte bis zur Wohngruppe im Heim. Das

derzeitige Heimrecht war für diese Vielfalt nie vorgesehen. Daher wird ein neues Bremer Landesheimrecht zum Beispiel auch Pflege-Wohngemeinschaften angemessen berücksichtigen. Es ist naheliegend, dass nicht alle Regelungen des jetzt bestehenden Bundesheimrechts auf Wohngemeinschaften anzuwenden sind. Ein künftiges Landesheimrecht soll den Schutz von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohngemeinschaften angemessen berücksichtigen, ohne unpassende Reglementierungen vorzuschreiben.

Ein Landesheimrecht gibt uns auch die Möglichkeit, zwischen Heimen für ältere Menschen und Heimen für Menschen mit Behinderungen zu unterscheiden. Dies gilt insbesondere für die in den Verordnungen beschriebenen Standards und für die Heimmitwirkung. Hier haben wir nun die Möglichkeit, passende Regelungen für diese unterschiedlichen Bewohnergruppen in den verschiedenen Heimen zu finden.

▼ **Der Grund, warum das Heimrecht 1974 auf Initiative des Bundesrates dem Bund übertragen wurde, waren Pflegemissstände, denen durch eine bundeseinheitliche Regelung begegnet werden sollte. Kritiker der Reform befürchten nun, dass dies zu Qualitätseinbußen, beispielsweise durch Senkung der Mindestfachkraftquote führen könnte...**

▲ An einer Senkung der Fachkraftquote wie auch anderer Standards können wir alle kein Interesse haben. Ich sehe aber tatsächlich die Gefahr, dass Standortkonkurrenzen um die Ansiedlung neuer Heime zu einem „Wettbewerb nach unten“ führen können. Vor einem solchen Wettbewerb der Bundesländer zum Schaden der Heimbewohner und -bewohnerinnen kann ich nur warnen. Das hat mit der geforderten Entbürokratisierung des Heimrechts nichts zu tun.

Diese mögliche Entwicklung hin zur Absenkung der Standards war ein Grund dafür, dass Bremen sich ursprünglich gegen eine Einbeziehung des Heim-

rechts in die Föderalismusreform ausgesprochen hatte. Aber das ist der politische Schnee von gestern. Die Bundesländer haben nun einmal die Länderkompetenz für das Heimrecht bekommen. Wir versuchen, im Interesse der Bewohner und Bewohnerinnen, die Chancen, die sich daraus ergeben, zu nutzen und zugleich gegen eine Absenkung der Standards zu wirken.

▼ **Die Einrichtungen unterstehen der Beaufsichtigung durch die Heimaufsicht. Wird sich hinsichtlich der Prüfung auf Einhaltung der Pflegestandards und anderer Vorgaben zukünftig in Bremen etwas ändern? Wird es beispielsweise mehr unangemeldete Prüfungen geben?**

▲ Es wird Änderungen im Sinne der Entbürokratisierung geben, zum Beispiel können bestimmte Anzeigepflichten der Heimträger wegfallen, die sich als unnötig erwiesen haben. Änderungen hinsichtlich einer Absenkung des Standards sind nicht vorgesehen. Mir erscheint es wichtig, dass wir uns gemeinsam mit den anderen Bundesländern darum bemühen, einen Flickenteppich unterschiedlichster Heimgesetze zu vermeiden. Die Heimrechtsreferenten der Länder und des Bundes befinden sich in einem intensiven Austausch darüber.

Wir möchten über die Grenzen der Bundesländer hinweg Verlässlichkeit durch in den zentralen Punkten möglichst vergleichbare Regelungen herstellen. Das Heimrecht dient dem Schutz der Heimbewohner. Es eignet sich nicht für Profilierungsversuche einzelner Länder.

Der Anteil der unangemeldeten Prüfungen wird nicht im Heimgesetz festgelegt. Wir streben an, die Hälfte der Prüfungen angemeldet, die andere Hälfte unangemeldet zu machen. Dafür erarbeiten wir gerade eine Leitlinie für die Heimaufsicht. Verlässlichkeit ist im Interesse der Heimträger, unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und im Interesse der Bewohner und Bewohnerinnen in den Heimen unabdingbar.

ERGÄNZENDE INFORMATION

In der September-Ausgabe des Länderreports berichteten wir vom Stand der Krankenhausplanung und wiesen auf die Konzentration von Kompetenzen am Beispiel des „Kopfzentrums“ am Krankenhaus Bremen-Mitte hin. Aus dieser Darstellung geht nicht hervor, dass neben der Angliederung der Neurologie am Klinikum Bremen-Mitte an den Versorgungsschwerpunkt „Kopfzentrum“ auch am Klinikum Bremen-Ost eine neurologische Station mit 80 Betten vorgehalten wird. Dieses bitten wir nachträglich zur Kenntnis zu nehmen.

Neurologische Rehabilitation in der Stiftung Friedehorst

Etwa 250 Kinder und Jugendliche werden jährlich in der Neurologischen Rehabilitation der Stiftung Friedehorst in Bremen-Lesum betreut. Die Verletzungen, Krankheiten und Behinderungen, mit denen die Patienten in die Behandlung kommen, sind unterschiedlich. Sie rühren von Verkehrsunfällen, Tumoren, Hirn- und Nervenerkrankungen oder von den Folgen gefährlicher Infektionskrankheiten, wie beispielsweise der Hirnhautentzündung.

Je nach Schwere ihrer Schädigung werden die Kinder und Jugendlichen einige Wochen oder Monate in der Stiftung Friedehorst von Ärzten, Psychologen, Pflegefachkräften, Logopäden, Neuropädagogen und anderen Fachleuten betreut und behandelt. Viele der Patienten bleiben zunächst stationär und kommen später, während der Wiedereingliederung in das Alltagsleben, zur ambulanten Tagesreha. Oft können durch die Behandlung erstaunliche Erfolge erzielt werden, auch wenn nach schweren Schädigungen die vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nicht immer erreicht werden kann.

Wie in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung, ist besonders in der neurologischen Reha für Kinder und Jugendliche eine früh einsetzende, nahtlose und einheitliche Behandlung wichtig, um alle Potenziale zu schöpfen, durch die die jungen Patienten die Folgen von Unfällen oder Erkrankungen überwinden können. Daher wurde, ab der Akutbehandlung im Krankenhaus, die neurologische Rehabilitation in unterschiedliche Phasen eingeteilt, um eine nahtlose und adäquate Versorgung sicherzustellen.

Diese Einteilung orientiert sich am Bedarf beziehungsweise den Möglichkeiten der Patienten und ordnet diesen die Leistungszuständigkeiten der medizinisch/therapeutischen Maßnahmen zu:

- A) Akutbehandlungsphase
- B) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
- C) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen.
- D) Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation
- E) Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation
- F) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Für ein nahtloses Reha-Verfahren ohne unnötige Verluste an den Schnittstellen der Versorgung, hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ebenfalls vorgegeben, dass die Plätze für die Phasen B, C und D möglichst in einer Einrichtung vorzuhalten sind.

Um den Versicherten in Bremen und dem niedersächsischen Umland diese Versorgung weiterhin anbieten zu können, haben die Krankenkassen mit dem Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst einen Versorgungsvertrag über die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 111 des fünften Sozialgesetzbuches geschlossen. Der Vertrag stellt sicher, dass die Einrichtung den hohen Anforderungen an die unterschiedlichen Rehabilitationsphasen gerecht wird und aktualisiert den seit 1987 bestehenden Vertrag zur Anerkennung der Stiftung Friedehorst als Spezialeinrichtung zur neurologischen Rehabilitation.



Frührehabilitation



Ergotherapie



Krankengymnastik

Krankenhausplanung in Bremen verläuft erfolgreich

Als „erfolgreich abgeschlossen“ konnten die Strukturgespräche über den Bremer Krankenhausrahmenplan beendet werden. Die Verbände der Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und die einzelnen Krankenhäuser haben einvernehmlich eine vorausschauende Planung für die Bremer Krankenhauslandschaft bis 2009 aufgestellt, die jetzt in den offiziellen Landeskrankenhausplan des Senators für Gesundheit eingehen wird.

Bei den Verhandlungen ging es zunächst um eine Anpassung der Bettenzahl. Im Einvernehmen mit den Krankenhäusern werden in der Stadt Bremen 246 Betten im somatischen Bereich (auf den Körper bezogene Krankheiten) abgebaut, in Bremerhaven werden dies 41 sein. Im psychiatrischen Bereich werden in Bremen 25 Betten zusätzlich in die Planung aufgenommen; in Bremerhaven sind dies weitere 10 Betten.

Bei der Ermittlung der Auslastungsgrade in den Krankenhäusern musste erstmals beachtet werden, dass aufgrund der Einführung der DRGs (Fallpauschalen) die durchschnittliche Verweildauer unter 6 bis 7 Tage gesunken ist und daher in einigen Fachabteilungen innerhalb der Woche eine Leistungsverdichtung entsteht. So wurde für die Ermittlung der Auslastung statt mit 365 nur mit 260 Kalendertagen gerechnet und entsprechend eine höhere Bettenkapazität erhalten.

Aber nicht nur die Anpassung der Bettenzahl, sondern auch strukturelle Veränderungen wurden perspektivisch besprochen. Diese Gespräche sollen in 2007 konkretisiert werden. Dann geht es um trägerübergreifende Leistungskonzentrationen in den Bremer Krankenhäusern – beispielsweise bei den Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe sowie HNO- und Augenheilkunde.

In Bremerhaven wurde bereits die Perspektive des „Frauen-Mutter-Kind-Zentrum“ gefunden. Diese Bezeichnung sagt aus, dass die Bereiche Frauenheilkunde, Geburtshilfe mit der Versorgung Frühgeborener sowie die Kinderheilkunde in sinnvoller Kombination an den drei Bremerhavener Häusern vorgehalten werden. Dies bedeutet, dass zukünftig im Krankenhaus Reinkenheide die Gynäkologie und das Brustzentrum, im St.-Joseph-Hospital die Geburtshilfe sowie die Neonatologie (Versorgung von Frühgeborenen) und im Krankenhaus Am Bürgerpark die Kinderheilkunde (ohne Neonatologie) platziert sein werden. Die Gespräche dazu werden ebenfalls in 2007 geführt.

Eine weitere Anpassung der vorgehaltenen Anzahl der Krankenhausbetten wird nach Abschluss der Gespräche zur trägerübergreifenden Planung erwartet.

KURZ GEMELDET

- Unter www.vdak-aev.de ist die Homepage der Bremer Landesvertretung der Ersatzkassen zu finden. Hier können sich sowohl Versicherte als auch Leistungsanbieter, Medien oder Selbsthilfegruppen informieren und Formulare herunterladen.
- Im vergangenen Jahr haben 4.000 Menschen bei der Unabhängigen Patientenberatung Bremen (UPB) Hilfe gesucht. Eine Zunahme der Gespräche von 21,5 Prozent seit 2003 stellt die UPB in ihrem Jahresbericht 2005 fest. Besonders seit der Gesundheitsreform 2004 habe sich gezeigt, dass das Gesundheitssystem immer „komplizierter und unübersichtlicher“ wurde.



IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Benningstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de