



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

52. Sitzung (öffentlich)

27. August 2014

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:30 Uhr bis 17:00 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Heinz-Uwe Müller

Verhandlungspunkt:

Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten sofort und optimal behandeln

Antrag
der Fraktion der CDU
Drucksache 16/5250

– Öffentliche Anhörung –

Hierzu werden die in der folgenden Tabelle aufgeführten Sachverständigen angehört.

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen	Seiten
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh	Dr. Michael Brinkmeier Christina Habig	16/1944	5, 22 7
MATERNUS-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen	Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle	16/1954	8, 11, 19
St. Mauritius Therapieklinik	Prof. Dr. Stefan Knecht		7, 10, 20
RehaNova Köln			
Deutsche Schlaganfall Gesellschaft			
Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW			
Schlaganfall Landesverband NRW e. V.			
Landesarbeitsgemeinschaft, c/o Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln	Dr. Ursula Becker	-/--	12, 18
Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe, Münster	Manfred Ernst	16/2016	15, 17

Weitere Stellungnahmen	
LAKIK Landesarbeitskreis Intersektoral Kooperation NRW	16/1975
IGES Institut GmbH, Berlin	16/2001

* * *

Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten sofort und optimal behandeln

Antrag
der Fraktion der CDU
Drucksache 16/5250

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zur 52. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Das ist die vierte Sitzung dieses Ausschusses am heutigen Tage. Sie sehen, dass wir nach der Sommerpause gleich in die Vollen starten. Der heutige Tagesordnungspunkt betrifft ausschließlich einen Sachverhalt, der den Ausschuss – auch im Rahmen der Krankenhausplanung – schon einige Male beschäftigt hat. Dazu hat die antragstellende Fraktion eine Anhörung beantragt, die wir heute durchführen.

Ich danke vorab im Namen des Ausschusses für die eingesandten schriftlichen Stellungnahmen und auch für Ihre Teilnahme an der Anhörung. Einige sind mit den Regularien hier im Parlament vertraut. Diejenigen, die nicht so sehr damit vertraut sind, darf ich darauf hinweisen, dass wir die Anhörung so durchführen, dass keine Eingangsstatements abgegeben werden. Dieser Hinweis war, glaube ich, schon mit der Einladung verbunden gewesen. Die Damen und Herren Abgeordneten werden sich also direkt mit Fragen an Sie wenden.

Im Hinblick auf die Regularien des Ausschusses macht die antragstellende Fraktion bei der Fragerunde den Anfang. Ich erteile Herrn Kollegen Preuß als Sprecher der CDU-Fraktion das Wort. Bitte schön, Herr Kollege.

Peter Preuß (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Zunächst vielen Dank für die Vorlage der schriftlichen Stellungnahmen, die wir – das gilt sicherlich auch für das, was heute dazu gesagt wird – auswerten werden. – Ich habe zunächst vier Fragen an Herrn Dr. Brinkmeier von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Die erste betrifft die Versorgungssituation, die in der Stellungnahme der Stiftung als unzulänglich bezeichnet wird. Herr Dr. Brinkmeier, ich bitte Sie, die derzeitige Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten der Phase B in Nordrhein-Westfalen darzustellen. Zweitens bitte ich darum, darzustellen, inwieweit Akutkrankenhäuser bei der Erbringung der Leistungen OPS 8-552, wie behauptet wird, strukturell überfordert sind. Trifft das zu? Woran wird das festgemacht? Die dritte Frage bezieht sich auf die MDK-Prüfkriterien. Nach ihnen wird vorausgesetzt, dass ein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht. Das ist aber ein Begriff, der wohl nicht einheitlich geklärt ist und deshalb zur Verunsicherung in den Akutkrankenhäusern führt. Das könne unter Umständen auch dazu führen, dass Patienten zu früh entlassen würden. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie uns darstellen würden, worin genau die Probleme bestehen. Die vierte Frage bezieht sich auf das Finanzierungskonzept der Phase B-Behandlung. Dazu habe ich die Frage, welche Probleme sich bei dem derzeitigen Finanzierungskonzept dabei ergeben.

Arif Ünal (GRÜNE): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst vielen Dank für die schriftlichen Stellungnahmen. – Meine Frage geht an Herrn Dr. Brinkmeier und an Herrn Prof. Knecht. Das Thema, welches wir hier behandeln, hängt mit der Krankenhausplanung zusammen. Nach dem Krankenhausplans 2015 gibt es zum ersten Mal die Möglichkeit eines Aufbaus von Betten in der Neurologie. Das bedeutet, dass die Neurologie gezwungen ist, mit anderen Fachrichtungen Kooperationen einzugehen. Es gibt jetzt schon einige Anträge von Rehakliniken; denn sie bekommen nach dem Krankenhausplan diese Möglichkeit. Halten Sie das für den geeigneten Weg, zum Beispiel die möglichst früh einsetzende Reha besser zu organisieren?

Meine Frage bezieht sich auf die intensivmedizinische Behandlung. Sie ist notwendig, um früh Rehamassnahmen einzuleiten. Sind reine Rehaeinrichtungen in der Lage, diese frühen Rehamassnahmen durchzuführen? Oder brauchen wir andere Einrichtungen, die diese Massnahmen anbieten können?

Meine dritte Frage stelle ich zur Finanzierung. Welchen Stellenwert haben die Versorgungsverträge nach § 109 SGB V zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern? Sollten die Krankenkassen dieses Instrument offensiver nutzen?

Josef Neumann (SPD): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Auch im Namen der SPD danke ich für die zahlreichen Zuschriften, die Sie uns überreicht haben. Aus ihnen kann man sicherlich schon einiges ersehen. – Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Knecht. Der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen geht von einem regional gleichmäßigen Angebot aus. Das Gesundheitsministerium hatte erklärt, im Rahmen eines Planungsverfahrens erfragen zu wollen, ob die derzeitigen Akutversorger die entsprechenden Angebote vorhalten, um die entsprechende Ausstattung zu haben, und wie sie diese Ausstattung über Kooperation absichern. Mich interessiert, wie Sie diesen Ansatz bewerten.

Susanne Schneider (FDP): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch vonseiten der FDP-Fraktion ganz herzlichen Dank für die Mühe, die Sie sich gemacht haben. Die FDP-Fraktion hat relativ wenig Fragen. Zum einen wurden schon sehr viele beantwortet. Zum anderen kann ich dem, der nicht da ist, keine Frage stellen.

Ich habe drei Fragen an Frau Dr. Becker. Das notwendige Personal, die Sachkosten sowie Investitionen müssen durch Vergütungen der Krankenkassen finanziert werden. Können Sie uns dazu Ihre Erfahrungen mit den Krankenkassen schildern?

Zweitens. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von „Flaschenhälsen“ in der neurologischen bzw. neurochirurgischen Frühreha. Welche sehen Sie? Und wie könnten hier Lösungen aussehen?

Ich komme zu meiner dritten Frage. Meiner Einschätzung nach wird seit Jahren in dem Bereich lediglich über Strukturen und kaum über die Patienten bzw. über die Notwendigkeit gesprochen, eine schnelle und gute Versorgung sicherzustellen. Können Sie das bestätigen?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Ernst. Wie viele Personen sind in Nordrhein-Westfalen unter Umgehung der Frührehabilitation direkt aus einem Akutkrankenhaus in ein Pflegeheim oder in eine ähnliche Einrichtung verlegt worden?

Olaf Wegner (PIRATEN): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch die Piraten-Fraktion sagt vielen Dank für Ihre Stellungnahmen und für Ihr heutiges Erscheinen. – Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Knecht und Herrn Dr. Brinkmeier. Auch ich möchte das Augenmerk erst einmal mehr auf die Patienten richten. Dazu habe ich die Frage: Welche Folgen hat eine nicht durchgeführte Frühreha der Phase B für den Patienten? Welche Nachteile bestehen dadurch für den Patienten?

Die nächste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Schönle oder an Frau Dr. Ursula Becker. Entscheiden Sie, wer die Frage beantworten möchte. Vielleicht möchten auch beide antworten. Das IGES-Institut hat für 2012 Zahlen erhoben. Lässt sich aus diesen Zahlen eindeutig schließen, dass es in NRW keine flächendeckende Versorgung gibt? Oder anders gefragt: Ist die Chance, eine spezialisierte Frühreha vom Typ B zu erhalten, vom Wohnsitz abhängig? Welche Folgen hat das?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das war die erste Fragerunde, in der alle Fraktionen zu Wort gekommen sind. Herr Dr. Brinkmeier, Sie sind ein ehemaliger Kollege: Fangen Sie einmal an. Bitte schön, Sie haben das Wort.

Dr. Michael Brinkmeier (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Herzlichen Dank für die Möglichkeit, bei dieser Anhörung seitens der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe Stellung zu dem angesprochenen Fragenkomplex zu nehmen. Der guten Ordnung halber will ich sagen; Ich bin einzig und allein mit dem Hut der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe da. Weil ich die Strukturen hier im Landtag gut kenne, will ich der guten Ordnung halber sagen, dass weder die Stiftung noch ich persönlich bezüglich der Stellung des Antrages involviert bin. Vielmehr spreche ich jetzt tatsächlich in dieser neuen Funktion dazu.

Das ist auch sehr wichtig in Bezug auf die Rolle der Stiftung. Es betrifft das, was der Herr Abgeordnete Wegner gerade gesagt hat: Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe nimmt hier die Patientensicht ein. Durch diese Brille will ich auch die erste Frage von Herrn Abg. Preuß bezüglich der derzeitigen Versorgungssituation in der Phase B beantworten. Es gibt nicht sehr viele Studien dazu. Ich denke, dass die anderen anwesenden Experten dazu auch noch einiges sagen können.

Das, was uns als Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe vorliegt, sind vor allem Ist-Zahlen bzw. Input-Zahlen, wie sich die Belegungsraten darstellen. Das ist auch in den Stellungnahmen noch einmal abgelegt worden. Sie sind in Nordrhein-Westfalen rein zahlenmäßig deutlich niedriger als in den meisten anderen Bundesländern. Sachsen kommt da – aber aus erklärbaren Gründen, die auch niedergelegt sind – etwas näher heran. Da sieht man schon einen deutlichen Unterschied. Aus diesen Zahlen kann man schon – so, wie wir das in unserer Stellungnahme gemacht haben

– Folgerungen ziehen: Die Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen ist im Durchschnitt schlechter als in anderen Bundesländern, wobei man darauf hinweisen muss, dass es innerhalb des Landes regionale bzw. örtliche Unterschiede gibt. Auch das ist in der Studie niedergelegt worden. Insbesondere Ostwestfalen-Lippe hat an der Stelle seit einiger Zeit einen Minderbedarf. Das heißt, die Versorgungssituation ist nicht besonders gut.

Wenn man sich in die Rolle eines Betroffenen – einer Patientin oder eines Patienten – oder auch eines Angehörigen versetzt, hat man in einer schockartigen Phase – bei der man gar nicht weiß, was mit einem geschieht – manchmal das Gefühl, dass irgendetwas nicht ganz passt, dass man vielleicht hin und hergeschoben wird. Als Laie kann man das nicht bewerten. In der Struktur muss das fachlich aufgearbeitet werden. Ich denke, dazu können die Kolleginnen und Kollegen Experten gleich noch näher Stellung nehmen.

Sind Akutkrankenhäuser strukturell überfordert? Woran wird das festgemacht? Ich will das anhand des Begriffs „hochbartheln“ – der Barthel-Index ist ein wichtiges Kriterium in Bezug auf die Genesung eines Schlaganfall-Patienten – festmachen. Der Barthel-Index ist eng an die Phasen der Reha – A, B, C usw. – gekoppelt. Die Akutkrankenhäuser – das gilt nicht für alle, aber für eine genügende Anzahl – sprechen von Überforderungstendenzen. Viele Krankenhäuser schaffen es strukturell nicht, B-adäquate Leistungen zu liefern. Sie sähen es gerne, dass das von der nachfolgenden Rehaeinrichtung übernommen wird, die aber wiederum nur für C oder für C+ bezahlt wird. Was passiert dann? Man schaut sich den Patienten an und gibt ihm – ich will das einmal so diplomatisch formulieren – einen optimistischen Barthel-Index. Umgangssprachlich wird dann in der Szene gesagt: Wir haben den Patienten „hochgebarthelt“. In meinen Augen ist das ein Unwort. Das will ich aber nicht denjenigen anlasten, die das Wort benutzen. Es ist eher resignativ gemeint. Der Patient wird also gesünder dargestellt, als er tatsächlich ist. Das passiert leider nicht nur in Einzelfällen. Darin offenbart sich das strukturelle Problem. Das kann man nicht den Akuthäusern und auch nicht den Rehaeinrichtungen anlasten; denn die versuchen aus den beschriebenen Gründen, das Beste aus der Situation zu machen. Ich würde appellieren, da eine strukturelle Lösung herbeizuführen.

Es wurde gefragt, welche Probleme es in Bezug auf das Finanzierungskonzept gibt. Wir haben in unserer Stellungnahme einiges dazu gesagt. Ich will auch nicht zu sehr ins Detail gehen. Grundsätzlich kann gesagt werden: Dem Patienten kann es letztlich egal sein, wie die Struktur dahinter ist und wie die Finanzierungsströme sind: Hauptsache, er wird gesund. Wichtig ist aber, festzustellen, dass es Lösungsmöglichkeiten in anderen Bundesländern gibt, wo es strukturell bzw. zahlenmäßig bessere Hilfen gibt. Grundsätzlich empfehle ich, zu schauen, inwieweit andere Bundesländer uns da helfen können. Ich sehe es so, dass auch die Lösungsansätze der Landesregierung bzw. des Ministeriums hier schon ein Weg in die richtige Richtung sind. Das sollte auf jeden Fall weiterverfolgt werden.

Zum Thema „MDK-Prüfkriterien“ würde ich, Herr Vorsitzender, Frau Habig, meine Mitarbeiterin – sie ist auch Expertin –, bitten, dazu zwei Sätze zu sagen.

Zur Krankenhausplanung 2015 kann ich nicht umfangreich Stellung nehmen. Das ist nicht unser Fachgebiet.

Weiter wurde gefragt, ob die reinen Rehaeinrichtungen für die Durchführung einer Frühreha in der Lage sind. Es ist die Frage, was man unter „rein“ versteht. Es gibt nicht nur Kooperationen, sondern auch erweiterte Rehaeinrichtungen. Was es da in Nordrhein-Westfalen an Angeboten gibt, ist, glaube ich, sehr gut. Das heißt, wir sind im Land prinzipiell in der Lage, genügend gute Frühreha Phase B zu leisten. Ich betone „B“ und spreche nicht von „C+“ oder „C++“. Das ist in unseren Augen das Kaschieren eines schwierigen Zustandes, auch wenn es ursprünglich dem Wirtschaftsgebot geschuldet war. Das ist aber nicht die Lösung des Problems.

Christina Habig (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh): Schönen guten Tag! – Wenn ein Patient im Krankenhaus akut behandelt werden muss, setzt das voraus, dass ein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht. Der Begriff „akutmedizinischer Handlungsbedarf“ ist nicht eindeutig geklärt. Deswegen kommt es immer zu Konflikten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Dieser Konflikt besteht schon seit mehreren Jahren. Er ist – obwohl Ansätze zur Klärung bestehen – noch nicht geklärt.

Prof. Dr. Stefan Knecht (St. Mauritius Therapieklinik): Ich bin als Sachverständiger angesprochen worden. Deshalb möchte ich kurz erläutern, woher meine Sachkenntnis kommt. Ich habe 20 Jahre in der Akutneurologie an der Uniklinik Münster gearbeitet und kenne die Situation in der neurologischen bzw. neurochirurgischen Akutversorgung. Das ist sozusagen liegende Medizin. Wenn man damit durch ist, kommt der Punkt, an dem man sagt: Wir müssen den Patienten jetzt aus dem Liegen ans Stehen bekommen. Das ist das Problem. Wir schaffen das im Akutbereich nicht. Die Patienten müssen schnell bewegt, also aufgerichtet und mobilisiert werden.

Ich habe die Chance gehabt, drei Jahre lang ein Neurozentrum in Hamburg zu leiten. In ihm ging es um Akutrehabilitation, also eine Rehabilitation der frühesten Phase, einschließlich beatmeter Patienten. Dabei wurden die Patienten aus der Notfallsituation heraus direkt nach der Operation zu uns verlegt. Sie waren größtenteils noch beatmet. Diese Patienten hatten beispielsweise ein Schädel-Hirn-Trauma nach einem Autounfall. Wir haben sie, als sie noch beatmet wurden, hinstellen und mit ihnen bereits Rehabilitation machen können.

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

Ich hoffe, dass ich damit Ihre Frage beantwortet habe, ob Rehabilitationskliniken in der Lage sind, intensivmedizinische Patienten zu versorgen. Natürlich sind sie das. An vielen Punkten sind sie dazu sogar besser in der Lage als eine akutmedizinische Intensivstation, denn der fehlt es an der Physiotherapie. Das andere – Beatmung und dergleichen – ist, ehrlich gesagt, relativ einfach.

Ich bin dann – weil es am Rhein viel schöner ist als an der Elbe – nach Meerbusch in eine schöne, gut ausgerüstete Rehabilitationsklinik gekommen. Jetzt befinde ich mich in einer Situation, wo ich sehe, dass es durchgehend 20 Patienten gibt, die frührehabilitationspflichtig sind und von den umliegenden Krankenhäusern bei uns angemeldet wurden. Wir können diese Patienten nicht übernehmen, obwohl wir dazu, was die Fachkompetenz und das Instrumentarium anbelangt, in der Lage wären. Vor allem können wir sie deswegen nicht übernehmen, weil die Krankenkassen die Übernahme in den Rehabilitationsbereich nicht gestatten.

Es gibt einen langen Kampf. Viele dieser Patienten verschwinden. Herr Ernst kann vielleicht noch erläutern, wohin sie verschwinden. Das IGES-Gutachten gibt auch Informationen dazu. Einige dieser Patienten werden nach Einzelabsprache von uns übernommen. Wir versorgen sie mit eingeschränkten Kapazitäten bzw. Ressourcen. Im Mittel geschieht das aber mit 14 Tagen Verzögerung – und das bei dem beschriebenen Rehabilitationsfenster. Dieses ist dann schon ziemlich weit geschlossen. Es gibt also ein Problem, wenn es da zu Verzögerungen kommt.

Damit komme ich zur Frage von Herrn Wegner. Wenn bei diesen Patienten keine Frührehabilitation erfolgt, bleiben sie liegen. Sie liegen sich durch. Die Muskeln und die Knochen bauen ab. Sie bekommen Druckgeschwüre. Es ist nicht nur so, dass sie ihre Funktionen nicht wiedererlangen, sondern es treten dann auch Phänomene der Erholung ein, die wir nicht wollen, nämlich Kontrakturen und Schmerzen. Dann addiert sich das zu einem Mangel an Zugewinn bezüglich der Lebensqualität, und es gibt einen Zusatz an Leiden. Das passiert, wenn Frührehabilitation nicht durchgeführt wird.

Ihre nächste Frage war, ob wir das Problem durch einen offensiveren Umgang über Versorgungsverträge nach § 109 SGB V lösen können. Das bezweifle ich; denn damit wird das offensichtlich Notwendige – nämlich die schnelle Übernahme von kritischen Patienten zur Mobilisierung – nicht erreicht. Es gibt weiterhin diesen Verzug. Es gilt – ähnlich wie bei der akuten Schlaganfallbehandlung – das Motto „time is brain“. In der Rehabilitation gilt doppelt „time is brain“. Rehabilitation muss nämlich frühestmöglich und möglichst intensiv erfolgen. Das können wir nur durch klare Strukturen erreichen. Es muss einen Status der Frührehabilitation im Rahmen eines Akutsettings mit der Möglichkeit geben, dass die Ärzte Patienten direkt verlegen können. Vielleicht möchte Herr Prof. Schönle noch einmal einen Fall, über den er gerade berichtet hat, beschreiben. Dabei geht es um einen Patienten an der Landesgrenze von NRW. Vielleicht kann man das kurz einschieben.

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle (MATERNUS-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen): Ich komme von der MATERNUS-Klinik in Bad Oeynhausen. Wir liegen relativ weit im Osten, an der Grenze zu Niedersachsen. Vor kurzem hatten wir einen Patienten, der aus Bochum stammt. Er war in Hannover unterwegs und erlitt dort eine Hirnblutung, woraufhin er in die MH-Hannover eingeliefert und dort in der Neurochirurgie operiert wurde. Danach lag er auf der Intensivstation. Akutmedizinisch war die Behandlung definitiv beendet. Es wurde ein Platz mit Beatmung in der Rehaklinik gesucht. Wir haben in unserer Klinik 22 Beatmungs- bzw. Intensivplätze. Frau Lück

war einmal bei uns zu Besuch, hat sich das angesehen und an einer Angehörigen-Gruppe teilgenommen.

Wir fragen bei den Krankenkassen, wenn Patienten angemeldet werden, täglich an, ob die Kosten übernommen werden. Das sind dann praktisch alles Einzelabmachungen bzw. Einzelverträge. Meistens kostet es mich vier oder fünf Stunden pro Tag, Telefonate mit den Krankenkassen und mit den Krankenhäusern zu führen. In dem Fall war es so, dass die betreffende Krankenkasse, die bundesweit vertreten ist, Fragebögen an die Intensivstation geschickt hat und von den Kollegen wissen wollte, wie lange der Patient noch beatmet wird und welche Behandlungsformen durchgeführt werden. Die Kollegen von der Intensivstation haben gesagt: Das ist für uns in Niedersachsen völlig ungewohnt, denn hier können wir die Patienten direkt in eine Rehaklinik verlegen. Die Rehakliniken dort haben einen Akutbettenstatus für Patienten haben, die intensivpflichtig sind und beatmet werden müssen.

Der Effekt war dann, dass der Patient aus Bochum kurzerhand in eine niedersächsische Frührehaeinrichtung an einer Rehabilitationsklinik verlegt wurde. Die Angehörigen müssen seitdem von Bochum nach Niedersachsen fahren. Der Patient wird jetzt in Niedersachsen weiterbehandelt. Das ist ein Fall aus dem Grenzbereich. Auch für Rheinland-Pfalz gilt das. Es befindet sich eine Kollegin aus Aachen hier im Zuschauerraum. Es werden Patienten aus Aachen nach Rheinland-Pfalz verlegt, weil die Rehakliniken dort die entsprechenden Voraussetzungen haben, um solche Patienten aufnehmen zu können.

Vielleicht noch eine Ergänzung zur Frage bezüglich Intensivmedizin und Rehabilitation. Das scheint sich gegenseitig auszuschließen, ist aber nicht so. Als wir das Phasenmodell – da werden die Phasen A, B, C, D und E formuliert bzw. definiert; dabei geht es um den Schweregrad der Krankheit und darum, was dort behandelt wird – bei der BAR 1995 herausgebracht haben, haben wir auch Komapatienten mit eingeschlossen. Heute würde man sagen, Komapatienten seien nicht rehafähig. Es ist nicht die Frage, ob der Patient rehafähig ist. Die Frage ist, ob wir als Einrichtung fähig sind, den Patienten zu rehabilitieren. Das ist die Grundfrage.

Wir haben in den 20 Jahren – seitdem wir das in der neurologischen Rehabilitation betreiben, also Komapatienten rehabilitieren – gesehen, dass Komapatienten teilweise eine sehr gute Prognose haben, wenn sie, wie Herr Knecht sagte, sehr früh – wenn das Fenster noch offen ist und die Rehafähigkeit gegeben ist – in die Rehabilitation kommen. Herr Schumacher – er ist aber kein Schlaganfallpatient – ist beispielsweise ein Fall, der jetzt entsprechend rehabilitiert wird.

Intensivmedizin und Rehabilitation schließen sich nicht aus. Sie sind nicht wie Feuer und Wasser, ganz im Gegenteil. Ich gebe Ihnen ein Beispiel dazu: Ich habe eine Entzündung meines Gehirns, und die Bakterien befinden sich im Hirnstamm. Dort gibt es ein Atmungszentrum, von wo aus meine Atmung und mein Kreislauf gesteuert werden. Dann werde ich beatmungs- bzw. intensivpflichtig. Ich werde bewusstlos und komme auf die Intensivstation einer Akutklinik. Dort wird mir Liquor entnommen. Es wird festgestellt, welche Bakterien darin sind. Dann wird geschaut, welche Antibiotika wirksam sind. Die bekomme ich. Dann sterben alle Bakterien in meinem Hirnwasser ab. Ich atme aber immer noch nicht, weil das Atmungszentrum, das meine

Atmung steuert, funktionell gestört ist. Es können in der Akutmedizin Hunderte von Litern Antibiotika hineingegeben werden: Daran wird sich nichts ändern. Das heißt, akutmedizinisch ist die Behandlung abgeschlossen. Wir wissen, um welche Bakterien es sich handelt und welche Antibiotika wirken. Wenn die gegeben wurden, sind keine Bakterien mehr vorhanden.

Das heißt, ich brauche eine Einrichtung, die mich weiter beatmet und funktionell rehabilitiert. Es muss erreicht werden, dass meine Muskeln nicht atrophisch werden. In dem Fall geht es um meine Atemmuskulatur. Je länger ich beatmet werde, umso mehr atrophieren meine Muskeln. Das bedeutet, wir benötigen eine sehr frühzeitige Aktivierung bzw. Rehabilitation, damit meine Atmung wiederhergestellt wird. Das ist ein sehr plastisches Beispiel, anhand dessen gesehen werden kann, dass die Akutmedizin da eigentlich gar nichts mehr leisten kann. Die Akutmedizin ist dann definitiv abgeschlossen. Das habe ich nur zur Vergegenwärtigung dessen gesagt, was Intensivmedizin und Rehabilitation bedeutet.

Wir haben in der Klinik 22 intensivmedizinische Rehabilitationsplätze, können also solche Patienten aufnehmen. Das bedeutet aber, dass wir über jeden Fall im Einzelnen mit der Kasse verhandeln müssen. Das bedeutet viele Gespräche und Aufklärungsarbeit für die Kassen. Dennoch aber ist es so, dass es häufig eine lange Verzögerung gibt. Es dauert 14 Tage bis drei Wochen, bis der MDK und die Kasse geprüft haben. Man hat manchmal den Eindruck, dass dadurch die Behandlung von den Kassen herausgezögert wird.

Es gibt die obere Verweildauer. Die Grenzverweildauer im Rahmen der DRGs ist natürlich voll auszunutzen. Manchmal – wenn die obere Grenzverweildauer überschritten ist – suchen die Kassen sehr schnell einen Platz für einen beatmungs- bzw. intensivpflichtigen Patienten, weil sonst die Kosten sehr hoch sind. In einer Herz-Thorax-Chirurgie sind pro Tag 2.500 € zu bezahlen, wenn die obere Grenzverweildauer überschritten ist. Da ist die Kasse aus Kostengründen dann sehr bemüht, den Patienten relativ schnell zu verlegen.

Intensivmedizin und Rehabilitation schließen sich nicht aus. Im Gegenteil, sie ergänzen sich, wenn die akutmedizinische Behandlung abgeschlossen ist.

Prof. Dr. Stefan Knecht (St. Mauritius Therapiekl.ink): Wir sind die Antworten auf zwei Fragen noch schuldig. Herr Neumann hatte gefragt, ob wir glauben, dass mit dem Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen ein gleichmäßiges Angebot erreicht wird. Weiter hatte er sich erkundigt, ob wir meinen, dass das Angebot der Akutversorger hier in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichend sei.

Die Vorgabe war, dass die Frührehabilitation in einem Akuthaus erfolgen sollte. Wir können aber nur konstatieren, dass das seit zehn Jahren nicht passiert. Die Akutversorger schaffen es nicht, diese Patienten mit entsprechenden Strukturen zu versorgen. „Struktur“ bedeutet vor allem, dass 300 Minuten pro Tag interdisziplinäre, koordinierte Rehabilitation am Patienten durchgeführt wird. Auch ich habe es im Akutbereich probiert. Die Strukturen passen nicht. Das ist ein bisschen so, als wenn ein Sportwagenhersteller auf einmal Traktoren bauen soll. Man bekommt das vielleicht

hier und da hin. Einige schaffen das; aber die Struktur spricht dagegen. Am Schluss macht man beides schlecht. Rehakliniken sind genuin auf diese Patienten ausgerichtet. Sie haben die entsprechende Expertise. Sie können das – wie die übrigen Bundesländer zeigen – deutlich schlanker leisten.

Herr Ünal fragte nach dem Krankenhausplan 2015 bzw. nach der Möglichkeit des Bettenaufbaus in der Neurologie. Es gibt dazu ein Schreiben mit der Spezifizierung des Ministeriums und dem Hinweis darauf, dass Rehabilitationskliniken in den Krankenhausplan – mit der Begrenzung des Versorgungsauftrages, in Kooperation mit benachbarten neurologischen Fachabteilungen – aufgenommen werden können. Dazu muss ich ganz ehrlich sagen: Das ist für mich ein ganz enormer Lichtblick. Denn da wird aufgezeigt, wie es gehen könnte, aus der Situation herauszukommen.

Erstens ist nicht so richtig nachzuvollziehen, warum erst eine Kooperation vorhanden sein muss. Ich bin persönlich bin da relativ entspannt, weil wir das Glück haben, in einem Verbund zu sein und auch eine akutneurologische Schwesterklinik zu haben. Es gibt aber andere große, potente Rehabilitationskliniken, die sich nicht in dieser Situation befinden. Ich kann nicht so ganz verstehen, warum die jetzt ausgegrenzt werden sollen. Persönlich sehe ich da Licht im Tunnel, habe aber sehr große Sorgen, dass der Weg dahin sehr beschwerlich ist und möglicherweise auch hinausgezögert wird. Möglicherweise wird das Ende des Tunnels mit Verweis auf die begrenzte Bettenplanung – die anhand einer unseres Erachtens nicht richtigen Abbildung des Bedarfes erstellt wurde – eng gemacht.

Wenn wir davon sprechen, dass in Nordrhein-Westfalen 1.300 Frührehabilitationsbetten fehlen, addieren die sich praktisch zum Bettenbedarf hinzu. Das muss entsprechend bei der Aufnahme der Rehabilitationskliniken in den Krankenhausplan berücksichtigt werden.

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle (MATERNUS-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen): Ich möchte, wenn ich darf, noch eine kleine Ergänzung zum Krankenhausplan machen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich darf die beiden Herren Professoren darauf aufmerksam machen, dass die Verhandlungsführung in diesem Ausschuss beim Vorsitzenden liegt und nicht hin und hergeschoben werden kann. Ich gebe Ihnen aber gerne das Wort, weil Sie auch von Herrn Kollegen Wegner angesprochen worden sind. Vielleicht können Sie konkret auf die Verhandlungen zum Beispiel im Regierungsbezirk Detmold, aus dem Sie kommen, eingehen. Dort gibt es schon Verhandlungen. Welche konkreten Erfahrungen haben Sie bzw. Ihre Klinik da gemacht? Das könnten Sie dem Auditorium hier schon einmal konkret mitteilen.

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle (MATERNUS-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen): Wir haben noch keinen Antrag gestellt, sind aber gerade dabei, das zu tun. Wir haben uns noch mit anderen Rehakliniken zu organisieren, um da vielleicht gemeinsam einen Plan vorzulegen. – Ich möchte zum Krankenhausplan ergänzen: Er eröffnet ein Potenzial der Entwicklung. Ein bisschen problematisch oder ergän-

zungsbedürftig ist Folgendes: Dort wird von Aphasie und Schlaganfall gesprochen. Das macht einen Teil der Patienten aus, es handelt sich dabei aber um einen geringeren Anteil. Ausgeschlossen werden die neurochirurgischen Patienten.

In § 39 und im entsprechenden OPS ist von „neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation“ die Rede. Wir müssen jetzt vor allem die neurochirurgischen Patienten einschließen, welche in der Regel die schwerer erkrankten Patienten und eher intensivpflichtig als die Patienten sind, die einen Schlaganfall hatten. Eine große Anzahl von Patienten kommt nach Herzinfarkt bzw. Herzoperation aus internistischen Abteilungen. Sie haben Hypoxie erlitten.

Nach einer Studie, die wir in Baden-Württemberg durchgeführt haben, betraf das 60 % der Anmeldungen in der neurologischen Frührehabilitation. Sie kamen – teilweise mit schweren, teilweise mit leichteren Hypoxien – aus internistischen Abteilungen. Wenn man den Plan noch ein wenig ergänzen oder interpretieren könnte, wäre es gut, wenn neben der Neurologie auch die Neurochirurgie bzw. diese anderen Indikationen – sie betreffen auch das Hirn, sind aber nicht in engem neurologischen Sinne zu definieren und werden auch nicht in der Neurologie behandelt; meiner Erfahrung nach werden sie aber auf den anderen Intensivstationen mit behandelt – mit berücksichtigt werden würden. Insbesondere sollte es eine Ausweitung auf die neurochirurgischen Patienten geben. Wenn der Plan umgesetzt wird, sollte es die Möglichkeit geben, das mit aufzunehmen.

Dr. Ursula Becker (Landesarbeitsgemeinschaft, c/o Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Herzlichen Dank für die Einladung. Ich sitze hier zum einen als Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft Neurorehabilitation und zum anderen als Betreiberin von drei neurologischen Rehakliniken in drei Bundesländern. Davon befindet sich eine in Nordrhein-Westfalen. Frau Schneider hat mich gebeten, ein wenig über die Erfahrungen zu berichten, die wir hier in Nordrhein-Westfalen gemacht haben.

Unsere Klinik ist vor fast 20 Jahren ans Netz gegangen. Sie hatte damals schon eine neurologische Abteilung. Man kann sagen: Vom ersten Tage an sind in Einzelfällen auch schwerstbetroffene Patienten dort von den Krankenkassen angemeldet worden. Eine neurologische Rehaklinik, wenn sie denn qualifiziert ist, deckt das weite Spektrum der neurologischen Rehabilitation – und damit auch schwerstbetroffene Patienten – ab.

Wir haben seit dem Jahr 2001 versucht, für diese Patienten in unseren Verträgen – sei es mit den Krankenkassen oder auch mit dem Land – eine Klarstellung zu bekommen, um die Leistungserbringung auf eine rechtlich tragfähige Grundlage zu stellen und um den strukturellen Anforderungen, welche die schwerstbetroffenen Personen haben – das betrifft die personelle und organisatorische Ausstattung sowie das therapeutische Setting –, gerecht werden zu können. Bis heute ist uns das nicht gelungen. Das ist ein wesentlicher Grund, weshalb wir hier sitzen.

Das dem zugrunde liegende Problem besteht in dem, was Herr Brinkmeier eben schon in seinem Eingangsstatement vorgetragen hat. Man kann sich jetzt fragen: Warum sind die Patienten eigentlich in der Klinik angelandet? Sie sind deswegen angelandet, weil sie von den Krankenhäusern, die sie in ein rehabilitatives Setting abgeben möchten, besser gebarthelt – „hochgebarthelt“ – werden, als sie tatsächlich sind. Die Barthel-Einstufung des Krankenhauses ist dann wiederum für die Bewilligung bzw. Kostenzusage seitens der Krankenkassen maßgeblich. Zwischen 100 und 200 Patienten jährlich kommen in der Rhein-Sieg-Klinik mit einem „Barthel“ an, welcher der Frührehabdefinition entspricht. Sie werden aber nicht unbedingt so angemeldet. Die Leistung wird zwar abgefragt, kann aber nicht vergütet werden, weil die entsprechende vertragliche Grundlage nicht vorhanden ist. Wir verhandeln darüber sehr lange. Das ist aber ein sehr schwieriges Feld. – Wie wichtig die entsprechende Behandlung für den Patienten ist, haben, denke ich, die Herren Professoren aus medizinischer Sicht schon sehr deutlich gemacht.

Sie haben nach den Flaschenhälsen gefragt. Das ist auch schon angedeutet worden. Die Hauptflaschenhäse beim täglichen Umgang hier in Nordrhein-Westfalen gibt es beim Zugang zur Rehabilitation – dabei handelt es sich um das erforderliche Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkassen –, denn die Rehakliniken sind keine Akutkrankenhäuser. Im Rahmen der Einweisung – das haben die beiden Herren schon gesagt – dauert es zum Teil zwei, manchmal aber auch sechs Wochen, bis überhaupt eine Bewilligung vorliegt. Währenddessen verstreicht wertvolle Zeit für den Patienten im Krankenhaus, während der rehabilitative Leistungen nicht erbracht werden.

Ich finde es problematisch, dass die Bewertung, ob ein Patient eine Frühreha bekommen soll, durch das umfängliche Bewilligungsverfahren in der Regel von Nichtmedizinern vorgenommen wird. Das sind in der Regel Krankenkassenfachangestellte, die die Bewertung eines Arztes mit – wie Herr Prof. Schönle gerade sagte – umfänglichen Papieren in Frage stellen. Damit geht wertvolle Zeit verloren.

Ein weiterer Flaschenhals besteht in der nicht ausreichenden Bettenzahl. Die Krankenhäuser haben Verlegebedarf bzw. Verlegedruck. Wir haben in Nordrhein-Westfalen deutlich zu wenig Frührehabetten. Das ist auch im IGES-Gutachten noch einmal dargelegt worden. Aus diesem Grunde können Verlegungen zum Teil – selbst wenn Bewilligungen vorliegen – nicht stattfinden. Es gibt unzählige Fälle, die bei uns immer wieder einmal ankommen: Die Bewilligung liegt vor, aber die Kliniken, welche für die Frührehabilitation zugelassen sind – und von denen gibt es in Nordrhein-Westfalen nur zwei: die „Godeshöhe“ in Bonn und die „RehaNova“ in Köln –, sind bis zum Anschlag voll und können die vorhandenen Patienten nicht mehr aufnehmen. Das wiederum führt dazu, dass Verlegungen in andere Bundesländer stattfinden oder dass in Einzelfällen Bewilligungen ausgesprochen werden.

Die Einzelfallbewilligungen kommen aber – das muss man an dieser Stelle auch ganz deutlich sagen – vor allen Dingen Privatpatienten zugute, weil die privaten Krankenversicherungen da deutlich flexibler sind. Ob Frühreha bewilligt wird, hängt eindeutig von der einzelnen Krankenkasse ab. Es gibt Krankenkassen, die bewilligen

das praktisch nie, während andere im Rahmen der Einzelfallbewilligung großzügiger oder unkomplizierter vorgehen.

Welche Lösung gibt es für die Flaschenhalse? Eindeutig ist: Wir müssen in Nordrhein-Westfalen entsprechende Betten ausweisen. Am einfachsten ist es, wenn sie im Krankenhausplan ausgewiesen werden, weil es der Krankenhausstatus hinterher ermöglicht, dass Direktverlegungen von Krankenhaus zu Krankenhaus möglich sind. Das passiert in allen anderen Flächenländern. Dann können die Patienten unkompliziert, schnell, zeitnah und – ganz wichtig – wohnortnah verlegt werden.

Sie haben mich weiterhin nach den Strukturen gefragt. Dazu möchte ich anmerken: Es wurde sehr lange nicht über Strukturen gesprochen, weil der alte Krankenhausplan galt. Ich denke, es ist ein großer Fortschritt, dass wir heute hier sitzen und nach dem neuen Krankenhausplan jetzt die Möglichkeit gegeben ist, die Frührehabilitation zu regeln. Nach dem alten Krankenhausplan ist es so gewesen, dass Frührehabilitation ausschließlich an bettenführenden neurologischen Hauptabteilungen zugelassen werden konnten. Daran sind wir damals gescheitert; denn wir haben keine bettenführende neurologische Hauptabteilung.

Jetzt gibt es die Möglichkeit der Kooperation. Dass über Strukturen gesprochen wird, ist an sich schon sehr wichtig. Das Entscheidende im Sinne der Patienten ist aber, denke ich, dass es auch umgesetzt wird. Denn die Patienten, über die wir reden, haben Erkrankungen, die nicht geplant sind, sondern jeden Tag passieren. Jeden Tag bekommen – völlig unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialem Status bzw. Herkunft – unzählig viele Menschen Schlaganfälle. Täglich verunglücken Menschen – auch dazu nenne ich wieder das Beispiel Michael Schumacher –, ohne dass es voraussehbar gewesen wäre. Ich glaube, es gibt jetzt einen ziemlich großen Handlungsdruck, die Strukturen im Sinne der Patienten zu gestalten und die Betten ins System zu bringen.

Herr Wegner hat mich gefragt, ob sich aus den IGES-Zahlen ableiten lässt, dass es keine flächendeckende Frühreha gibt. Das kann man eindeutig daraus ableiten. Wie ich eben erwähnte, gibt es zwei Möglichkeiten der Frühreha. Es gibt nur zwei neurologische Rehabilitationskliniken, die im Rahmen der Rehabilitationsversorgungsverträge für die neurologische Frühreha zugelassen sind. Beide liegen im Rheinland. Es handelt sich dabei um die „RehaNova“ und die „Godeshöhe“. In Ostwestfalen, im Ruhrgebiet und hier in Düsseldorf gibt es keine weitere Klinik.

Es werden in den Krankenhäusern Frührehabilitationsleistungen erbracht. Die Auswertung der OPS-Zahlen des Jahres 2012 hat aber ergeben, dass diese im Vergleich zum Jahr 2010 – und zwar nicht ganz unerheblich – zurückgegangen sind. Der Rückgang beträgt 16,5 %. Wenn wir über flächendeckende Versorgung – im Rahmen von Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – sprechen, muss gemäß den Qualitätsberichten der Krankenhäuser festgestellt werden, dass es im Westfälischen kein einziges Krankenhaus mehr gibt, das Frührehabilitationsleistungen kodiert. Die vier Krankenhäuser, die im Jahr 2010 über 100 Fälle hatten, haben auch im Jahr 2012 deutlich weniger Leistungen erbracht.

Die Versorgung mit Frührehabilitationsleistungen an nordrhein-westfälischen Akutkrankenhäusern ist zurückgegangen. In Nordrhein-Westfalen wird die Frührehabilitation nicht flächendeckend erbracht. Es gibt – bei einer schon per se nicht guten Versorgung – ein deutliches Gefälle zwischen Westfalen und dem Rheinland.

Manfred Ernst (Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe, Münster): Ich bin in Vertretung von Frau Wietholt für die Kinderneurologie-Hilfe hier, aber auch selbst betroffener Vater. Unsere Tochter liegt seit 29 Jahren im Wachkoma. Seit 1992 bin ich deswegen in der Selbsthilfe tätig. In diesem Rahmen habe ich im Jahr 2006 eine „Gruppe der Wiedererwachten“ in der Bundesrepublik zusammengebracht. Dort haben wir zurzeit 245 ehemals Betroffene gelistet, die sich also irgendwann einmal im Koma oder Wachkoma befanden und wieder da sind. Das ist eine Zahl, die so eigentlich kaum irgendwo bekannt ist. Die Dunkelziffer ist sicherlich viermal so hoch. Diese Zahl zeigt, was mit Frührehabilitation möglich ist. Sie ist seit 1996 – mit Einführung des BAR-Phasenmodells – angestiegen. Dahinter steckt in erster Linie das, was wir hier heute besprechen, nämlich die Phase B nach der Akutklinik.

In diesem Zusammenhang haben wir seit 2012 festgestellt, dass es wenig Neuzugänge bei dieser „Gruppe der Wiedererwachten“ gibt. Das haben wir hinterfragt und sind dahintergekommen, dass die Änderungen seit 2012 – vielleicht auch schon früher; die Zahl lässt sich von uns nicht ganz genau festlegen – mit der Phase C+ zusammenhängen. Die Phase B ist eindeutig zurückgefahren worden. Das hat dazu geführt, dass ich am 23. Mai dieses Jahres in verschiedenen Phase-F-Einrichtungen nachgefragt habe, wie viele Neuzugänge aus Akutkliniken es dort gibt. Man hat mir beispielsweise vonseiten des Gerhard-Tersteegen-Hauses in Krefeld gesagt: Von 40 Anfragen – keine Neuaufnahmen – kamen 16 aus Akutkliniken. Das heißt, die anderen 24 waren so da, in der Phase F. Diese 24 hatten vorher die Phase B durchlaufen.

Das hat mich dazu gebracht weiter zu fragen. Ich habe in der St. Hedwig Altersresidenz in Gelsenkirchen nachgefragt. Dort existiert – das weiß ich – auch eine Phase-F-Station. Die Einrichtungsleiterin, Frau Thiehoff, berichtete mir von sieben Neuaufnahmen bis zum 23. Mai. Davon seien vier aus der Akutklinik gekommen.

Ich habe – um auch einmal einen namhaften Menschen zu befragen – dann Dirk Reining angesprochen. Er ist Leiter des „Hauses Oase“ in Brilon. Auch dabei geht es um die Phase F. Gleichzeitig ist er Vorsitzender der BAG Phase F. Herr Reining sagte mir, in seinem Haus kämen 90 % der Bewohner aus Akutkliniken – ohne Reha. Inzwischen hat er aber darauf aufmerksam gemacht, dass es genauso gut Einrichtungen gibt – die kennt er auch –, welche direkt mit Frührehabilitationskliniken zusammenarbeiten, wo dieser Prozentsatz natürlich nicht so hoch – oder nahe null – ist. Der Durchschnitt dürfte aber immer noch bei 40 bis 50 % liegen. Das ist eindeutig zu viel.

Das führte auch zu Überlegungen, die wir gemeinsam in den Selbsthilfegruppen angestellt haben, wie man so etwas ändern kann, Natürlich ist das schwer. Mit einem vernünftigen und verlässlichen Management für die Verlegung von Patienten aus der Akutklinik in die Phase B – und weiterführend in die Phase F oder nach Hause – müsste das aber möglich sein. Es sollte dazu führen, dass wesentlich mehr Patienten in die Frühreha kommen und dort entsprechend behandelt werden.

Sehen wir uns weiterhin einmal an, wie es bei Menschen, die im öffentlichen Leben stehen und das gleiche Schicksal erlebt haben, zugeht. Ich nenne dazu die folgenden Namen: Jo Deckarm, Veronika Ferres, Dieter Althaus, Monica Lierhaus, Maximilian May, Heinz Flohe, Gaby Köster, Wolfgang Niedecken, Boris Vukčević und Michael Schumacher. Zwei Leute davon sind tot: Heinz Flohe und Maximilian May. Michael Schumacher befindet sich nach wie vor im Koma oder Wachkoma. Alle anderen sind wieder da.

Nun werden diese Personen, wenn sie in der Akutklinik liegen, aufgrund ihres Standes in der Gesellschaft natürlich anders behandelt. Sie kommen auch schneller in die Phase B – oder überhaupt in die Phase B. Auch sind sie sicherlich zum größten Teil privat versichert. Von den genannten zehn Menschen sind sieben – 70 % – mit mehr oder weniger starken Behinderungen wieder da. Sie sind aber wieder wach und nehmen am Leben teil. Von daher müsste auch Lieschen Müller aus Gelsenkirchen diese Möglichkeit gegeben werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Wir gehen in die zweite Runde. Das Wort hat der Kollege Burkert.

Oskar Burkert (CDU): Frau Dr. Becker, Sie haben gerade gesagt, dass in Nordrhein-Westfalen Rehabetten fehlen würden. Das IGES-Gutachten stützt sich nur auf ein Merkmal. Damit sind die Angaben unvollständig. Das ist übrigens etwas, was von allen Expertinnen und Experten bestätigt wird. Aus dieser Zahl im IGES-Gutachten kann das Defizit nicht abgeleitet werden. Teilen Sie diese Ansicht?

Die Kasse AOK Rheinland/Hamburg hat im Landesteil Rheinland einen Anteil von 0,7 % Rehapatienten in der neurologischen Behandlung, die gleiche Kasse in Hamburg 3,8 %. Bei der AOK NordWest im Landesteil Westfalen Lippe sind es 1 %, in Schleswig-Holstein 5 %. Wenn ich jetzt – so, wie Sie es dargestellt haben – zwischen Rheinland und Westfalen vergleiche, muss ich zu dem Ergebnis kommen, dass die Menschen in Westfalen am gesündesten sind, diese Krankheiten also nie bekommen können. Das könnte man daraus ableiten. Oder sehen Sie das anders? Ist das wieder auf die Fall-Zahlen bzw. darauf bezogen, dass wir nicht entsprechende Betten haben? Dann könnten wir die Patienten in die verschiedenen Phasen verlagern. Die Phasen scheinen auch nicht nach § 39 Abs. 1 SGB V festgelegt zu sein, sondern es handelt sich um eine Phaseneinteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Das ist, was die Fachgesellschaft angeht, relevant, entspricht aber nicht den Bestimmungen in § 39 SGB V. Teilen Sie diese Meinung?

Claudia Middendorf (CDU): Ich habe eine Frage an Herrn Ernst. Sie haben gerade von Ihrer Tochter gesprochen. Es handelt sich also nicht nur um erwachsene Menschen, sondern auch um Kinder, die in eine solche Lebenslage gekommen sind. Daher stellt sich die Frage: Wie sieht die Frühreha bei Kindern aus? Ist das von den Behandlungsphasen her 1:1 wie bei Erwachsenen zu übernehmen? Meinen Sie, dass die Bettenanzahl in Nordrhein-Westfalen für Kinder ausreicht, die eine frühe Reha benötigen?

Jetzt schlage ich einen großen Bogen von Kindern zu alten Menschen. Diese Frage stelle ich an Herrn Prof. Dr. Knecht und Herrn Prof. Dr. Schönle. Wir wissen, dass sich die Demografie immer weiter verändert. Die Menschen werden älter. Es gibt sehr viele Menschen, die über 80 Jahre, sogar über 100 Jahre alt sind. Das können wir an der Anzahl der vielen Menschen erkennen, die in Zeitungen beglückwünscht werden. Es stellt sich von daher die Frage, ob es bei älteren Menschen eine genauso gute Rehabilitationsfähigkeit wie bei jüngeren gibt, so dass sie dann wieder auf gleiche Weise in ihre gewohnten sozialen Lebenslagen hineinkommen.

Olaf Wegner (PIRATEN): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Schönle, Prof. Dr. Knecht und Dr. Brinkmeier. Wir haben von Ihnen und auch von den anderen Sachverständigen gehört, wo sie die Probleme und Defizite sehen, um von der Akutversorgung in die Frühreha der Phase B aufgenommen zu werden. Deswegen frage ich jetzt ganz konkret: Würde Ihrer Meinung nach die Umsetzung der Forderungen im vorliegenden Antrag – also eine Fachplanung für das gesamte Spektrum der neurologisch-neurochirurgischen Frühreha der Phase B vorzunehmen – diese Probleme bzw. Defizite beheben? Hätten Sie in diesem Fall – oder auch ansonsten – andere Lösungsansätze oder Vorschläge, um diese Probleme und Defizite zu beheben?

Meine zweite Frage richte ich an Herrn Ernst. Dabei geht es ebenfalls um die Probleme und Defizite beim Wechsel von der Akutversorgung in die Frühreha. Es wurde uns die ganze Zeit über berichtet, dass es dort – zumindest aus Sicht der Ärzte und Krankenhäuser – erhebliche Probleme und Defizite gibt. Können Sie uns sagen, wie es da bei Kindern und Jugendlichen aussieht. Gibt es bei ihnen die gleichen Defizite und Schwierigkeiten? Sind es andere? Oder ist dort die Versorgung – zumindest was den Übergang von der Akutversorgung in die Frühreha Phase B anbelangt – besser oder schlechter? Dazu hätte ich gerne Ihre Einschätzung.

Manfred Ernst (Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe, Münster): Zur Frühreha von Kindern: Jährlich verunglücken zirka 280.000 Menschen und erleiden dabei ein Schädel-Hirn-Trauma. Davon sind zirka 71.000 Kinder unter 15 Jahren. Es ist statistisch erwiesen, dass es bei drei Viertel dieser Kinder schwerste Schädigungen bzw. Folgeschädigungen gibt, die zu Behinderungen führen können. Die Einschränkung ist dabei natürlich auch hinsichtlich einer möglichen Frührehabilitation sehr groß.

Bei Kindern ist es – genauso wie bei Erwachsenen – so, dass der Übergang von der Akutklinik in die Frühreha nicht immer gewährleistet ist. Ein Erwachsener, der pflegerisch versorgt werden muss, ist schwieriger zu handhaben als ein Kind. Insofern passiert es sehr schnell, dass die Eltern sagen: Wir nehmen es mit nach Hause. Das bekommen wir zu Hause schon hin. – Darin liegt mit ein Grund.

Ich muss darauf hinweisen, dass der Aufklärungsbedarf in den Akutkliniken sehr hoch ist. In der Regel findet eine Aufklärung der Angehörigen überhaupt nicht statt. Ich weiß es aus eigener Erfahrung und kenne auch die Erfahrungen anderer Angehöriger aus den Selbsthilfegruppen, dass man in der ersten Zeit – das dauert bis zu zwei Jahre – überhaupt keinen klaren Gedanken in Bezug auf die Dinge fassen kann, die geregelt werden müssen.

Der Regelungsbedarf in der ersten Zeit ist aber sehr wichtig. Das geht von der Betreuung über die Versorgung in der Rehaklinik bis hin zu eventuell anstehenden Gerichtsprozessen, die auf die Eltern zukommen können. Denn wenn Kinder verunfallen, kommt es fast immer zu Gerichtsprozessen. Diese Dinge sind dann bei den Angehörigen vorrangig. Sie vertrauen dann in der Regel den Ärzten in den Akutkliniken. Das Nachsorgemanagement aus der Akutklinik heraus ist ähnlich wie bei Erwachsenen. Es fehlen auch hier die Betten für die betroffenen Kinder.

Dr. Ursula Becker (Landesarbeitsgemeinschaft, c/o Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln): Sie haben mich darauf angesprochen, dass es im Hinblick auf die Ermittlung der Zahlen, die im ersten IGES-Gutachten niedergelegt worden sind, Kritik gegeben hat. Wir haben aufgrund der 2012er-Zahlen zwischenzeitlich ein Update des IGES-Gutachtens vornehmen lassen. Im Vorgriff auf dieses Update hat das IGES-Institut das Ministerium mit der Bitte angeschrieben, noch einmal ganz dezidiert darzulegen, wo die Kritikpunkte sind. Es hat diese Kritikpunkte dann mit aufgegriffen. Sie wurden mit bearbeitet.

Im Wesentlichen steht die Vermutung im Raum, dass die niedrigen Fallzahlen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen in einer anderen Rehabilitationsform kompensiert werden. Dafür stehen die geriatrische Rehabilitation und die fachübergreifende Rehabilitation zur Verfügung. Die Fallzahlen für 2012 in der geriatrischen und der fachübergreifenden Rehabilitation hat IGES jetzt mit ausgewertet, um zu schauen, wie Nordrhein-Westfalen im Bundesdurchschnitt liegt und ob es übermäßige Fallzahlen – also Kompensationen – gibt.

Dazu möchte ich das Update im Hinblick auf die geriatrische Rehabilitation zitieren. Der Vergleich mit den anderen Bundesländern, in denen die Geriatrie überwiegend oder ausschließlich im Krankenhausbereich angesiedelt ist, zeigt, dass die Häufigkeit der geriatrischen Frührehabilitation – der OPS 8-550 – in Nordrhein-Westfalen mit 380 Fällen je 100.000 Einwohner deutlich niedriger als in allen anderen Vergleichsländern ist. Die geriatrische Frührehabilitation kompensiert das also nicht.

Die fachübergreifende Frührehabilitation kompensiert es ebenfalls nicht; denn weit aus mehr als die Hälfte der über 2.800 erbrachten Fälle werden in drei Fachkliniken geleistet: in Sachsen-Anhalt, in der Sauerland-Klinik in Hachen und in der Evers-Klinik am Sorpensee. Diese drei Kliniken sind auf MS- und Parkinson-Patienten spezialisiert. Dabei handelt es sich also um einen sehr spezifischen Ausschnitt des neurologischen Fachspektrums, über den wir an dieser Stelle überhaupt nicht reden. Fachübergreifende Reha wird in Nordrhein-Westfalen fast überwiegend für Parkinson- und MS-Patienten erbracht. Insofern kann man von einer Kompensation oder Erbringung an anderer Stelle im Krankenhaus nicht sprechen. Wir sagen: Diese Patienten sind bei uns. Sie sind aber wegen mangelnder Vertraglichkeit nicht im richtig strukturierten und ausgewiesenen Frührehabilitationssetting.

Sie haben die zweite Frage sehr klar auf den Punkt gebracht: Sind die Patienten im Rheinland oder in Westfalen möglicherweise gesünder? Denn die AOK Rheinland erbringt mit 0,7 % oder 1,0 % deutlich weniger Frührehabilitationen. Ich kann jetzt nur mutmaßen oder die Hypothese aufstellen, dass das ein rein statistischer Effekt ist.

Die AOK Rheinland rechnet kaum Frührehabilitationen ab oder bezahlt sie, weil eben kaum Frührehabilitationen zur Verfügung stehen. Sie bezahlt sie an zwei Stellen: einerseits im Krankenhaus. Man kann im IGES-Gutachten nachlesen, in welchen Krankenhäusern das geleistet wird. An anderer Stelle bezahlt sie das in den beiden schon erwähnten Kliniken „Godeshöhe“ und „RehaNova“.

Wenn Frührehabilitationspatienten der AOK Rheinland bei uns oder auch in anderen Rehabilitationskliniken frührehabilitativ behandelt werden, laufen sie nicht unter dem Ticket „Frührehabilitation“, sondern unter „Phase C+“. Das ist keine Frührehabilitation, sondern ein nordrhein-westfälisches Novum. Damit sind sie in der Frühreha nicht erfasst. Das heißt, dass die nordrhein-westfälischen Patienten natürlich nicht gesünder sind. Sie erhalten aber die Leistungen nicht. Das kann man, denke ich, an der Stelle ganz deutlich sagen.

Vielleicht noch ergänzend: Wenn die Leistung von der AOK Rheinland erbracht oder bezahlt wird, kann sie auch in anderen Bundesländern erbracht werden. Das zeigt das von Herrn Schönle gebrachte Beispiel des Patienten, der in Hessisch Oldendorf lebt, aber aus Bochum kommt.

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle (MATERNUS-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen): Ergänzend zur Frage des Krankenhausplans und zur Frage, wie die Umsetzung gestaltet werden kann: Ich denke, die regionale Planung und Verortung ist ein guter Ansatz; denn es gibt regionale Unterschiede, die auf verschiedene Weise kombinierbar sind und zusammengeführt werden können.

Wichtig ist aber: Wenn wir von Akutbetten sprechen, müssen wir eigentlich zwischen Akut-Akut-Betten – also primären Akut-Betten – und sogenannten sekundären Akut-Betten unterscheiden. Im alten § 39 SGB V aus den 90er-Jahren gab es den Begriff „sekundäre Akutbehandlung“. Der ist irgendwann aus irgendwelchen Gründen aus dem § 39 SGB V herausgefallen.

Wir halten es für sinnvoll, dass wir in den Rehakliniken, die Frührehabilitation betreiben, sogenannte sekundäre Akutbetten bekommen. Das ist nicht im Sinne einer primären Akutversorgung zu verstehen, dass Patienten von der Straße in diese Akutbetten hineinkommen, sondern im Sinne einer Fachabteilung bzw. eines Fachkrankenhauses, in das Patienten nur hinkommen, wenn sie von einer anderen Einrichtung bzw. von einem anderen Krankenhaus überwiesen werden. Die werden primär in der Akutneurologie, Akutneurochirurgie, Akutintensivstation bzw. Unfallchirurgie behandelt. Von dort aus werden sie weiter in Akutbetten verlegt, weil noch intensivmedizinische Anteile mit dabei sind. Das sind aber sekundäre – und nicht primäre – Akutbetten. Es wird also nicht primär, von der Straße, aufgenommen. Diese Unterscheidung ist sehr wichtig.

Inhaltlich wäre es günstig, wenn im Krankenhausplan mit berücksichtigt werden würde, dass es sich nicht um eine primäre bzw. Akut-Akut-Versorgung handelt, sondern um eine sekundäre, fachbezogene Fachabteilung. Dabei geht es also um eine Fachkrankenhausversorgung, wie es das auch für andere Bereiche gibt. Das wäre also

noch eine Differenzierung, die man vielleicht mit aufnehmen könnte, um das besser bewerkstelligen bzw. umsetzen zu können.

Im Übrigen ist, finde ich, diese Umsetzung bzw. Regionalisierung hervorragend. Der Plan hat Potenzial. Wichtig ist nur, dass es nicht zehn oder zwanzig Jahre dauert. Viele von uns – ich zumindest – würden das, wenn sie hier in Nordrhein-Westfalen ein Frührehabett benötigen würden, nicht mehr erleben. Es wäre wichtig, dass es relativ zeitnah – in den nächsten Jahren – in dem Sinne umgesetzt wird, wie jetzt die Möglichkeiten eröffnet werden. Ich verstehe die Krankenkassen, die unsere Gelder verwalten und damit ökonomisch umgehen müssen. Es wäre aber günstig, wenn die Krankenkassen da mit einbezogen werden würden. Sie könnten auch ihre Erfahrungen – das sind in der Regel bundesweite Erfahrungen – hier mit einbringen. Das könnte dann auch in Nordrhein-Westfalen praktisch zur Anwendung gebracht werden.

Prof. Dr. Stefan Knecht (St. Mauritius Therapieklinik): Ich bin Frau Middendorf sehr dankbar für Ihre Frage zur Frührehabilitation bei Menschen über 80. Meines Erachtens benennen Sie damit letzten Endes einen Elefanten, der im Raum steht. Dabei geht es um die Fragen: Können wir uns das als alternde und kranker werdende Gesellschaft überhaupt noch leisten? Bringt das überhaupt noch etwas bei den alten Menschen?

Dann wurde die Gegenüberstellung von neurologischer Frührehabilitation und geriatrischer Versorgung angesprochen. Für geriatrische Konzepte gibt es meines Erachtens sehr viele gute Argumente. Das war für mich auch ein Grund, mich zusätzlich zu einem Geriater ausbilden zu lassen. In einem halben Jahr hätte ich hier auch als Geriater sprechen können. Es gibt da also viele Konzepte. Zum Beispiel wird gesagt: Wir versuchen, altersentsprechend zu rehabilitieren und können auf diese Art und Weise Ressourcen sparen. Das bedeutet, dass diese Menschen in der geriatrischen Rehabilitation statt 300 Minuten Therapie am Tag 300 Minuten Therapie in der Woche bekommen. Dabei handelt es sich also nur um eine minimale Versorgung. An vielen Stellen bedeutet das schlussendlich nur, dass man Patienten trocken und satt halten, sie aber kaum bewegen kann.

Die Frage ist, ob das für die über 80 Jahre alten Menschen ausreicht. Diese Frage hat auch in den Kategorien durchgeschlagen, die das IGES-Gutachten verwandt hat. Dort steht, dass 1.300 Betten fehlen. Wenn man die über 80 Jahre alten Menschen einmal weglässt – wieso eigentlich? –, benötigt man nur noch 700. Das spiegelt sich da wider.

Da unsere Patienten ein breites Spektrum ausfüllen – mein ältester Patient war 101 Jahre alt –, haben wir uns diese Frage gestellt und wissenschaftlich gefragt: Profitieren Junge genauso wie Alte von einer intensiven neurologischen Rehabilitation? Wir sind in unsere prospektiv gefütterte Datenbank gegangen und haben 2.400 Patienten herausgezogen, von denen ein Drittel unter 65 Jahre alt war und ein Drittel zwischen 65 und 80 Jahre. Das letzte Drittel betraf Menschen, die über 80 Jahre alt waren.

Wir haben nur den ischämischen Schlaganfall genommen, der sicherlich nur eine Teilgruppe darstellt. Dann haben wir uns angeschaut, wie krank diese Patienten waren. Ältere Patienten waren deutlich kranker – das heißt pflegeabhängiger – als die jüngeren. Es ist, glaube ich, ein Erfahrungswert, dass ältere Menschen nicht so fit sind wie jüngere. Das sehen wir auch nach einem Schlaganfall.

Dann haben wir geguckt: Wieviel profitieren die von einer hochintensiven neurologischen Rehabilitation? Wie gut verlassen sie die Rehabilitationsklinik hinterher? Dabei haben wir herausgefunden, dass die Alten, die unselbstständiger und pflegeabhängiger gekommen sind, hinterher zwar auch weniger selbstständiger als die Jüngeren die Klinik verlassen haben. Der relative Benefit aber – das ist das Entscheidende –, den diese Patienten von der Rehabilitation bekommen haben, war bei den über 80 Jahre alten Patienten genauso groß wie bei den anderen. Das heißt, sie haben – von einem niedrigeren Niveau ausgehend kamen sie auf ein etwas niedrigeres Endniveau wie die Jüngeren – pro Therapieminute genauso viel an Selbstständigkeit gewonnen wie die Jungen.

Wir haben das mit dem Barthel-Index erfasst. Das ist ein Index, der etwas zur Frage aussagt, wieviel Pflege gebraucht wird. Am Schluss geht es dabei auch um die Frage: Wieviel Kosten werden verursacht? Denn wenn ich einen hohen Barthel-Index habe, brauche ich keine Pflege. Habe ich einen niedrigen Barthel-Index, komme ich in ein Pflegeheim. Oder es geht um die Phase-F-Einrichtungen. Das sind Pflegeheime. Das kostet richtig viel Geld.

Dann haben wir noch nach etwas Zusätzlichem geguckt und uns gefragt: Was ist eigentlich das Entscheidende, wenn das Alter gar nicht entscheidend ist? Wir haben herausgefunden, dass die schiere Menge an Therapieminuten, die für einen Patienten zur Verfügung gestellt werden, darüber entscheidet, wieviel an Selbstständigkeit er gewinnt. Die Masse macht es also. Wir reden hier von Therapiezeiten zwischen 250 und 280 Minuten, welche diese Patienten im Mittel bekommen haben. Nicht nur für die Jungen gilt, dass früh und viel hilft. Vielmehr gilt das auch für die über 80 Jahre alten Menschen.

Ich komme auf den Ausgangspunkt zurück. Dazu haben wir gesagt: Wenn ein junger Mensch Selbstständigkeit gewinnt, kann er diese entsprechend seiner Lebenserwartung zehn, zwanzig oder dreißig Jahre lang nutzen. Wenn ein alter Mensch Selbstständigkeit gewinnt, dann lebt er möglicherweise nicht mehr so lange, dass es sich volkswirtschaftlich auszahlen kann. Die Gesundheitsökonomien sprechen in dem Zusammenhang von „pay back time“. Dabei geht es um die Frage: Wieviel Geld stecke ich hinein, um jemanden wieder fit zu machen? Wieviel spare ich an nachfolgender Pflegezeit? Das kann man umrechnen. Die harten Zahlen dabei besagen Folgendes: Die Pay-Back-Zeit – also die Zeit, die ich im Mittel an Pflegeversorgung dadurch einspare, dass ich jemanden durch intensive Rehabilitation wieder selbstständig mache – beträgt bei Jungen und bei Alten ein halbes Jahr. Um Ihre Frage zu beantworten: Wenn ein 80 Jahre alter Mensch im Mittel eine Lebenserwartung von weniger als einem halben Jahr hat, lohnt sich die Frührehabilitation nicht mehr. Wenn erwartet wird, dass dieser Mensch länger als ein halbes Jahr lebt, lohnt sich das ökonomisch.

Dr. Michael Brinkmeier (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh): Herr Wegner hatte danach gefragt, ob die Defizite mit der im Antrag vorgeschlagenen Fachplanung behoben werden können. Das glauben wir. Wir hatten das in der Stellungnahme auch so zum Ausdruck gebracht. Dies muss aber nicht heißen, dass es die einzige Lösung ist. Nach unserem Dafürhalten ist das durchaus kompatibel mit den hier besprochenen Bestrebungen des Ministeriums, eine Lösung herbeizuführen. Deswegen würden wir uns freuen, wenn in dem Sinne eine konsensuale Lösung herbeigeführt werden könnte, bei der die einzelnen Aspekte voll zum Tragen kommen.

Ich weise darauf hin, dass wir hier viel über Input-Zahlen gesprochen haben. Am Ende müssen wir uns immer aus Patientensicht fragen: Geht es dem Patienten besser? Es muss dem Patienten besser gehen. Man kann sich fragen, nach welchen Kriterien man das machen kann. Der Barthel-Index ist ein fachlicher Begriff. Die Bettenzahl ist eine Input-Zahl. Man kann auch sagen: Theoretisch kann es auch bei wenig Betten viel Outcome geben; die Menschen sind von vornherein gesünder. Deswegen regen wir an, dass man sich darüber Gedanken machen soll, wie man das, was – fachtechnisch gesprochen – als Outcome bewertet wird, nach Möglichkeit mit Ist-Zahlen – das wären Zahlen der Kassen oder der Einrichtungen – abgleichen kann. Man sollte schauen, ob es den Patienten besser geht. Ich kann aber hier jetzt nicht konkrete Kriterien benennen.

Herr Prof. Knecht sprach gerade das Thema der enormen sozioökonomischen Kosten – Stichwort „Sozialhilfe“ – an. Das sollte auch beachtet werden. So oder so werden das die verschiedenen Ebenen innerhalb des Landes auch noch vom Geld her bemerken. Das ist keine Sache, die allein zwischen den Kassen bzw. den Einrichtungen eine Problematik darstellt. Man wird das letztendlich auch im Landeshaushalt merken.

Wir alle wissen, dass das – auch fachlich – eine sehr schwere Kost ist. Ich bitte aus Sicht der Stiftung Schlaganfall-Hilfe, dass immer die Patientensicht beachtet werden sollte. Die Patienten können überhaupt nicht nachvollziehen, was wir hier gerade besprechen. Es ist die Aufgabe aller Beteiligten, hier die Strukturen bereitzustellen und in der konkreten Notsituation für eine Behandlung zu sorgen. Diese Notsituationen treten in jedem Wahlkreis in jedem Jahr in nennenswerter Zahl auf. Es sollte nicht die Gefahr bestehen, dass dies irgendwann von einem klagefreudigen Anwalt zum Thema gemacht wird und noch mehr Unbill für einige Beteiligte hereinbricht. Es kann nicht unser Interesse sein, dass das massenhaft im Petitionsausschuss landet.

Mit den geplanten Strukturen – so wie sie jetzt bereits vom Ministerium angedacht sind und wie sie hier jetzt auch diskutiert worden sind – lässt sich das Problem sicherlich in angemessener Zeit – auch sozioökonomisch – für die Patienten vernünftig lösen. Das ist mein abschließendes Petikum. Ansonsten würde ich mich sehr freuen, wenn das Thema in diesem Ausschuss sehr konsensual behandelt werden würde.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Dr. Brinkmeier, ich habe Sie nicht ohne Absicht als letzten Redner aufgerufen. Sie haben, finde ich, ein schönes Schlusswort

gesprochen. In dem Sinne gehe ich davon aus, dass sich die Mehrheit des Ausschusses in diesen Worten wiederfindet.

Meine Damen und Herren, weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Ich danke für die Teilnahme bzw. die Bereitschaft, hier zur Verfügung zu stehen.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

01.10.2014/21.10.2014

160