

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE DIALOG Sozialministerin Reimann besucht Landesausschuss | STRUKTURFONDS 92 Millionen Euro für moderne Krankenhauslandschaft | PFLEGE Mehr Personal und höhere Löhne lassen die Preise steigen

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2018

STATISTIK

Eine Milliarde
Euro für Gesundheit
– pro Tag



FOTO: Colours-Pic - stock.adobe.com

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben im vergangenen Jahr erstmals die Marke von einer Milliarde Euro pro Tag überschritten. Das geht aus einer Prognose des Statistischen Bundesamts hervor. Demnach lagen die Ausgaben bei 374,2 Milliarden Euro. Das entspricht einer Steigerung von 17,7 Milliarden Euro oder 4,9 Prozent gegenüber 2016. Die besonders hohe Zuwachsrate für 2017 sei auf das dritte Pflegestärkungsgesetz zurückzuführen, das am 1. Januar 2017 in Kraft trat. Hauptträger der Ausgaben sind den Angaben zufolge die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung mit zusammen 68 Prozent (57 Prozent GKV, elf Prozent soziale PV). Es folgen mit deutlichem Abstand private Haushalte / private Organisationen ohne Erwerbszweck (13 Prozent), sonstige Ausgabenträger (elf Prozent) und die private Krankenversicherung mit acht Prozent.

KRANKENHÄUSER

Warum die Kassen Clausthal kündigen

Erstmals hat die gesetzliche Krankenversicherung einem Krankenhaus in Niedersachsen gekündigt: der Asklepios Harzlinik Clausthal-Zellerfeld. Der Standort wird für die Versorgung nicht gebraucht. Dass er dennoch betrieben wird, führt zu Risiken für die Patienten.

Das Sozialgesetz legt die Hürde hoch: Krankenkassen können den Vertrag mit einem Krankenhaus nur kündigen, wenn dieses dauerhaft für die Versorgung der Bevölkerung verzichtbar ist und keine Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bietet. Auf die Klinik in Clausthal-Zellerfeld treffen diese Kriterien in einer Eindeutigkeit zu, die ihresgleichen sucht. Die Kassen haben nun reagiert und die Vertragsbeziehung zum 31. Dezember 2018 beendet. Hat die Kündigung rechtlich Bestand, darf das Haus ab 2019 keine gesetzlich Krankenversicherten mehr behandeln.

Das Clausthaler Krankenhaus hat mittlerweile nur noch 39 Betten, nach Angaben des Trägers liegt die Auslastung aktuell bei 20 Betten. Seit mehreren Jahren finden dort weder Grund- und Regelversorgung noch Notfallbehandlungen statt. Das Haus steht also weder für die gewöhnliche Blinddarm-Operation, geschweige denn für Aufnahmen nach einem Unfall oder Herzinfarkt zur Verfügung. Im Wesentlichen bietet es nur noch altersmedizinische Leistungen an. Um dabei zumindest eine

Grundaustattung zu erreichen, werden geriatrische Patienten aus anderen Krankenhäusern nach Clausthal verlegt, vor allem aus dem Krankenhaus in Goslar, das ebenfalls von Asklepios betrieben wird. Allerdings ist die Clausthaler Klinik nicht in der Lage, die Diagnostik und Behandlung von Nebenerkrankungen und Komplikationen sicherzustellen, die gerade bei hochbetagten, oft multimorbiden Patienten auftreten. In der Folge müssen Betroffene dann wieder zurückverlegt werden.

Überflüssige Transporte

Auf die Spitze getrieben wird diese Praxis durch die Tatsache, dass das Entsendekrankenhaus Goslar selber ebenfalls eine Geriatrie vorhält. So bleibt nun der eine geriatrische Patient in Goslar, während sich ein anderer in einem Krankenwagen liegend hin- und herfahren lassen muss. Knappe Kapazitäten in Goslar kommen als Begründung dafür nicht in Betracht, weil das dortige Krankenhaus zuletzt ebenfalls Betten infolge mangelnder Auslastung abbauen musste. Die Transporte nach und von Clausthal sind also nicht nur im Sinne einer



Bewährungsprobe für Klinikpolitik des Landes



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Es ist unter allen Fachleuten Konsens: Krankenhäuser brauchen eine Mindestbetriebsgröße, um Patienten qualitativ hochwertig zu behandeln und wirtschaftlich zu arbeiten. Nun ist diese Mindestbetriebsgröße nicht auf ein Bett genau definiert. Es wird sich allerdings wohl niemand finden, der sie bei einem Haus wie in Clausthal mit 39 Betten (aktuell) oder gar 28 Betten (Perspektive) für gegeben hält. Genauso unstrittig ist, dass die Versorgung geriatrischer Patienten an Krankenhäuser mit umfangreichen Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung gehört, nicht an einen gleichsam ausgelagerten Standort, an dem ansonsten gar kein Krankenhausbetrieb im eigentlichen Sinne mehr stattfindet. Bei allem Verständnis für die Verbundenheit der Bevölkerung mit ihrem örtlichen Krankenhaus und dessen hohe symbolische Bedeutung: Eine Klinik, die keine Grund- und Regelversorgung und keinen Notdienst leistet, wird auch dem eigenen Anspruch der Bürger an ihre Krankenhausversorgung nicht gerecht. Und schließlich geht es um politische Glaubwürdigkeit. Das Land kann einen 28-Betten-Reststandort nicht mit Steuermitteln in Millionenhöhe erhalten, wenn es in anderen Regionen weiterhin überfällige Strukturmaßnahmen zur Gestaltung und Modernisierung des Versorgungsangebots einfordern will.



guten medizinischen Versorgung überflüssig, sondern belasten auch die Patienten unnötig. Sie erfolgen letztlich, um den Betrieb des Standorts Clausthal aufrecht zu erhalten.

Land müsste „Unverzichtbarkeit“ begründen

Wie geht es nun weiter? Asklepios kann gegen die Kündigung klagen. Das Land Niedersachsen hat die Kündigung nicht genehmigt. Nach dem Sozialgesetz muss es nun innerhalb von drei Monaten die „Unverzichtbarkeit“ des Krankenhauses erklären und begründen. Wie diese Unverzichtbarkeit angesichts der Faktenlage hergeleitet werden soll, ist nicht ersichtlich. Die bisher öffentlich dargelegten Argumente wie die schwierige Erreichbarkeit anderer Krankenhäuser im Winter treffen nun gerade nicht zu. Clausthaler Einwohner müssen bei akutem Behandlungsbedarf schon bisher nach Goslar fahren. Auch leistet das Krankenhaus keinen Beitrag zur ambulanten Versorgung.

Verschärft wird die Situation dadurch, dass eine erhebliche Fehlinvestition des Landes droht. Der Träger hat beim Land einen Antrag auf Sanierung der Geriatrie mit 28 Betten und einem Volumen von 3,7 Millionen Euro gestellt. Die Baumaßnahme soll nach Abschluss der

baufachlichen Prüfung in ein Investitionsprogramm des Landes aufgenommen werden. Die Landesregierung hat sich im Koalitionsvertrag die Gestaltung einer „zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft“ vorgenommen. Die Zahlung eines Millionenbetrags aus den ohnehin viel zu knappen Krankenhausmitteln des Landes für ein nicht erforderliches 28-Betten-Haus steht dazu in deutlichem Widerspruch. In den Medien wird spekuliert, ob die Kündigung dem Betreiber letztlich in die Hände spielt. Berichten zufolge hat der Konzern nämlich nur noch wenig Interesse an dem Standort, könne diesen wegen einer beim Kauf 2003 eingegangenen Verpflichtung zum dauerhaften Betrieb aber nicht aus eigenem Antrieb aufgeben. Die

»Patienten sind keine Verfügungsmasse für Standortinteressen.«

Krankenkassen können und wollen ihr Handeln indes nicht daran ausrichten, ob es einem Leistungsanbieter genehm ist oder nicht. Sie vertreten die Interessen der Versicherten. Und die sind als Patienten keine Verfügungsmasse für Standortinteressen, sondern haben Anspruch auf eine bestmögliche Behandlung. ■



BESTMÖGLICHE VERSORGUNG? Bei hochbetagten Patienten sind oft Nebenerkrankungen und Komplikationen zu behandeln. Geriatrien gehören deshalb an Krankenhäuser mit einem umfassenden Leistungsangebot.

Sozialministerin Reimann besucht Landesausschuss

Der Landesausschuss ist das wichtigste Beschlussgremium der Ersatzkassen, in dem sie politische und Grundsatzfragen abstimmen. Prominenter Gast bei der März-Sitzung: Sozialministerin Dr. Carola Reimann.

Das Amt auf Landesebene habe sie gerne übernommen, sagte die lange an maßgeblicher Stelle in der Bundespolitik tätige Carola Reimann. Es gehe um die konkrete Gestaltung der Versorgung vor Ort. Wichtiges Aufgabenfeld dabei sei der Krankenhausbereich. Das Land könne hier Verantwortung übernehmen und Entwicklungsprozesse positiv begleiten. Dabei müsse die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt stehen. Die Ministerin zeigte sich zuversichtlich, dass die im Koalitionsvertrag angekündigten zusätzlichen Medizinstudienplätze schnell realisierbar seien. Als ergänzendes Element könne eine Landarztquote zur ärztlichen Versorgungssicherung beitragen. Eine große Herausforderung sei der Fachkräftebedarf. In der Pflege würden eine höhere Tarifbindung und bessere Personalausstattungen angestrebt. Pflegende Angehörige müssten noch stärker unterstützt werden. Besondere Erwartungen setzt die Ministerin in die Gesundheitsregionen.

Die Ersatzkassen bekräftigten ihre Unterstützung bei der Entwicklung einer zukunftsfähigen Kliniklandschaft und von Tariflohnzahlungen in der Pflege. Sie wiesen aber auch auf steigende finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen, sofern der Gesetzgeber die Leistungen für Versicherte nicht gleichermaßen erhöhe. Außerdem unterstrichen sie den dringenden Reformbedarf beim Finanzausgleich, dem Morbi-RSA. Dieser verfehle durch Übersubventionierung der Ortskrankenkassen das Ziel fairer Wettbewerbsbedingungen. Die Benachteiligung der anderen Kassenarten müsse beendet werden. ■



„KONKRETE GESTALTUNG DER VERSORGUNG VOR ORT“: Dr. Carola Reimann, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



IM DIALOG: Leif Weinel (BARMER), Michael-Niklas Rühle (DAK-Gesundheit), Inken Holldorf (Techniker Krankenkasse/Vorsitzende Landesausschuss), Sozialministerin Dr. Carola Reimann, Jörg Niemann (vdek), Sascha Engelke (vdek) (v. l.).

Kliniken in Niedersachsen schlecht bewertet

Patienten in Niedersachsen sind mit ihren Krankenhausaufenthalten weniger zufrieden als die in anderen Bundesländern. Das zeigt eine Studie der Bertelsmann-Stiftung und des Internetportals „Weisse Liste“. Während im Bundesschnitt 79,3 Prozent ihr behandelndes Krankenhaus weiterempfehlen würden, sind es zwischen Harz und Nordsee nur 76,7 Prozent. Mehr als jedes vierte Krankenhaus schneidet sogar besonders schlecht ab. Negativer als Niedersachsen wird nur Bremen bewertet. Besonders problematisch: Ausgerechnet in zentralen Versorgungsbereichen wie Innere Medizin und Chirurgie weisen die Kliniken im Land niedrige Werte auf. Das enttäuschende Abschneiden Niedersachsens könnte den Autoren der Studie zufolge daran liegen, „dass das Land keine Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan macht“. Dieser Hinweis ist umso wichtiger, als der erste Entwurf für ein neues Niedersächsisches Krankenhausgesetz die Möglichkeit vorsah, dass Kliniken sogar von bundesweit gültigen Qualitätsstandards nach unten abweichen können. Damit hätten Krankenhäuser im Land etwa bestimmte Leistungen auch ohne die erforderliche Erfahrung erbringen dürfen. Nunmehr gibt es aber Signale, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Qualitätsanforderungen in Niedersachsen gelten sollen. Darüber hinaus verwiesen die Autoren auf die über viele Jahre zu geringe Investitionsförderung durch das Land. Für die Studie wurden eine Million Fragebögen aus den Jahren 2015 und 2016 ausgewertet.

Kassen finanzieren landesweit 9.600 Ausbildungsplätze

Die Stärkung der Pflege in den Krankenhäusern gilt als eine der zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Die Krankenkassen zahlen nun 187 Millionen Euro für die Ausbildung von Fachpersonal.



FOTO: Marco2811 - stock.adobe.com

Investition in die Zukunft: Die Krankenkassen zahlen den Kliniken in Niedersachsen in diesem Jahr rund 187 Millionen Euro für die Ausbildung von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, von Hebammen sowie anderem nicht-ärztlichen Fachpersonal. Damit ist die Finanzierung von landesweit rund 9.600 Ausbildungsplätzen sichergestellt. Das entspricht einem Zuwachs von mehr als 350 Plätzen im Vergleich zum Vorjahr. Das finanzielle Engagement der Krankenkassen ist gegenüber 2017 deutlich um 8,4 Millionen Euro gestiegen.

Die Kassen wollen mit diesen erheblichen Mitteln zusätzliche Ausbildung ermöglichen und damit vor allem die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten stärken. Damit verbunden ist die Erwartung, dass die Krankenhäuser nun alle Anstrengungen unternehmen, die Möglichkeiten zu nutzen

und Ausbildungsplätze auch tatsächlich zu besetzen. In Niedersachsen bilden 86 der 177 Plankrankenhäuser aus.

100 Euro Zuschlag je Behandlung

Die Krankenkassen bringen die Ausbildungsmittel auf, indem sie landesweit allen Krankenhäusern je Behandlungsfall einen Zuschlag von 100,86 Euro zahlen. Dieses Geld fließt zunächst in einen Fonds und wird dann an auszubildende Kliniken entsprechend der jeweiligen Zahl an Auszubildenden verteilt. Das Verfahren trägt wesentlich dazu bei, dass die Leistungen von auszubildenden Krankenhäusern nicht teurer sind als die von Kliniken ohne Ausbildung. Diese Form der Ausbildungsfinanzierung gibt es seit 2006. Niedersachsen war seinerzeit das erste Bundesland mit einer entsprechenden Vereinbarung. ■

92 Millionen Euro für moderne Krankenhauslandschaft

Niedersachsen profitiert von Mitteln aus dem Strukturfonds. Maßnahmen zur strukturellen Verbesserung der Krankenhausversorgung werden in Delmenhorst, Georgsmarienhütte und Dinklage gefördert. Weitere Entscheidungen stehen aus.

Die hohe Krankenhausedichte Deutschlands zeigt sich gerade im internationalen Vergleich. Während etwa Dänemark mit 32 Krankenhäusern auskommt, stehen in Niedersachsen 177 Kliniken. Dabei hat sich die Dauer eines durchschnittlichen Krankenhausaufenthalts seit 1991 von 14 auf gut sieben Tage fast halbiert. Zudem werden viele Behandlungen mittlerweile ambulant vorgenommen. Die Folge sind erhebliche Auslastungsprobleme. Kleinere Häuser haben es immer schwerer, eine ausreichende Betriebsgröße aufrechtzuerhalten – mit negativen Folgen für Patienten (Qualität) und Klinikträger (Wirtschaftlichkeit), letztlich aber auch für das Personal durch steigende Arbeitsbelastung. Wie die Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) dargelegt hat, sind Krankenhausärzte und -pflegekräfte insgesamt ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt.

Abbau von Überkapazitäten

Der Bundesgesetzgeber hat den Kern des Problems erkannt und durch das 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) einen Strukturfonds geschaffen. Dessen Zweck „ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen“, heißt es im Gesetz.

Bundesweit standen im Strukturfonds bis zu einer Milliarde Euro zur Verfügung, gespeist jeweils zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung und Mitteln der Länder. Die Krankenkassen leisteten damit ausnahmsweise einen Beitrag zu Investitionskosten – weil es um wirkliche Strukturverbesserungen ging. Dementsprechend bekamen sie auch ein Mitspracherecht bei den Vergabeentscheidungen. Auf Niedersachsen entfielen rund 92 Millionen Euro. Zusätzlich bestand die Möglichkeit einer Nachverteilung für einzelne Länder, wenn andere ihren Anteil nicht in voll in Anspruch nehmen.

Krankenhäuser mussten zur Förderung einer Maßnahme einen Antrag beim Niedersächsischen Sozialministerium stellen. Über dessen positive Bewertung hinaus waren die Zustimmung der gesetzlichen Krankenkassen im Land sowie des Bundesversicherungsamts (BVA) erforderlich.

Die vdek-Landesvertretung hatte rund 30 Krankenhäuser in Regionen mit Handlungsbedarf angeschrieben und für Strukturveränderungen und deren Förderung geworben. Letztlich lagen 25 Anträge mit einem Gesamtvolumen von knapp 180 Millionen Euro vor.

Für die Ersatzkassen war maßgeblich, dass die Maßnahmen tatsächlich einen Beitrag zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft leisten.

Positive Förderbescheide:

- Delmenhorst: Josef-Hospital / Städtisches Klinikum (Zusammenlegung der Standorte): 70 Millionen Euro
- Georgsmarienhütte: Klinikum Osnabrücker Land (Ausbau infolge Schließung Krankenhaus Dissen): 4,9 Millionen Euro
- Dinklage: St. Anna Hospital (Umwandlung in Palliativversorgung) : 0,5 Millionen Euro

Offene Anträge beim BVA:

- Braunschweig: St. Vinzenz Krankenhaus (Schließung): 2,1 Millionen Euro
- Hannover: Henriettenstift und Friederikenstift (Zusammenlegung / Konzentration der Geburtshilfe am Kinderkrankenhaus auf der Bult): 14,9 Millionen Euro

Offener Antrag Nachverteilung:

- Hannover: Friederikenstift (Auflösung Standort Marienstraße): 35,1 Millionen Euro ■



IM ZIELFOKUS: eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser.

Krankenkassen fördern Menschen mit Behinderung

Die Krankenkassen in Niedersachsen fördern Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen seit 2017 auch gemeinsam. Bei der zur Administration des Verfahrens neu eingerichteten „Gemeinsamen Stelle der GKV“ lagen im vergangenen Jahr 20 Projektanträge vor. Nach Entscheidung der Kassen werden zwei davon nun umgesetzt. Mit 250.000 Euro unterstützen sie eine dreijährige Maßnahme der Heilpädagogischen Hilfe Bersenbrück für Menschen mit Behinderung. Dabei sollen Gesundheitskompetenzen, zum Beispiel zur Stressbewältigung, gestärkt und Risiken wie Bewegungsmangel im Lebens- und Arbeitsumfeld reduziert werden. 50.000 Euro stehen für das Hannoversche Präventionskonzept für Kinder psychisch erkrankter Eltern zur Verfügung. Das Projekt zielt auf die Unterstützung der psychosozialen Gesundheit und verknüpft Angebote für Kinder und Eltern. Die weiteren 18 Anträge waren nicht förderfähig.

Die Krankenkassen haben ein transparentes und effizientes Verfahren etabliert, das bereits kurz nach dem Start von Antragstellern genutzt wird. Gleichzeitig muss noch deutlicher werden, dass Projekte nach wie vor nur dann gefördert werden können, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen, die im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes dargelegt sind. Die Erfüllung dieser Kriterien ist eine notwendige Bedingung. Auf dieser Grundlage entscheiden die Krankenkassen dann, durch welche Projekte sie besondere Impulse setzen wollen. Ein Rechtsanspruch auf Kassenförderung besteht nicht.

Pilotprojekt für Familien in Delmenhorst gestartet

Der Delmenhorster Stadtteil Wollepark gilt als sozialer Brennpunkt. Ersatzkassen und Diakonie wollen dort und in zwei anderen Quartieren der Stadt die Gesundheit von Familien verbessern.



FOTO privat

ÖFFNET TÜREN: Dr. Johann Böhmann, DIG-Direktor und lange Jahre Chefarzt der Kinderklinik in Delmenhorst.

Das Präventionsgesetz hat die Krankenkassen beauftragt, gesundheitsfördernde Angebote noch gezielter an diejenigen zu richten, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen haben als andere. Die Ersatzkassen in Niedersachsen gehen dabei auch gemeinsam vor und wollen diese Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld ansprechen. Das erste Projekt dieser Art haben sie im vergangenen Jahr in Delmenhorst zusammen mit der dortigen Diakonie gestartet. Die Umsetzung übernimmt das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG). Die Ersatzkassen tragen 167.000 Euro der Projektkosten in Höhe von 202.000 Euro.

Kernidee des Projekts sind regelmäßige Gesundheitstreffen in den Stadtteilen Wollepark – zuletzt wegen maroder Wohnblocks Gegenstand landesweiter Berichterstattung –, Düsternort und Hasport. Dafür werden Räume der Nachbarschaftsbüros der Diakonie genutzt. Auf Basis einer Bedarfsanalyse sollen passgenaue

Angebote etwa in den Bereichen Ernährung und Bewegung gestaltet und sozial benachteiligten Familien durch Ernährungsberater, Sportpädagogen und anderes Fachpersonal vermittelt werden. Zudem wird angestrebt, „Gesundheitshelfer“ aus dem jeweiligen Lebensumfeld zu qualifizieren, die die Familien über die Projektlaufzeit bis 2020 hinaus unterstützen. Die Teilnahme ist für die Familien kostenfrei.

Soziale Lage beeinflusst Gesundheit

Es ist eine grundlegende Erkenntnis, dass die soziale Lage eines Menschen Einfluss auf seine Gesundheit nimmt. So sind sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche weniger sportlich aktiv und zeigen ein ungünstigeres Ernährungsverhalten. Gleichzeitig nutzen Familien mit niedrigem Sozialstatus weniger gesundheitsbezogene Leistungen als andere. Delmenhorst hat einen besonders hohen Anteil an sozial benachteiligten Einwohnern und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. ■

PFLEGE

Mehr Personal und höhere Löhne lassen die Preise steigen

Bei kaum einem Thema gibt es einen so breiten politischen und gesellschaftlichen Konsens wie bei der Pflege: In Heimen soll es mehr und besser bezahltes Personal geben, damit der Beruf attraktiver wird und auch in Zukunft genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Auch die Ersatzkassen haben Unterstützung zugesichert und in Ergänzung zur gesetzlichen Regelung ausdrücklich erklärt, bei Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen, wenn Pflegeeinrichtungen ihre Mitarbeiter nach Tarif bezahlen. Allerdings gibt es auch eine Kehrseite, die von Anbietervertretern gerne verschwiegen wird: Mehr Personal und höhere Löhne führen zu höheren Preisen für Pflegeleistungen. Und diese Mehrkosten tragen nicht die Ersatzkassen, sondern die betroffenen Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen. Grund: Die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung. Versicherte erhalten je nach Pflegestufe bundesweit einheitliche, vom Gesetzgeber festgelegte Zahlungen. Die Differenz zum tatsächlichen Preis einer Einrichtung müssen sie dann selbst aus der eigenen Rente bezahlen. So war etwa zum Jahreswechsel aus Brandenburg von „Angst und Empörung“ unter Heimbewohnern und Angehörigen zu lesen. Durch kräftige Lohnerhöhungen für Beschäftigte der Arbeiterwohlfahrt kämen dort Mehrkosten von monatlich bis zu 500 Euro auf sie zu. Kinder würden ihre pflegebedürftigen Eltern wegen des Anstiegs nach Hause holen, war zu lesen.

Steigende Preise erhöhen die Zuzahlungen der Versicherten oder aber reduzieren in der ambulanten Pflege die Leistungen: Der Pflegedienst kommt dann möglicherweise seltener als bisher.

Auch das dürfte manch Angehörigen vor Probleme stellen. Für die Pflegekassen, die als Sachwalter der Interessen der Pflegebedürftigen die Preise für Pflegeleistungen verhandeln, bedeutet das: Bei aller Bereitschaft, Vergütungserhöhungen zu ermöglichen, muss es auch um Augenmaß und einen fairen Interessenausgleich gehen. Die Kassen werden auch künftig einen genauen Blick auf die vorgelegten Kalkulationen werfen müssen. Es kann nicht sein, dass Anbieter einfach ihre Kosten aufschreiben, die Kassen einen Haken daran setzen und die Pflegebedürftigen das Ganze zu zahlen haben. Ein solches Selbstkostendeckungsprinzip wäre eine Vereinbarung zu Lasten Dritter. Darüber hinaus müssen höhere Preise zwingend mit der nachweisbaren Verpflichtung verbunden sein, dass Mehreinnahmen der Einrichtungen auch tatsächlich an die Beschäftigten weitergegeben werden. Gerade Vertreter privater Pflegeheime haben diese Verpflichtung in der Vergangenheit gescheut. Es wäre nicht gerechtfertigt, Pflegebedürftige stärker zur Kasse zu bitten, wenn dann am Ende nur die Unternehmergewinne steigen würden.

KURZ GEFASST

Arzthonorare in Niedersachsen an der Spitze

Niedergelassene Ärzte in Niedersachsen verbuchen hohe Honorarumsätze. Nach Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betragen ihre Einnahmen allein aus der gesetzlichen Krankenversicherung im vergangenen Jahr 237.000 Euro. Der Bundesschnitt lag bei 212.000 Euro. Niedersachsen belegt damit den ersten Platz unter den westdeutschen Ländern.

550.000 Euro falsch abgerechnet

Die Ersatzkassen haben im vergangenen Jahr landesweit 27 Rückzahlungsvereinbarungen mit Leistungsanbietern geschlossen, nachdem diese Leistungen falsch abgerechnet hatten. Der Schadenersatz lag insgesamt bei 550.000 Euro. Die meisten Fälle betrafen Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Pflegedienste. In der Regel hatten diese Anbieter nicht das erforderliche Personal eingesetzt.

Millionenbetrag für die Selbsthilfe

Die Ersatzkassen haben die Selbsthilfe in Niedersachsen 2017 gemeinsam mit rund 1,4 Millionen Euro und damit so stark wie nie zuvor unterstützt. Für die rund 1.500 Selbsthilfegruppen standen 560.000 Euro zur Verfügung. Außerdem profitierten 46 Landesorganisationen mit 200.000 Euro und 44 Kontaktstellen mit 680.000 Euro. Hinzu kamen erhebliche Fördermittel der einzelnen Ersatzkassen.

GRIPPEIMPFUNGEN

Dreifachfehler in einem Satz

Die Krankenkassen haben sich aus Kostengründen entschieden, einen Dreifachimpfstoff zu bezahlen anstatt eines wirkungsvolleren Vierfachimpfstoffs.“ So zitieren Medien den Direktor der Pneumologie an der Medizinischen Hochschule Hannover zum Thema Grippepelle. Der Satz bringt es auf erstaunliche drei Fehler zugleich. Erstens: Die Kassen übernehmen Impfkosten nicht nach eigenem Dafürhalten, sondern richten sich nach der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (RKI). Und die hatte bis vor Kurzem den Dreifachimpfstoff empfohlen. Zweitens: Das RKI ist als Bundesinstitut wichtigen Zielen verpflichtet – Ausgabensparnis der Krankenversicherung gehört nicht dazu. Drittens: Ein Grippeimpfstoff wird nicht urplötzlich verfügbar, weil Kassen die Kostenübernahme erklären, sondern entsteht in einem monatelangen Herstellungsverfahren.

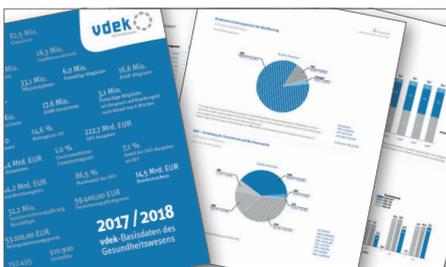
Ersatzkassen suchen „digitale Helfer“

Unter dem Motto „vernetzt und mobil – mit digitalen Helfern die Versorgung stärken“ hat der vdek seinen diesjährigen Zukunftspreis ausgeschrieben. Gesucht werden innovative Ideen und Best-Practice-Konzepte rund um das Thema Digitalisierung in der medizinischen Versorgung. Die Projekte sollen den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Mittelpunkt stellen. Der Preis ist mit 20.000 Euro dotiert. Ende der Bewerbungsfrist: 4. April 2018.

Weitere Informationen unter www.vdek.com/ueber_uns/vdek-zukunftspreis/zukunftspreis_2018.html.

STATISTIK

vdek veröffentlicht neue „Basisdaten“



Einen spannenden Blick auf Zahlen rund um die Gesundheitsversorgung in Deutschland liefert die Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017/2018“, die der vdek jetzt neu aufgelegt hat. Der Inhalt reicht von Strukturen und Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung über Mitglieder- und Beitragssatzveränderungen bis zur Entwicklung der Krankenhäuser und anderer Versorgungsbereiche. Ein kostenloses Exemplar der Printausgabe kann unter basisdaten@vdek.com bestellt werden. Download: www.vdek.com/presse/daten.html.

GURKE DES QUARTALS

Zahlenakrobatik für die ärztliche 62-Stunden-Woche

Die spezielle Aufbereitung und Interpretation von Zahlenwerk gehört zum Kerngeschäft des Lobbyisten. Warum misst die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft die Vergütung der hiesigen Kliniken eigentlich ständig und ausgerechnet an Rheinland-Pfalz, wo es doch noch so viele andere Bundesländer gibt? Weil Rheinland-Pfalz, na klar, dabei bundesweit an der Spitze liegt. Wohlwollend betrachtet bieten solche Kniffe zumindest engste Ausschnitte der Wirklichkeit. Was jetzt allerdings der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) an Rechenakrobatik präsentierte, lässt auch hartgesottene Interessenvertreter staunen. Die von der Großen Koalition beabsichtigte Erhöhung der ärztlichen Mindestsprechstundenzeit für gesetzlich Krankenversicherte von 20 auf 25 Wochenstunden sei „ein Schlag ins Gesicht der niedergelassenen Ärzte“, hieß es: Schon bisher nämlich würden Vertragsärzte 52 Stunden in der Woche arbeiten und davon mehr als 32 Stunden für Patientensprechstunden aufwenden. Eine „pauschale Erhöhung um 25 Prozent“ führe zu einer Mehrarbeit von zehn Stunden, sodass Ärzte ergo künftig 62 Stunden in der Woche tätig sein müssten. Aufregung unnötig, möchte man dem SpiFa zurufen. Bei 32 Wochenstunden für Patientensprechstunden sollte es doch ein Leichtes sein, 25 davon für gesetzlich Krankenversicherte zu reservieren. Die stellen nämlich im Schnitt 87 Prozent der Patienten und dürften damit sogar ein Angebot von knapp 28 Wochenstunden erwarten. Rein rechnerisch.

DER VDEK STELLT SICH VOR

Im Einsatz für den Rettungsdienst



FOTO vdek

Bodo Rotter hat seine Tätigkeit 1992 und damit nur knapp zwei Jahre nach Gründung der Landesvertretung aufgenommen. Der Wirtschaftswissenschaftler ist der dienstälteste Referent im Haus. Sein Spezialgebiet: der Rettungsdienst. Er vertritt den Verband in der Landesschiedsstelle und im Landesausschuss Rettungsdienst. Dort werden mit Städten, Landkreisen, Rettungsdienstorganisationen und Ärzten verbindliche Richtlinien etwa zur Einsatzqualität und zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen abgestimmt. Darüber hinaus verhandelt Rotter auch mit einzelnen Städten und Landkreisen über die örtlichen Kosten. Die Herausforderungen hätten sich im Laufe der Zeit gewandelt, sagt er. Aktuell gelte es vor allem, die hohen Einsatzzahlen in den Griff zu bekommen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek
An der Börse 1, 30159 Hannover
www.vdek.com

Telefon 05 11 / 3 03 97-0

E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com

Redaktion Hanno Kummer

Verantwortlich Jörg Niemann

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik Schön und Middelhaufe GbR

ISSN-Nummer 2193-2166