

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ERSATZKASSE REPORT**. 30 Jahre Gesundheitspolitik im Spiegel | **KRANKENHÄUSER** Die Weichen sind in vielen Regionen gestellt | **CORONA** Eine Milliarde Euro Ausgleich für Anbieter in Niedersachsen

## NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2020

### AUFKLÄRUNG

## Kampagnenstart „Deutschland erkennt Sepsis“

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), die Sepsis-Stiftung und weitere Partner starten die Kampagne „Deutschland erkennt Sepsis“. Die Kampagne wird vom vdek maßgeblich unterstützt. Vorrangiges Ziel ist es, die als „Blutvergiftung“ bekannte Erkrankung ins Bewusstsein der Bevölkerung zu bringen, denn bundesweit sterben etwa 70.000 Menschen jährlich an Sepsis. Etwa 15.000 bis 20.000 Todesfälle gelten als vermeidbar, wenn die Erkrankung rechtzeitig erkannt und behandelt wird. Sepsis entsteht, wenn die körpereigenen Abwehrmechanismen nicht mehr in der Lage sind, eine zunächst begrenzte Infektion einzudämmen. Die häufigsten Ursachen sind Lungenentzündung und Entzündungen im Bauchraum und der Harnwege. Aber auch aus kleinen Schnittverletzungen und Insektenstichen kann eine Sepsis entstehen. Durch ähnliche Symptome wird eine Sepsis oft mit einer Grippe verwechselt. Deshalb ist es besonders wichtig, die Krankheit auch zu erkennen – damit sie dann als Notfall sofort behandelt werden kann. Internet: [www.DeutschlandErkenntSepsis.de](http://www.DeutschlandErkenntSepsis.de).

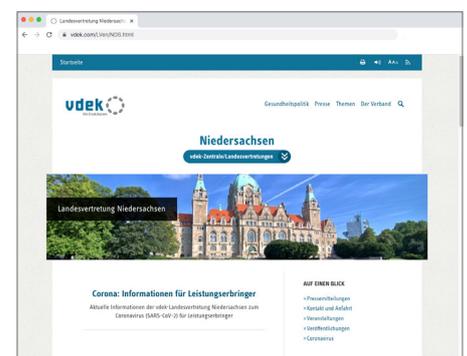
### IN EIGENER SACHE

## Liebe Leserinnen und Leser,

die Digitalisierung schreitet mit großen Schritten voran, im Gesundheitswesen genauso wie in anderen relevanten Bereichen der Gesellschaft. Dazu gehört auch die Medienlandschaft, die sich in den vergangenen Jahren rasant verändert hat und sich weiterhin im Wandel befindet. Die Berichterstattung erfolgt schneller, aktueller und interaktiver. Die klassischen Printprodukte wie Tages- und Wochenzeitungen sowie Magazine und Broschüren werden durch digitale Angebote ergänzt. Inhalte auf Webseiten gewinnen zunehmend an Bedeutung. Soziale Medien wie der Mikroblogging-Dienst Twitter spielen eine immer größere Rolle. Verbreitung und Nachfrage von Informationen verändern sich.

Auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) setzt auf online und stellt sich entsprechend neu auf – auch was die Ausrichtung unserer Öffentlichkeitsarbeit betrifft. So stellen wir ab dem kommenden Jahr aktuell relevante gesundheitspolitische Inhalte anschaulich und prominent auf der Internetseite unserer vdek-Landesvertretung dar. Unter der Rubrik „Fokus“ finden Sie beispielsweise Hintergrundinformationen, Kurzinterviews, Positionen, Daten und Fakten zu ausgewählten Themen. Zudem werden wir als vdek-Landesvertretung in Zukunft auf Twitter mit einem eigenen Account noch direkter und im Austausch kommunizieren. Für mehr Aktualität.

Umfragen und Rückmeldungen aus unserer Leserschaft zeigen, dass zunehmend digitale Formate gegenüber Printprodukten gewünscht sind. Was auch dazu führt, dass Sie jetzt gerade den letzten *ersatzkasse report*. in der Hand halten. Nahezu 30 Jahre lang – angefangen als Ersatzkassen Report – begleitete er unsere politische Arbeit. Aber alles hat seine Zeit und es war eine wichtige Zeit für uns. Und sie lebt weiter fort, indem künftig in unserer breiter aufgestellten Verbandspublikation *ersatzkasse magazin*. länderspezifische Themen stärker berücksichtigt werden.



Natürlich erzeugen drei schöne und spannende Jahrzehnte auch ein klein wenig Wehmut. Und doch freuen wir uns sehr darauf, Sie fortan über digitale Kanäle zu erreichen und mit der gewohnten Tiefe auch im digitalen Zeitalter auf dem Laufenden zu halten. Auf viele weitere gemeinsame Jahre. ■

# Von Streit und Erfolgen: Blick zurück und nach vorne

**D**rei Jahrzehnte *ersatzkasse report* sind Anlass, auf wichtige Diskussionen zurückzuschauen, Fazit zu ziehen und damit auch einen Blick nach vorne zu ermöglichen.

## Krankenhäuser: Übung macht den Meister!

Dass Übung den Meister macht, ist eine weithin akzeptierte Weisheit. Verneint wurde sie lange ausgerechnet für die Behandlung in Krankenhäusern – also dort, wo Fehler schlimme Folgen haben können. Stattdessen hielt sich die Mär, dass die unbedingte schnelle Erreichbarkeit eines Krankenhauses entscheidendes Kriterium sei. Um ein möglichst breites Angebot vorzuhalten und entsprechende Erlöse zu erzielen, wehrten sich viele Krankenhäuser auch gegen die Festsetzung von Mindestmengen für besonders schwierige Eingriffe. Die Höhe der Mindestmengen darf aber nicht von wirtschaftlichen Interessen abhängig sein, sondern muss sich am Ziel bestmöglicher Behandlungsergebnisse orientieren.

Inzwischen ist es längst wissenschaftlicher Konsens, dass eine geringere Anzahl besser ausgestatteter, größerer Krankenhäuser mehr Qualität und eine bessere Versorgung ermöglichen würde. Ein solcher Strukturwandel kommt dann auch allen Patienten zugute. Bisher haben häufig Bildungsstand und Systemkenntnis der Patienten über Art und Qualität ihrer Behandlung entschieden. Wer sich informiert, weiß, dass eine hohe Spezialisierung maßgeblich für den Behandlungserfolg ist. Diese Patienten gehen nicht in das Krankenhaus um die Ecke, sondern suchen Kliniken danach aus, wie oft die entsprechenden Behandlungen dort stattfinden. Gerade für Sozialpolitiker kann eine solche Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen

nicht akzeptabel sein. Es ist daher gemeinsame Aufgabe aller Verantwortlichen, den Patienten die Sicherheit zu geben, dass sie sich in jedem Krankenhaus auf eine hohe Qualität verlassen können. Der Krankenhausplanung des Landes kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Mittlerweile gibt es in Niedersachsen auch tatsächlich einen deutlichen Trend zu größeren und leistungsfähigen Einheiten. Dieser sollte durch konsequente politische Entscheidungen gestärkt werden. Die damit verbundene höhere medizinische Spezialisierung kann dazu beitragen, den Rückstand bei der Lebenserwartung in bestimmten Behandlungsfeldern gegenüber anderen Ländern aufzuholen.

## Tatsächlich „Mangel und Notstand“?

Immer wieder klagen Interessengruppen im Gesundheitswesen darüber, dass es an Geld und Personal fehle, die Attraktivität der Tätigkeit zu gering sei und deshalb Ärztemangel und Pflegenotstand drohen. Die damit verbundene Verängstigung der Menschen wird zumindest in Kauf genommen. Es drängt sich der Verdacht auf, dass es dabei immer auch um eigene Interessen geht. Auch bei politischen Auseinandersetzungen scheint das Gesundheitswesen einen besonders geeigneten Resonanzkörper für Zuspitzungen zu bieten.

Im Ergebnis hat sich in der öffentlichen Wahrnehmung das Bild eines Mangels verfestigt, das an den realen Gegebenheiten völlig vorbeigeht. Natürlich: Es gibt Handlungsbedarfe, die von Politik und Selbstverwaltung angegangen werden müssen. Etwa in der Pflege, wo es gesellschaftlicher Konsens ist, die Anerkennung der Tätigkeit zu erhöhen und zusätzliche Beschäftigung zu schaffen. Gleichzeitig werden schon bisher enorme Ressourcen für



JÖRG NIEMANN,  
Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

FOTO: vdek/Georg Loptata

die Gesundheitsversorgung aufgewandt, auch als Ergebnis einer kostentreibenden Gesetzgebung. Allein zwischen 2008 und 2018 sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen von 150,9 Milliarden Euro um fast 50 Prozent auf 226,2 Milliarden Euro gestiegen. In der gleichen Zeit hat die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um eine Million von 4,6 Millionen auf 5,6 Millionen zugenommen. Das sind krisenfesten regionale Arbeitsplätze, finanziert durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, ermöglicht durch eine hochproduktive Wirtschaft. Der Bedarf an zusätzlichem Personal ist nicht durch mangelnde Attraktivität bedingt, sondern Ausdruck eines Gesundheitswesens, das die Versorgung der Patienten unabhängig vom Einkommen des Einzelnen in weltweit unvergleichlich umfassender Weise sicherstellt.

Diskussionen über das Gesundheitswesen sind allzu häufig von den Interessen der Anbieter geprägt. Wie oft geht es um die „Auskömmlichkeit“ von Vergütungen? Und welches Forum bekommen demgegenüber gesetzlich Versicherte, wenn sie etwa von Facharztpraxen mit gesonderten Telefonnummern für Privatpatienten abgewiesen werden? Im Mittelpunkt der gemeinsamen Anstrengungen sollte eine gute Patientenversorgung stehen. Denn, auch wenn es trivial klingt: Das Gesundheitswesen ist für die Patienten da. ■

# 30 Jahre Gesundheitspolitik in Niedersachsen im Spiegel

Der ersatzkasse report. war in den vergangenen drei Jahrzehnten unser Sprachrohr bei allen wichtigen Themen rund um die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen. Auf einige besondere Titelgeschichten blicken wir noch einmal zurück.

## 1992 „Zahnärzte: Funktionäre drohen mit Chaos in der Versorgung“

Aus ideologischen Gründen betrieben Zahnarztfunktionäre den Ausstieg der Zahnärzteschaft aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei einer Beteiligung von 70 Prozent der Praxen sollten die Kassenzulassungen zurückgegeben und Versicherte nur noch gegen Privatrechnung behandelt werden. Auch wenn es dazu nicht kam, bildete die Aktion den Auftakt für einen jahrelangen Zahnärztestreit in Niedersachsen. Höhepunkt war 1995 die vorübergehende Entmachtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch einen Staatskommissar. Das Niedersächsische Sozialministerium sah sich zu diesem Schritt gezwungen, um die Patientenbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Mittlerweile besteht zwischen Kassen und Kassenzahnärztlicher Vereinigung eine professionelle Vertragsbeziehung, in der die Partner seit vielen Jahren ohne Schiedsamt auskommen.

## 1994 „Ambulantes Operieren im Krankenhaus – Beginn einer neuen Entwicklung“

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz schuf der Gesetzgeber die Möglichkeit für Krankenhäuser, auch ambulante Operationen vorzunehmen. Nur fünf Prozent der Krankenhäuser im Land hätten sich entschlossen, diese neue Leistung auch anzubieten, meldete der ersatzkasse report. Grund für die zögerliche Haltung seien erhebliche organisatorische Herausforderungen für die Häuser. Diese zögerliche Haltung gehört längst der Vergangenheit an: Jährlich rund 180.000 ambulante Operationen werden mittlerweile von den Krankenhäusern in Niedersachsen erbracht – rund zwölf Prozent aller Eingriffe.

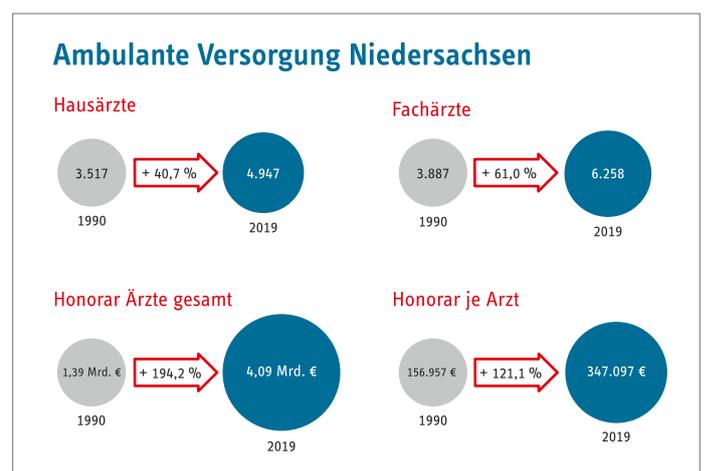
## 2001 „Mängel in Pflegeheimen sorgen für Wirbel“

In jedem dritten Pflegeheim in Niedersachsen weist die Qualität der Pflege derartige Mängel auf, dass Menschen zu Schaden kommen können. Diese Bilanz des Medizinischen Dienstes schlug erwartungsgemäß hohe Wellen. Die vdek-Landesvertretung forderte die Betreiber auf, ihrer Verantwortung für die Bewohner gerecht zu

werden. Während die Mehrzahl der Einrichtungen gute Arbeit leistete, müsse es für die anderen differenzierte Sanktionsmöglichkeiten geben. Außerdem sollten die Versicherten erfahren dürfen, wie es um die Qualität in den einzelnen Einrichtungen bestellt sei, hieß es. Während die Veröffentlichung der Prüfergebnisse durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 ermöglicht wurde, blieben Sanktionsmöglichkeiten bis heute aus. Die Pflegekassen können bei schwerwiegenden Mängeln nur mit einer Vertragskündigung drohen, die aber nur mit großem Aufwand durchsetzbar ist. Die Kassen selbst hatten mit einem 2004 eingeführten neuen Prüfkonzept reagiert, das eine differenziertere Mängelbewertung, aber auch mehr Beratung der Einrichtungen vorsah. Damit ist es gelungen, Mängeln besser zu begegnen und die Qualität insgesamt zu steigern.

## 2003 „Notfall Rettungsdienst“

Stein des Anstoßes waren die geradezu abenteuerlich hohen Ausgabensteigerungen im Rettungsdienst. Als wesentlichen Grund identifizierte die Landesvertretung die besondere Konstruktion der Finanzierung, bei der die Landkreise und Städte über die Vorkhaltung bestimmen und die Krankenkassen dann bezahlen müssen – ohne wirksame gesetzliche Regelungen zur Kostenbegrenzung. Auch orientierten sich Größe und Zuschnitte von Rettungsdienstbereichen an kommunalen Grenzen, obwohl größere Einheiten versorgungstechnisch sinnvoll und günstiger wären. Das Thema und die Analyse haben bis heute nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.



# NIEDERSACHSEN

Seit Erscheinen der Titelgeschichte sind die Kosten um 150 Prozent gestiegen.

## 2003 „Neues Vergütungssystem: 50 Kliniken vor schweren Hausaufgaben“

Ein Meilenstein war die schrittweise Umstellung der Krankenhausfinanzierung. Erfolgte die Vergütung bisher nach der Aufenthaltsdauer der Patienten, galten nun für alle Klinikbehandlungen in Niedersachsen einheitliche Pauschalen, die DRGs. Mit ihrer Einführung verbunden war das Ziel, Leistungstransparenz zu ermöglichen und durch wirtschaftliche Anreize Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse in der Krankenhauslandschaft zu fördern. Für einzelne Häuser bedeutete die Umstellung unmittelbar, dass die Vergütungen nach oben oder unten angepasst wurden. 50 der 200 Häuser mussten nun ihre Kosten senken, um mit den neuen Pauschalen wirtschaften zu können, hieß es im Report. Unter dem Strich waren die Krankenhäuser in Niedersachsen Gewinner des neuen Systems: Sowohl durch den Umstellungsprozess selber als

von gesetzlich Versicherten grundsätzlich an die Kassenzulassung gebunden ist. Nach dem Scheitern ihres Versuchs kehrten die Aussteiger wieder in das Vertragssystem zurück, zum Teil nach Ablauf einer sechsjährigen Sperre.

## 2006 „Gesundheitsreform: der Tragödie erster Teil“

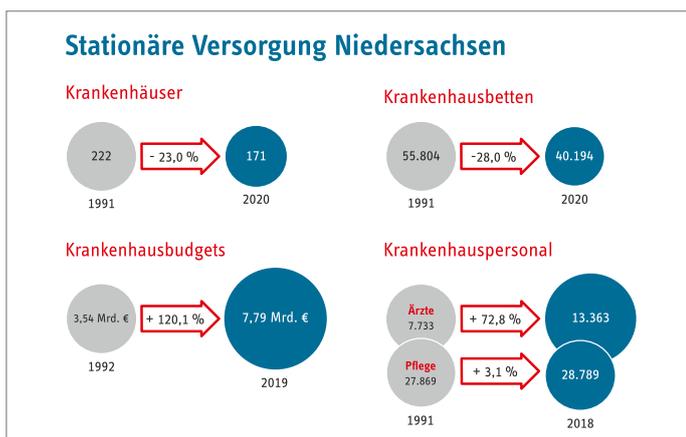
So geht es manchmal in der Politik: SPD und CDU warben im Bundestagswahlkampf 2005 mit Bürgerversicherung einerseits und Kopfprämie andererseits. Heraus kam dann eine Große Koalition mit Gesundheitsfonds, staatlich festgelegtem Beitragssatz und GKV-Spitzenverband. Ein Kompromiss, dessen tieferen Sinn niemand so richtig zu erklären vermochte. Krankenkassen und Leistungserbringer protestierten in seltener Einigkeit gegen die Reform mit dem irreführenden Titel „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“. In einem Punkt dürften sich die Kritiker von damals voll bestätigt sehen: Der Zugriff des Staates auf die Beitragsmittel der GKV ist durch den Gesundheitsfonds ungleich leichter geworden, wie die Finanzierung der Corona-Maßnahmen zeigt.

## 2008 „Und täglich grüßt der Ärztemangel“

Mit ihrer „Arztzahlprognose 2020“ warnte die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) vor einem sich abzeichnenden dramatischen Ärztemangel im Land. Bis zum Jahr 2020 könnte die Zahl der Hausärzte landesweit um 1.000 sinken. Die vdek-Landesvertretung wies die Darstellung als unrealistisch zurück. Darüber hinaus setzte sich die KVN dem Verdacht aus, auch andere Interessen zu verfolgen, forderte sie doch im Zuge ihrer Alarmmeldungen immer wieder mehr „Attraktivität“ des ärztlichen Berufs. Die Prognose ist jedenfalls mittlerweile eindeutig widerlegt: Die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Niedersachsen ist seit 2008 nicht gesunken, sondern im Gegenteil deutlich gestiegen. In diesem September hat die KVN übrigens eine neue Arztzahlprognose vorgelegt ...

## 2009 „Arzthonorare: Es reicht!“

„Rätselhaftes tut sich in Deutschland“, hieß es im Report: Eine Honorarreform beschere den Ärzten bundesweit einen Zuwachs von 3,7 Milliarden Euro und in manchen Praxen setze ein Wehklagen ein, sogar Behandlungen würden verweigert. Die Feststellung steht exemplarisch für viele Auseinandersetzungen im Laufe der Jahre. Obwohl Vergütungen überall gestiegen sind, wird der Eindruck des „Kaputtsparens“ erzeugt. Überzogene Erwartungen spielen dabei eine Rolle. Und: Es sind immer die gerade Unzufriedenen, die sich zu Wort melden und aus ihrer Unzufriedenheit eine Versorgungskrise konstruieren. Die Statistiken sprechen eine andere Sprache. Von der Honorarentwicklung haben übrigens gerade die Ärzte in Niedersachsen besonders stark profitiert: Das Volumen ist seit Erscheinen der Ausgabe landesweit um mehr als eine Milliarde Euro gestiegen.

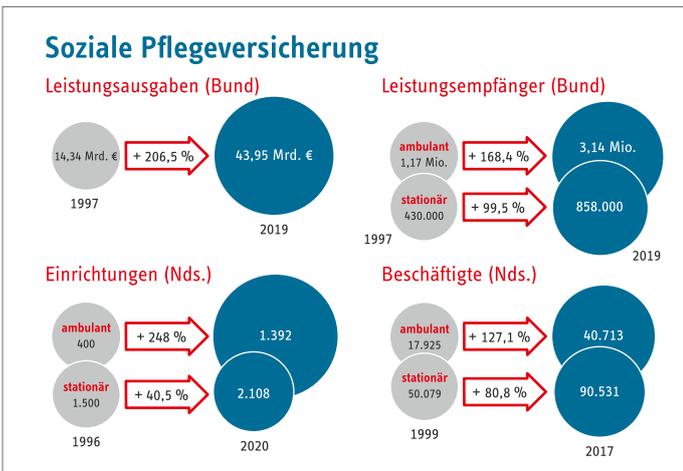


auch durch die spätere Angleichung an den Bundesbasisfallwert ist das Vergütungsvolumen im Land insgesamt deutlich gestiegen.

## 2004 „Kieferorthopädie: Niedersachsen schreibt Sozialgeschichte“

Eine Gruppe von Vertragskieferorthopäden hatte versucht, durch Rückgabe der Kassenzulassung Patienten in die Privatabrechnung zu zwingen. Daraufhin übertrug Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen den Sicherstellungsauftrag für drei besonders betroffene Landkreise von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf die Krankenkassen. Damit stand die gesetzliche Krankenversicherung erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik in der Pflicht, einen Versorgungsbereich selbst zu organisieren. Die Kassen setzten den Auftrag durch Einzelverträge mit neu angeworbenen Kieferorthopäden, Zusatzqualifizierten Zahnärzten und einer Zahnklinik um. Endgültig beendet wurde die Auseinandersetzung drei Jahre später durch das Bundessozialgericht, das klarstellte, dass die Behandlung

DARSTELLUNG vdek



### 2013 „Krankenhäuser: Konzepte gegen das Zufallsschrumpfen“

Die vdek-Landesvertretung hatte in diesem Jahr mit einer Modellrechnung für Aufsehen gesorgt, nach der bis 2030 landesweit 33 Krankenhausstandorte schließen müssten. Durch Bevölkerungsrückgang und kürzere Behandlungsdauern würden bis 2030 landesweit 4.000 Krankenhausbetten überflüssig. Ohne Strukturmaßnahmen würden viele Standorte immer kleiner – mit wachsenden Problemen, Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen. Demgegenüber könne eine Reduzierung von Standorten dazu führen, dass sich die anderen Krankenhäuser in einer Region durch stabile oder wachsende Betriebsgrößen leistungsfähiger aufstellten. Die Patienten würden durch bessere regionale Behandlungsangebote profitieren.

### 2015 „Einkommen von Pflegekräften: Vorwürfe, Widersprüche und Krokodilstränen“

Eine Studie hatte gezeigt, dass die Einkommen von Pflegekräften in Niedersachsen unter dem Bundesschnitt liegen. Die Niedersächsische Sozialministerin forderte daraufhin höhere Vergütungen für Pflegeeinrichtungen. Die vdek-Landesvertretung bekräftigte erneut, dass die Kassen bei Vergütungsverhandlungen Tarifzahlungen berücksichtigten. Die Einrichtungen müssten diese aber dann auch nachweisen, damit höhere finanzielle Belastungen für die Pflegebedürftigen nicht einfach nur die Gewinne der Träger steigerten. Trotz politischer Bemühungen gibt es bis heute keinen Durchbruch für eine Tarifbindung in der Pflege. Auch die deutlichen Vergütungssteigerungen in jüngerer Zeit haben nicht zu einer nennenswerten Steigerung der Anzahl tarifgebundener Einrichtungen geführt.

### 2018 „Krankenhäuser: Warum die Kassen Clausthal kündigen“

Erstmals hatte die gesetzliche Krankenversicherung einem Krankenhaus in Niedersachsen gekündigt – der Harzkllinik Clausthal-Zellerfeld. In dem Kleinstkrankenhaus fänden seit Jahren weder Grund- und Regelversorgung noch Notfallbehandlungen

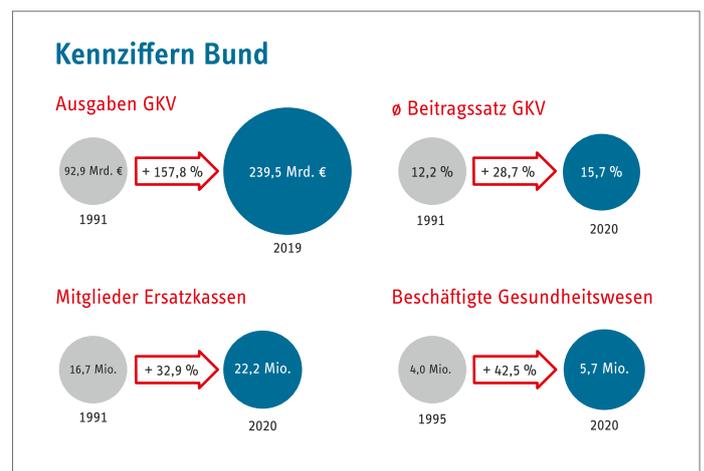
statt, schrieb der Report. Das Haus werde nicht gebraucht, sein Betrieb führe zu Risiken für die Patienten. Mittlerweile hat das Oberverwaltungsgericht Lüneburg der Kündigung in zweiter Instanz aus formalen Gründen einen Riegel vorgeschoben. Die Auseinandersetzung hat sich allerdings auch so erledigt: Patienten werden dort mittlerweile so gut wie nicht mehr behandelt. Selbst der Vorstandsvorsitzende des Trägers bezeichnet das Haus als „verzichtbar“ und „ohne Zukunftsperspektive“.

### 2018 „Krankenhaus Borkum: Mit Schluckbeschwerden in den Hubschrauber“

„Auf Borkum steht ein Kleinstkrankenhaus mit acht Betten, gebaut mit Landesmitteln in Millionenhöhe und subventioniert von den Krankenkassen. Trotz des gewaltigen Aufwands werden Patienten reihenweise für viel Geld aufs Festland geflogen“, kritisierte der Report. Jährlich 700 Krankenhausbehandlungen vor Ort stünden 400 ausgeflogenen Patienten gegenüber. Dabei seien die Hubschrauber auch schon bei Schluckbeschwerden, Rückenschmerzen, fieberhaften Infekten und einem entzündeten Zeh abgehoben. Kosten für den Flugtransport nach Leer: jeweils rund 2.000 Euro.

### 2020 „Corona: Aus den Erfahrungen lernen“

Die Landesvertretung zog im Report erste Schlüsse aus den Erfahrungen mit der Pandemie. So habe sich gezeigt, dass anders als zum Teil behauptet nicht die Masse an Krankenhausbetten bei der Krisenbewältigung entscheidend war, sondern die Krankenhäuser mit hoher medizinischer Expertise sowie die intensivmedizinischen Kapazitäten. Vorwürfe eines „auf Kante genähten“ oder gar „kaputtgesparten“ Gesundheitswesens seien abwegig. Im Gegenteil sei deutlich geworden, mit welcher umfassenden Ressourcen das Gesundheitswesen ausgestattet ist. Mit seiner gesetzlichen Krankenversicherung habe es die Leistungserbringer durch Ausgleichszahlungen geschützt und sich als Anker der Stabilität erwiesen. Deutschland müsse sich logistisch und konzeptionell besser auf pandemische Situationen vorbereiten. ■



DARSTELLUNG vdek

# Die Weichen für den Strukturwandel sind in vielen Regionen gestellt

**A**ls „willkürlich, unprofessionell und unverantwortlich“ bezeichnete die damalige Niedersächsische Sozialministerin den Vorstoß des vdek 2013. Die Landesvertretung hatte folgende Berechnung vorgelegt: Durch kürzere Behandlungsdauern und zurückgehende Einwohnerzahlen sinke der Bedarf für Krankenhausbetten bis 2030 um zehn Prozent. Um die Betriebsgrößen der Krankenhäuser zumindest auf dem bisherigen Niveau zu stabilisieren, müssten Standorte schließen, und zwar landesweit 33 von seinerzeit 193. Andernfalls würden die Krankenhäuser immer kleiner – mit wachsenden Problemen, Qualität und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen. Tatsächlich sind schon bis heute – also innerhalb von nur sieben der 17 Jahre des Berechnungszeitraums – 23 Standorte geschlossen worden. Der Trend zu immer kleineren Krankenhäusern ist gebrochen. Auch sind die hinter der damaligen Berechnung stehenden Grundannahmen mittlerweile weitgehend Konsens in der gesundheitspolitischen Diskussion.

## Viele Standorte ohne notwendige Ausstattung

Wie ist die Analyse? Deutschland hat im internationalen Vergleich sehr hohe Krankenhauskapazitäten. Gleichzeitig verteilt sich die Zahl der Behandlungen auf zu viele Standorte. Geradezu zwangsläufig folgt daraus, dass viele kleinere dieser Standorte technisch nicht adäquat ausgestattet sind und Schwierigkeiten haben, qualifiziertes ärztliches Personal zu gewinnen. Nach Auswertung des Gesundheitswissenschaftlers Reinhard Busse etwa hatten 2017 in Niedersachsen 39 Prozent der Krankenhäuser keinen Computer-Tomographen und 63 Prozent keine Koronarangiographie – Geräte, die für die Behandlung von akuten Herz-Kreislauf- und neurologischen Erkrankungen unabdingbar sind. Behandlungen in Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen steigern demgegenüber die Überlebenschancen, auch wenn die Wege dorthin weiter sind.

Nicht nur diese Einsicht ist Motor des Wandels. Kommunal Verantwortliche und auch Betreiber erkennen zunehmend, dass ein ruinöser Konkurrenzkampf innerhalb der Regionen keine Perspektive darstellt und eine Steigerung der Betriebsgröße auch die wirtschaftliche Lage verbessert.

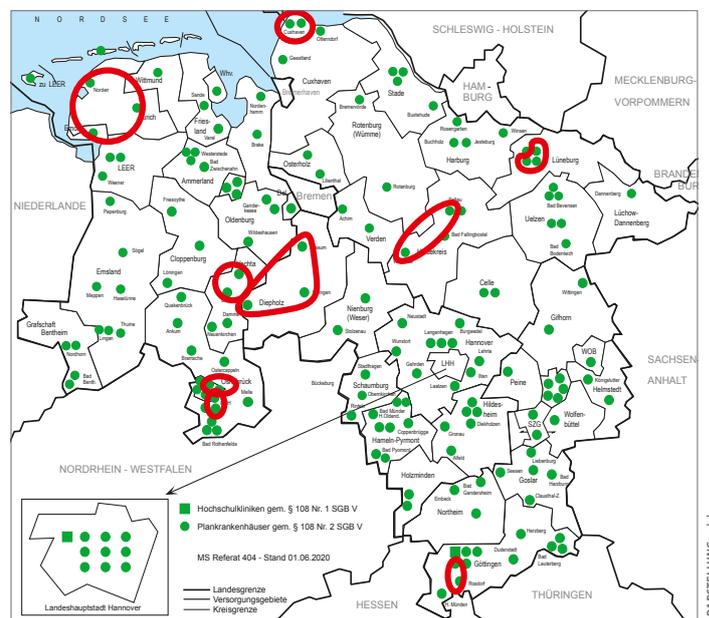
Überregionale Aufmerksamkeit erlangte das Projekt der Zentralklinik Georgsheil im Landkreis Aurich als Fusion der Krankenhäuser Aurich, Emden und Norden. Nach anfänglicher Ablehnung ergab erst der zweite Bürgerentscheid eine Zustimmung. Der Landesgesetzgeber hat darauf reagiert.

Künftig können Krankenhausstandorte nicht mehr durch Bürgerentscheide bestimmt werden.

## 1,4 Milliarden Euro Finanzierungsbedarf

Zunehmenden Einfluss auf die Entwicklung haben die steigenden Qualitätsvorgaben durch den Bundesgesetzgeber und die Entscheidungen der Patienten für eine Behandlung in größeren Krankenhäusern. Nachdem das Krankenhaus Vechta durch eine Fusion weiter gestärkt wird, hat auch der Nachbarkreis Diepholz entschieden, die bisher getrennten Angebote der drei bestehenden Krankenhäuser in einer neu zu bauenden Zentralklinik zu bündeln. Insgesamt sind in den Regionen Niedersachsens neun Fusionsprojekte in Planung, weitere sollen folgen. Nachdem die Auseinandersetzungen um die Konzepte abgeschlossen sind, geht es darum, die Investitionen zu finanzieren. Rund 1,4 Milliarden Euro sind dafür aufzubringen. Die gesetzliche Krankenversicherung in Niedersachsen unterstützt dies entschieden durch die 400 Millionen Euro aus dem hierfür vom Bundesgesetzgeber geschaffenen Strukturfonds II.

Auch das Land Niedersachsen wird für diese Projekte zusätzliche Investitionsmittel bereitstellen müssen. Eines ist sicher: Die Weichen für die Weiterentwicklung der Krankenhäuser sind in vielen Regionen gestellt. ■



KRANKENHAUSLANDSCHAFT IM WANDEL: Aktuelle Fusionsprojekte in Niedersachsen.

DARSTELLUNG vdek

## CORONA-SCHUTZSCHIRME

# Eine Milliarde Euro Ausgleich für Anbieter in Niedersachsen

Ein Großteil der Leistungserbringer im Gesundheitswesen bekam oder bekommt nach gesetzlichen Festlegungen einen Ausgleich für Umsatzeinbußen durch die Corona-Krise. Das Volumen beträgt landesweit mittlerweile mehr als eine Milliarde Euro.

**D**ie Schutzschirm-Bestimmungen liefen in der Regel bis Ende September, in der Pflege sind sie bis Jahresende verlängert worden. Die Kosten tragen der Bund und die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, zum Teil beteiligen sich auch die Länder. Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich damit in der Krise als Anker der Stabilität für Unternehmen, Beschäftigte und Freiberufler im Gesundheitswesen erwiesen.

## Krankenhäuser: 772 Millionen Euro

Der Leerstand von Betten in Krankenhäusern wurde landesweit mit 772 Millionen Euro finanziert. Das entspricht den Jahresbudgets von 13 durchschnittlich großen Krankenhäusern. Kliniken mussten für die seinerzeit erwartete Behandlung einer Vielzahl von Covid-19-Patienten erhebliche Kapazitäten freihalten. Sie erhielten als Ausgleich tagesbezogene Pauschalen je nicht behandeltem Patienten in Höhe von bis zu 760 Euro. Seit November gilt eine neue, zielgerichtete Regelung.

## Rehabilitation und Müttergenesung: 37 Millionen Euro

Für nicht genutzte Kapazitäten haben die Einrichtungen 37 Millionen Euro erhalten. Rehaeinrichtungen wurden in der Krise nicht mehr in Anspruch genommen und mussten vorsorglich Betten für die akutmedizinische Versorgung freihalten. Sie bekamen eine tagesbezogene Erstattung von 60 Prozent des durchschnittlichen Vergütungssatzes je nicht behandeltem Patienten.

## Heilmittelbringer: 76 Millionen Euro

Zum Ausgleich von Umsatzverlusten wurden 76 Millionen Euro an 5.600 Heilmittelbringer ausgezahlt. Zu den Heilmittelbringern zählen Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen und Ernährungstherapeuten. Sie bekamen eine Einmalzahlung in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Zulassung. Heilmittelbringer mit Zulassung bis 31. Dezember 2019 hatten Anspruch auf 40 Prozent der Krankenkassenvergütung im vierten Quartal 2019.

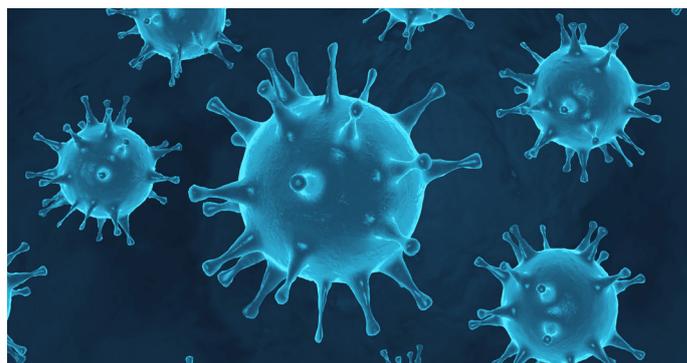


FOTO Ahmet Aglamaz – stock.adobe.com

## Pflege: 175 Millionen Euro

Pflegeeinrichtungen wurden bisher Mehraufwände und Mindereinnahmen in Höhe von 175 Millionen Euro erstattet (Stand: Anfang November 2020). Mehraufwände entstehen etwa durch Organisations- und Hygienemaßnahmen, Mindereinnahmen insbesondere durch die Schließung von Tagespflegen, aber auch durch Aufnahmebeschränkungen in Heimen und ausbleibende Nachfrage ambulanter Leistungen.

## Niedergelassene Ärzte: noch nicht zu beziffern

Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt die für 2020 vereinbarte budgetierte Gesamtvergütung unabhängig vom reduzierten Leistungsaufkommen komplett an die Ärzteschaft aus. Mindert sich das Gesamthonorar eines Vertragsarztes pandemiebedingt um mehr als zehn Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal, erfolgt eine Ausgleichszahlung von bis zu 90 Prozent für entgangene extrabudgetäre Leistungen. Die Kosten sind noch nicht zu beziffern. Gerade zu Beginn der Krise mieden viele Patienten Wartezimmer aus Angst vor Ansteckung, Ärzte schlossen ihre Praxen.

Zusätzlich schlugen Ausgaben für die Versorgung im Zuge der Pandemie zu Buche. Das gilt besonders für den Aufbau von landesweit 1.500 zusätzlichen Intensivbetten in Krankenhäusern (rund vier Millionen Euro). In der ambulanten Versorgung zahlen die Krankenkassen alleine für die Corona-Testzentren sowie für Schutzausrüstungen in den Arztpraxen voraussichtlich 30 Millionen Euro. ■

### Studie zeigt: Mindestmengen retten Leben



FOTO: Martin Vajlgarsky – stock.adobe.com

**H**öhere Mindestmengen bei der Versorgung besonders kleiner frühgeborener Kinder könnten bis zu 40 Todesfälle im Jahr vermeiden. Das ist das Ergebnis der Studie eines Teams um den Berliner Versorgungsforscher Günther Heller, die im Oktober in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie erschienen ist. Demnach haben Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm eine höhere Überlebenschance in Kliniken, die mehr als 50 solcher Fälle jährlich behandeln. Seit 2010 gilt eine Mindestmenge von lediglich 14 Fällen pro Jahr. Als der Gemeinsame Bundesausschuss den Wert dann auf 30 hochsetzte, klagten mehrere Kliniken vor dem Bundessozialgericht – und kamen damit durch, weil das Gericht für die Festlegung keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage sah. Diese ist nun vorhanden. Der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität ist schon länger belegt, jetzt wurde durch die umfassende Studie ein Schwellenwert für optimale Behandlungsergebnisse ermittelt. Die Wissenschaftler werteten dabei die Behandlungsergebnisse aller Frühgeborenen aus sämtlichen deutschen Perinatalzentren zwischen 2010 und 2018 aus. Es erscheint zudem plausibel, dass dort, wo durch mangelnde Routine und Erfahrung ein erhöhtes Sterberisiko besteht, auch die Gefahr dauerhafter Gesundheitsschäden bei überlebenden Frühchen größer ist.

### Versöhnliches zum Abschluss: Moderne Medizin im Wattenmeer

Wie oft hatten wir uns im Report damit auseinandergesetzt, dass im Gesundheitswesen ständig alles schlechtgeredet wird? Aus Unzufriedenheiten werden Versorgungskrisen, wer sich Gehör verschaffen will, ruft den Notstand aus. Um mit der letzten Gurke des Quartals zu einem versöhnlichen Abschluss zu kommen, wollen wir zeigen, dass es auch anders geht, nämlich die Dinge positiv zu sehen, selbst wenn das gar nicht immer einfach ist. Die Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ macht es vor. In dem Artikel „Acht Betten im Wattenmeer“ über die ostfriesische Insel Borkum heißt es zunächst besorgt: „Was tun, wenn ein Besucher oder Einwohner einen schweren Unfall, einen Schlaganfall erleidet oder ernsthaft erkrankt?“ Doch werden wir gleich zu Beginn der Geschichte beruhigt, denn das dortige Krankenhaus bietet mit eben diesen acht Betten „modernste medizinische Versorgung“. Positiv denken! Die üblichen Nörgler und Berufskritiker hätten wohl gleich darauf hingewiesen, dass zu modernster medizinischer Versorgung wenigstens auch Chirurgie gehören sollte, zumal wenn der Hinweis auf einen „schweren Unfall“ schon im Raum steht. Eine chirurgische Abteilung fehlt nämlich – vermutlich in der Natur der Sache liegend – in der „kleinsten Klinik Deutschlands“. Auch das Obergericht Lüneburg sah die Sache mit weniger Humor: Ohne Chirurgieabteilung fehle auch die Voraussetzung nach G-BA-Beschluss für einen durch die Krankenkassen zu zahlenden Sicherstellungszuschlag.

### „Landesbasisdaten“ neu aufgelegt



BROSCHÜRE vdek

**W**ie viele Einwohner versorgt ein Hausarzt in Niedersachsen, wie stark sind die Honorare der Ärzte und die Ausgaben für Arzneimittel gestiegen, warum haben die Krankenhäuser mehr Mediziner als Pflegekräfte eingestellt, wie entwickeln sich die Einnahmen der Pflegeheime und was kostet ein Heimplatz? Diese und viele andere Fragen beantwortet eine Broschüre, die der vdek jetzt herausgegeben hat. Unter dem Titel „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen 2020“ nennt die vdek-Landesvertretung auf rund 60 Seiten aktuelle Zahlen und beschreibt grundlegende Entwicklungen und Trends. Die „Basisdaten“ stehen auf der Internetseite [www.vdek.com/LVen/NDS.html](http://www.vdek.com/LVen/NDS.html) zur Verfügung. Ein gedrucktes Exemplar kann kostenfrei beim vdek bezogen werden.

### Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek  
Schillerstraße 32, 30159 Hannover  
[www.vdek.com](http://www.vdek.com)

Telefon 05 11 / 3 03 97-0

E-Mail [LV-niedersachsen@vdek.com](mailto: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