

report niedersachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz Bittere Bilanz nach einem Jahr

Etwas mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten des neuen Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes ziehen die Ersatzkassenverbände eine erste Bilanz. Und die fällt bitter aus: Die Versorgung ist um 15 Millionen Euro teurer geworden, strukturelle Defizite bestehen fort. Selbst die eigenen Ansprüche des Landes haben sich nicht erfüllt.

Die Ausgaben der Krankenkassen für den Rettungsdienst sind 2008 gegenüber dem Vorjahr landesweit um hochgerechnet 15 Millionen Euro oder mehr als sechs Prozent auf 266 Millionen Euro gestiegen. In der Spitze erhöhen sich die Kosten in einzelnen Städten und Landkreisen sogar um die 20 Prozent. Besonders gravierend: Die Kostensteigerungen in diesem Jahr sind größtenteils nicht einmal den inhaltlichen Neuerungen des Gesetzes geschuldet. Änderungen, die mit gutem Willen noch als qualitative Verbesserung der Versorgung angesehen werden könnten – wie der neu eingeführte „Ärztliche Leiter“, ein höheres Anforderungsprofil für die Besetzung der Rettungswagen oder die Bereitstellung von Fahrern für Notärzte –, machen gerade mal 1,8 Millionen Euro an dem 15-Millionen-Zuwachs aus. Diese Kosten werden erst im kommenden Jahr mit voraussichtlich weiteren fünf Millionen Euro voll zu Buche schlagen, wenn die entsprechenden Maßnahmen flächendeckend umgesetzt sind.

Dem Großteil der Teuerung, nämlich mehr als 13 Millionen Euro, stehen keinerlei darstellbare Veränderungen der Leistung für die Versicherten gegenüber. Hier geht es um Kosten, die „einfach so“ stei-

In dieser Ausgabe:

- Gesundheitsfonds
„Garantien gibt dir keiner...“
- Arzthonorare 2009
Niedersachsen stürmt an die Spitze
- Heilmittel
Einsparungen „möglich und geboten“
- Selbsthilfe
Millionenbeträge wecken Begehrlichkeiten

gen, weil eben für dies und das mehr zu bezahlen ist. Und auf genau diese Steigerungen hat das Land bei der Gesetzesnovelle im vergangenen Jahr keine Antwort gefunden. Es gibt weiterhin keine wirksame Möglichkeit für die Krankenkassen, die Ausgaben zu begrenzen, weil im Rettungsdienst alle anfallenden Kosten ohne Begrenzung von den Kommunen an die Kassen weitergereicht werden können. Einen finanziellen Anreiz für Städte und Landkreise, auch mit auf eine Begrenzung der Kassenausgaben für den Rettungsdienst zu achten, gibt es bei einer solchen Systematik nicht. Die Kommunen gestalten, ohne selbst in der finanziellen Verantwortung zu stehen.

Völlig intransparent bleiben auch die Kriterien, nach denen die Kommunen die Rettungswachen vergeben. Auch hierzu findet sich nichts in dem Gesetz, von einer Verpflichtung zur Ausschreibung, wie sie bei anderen öffentlichen Aufträgen in diesen Größenordnungen selbstverständlich sind, ganz zu schweigen. Die Europäische Kommission

hat die Bundesrepublik Deutschland mittlerweile sogar mit explizitem Hinweis auf die Vergabepaxis in Niedersachsen und drei anderen Bundesländern vor dem Europäischen Gerichtshof verklagt.

Land scheitert mit Leitstellen-Konzept

Gescheitert ist das Land auch mit seinem Ziel, dass sich Polizei, Brandschutz und Rettungsdienst Leitstellen aus Effizienzgründen teilen. Diese sogenannten kooperativen Leitstellen sollten auf Basis freiwilliger Vereinbarungen mit den Kommunen entstehen. Das Land konnte für seinen Teil hier schnell Fakten schaffen und hat das auch getan – mit einem schlanken Konzept von ein bis zwei Leitstellen für jede der landesweit sechs Polizeidirektionen. Im Rettungsdienst bleibt es demgegenüber bei Kirchturmpolitik: Fast jede Kommune betreibt ihre eigene Leitstelle – ineffizient, wird aber von den Kassen bezahlt.

Die Krankenkassen haben im Vorfeld der Gesetzesnovellierung immer wieder darauf hingewiesen, dass bei einer solch komfortablen Situation der Kommunen deren Neigung, den eigenen Standort zugunsten größerer Einheiten freiwillig aufzugeben, äußerst begrenzt ist. Und genau das zeigt sich jetzt in den Diskussionen und Verhandlungen vor Ort. Die Zustimmung zu einer Fusion oder einer Zusammenarbeit mit der Polizei hängt von örtlichen Zufälligkeiten und Befindlichkeiten ab – oder entscheidet sich schlichtweg nach der Frage, ob denn die neu geschaffene Leitstelle im eigenen Landkreis stehen soll. Als Folge stellt sich die Landschaft der Rettungsleitstellen in Niedersachsen als Flickenteppich dar, der versorgungstechnisch und wirtschaftlich so gar keinen Sinn macht.

Beispiel Südniedersachsen: Eine kooperative Leitstelle soll von Göttingen aus die Polizei in weiten Teilen des südlichen Niedersachsens inklusive Hildesheim dirigieren, die Rettungskräfte aber nur in

Stadt und Landkreis Göttingen. Für die anderen Bereiche gibt es dann – wie in Hildesheim – zusätzlich örtliche Leitstellen nur für den Rettungsdienst. Beispiel Nordwestniedersachsen: Aurich, Wittmund und Leer beschließen eine Fusion ihrer Rettungsleitstellen. Der weitere potenzielle Partner Emden verweigert eine Beteiligung, weil als Standort Wittmund vorgesehen ist. Damit betreibt Emden gleichsam als Insel in der fusionierten Region weiter seine eigene Kleinstleitstelle – mit einem rechnerischen Durchschnitt von weniger als einer Einsatzkoordination pro Stunde.

KEINE ZUSÄTZLICHE ABRECHNUNG

Ein Landkreis darf Verwaltungskosten für den von ihm betriebenen Rettungsdienst nicht doppelt mit den Krankenkassen abrechnen. Das hat das Verwaltungsgericht Lüneburg entschieden und damit eine Klage des Kreises Soltau-Fallingb. abgewiesen, der für die Jahre 2003 bis 2006 rund 300.000 Euro von den Kassen gefordert hatte. Das Gericht verwies darauf, dass die Verwaltungskosten bereits in den von den Kassen bezahlten Einsätzen pauschal enthalten sind.

Hätte das Land das kooperative Modell wirklich ernsthaft auf den Weg bringen wollen, hätte man die Kommunen verbindlich einbinden müssen. So aber werden selbst die Fusionen nur der Rettungsleitstellen eher schwieriger als leichter. Eine Struktur von landesweit 45 örtlichen Rettungsleitstellen ist sechs bis sieben Millionen Euro teurer als notwendig. Diese Ineffizienz droht sich zu verschärfen, wenn ab 2010 der Digitalfunk eingeführt wird und zusätzliche Investitionen in Millionenhöhe notwendig macht. Den Kommunen muss klar sein, dass die Krankenkassen jede nötige Instanz bemühen werden um durchzusetzen, dass dafür Beitragsmittel nur nach vorherigen Standortfusionen zur Verfügung gestellt werden.



Jörg Niemann,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Niedersachsen

DER KOMMENTAR

Vor der Zeitenwende

Der bevorstehende Jahreswechsel leitet eine Zeitenwende im Gesundheitswesen ein: Mit Einführung des Fonds können die Krankenkassen auf steigende Versorgungsausgaben grundsätzlich nicht mehr unabhängig durch eigene Beitragsfestlegung reagieren, sondern nur noch im begrenzten Umfang staatlicher Finanzausweisungen. Das Bundesgesundheitsministerium will so zum Hauptakteur werden und sich den unmittelbaren Zugriff auf die Höhe der Lohnnebenkosten sichern. Gleichzeitig gibt es den durch staatliche Unterfinanzierung entstehenden Druck an die Kassen weiter. Wenn nämlich die Fondsmittel nicht mehr ausreichen, um die Versorgungskosten zu decken, kann das Ministerium den Kassen je nach Lage der Dinge entweder vorwerfen, mit den sauer erarbeiteten Beitragsmitteln verschwenderisch umzugehen (bei Erhebung von Zusatzbeiträgen durch die Kassen), oder aber, nicht genug für die Versorgung zu tun (ohne Zusatzbeiträge). Es kommt jetzt darauf an, ob es unter diesen Rahmenbedingungen gelingt, ein selbstverwaltetes System mit hoher Autonomie als Grundlage für Versichertenorientierung und Wettbewerb zu erhalten.

Gesundheitsfonds

„Garantien gibt dir keiner..“

Wenige Wochen vor dem Start des Gesundheitsfonds, auf der Zielgeraden der Reform, brach dann doch noch einmal heftiger Streit aus. Grund war ein offener Brief von Politikern, Wissenschaftlern, Gewerkschaftern und Krankenkassen-Vertretern an die Mitglieder des Deutschen Bundestags. Bei Festlegung des künftigen Einheitsbeitragssatzes von 15,5 Prozent sei die konjunkturelle Entwicklung im kommenden Jahr zu optimistisch kalkuliert worden; sollte sich die Finanzkrise zur Wirtschaftskrise ausweiten, hätte dies negativen Einfluss auf die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und deren Einkommen. Es drohten sinkende Beitragseinnahmen und damit flächendeckende Zusatzbeiträge. Bundesgesundheitsministerium und Bundesversicherungsamt reagierten gereizt. Für die SPD-Bundestagsfraktion erklärte deren gesundheitspolitische Sprecherin Dr. Carola Reimann: „Der Fonds wirkt in dieser Situation als Schutz für die Kassen, weil die 166,8 Milliarden Euro, die im kommenden Jahr über den Fonds verteilt werden, staatlich garantiert sind. Die Risiken auf der Kassen-seite waren noch nie so gering wie mit dem Fonds.“

Tatsächlich? Im Paragraphen 271 Absatz 3 des Fünften Sozialgesetzbuches heißt es, dass der Bund

dem Fonds ein zinsloses Darlehen in Höhe der fehlenden Mittel leistet, wenn die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, um die Zuweisungen an die Kassen zu erfüllen. Dieses Darlehen ist – und jetzt kommt es – im laufenden Haushaltsjahr zurückzuzahlen, bei Darlehen im Jahr 2009 ausnahmsweise bis 31. Dezember 2010. Will heißen: Ausgeglichen werden allenfalls unterjährige Schwankungen der Beitragseinnahmen. Das Risiko der ganzjährigen Unterdeckung durch Mindereinnahmen verbleibt bei den Kassen. Um es mit Westernhagen zu sagen: Garantien gibt dir (also doch) keiner...

Somit bleibt die grundsätzliche Warnung vor einer Unterfinanzierung als Folge staatlicher Beitragsfestsetzung richtig. Die Aufregung der Fonds-Initiatoren ist allerdings auch deshalb nicht nachzuvollziehen, weil die Erhebung von Zusatzbeiträgen immanenter Bestandteil der neuen Systematik ist. Schließlich wird die Höhe des staatlichen Einheitsbeitrags erst dann überprüft, wenn die dadurch generierten Einnahmen nur noch 95 Prozent der Ausgaben decken. Jede Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist also zunächst zwingend über Zusatzbeiträge zu finanzieren.

Ideenwettbewerb Organspende

Nachwuchskicker aus Lehrte gewinnen

Mal vor 50.000 Zuschauern zu spielen ist wohl der Traum eines jeden Nachwuchsfußballers. Zumindest schon mal auf dem Rasen eines solchen Stadions gestanden haben jetzt die jungen Kicker vom SV 06 Lehrte, und zwar in der Arena des Bundesligisten Hannover 96. Anlass war die Preisverleihung beim Ideenwettbewerb Organspende, den das Niedersächsische Sozialministerium gemeinsam mit anderen Initiatoren wie der Deutschen Stiftung Organtransplantation und den Ersatzkassen auf den Weg gebracht hatte. Aufgerufen dazu waren 100.000 junge Fußballerinnen und Fußballer im Land, den Hauptpreis von 3.000 Euro gewonnen hat der SV 06 Lehrte.

Voll des Lobes für das Engagement der Preisträger war Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann. Sie würdigte die vielfältigen Aktivitäten, mit denen die Jugendlichen die Organspende ins Bewusstsein der Menschen gerückt haben: von Bandenwerbung über Berichte in der Vereinszeitung bis zur Präsenz bei Stadtfesten sowie in Arztpraxen und Apotheken. „Wer einmal mit

einem Menschen gesprochen hat, der auf ein Organ wartet, weiß, wie wichtig dieser Beitrag ist“, sagte die Ministerin.



Voll des Lobes: Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann überreicht die Siegerprämie. Hinter ihr Unterstützer der Aktion: Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung (Mitte), links daneben Hannover-96-Chef Martin Kind und sein Profispieler Steven Cherundolo.

Arzthonorare 2009

Niedersachsen stürmt an die Spitze

Und die Gewinner sind... die Ärzte aus Niedersachsen. Nirgendwo sonst in den alten Bundesländern wird im kommenden Jahr so viel zusätzliches Geld für ärztliche Honorare fließen wie zwischen Harz und Nordsee. Der Zuwachs beträgt bei einem bisherigen Volumen von landesweit rund 2,5 Milliarden Euro bis zu 407 Millionen Euro und damit gut 16 Prozent. Der Anstieg ist doppelt so hoch wie im Bundesschnitt. Damit steigert jeder Arzt in Niedersachsen sein Honorar durchschnittlich um 30.210 Euro auf 214.735 Euro. Höhere Honorare verbuchen nur die Mediziner in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt.

Hintergrund ist die Honorarreform auf Bundesebene, bei der ab kommendem Jahr eine neue Logik gilt. Bisher war Grundlage der ärztlichen Vergütung eine von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich hohe Pauschale, die die Kasse für jedes ihrer Mitglieder an die Kassenärztliche Vereinigung im Land entrichtete. Diese Pauschalen bildeten den Honorarkuchen, den die Kassenärztliche Vereinigung anhand der in Punkten abgerechneten Leistungen der Ärzte unter diesen aufteilte. Je nach Leistungsmenge war der Wert des einzelnen Punktes damit von Land zu Land und von Quartal zu Quartal unterschiedlich hoch. Künftig

gibt es bundesweit einen festen Punktwert, eine Euro-Gebührenordnung für eine vorab festgelegte Leistungsmenge, die der Morbidität der Versicherten in dem jeweiligen Bundesland entsprechen soll. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat als sozialrechtlich zuständiges Gremium auf Bundesebene diesen Punktwert auf 3,5001 Cent festgelegt – und das Honorarvolumen bundesweit um 2,3 Milliarden Euro erhöht.

Die Morbidität der Bevölkerung in einem Land wird dabei recht schlicht mit der dort bisher abgerechneten Punktmenge gleichgesetzt. Diese Logik führt zu einer höchst ungleichen regionalen Verteilung der zusätzlichen Gelder. In Niedersachsen haben die Ärzte in der Vergangenheit mehr Leistungen erbracht als im Bundesschnitt. Demzufolge können sie künftig auch mehr Leistungen zu dem festen Punktwert abrechnen als ihre Kollegen in anderen Ländern und ihre Honorare entsprechend stärker steigern.

Problem an der Sache: Die Unterschiede bei den Punktmengen haben weniger mit der regionalen Krankheitsanfälligkeit der Menschen, als mit den Anreizwirkungen der bisherigen Honorarverteilung in den einzelnen Ländern zu tun. Denn in

der Vergangenheit galt ja, dass der Punktwert in dem Maße sank wie die Punktmenge stieg. Darauf haben die Kassenärztlichen Vereinigungen reagiert, indem sie zugunsten eines attraktiven Punktwerts die Punktmenge begrenzten, etwa durch Budgets für die einzelnen Praxen. Diese Begrenzungen waren von Land zu Land unterschiedlich stark – wenig erstaunlich also, dass sich nun auch die Punktmengen von Land zu Land unterscheiden.

In Niedersachsen konnten die Ärzte vergleichsweise viel ab-

	Honorar je Arzt 2006 (Euro)	Honorar je Arzt 2009 (Euro)	Steigerung Honorar je Arzt absolut (Euro)	Steigerung Honorar je Arzt in Prozent
Mecklenburg-Vorpommern	190.334	221.452	31.118	16,35 %
Sachsen-Anhalt	181.463	216.887	35.424	19,52 %
Niedersachsen	184.525	214.735	30.210	16,37 %
Sachsen	182.208	214.701	32.493	17,83 %
Westfalen-Lippe	190.040	214.279	24.239	12,75 %
Thüringen	167.784	209.474	41.690	24,85 %
Brandenburg	181.737	206.628	24.892	13,70 %
Bayern	189.978	201.552	11.574	6,09 %
Saarland	182.422	201.467	19.045	10,44 %
Rheinland-Pfalz	181.096	188.428	7.332	4,05 %
Bremen	177.886	185.226	7.340	4,13 %
Hamburg	173.730	179.180	5.451	3,14 %
Schleswig-Holstein	171.497	174.620	3.123	1,82 %
Nordrhein	167.704	172.885	5.181	3,09 %
Hessen	154.164	165.981	11.817	7,67 %
Berlin	137.710	155.524	17.814	12,94 %

Plus von 30.000 Euro: Die niedersächsischen Ärzte bekommen 2009 mehr Geld als ihre Kollegen in allen anderen alten Bundesländern.

rechnen. Das führt jetzt dazu, dass automatisch ein erhöhter Bedarf in Niedersachsen angenommen wird und dafür das entsprechende Honorarvolumen zur Verfügung zu stellen ist. Dabei liegt die Morbidität in Niedersachsen sogar unter dem Bundesschnitt. Professor Dr. Oliver Schöffski vom Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der Universität Erlangen-Nürnberg weist das anhand verschiedener Parameter nach.

Niedersachsen sind nicht häufiger krank

Schöffskis Gutachten zufolge sind die Menschen in Niedersachsen weder häufiger noch schwerwiegender krank als in anderen Ländern. Bei einer Gegenüberstellung

von unter- und überdurchschnittlichen Krankheitshäufigkeiten in 175 Morbiditätsgruppen kommt Niedersachsen auf Platz 4 im Ranking der gesündesten Länder. Auch bei der Schwere der Fälle, gemessen anhand der durchschnittlichen Diagnosen je Patient im Quartal, liegt Niedersachsen mit einem Wert von 7,9 unter dem bundesweiten Mittelwert von 8,1.

Gleichzeitig stellt der Gutachter fest, dass die

Inanspruchnahme von Krankenhäusern hinsichtlich Fallzahl und -schwere im Bundesschnitt liegt. Insofern kann weder argumentiert werden, dass in Niedersachsen stationäre Leistungen häufiger als anderswo durch ambulante ersetzt werden, noch dass umgekehrt besonders viele Krankenhausfälle eine entsprechend höhere Zahl ambulanter Anschlussbehandlungen notwendig machen würden.

Auch die Kennziffern bei der Arzneimittelversorgung lassen keinen Grund für eine erhöhte Morbidität erkennen, Niedersachsen liegt hier mit einem Volumen von 438,84 Euro im Jahr 2006 knapp unter dem Bundesschnitt von 446,54 Euro.

Geringere Praxiskosten

Das überdurchschnittliche Honorar für die Ärzte in Niedersachsen ist nicht nur im Hinblick auf die Morbidität im Land ungerechtfertigt. Den höheren Praxiseinnahmen stehen auch unterdurchschnittliche Praxiskosten gegenüber: Niedersachsen hat eine im Bundesvergleich schwache Einkommensstruktur, in deren Folge Preise, Mieten, Betriebs- und allgemeine Lebenshaltungskosten niedriger als in anderen Bundesländern liegen.

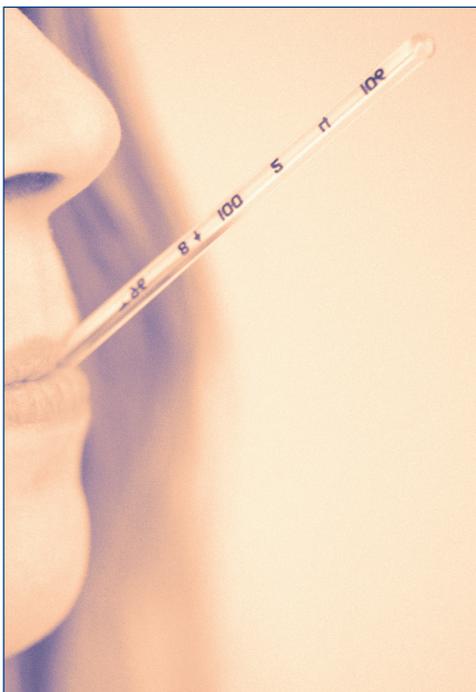
Angesichts dieser Rahmendaten muss es verwundern, dass die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen vor dem Schiedsamt für sechs Leistungsgruppen noch einen Zuschlag auf den Zuschlag forderte. Das hat das Schiedsamt abgelehnt. Außerdem hat es klar-gemacht, dass es sich bei der Gesamtvergütung um eine Obergrenze handelt und nicht um einen Fixbetrag, der auch bei Nichtausschöpfung der Leistungsmenge zu zahlen wäre.

Dirigismus als Problem

Die Krankenkassen ihrerseits müssen nach der Schiedsamtsentscheidung akzeptieren, dass landesbezogene Besonderheiten bei Festlegungen auf Bundesebene offenbar keine große Rolle mehr spielen. Andernfalls hätte der Punktwert nach Kriterien wie der tatsächlichen Morbidität in Niedersachsen und dem Niveau der Praxiskosten korrigiert werden müssen. So aber wurden auf Bundesebene holzschnittartig Hilfsgrößen für verbindlich erklärt. An den Festlegungen des Erweiterten Bewertungsausschusses wird einmal mehr deutlich, dass dirigistische Vorgaben im Gesundheitswesen zu Verwerfungen und Fehlsteuerungen führen.

Ende des Jammerns

Die niedersächsischen Ärzte können sich also glücklich schätzen, zu den ganz großen Gewinnern der Honorarreform zu zählen. Inwieweit ein aus Sozialabgaben finanzierter Honorarzuwachs von 30.000 Euro je Arzt zu vertreten ist, soll an dieser Stelle nicht vertieft werden. Allerdings sollten sich die Ärzte schon bewusst sein, dass die Versicherten, die zusammen mit ihren Arbeitgebern die zusätzlichen 400 Millionen Euro im Jahr aufbringen müssen, von solchen Einkommenssprüngen selbst weit entfernt sind und zudem auf wirtschaftlich stürmische Zeiten zugehen. Gute Behandlungen und Kundenfreundlichkeit sollten vor diesem Hintergrund mehr als selbstverständlich sein. Klar sein dürfte auch, dass ärztliche Klagen und gebetsmühlenartig vorgetragene Forderungen nach höheren Vergütungen in Niedersachsen auf absehbare Zeit nicht mehr Gegenstand ernsthafter Debatte sein können.



Die Thermometer steigen in Niedersachsen nicht stärker als anderswo – die Morbidität liegt sogar unter dem Bundesschnitt. Dennoch wird mehr Honorarvolumen zur Verfügung gestellt.

Heilmittel

Einsparungen „möglich und geboten“

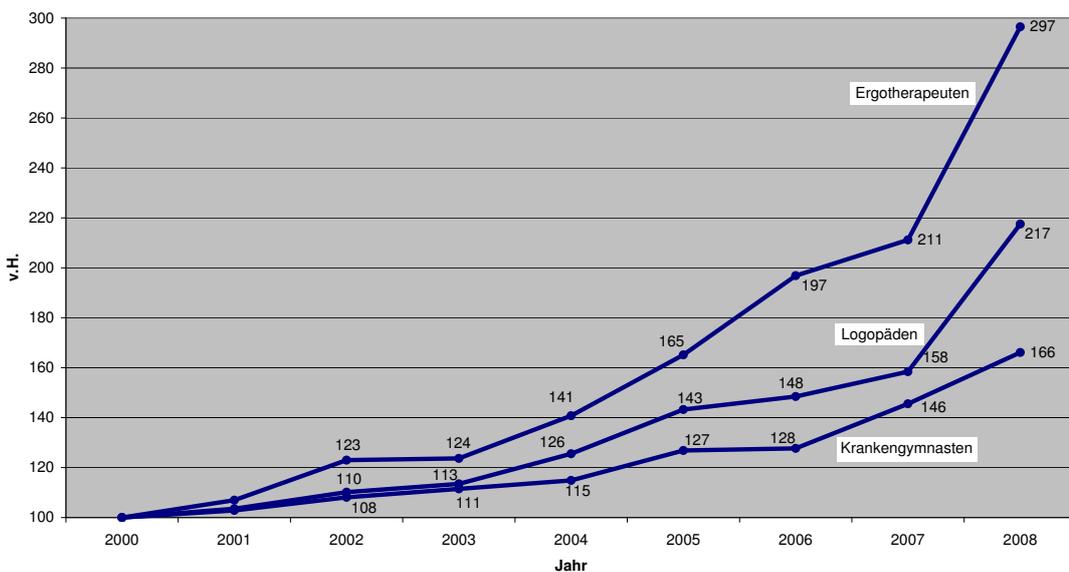
Wer im Gesundheitswesen mit seinen Botschaften gehört werden will, der „schlägt Alarm“. Alarm geschlagen haben nun die Heilmittelerbringer in Niedersachsen, also Krankengymnasten, Masseure, Logo- und Ergotherapeuten. Ihr Vorwurf: Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) haben sich darauf verständigt, bei den entsprechenden Verordnungen zu sparen, in der Folge würden Patienten Therapien verweigert und Anbieter hätten massive Umsatzeinbußen zu erleiden.

Worum geht es? In Niedersachsen liegen die Ausgaben für Heilmittel ohne erkennbaren demografischen oder sonstigen versorgungsrelevanten Grund mit knapp 400 Millionen Euro zwölf Prozent über dem Bundesschnitt. Vor diesem Hintergrund haben Kassen und KVN in ihrem „Regionalpaket“ vereinbart, das Volumen in diesem Jahr um drei Prozent zu senken. Sollte das Ziel vollständig erreicht werden, würden die Ausgaben in Niedersachsen den bundesweiten Mittelwert also immer noch um neun Prozent übersteigen. Damit ist klar, dass es nicht um eine Kürzung medizinisch notwendiger Behandlungen geht, sondern um eine moderate Reduzierung durch stärkere Beachtung der Heilmittelrichtlinien durch den verordnenden Arzt, der die individuelle Verordnungsentscheidung weiterhin eigenständig trifft.

Einsparungen sind also „auf einem weiterhin hohen Versorgungsniveau möglich und wirtschaftlich geboten“, wie es in einer Stellungnahme der Krankenkassenverbände gegenüber dem Niedersächsischen Sozialministerium heißt. Massive Verordnungsrückgänge, von denen in den Zeitungen zu lesen war, lassen sich weder durch die Zielvorgabe begründen noch durch die Daten der Kassen bestätigen. Bezogen auf das erste Halbjahr entspricht der Umsatz vielmehr nahezu dem des Vorjahres, im Bereich der Ergotherapie ist er sogar leicht gestiegen. Sollten einzelne Ärzte dann im Herbst die Reißleine gezogen und holzschnittartig Verordnungen verweigert haben, wäre das nicht im Geiste der Vereinbarung, die die vollständige Beachtung der Heilmittelrichtlinien ja gerade zugrunde legt.

Klagen einzelner Heilmittelerbringer über Umsatzrückgänge sind kein Indikator für eine Einschränkung der medizinisch notwendigen Versorgung. Das gilt umso mehr, wenn sich wie in Niedersachsen die Zahl der Anbieter in den vergangenen Jahren dramatisch erhöht hat: Nach Erhebung der VdAK/AEV-Landesvertretung ist die Zahl der Krankengymnasten seit 2000 um 66 Prozent gestiegen, der Logopäden um 117 Prozent und der Ergotherapeuten sogar um 197 Prozent (s. Schaubild). Hintergrund: Zulassungen von Heilmittelerbringern sind ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs möglich. Dadurch entstehende Kapazitätsausweitungen können zu Verschiebungen des Umsatzes zwischen Praxen und zum Umsatzrückgang bei Anbietern führen. Darüber hinaus liegen generell unterjährige Schwankungen im Umsatz und auch Umsatzrückgänge in der Natur freiberuflicher Tätigkeit.

Heilmittelerbringer: Entwicklung ausgewählter Gruppen



Deutlicher Anstieg: Die Zahl der Heilmittelerbringer in Niedersachsen hat sich seit 2000 in einzelnen Gruppen verdoppelt oder sogar fast verdreifacht. Dieses zusätzliche Angebot führt naturgemäß zu Umsatzrückgängen bei einzelnen Praxen.

Zulassungen von Heilmittelerbringern sind ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs möglich. Dadurch entstehende Kapazitätsausweitungen können zu Verschiebungen des Umsatzes zwischen Praxen und zum Umsatzrückgang bei Anbietern führen. Darüber hinaus liegen generell unterjährige Schwankungen im Umsatz und auch Umsatzrückgänge in der Natur freiberuflicher Tätigkeit.

Selbsthilfeförderung

Millionenbeträge wecken Begehrlichkeiten

Rund 3,8 Millionen Euro haben die Krankenkassen in Niedersachsen in diesem Jahr ausgegeben, um Selbsthilfeeinrichtungen zu unterstützen. Damit hat sich die Selbsthilfe, deren Förderung durch die Kassen seit 2000 überhaupt erst sozialgesetzlich verankert ist, innerhalb weniger Jahre als anerkannte und wichtige Ergänzung der Gesundheitsversorgung etabliert. Gleichzeitig sind transparente und verbindliche Förderstrukturen geschaffen worden, bei denen örtlichen Selbsthilfegruppen, regionalen Kontaktstellen und Landesorganisationen feste Ansprechpartner auf Krankenkassenseite zur Verfügung stehen. Auch das Fördervolumen ist kontinuierlich gestiegen, von eher symbolischer, punktueller Zuwendung bis zu den heutigen Millionenbeträgen.

Nun lehrt die Erfahrung im Gesundheitswesen, dass steigende Beträge bisweilen nicht etwa zu mehr Zufriedenheit auf Seiten der Empfänger führen, sondern zusätzliche Begehrlichkeiten wecken. So gibt es bei einzelnen Antragstellern das offenkundige Missverständnis, dass das Engagement der Kassen für die Selbsthilfe mit einem individuellen

Anspruch auf Förderung oder Förderung in bestimmter Höhe verbunden ist. Dies widerspricht nicht nur dem Sozialgesetz, nach dem Krankenkassen „Selbsthilfegruppen“ fördern, und nicht „die“ oder „alle“ oder „bestimmte besonders“. Viel mehr noch widerspricht es auch dem Selbsthilfegedanken an sich.

Die Selbsthilfe ist in ausdrücklicher Abgrenzung zu den professionellen Angeboten der Gesundheitsversorgung entstanden, etwa Selbsthilfegruppen als Zusammenschlüsse von Betroffenen, die sich austauschen und damit gegenseitig unterstützen. Würde es tatsächlich einen nachweisbaren, einklagbaren Finanzierungsanspruch in bestimmter Höhe geben, müssten die Kassen ebenso nachweisbare Leistungsanforderungen und Qualitätsmerkmale formulieren und deren Einhaltung überprüfen. Die Kassen müssten Selbsthilfegruppen wie professionelle Anbieter zulassen und die Zulassung entziehen, wenn die Normen nicht eingehalten werden. Das ist nicht im Interesse der Kassen, noch weniger aber kann es im Interesse der Selbsthilfe sein – weil so etwas keine Selbsthilfe mehr wäre.

Prävention

Beteiligung auf Rekordniveau

Rund 6,6 Millionen Menschen haben im vergangenen Jahr bundesweit an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen teilgenommen – so viel wie nie zuvor. Die Krankenkassen stellten dafür rund 300 Millionen Euro zur Verfügung. Das geht aus dem Präventionsbericht 2008 hervor, den die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst jetzt vorgelegt haben.

Verstärkt haben die Krankenkassen unter anderem ihr Engagement in Schulen, Kindergärten und Vereinen: 1.165 Projekte in 13.600 Einrichtungen bedeuten eine Steigerung von acht Prozent. Rund vier Millionen vor allem junge Menschen nahmen so an Maßnahmen zur Bewegung, Ernährung und Stressreduktion teil. Kindergärten und Schulen eignen sich besonders, um gezielt auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche anzusprechen.

Weiterer Schwerpunkt ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Rund 630.000 Arbeitnehmerinnen

und Arbeitnehmer vor allem aus dem verarbeitenden Gewerbe haben 3.014 Projekte (plus 24 Prozent) genutzt, um körperliche Belastungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Auch bei den individuellen Kursangeboten der einzelnen Krankenkassen gab es 2007 mit 1,9 Millionen Teilnehmern einen deutlichen Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr (1,4 Millionen).



ZITATE

„Alle den ärztlichen Interessen widersprechenden Verträge [sind] zum frühest möglichen Termin [zu] kündigen und von nun an nur noch solche ab[zuschließen], welche ... genügende Honorierung bieten.“

Aufruf des Deutschen Ärztetages im Jahr 1903 – offenbar zeitlos aktuell

„Nichts ist in der zahnärztlichen Berufspolitik der vergangenen Jahre so kläglich gescheitert wie der ... Versuch eines kollektiven Ausstiegs der Kieferorthopäden aus der gesetzlichen

Krankenversicherung. Reumütig versuchten die KfO-Rebellen, wieder unter das Kassendach zu schlüpfen, koste es an Ansehen, was es wolle...“

Aus einem Kommentar der *ZahnarztWoche*

„Klinik Wienebüttel heiß begehrt: 15 Kauf-Interessenten melden sich für Pflegeheime in Lüneburg, Amelinghausen und Alt Garge“

Überschrift in der Lüneburger *Landeszeitung* – mit einer angesichts der oft beklagten, vermeintlichen Unterfinanzierung der Pflege in Niedersachsen überraschenden Botschaft

Landesvertretung legt „Basisdaten“ neu auf

Die VdAK/AEV-Landesvertretung veröffentlicht zum vierten Mal seit dem Jahr 2000 eine aktualisierte und erweiterte Ausgabe ihrer Broschüre „Ausgewählte Basisdaten“, in der grundlegende Daten und Trends des Gesundheitswesens in Niedersachsen dargestellt und erläutert werden.

Hintergrund der Publikation: Die VdAK/AEV-Landesvertretung schließt für ihre Mitgliedskassen in Niedersachsen die wesentlichen Verträge mit den Organisationen der Ärzte, Zahnärzte, Kliniken und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Kommunen; sie wirkt bei der Krankenhausplanung des Landes mit und ist für die Zulassung von Heil- und Hilfsmittelerbringern zuständig. Diese Bündelung von

Leistungen steigert nicht nur die Effizienz, sondern ermöglicht auch fundierte Einblicke in die Strukturen der Gesundheitsversorgung im Land. Interessenten können ein kostenfreies Exemplar bei der Landesvertretung beziehen.



Wie viele Ärzte gibt es, wie viel Geld geben die Kassen für Krankenhäuser aus und wie teuer sind Pflegeheime? Wer es wissen will, schaut in die „Basisdaten“.

GURKE DES QUARTALS

Achtung! Geänderter Ort!
Neuer Festsaal im Hotel Maritim Airport!

Herzliche EINLADUNG
zum **Ärzteball 2009**
Motto: **GOLDENE ZEITEN**
10. Januar 2009
Einlass ab 19.00 Uhr

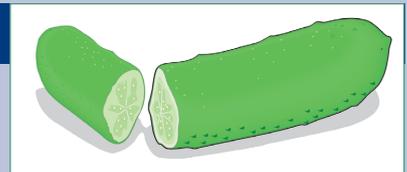
Das Programm wird gestaltet von den Bands „Spiffaktor“ und „La Cuban“.
Der Showact übernimmt die Tanzschule „Salsa del amor“.

Im **Maritim-Airport-Hotel**
Flughafenstr. 5
30669 Hannover

Passendes Motto

Wie oft haben wir den Ärzten ein „Jammern auf hohem Niveau“ vorgeworfen. Wie oft haben wir sie gebeten, nicht ständig über knappes Geld zu klagen und sich künstlich arm zu rechnen, wo doch ihre Einkommen so viel höher sind als die ihrer Patienten. Gesagt ist gesagt, natürlich stehen wir dazu. Aber wir zeigen jetzt auch die Größe, den Ärzten eine neue Offenheit zu bescheini-

gen. Im Schnitt 30.000 Euro bekommt jeder Arzt in Niedersachsen im kommenden Jahr zusätzlich, und damit hält man auch wahrlich nicht hinter dem Berg. So heißt das Motto für den hannoverschen Ärzteball am 10. Januar keinesfalls „In stürmischer See“ oder „Alles weiter schwierig“, sondern „Goldene Zeiten“. Passend gewählt. Dazu unseren Glückwunsch und zum Wohl!



IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV
An der Börse 1 · 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 3 03 97-0 · Telefax: 0511 / 3 03 97-99
LV-Niedersachsen@vdak-aev.de · www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm
Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer