C 21156 F

report niedersachsen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

ersatzkassen

Mai 2008

Gesundheitsfonds

Ohne Netz auf dem Drahtseil

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird von einer Konstanz geprägt, die Kritiker bisweilen als Schwerfälligkeit identifizieren, Apologeten wiederum als Verlässlichkeit und Stabilität zu schätzen wissen. Beide Seiten könnten sich indes wohl darauf einigen, dass die Gesundheitsversorgung als Säule des Sozialstaats ein zu hohes Gut ist, um aufs Geratewohl damit zu experimentieren. Genau ein solches Experiment bringt die Bundesregierung mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 nun auf den Weg. Dabei wird kunterbunt mit Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen, Zusatzprämien, Kassenfinanzausgleich und Arztvergütung jongliert, ohne dass die Folgen auch nur annähernd absehbar wären. Gerade weil der Fonds so umstritten ist, heißt das Motto offenbar: bei vollem Tempo Augen zu und durch. Während etwa der Umstellung der Krankenhausfinanzierung eine jahrelange Erprobungsphase vorausgeht, wird der Gesundheitsfonds als wohl folgenschwerste Maßnahme der vergangenen Jahrzehnte in der deutschen Sozialversicherung von jetzt auf gleich scharfgeschaltet. Ein Tanz auf dem Drahtseil ohne Netz.

Der Gesundheitsfonds stellt eine Zäsur dar, weil er den Übergang in ein staatsnahes System der Versorgung einläutet: Die Haushaltsautonomie der Krankenkassen wird eingeschränkt, der Beitragssatz künftig staatlich festgelegt. Damit bestimmt anders als bisher der Staat, wie viel Geld für die Versorgung zu Verfügung steht. Zwar können Krankenkassen in begrenztem Umfang Zusatzprämien erheben, die aber eignen sich nicht als Ventil für Ausgabendruck, weil ihre Vermeidung zum eigentlichen Parameter in einem Raubtierwettbewerb unter den Kassen wird. Eine Kasse, die bei ihren Mitgliedern Geld eintreiben muss, während Mitbewerber auf eine Prämie verzichten oder sogar noch Mittel ausschütten können, gerät unter existenziellen Wettbewerbsdruck.

Die Kassen müssen bei Strafe des Untergangs also alles tun, um eine Prämie zu verhindern. Dabei ist die Behauptung, dass Prämien nur fällig werden, wenn Kassen schlecht wirtschaften, schlicht falsch. Prämienerhebungen sind vielmehr originärer Bestandteil der Gesundheitsfonds-Systematik. Grund: Der staatliche Einheitsbeitrag wird erst überprüft, wenn er weniger als 95 Prozent der Gesamtausgaben generiert. Davon ausgegangen, dass die Finanzausstattung durch staatliche Beitragserhebung zum Start des Fonds 100 Prozent beträgt, wird je-

In dieser Ausgabe:

- **Organspende**
  Gemeinsamer Anstoß
- **Pflege**
  Rege Investitionen, so „kurz vor dem Kollaps“
- **Arzneimittel**
  66 Tonnen landen auf dem Müll
- **Zahnärzte**
  Boom in Göttingen

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

der einzelne Euro an zusätzlichen Ausgaben dann zwingend über Prämien zu finanzieren sein. Dazu kommt, dass sich die Ausgabenbelastungen der Kassen weiterhin unterscheiden – zum Beispiel durch die regional unterschiedliche Angebotsdichte. Kassen mit dementsprechend überdurchschnittlichem Finanzbedarf müssten also schon zu Beginn des Fonds eine Prämie erheben.

Wettbewerb um Gutverdiener

Das Problem mit den Zusatzprämien geht allerdings noch weiter. Da ihre Höhe auf ein Prozent des Haushaltseinkommens begrenzt ist, fällt bei Kassen mit vielen Geringverdienern ein guter Teil der Mitglieder sehr schnell unter diese Schutzklausel. Je weniger Mitglieder aber noch zur Finanzierung herangezogen werden können, desto höher muss die Prämie ausfallen, um die Deckungslücke schließen zu können. Nach Berechnungen von Versorgerkassen müssen diese im Schnitt eine Prämie von rund 14 Euro erheben, um zehn Euro je Mitglied einzunehmen. Es braucht wohl nicht erwähnt zu werden, dass gerade diejenigen, die diese 14 Euro zahlen sollen, die Kasse schleunigst verlassen würden. Welche steuernden Anreize damit beabsichtigt sind, wird wohl das Geheimnis der Initiatoren bleiben. Hinauslaufen wird die Konstruktion jedenfalls auf einen Wettbewerb um Gutverdiener.

Milliarden für die Bürokratie

Dass der Fonds keine Lösungen für den Ausgabendruck auf der Leistungsseite bietet, ist klar. Dazu kommen aber völlig unnötige Kosten für die Verwaltung von Fonds und Prämien. Allein die Administration des Zusatzbeitrags wird rund 1,2 Milliarden Euro jährlich kosten, weil bis zu 40 Millionen zusätzliche Beitragskonten eingerichtet werden müssen. Die Härtefallprüfung bei den Zusatzprämien schluckt weitere 100 Millionen Euro. Hinzu kommen die Transferflüsse, die durch den Einzug der Beiträge durch die Krankenkassen, Überweisung an den Fonds und Rücküberweisung des Fonds an die Kassen entstehen. Auch der Aufbau der gesetzlich vorgesehenen, aber ebenfalls noch nicht konkret definierten Schwankungsreserve dürfte pro Jahr etwa eine Milliarde Euro kosten.

Bleibt nach diesen Betrachtungen die Frage: Wofür wird hier eigentlich das Unterste nach oben gepflügt? Hat nicht die eine Seite der Berliner Koalition ursprünglich vor allem die Privatversicherten in die Solidarität einbeziehen und auch Kapitaleinnahmen zur Beitragserhebung heranziehen wollen? Nichts davon findet sich in der Fondslogik wieder. Hat nicht die andere Seite die Koppelung der Beiträge an die Lohnnebenkosten beenden wollen? Fehlanzeige. Und dennoch ist der Preis hoch: die Gefahr einer Unterfinanzierung, wie sie aus staatlichen oder staatsnahen Gesundheitssystemen bekannt ist, verbunden mit einem Wettbewerb der Kassen, der nicht zu einer besseren Versorgungssteuerung führt, sondern zum Tunnelblick auf Zusatzprämien. Die Initiatoren der Vorführung „Gesundheitsreform" sollten bei ihrer waghalsigsten Nummer zumindest ein Netz spannen.

Der Kommentar

Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Niedersachsen

Testfall

Der Gesundheitsfonds hat gute Chancen, als Lehrstück in die Geschichte des Parlamentarismus einzugehen. Als Maßnahme, die niemand will, die aber als unumgänglich angesehen wird. Nicht aus inhaltlichen Gründen wohlgemerkt, sondern weil nach der letzten Bundestagswahl händeringend ein politischer Kompromiss gesucht worden ist, der nun verteidigt wird. Nun wäre es wohl vermessen, von einer Regierungskoalition öffentlich das Eingeständnis zu erwarten, dass der Versuch, aus zwei gegensätzlichen gesundheitspolitischen Entwürfen einen brauchbaren dritten zu zimmern, gründlich gescheitert ist, wohl scheitern musste. Das ist aber auch gar nicht nötig. Es ist politisch nicht nur legitim, sondern erforderlich, eine so schwerwiegende Maßnahme wie die Einführung des Gesundheitsfonds zunächst virtuell zu erproben und zu testen, ob die neue Systematik bessere Ergebnisse als die bestehende liefert. Technisch machbar ist eine solche Daten-Simulation ohnehin. Niemand würde auf die Idee kommen, der Regierung in diesem Fall Hasenfüßigkeit vorzuwerfen. Im Gegenteil. Es wäre eine rationale und mutige Entscheidung, die fatale, unumkehrbare Wirkungen für die Sozialversicherung in Deutschland vermeiden könnte. Und dazu den politischen Charme hat, dass sich die Regierungsparteien heftigste Auseinandersetzungen im Wahlkampf ersparen und die Gewinner der nächsten Bundestagswahl wesentliche Gestaltungsoptionen bekommen.

Organspende

Gemeinsamer Anstoß

Gefragt sind Einsatz und Kreativität: Das Sozialministerium hat die Ausschreibungsunterlagen an alle niedersächsischen Fußballvereine geschickt.

Steven Cherundolo ist Fußballprofi beim Bundesligisten Hannover 96 und US-Nationalspieler. Und er ist überzeugter Organspender. Als solcher unterstützt er eine breit angelegte Kampagne zur Steigerung der Organspendebereitschaft in Niedersachsen. Dabei sind 100.000 Fußballerinnen und Fußballer der A- und B-Jugendmannschaften in Niedersachsen aufgerufen, sich mit Projekten und Initiativen zu bewerben, die dazu beitragen sollen, dass mehr Menschen durch eine Erklärung zur Organspende Klarheit für sich selbst und andere schaffen. Den Siegern des Ideenwettbewerbs winken Preise in Höhe von insgesamt 25.000 Euro. Kooperationspartner sind das Niedersächsische Sozialministerium, der Niedersächsische Fußballverband, die Deutsche Stiftung Organtransplantation und auch die Ersatzkassen im Land.

Hintergrund der Initiative: Mehr als zwei Drittel der Menschen in Niedersachsen stehen der Organspende positiv gegenüber, doch viel zu wenige dokumentieren ihre Hilfsbereitschaft bislang mit einem Organspendeausweis. Damit entsteht für Angehörige die Belastung, in einer Trauersituation den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zur Organentnahme bekunden zu müssen. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Angehörigen lehnt in diesem Fall eine Organentnahme ab. In der Folge stehen allein in Niedersachsen rund 2.000 Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für eine mitunter lebensrettende Transplantation. Der Ideenwettbewerb soll die Breitenwirkung des Fußballs nutzen, um junge Menschen für dieses schwierige Thema zu sensibilisieren.

Der Kickernachwuchs hat nun noch bis zum 7. Juli Zeit, der Kreativität freien Lauf zu lassen. Mögliche Aktionen sind Werbung auf Banden und Trikots, Verteilen von Flyern, Diskussionsveranstaltungen, Produktion eines Videofilms, Aufführung eines Theaterstücks, Projektwochen mit Schulen, Organisation eines Fußballturniers und die Veranstaltung einer EM-Party. Als Partner vor Ort stehen dabei auch die beteiligten Krankenkassen zur Verfügung.

Eine besondere Herausforderung wartet derweil auf Steven Cherundolo. Der nämlich will auch seine Mitspieler von Hannover 96 bewegen, Organspender zu werden.

Passgeber: die Initiatoren (v.l.) Jörg Niemann (Ersatzkassenverbände VdAK/AEV), Steven Cherundolo (Hannover 96), Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann und Karl Rothmund (Präsident Niedersächsischer Fußballverband).

Pflege

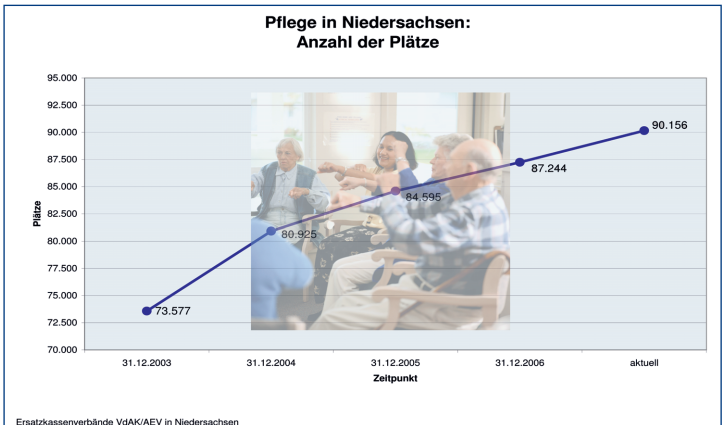
Rege Investitionen, so kurz „vor dem Kollaps“

Alarmismus gehört zum Geschäft – wer Aufmerksamkeit möchte, sollte nicht zu dünn auftragen. Dementsprechend deftig äußerten sich Caritasverband und Hildesheimer Bischof als Betreiber von Einrichtungen zur Situation der Pflege in Niedersachsen. Diese „gehe am Stock“, stehe gar „vor dem Kollaps“, hieß es anderntags in den Zeitungen. Grund dafür sei „das Feilschen und Tauziehen um jeden Cent“. Kassen, die auf Kosten der Anbieter und zu Lasten der Qualität sparen? So zumindest las sich der Vorwurf. Die vorösterliche Botschaft knüpft also an bekannte Argumentationsmuster an – und zielt dabei ins Leere.

Das Bild der knauserigen Kassen ist schon deshalb fehl am Platze, weil die Pflegeversicherung nicht im eigenen Finanzinteresse mit den Heimen über Preise verhandelt, sondern stellvertretend für die Pflegebedürftigen. Die Pflegeversicherung nämlich ist als Teilkasko-Versicherung angelegt: Sie stellt den Versicherten je nach Pflegestufe fixe Pauschalen zur Verfügung, die bundesweit einheitlich vom Gesetzgeber festgelegt sind. Die Differenz zu den tatsächlichen Preisen eines Heims – und damit jede Preissteigerung – tragen nicht die Kassen, sondern die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen oder das Sozialamt. Dementsprechend werden die Kassen beispielsweise in Nordrhein-Westfalen vom dortigen Sozialminister nachdrücklich aufgefordert, das Preisniveau zu senken, um die Belastung der Bürger zu begrenzen, übrigens ausdrücklich mit Hinweis auf das positive Beispiel Niedersachsen.

Preise sind Marktpreise

Die Versicherten entscheiden als Nachfrager und (Teil)Zahler, ob sie den Preis einer Einrichtung akzeptieren oder sich einen günstigeren Anbieter suchen (s. Übersicht). Damit sind die Preise in der Pflege auch Marktpreise.



Überangebot statt Wartelisten: Noch nie gab es in Niedersachsen so viele Plätze für pflegebedürftige Menschen wie im Moment.

Preise niedersächsischer Pflegeheime

Träger	Pflegestufe I Euro je Tag	Plegestufe II Euro je Tag	Pflegestufe III Euro je Tag
Privat	54,82	66,56	78,31
Durchschnitt Niedersachsen	56,16	68,45	80,74
Caritas	58,26	71,49	84,59
Kommunal	59,11	72,33	86,06
Diakonie	59,75	73,77	87,68

Alle Angaben incl. Unterkunft und Verpflegung.
Quelle: Verhandler der Ersatzkassen in Niedersachsen

Wer bezahlt, guckt auch aufs Geld: Pflegebedürftige und Angehörige müssen je nach Anbieter unterschiedlich tief in die Tasche greifen.

Das heißt: Selbst wenn die Kassen deutliche Erhöhungen gerade mit alteingesessenen, hochpreisigen Einrichtungen vereinbaren würden, ist fraglich, wie stark die überhaupt davon profitieren würden, wenn gleichzeitig die Nachfrage zurückgeht. Preise über Marktniveau lassen sich nicht durchsetzen. Und das wissen auch die einzelnen Anbieter: Obwohl die Kassen bei Verhandlungen begründete Forderungen durchaus erfüllen, treten 70 Prozent der Einrichtungen in Niedersachsen erst gar nicht mit den Kassen in Verhandlungen ein – eben um ihre Marktchance nicht zu verschlechtern. Im vergangenen Jahr haben die jetzt gescholtenen Pflegekassen in Niedersachsen sogar Rahmenempfehlungen entwickelt, die hochpreisigen Einrichtungen Vergütungssteigerungen ermöglichen, wenn sie bestimmte Qualitäts-Voraussetzungen erfüllen. Auch dieses Angebot wird nur schleppend angenommen.

Überkapazitäten führen zum Wettbewerb

Der Wettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen ist gesetzlich vorgesehen. Deshalb findet keine Bedarfsplanung statt: Jeder Anbieter, der über die formalen Voraussetzungen verfügt, muss durch die Landesverbände der Pflegekassen zugelassen werden. Damit sind Überkapazitäten möglich und in Niedersachsen in den vergangenen Jahren durch viele Neubauten auch tatsächlich entstanden: Noch nie gab es im Land so viele Plätze für pflegebedürftige Menschen wie im Moment. Ihre Zahl ist seit Ende 2003 von rund 73.500 auf mehr als 90.000 gestiegen – eine Steigerung von 22 Prozent. Die Zahl der Heime wuchs in diesem Zeitraum von rund 1.200 auf 1.300. Damit einhergehend sank die Auslastung der Einrichtungen kontinuierlich auf durchschnittlich unter 90 Prozent. Von regionalen Ausnahmen abgesehen gibt

es damit Wahlmöglichkeiten für Menschen, die für sich oder Angehörige einen Pflegeplatz suchen.

Die Zunahme an Kapazitäten zeigt übrigens auch, dass von einer generellen Unterfinanzierung der Pflege in Niedersachsen keine Rede sein kann. Kein Investor würde sich zusätzlich engagieren, wenn er Verluste erwarten würde oder sein Betätigungsfeld gar „vor dem Kollaps" stünde.

Mehr Geld gleich höhere Qualität?

Auch ist zu widersprechen, wenn der Eindruck erzeugt wird, dass das Vergütungsniveau mit der Qualität der Versorgung korreliert. Einer Analyse des Medizinischen Dienstes zufolge gibt es trotz deutlicher Vergütungsunterschiede zwischen den Ländern keine Qualitätsabweichungen. Auch nach einer vom Land Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebenen Studie hat das dortige Preisniveau nicht zu einer messbar höheren Qualität der Versorgung für die Betroffenen geführt. Vor diesem Hintergrund seien die Mehrkosten von rund 400 Millionen Euro in NRW „mit Blick auf die erheblichen finanziellen Belastungen für Bewohner und Sozialhilfeträger nicht vertretbar", heißt es in dem Papier.

Bundesverfassungsgericht stoppt „unzulässige Mischverwaltungen"

Lehrstück für die Pflegestützpunkte

Als zukunftsweisend galten 2005 die neuen Arbeitsgemeinschaften („Argen"), die Langzeitarbeitslosen soziale Hilfen und Arbeitsvermittlung aus einer Hand anbieten sollten. Die Zukunft ist nun schon wieder Geschichte: Das Bundesverfassungsgericht hat die Reißleine gezogen und die Zusammenarbeit von Kommunen und Arbeitsagenturen des Bundes als unzulässige Mischverwaltung für verfassungswidrig erklärt. Die Entscheidung taugt als Lehrstück für das Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), flächendeckende Stützpunkte zur Betreuung von Pflegebedürftigen und Angehörigen auf den Weg zu bringen – auch wenn die Berliner Koalition mittlerweile als Kompromiss entschieden hat, dass jedes Land für sich über die Umsetzung des Konzepts entscheidet.

Pflegestützpunkte sollen gemeinsam von Kranken- und Pflegekassen, Kommunen (freiwillig) und nach Möglichkeit weiteren Beteiligten wie Kirchen und Verbraucherschutz gebildet werden und die Bürger bei Bedarf rund um Daseinsvorsorge, Pflege- und Rehaleistungen beraten. Nun ist das Ziel einer besseren Beratung uneingeschränkt zu unterstützen. Bei näherer Betrachtung aber wird das Heil in neuen Strukturen gesucht, die zusätzliches Geld kosten, obwohl unklar ist, ob sie die gewünschten Effekte überhaupt bewirken.

Jeder entscheidet weiter für sich

Ein Fallbeispiel: Da sich die Kassen auf gemeinsame Vertreter zu einigen haben, entsenden sie in den nächstgelegenen Stützpunkt einen Pflegeberater der Kasse A. Wie kann der ohne Datenzugriff einem Versicherten der Kasse B konkret bei dessen Rehaantrag helfen? Oder über weiterführende kassenindividuelle Angebote informieren? Das Kernproblem aber macht das Urteil des Bundesverfassungsgerichts deutlich: Jeder wird auch weiterhin nur im eigenen Zuständigkeitsbereich Leistungsentscheidungen treffen können. Damit werden es die Versicherten auch weiterhin mit unterschiedlichen Stellen zu tun haben.

900 Millionen Euro Mehrkosten

Bleibt der Aufwand für einen unklaren Nutzen, schließlich wären nach Maßgabe der ursprünglichen BMG-Überlegungen allein in Niedersachsen 400 Stützpunkte einzurichten. Zu der Anschubfinanzierung für die Räumlichkeiten kämen die gesamten laufenden Kosten, insbesondere Personalkosten. Die hätten die Kranken- und Pflegekassen zu tragen – und die Kommunen, falls sie sich beteiligen. Deren Kostenbeitrag hatte sich übrigens offenbar noch nicht so ganz unter den Bürgermeistern herumgesprochen. In jedem Fall aber handelt es sich zum großen Teil um zusätzliche Kosten, weil eigene Kompetenzen – wie dargestellt – nicht in gleichem Maße abgebaut werden können. Diese zusätzliche Belastung würde hochgerechnet für die Pflegeversicherung bundesweit bei 700 Millionen Euro liegen, für die Krankenversicherung bei 200 Millionen Euro. Mittel, die aus den Leistungsausgaben aufzubringen wären.

Angesichts dieser Zahlen scheint es zwingend, zunächst die Ergebnisse von Modellversuchen abzuwarten und zu prüfen, inwieweit sich eine bessere Beratung auch effizient durch Zusammenarbeit der bestehenden Institutionen verwirklichen lässt. In diese Richtung geht offenbar die Überlegung des Niedersächsischen Sozialministeriums. Damit besteht die Chance, die Unterstützung von Pflegebedürftigen und Angehörigen im Land zu verbessern, ohne überflüssige und kostenträchtige Strukturen zu schaffen.

Arzneimittel

66 Tonnen landen auf dem Müll

In Niedersachsen sind im Jahr 2006 rund 66 Tonnen Arzneimittel auf dem Müll gelandet, darunter allein neun Tonnen zytotoxische und zytostatische Medikamente, die im Kampf gegen Krebs eingesetzt werden. Das geht aus der jetzt veröffentlichten „Abfallbilanz" von Niedersächsischem Umweltministerium und Landesamt für Statistik hervor. Wohlgemerkt sind hier nur Arzneimittel erfasst, die ordnungsgemäß entsorgt wurden, die die Verbraucher also beispielsweise in Apotheken, Schadstoffmobilen oder -annahmestellen abgegeben haben. Die Dunkelziffer dürfte weit höher liegen, da Arzneimittel – leider – auch in den Restmüll und den Abfluss geworfen werden, wie etwa Medikamentenrückstände in Gewässern zeigen.

Von den Gefahren solcher Gedankenlosigkeit für Mensch und Umwelt einmal abgesehen: Wenn verschreibungspflichtige Medikamente auf dem Müll landen, schädigt das die Solidargemeinschaft der Beitragszahler, die Jahr für Jahr mehr Geld für Pillen und Salben zur Verfügung stellt. Natürlich handelt es sich dabei zum Teil auch um nicht benötigte Reste, dennoch ist dem Problem in erster Linie mit einem guten Arzneimittelmanagement der Ärzte beizukommen. Das heißt: eine möglichst zielgenaue Therapie, die dann eng mit dem Patienten abgestimmt wird. Auf keinen Fall sollte die Arzneimittelverordnung gleichsam zum Standard eines Arztbesuches gehören – und dieser damit enden, dass der skeptische Patient die verschriebenen Präparate früher oder später entsorgt, weil er von der Einnahme dann doch nicht überzeugt ist.

Ausgaben steigen um 5,8 Prozent

Die Ausgaben der Krankenkassen in Niedersachsen für Arzneimittel sind 2007 gegenüber dem Vorjahr um 5,8 Prozent auf rund 2,3 Milliarden Euro gestiegen. Trotz des deutlichen Zuwachses liegt Niedersachsen damit noch unter dem Bundesschnitt (+ 8,1 Prozent) und ist darüber hinaus sogar das Bundesland mit der niedrigsten Steigerungsrate. Der Grund für den – relativen – Erfolg liegt offenbar in der Vereinbarung der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), nach der die Ärzteschaft im Land bei deutlicher Überschreitung des vereinbarten Volumens mit bis zu 9,5 Millionen Euro Honorar haftet. Die Ärzte erkennen damit ihre Verantwortung für das eigene Arzneimittelmanagement und die entsprechende Kostenentwicklung an. Für dieses Jahr haben sich Kassen und KVN auf eine ähnliche Systematik verständigt: Die Ärzteschaft haftet, wenn die Ausgaben gegenüber 2007 um mehr als 3,5 Prozent steigen.

Ärztliche Vergütung

„Steigerungen wie seit Jahren nicht mehr"

Die niedergelassenen Ärzte in Niedersachsen haben zuletzt deutliche Honorarzuwächse verbucht. Nach den jüngsten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung stieg das Vergütungsvolumen der Krankenkassen in den ersten drei Quartalen 2007 im Vergleich zu den Vorjahreszeiträumen um 5,92 bzw. 5,28 und 6,94 Prozent. Daraus ergaben sich Quartalssteigerungen von bis zu 5,74 Prozent je Hausarzt und 7,92 Prozent je Facharzt. Bei den Fachärzten ist vor allem bemerkenswert, dass das Volumen je Arzt trotz Zunahme der Fachärzte insgesamt gestiegen ist. Gründe für die Entwicklung sind unter anderem deutliche Steigerungen bei unbudgetierten Leistungen wie Prävention, Schutzimpfungen, Versorgungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP), Akupunktur und Mammographiescreening sowie vereinbarte Honorarerhöhungen. Bei dem Vergütungszuwachs der Fachärzte wirken sich auch Nachzahlungen für ambulante Operationen und psychotherapeutische Leistungen aus. Gemessen an der allgemeinen Einkommensentwicklung haben die Ärzte 2007 also sehr gut abgeschnitten. In einem Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen heißt es, dass es „eine annähernd hohe Veränderungsrate zuletzt 2001" gegeben habe.

Zahnärzte

Boom in Göttingen

Seit der Gesundheitsreform zum 1. April 2007 gibt es für Zahnärzte keine Bedarfsplanung mehr. Bedarfsplanung heißt, dass sich Leistungserbringer nur in Städten oder Landkreisen niederlassen dürfen, in denen eine bestimmte Höchstzahl an Anbietern derselben Fachgruppe noch nicht erreicht ist. Die Regelung soll für eine regionale Ausgewogenheit der Versorgung sorgen, denn es macht wenig Sinn, wenn in der einen Region immer mehr Praxen um Kundschaft buhlen, die Versorgung anderswo aber gleichzeitig ausdünnt. Während für Ärzte weiterhin eine Bedarfsplanung gilt, hat der Gesetzgeber sie nun also bei den Zahnärzten aufgehoben. Die Folgen sind schon nach einem Jahr spürbar – exemplarisch in Göttingen.

18 neue Zahnärzte für 120.000 Einwohner

Die Zahl der Zahnärzte in der Stadt Göttingen ist innerhalb von Monaten von 100 auf 118 gestiegen: 18 zusätzliche Zahnärzte für eine 120.000-Einwohner-Stadt! Im Landkreis Göttingen hingegen sank die Zahl im gleichen Zeitraum von 96 auf 89. Ohne Bedarfsplanung gibt es den Trend, dass als attraktiv geltende Bezirke – in der Regel Städte, vor allem Universitätsstädte – einen Zulassungs-Boom erleben, während das Angebot auf dem Land eher zurückgeht.

Problematisch ist das Fehlen einer Bedarfsplanung aber auch in der Gesamtbetrachtung: die Zahl der Zahnärzte in Niedersachsen ist 2007 von 5.206 um 111 auf 5.317 gewachsen – ein deutlich stärkerer Anstieg als in den Vorjahren. Ein Überangebot ist insoweit problematisch, als die zusätzlichen Anbieter auch finanziert werden wollen, der Vergütungskuchen bei gleich bleibender Zahl der zu behandelnden Versicherten aber grundsätzlich nicht größer wird. Von der daraus folgenden Unzufriedenheit der Leistungserbringer einmal abgesehen steigt damit auch die Gefahr, dass medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht und abgerechnet werden. In ärztlichen Praxen etwa werden Patienten zunehmend „Individuelle Gesundheitsleistungen" (IGeL) angepriesen – Leistungen mit oft zweifelhaftem Nutzen, für die der Patient privat bezahlen soll.

Dem Gesetzgeber jedenfalls sollte die Entwicklung bei den Zahnärzten Mahnung genug sein, an der Bedarfsplanung für Ärzte festzuhalten.

Prävention

5,7 Millionen Menschen nutzen Kassenangebote

Strecken für die Gesundheit: Immer mehr Menschen in Deutschland nutzen die Präventionsangebote der Krankenkassen – wie hier in einem Betrieb.

Bundesweit rund 5,7 Millionen Menschen haben 2006 Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt – 1,9 Millionen mehr als im Jahr zuvor. Die Kassen gaben dafür 232 Millionen Euro aus. Der daraus resultierende rechnerische Betrag von 3,30 Euro je Versicherten übersteigt deutlich das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro. Das geht aus dem gemeinsamen Präventionsbericht 2007 des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Spitzenverbände der Krankenkassen hervor.

Die Kassen haben vor allem ihr Engagement in Schulen, Kindergärten und Stadtteilen nochmals verstärkt: Dokumentiert wurden 1.083 Projekte in 19.700 Einrichtungen (plus 26 Prozent gegenüber 2005), mit denen mehr als drei Millionen vor allem junge Menschen aus allen sozialen Schichten erreicht wurden. Im Mittelpunkt der Maßnahmen standen hauptsächlich Bewegung, ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung. Rund 1,4 Millionen Versicherte nutzten individuelle Kursangebote ihrer jeweiligen Krankenkasse (plus 17 Prozent).

Weiterer Baustein der Präventionsaktivitäten ist die betriebliche Gesundheitsförderung, an der sich bundesweit 935.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beteiligten (plus 35 Prozent).

Kurz gemeldet

- **Mehr als 8.000 Ausbildungsplätze** für Krankenschwestern, Hebammen und weiteres nicht-ärztliches Fachpersonal können die Krankenhäuser in Niedersachsen in diesem Jahr anbieten. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen für die Ausbildung 119,5 Millionen Euro und damit 1,8 Millionen Euro mehr als im Vorjahr zur Verfügung.

Leerer Bauch studiert nicht gern

Vielleicht könnten sich die Volkshochschulen in Deutschland über mehr Zuspruch freuen, wenn die Seminare nicht auf harten Stühlen in zugigen Klassenzimmern stattfinden würden, in denen die quietschende Tafelkreide vergessen geglaubte Erinnerungen an stärkere Klassenkameraden und im Ranzen des Banknachbarn faulende Leberwurststullen wecken würde. Wer sagt eigentlich, dass Bildung etwas mit kargem Ambiente oder gar Askese zu tun haben muss? Die Zahnärzte machen es vor. Hier lädt ein Brandenburger Institut im kommenden Oktober qualifizierungshungrige Dentisten auf ein „topmodernes Kreuzfahrtschiff“ zur „zahnärztlichen Fortbildungsreise“ durchs Mittelmeer. Bei Teilnahme am „wissenschaftlichen Programm“ winken immerhin 25 Fortbildungspunkte. Motivation genug also, um sich an Bord bei „bis zu sechs Mahlzeiten täglich“ Themen wie „Schenken und Vererben – aber richtig“ oder „Die Deutsche Bank als Dienstleister für Zahnärzte“ zu nähern. Während der Zahnarzt nach gut einer Woche geistiger und kulinarischer Leckerbissen im italienischen Savona wieder an Land geht, wird die Volkshochschule vermutlich mit Hochdruck am Programm für das kommende Semester feilen. Nach Lektüre dieser Zeilen vielleicht mit neuer Inspiration.

Bücher

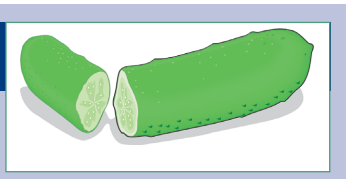
Vor etwas mehr als einem Jahr ist das **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)** in Kraft getreten. Die ersten Praxiserfahrungen der Neuregelungen sind in die zweite Auflage des gleichnamigen Kommentars von **Ulrich Orlowski, Bernd Halbe** und **Thomas Karch** eingeflossen. Der Band erläutert das Gesetz umfassend und geht auf politische, steuerliche und rechtliche Aspekte ein (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, 180 Seiten, 48 Euro).

Zitate

„Mittlere logarithmisch prävalenzgewichtete winsorisierte annualisierte altersstandardisierte Gesamtausgaben 2006 je Diagnosegruppe 2005 oberhalb des 70 %-Perzentils“

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Auswahl der in einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten.

Gurke des Quartals



Warnungen vor dem Ärztemangel gehören derzeit gewissermaßen zum Geschäft. Bei *google* gibt der „Ärztemangel“ immerhin mehr als 94.000 Treffer. Umso mehr rieben wir uns also die Augen, als das Fachblatt *A+S aktuell* jetzt zu berichten wusste, dass die Deutsche Bank verstärkt auf Heilberufler als Kunden setzt. Hintergrund sei eine Studie, nach der „die Deutschen in den kommenden Jahren immer mehr Geld für ihre Gesundheit ausgeben werden und ein Ärztemangel nicht in Sicht ist.“ Weiter heißt es: „In Deutschland gibt es laut der Analyse bundesweit etwa 20 Prozent mehr praktizierende Ärzte als in vergleichbar reichen Ländern. Bis 2015 werde die Zahl der Ärzte jährlich um ein weiteres Prozent wachsen…“ Das sind doch mal Neuigkeiten, auch wenn die sich – zugegebenermaßen – nicht so sehr für standespolitisch motivierte Katastrophenszenarien eignen.

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