

report niedersachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Mai 2007

ersatzkassen

Rettungsdienst

Neues Landesgesetz enttäuscht

Von höchster Stelle sind die Krankenkassen unlängst noch einmal erinnert worden. Statt gesundheitspolitische Debatten zu bereichern, sollten sie endlich „Ausgaben sparende Verträge schließen“, grollte es aus dem Berliner Gesundheitsministerium. Dass sie das auch unter öffentlichem Druck immer wieder tun und damit nicht zuletzt für die Politik seit Jahren die Kastanien aus dem Feuer holen – geschenkt. Bezogen auf den Rettungsdienst in Niedersachsen allerdings wirkt der Hinweis geradezu zynisch. Denn in der Tat sind die entsprechenden Ausgaben gewaltig gestiegen, von 100 Millionen Euro im Jahr 1992 auf jetzt mehr als 240 Millionen Euro. Nur dass der Grund für diese Kostenexplosion nicht im mangelnden Willen der Kassen liegt, um günstige Lösungen zu ringen. Vielmehr wird ihnen genau das durch ein Gesetz faktisch unmöglich gemacht: durch das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz.

Man muss sich die Welt des Rettungsdienstes so vorstellen, dass die Kommunen über die Strukturen bestimmen, dann aber alle Kosten einfach eins zu eins an die Krankenkassen weiterreichen. Ohne eigene Beteiligung, ohne Notwendigkeit, sich an einen vereinbarten Finanzrahmen zu halten. Den Kassen bleibt dabei kaum mehr, als mit spitzem Bleistift die präsentierten Zahlen zusammenzurechnen. Es gilt das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Anreiz zur Wirtschaftlichkeit? Fehlangeize! Verhandlungen, sofern man diese so nennen möchte, bestehen darin, im Vorhinein Finanzvolumina

In dieser Ausgabe:

- **Abrechnungsmanipulation**
Ersatzkassen holen 1,3 Millionen Euro zurück
- **Arzneimittelversorgung**
Kassen und Ärzte ziehen an einem Strang
- **Jugendzahnpflege**
Erfolge gegen Karies und Bakterien
- **Pflegequalität**
Seltsames vom Paritätischen Niedersachsen

zu vereinbaren, die dann bei Überschreitung eben noch einmal nachverhandelt werden. Ach so, und besteht dann immer noch keine Einigkeit, können die Kommunen ihre Forderungen praktischerweise per Satzung durchsetzen.

Nachricht aus dem Ministerium

So war es zunächst eine durchaus gute Nachricht, als vor etwas mehr als einem Jahr aus dem Niedersächsischen Innenministerium zu hören war, dass eine Gesetzesnovellierung auf den Weg gebracht werden soll. Verbunden damit war die Erwartung, dass das gesundheitspolitische Fossil 15 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes eine zeitgemäße Struktur bekommt, in der wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung eben auch Effizienz eine

zentrale Rolle spielt. Umso enttäuschender, dass sich nichts davon im Gesetzentwurf findet: Die strukturellen Grundprobleme bleiben bestehen, die Kostendynamik wird sich möglicherweise sogar noch verschärfen.

Die Schwächen des Gesetzesentwurfs im Einzelnen: Das heute geltende Selbstkostendeckungsprinzip wirkt, wie oben beschrieben, immens kostentreibend – gleichwohl bleibt es auch künftig die Regel im Rettungsdienst. Vereinbarungen verbindlicher Finanzrahmen sind nur als freiwillige Option der Kommunen vorgesehen. Überhaupt die Kommunen: Ihre Rolle als Instanz zwischen Kassen als Kostenträgern und Rettungsdienstorganisationen ist vollkommen überflüssig und treibt die Verwaltungskosten im Rettungsdienst auf zehn Prozent der Gesamtausgaben. Auch diese seltsame Konstruktion wird durch die Novellierung grundsätzlich nicht angetastet. Die Kommunen können zwar das Verhandlungsmandat auf die Organisationen übertragen, nur: Wer begibt sich freiwillig aus der bequemen Situation, ohne eigenen finanziellen Beitrag über Strukturen zu entscheiden und dafür auch noch Verwaltungskosten in Rechnung stellen zu können?

Kommunale Spielwiese

Wie sehr der Rettungsdienst in Niedersachsen als kommunale Spielwiese konstruiert ist, zeigt sich auch und vor allem im Zuschnitt der organisatorischen Einheiten: Jede Kommune zwischen Harz und Nordsee gönnt sich ihren eigenen Rettungsdienstbereich: Landkreise, kreisfreie Städte und außerdem – warum eigentlich? – die Städte Cuxhaven, Göttingen, Hameln und Hildesheim. Macht insgesamt 51 Bereiche, obwohl elf deutlich effizienter wären. Eine Reduzierung ist durch das neue Gesetz aber nicht vorgesehen. Nun hätte der Gesetzgeber wenigstens dafür sorgen

können, dass die Zusammenarbeit dieser vielen Rettungsdienstbereiche verpflichtend wird. Auch hier bleibt es bei der Papiertiger-Variante einer Soll-Bestimmung, die schon in der Vergangenheit keine Bewegung in die verkrustete Landschaft gebracht hat. Als Folge bleiben vor allem notwendige Fusionen von Leitstellen aus, obwohl es auf der Hand liegt, dass größere, besser ausgelastete Leitstellen leistungsfähiger wären als Kleinstleitstellen.

55 Millionen Euro Mehrausgaben?

Zusätzliche Ausgaben von bis zu 55 Millionen Euro drohen durch die Neuregelung zur notärztlichen Versorgung. Während bisher in der Regel mehrere Rettungswachen auf einen Notarztstandort am Krankenhaus zurückgreifen, muss sich nach dem Gesetzesentwurf grundsätzlich in jeder Rettungswache ein Notarzt bereithalten – obwohl der nicht bei jedem Einsatz gebraucht wird und die einsatzfreie Zeit besser bei der Arbeit im Krankenhaus verbringen könnte als im Aufenthaltsraum einer Wache.

Eine Novellierung des Rettungsdienstgesetzes in dieser Form würde bedeuten, dass das Land die historische Chance vertut, Wirtschaftlichkeit ohne Qualitätsverlust zu ermöglichen: Durch mehr Effizienz könnten jährlich 25 Millionen Euro gespart werden, ohne dass auch nur ein Rettungswagen später am Unfallort eintrifft. Sollte die politische Kraft zu einer großen Lösung fehlen, könnten auch kleinere Änderungen einen Beitrag leisten, etwa die Löschung des Satzungsrechts der Kommunen und des Sonderrechts der Städte Cuxhaven, Göttingen, Hameln und Hildesheim auf ihren eigenen Rettungsdienstbereich. Die niedersächsischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber haben es verdient, dass das Land mit ihren Beitragsmitteln genauso sorgsam umgeht wie mit Steuergeldern.

DER KOMMENTAR



Jörg Niemann,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Niedersachsen

Über den eigenen Schatten gesprungen

Die Selbstverwaltung in Niedersachsen setzt ein deutliches Zeichen: Kassen und Ärzte haben mit der Vereinbarung eines „AVWG-Regionalpaketes“ vorerst einen Schlusstrich unter jahrelange Schiedsamt-Auseinandersetzungen rund um die Arzneimittelversorgung im Land gezogen. Beide Seiten sind dabei über ihren Schatten gesprungen: Die Krankenkassen heben die Ausgabenobergrenze deutlich an, auf der anderen Seite treten die Ärzte bei deutlicher Überschreitung gemeinsam in Haftung. Das sind ermutigende Signale, die zeigen, dass die Vertragspartner ihrer Verantwortung für die Versorgung und ihre Finanzierung gerecht werden. Um Missverständnissen vorzubeugen: Auch künftig wird sich nicht alles einvernehmlich regeln lassen. Schließlich sind die beteiligten Parteien unterschiedlichen Interessen verpflichtet, und um deren Ausgleich zu ringen ist Merkmal und Ausdruck pluralistisch verfasster Gemeinwesen.

Aber ein solcher Ausgleich, das sei mit Blick auf die Gesundheitsreform noch einmal erwähnt, ist weit besser als staatliche Direktion.

Ausführliche Informationen zu dem Thema auf den Seiten 4 und 5

Kampf gegen Abrechnungsmanipulation

Ersatzkassen holen 1,3 Millionen Euro zurück

Erfolgreiches Jahr für die Kassenfahnder: Die Ermittlungsgruppe Abrechnungsmanipulation der Ersatzkassen in Niedersachsen hat im vergangenen Jahr mehr als 1,3 Millionen Euro zu Unrecht gezahlter Leistungsvergütungen für die Mitglieds-kassen zurückgeholt. Das ist der höchste Betrag seit Gründung der Ermittlungsgruppe im Jahr 2000. Vorrangiges Ziel der Ersatzkassen ist es, den Schaden für ihre Versicherten so gering wie möglich zu halten. Dafür werden sie weiterhin alles daran setzen, um mit „offenen Augen“ und vielfältigen Recherchemethoden Falschabrechner aufzuspüren und zur Rechenschaft zu ziehen.

Am häufigsten mussten Optiker und Krankengymnasten den Ersatzkassen Geld erstatten. So hatten verschiedene Optiker vor 2004, als die Krankenkassen noch für Sehhilfen aufkamen, einfache Brillengläser an die Versicherten abgegeben, aber höherwertige in Rechnung gestellt. Auch wurden Brillenreparaturen abgerechnet, aber nicht ausgeführt. Krankengymnasten hatten sich für Therapien bezahlen lassen, die nie erbracht wurden oder die sie wegen fehlender Qualifikation gar nicht hätten anbieten dürfen.

Mehr als 1,5 Millionen Mitglieder

Ersatzkassen größte Kassenart in Niedersachsen

Die Ersatzkassen in Niedersachsen sind als größte Kassenart zwischen Harz und Nordsee in das neue Jahr gestartet. Mit 1.574.587 Mitgliedern haben sie erstmals seit 2001 wieder die AOK im Land überholt. Das geht aus der amtlichen Statistik KM 6 für 2006 hervor, die die Mitgliederzahlen der Krankenkassen ein Mal im Jahr ausweist. Zusammen mit den

beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen versichern die Ersatzkassen rund 2,25 Millionen Niedersachsen. Für die VdAK/AEV-Landesvertretung zeigt die Entwicklung, dass die Ersatzkassen mit ihren Konzepten der Versorgungsoptimierung und der besonderen Kundenorientierung Erfolg haben.

Behandlung von Typ-I-Diabetes, Asthma und Lungenerkrankungen

Neue Angebote für chronisch Kranke

In Niedersachsen gibt es seit dem 1. März neue Angebote für gesetzlich Krankenversicherte: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Asthma oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung können an speziellen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Das haben die Krankenkassen mit Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft vertraglich vereinbart. Durch die neuen Programme sollen Folgeerkrankungen so weit wie möglich vermieden werden. Der Patient vereinbart dazu persönliche Therapieziele mit seinem Arzt. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser arbeiten eng zusammen und garantieren Qualitätsstandards. Neu sind insbesondere auch Schulungen für Patienten mit chronischer Lungenerkrankung und Asthma, die bei Ärzten oder im Krankenhaus angeboten werden. Die Teilnahme an den Programmen ist für die Patienten freiwillig und kos-

tenfrei. Viele Krankenkassen bieten Teilnehmern außerdem Vergünstigungen wie die Befreiung von der Praxisgebühr an.

Von Typ-1-Diabetes sind in Niedersachsen mehr als 30.000 Menschen betroffen. An Asthma bronchiale leiden landesweit schätzungsweise 320.000 Erwachsene und 35.000 Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren.

Bislang stehen niedersächsischen Patienten solche Chroniker-Programme bei Diabetes mellitus Typ 2 („Altersdiabetes“), Brustkrebs und koronarer Herzkrankung zur Verfügung. Ein im vergangenen Jahr von Krankenkassen und ihren Vertragspartnern vorgelegter Qualitätsbericht hatte diesen Angeboten Zuspruch und Erfolg bescheinigt.

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG

Krankenkassen und Ärzte ziehen an einem Strang

Was hat der Gesetzgeber den Beteiligten in den vergangenen Jahren nicht alles verordnet, um die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen: von Hersteller-, Lieferant- und Apothekenrabatten bis zur Erhöhung der Zuzahlungen für Versicherte. Allein, die Therapie wollte nie so recht anschlagen: So sind etwa in Niedersachsen die Kassenausgaben für Pillen und Salben von 1,4 Milliarden Euro 1993 auf rund 2,2 Milliarden Euro im vergangenen Jahr gestiegen. Begleitet wurden alle Versuche einer Kostensteuerung auf Landesebene mit mannigfaltigen Schiedsverfahren zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung. Diese lange Phase ist erst einmal zu Ende: Die Vertragspartner nehmen vor dem Hintergrund des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) einen neuen Anlauf und wollen nunmehr an einem Strang ziehen.

Malus für Ärzte wird abgelöst

Kernpunkt der Vereinbarung: Die im AVWG vorgesehene Bonus/Malus-Regelung, also eine unmittelbare finanzielle Belohnung eines Arztes für wirtschaftliches Verordnen einerseits und Abzüge für Unwirtschaftlichkeit andererseits, wird in Niedersachsen durch eine landesbezogene Regelung abgelöst. Danach wird das der Ärzteschaft zur Verfügung stehende Verordnungsvolumen für Arzneimittel im laufenden Jahr um elf Prozent auf 2,05 Milliarden Euro angehoben – das entspricht dem früheren Anteil Niedersachsens an den bundesweiten Ausgaben. Die Ärzte sichern im Gegenzug zu, alles dafür zu tun, um diese höhere Grenze einzuhalten. Sollten

die Ausgaben einen Wert von 2,22 Milliarden Euro, der sich an den bisherigen Ist-Ausgaben orientiert, übersteigen, treten sie erstmals gemeinschaftlich in Haftung – mit einem Betrag von bis zu 9,5 Millionen Euro.

Konsequente Regresse

Der einzelne Arzt muss sich auch künftig ernsthaft um seine Verordnungspraxis kümmern, denn bei deutlichen und unbegründeten Richtgrößenüberschreitungen drohen weiterhin individuelle Regresszahlungen. Richtgrößen sind Durchschnittswerte, die in den verschiedenen Fachgruppen das für den einzelnen Arzt zur Verfügung stehende Finanzvolumen für Verordnungen beschreiben. Sie sind so gefasst, dass die Ärzteschaft insgesamt die vereinbarte Ausgaben-grenze nicht überschreitet.

Zur Unterstützung der Ärzte erstellen die Vertragspartner unter anderem eine Liste mit Präparaten, die trotz deutlich höherer Kosten nur unklaren oder geringen Zusatznutzen gegenüber bewährten Präparaten bieten („Me Too“). Insbesondere aber wird es zunehmend Teil des Arzneimittelmanagements der Ärzte sein, Wirkstoffe statt Herstellerpräparate zu verordnen. Dabei kommt es auf die Apotheker an, die bei Wirkstoffverordnungen eines der drei kostengünstigsten Präparate aussuchen. Die Apotheker haben bereits Unterstützung signalisiert und können damit zu einer effizienten Arzneimitteltherapie beitragen – möglicherweise mit der erfreulichen Nebenwirkung, das Gesundheitswesen vorerst vor weiteren hektischen Aktivitäten des Gesetzgebers zu schützen.

„Ärzte erkennen ihre Verantwortung an“

Carsten Göken ist Referatsleiter Verträge der VdAK/AEV-Landesvertretung. Im Gespräch erklärt er, warum Ärzte und Krankenkassen bei der Arzneimittelversorgung in Niedersachsen auf einem guten Weg sind.

▼ ersatzkassen in niedersachsen: Jahrelang haben die Krankenkassen lautstark danach gerufen, Ärzte bei unwirtschaftlichem Ordnungsverhalten verbindlicher in die Pflicht zu nehmen. Nun bekommen sie diese Möglichkeit durch die Bonus/Malus-Regelung im Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz und verzichten darauf. Schwer zu verstehen...

▲ Göken: Diese Möglichkeit haben die Kassen ja nicht aufgegeben, sondern die individuellen Bonus/Malus-Prüfverfahren durch sehr wirksame, aber unbürokratischere Regelungen ersetzt. Die Ärzte in Niedersachsen bürgen erstmals gemeinschaftlich mit ihrem Honorar dafür, falls eine vorher vereinbarte Ausgaben-grenze gerissen wird. Das ist schon deshalb ein großer Erfolg, weil die Ärzte damit ihre



Vertragsexperte: Carsten Göken

Verantwortung für die Kostenentwicklung bei der Arzneimittelversorgung anerkennen.

▼ Warum?

▲ In der Vergangenheit haben Ärzte oft die These vertreten, dass sie mit den Kosten ihrer Verschreibungen nichts zu tun haben. Kostensteuerung ist aber nur mit dem ärztlichen Selbstverständnis möglich, dass gutes Arzneimittelmanagement zu den Kernaufgaben eines niedergelassenen Mediziners im 21. Jahrhundert gehört. Welches Arzneimittel wann notwendig ist oder nicht, kann doch nur der Arzt entscheiden und damit zum Funktionieren der Versorgung beitragen. Sorgsamer Umgang mit Ressourcen ist in anderen Branchen ja auch eine Selbstverständlichkeit.

▼ Soll ein Arzt denn einem Patienten notwendige Arzneimittel vorenthalten, um finanzielle Vorgaben zu erfüllen?

▲ Anders herum wird ein Schuh daraus: Damit jeder Patient bekommt, was er braucht, müssen wir das Geld der Versicherten so zielgenau wie möglich einsetzen. Wenn an einer Stelle ein Euro überflüssigerweise ausgegeben wird, fehlt er anderswo. Wir könnten bundesweit jährlich 4,5 Milliarden Euro sparen, wenn zum Beispiel bei bestimmten Erkrankungen konsequent wirkstoffgleiche, aber wesentlich günstigere Medikamente als bisher verordnet würden. Die Versorgung würde dadurch keinesfalls schlechter. Mit dem neuen Vertragspaket geben wir den Ärzten konkrete Hilfen zur Einhaltung der Ausgabengrenze an die Hand, zum Beispiel eine sogenannte Me-too-

Liste und Zielwerte für wichtige Wirkstoffgruppen. Auch die niedersächsischen Apotheker wurden zur Umstellung auf die Wirkstoffverordnung ins Boot geholt.

▼ Bisher haben die niedersächsischen Ärzte ihre Ausgabengrenzen als im Bundesvergleich viel zu niedrig beklagt. Es sei unmöglich, sie einzuhalten...

▲ Diese Verweigerungshaltung war falsch und hat sinnvolle Einsparmöglichkeiten verbaut. Durch unsere Einigung erkennen die Ärzte jetzt die Ausgabengrenze an und übernehmen finanzielle Verantwortung. Diese gemeinsame Haftung tritt aber erst ein, wenn ein höherer, an den bisherigen tatsächlichen Ausgaben orientierter Wert überschritten wird. Halten die Ärzte die Ausgaben in etwa stabil – was realistisch möglich ist – können sie das vermeiden. Auch die Krankenkassen leisten ihren Beitrag zu dem Kompromiss, indem sie der angesprochenen Kritik an der bisherigen Ausgabengrenze Rechnung tragen und den Wert anheben.

▼ Was wird aus der neuen Harmonie, wenn einzelne Ärzte – wie bisher – Regresse leisten müssen?

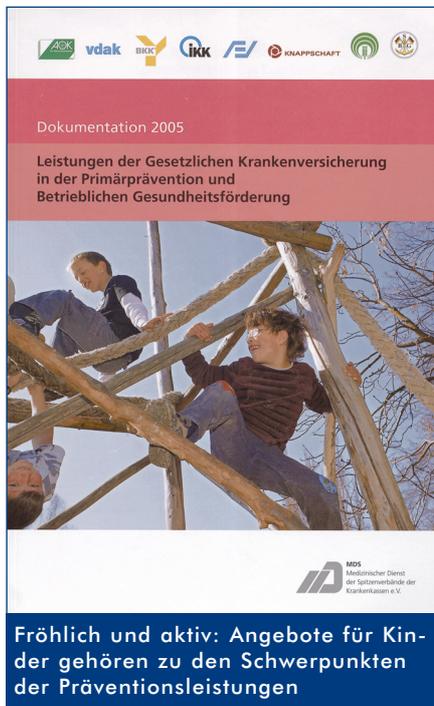
▲ Regresse sind das berühmte letzte Mittel. Sie werden ja auch nur dann fällig, wenn ein Arzt deutlich mehr verschreibt als der Durchschnitt seiner Fachkollegen – und diese Mehrausgaben nicht begründen kann, etwa durch besonders viele schwerstkranke Patienten in seiner Praxis. In den letzten Prüfjahren 2001 und 2002 waren dementsprechend gerade mal 263 bzw. 324 von rund 10.500 Ärzten in Niedersachsen betroffen. Grundsätzlich sind Konsequenzen bei eindeutig unwirtschaftlichem Verhalten aber weiter unerlässlich – das wissen auch die allermeisten Ärzte.



Sie haben es in der Hand: Arzneimittelmanagement gehört zu den Kernaufgaben niedergelassener Ärzte.

Präventionsbericht 2005

Krankenkassen erreichen bundesweit 3,8 Millionen Menschen



Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2005 rund 3,8 Millionen Menschen mit Maßnahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht – ein Zuwachs von knapp zwölf Prozent gegenüber dem Vorjahr. Das geht aus dem gemeinsamen Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Kassenverbände hervor.

Deutlich mehr Menschen als zuvor nahmen 2005 an den primärpräventiven Kurs-

angeboten der Krankenkassen teil: Ihre Zahl stieg von 803.000 (2004) um 45 Prozent auf 1,2 Millionen. Handlungsfelder der Kursarbeit sind Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln. Alle Maßnahmen müssen qualitative Standards erfüllen.

Darüber hinaus haben sich die Krankenkassen in Schulen, Vereinen und Stadtteilen engagiert und damit schätzungsweise zwei Millionen Menschen erreicht. Besonders über Kindergärten und Schulen sprechen sie Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten an. Dazu zählt etwa das Projekt „Gesund leben lernen“ in Niedersachsen und zwei wei-

teren Bundesländern. Ausgehend von acht Modellschulen im Land wollen die Kooperationspartner mit besonderem Blick auf soziale Benachteiligungen Verfahren und Instrumente des Gesundheitsmanagements in Schulen implementieren. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben allein für das niedersächsische Teilprojekt für einen Zeitraum von drei Jahren 250.000 Euro zur Verfügung gestellt.

Weiterhin sind die Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv. 606.000 Arbeitnehmer nahmen 2005 an entsprechenden Maßnahmen der Krankenkassen in Kooperation mit den Unternehmen teil. Inhaltliche Schwerpunkte waren Vermeidung und Reduzierung körperlicher Belastungen, gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und Stressmanagement. Knapp die Hälfte der beteiligten Unternehmen kam aus dem verarbeitenden Gewerbe.

Finanzieller Rahmen ausgeschöpft

Das verstärkte Engagement der gesetzlichen Krankenkassen zeigt sich auch in der Ausgabenentwicklung: Von 2000 bis 2005 sind ihre Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung von 43,1 Millionen Euro auf 179,9 Millionen Euro gestiegen. Damit haben die Kassen den vom Gesetzgeber für 2005 empfohlenen Ausgabenbetrag von 2,70 Euro pro Versicherten nahezu ausgeschöpft. Diese Zahlen widerlegen auch die Einschätzung, nach der ein Präventionsgesetz dafür sorgen muss, dass die Kassen mehr in die Prävention investieren. Entsprechende Forderungen lassen vielmehr vermuten, dass der Staat die Krankenkassen zum Zahlmeister für Prestigeprojekte machen will, für die ihm selber das Geld fehlt.

KURZ GEMELDET

- Über Fördermittel in Höhe von 210.000 Euro können sich in diesem Jahr landesweit 41 Selbsthilfe-Kontaktstellen freuen: Die Ersatzkassen haben ihre Unterstützung damit um rund neun Prozent gegenüber dem vergangenen Jahr gesteigert.
- Den Vorwurf, Patienten in Geiselnhaft zu nehmen, müssen sich protestierende Ärzte gefallen lassen, die zur Durchsetzung ihrer Forderungen die Praxen schließen. Das entschied das Oberlandesgericht Karlsruhe (14 U 11/07) und wies damit eine Klage niedergelassener Fachärzte gegen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ab.

Jugendzahnpflege

20 Jahre erfolgreich gegen Karies und Bakterien

Karies und Bakterien haben Generationen von Kindern plastisch und drastisch die Folgen mangelnder Mundhygiene vor Augen geführt: Dargestellt als kleine Fieslinge, zerstören sie in dem gleichnamigen Buch Kinderzähne. Dem Kampf dagegen haben sich die Ersatzkassen verschrieben, die seit nunmehr 20 Jahren gemeinsam mit anderen Kassenarten und Kommunen die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen fördern. Das Engagement dieser regionalen Arbeitsgemeinschaften ist eine Erfolgsgeschichte.

Die Kooperationspartner haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten das Vorsorgeangebot an Kindergärten und Schulen immer weiter ausgebaut und bieten heute zahnmedizinische Gruppenprophylaxe flächendeckend an. Das Programm für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr reicht von der Vermittlung des „richtigen“ Zähneputzens durch Fachkräfte über die Behandlung von Ernährungsfragen im Unterricht bis hin zu zahnärztlichen Reihenuntersuchungen.

Eine Intensivprophylaxe bei Risikogruppen wird bis zum 16. Lebensjahr angeboten.

Das Ergebnis: Nach einem Vergleich bundesweiter Studien aus den Jahren 2000 und 2004 hat der Anteil kranker, fehlender oder behandelter Zähne bei Sechs- bis Siebenjährigen in diesem Zeitraum um mehr als zwölf Prozent abgenommen, bei den Zwölfjährigen sogar um 20 Prozent. Niedersachsen steht dabei sogar noch besser als der Bundesschnitt da: Bei den Sechs- bis Siebenjährigen liegen die Werte bei 2,09 gegenüber 2,28 im Bund, bei den Zwölfjährigen bei 0,91 gegenüber 1,02.

Die Krankenkassen haben ihren Beitrag für die Gruppenprophylaxe in Niedersachsen allein von 2004 bis 2006 um zehn Prozent auf rund 5,5 Millionen Euro erhöht. Bitterer Beigeschmack: Zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen, die von dem Angebot profitieren, sind privat krankenversichert. Ihre Versicherungen lehnen eine Kostenbeteiligung ab.

PERSONALIEN

Jörg Niemann, Chef der VdAK/AEV-Landesvertretung, leitet bei der „Expertenrunde Kinderschutz“ des Niedersächsischen Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe zum Thema „Best Practice“.

Pflegequalität

Seltsames vom Paritätischen Niedersachsen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten wissen, wie es um die Qualität der Versorgung in einer Einrichtung steht. Damit sie sich gezielt gute Anbieter aussuchen können. Davon allerdings ist Niedersachsen noch meilenweit entfernt. So haben zuletzt gerade mal sechs Prozent der Pflegeheime im Land zugestimmt, dass der Heimbeirat ihrer Einrichtung Einblick in den entsprechenden Prüfbericht des Medizinischen Dienstes bekommt.

Seltsames zu dieser Diskussion hat nun der Paritätische Niedersachsen beigetragen. In einer Veröffentlichung des Verbandes ist zu lesen, dass die Prüfberichte „gar nicht veröffentlicht werden [dürfen], selbst wenn die Heime dies wollen“. Falsch, denn der eigentliche Bericht enthält keine bewohnerbezogenen Daten. Weiter heißt es beim Paritätischen, die Berichte enthielten „nur Aussagen zur Struktur- und Prozessqualität“. Abermals falsch. Vielmehr legt der

für die Kassen prüfende Medizinische Dienst seit jeher den Fokus auf die Ergebnisqualität, weil diese letztlich wiedergibt, „was beim Menschen ankommt“. Derzeit wird in Niedersachsen sogar eine Empfehlung getestet, nach der der Dienst ausdrücklich zur Prüfung der Ergebnisqualität verpflichtet wird und die kommunalen Heimaufsichten demgegenüber die Strukturen im Auge haben. Der Paritätische mochte an der Empfehlung übrigens nicht mitarbeiten...

Besonders enttäuschend aber ist die Schlussfolgerung des Paritätischen, die Berichte sollten im Aktenschrank verschwinden, weil sie für den Laien nutzlos seien. Wenn der Paritätische es ernst meint mit mehr Transparenz, wäre doch gemeinsam zu überlegen, in welcher Form die Berichte zu veröffentlichen sind. Damit eben auch der Laie beurteilen kann, welcher Einrichtung er sich und seine Angehörigen anvertrauen möchte.

BÜCHER

Auf den Informationsbedarf rund um das zum 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat die Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm mit zwei Titeln reagiert: Die Autoren **Ulrich Orłowski/Bernd Halbe/Thomas Karch** erläutern in ihrem Handbuch **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) – Chancen und Risiken** (247 Seiten, 39 Euro) Struktur und Inhalt des Gesetzes sowie politische, steuerliche und rechtliche Aspekte. Die Änderungen wurden ebenfalls eingearbeitet in die Neuauflage des Kommentars von **Rolf Schallen: Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten**. Das gebundene Nachschlagewerk umfasst 649 Seiten und kostet 58 Euro.

Das gab's noch nie: Ärzte fordern Budget!

Zur ideologischen Grundausstattung ärztlichen Daseins gehörte es bisher, Budgets abschaffen zu wollen. Will heißen: Kein vorab vereinbarter Finanzrahmen für die Versorgung in einem bestimmten Zeitraum mehr, sondern feste Preise für einzelne Leistungen. Eine überraschende Wendung nimmt diese Diskussion jetzt durch einen Beitrag des Sozialpädagogischen Zentrums (SPZ) auf der Bult in Hannover, das Kinder mit Entwicklungsstörungen ambulant behandelt.

Das SPZ sei überlastet, stand in der Zeitung, und diese Vorlage ließ die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen nicht ungenutzt: „Die Kassen sollen mehr Geld springen lassen“, so die Forderung. Dazu muss man wissen, dass für das SPZ eben kein Budget gilt, sondern dass es entsprechend der bislang angenommenen ärztlichen Wunschvorstellung mit festen Pauschalen ohne Fallzahlbegrenzung vergütet wird.

Ärztliche Wunschvorstellung? Nicht so ganz offenbar, denn: Ja ja, der Hinweis auf die außerbudget-

täre Finanzierung sei schon richtig, heißt es aus dem SPZ. Aber mehr Personal könne man nur einstellen, wenn die Kassen finanzielle Planungssicherheiten geben würden – schließlich wisse man nicht, wie sich die Nachfrage entwickelt und trüge andernfalls das Risiko personeller Überkapazitäten.

Moment, finanzielle Planungssicherheit heißt doch Budget?! Die Verwirrung wächst, doch vielleicht hilft folgender Interpretationsversuch: Schön wäre es doch, das Beste aus allen Welten zu kombinieren – also weiterhin Sicherheit à la GKV-Budget, aber nur als Mindestumsatzgarantie auf einer nach oben offenen Vergütungsskala. Nach dem Motto: Ich bin Unternehmer – aber nur, wenn es gut läuft.... Nur wird sich für solch eine Regelung kein Vertragspartner mit klarem Verstand finden lassen, weder im Gesundheitswesen noch anderswo. Und so werden wir weiterhin das lieb gewordene Ritual erleben, dass Ärzte aus der sicheren Deckung der Gesamtvergütung heraus deren Abschaffung fordern – und Überschriften wie oben wird es wohl auch künftig nur in einer Glosse geben.

GURKE DES QUARTALS

Die Aussicht auf Geldvermehrung macht kreativ. Einmal mehr bestätigt wurde diese alte Erkenntnis durch eine kieferorthopädisch tätige Zahnärztin: Die nämlich hatte durch Rückgabe ihrer Kassenzulassung zunächst mit dazu beigetragen, dass in ihrer Region eine Unterversorgung im Bereich Kieferorthopädie festgestellt wurde. Um sodann mit Hinweis auf eben jene, nun ja, höchst bedauerliche Versorgungslage bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen den Antrag zu stellen, durch Wiederezulassung in den Genuss eines „Sicherstellungszuschlags“ in Höhe von 50.000 Euro zu kommen. Diesen Zuschlag zahlen Zahnärzteschaft und Kran-

kenkassen, um Niederlassungen in ausgewählten Gebieten zu fördern. Allerdings soll das Geld der Patientenversorgung zugute kommen und nicht die vermeintliche Cleverness einzelner Praxen prämiert werden. Der Antrag wurde abgelehnt.



IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV
Rathenaustraße 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