C 21156 F

ersatzkassen

report niedersachsen

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

Dez. 2006

Gesundheitsreform: Gesetzentwurf liegt vor

Der Tragödie erster Teil

Gut ein Jahr ist es her, da bekannten sich Union und SPD in Berlin in ihrem Koalitionsvertrag zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung" im Gesundheitswesen. Herausgekommen ist ein Gesetz, das nicht nur das genaue Gegenteil bewirkt, sondern darüber hinaus katastrophale Folgen für die Versorgung haben wird.

Dass Beitragssatzerhöhungen schon vor einer Reform feststehen, ist selbst für das an Reformen nicht arme Gesundheitswesen ein Novum. Die Gründe dafür sind vielschichtig. So erstattet der Bund künftig weniger Geld für krankenversicherungsfremde Leistungen aus der Tabaksteuer und die Mehrwertsteuererhöhung schlägt auch auf die medizinische Versorgung durch. Strukturelle Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung fehlen in dem Gesetzentwurf völlig, außerdem sind verschiedene Leistungsausweitungen vorgesehen.

Systematische Schließung von Krankenkassen

Nun könnte man schlichtweg „Thema verfehlt" unter das Gesetz schreiben, wenn es nicht noch schlimmer käme. So wird das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)" systematisch zur Schließung von Krankenkassen führen: Krankenkassen, die wegen vieler kranker Versicherter oder regionaler Besonderheiten nicht mit der staatlichen Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds auskommen, müssen eine Zusatzprämie erheben, die wegen der entsprechenden Härtefallregelung auf ein Prozent des Haushaltseinkommens der Mitglieder begrenzt ist. Das bedeutet: Alle Kassen mit einem Finanzbedarf, der die staatliche Zuweisung um mehr als ein Prozent übersteigt, können bereits zu Beginn des Fonds ihre Ausgaben nicht mehr decken.

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitsreform**
  Gemeinsam gegen Verstaatlichung
- **GKV-Forum**
  Seltene Einigkeit
- **Pflege**
  Qualitätsbericht zeigt Licht und Schatten
- **Krankenhäuser**
  Steigende Ausgaben bleiben Daueraufgabe

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

Die beschriebene Entwicklung wird im weiteren Verlauf immer mehr Kassen betreffen: Nach Start des Fonds wird jede Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen durch Prämienerhebung finanziert werden, bis fünf Prozent des gesamten Volumens erreicht sind. Die Mittel aus dem Fonds bleiben also trotz steigender Ausgaben der Kassen zunächst stabil, so dass die Lücke zwischen Zuweisung und Finanzbedarf größer wird und bei weiteren Kassen nicht mehr durch Prämienerhebung zu decken ist.

Die Schließung dieser Kassen hat keinerlei Steuerungswirkung, weil sich ihre Morbiditätsstruktur auf andere Kassen verteilt, bei denen der gleiche Effekt eintritt. Damit wird mit hohen Transaktionskosten die Infrastruktur der Sozialversicherung in Teilen zerschlagen, ohne dass ein erkennbarer Vorteil für die Versicherten eintritt.

Mehr Wettbewerb?

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist Wettbewerb um gute und effiziente Versorgung. So schließen Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen mit der Ärzteschaft und anderen Leistungserbringern jeweils eigene Verträge über die Versorgung und deren Vergütung. Neue Formen der sektorenübergreifenden Versorgung und der Zusammenarbeit in Ärztenetzen werden im Sinne von Suchprozessen der Vertragspartner in den Regionen erprobt. Dieser Wettbewerb wird ausgehebelt – dem Namen des Reformgesetzes zum Trotz. Kompetenzen im Vertragsrecht, die bislang bei den Landesorganisationen der Kassenarten lagen, sollen auf den neuen Zentralverband der Krankenkassen auf Bundesebene übergehen.

Dabei hieß es noch in den Mitte des Jahres beschlossenen Eckpunkten der Koalition, dass sich der neue Dachverband auf „einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben" beschränkt, auch um kartell- oder monopolähnliche Strukturen zu vermeiden. Im Gesetzentwurf sind daraus fast alle Aufgaben geworden. Begründet wird dies mit den guten Erfahrungen in der Rentenversicherung. Die wiederum ist nun gerade kein wettbewerbliches, sondern ein zentralstaatlich organisiertes System – ein entlarvender Hinweis, wie nach Auffassung der Autoren des Gesetzentwurfs die gesetzliche Krankenversicherung weiterentwickelt werden soll.

Erstaunlicherweise hat bis heute niemand erklärt, worin eigentlich der Sinn der Kernelemente der Reform besteht, etwa des Gesundheitsfonds. Es gibt zu denken, dass sich kaum jemand öffentlich hinter das Vorhaben stellen mag, am allerwenigsten die gewählten Vertreter der Versicherten. Der Stoff, aus dem das GKV-WSG ist, erinnert an die klassische griechische Tragödie: Das Scheitern ist unausweichlich, weil schon in der Konstellation angelegt.

Der Kommentar

Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Niedersachsen

Nur Mut…

Die Bundeskanzlerin hat es kürzlich auf den Punkt gebracht. Sie sehe, sagte Angela Merkel zum Thema Kündigungsschutz, keine Veranlassung einer Änderung „wenn die Wirtschaft findet, dass die jetzige Regelung besser ist und die Gewerkschaften eh dagegen sind." Das klingt banal, ist aber mutig. Denn es bedeutet Bereitschaft, politische Vorhaben in Frage zu stellen, wenn niemand einen Sinn in den Vorschlägen zu sehen vermag.

Dieser Mut fehlt zurzeit in der Gesundheitspolitik. Alle gesellschaftlich relevanten Gruppen haben nachdrücklich vor den Folgen der Reform gewarnt. Während das eigentliche Ziel einer nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung längst aus den Augen verloren ist, droht die größte Umwälzung in der Geschichte der Sozialversicherung der Bundesrepublik: Die für ein hohes Maß an Akzeptanz und Interessenausgleich, aber auch für Stabilität sorgende Selbstverwaltung wird zerschlagen und die wesentlichen Steuerungskompetenzen bei Finanzierung und Leistungsdefinition faktisch auf den Staat übertragen – ohne irgendeine Plausibilität, dass dadurch bessere Ergebnisse zu erwarten sind. Überhaupt nicht zu Ende gedacht ist die Entscheidung, auf Krankenkassen Insolvenzrecht anzuwenden und damit einen Teil der Sozialversicherung in die Pleite zu treiben. Und zu schlechter Letzt werden die Verbände, die es in der Vergangenheit geschafft haben, innerhalb eines wettbewerblichen Systems politische Vorgaben umzusetzen und dabei häufig genug die Kastanien aus dem Feuer zu holen, in die Wüste geschickt.

Es ist eine Reform, die niemand will, weil sie keinem nützt – eine politische Missgeburt, bei der es nicht mehr um Inhalte geht, sondern um Gesichtswahrung. Es wäre eine wahrhaft große politische Leistung, zuzugeben, dass der Versuch einer Kreuzung von Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie gescheitert ist, scheitern musste, und das Projekt fallen zu lassen. Lieber keine Reform als eine mit unabsehbaren Folgen.

Gemeinsame Resolution von Krankenkassen und Leistungserbringern

„Gegen Verstaatlichung und Vereinheitlichung!“

In Niedersachsen warnen Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Krankenkassen in einer gemeinsamen Resolution vor Verstaatlichung und Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung als Folge der geplanten Reform. „Diese Reform würde das Gesundheitswesen in die Sackgasse einer Zentralverwaltungswirtschaft führen“, heißt es in dem Papier. Die Versorgung der Menschen im Land würde schlechter und wegen des höheren Bürokratieaufwandes teurer. Die Unterzeichner fordern von der Bundesregierung einen „wirklichen Neuanfang“ bei der Gesundheitsreform.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichne sich bislang durch Vielfalt und einen sich entwickelnden Wettbewerb aus: Krankenkassen und ihre Verbände verhandelten mit den Vertretern der Leistungserbringer in einem offenen Suchprozess über die besten Lösungen für die Versicherten. „Dieser Wettbewerb droht durch weitgehende Beseitigung der Vertragskompetenzen der Beteiligten und damit eine faktische Verstaatlichung ausgehebelt zu werden“, fürchten die Unterzeichner. Beispiel für die Vereinheitlichung sei der geplante Kassendachverband auf Bundesebene.

Gefahren sehen die Unterzeichner auch für die Finanzierung des Gesundheitswesens, die bislang weitgehend unabhängig von öffentlicher Haushaltslage und politischem Kalkül auf Basis von Beitragszahlungen an die Krankenkassen erfolge: „Die Finanzhoheit der einzelnen Krankenkassen soll durch eine staatliche Beitragsfestsetzung und eine staatliche Zuweisung von Mitteln aus dem geplanten Gesundheitsfonds abgelöst werden. Die für die Versorgung zur Verfügung stehenden Finanzmittel wären damit dauerhaft Gegenstand der politischen Diskussion und von der öffentlichen Haushaltslage abhängig. Alle internationalen Erfahrungen zeigen, dass eine starke staatliche Steuerung zu einer Unterfinanzierung des Gesundheitswesens führt.“

Die Resolution finden Sie im Internet unter www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm

Der Intern@-Tipp

VdAK/AEV-Landesvertretung online

Die VdAK/AEV-Landesvertretung Niedersachsen stellt ab sofort umfangreiche Informationen für Versicherte, Vertragspartner und Journalisten im Internet zur Verfügung. Die Verbandsseite www.vdak-aev.de ist um den Auftritt der Landesvertretung mit der Adresse www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm erweitert worden. Die Erstzkassenverbände informieren auf der Seite über Aufgaben, Standpunkte und Mitgliedskassen, stellen Veröffentlichungen, nützliche Dokumente und praktische Hilfen in allen Versorgungsbereichen zur Verfügung. Journalisten finden ein vollständiges Pressearchiv ab 2004, Bilder sowie den Landesreport des Verbandes.

Seltene Einigkeit beim GKV-Forum

Reform ohne Gewinner

Selten sind politische Entscheidungen möglich, die alle Beteiligten und Betroffenen gleichermaßen zu Gewinnern machen. Wenn aber Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Sozialverbände und Wissenschaft, Verbraucherschützer, Versicherten- und Patientenvertreter gemeinsam Sturm laufen, gehören die Vorschläge dringend auf den Prüfstand. Das ist das Ergebnis des GKV-Forums „Gesundheit: Eine Reform ohne Gewinner?“ vor rund 100 Gästen in Hannover.

Die Referenten sind sich einig: Die Reform bietet keine nachhaltigen Lösungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens, setzt auf staatliche Regulierung statt auf Wettbewerb, macht die Versorgung ebenso teurer wie schlechter – und wird zum Teil schlichtweg nicht funktionieren.

Bei der Veranstaltung geht es nicht – wie sonst bei dem Thema üblich – um politische Gesichtswahrung und Koalitionsdisziplin, sondern um Inhalte. Gefragt ist das Wissen der Experten und Praktiker. Beispiel Bürokratie: AOK-Vorstand Dr. Jürgen Peter sagt, dass ihn der Einzug einer Zehn-Euro-Zusatzprämie 2,50 Euro kosten würde – 25 Prozent Verwaltungsaufwand! Martin Kind, Unternehmer und Chef des Fußball-Bundesligisten Hannover 96, kritisiert steigenden Staatseinfluss und das „Ende der Verbändevielfalt, die die Pluralität der Gesellschaft widerspiegelt“. Auch Gernot Schmidt, Präsident der Handwerkskammern in Niedersachsen, wundert sich, dass man ausgerechnet durch Monopole wie den geplanten Kassendachverband die Effizienz steigern wolle.

Versicherte werden einseitig belastet

Für Adolf Bauer, Präsident des Sozialverbandes Deutschlands, und den DGB-Bezirksvorsitzenden Hartmut Tölle sind die größten Verlierer der Reform die Versicherten, weil sie durch die Zusatzprämie erneut einseitig belastet würden. Dr. Hans-Jürgen Marcus, Caritasdirektor und Sprecher der nationalen Armutskonferenz, fühlt sich in diesem Zusammenhang an Hartz IV erinnert: „Trotz neuer Institutionen und höherer Kosten gibt es keine bessere Vermittlung von Arbeitslosen“, sagt er.

Was ist mit dem viel beschworenen Wettbewerb, der immerhin bei der Namensgebung des Gesetzentwurfs Pate stand? Professor Dr. Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonom an der Universität Bielefeld, definiert Wettbewerb als Suchprozess mit dem Ziel bester Lösungen. Gemessen an diesem Anspruch könne nach der Reform höchstens in einem Teilbereich von weniger als einem Prozent des Gesundheitswesens von Wettbewerb die Rede sein.

Argumente gegen die Reform (v.l.): Jörg Niemann (Leiter VdAK/AEV-Landesvertretung), Dr. Jürgen Peter (Vorstand AOK Niedersachsen), Martin Kind (Geschäftsführer KIND Hörgeräte), Gernot Schmidt (Präsident Vereinigung der Handwerkskammern Niedersachsen)

Weitgehend wird also Vereinheitlichung das Geschehen prägen, bestätigt Ingo Werner, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes: Vertragsinhalte würden zentralistisch festgelegt, für regionale Versorgungsbesonderheiten gebe es künftig ebenso wenig Platz wie für freiwillige Leistungen.

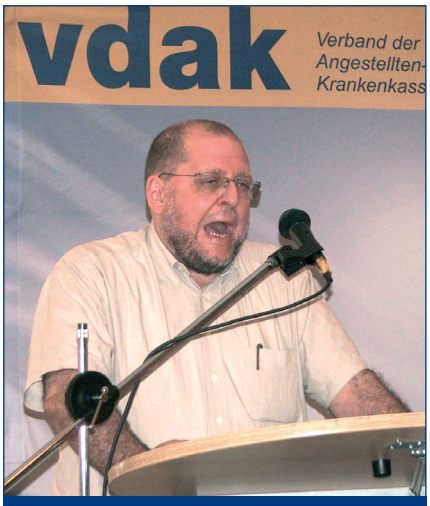
Englische Verhältnisse

Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, warnt vor englischen Verhältnissen durch eine systematische Unterfinanzierung der Versorgung: „Der Beitrag zur Krankenversicherung wird durch staatliche Festlegung zu einer quasi-Steuer und unterliegt damit politischem Kalkül", sagt er. Auch die Zusatzprämie sei als Ventil für Kostensteigerungen ungeeignet, weil ihre Vermeidung zum eigentlichen Wettbewerbsparameter zwischen den Krankenkassen werde. „Außerdem sind Kassen mit vielen Geringverdienern gar nicht in der Lage, Finanzlücken über Prämiensteigerungen auszugleichen." Ein großer Teil der Politik, so Niemanns Fazit, hätte weder Systematik noch Wirkungen der Vorschläge durchdrungen. Die Reform sei ein seltsamer und widersprüchlicher Mix politischer Versatzstücke, der zu einer Umwälzung führen werde, wie sie die Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht erlebt habe. Gewinner, das hat die Veranstaltung gezeigt, wird es dabei keine geben.

Ersatzkassenforum zur Gesundheitsreform

Rechtfertigung einer „Bankrotterklärung"

Hannover, im Juli 2006: Die von der Koalition beschlossenen Eckpunkte zur Gesundheitsreform sind noch druckfrisch, da lädt die VdAK/AEV-Landesvertretung zu einem Ersatzkassenforum ein. Mit dabei ist Franz Knieps, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, der nicht wenigen als Strippenzieher der Reform gilt. Er diskutiert mit dem renommierten Gesundheitsexperten Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz von der Medizinischen Hochschule Hannover und der VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Doris Pfeiffer.



Erklärungsversuche: Franz Knieps

„Staat soll es richten"

Knieps hat einen schwierigen Job: Er hat eine Reform zu rechtfertigen, gegen die fast die gesamte Republik Sturm läuft. Irritationen könne er verstehen, die Empörung sei aber unangebracht, sagt er. Die gefundenen Lösungen seien wegen der politischen Konstellation alternativlos, von den Vorzügen einer Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wolle man heute nichts mehr hören. Zum Tenor der Aussagen schreibt die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* später: „Es klang wie: Nun müsse der Staat es richten."

Professor Schwartz sieht in der Reform zwei nicht kompatible Regelungsansätze: Kassen sollen in einen schärferen Wettbewerb geschickt werden, gleichzeitig hängen sie am Tropf staatlicher Finanzzuweisung. Verbandschefin Pfeiffer nennt das „eine merkwürdige Mischung aus Verstaatlichung und Pseudowettbewerb." Sie findet deutliche Worte: „Die Gesundheitsreform ist die wichtigste Anforderung an die Bundesregierung – die Umsetzung gerät zur Bankrotterklärung." Die Regelungen hält sie für einen „als Finanzreform getarnten vollständigen Systemwechsel, mit dem sich der Staat umfassende Durchgriffsrechte sichert".

„Schräger Wettbewerb"

Der viel beschworene Wettbewerb, sagt Pfeiffer, sei allenfalls Wettbewerb um Gesunde, denn die Zusatzprämie drücke nicht die Effizienz einer Kasse aus, sondern die zu finanzierende Krankheitslast. Daran ändere auch eine Reform des Finanzausgleichs zwischen den Kassen nichts. Die Krankenkassen würden in diesem „schrägen Wettbewerb" nach allen kurzfristigen Einsparmöglichkeiten suchen und zu allererst bei den freiwilligen Leistungen fündig werden. „Gestaltung von Versorgung ist aber nur mittel- und langfristig möglich", betont sie.

Wie seltsam das Wettbewerbsverständnis ist, das der Reform zugrunde liegt, macht die VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende am Beispiel der Hausarztverträge deutlich: Dort nämlich gab es bislang tatsächlich Wettbewerb, indem die einzelnen Kassen sie abschließen *konnten*, wenn sie darin einen Vorteil sahen. Durch die Reform aber werden diese Verträge für alle Kassen verpflichtend: Ein Unterscheidungsmerkmal beim Versicherungsangbot weniger, und die Ärzte freuen sich über ihr Verhandlungsmonopol.

Gutachter legen Bericht zur Pflegequalität vor

Licht und Schatten

Die gute Nachricht vorweg: Die Versorgungsqualität in niedersächsischen Pflegeeinrichtungen hat sich 2005 leicht verbessert. Das geht aus einem Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) hervor. Bis auf eine Ausnahme („Pflege bei Sondennahrung“) sind die Ergebnisse bei den verschiedenen Prüfkategorien im Vergleich zu den Vorjahren gleich geblieben oder besser geworden. Das beste Resultat gab es mit einem Erfüllungsgrad von 97 Prozent bei der „aktivierenden Pflege“. Dem Bericht liegen 470 Prüfungen zugrunde, 376 davon in stationären Einrichtungen. Das bedeutet eine Steigerung der Prüfungen insgesamt um rund 17 Prozent gegenüber 2004. 180 mal prüfte der MDK verdachtsunabhängig, 160 mal aufgrund von Hinweisen auf Pflegemängel, 130 mal als Wiederholungsprüfung.

Steigende Zahl von Wiederholungsprüfungen

Die Zahl der Wiederholungsprüfungen bedeutet eine Steigerung um 44 Prozent. Diese Entwicklung ist zu analysieren, denn Wiederholungsprüfungen empfiehlt der MDK nur, wenn bei der Erstprüfung Mängel festgestellt wurden, die direkte Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten haben können. Die Gutachter wollen sich damit vor Ort davon überzeugen, dass die Einrichtung diese Mängel abgestellt hat.

Bedenklich stimmt, dass nur sechs Prozent der Einrichtungen der Weitergabe des Prüfberichts an den Heimbeirat – also an die unmittelbar Betroffenen und ihre Angehörigen – zugestimmt haben. Enttäuschend ist außerdem die geringe Zahl zertifizierter Einrichtungen (2,7 Prozent). Diese Werte deuten darauf hin, dass ein großer Teil der Einrichtungen die Bedeutung von Transparenz gegenüber den eigenen Kunden noch nicht ausreichend erkannt bzw. verinnerlicht hat. Hier besteht Nachholbedarf, auch deshalb, weil Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erfreulicherweise selbstbewusster als in der Vergangenheit auftreten – Indikator dafür ist die steigende Zahl von Beschwerden bei den Pflegekassen.

Weitere Ergebnisse des Berichts: Es gibt keinen Qualitätsunterschied in Bezug auf die Trägerschaft der Einrichtungen. Und: Kleinsteinrichtungen haben im Vergleich zu den größeren Einrichtungen bei der Qualität aufgeholt.

Bessere Zusammenarbeit bei der Qualitätssicherung

Die für die Prüfung von Pflegeeinrichtungen zuständigen Institutionen – der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die kommunalen Heimaufsichten – sollen in Zukunft noch besser zusammenarbeiten. Das sieht eine gemeinsame Empfehlung des Niedersächsischen Sozialministeriums, der kommunalen Spitzenverbände, der Verbände der Pflegekassen und des MDK vor. Die Empfehlung ist die bundesweit erste dieser Art. Sie wird seit Oktober zunächst als Pilotprojekt in fünf niedersächsischen Modellregionen umgesetzt. Ziel ist die Vermeidung von Doppelprüfungen und dem damit verbundenen Bürokratieaufwand für Pflegeeinrichtungen, gleichzeitig aber auch ein stärkerer Informationsaustausch zwischen den Prüfinstanzen und eine bessere Abstimmung ihrer Maßnahmen. Das Verfahren soll ab 2007 zur Regel werden.

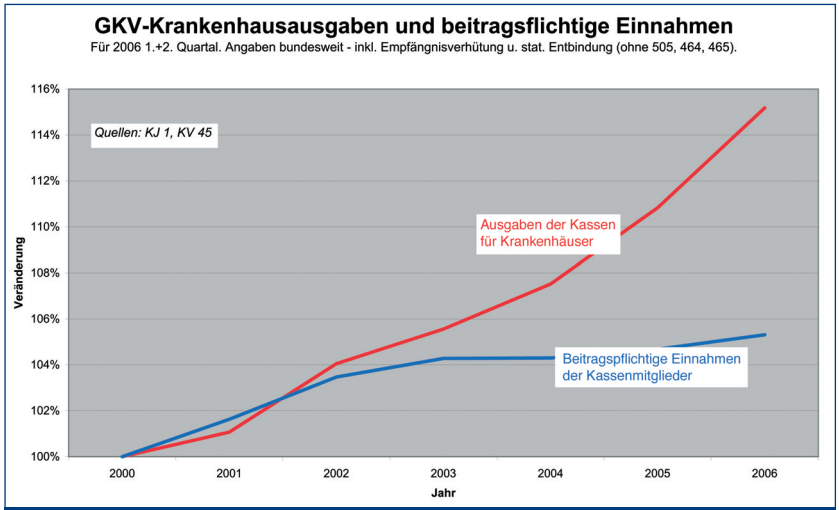
Kassen kündigen Vertrag mit Celler Pflegeheim

Wegen fortgesetzter Qualitätsmängel haben die Pflegekassen in Niedersachsen unter Federführung der VdAK/AEV-Landesvertretung den Versorgungsvertrag mit einem Pflegeheim in Celle gekündigt. Gutachter des Medizinischen Dienstes hatten in dem Pflegeheim über einen längeren Zeitraum erhebliche Mängel in der Qualität der Pflege festgestellt. Die Beanstandungen führten jedoch zu keinen erkennbaren Verbesserungen: Zwei Folgeprüfungen zeigten, dass weiterhin Defizite bestehen. Die Pflegekassen haben deshalb von ihrer gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht und eine fristgerechte Kündigung ausgesprochen. Im Gegensatz zu einer fristgerechten Kündigung ist den Pflegekassen die fristlose Kündigung einer Einrichtung nur möglich, wenn Leib und Leben der Bewohner unmittelbar gefährdet sind.

Krankenhäuser: Nullrunde beim Landesbasisfallwert vereinbart

Steigende Ausgaben bleiben Daueraufgabe

Krankenkassenverbände und Krankenhausgesellschaft haben in Niedersachsen für das kommende Jahr eine Nullrunde beim Landesbasisfallwert vereinbart. Weil Fehlschätzungen der Vergangenheit korrigiert wurden, sinkt der Wert sogar um fünf Euro auf 2.786,93 Euro. Die Vereinbarung gibt den Häusern nicht nur frühzeitig Planungssicherheit – Niedersachsen war das erste Land mit einem solchen Abschluss –, sondern würde auch die Kassenausgaben für die stationäre Versorgung stabilisieren; vorausgesetzt, Zahl und Schwere der Fälle blieben auf dem Niveau des Jahres 2006.



Schere öffnet sich: Die Krankenhausausgaben der Kassen übersteigen seit Jahren ihre Einnahmen.

Hier aber beginnt das Problem: Der Landesbasisfallwert bildet die Kosten für den *durchschnittlichen* Krankenhausfall ab; jeder einzelne Fall wird dann mit einem Schweregrad multipliziert – das Ergebnis ist der Betrag, den die Krankenkasse für diesen Fall bezahlt. Garant für eine Ausgabenstabilisierung ist die Einigung also nicht, da – wie beschrieben – die tatsächliche Vergütungshöhe von dem Multiplikator bestimmt wird, den die Krankenhäuser jeweils als Fallschwere abrechnen: Je größer der Multiplikator, desto teurer der Fall.

Und so sind die Ausgaben der Kassen für den Krankenhausbereich seit Jahren deutlich stärker gestiegen als ihre Einnahmen, im vergangenen Jahr stehen 3,31 % gegenüber 0,38 %, im ersten Halbjahr 2006 sind es 4,35 % zu 0,63 % (s. Schaubild).

Dazu kamen zuletzt gesetzliche Vorschriften, die die Versorgung verteuern: Eine ausführliche Analyse der VdAK/AEV-Landesvertretung dazu finden Sie im Internet unter www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm.

Fazit: Die von Teilen der Politik bisweilen geschmähte Selbstverwaltung hat Handlungs- und Konsensfähigkeit bewiesen. Eine wirkliche Ausgabensteuerung wird aber nur möglich sein, wenn die Politik Vorgaben zur Ausgabenbegrenzung auf Landesebene macht.

Programme für chronisch Kranke kommen an

Steigenden Zuspruch verzeichnen die niedersächsischen Ärzte und Krankenhäuser zu den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke. So hatten sich bis Ende 2005 über 160.000 Patientinnen und Patienten in das Programm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Das geht aus dem Qualitätsbericht von Krankenkassenverbänden, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft hervor. Kernpunkte der sogenannten Disease-Management-Programme sind die Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Leitlinien, die aktive Beteiligung der Patienten sowie die gemeinsame Vereinbarung individueller Therapieziele.

Die Qualitätsziele, die der Vereinbarung der Vertragspartner zugrunde liegen, wurden dem Bericht zufolge weitgehend erreicht. Beispiel Diabetes Typ 2: Die Mitte 2003 gestarteten Programme sollten spätestens nach drei Jahren erreichen, dass der Blutdruck bei 20 Prozent der Patienten im Normalbereich liegt. Bereits Ende 2005 traf das schon auf 33 Prozent zu. Ein wichtiger Erfolg bei den Patientinnen mit Brustkrebs ist, dass zwei Drittel von ihnen brusterhaltend operiert werden konnten. Das Ziel von 50 Prozent wurde damit deutlich überschritten.

Bücher

Mit der Festschrift **Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik** würdigt Herausgeber **Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher** den Gesundheitsökonomen Prof. Dr. Günter Neubauer. Das Werk enthält mehr als 50 Beiträge (Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, 867 Seiten, 89 Euro).

Welche Kriterien sind bei der Wahl eines Krankenhauses entscheidend? Dieser Frage geht **Dr. Axel Focke** in seinem Buch **Regionale Leistungs- und Krankenhausplanung** nach (Dissertation Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, 273 Seiten, 49,90 Euro). Focke ermutigt die Krankenhäuser, eigene Überlegungen zur Ausrichtung der Geschäftsfelder und Standortplanung anzustellen und liefert ihnen dafür einen Planungstool.

Mit dem Lehrbuch **Gesundheitsökonomie** stellen die Herausgeber **Karl W. Lauterbach u.a.** Grundlagen dieser Wissenschaft und Evaluationsmethoden dar (Verlag Hans Huber, 348 Seiten, 34,95 Euro). Das Buch wendet sich an Medizinstudenten, Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens.

Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation wollen die Herausgeber **Bernhard Badura und Olaf Iseringhausen** in ihrem gleichnamigen Buch aufzeigen (Verlag Hans Huber, 294 Seiten, 39,95 Euro). Im Vordergrund stehen Bedürfnisse chronisch kranker Patienten und ihre Versorgung durch Angebote integrierter Versorgung und durch Disease-Management-Programme.

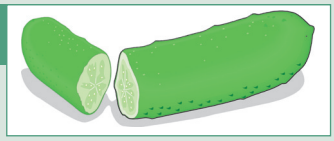
Das **Kompendium evidenzbasierte Medizin** der Herausgeber **Günter Ollenschläger u.a.** stellt zentrale klinische Fragen zu den wichtigsten Krankheitsbildern und dokumentiert Ergebnisse zu einzelnen Therapieoptionen (Verlag Hans Huber, XXXVIII+1.189 Seiten, 59,95 Euro).

Die Selbstverwaltungspartner und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus haben die Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren in der stationären Versorgung angepasst. **Deutsche Kodierrichtlinien** (Version 2006) ist im Deutschen Ärzte-Verlag erschienen (181 Seiten, 7,45 Euro).

Kurz gemeldet

- **Mit rund 460.000 Euro** fördern die Ersatzkassen in Niedersachsen in diesem Jahr insgesamt 56 ambulante Hospizdienste im Land. Der Betrag stieg damit um 110.000 Euro gegenüber 2005. Ambulante Hospizdienste unterstützen schwerstkranke Menschen, die die letzte Zeit ihres Lebens in gewohnter häuslicher Umgebung verbringen möchten.
- **Erneut vor Gericht gescheitert** ist eine niedersächsische Kieferorthopädin mit dem Versuch, trotz fehlender Kassenzulassung eine Behandlungsvergütung durch die Krankenkassen zu erzwingen. Das entsprechende Urteil des Landessozialgerichts ist die erste zweitinstanzliche Hauptsacheentscheidung in der Auseinandersetzung. Die Kieferorthopädin hat mittlerweile Revision beim Bundessozialgericht eingelegt.

Gurke des Quartals



Volle Hingabe an den Beruf gibt es nur bei Beamten. Das lehrt uns ein Urteil des Göttinger Verwaltungsgerichts. Der Richter, selbst Beamter, stellte fest, dass die Beschränkung der Beihilfe auf verschreibungspflichtige Arzneimittel für Staatsdiener in Anlehnung an die seit 2004 geltende Regelung für gesetzlich Versicherte nicht rechtens sei. Beamte nämlich seien durch den Dienstherrn zur möglichst immerwährenden Gesundheit angehalten, um diesem mit vollem Tatendrang zur Verfügung zu stehen – da müsse sich der Staat dann eben auch an sämtlichen Kosten beteiligen. Und während also der durch nicht verschreibungspflichtige Pillen und Salben hurtig regenerierte Beamte schon wieder über den Akten brütet, dreht sich der gesetzlich Versicherte noch einmal im Bett und wartet ebenso wie sein Arbeitgeber geduldig darauf, dass sich das Ungemach von selber legt. Ach so, er könnte die Mittelchen natürlich auch privat bezahlen – und würde mit diesem finanziellen Opfer dazu beitragen, dass die Wirtschaft ein wenig mehr brummt. Dann nämlich steigen auch die Steuereinnahmen, und von denen wird ja immerhin auch die Beihilfe für Beamte bezahlt.

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