G 21156 F

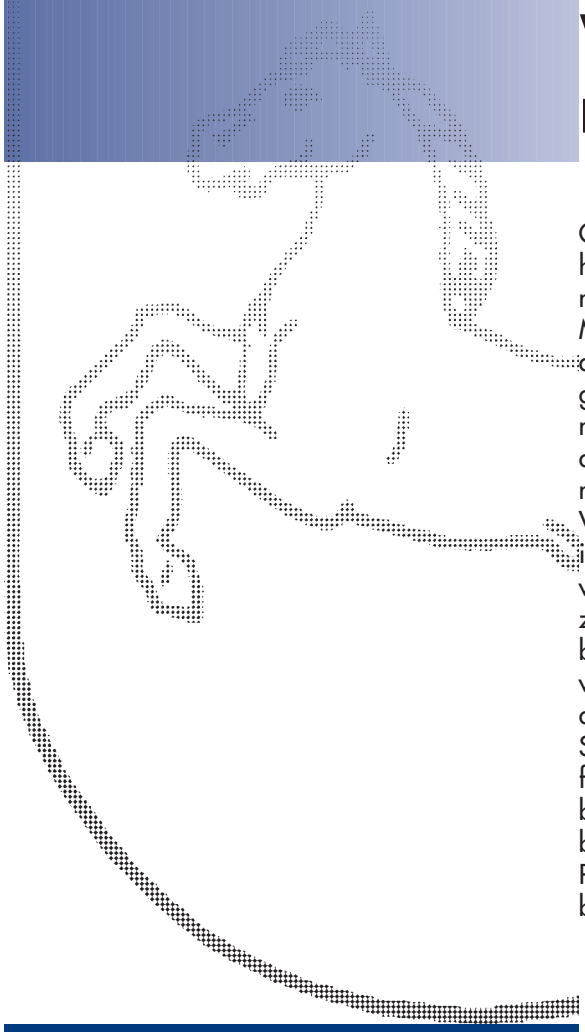
niedersachsen

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

ersatzkassen

Okt. 2004

Weniger Mängel in Pflegeheimen



Gute Nachrichten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen: Die Qualität in niedersächsischen Pflegeheimen ist besser geworden. Nach dem Jahresbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) haben die geprüften Einrichtungen im vergangenen Jahr bei fast allen Qualitätsmerkmalen leicht oder sogar deutlich besser abgeschnitten als noch 2001/2002. Dabei haben die Gutachter mehr Anbieter unter die Lupe genommen als bisher: Von 2.533 ambulanten und stationären Einrichtungen in Niedersachsen wurden 373 kontrolliert – eine Ausweitung auf 15 Prozent. In die Untersuchungen einbezogen waren 1.978 Heimbewohner sowie 132 Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Dienst betreut werden. Der MDKN hat in 252 Fällen nach Hinweisen auf Mängel geprüft („Anlassprüfungen“) und 121 Stichproben erhoben. Die hohe Zahl der Anlassprüfungen zeigt, dass nach wie vor Verbesserungsbedarf besteht. Sie ist aber auch Beleg dafür, dass die Sensibilität von Angehörigen und Betreuern im Hinblick auf Pflegequalität gestiegen ist und Probleme vor Ort auch benannt werden.

Fachkräfte häufiger anwesend Bei rund drei Vierteln der Einrichtungen war – den Vorschriften entsprechend – ständig eine examinierte Fachkraft anwesend. Das entspricht einem Zuwachs von 22 Prozent (Anlassprüfungen) bzw. sieben Prozent (Stichproben). Die Anzahl der Heime, deren Arbeit voll oder zumindest teilweise ein Pflegekonzept zu Grunde liegt, ist von 64 auf 74 Prozent bzw. von 66 auf 92 Prozent gestiegen. Leichte Verbesserungen oder zumindest konstante Ergebnisse auf gutem Niveau sind bei den Kriterien Pflegeprozess, aktivierende Pflege, Dekubitusprophylaxe, Ernährung mit Sondenkost und Medikation zu verzeichnen.

Eine Frage des Managements In dem MDKN-Bericht heißt es: „Die überwiegende Zahl der (...) Pflegeeinrichtungen hat eine positive Einstellung zur bewohnerorientierten Pflege und zum Qualitätsmanagement." Die Pflegekassen sehen sich in ihrer Analyse bestätigt, dass gute Qualität in erster Linie eine Frage des Managements in einem Haus ist. Dieser Erkenntnis folgt auch das neue Prüfkonzept der Kassen, das in der zweiten Jahreshälfte 2003 bereits angewandt und im vergangenen März auch öffentlich vorgestellt wurde. Das Konzept sieht mehr Kontrollen und Sanktionsmöglichkeiten bei Qualitätsmängeln vor. Gleichzeitig soll der MDKN die Betreiber durch Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten gezielt unterstützen. Für die Umsetzung sind die Einrichtungen dann aber alleine verantwortlich.

Ersatzkassen präsentieren sich beim CDU-Landesparteitag
Blickpunkt Gesundheitspolitik: Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, im Gespräch mit Ministerpräsident Christian Wulff und CDU-Gesundheitsexperten Dr. Hans Georg Faust, MdB (oberes Bild, Gesprächspartner von links) sowie mit Niedersachsens Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen. Die Ersatzkassenverbände hatten den Landesparteitag der CDU am 27./28. August in Hannover genutzt, um mit den Delegierten über landesbezogene Themen der Gesundheitspolitik wie den Konflikt um die Kieferorthopädie, Krankenhausversorgung, Pflegequalität und Rettungsdienst zu sprechen.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen

Verweigerung pur

In Niedersachsen gibt es eine öffentliche Körperschaft, die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZVN). Gesetzlicher Auftrag: Dafür zu sorgen, dass jeder Patient einen Zahnarzt findet, der ihn nach Vorlage der Krankenversichertenkarte behandelt. An diese eigentlich selbstverständliche Tatsache muss erinnert werden, um sich die Absonderlichkeiten in der Auseinandersetzung um den Ausstieg von 50 Kieferorthopäden aus der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter vor Augen zu führen. So äußert sich der Vorsitzende eben jener Körperschaft geradezu erfreut, wenn irgendwo in Niedersachsen ein Kieferorthopäde die Kassenzulassung zurückgegeben hat – obwohl dies ein weiterer Beleg dafür ist, dass seine KZVN ihre Aufgabe nicht erfüllen kann oder will. Wenn seine Kollegen hingegen zurückkehren möchten, führt das neben heftigsten Unmutsäußerungen zu dem Versuch, die Rückkehr in den entsprechenden Gremien zu verhindern.

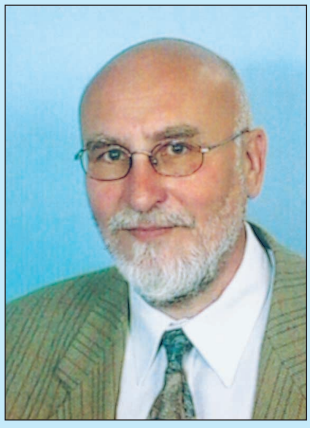
Alle Vorschläge abgelehnt Fakt ist: Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lehnt alle Vorschläge rundweg ab, die helfen könnten, die Situation der kieferorthopädischen Versorgung in einzelnen Regionen zu entspannen – und lässt betroffene Patienten damit vor die Wand laufen. Von den Funktionären der KZVN selber kommen kaum Impulse, obwohl es ihre Aufgabe wäre, denn schließlich haben sie die Versorgung zu organisieren. Sie machen schlichtweg ihren Job nicht. Doch, einen Vorschlag gab es: Die Kassen sollten Privatrechnungen für einzelne Leistungen erstatten, was sie nach dem Sozialgesetzbuch gar nicht dürfen!

Versorgungsauftrag erfüllen! Genau hier beginnt das Problem: Die KZVN-Funktionäre können über die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland denken wie sie wollen – sie haben ihren gesetzlichen Auftrag umzusetzen. Wenn einem KZVN-Vorsitzenden die Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung zuwider sind, muss er eben von seinem Amt zurücktreten. Wenn er es aber behält, hat er die Verpflichtung, alles dafür zu tun, dass jedes Kind in Niedersachsen mit Zahnschiefstellung auf Chipkarte der Krankenkasse kieferorthopädisch behandelt wird.

Bärendienst Vorwerfen kann man der KZVN übrigens nicht nur, dass sie die Behandlung der Patienten sabotiert. Sie erweist auch den Vertragszahnärzten einen Bärendienst, indem sie ihre Rolle in der Selbstverwaltung als Totalverweigerung interpretiert. Das werden auch die Aussteiger gemerkt haben, die ihren Fehler korrigieren wollten und denen die Rückkehr nun versperrt ist. Wenn die KZVN etwas für die im System tätigen Kieferorthopäden tun will, dann sollte sie ihnen den Rat geben, ihre Patienten nicht im Stich zu lassen: Die Absicht einiger Aussteiger, durch Druck auf die Patienten Privatliquidation durchzusetzen, scheitert schon aus rechtlichen Gründen.

Personalien

Nach mehr als 42 Jahren Berufstätigkeit für die Ersatzkassen in Niedersachsen hat die VdAK/AEV-Landesvertretung ihren Referatsleiter Pflege und Sonstige Verträge, **Dieter Götze** (Bild), in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Der Leiter der Landesvertretung, Jörg Niemann, dankte Götze bei einer Feierstunde für Einsatz, Leistung und Loyalität. Götze hatte als Mann der ersten Stunde den Aufbau der Landesvertretung im Jahr 1990 begleitet und war dabei zunächst für Pressearbeit und Grundsatzfragen zuständig. 1994 wechselte er als Referatsleiter in den Bereich der neu aufzubauenden Pflegeversicherung und konnte damit von Beginn an die Umsetzung des Gesetzes in Niedersachsen mit gestalten. Mit fachlicher Kompetenz und hohem Engagement hat er sich Achtung und Anerkennung bei Verhandlungspartnern ebenso wie bei den Kollegen erworben. Die Landesvertretung wünscht Dieter Götze einen erfüllten Ruhestand.



Lockruf aus Asien

Der alte Witz vom Geisterfahrer, der sich verwundert fragt, warum alle anderen denn bloß auf der falschen Seite fahren: Wer sich über solchen Realitätsverlust herzlich amüsieren kann, freut sich Monat für Monat auf die neue Ausgabe des Niedersächsischen Zahnärzteblattes. Nach der Lektüre wissen wir: Die Welt ist böse, das Leben ungerecht, überall lauern Verschwörer. Eigentlich gilt das ganz allgemein so, besonders aber für Zahnärzte. Politik, Krankenkassen – alle unfähig, intrigant und überhaupt irgendwie fies. Und wären da nicht ein paar wenige aufrechte Zahnarztfunktionäre, die als einzige den großen Komplott durchschauen und die Wahrheit erkennen würden, wer weiß, wer weiß, wo wir heute wären.

Und dann, aus dem Nichts, in der August-Ausgabe, zwischen Honorarkürzungen und Bürokratenwillkür, ein Silberstreif am Horizont, in der Kategorie „Berufsständisches": Anlagemöglichkeiten in Asien. Ein Text über zwei Seiten, der die Phantasie beflügelt, denn schließlich locken „traumhafte Wachstumsraten". Von solch einer Phantasie beflügelt waren übrigens wohl auch die niedersächsischen Zahnarztfunktionäre, die vor dem Schiedsamt eine Steigerung von 6,5 Prozent des zahnärztlichen „Unternehmerlohnes" durchsetzen wollten, obwohl der eigenen Kundschaft gerade das Weihnachtsgeld gestrichen wird. Aber lassen wir den Blick lieber wieder in die Ferne schweifen, denn es herrscht „Goldgräberstimmung im Fernen Osten", und das sind in schweren Zeiten doch mal gute Nachrichten. Und damit meinen wir nicht so sehr die Attraktivität chinesischer Investment-Fonds, sondern dass man sich als Zahnarzt trotz allen Elends immer noch darum kümmern muss, sein Geld richtig anzulegen.

Brustkrebs

Neue Behandlungsprogramme erfolgreich gestartet

Bei den neuen Möglichkeiten zur Behandlung von Brustkrebs zeichnet sich eine flächendeckende Beteiligung der Leistungserbringer ab: 16 Krankenhäuser und 380 niedergelassene Ärzte wirken seit 1. Juli an den neuen Disease-Management-Programmen (DMP) mit, die die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen mit Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft vertraglich vereinbart haben. Die Ersatzkassen ermutigen betroffene Patientinnen, die Chance für eine verbesserte Behandlung zu nutzen und an den Programmen teilzunehmen.

Qualität und Transparenz Ziel der Programme ist eine verbesserte, auf die jeweilige Krankheitssituation abgestimmte Behandlung chronischer Erkrankungen (*ersatzkassen in niedersachsen* berichtete). Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser kooperieren dabei enger als bisher. Vor allem aber stellen die Programme einen Meilenstein bei der Qualitätssicherung medizinischer Behandlungen dar. So müssen sich Krankenhäuser spezialisieren, um die Patientinnen behandeln zu dürfen: Mindestens zwei qualifizierte und erfahrene Fachärzte stehen zur Verfügung, insgesamt muss das Krankenhaus zunächst 100, in den Folgejahren mindestens 150 Operationen pro Jahr vorweisen. Auch für niedergelassene Ärzte gelten besondere Zulassungsvoraussetzungen.

Ausweitung geplant Die Krankenkassen wollen die speziellen Angebote bei chronischen Erkrankungen weiter ausweiten. Das nächste geplante Programm soll zu einer besseren Behandlung koronarer Herzerkrankungen führen, die Kassen setzen auf einen Vertragsschluss noch in diesem Jahr. Spezielle Angebote für chronisch Kranke gibt es in Niedersachsen seit Juli 2003 auch bei der Diabetes-Therapie (Typ 2).

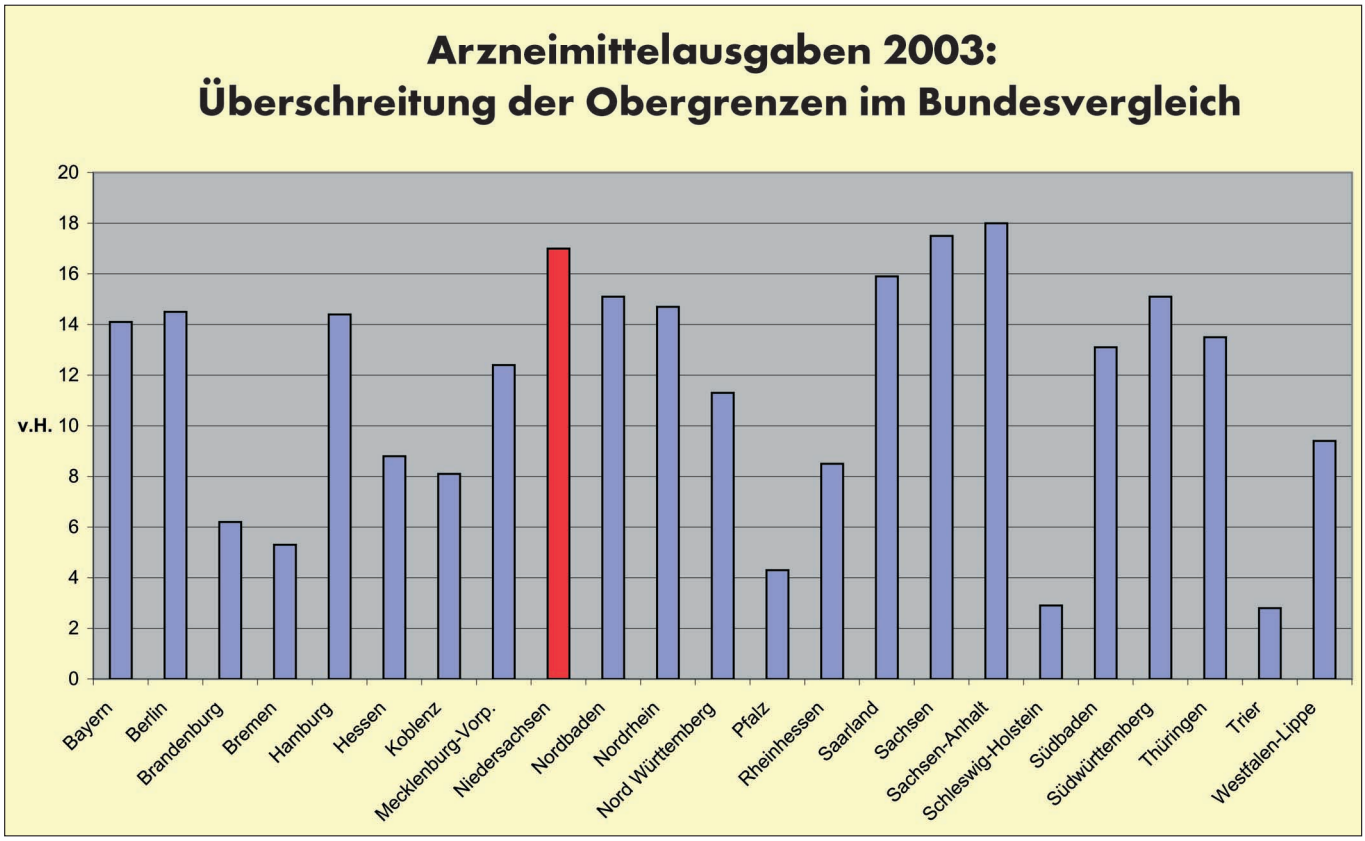
Arzneimittelausgaben I

Negativrekord: Ärzte greifen zu häufig zum Rezeptblock

Niedersachsens Ärzte haben im vergangenen Jahr Arzneimittel für mehr als zwei Milliarden Euro verordnet. Die Ausgaben lagen knapp 300.000 Euro und damit 17 Prozent über der gemeinsam mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarten Obergrenze. Das ist, bezogen auf die alten Bundesländer, absoluter Negativrekord. Bundesweit schlechter schnitten mit 17,5 bzw. 18 Prozent Überschreitung nur die Ärzteschaft in Sachsen und Sachsen-Anhalt ab (s. Abbildung). 2002 hatte die Überschreitung bereits knapp 13 Prozent betragen. Insgesamt gab die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland im vergangenen Jahr rund 19,4 Milliarden Euro für Arzneimittel aus.

Bittere Pille für die Patienten

Das niedersächsische Ergebnis ist auch insoweit unverständlich, als damit der Wille des Gesetzgebers konterkariert wird, die Krankenkassen bei den Arzneimittelkosten zu entlasten. Durch das Beitragssatzsicherungsgesetz gewähren Hersteller, Lieferanten und Apotheker den Kassen seit Anfang 2003 Rabatte, so dass die Arzneimittel um 6,5 Prozent billiger wurden. Entsprechende Einsparungen sind aber nur zu realisieren, wenn vereinbarte Arzneimittel-Obergrenzen ernst genommen werden. Sonst wäre die Rabattregelung reine Kosmetik. Offensichtlich aber wird nicht so sorgfältig und zielgerichtet verordnet, wie es nötig wäre. Für das laufende Jahr kündigt sich nach ersten Schätzungen übrigens eine ähnlich negative Entwicklung an: Nach Frühinformationen des deutschen Apothekerverbandes ist 2004 mit einer Überschreitung von 11,9 Prozent zu rechnen. Das wäre besonders für die Patienten eine bittere Pille, die durch die Gesundheitsreform erhöhte Zuzahlungen in den Apotheken leisten müssen: Diese Zahlungen hatten ebenfalls zu einer Entlastung der Versichertengemeinschaft führen sollen.



Deutliche Ausgabenüberschreitung: Bundesweit schnitten nur Sachsen und Sachsen-Anhalt noch schlechter als Niedersachsen ab.

Arzneimittelausgaben II

Neue Geschäftsstelle prüft ärztliche Verschreibungen

Die Ausgaben der Versichertengemeinschaft für Arznei- und Heilmittel sollen nicht ins Uferlose gehen. Deshalb steht im Sozialgesetzbuch: „Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen". Neu daran ist, dass der gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschuss von Krankenkassen und Ärzteschaft jetzt durch unabhängige Vorsitzende geführt wird, die dabei von einer Geschäftsstelle unterstützt werden. Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist Staatssekretärin a.D. Friederike Witte, die eine der beiden Kammern des Gremiums leitet; die Leitung der anderen Kammer übernimmt ihr Stellvertreter, der Mediziner Dr. Achim Wahlen. Dem Beschwerdeausschuss sitzt der Jurist Prof. Dr. Christoph Nix vor. Hintergrund der Neuregelung ist, dass der Gesetzgeber die mangelnde organisatorische Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung als wesentliche Ursache für eine geringe Effektivität gesehen hat. Nach Einigung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KVN) und Kassenverbänden auf eine unabhängige gemeinsame Geschäftsstelle hat diese nun zum 1. Oktober ihre Arbeit in Hannover aufgenommen. Insgesamt wird die Geschäftsstelle 23 Mitarbeiter beschäftigen – die Kosten teilen sich KVN und Krankenkassen.

Prüfung der Richtgrößen Geprüft werden vorwiegend niedergelassene Ärzte, die deutlich mehr Arznei- und Heilmittel verordnen als ihre Kollegen der selben Fachrichtung („Richtgrößenprüfung"). Diese Ärzte bekommen dabei Gelegenheit, ihr Verordnungsverhalten zu begründen, also beispielsweise Besonderheiten bei der Zusammensetzung des Patientenstammes geltend zu machen. Liegen die Verordnungskosten nach Berücksichtigung dieser Praxisbesonderheiten 15 bis 25 Prozent über dem Durchschnitt der Fachgruppe, werden die Ärzte über ihr Verordnungsverhalten beraten. Liegt der Wert mehr als 25 Prozent über dem Durchschnitt, verrechnen die Krankenkassen die entstandenen Kosten mit der ärztlichen Gesamtvergütung. Auf Ausschüsse und die neue Geschäftsstelle wartet eine Menge Arbeit: rund 2.000 Richtgrößenprüfungen aus den vergangenen vier Jahren.

Bücher

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung niedergelassener Ärzte ist Thema des Ratgebers **„Arznei- und Heilmittel wirtschaftlich verordnen“** von Joachim Schütz, Babette Christophers und Eva Susanne Dietrich (Deutscher Ärzte-Verlag, 80 Seiten, 19,95 Euro). Die Autoren erläutern u.a. Methoden der Prüfung, statistischen Fallkostenvergleich, Richtgrößenprüfung nach SGB V sowie Verwaltungsverfahren bei den Prüfgremien.

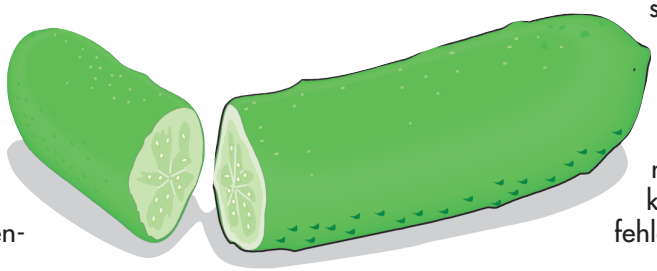
In ihrem Buch **„Der Patient als Nutzer“** zeigt Doris Schaeffer anhand von Fallrekonstruktionen Bewältigungs- und Nutzungsverhalten chronisch Kranker. Untersucht werden „Wege und Irrwege durch das Versorgungswesen“. „Der Patient als Nutzer“ ist im Verlag Hans Huber erschienen, zählt 297 Seiten und kostet 29,95 Euro.

Durch die Gesundheitsreform zum 1. Januar 2004 gibt es erstmals realistische Möglichkeiten für Krankenkassen und ihre Vertragspartner, Angebote integrierter Versorgung zu konzipieren. Damit werden sektorübergreifende Kooperationen von Leistungserbringern möglich – etwa zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken –, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Hilfestellung dabei gibt das **„Handbuch Integrierte Versorgung“**. Herausgeber Prof. Dr. Wolfgang Hellmann stellt gesetzliche Rahmenbedingungen ebenso vor wie konkrete Projekte und gibt Tipps zur Umsetzung. Seine Themen reichen von Planung und Organisation über Kosten- und Qualitätsmanagement bis zum Marketing. Das Handbuch aus der ecomed verlagsgesellschaft ist als Loseblattwerk im Ordner erschienen.
Das Grundwerk umfasst 898 Seiten, der Einführungspreis beträgt 118 Euro.

Nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sind zum 1. Juli 2004 neue Heilmittel-Richtlinien in Kraft getreten. Eine Übersicht über die Bestimmungen und alle verordnungsfähigen Maßnahmen zur Physikalischen Therapie, podologischen Therapie sowie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Ergotherapie hat der Deutsche Ärzte Verlag vorgelegt. Titel: **„Heilmittel-Richtlinien und Heilmittelkatalog“** (202 Seiten, 12,95 Euro).

Gurke des Quartals

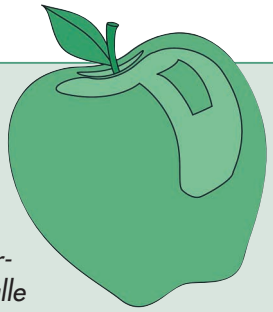
Die Auszeichnung wird diesmal in der Kategorie „beste Verschwörungstheorie“ verliehen – und geht an den Autor eines Beitrags im *Niedersächsischen Zahnärzteblatt,* den die Frage umtreibt, wer eigentlich Schuld daran ist, dass einzelne Kieferorthopäden ihre Patienten im Stich lassen. Mal raten? Die Kieferorthopäden selbst? Zahnarztfunktionäre, die diese Kieferorthopäden angefeuert haben? Natürlich nicht, da Opfer des Komplotts. Krankenkassen, Politik? Die Richtung stimmt, aber zu einfach gedacht. Die Fäden im Hintergrund zieht vielmehr „ein etablierter Beamtenapparat“, der sich „in Niedersachsen schon jahrelang als ideologisch stabil gezeigt“ hat. Bleibt die Frage: Von welchen finsteren Mächten bekommt der seine Befehle?



Zitate

„Diesen Zustand hat sie schließlich gewollt“
Das Sozialgericht Hannover zur Frage, ob eine Kieferorthopädin nach Rückgabe der Kassenzulassung einen erheblichen Nachteil geltend machen kann, weil nun gesetzlich Krankenversicherte als Patienten ausbleiben.

Saurer Apfel



Noch fit in Wahrscheinlichkeitsrechnung? Folgende Aufgabe bringt es ans Licht: Paula und Petra gehen mit Paul und Peter zum Picknick. Jedes Kind steckt den Apfel in den Korb, den es am liebsten mag. Paula, Paul und Petra einen roten, nur Peter einen grünen. Auf der Wiese angekommen, greifen alle mit verbundenen Augen in den Korb. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit für jedes Kind, an den gewünschten Apfel zu kommen? Verraten sei hier schon mal die Tendenz: Die Wahrscheinlichkeit für Peter ist geringer als für die drei anderen. Das ist irgendwie ja auch fair, weil die Mehrheit lieber die roten Äpfel mag. Läge die Wahrscheinlichkeit für alle bei 50:50, würden Paula, Paul und Petra das als ungerecht empfinden. Und genau so erging es gesetzlichen Pflegekassen, privater Krankenversicherung und kommunalen Spitzenverbänden.
Vorgeschichte: Die bei der Schiedsstelle Pflege vertretenen Parteien hatten sich nicht einigen können, wer künftig den unabhängigen Vorsitz führen soll. Für diesen Fall sieht die niedersächsische Schiedsverordnung ein nicht näher bestimmtes Losverfahren vor. Und während Kassen, Privatversicherer und Kommunen alle denselben Kandidaten unterstützten, hatten nur die privaten Anbieter – vgl. Peters grünen Apfel – einen anderen Vorschlag. Trotzdem kamen beim Sozialministerium nicht vier Lose in den Topf, was die Präferenz der Mehrheit berücksichtigt hätte, sondern nur zwei. Damit standen die Chancen 50:50 – ein saurer Apfel für alle Freunde der Wahrscheinlichkeitsrechnung, die die Picknick-Aufgabe richtig gelöst haben. Ausgelost wurde übrigens dann der Kandidat, der nur von einer Partei unterstützt wurde.

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
Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer

Die gute Nachricht zum Schluss

Die Niedersachsen sind die gesündesten Bundesbürger. Wie das Statistische Landesamt mitteilt, liegt der Anteil kranker und unfallverletzter Personen an der Gesamtbevölkerung bundesweit bei 11,2 Prozent, zwischen Ems und Elbe dagegen nur bei 9,8 Prozent. Das Landesamt erhebt die Fragen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung alle vier Jahre.