

niedersachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Juni 2004

Kieferorthopädie

Niedersachsen schreibt Sozialgeschichte

In Niedersachsen wird derzeit Sozialgeschichte geschrieben. Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen (CDU) hat der gesetzlichen Krankenversicherung die Verantwortung übertragen, ab 1. Juli die kieferorthopädische Versorgung in Hildesheim, Cuxhaven und im ehemaligen Landkreis Hannover sicherzustellen. Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik stehen damit die Kassen in der Verpflichtung, einen Teilbereich der medizinischen Versorgung zu organisieren. In den drei Kreisen hatten jeweils mehr als die Hälfte der Kieferorthopäden ihre Kassenzulassung zurückgegeben, so dass die rechtliche Grundlage für die Übertragung des Sicherstellungsauftrages von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) auf die Krankenkassen gegeben war. Landesweit hatten 44 der rund 250 Kieferorthopäden in einem abgestimmten Verfahren erklärt, ihre Patienten künftig nur noch auf Privatrechnung zu behandeln.

Verschiedene Vertragsoptionen

Die Kassen werden alle Anstrengungen unternehmen, um den Versicherten Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Eine Option dabei ist der Abschluss von Einzelverträgen mit denjenigen 80 Zahnärzten, die in den drei Landkreisen über kieferorthopädische Zusatzqualifikationen verfügen und Behandlungen übernehmen könnten. Nach einem Schreiben ihrer Berufsvereinigung sind diese Zahnärzte dazu bereit. Darüber hinaus führen die Kassenverbände Gespräche

mit Kliniken über den Aufbau von kieferorthopädischen Behandlungskapazitäten sowie mit Kieferorthopäden außerhalb der drei Planungsbezirke. Die Kassen legen derzeit potenziellen Partnern konkrete Vertragsangebote vor. Ziel dabei ist es, trotz der gebotenen Eile dauerhafte und tragfähige Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Drohungen gegen Kollegen Das Problem geht indes über das egoistische Verhalten einer kleinen Gruppe von Spitzenverdienern hinaus. Denn die Aussteiger haben mit Deckung der KZVN gehandelt, die ja weiterhin für die Sicherstellung der übrigen 44 Planungsbereiche in Niedersachsen zuständig ist. Zur Erinnerung: Die Rede ist von einer öffentlichen Körperschaft, die den gesetzlichen Auftrag hat, die zahnärztliche Versorgung sicherzustellen. Diese öffentliche Körperschaft unternimmt dafür aber rein gar nichts. Stattdessen bekunden ihre Funktionäre Sympathie für diejenigen Zahnärzte, die eben nicht mehr zur Sicherstellung der Versorgung beitragen wollen und drohen denen, die ihre Verantwortung ernst nehmen. O-Ton des Sprechers der KZVN, hier in seiner Eigenschaft als Verbandsfunktionär: „Es soll Fälle geben, wo Kieferorthopäden den Kassen regelrecht angedient haben sollen, die Fälle der nunmehr ‚freiberuflichen‘ Kollegen zu übernehmen. (...) Sollte sich dieses Verhalten einzelner Mitglieder des Freien Verbandes bestätigen, werde ich die Betroffenen auffordern, den Verband zu verlassen.“ Sollen die Kassen doch Privatrechnungen der Aussteiger übernehmen, meint die KZVN. Die Erstattung von Privatrechnungen hätte aber zur Voraussetzung, dass es keine Sicherstellung nach dem Sachleistungsprinzip mehr gibt. Wobei die KZVN gleichzeitig sagt, es gäbe mit der Sicherstellung doch überhaupt keine Probleme. Man muss sich wohl ausschließlich innerhalb eines selbst geschaffenen Koordinatensystems aufhalten, um so etwas überhaupt noch nachvollziehen zu können.

Seltene Klagedrohung Richtig seltsam werden die intellektuellen Wendungen der Zahnarztfunktionäre, wenn sich die KZVN – wie angekündigt – den Sicherstellungsauftrag für Hildesheim, Cuxhaven und Hannover-Land per Klage zurückholen will. Einen Auftrag, den sie gar nicht erfüllen will. Denn wenn die KZVN es mit ihrem Willen zur Sicherstellung ernst meinte, gäbe es in den übrigen 44 Planungsbereichen Niedersachsens genug für sie zu tun. Auch dort werden Versicherte, die ihre Beiträge zahlen und sich auf Chipkarte behandeln lassen wollen, mit Wartelisten drangsalieren – zeitnahe Behandlung leider nur bei Privatrechnung. Alle Vorschläge der Krankenkassen, die helfen könnten, die Versorgung landesweit zu gewährleisten oder zu verbessern, hat die KZVN abgelehnt.

Patienten als Melkkühe Festzuhalten bleibt, dass Problemlösungen in einer gemeinsamen Selbstverwaltung nicht möglich sind, wenn einer der beiden Partner gar kein Interesse an funktionierenden Strukturen hat, sondern den eigenen gesetzlichen Auftrag nur als Vorwand missbraucht, um die Versorgung innerhalb eines sozialen Gesundheitswesens zu sabotieren. Von Verantwortung gegenüber den Patienten keine Spur. Die werden von der KZVN nur als Melkkühe gesehen, die völlig überzogene Einkommensvorstellungen realisieren sollen. In diesem Zusammenhang ist auch ein Rückblick auf den Ausgangspunkt der Auseinandersetzung hilfreich. Keinesfalls wollten die Aussteiger mit ihrer Aktion „gegen die Gesundheitsreform protestieren“, wie mitunter zu hören und zu lesen war. Auch zahlen die Krankenkassen nicht weniger für die zahnärztliche Versorgung ihrer Versicherten als bisher. Es ging vielmehr um eine Überprüfung der zahnärztlichen Leistungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung, die zum Ergebnis hatte, dass kieferorthopädische Leistungen gegenüber anderen, zum Beispiel im Bereich der Prophylaxe, deutlich überbewertet waren. Die Neubewertung, mitgetragen von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, führte dann zu einer Honorarabsenkung für den kieferorthopädischen Teil der zahnärztlichen Leistungen. Um Geld geht es den Aussteigern aber gar nicht, wenn man der KZVN glauben darf, die wollten ja auch bei Privatrechnungen nur den Kassensatz veranschlagen, sondern um Qualität und „Werte“. Offensichtlich ein unglücklicher Zufall, dass diese Wertediskussion in einen zeitlichen Zusammenhang mit der Honorarabsenkung gefallen ist...

Konsens aufgekündigt Die Zahnarztfunktionäre in Niedersachsen zeigen mit ihren Äußerungen und ihrem Handeln einmal mehr, dass sie den Boden eines Konsenses verlassen haben, der trotz aller Unterschiede im Detail zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen besteht: Ziel des Handelns ist eine finanzierbare, hochwertige medizinische Versorgung für alle. Um dieses Ziel zu erreichen, dazu sind die Partner der Selbstverwaltung letzten Endes da. Wenn eine Partei diese Aufgabe nicht erfüllen will, hat sie ihre Existenzberechtigung verloren. Patienten, Versicherte, Krankenkassen, Politik – und auch Zahnärzte – haben sich lange genug erhöhen lassen müssen. Die „Berufsvereinigung kieferorthopädisch tätiger Zahnärzte“ schrieb, man habe von dieser KZVN „die Schnauze gestrichen voll“. Dem ist nichts hinzuzufügen. ■

Fachtagung zur integrierten Versorgung **Grenzen überwinden**

In den vielfältigen Analysen zum deutschen Gesundheitswesen kommt die Rede früher oder später auf die „starrten Sektorengrenzen“. Effizienz und Ergebnisqualität der Versorgung leiden darunter, dass ambulante und stationäre Angebote strikt voneinander getrennt sind. So forderten Wissenschaft und Krankenkassen immer wieder, diese Grenzen zu überwinden und Anreize zu schaffen, damit Patienten koordinierte Angebote nutzen können, bei denen jeder Teil seine Stärken einbringt. Der Gesetzgeber hat den Bedarf erkannt und den Krankenkassen durch das GKV-Modernisierungsgesetz erstmals die realistische Möglichkeit gegeben, Projekte integrierter Versorgung zu

realisieren: Ein Prozent der Vergütungen von Ärzteschaft und Krankenhäusern steht dafür zur Verfügung – das entspricht allein bei den Ersatzkassen in Niedersachsen rund 22 Millionen Euro im Jahr. Jetzt gilt es, diese Mittel bestmöglich im Sinne von Patienten und Beitragszahlern zu nutzen. Um Anstöße für die Umsetzung zu geben, hatte die VdAK/AEV-Landesvertretung Partner aus ambulanter und stationärer Versorgung zu einer Fachtagung nach Hannover eingeladen.

Präsentation von Projektideen

Wie stark das Interesse an dem Thema ist, zeigte der



Impulse: VdAK/AEV-Landeschef Jörg Niemann (rechts) formulierte die Erwartungen der Ersatzkassen an Projekte integrierter Versorgung. Gerald Meder (Mitte), Vorstand der Rhön Klinikum AG, referierte über Möglichkeiten der Krankenhäuser, Dr. Armin Haßdenteufel (links) berichtete über Erfahrungen des ärztlichen Qualitätsnetzes in Ried/Hessen.

große Zuspruch: Rund 70 Gäste kamen zu der Veranstaltung, um mit potenziellen Partnern über Integrationsversorgung zu sprechen. Einige von ihnen präsentierten Ideen und Ansätze für mögliche Projekte. Impulse für die Diskussion lieferten Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, Rhön-Vorstand Gerald Meder, Dr. Armin Haßdenteufel vom Ärztenetz Ried (Hessen) sowie Erwin Jordan, Sozialdezernent der Region Hannover.

Leistungsangebot aus einem Guss

Ziele und Anforderungen an Projekte integrierter Versorgung beschrieb VdAK/AEV-Landeschef Niemann in seinem Vortrag. Sie sollen Schnittstellenprobleme lösen und sinnvolle, abgestimmte Zusammenarbeiten ermöglichen, um Versorgungsdefizite abzubauen und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Auf die Partner kommt durch die neue Form selektiver Vertragspolitik eine größere Gestaltungskompetenz und damit mehr Verantwortung zu. Das bedeutet auch mehr Wettbewerb, weil die Leistungserbringer versuchen werden, zusätzliche Erlöse zu generieren. Das Ergebnis dieses Wettbewerbs muss in jedem Fall eine für die Patienten erfahrbar verbesserte Versorgung sein, betonte Niemann. Dazu zählen auch eine klare Organisation des Versorgungsgeschehens mit eindeutigen Zuständigkeiten, Terminmanagement und Transparenz über die Behandlungsprozesse. Leistungen müssen aus einem organisatorischen Guss angeboten werden, wobei medizinische Spezialisierung ebenso genutzt wird wie die Lotsenfunktion des Hausarztes. Alle Anbieter verpflichten sich zum Angebot evidenzbasierter Medizin.

Perspektive der Kostensenkung

Thema waren auch die ökonomischen Aspekte der integrierten Versorgung. Nach einer Anschubphase müssen sich die Versorgungsangebote refinanzieren lassen und später durch effizienten Mitteleinsatz zu Kostensenkungen führen. Klar ist: Es geht nicht um das Aufrüsten bereits vorhandener Strukturen. Einsparpotenzial besteht durch eine Reduzierung des Ressourcenaufwandes, Vermeidung von Doppelleistungen sowie bei veranlassten Leistungen wie Arznei- und Heilmitteln. Im Ergebnis, so Niemanns Fazit, soll sich die Organisationsstruktur der Medizin dauerhaft verändern.

Systematische Lösungen gefragt

Bei der Präsentation der Projektideen und bei den Statements der Teilnehmer wurde deutlich: Es gibt eine große Bereitschaft aller Beteiligten, sich an der integrierten Versorgung zu beteiligen. Damit hat der Gesetzgeber schon mal ein wichtiges Zwischenziel erreicht. Denn auch bisher bestand zumindest theoretisch die Möglichkeit zur Integrationsversorgung, allerdings ohne finanziellen Anreiz, denn einer der Partner hätte freiwillig einen Teil seines finanziell geschützten Bereiches aufgegeben. Schwieriger gestaltet sich der zweite Schritt, die konkrete Gestaltung und Umsetzung. Alle Beteiligten befinden sich ohne Frage in einem Suchprozess, vielleicht auch in Wartestellung. Der Stein wird wohl ins Rollen kommen, wenn die ersten Verträge abgeschlossen sind. Ziel im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung muss sein, dass dabei Gründlichkeit vor Schnelligkeit geht und es systematische

Lösungen geben wird. Realistisch erscheint eine Perspektive, bei der zunächst kleinere, abgegrenzte Projekte an den Start gehen und die strukturellen Veränderungen auf längere Sicht kommen.

Suchprozess: 70 Partner aus ambulanter und stationärer Versorgung nutzen die Einladung der VdAK/AEV-Landesvertretung, um über integrierte Versorgung zu sprechen. Im Vordergrund: Carsten Göken, Referatsleiter Vertragswesen bei der Landesvertretung.



Raucher, Trinker, Mobber? – Schulisches Präventionsprojekt startet

Lernziel Gesundheit

„Deutsche Jugend raucht, trinkt, mobbt“, titelte kürzlich die *Neue Presse* aus Hannover. Hintergrund: Die Weltgesundheitsorganisation WHO hatte eine Studie vorgestellt, bei der 160.000 Jugendliche in Europa, den USA und Kanada befragt wurden. In der Tat sind die Ergebnisse für Deutschland bedenklich: 25 Prozent der Jungen und 27 Prozent der Mädchen greifen täglich zu Zigaretten. Jeder zweite 15-Jährige trinkt jede Woche Alkohol, mehr als 15 Prozent der Kinder haben Übergewicht. Weit verbreitet sind Mobbing und Schlägereien: Jeder dritte Jugendliche gab an, im vergangenen Jahr mindestens ein Mal Opfer oder Täter gewesen zu sein.

750.000 Euro Förderung Gründe genug für alle gesellschaftlichen Akteure, jede Anstrengung zu unternehmen, um das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt ihren Teil der Verantwortung und fördert unter anderem mit 750.000 Euro das schulische Modellprojekt „Gesund leben lernen“ in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. Im Mittelpunkt steht dabei die Gesundheit sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler. Auftaktveranstaltung für das Teilprojekt Niedersachsen war im Mai in Hannover.

Neun Modellschulen Neun Modellschulen hat die Länderberatergruppe, an der auch die VdAK/AEV-Landesvertretung beteiligt ist, in den Regierungsbezirken Hannover, Weser-Ems und Braunschweig ausgewählt. Die Kooperationspartner des Projekts – von Krankenkassen über Landesunfallkasse bis zum Kultusministerium – werden ihre jeweiligen Angebote wie Tabakpräventionskurse oder Anti-Agressionstraining nun in regionale Kompetenzpools einstellen, auf die diese Schulen zurückgreifen können. Ziel des auf drei Jahre angelegten Projektes ist es, Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu etablieren, die sich auf andere Schulen übertragen lassen. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Bekennnis zur Prävention Für die gesetzliche Krankenversicherung bekannte sich Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, in seiner Rede bei der Auftaktveranstaltung zur Idee der Prävention. „Von der Schutzimpfung bis zum Kontrollbesuch beim Zahnarzt sind

Präventionsleistungen seit langer Zeit fester Bestandteil des Leistungskataloges“, sagte Niemann. Ein vergleichsweise neuer Aspekt im Aufgabenspektrum der Kassen sei es, beim Verhalten der Menschen anzusetzen, um Gesundheitsprobleme zu vermeiden. So erstatteten die Kassen ihren Versicherten Gebühren von Kursen, die zu mehr Bewegung, zu gesünderer Ernährung, besserem Umgang mit Stress und einer Reduktion des Suchtmittelkonsums führen sollen. „Allerdings gilt es auch diejenigen zu erreichen, die sich von selbst nicht so sehr um ihre Gesundheit kümmern. Diese Menschen müssen in ihren unmittelbaren Lebensumfeldern angesprochen werden, so wie es jetzt mit dem Schulprojekt getan wird“, betonte der VdAK/AEV-Landeschef. Den Schulen komme eine zentrale Bedeutung für die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung der Kinder zu.

Kassen übernehmen Verantwortung Thema war auch die Finanzierung des Projekts. „Die Krankenkassen tun etwas, was ein privates Versicherungsunternehmen nie tun würde: Sie tätigen eine Investition ohne wissen zu können, in welchem betriebswirtschaftlichen Verhältnis Kosten und Nutzen stehen“, sagte Niemann. Die Krankenkassen würden zu dieser gesellschaftlichen Verantwortung stehen, allerdings seien sie „auch keine reine Finanzierungsinstanz, die immer dann einspringen soll, wenn anderswo das Geld zur Realisierung wünschenswerter Ziele fehlt“. Sein Fazit: „Wenn unser Engagement dazu beiträgt, dass es mehr Schüler gibt, die Spaß an Bewegung und Sport haben, keine Zigaretten rauchen müssen, um Anerkennung zu finden und auf fettiges Essen als Seelenretter verzichten können, hat es sich gelohnt.“

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

Herr Zahnstein und die lila Kühe

Es gibt Werbefiguren, die man nicht vergisst. Der durch den Orangenhain schlurfende Onkel Dittmeyer etwa, oder der sonnenbebrillte Senior mit Heißhunger auf Alpenmilchschokolade. In aller Regel meinen es diese Gestalten ausgesprochen gut mit uns. Sie sorgen sich, dass die Wäsche duftet, der Kaffee schmeckt, der Hals nicht kratzt und das Auto zur rechten Zeit bremsen kann. Weit seltener trifft man im Werbeblock auf fiese Typen. Die Rede ist hier nicht von harmlosen Nervensägen wie dem Kleinen Hunger, sondern von echten Finsterlingen, die gar nicht in die Welt von Schönheit und Genuss passen wollen. So einer war der legendäre Herr Zahnstein.

Herr Zahnstein, das machten die Spots auf drastische Weise deutlich, kann ein unbequemer Zeitgenosse sein. Wie unbequem, merkte jetzt auch ein Redakteur der Zeitschrift Öko-Test, der innerhalb von zehn Tagen acht Zahnarztpraxen zur Routineuntersuchung auf-

suchte. In sechs Praxen wurde nach entsprechender Befunderhebung Zahnstein „entfernt“ – und entsprechend abgerechnet. „Während meiner Odyssee durch die Praxen schien sich mein Zahnstein explosionsartig zu vermehren“, wunderte sich der Tester. Das gnadenlose Urteil: „Entweder pfuschen die Zahnärzte bei der Beseitigung von Zahnstein, oder ihr anstrengender Dienst lässt ihnen keine Zeit für einen Besuch beim Optiker.“ Eine weitere Möglichkeit: Es gibt Zahnärzte, die bestimmte Abrechnungspositionen zur Honoraroptimierung nutzen, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit und dem Interesse ihrer Patienten. Da man ein solches Verhalten niemandem unterstellen möchte, hat am Ende vielleicht doch die Werbung recht, und nur eine bestimmte Zahncreme kann Herrn Zahnstein wirklich den Garau machen. Wenn lila Kühe auf der Wiese grasen und in deutschen Wäldern Orangen wachsen – warum nicht.

Betriebskrankenkassen

Ehemaliger Billigversicherer missachtet Verbraucherschutz

Versicherte haben nach Beitragssatzanhebung ihrer Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht. Das heißt, sie können ihre Kasse in diesem Fall auch vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist verlassen und zu einer anderen wechseln. Die Taunus BKK indes verweigert ihren Versicherten dieses Recht, nachdem sie zum 1. April ihren Beitragssatz um einen ganzen Prozentpunkt erhöht hat. „Die Freude über den Wechsel zum längere Zeit billigsten Krankenversicherer der Republik ist bei vielen Kunden blankem Ärger gewichen“, stellt die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* fest. Wechselwillige Mitglieder erlebten „pauschale Abfahren“, so die Zeitung. Die BKK habe kräftig an der Beitragsschraube gedreht „und versucht seitdem mit allen Mitteln, ihre Kunden von einer Kündigung abzuhalten.“ Auch die Stiftung Warentest berichtet von „sehr vielen Beschwerden“ über das Verhalten der Kasse. Die BKK selber begründet die Verweigerung des Sonderkündigungsrechts, das auch als Schutz gegen unseriöse Beitragssatzpolitik gedacht ist, rein

formal: Durch die gleichzeitige Fusion mit der kleinen BKK Braunschweig sei eine neue Kasse entstanden.

Reihenweise Klagen Gegen diese Rechtsauffassung und das Verhalten der BKK klagen nun Versicherte reihenweise. So hat das Sozialgericht Düsseldorf der Taunus BKK untersagt, Versicherte mit Verweis auf die Fusion abzuwimmeln. Das Sozialgericht Nordhausen entschied, dass die Kasse einem wechselwilligen Kunden unverzüglich eine Kündigungsbestätigung ausstellen muss. Auch die Ersatzkassenverbände VdAK und AEV haben beim Sozialgericht Köln Klage gegen die BKK erhoben.

Stiftung Warentest bietet Mustertext Wie wenig ernst es dem ehemaligen Billigversicherer mit Verbraucherschutz und Kundeninteresse ist, wird an einem Fazit der Stiftung Warentest deutlich: „Die Taunus BKK selbst wies bei Beitragssatzerhöhungen anderer Kassen

immer wieder auf das Sonderkündigungsrecht hin (...). In eigener Sache will die Kasse nach der Beitragssatzerhöhung vom April vom Sonderkündigungsrecht nichts mehr wissen.“ Die Stiftung Warentest stellt verärgerten Versicherten auf ihrer

Homepage (www.stiftung-warentest.de) einen Mustertext für eine Klage beim Sozialgericht zur Verfügung. Sie weist darauf hin, das Sozialgerichte für solche Klagen keine Gebühren kassieren.

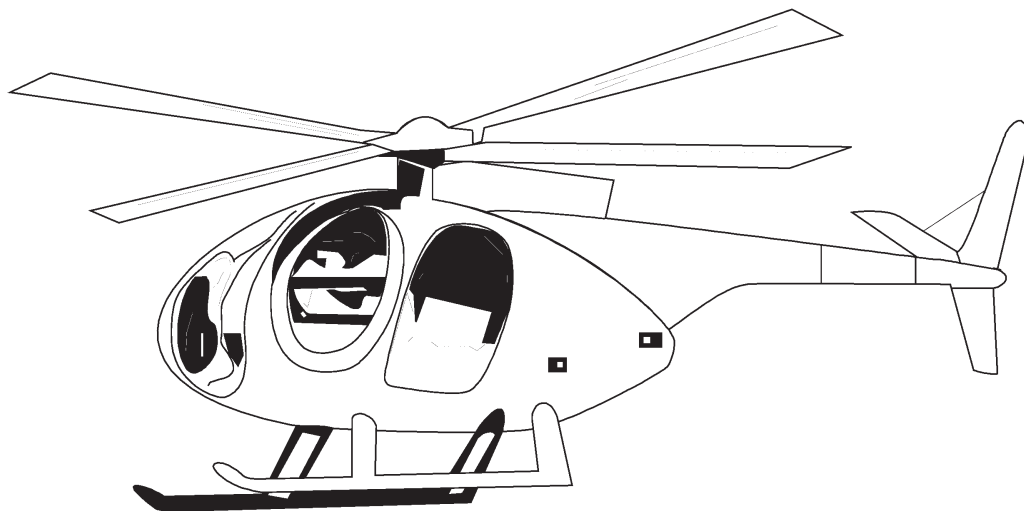
Rettungsdienst I: Hubschrauber

Krankenkassen sollen eine Million Euro mehr als bisher zahlen

Nach dem Willen des Niedersächsischen Innenministeriums sollen die gesetzlichen Krankenkassen rund eine Million Euro mehr als bisher für die Luftrettung im Land bezahlen. Während das Budget für die sechs Rettungshubschrauber im Jahr 2002 noch 10,174 Millionen Euro betrug, sollen die Kassen für das abgelaufene Jahr nun rund 11,115 Millionen bezahlen. Dies würde einer Kostensteigerung von mehr als neun Prozent entsprechen.

Schwer vermittelbar Eine solche Erhöhung dürfte den Versicherten, die derzeit spürbare finanzielle Opfer für die Versorgung bringen müssen, wohl nur schwer vermittelbar sein. Schließlich dürfen sie erwarten, dass das Land Niedersachsen das Gebot der Sparsamkeit auch dann befolgt, wenn es nicht um den Landeshaushalt, sondern um ihre Gelder geht.

Gesetz verteuert die Versorgung Der Fall macht einmal mehr die Schwächen des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes deutlich. Durch die Konstruktion des Gesetzes ist den Kassen eine Kostensteuerung im Rettungswesen nahezu unmöglich. Sie müssen alles bezahlen, was ihnen von den Trägern – wie in diesem Fall dem Land Niedersachsen – als notwendige Kosten präsentiert wird. Der Ehrgeiz in einem solchen System besteht mehr darin, Ausgaben zu begründen, als sie zu vermeiden. Auch die durch den Bundesgesetzgeber festgesetzte Begrenzung von Vergütungserhöhungen für Anbieter wird beim Rettungsdienst durch Landesrecht ausgehebelt. Fazit: Das Gesetz verteuert den Rettungsdienst in Niedersachsen unnötig. Die bisherigen Gespräche mit dem Innenministerium über eine Änderung haben noch keine Ergebnisse gebracht.



Rettungsdienst II: Einsatzfahrzeuge

Wird Osnabrück Entwicklungsland?

Die Kritik der Krankenkassen an dem Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz ist nicht neu (s. Artikel zur Luftrettung auf Seite 7). Nahrung erhält sie durch immer neue Beispiele, bei denen man sich verwundert die Augen reibt, zu welchen Auswüchsen das Gesetz führt. Im Kern geht es darum, dass Kommunen – anders als andere Vertragspartner im Gesundheitswesen – durch das Gesetz von jeglicher finanzieller Verantwortung entbunden sind, so lange sie steigende Ausgaben gegenüber den Krankenkassen als Kostenträgern nur möglichst geschickt begründen. Jüngster Fall: Eine Anfrage der Kassen an die Stadt Osnabrück, die sich auf Kosten der Beitragszahler einen schicken Mercedes-Geländewagen für den Notarzt gönnt hat.

Starker Tobak gehört dazu Zur geschickten Begründung gehört zunächst starker Tobak, gleichsam als Präventivmaßnahme gegen aufkeimende Kritik. So wie kürzlich in Peine, als der Kreis Ausschuss seiner Forderung nach Personalaufstockung in der Leitstelle mit den Worten Nachdruck verlieh, dass andernfalls allein die Krankenkassen verantwortlich wären, wenn „Menschen unnötig im Straßengraben sterben.“ In Osnabrück hat man eine andere Variante gewählt: Hier sieht der Branddirektor die Stadt „im Rettungsdienst zum Entwicklungsland mutieren“, sollten sich die Kassen mit ihren Vorstellungen über Beschaffungsobergrenzen für Einsatzfahrzeuge durchsetzen.

Hügeliges Osnabrück Nach diesem verbalen Holzhammer wird ausführlich dargelegt, warum einzig und allein ein Modell der Mercedes-M-Klasse den drohenden Abstieg Osnabrücks zum Entwicklungsland verhindern konnte. Was die Wolfsburger Konkurrenz wohl zurückweisen dürfte, deren Fahrzeuge sich nebst

anderen „nicht bewährt“ hätten. Ein VW-Bus sei übrigens auch „durch den anstehenden Modellwechsel“ nicht in Frage gekommen. Was gegen die Beschaffung eines Fahrzeugs vor einem Modellwechsel spricht, wird nicht erklärt – solide und günstig wäre es jedenfalls gewesen. Vielleicht hat die Optik den hohen Osnabrücker Standards nicht entsprochen. Die Ausführungen nähern sich derweil ihrem Höhepunkt: „Durch den hügeligen Charakter einiger Stadtteile Osnabrücks (...) wurde ein Geländewagen bevorzugt“. Ach so, und außerdem sitzt man im Geländewagen höher und wird besser gesehen. Nein, bei der Ausschreibung für die Beschaffung des Luxusmodells wurden die Krankenkassen tatsächlich nicht informiert, leider, weil gerade keine Verhandlungen waren, irgendwie. So haben die Kassen von der Anschaffung erst erfahren, als ein Osnabrücker Bürger nach dem Anblick des schicken Gefährts irritiert anfragte, ob die gesetzliche Krankenversicherung zu viel Geld habe.

Geld von Dritten An dieser Stelle sei die These gewagt: Stünde die Stadt Osnabrück auch nur teilweise in finanzieller Verantwortung für die Vorhaltekosten im Rettungsdienst, würde kein Geländewagen mit Stern auf der Kühlerhaube durch die Straßen fahren, auch nicht in den „hügeligen Stadtteilen“. Und selbstverständlich würden dort bei der Anschaffung von Rettungswagen Aspekte der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt, ohne dass Osnabrück dadurch auf den Stand eines Entwicklungslandes fallen würde. Fazit: Vielleicht liegt es sogar in der Natur der Sache, dass man nicht so sehr auf den Euro schaut, wenn man das Geld von Dritten ausgibt. Genau darin liegt aber das Dilemma. Das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz muss deshalb endlich geändert werden. Die Beitragszahler können es sich nicht leisten, noch länger zu warten.

Gurke des Quartals

Stellen Sie sich vor: Sie steigen morgens vor Ihrer Haustür in ein Taxi, das Sie zum Bahnhof fährt. Abends geht es wieder zurück. Kleiner Unterschied: Für den selben Weg – nur in umgekehrter Richtung – sollen Sie dem Taxifahrer mehr als das Doppelte zahlen. So etwas gibt es nicht? Doch, im Rettungsdienst, wo bekanntlich alles möglich ist. Für die rund 90 Kilometer von Hamburg nach Uelzen nimmt die Feuerwehr der Hansestadt 282,60 Euro, der Landkreis Uelzen berechnet den Beitragszahlern für diese Fahrt stolze 599,32 Euro. Und dabei heißt es immer, Hamburg sei ein teures Pflaster...

