C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

IN DIESER AUSGABE **KRANKENHAUSGESETZ** Millionenkosten, unklarer Nutzen | **REGIONALGESPRÄCHE** Landesregierung stoppt auf halber Strecke | **KLINIK-SONDERVERMÖGEN** Land reduziert Investitionsstau – Fragen bleiben

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. JUNI 2017

AUS DEM VDEK

Uwe Klemens zum Vorsitzenden gewählt

FOTO Andrea Katheder – GKV-Spitzenverband

Uwe Klemens (Foto) ist neuer Verbandsvorsitzender des vdek. Die Mitgliederversammlung des Verbandes hat den ehrenamtlich tätigen Versichertenvertreter der Techniker Krankenkasse (TK) im Dezember einstimmig in das Amt gewählt. Klemens folgt auf Christian Zahn (DAK-Gesundheit), der die Position seit 2006 innehatte. Um Kontinuität sicherzustellen, wird Zahn bis zum Ende der Sozialwahlperiode in diesem Jahr als stellvertretender Verbandsvorsitzender fungieren. Der gebürtige Rheinland-Pfälzer Klemens ist bereits seit Dezember 2014 stellvertretender Verbandsvorsitzender des vdek und seit März 2016 Nachfolger von Christian Zahn als alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Seine weiteren Stellvertreter sind Thomas Auerbach (BARMER) und Hansjürgen Schnurr (KKH Kaufmännische Krankenkasse).

PRÄVENTION

Krankenkassen fördern gesunde Lebenswelten

Die Krankenkassen intensivieren ihre Anstrengungen bei der Prävention. Sie fördern Maßnahmen für sozial benachteiligte Zielgruppen ab sofort gemeinsam und stehen im Dialog mit Land, Kommunen und anderen. Das Ziel: Impulse für gesunde Lebenswelten.

Als der Gesetzgeber 2015 das Präventionsgesetz verabschiedet hat, bekamen die Krankenkassen Hausaufgaben. Sie sollten künftig mit bundesweit rund 500 Millionen Euro im Jahr deutlich mehr Geld als bisher für die Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen und sich dabei verstärkt und auch gemeinsam in „Lebenswelten“ wie Kommunen, Stadtteilen und Einrichtungen engagieren. Außerdem gefordert: Strategische Abstimmungen mit anderen maßgeblichen Verantwortlichen. Seitdem hat die gesetzliche Krankenversicherung in Niedersachsen einiges auf die Beine gestellt.

Bisherige erfolgreiche Aktivitäten in Lebenswelten setzen die einzelnen Kassen fort, indem sie individuell etwa mit Kindergärten und Schulen zusammenarbeiten. Dieses pluralistische Vorgehen hat sich hierbei bewährt, weil unterschiedliche Bedarfe auf unterschiedliche Angebote treffen. Gleichzeitig unternehmen die Kassen noch größere Anstrengungen, um auch schwerer erreichbare, sozial benachteiligte Zielgruppen in ihren jeweiligen Lebenswelten mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Seit Anfang Mai fördern sie entsprechende Projekte deshalb gemeinsam über eine neu eingerichtete Stelle. Diese „Gemeinsame Stelle der GKV“ nimmt Anträge entgegen, informiert Antragsteller über die Abläufe und administriert das Förderverfahren. Die Antragsteller haben damit einen zentralen Ansprechpartner. Die Förderentscheidungen selbst werden auch weiterhin durch die Kassen getroffen. Die Gemeinsame Stelle der GKV ist organisatorisch bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen angesiedelt.

Höhere Chance auf gesundes Leben

Gemeinsam gefördert werden gezielte Maßnahmen für Personengruppen wie etwa Langzeitarbeitslose, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund und Alleinerziehende. Die Maßnahmen sollen nicht nur das Verhalten der Zielgruppe, sondern insbesondere auch die Verhältnisse und Rahmenbedingungen in der jeweiligen Lebenswelt nachhaltig verändern.

→

KOMMENTAR

Trotz Schieflage: Präventionsgesetz bietet Chancen

FOTO vdek/Georg J. Lopata

von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Die Krankenkassen erfüllen ihren Präventionsauftrag aus Überzeugung. Schon vor dem Präventionsgesetz haben sie mehr Geld dafür ausgegeben als sozialgesetzlich gefordert. Dennoch hat der Gesetzgeber den Richtwert noch einmal deutlich angehoben. Die Schieflage: Bei allen Lippenbekenntnissen, dass es eine gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung für Prävention gibt, wurden nur die Krankenkassen zu einem höheren finanziellen Einsatz verpflichtet. Und schon systematisch kann es nicht richtig sein, dass der Gesetzgeber Millionenbeträge aus der Sozialversicherung zwangsweise an eine nachgeordnete staatliche Behörde wie die BZgA überweisen lässt. Gleichwohl: Im Präventionsgesetz stecken Chancen. Und die werden in Niedersachsen genutzt. So sehr Pluralismus als Grundprinzip von Prävention und Gesundheitsförderung richtig ist, so sinnvoll sind ergänzende Kooperationen: Land, Sozialversicherung, kommunale Vertreter und andere sitzen an einem Tisch, um sich – in dieser Form erstmals und dauerhaft – zu Bedarfen und Zielen bei Präventionsmaßnahmen auszutauschen. Die Krankenkassen haben Handlungsfelder definiert, in denen sie künftig gemeinsam vorgehen. Es gibt den Willen, die Prävention in Niedersachsen voranzubringen. Auf diesem Weg ist allen Beteiligten Erfolg zu wünschen.

Neben der Förderung über die Gemeinsame Stelle unterstützen die Ersatzkassen solche lebensweltlichen Aktivitäten zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen auch als Gruppe über die vdek-Landesvertretung (Ansprechpartnerin: Katharina Viehmann, Telefon: 0511 / 3 03 97 – 51, katharina.viehmann@vdek.com).

Breites Bündnis

Die Krankenkassen stehen darüber hinaus im Austausch mit anderen Trägern von Präventionsleistungen. Grundlage dafür ist eine Landesrahmenvereinbarung, die sie im vergangenen Jahr mit dem Land Niedersachsen, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung abgeschlossen haben. Niedersachsen gehörte damit zu den ersten Bundesländern mit einer Landesrahmenvereinbarung Prävention.

Der Vereinbarung beigetreten sind die Bundesagentur für Arbeit, die obersten Landesbehörden für den Arbeitsschutz sowie die kommunalen Spitzenverbände, die auch an den Verhandlungen beteiligt waren. Damit gibt es in Niedersachsen ein breites Bündnis für Gesundheitsförderung und Prävention.

Konkret haben die Beteiligten vereinbart, unter Federführung der gesetzlichen Krankenversicherung einen dauerhaften Austausch im Rahmen eines neuen „Dialogforums Prävention“ zu führen. Dieses soll unter anderem Ziele definieren, Impulse zu trägerübergreifender Zusammenarbeit geben sowie Handlungsbedarfe identifizieren und Handlungsempfehlungen aussprechen. Das Dialogforum hat erstmals im November 2016 getagt.

Zusätzliche Finanzmittel führen auch zu Begehrlichkeiten, oder, vorsichtiger formuliert, zu Missverständnissen. Missverständnisse mussten die Krankenkassen auch bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes ausräumen. So hat der Gesetzgeber – anders als bisweilen vermutet – keine neuen Leistungen oder Leistungsinhalte geschaffen oder den Krankenkassen zusätzliche Zuständigkeiten als Kostenträger zugewiesen. Präventionsleistungen der Krankenkassen orientieren sich auch weiterhin an den Definitionen des Sozialgesetzbuchs und den Inhalten des Leitfadens des GKV-Spitzenverbandes. Und bei aller Bereitschaft zum Dialog: Wie bei jeder anderen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt auch bei der Präventionsleistung die Entscheidungssouveränität bei den Kassen.

»Die Maßnahmen sollen die Verhältnisse in den Lebenswelten nachhaltig verändern.«

FOTO Ulf Dressen – Fotolia.com

LEBENSWELT STADTTEIL: Die Krankenkassen wollen sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen mindern.

SOZIALWAHL

Fünf Millionen Gelegenheiten zum Mitbestimmen

Am 31. Mai endete für die meisten Ersatzkassen-Mitglieder die Frist zur Teilnahme an der Sozialwahl. Sozialministerin Cornelia Rundt und vdek-Landeschef Jörg Niemann hatten zur Wahl aufgerufen.

MOTIV DRV / vdek

Die Sozialwahl ist von enormer Bedeutung für die Versicherten, denn es geht um zentrale Fragen der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung. Deshalb appelliere ich an alle Wahlberechtigen, ihr Wahlrecht zu nutzen! Nur wer seine Stimme abgibt, hat Einfluss darauf, wer in Zukunft die Interessen der Versicherten in den Vertreterversammlungen und Verwaltungsräten vertritt“, sagte Niedersachsens Sozialministerin Cornelia Rundt in ihrem gemeinsamen Aufruf mit dem Leiter der vdek-Landesvertretung, Jörg Niemann. Bei der Wahl konnten rund fünf Millionen Wahlberechtigte in Niedersachsen bis Ende Mai darüber entscheiden, wer bei den Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund das Sagen hat. Stichtag für BARMER-Mitglieder ist der 4. Oktober. Die Sozialwahl findet alle sechs Jahre als Briefwahl statt.

Das Prinzip der Sozialwahl: Ersatzkassen-Mitglieder wählen aus dem Kreis der Versicherten ehrenamtliche Vertreter in die Verwaltungsräte ihrer Kassen. Und die haben entscheidenden Einfluss: Der Verwaltungsrat legt Satzungsleistungen fest, wählt und kontrolliert den Vorstand und beschließt Haushalt und Zusatzbeiträge. Er ist an allen Entscheidungen beteiligt, die für die Kasse grundsätzlich wichtig sind und ihre Versicherten direkt betreffen. Nicht zuletzt überprüfen Selbstverwalter Widersprüche von Versicherten, die sie sich von ihrer Kasse ungerecht behandelt fühlen.

Dritter Weg

Dieses Prinzip der Selbstverwaltung ist Kernprinzip der deutschen Sozialversicherung, ein dritter Weg zwischen Staat und Markt. Dabei soll soziale Sicherung nicht nach staatlicher Kassenlage und allumfassender staatlicher Festlegung erfolgen, aber auch nicht den Kräften des freien Marktes überlassen werden, da ansonsten sozial Schwächere oder Menschen mit hohem Krankheitsrisiko ausgeschlossen würden.

VERWALTUNGSRÄTE

Ersatzkassen setzen auf starke Selbstverwaltung

Die Ersatzkassen setzen auf eine starke Selbstverwaltung in einem solidarischen Gesundheitswesen. Dieses Bekenntnis stand im Mittelpunkt eines Austauschs zwischen ehrenamtlichen Verwaltungsratsmitgliedern der Ersatzkassen aus ganz Niedersachsen und der vdek-Landesvertretung. Die Verwaltungsratsmitglieder hatten sich im Haus der Landesvertretung aus erster Hand über die landesbezogene Vertragsgestaltung und Interessenvertretung durch den Verband informiert. Auf der Tagesordnung standen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung, die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Flächenland Niedersachsen sowie die Umsetzung der Reform der Pflegeversicherung zum Jahreswechsel.
Die Verwaltungsratsmitglieder betonten dabei, dass die Selbstverwaltung wesentliche Festlegungen für das Handeln der Krankenkassen treffe. „Selbstverwaltung bedeutet gelebte Demokratie in der gesetzlichen Krankenversicherung, indem gewählte ehrenamtliche Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen mitwirken“, hieß es vonseiten der Teilnehmer. Diese direkte Beteiligung unterscheide die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland von staatlichen und privatwirtschaftlichen Systemen der Gesundheitsversorgung. Die Selbstverwaltung sei ein Garant dafür, dass die Krankenkassen im Interesse ihrer Versicherten eine leistungsfähige, hochwertige Versorgung ebenso im Blick hätten wie die Bezahlbarkeit der Versorgung.

NEUES KRANKENHAUSGESETZ

Zusätzliche Millionenkosten, unklarer Nutzen

Das Land will die Patientensicherheit in Krankenhäusern erhöhen. Anstatt aber die Kerntätigkeit von Ärzten und Pflegern zu stärken, macht es dazu ausgerechnet Vorgaben zur Beschäftigung von Apothekern.

Die Mordserie eines Krankenpflegers, der Patienten an den Kliniken Oldenburg und Delmenhorst über Jahre bewusst gefährliche Medikamente spritzte, hat Niedersachsen erschüttert. Glaubt man einer kürzlich veröffentlichten Studie, könnten solche Fälle sogar weit häufiger vorkommen als bisher vermutet. Auch als Reaktion darauf hat die Niedersächsische Landesregierung den Entwurf eines neuen Krankenhausgesetzes vorgelegt. Das Ziel: mehr Schutz für die Patienten. Dieses Ziel ist unbedingt zu unterstützen. Einzelne Maßnahmen wie die Einführung von anonymen Fehlermeldesystemen und Todesfallkonferenzen vermögen es auch zu fördern. In seinem Kern jedoch ist das Gesetz teuer und bürokratisch, der Zusatznutzen für die Patienten mehr als fraglich.

Demonstratives Handeln

So will das Land im offenkundig demonstrativen Bemühen, Konsequenzen aus der Mordserie zu ziehen, die Anstellung von Stationsapothekern in Kliniken vorschreiben. Dabei liegt die Verantwortung für Medikation als wesentlichem Bestandteil der Behandlung in Krankenhäusern unbestritten bei den Ärzten. Anstatt nun die Patientensicherheit in diesem zentralen Bereich zu stärken, macht das Land bürokratische Vorgaben zur Beschäftigung einer unterstützenden Berufsgruppe. Notwendig jedoch wäre vielmehr eine gesetzliche Regelung, nach der jedes Krankenhaus ein verbindliches Konzept zur sicheren ärztlichen Kontrolle der Medikamentenvergabe entwickeln und einhalten muss.

Besonders bemerkenswert ist, dass mit dem Gesetz erstmals überhaupt eine Verpflichtung zur Personalvorhaltung in Krankenhäusern geschaffen wird – und die sich dann ausgerechnet auf Apotheker bezieht. Demgegenüber gibt es für den Kern der Krankenhaustätigkeit auch weiterhin keine entsprechenden Regelungen. Dabei würde eine Mindestvorgabe zur Anstellung von Ärzten und Pflegern die Sicherheit der Patienten sehr konkret erhöhen und außerdem die Belastung der Beschäftigten reduzieren. Eine solche Vorgabe ist auch aus Sicht der Kostenträger überfällig, denn die Krankenkassen bezahlen die Kliniken schließlich für eine gute und sichere Versorgung ihrer Versicherten.

Die Einstellung von geschätzt landesweit über 130 zusätzlichen Apothekern kostet jährlich weit mehr als zehn Millionen Euro. Dieses Geld wird der Versorgung entzogen, ohne dass dem ein klarer Zusatznutzen für die Patientensicherheit gegenübersteht. So war seinerzeit ausgerechnet in dem Krankenhaus, in dem die Mordserie ihren Anfang nahm, bereits ein Apotheker tätig.

Geringere Qualitätsstandards

Im Widerspruch zum selbst erklärten Ziel höherer Sicherheit steht, dass das Land nach eigenen Festlegungen Krankenhäusern die Möglichkeit geben will, von bundesweit gültigen Qualitätsstandards nach unten abzuweichen. Ausgerechnet unter der Überschrift Patientenschutz können damit wichtige Qualitätsanforderungen ausgehöhlt werden. Konkret dürften Krankenhäuser in Niedersachsen bestimmte Leistungen auch dann erbringen, wenn sie nicht die erforderliche Erfahrung nachweisen können. Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht solche „Mindestmengen“ bei Eingriffen vor, die eine besondere Routine erfordern. Die beabsichtigte Regelung stünde auch im Widerspruch zu einem Beschluss des Niedersächsischen Landtags, der sogar gefordert hatte, Qualitätskriterien stärker als bisher bei der Krankenhausplanung einzubeziehen (Drs. 17/3186).

FOTO Cornelia Pithart – Fotolia.com

TATWAFFE SPRITZE: Die Mordserie eines Krankenpflegers hat Niedersachsen erschüttert.

Die verbindliche Anwendung bundesweiter Standards würde dazu beitragen, dass es keinen wirtschaftlich begründeten Unterbietungswettbewerb bei der Behandlungsqualität gibt und eine qualifizierte Behandlung auch in Wohnortnähe gewährleistet bleibt. Es muss das Prinzip gelten, dass Patientenschutz Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser genießt.

KRANKENHAUS-REGIONALGESPRÄCHE

Landesregierung stoppt auf halber Strecke

Erstmals überhaupt hat das Land den Strukturwandel der Kliniklandschaft systematisch zu seinem Thema gemacht. Um Ergebnisse zu erzielen, reicht eine Moderation von Gesprächen allerdings oft nicht aus.

Als die Landesregierung 2013 in ihrem Koalitionsvertrag die „Förderung der Kooperation, Fusion und Schwerpunktbildung von Krankenhäusern“ ankündigte, durfte das als ermutigendes Signal verstanden werden. Schließlich war die Modernisierung der Kliniklandschaft längst überfällig und damit gesundheitspolitisch wichtigste Aufgabe der Legislaturperiode. Und es schien dem Land ernst zu sein: Das Sozialministerium begann, Regionalgespräche mit Krankenhausträgern und anderen Beteiligten zu initiieren. Es ist ein Verdienst der Landesregierung, das Thema erstmals überhaupt systematisch aufgegriffen zu haben. Im Ergebnis ist der Prozess aber auf halbem Wege stehen geblieben.

Klare Problembeschreibung

Die Herausforderung bestand in einer nicht mehr zeitgemäßen, ineffizienten Versorgungsstruktur mit zu vielen und zu vielen kleinen Standorten, die als Folge mit mangelnder Auslastung und einer schwerer werdenden Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu kämpfen haben. Vor diesem Hintergrund führte das Land in neun Regionen Gespräche. Diese begannen jeweils mit einer klaren Analyse und Problembeschreibung: rückläufige Einwohnerzahlen, Überkapazitäten und Doppelvorhaltungen von Angeboten. Tatsächliche strukturelle Veränderungen hat es dann mit Standortschließungen in Diekholzen, Springe, Dissen und Braunschweig in vier Regionen gegeben. Allerdings ging es dabei um Entscheidungen, bei denen der Konsens der Beteiligten im Wesentlichen schon vorher angelegt war.

Wo die Bereitschaft der Träger nicht von vornherein vorhanden war, gab es trotz offensichtlicher Handlungsnotwendigkeit und einer Vielzahl von Gesprächen keine Ergebnisse. Beispiele dafür sind die Doppelvorhaltungen in Gronau / Alfeld und Bremervörde / Zeven sowie die zu hohe Anzahl und räumliche Lage der Standorte im Landkreis Diepholz. Zudem haben in weiteren Regionen mit Veränderungsbedarf erst gar keine Gespräche stattgefunden (Brake / Nordenham, Achim / Verden und Südniedersachsen: Clausthal-Zellerfeld / Goslar, Northeim / Einbeck, Göttingen).

In der Praxis hat sich bestätigt, dass Krankenhäuser in der Regel nicht bereit sind, freiwillig über Fusionen oder Schließungen nachzudenken – es sei denn, der wirtschaftliche Druck wird zu stark. Eine Moderation der Gespräche reicht dann nicht aus. Wenn Häuser nicht mehr zukunftsfähig sind, müsste das Land den Trägern genau das sehr deutlich machen. Stattdessen sind die Diskussionen ambivalent: Wird im Abstrakten die Notwendigkeit eines Strukturwandels durchaus betont, so geht es im konkreten Einzelfall dann eher um Maßnahmen zum Erhalt des Standorts. Diese Signale werden vor Ort als Ermutigung verstanden, dass es trotz fehlender Voraussetzungen gelingen kann, die Schließung eines Krankenhauses zu vermeiden. Das Land muss konsequent dabei bleiben, dass es für solche Standorte keine Fördermittel zur Verfügung stellt und eine klare Linie auch in der Kommunikation verfolgen.

Weitere Ergebnisse sind angesichts des bevorstehenden Wahlkampfes nicht mehr zu erwarten. Auch wenn der wirtschaftliche Handlungsdruck durch zusätzliche Finanzmittel für die Kliniken erst einmal nachgelassen hat, bleibt der Strukturwandel der Krankenhauslandschaft zentrale Aufgabe für die nächste Legislaturperiode. Der Versuch von Trägern, nicht zukunftsfähige Standorte zu erhalten, führt zu wirtschaftlichen Defiziten, nicht bedarfsgerechten Mengen- und Leistungsausweitungen und auch zu erschwerten Arbeitsbedingungen für das Personal. Standortsicherungen als Selbstzweck stehen letztlich einer effizienten und besseren regionalen Versorgung der Patienten im Weg.

FOTO upixa – Fotolia.com

LEERSTAND: Zu viele Standorte konkurrieren um eine begrenzte Zahl an Patienten.

20 KRANKENHAUSSCHLIESSUNGEN SEIT 2013

Prognosen des vdek voll bestätigt

Vor rund dreieinhalb Jahren hatte der vdek eine Berechnung zur notwendigen Reduzierung von Klinikstandorten in Niedersachsen vorgelegt. Diese wird nun von der tatsächlichen Entwicklung sogar noch überholt.

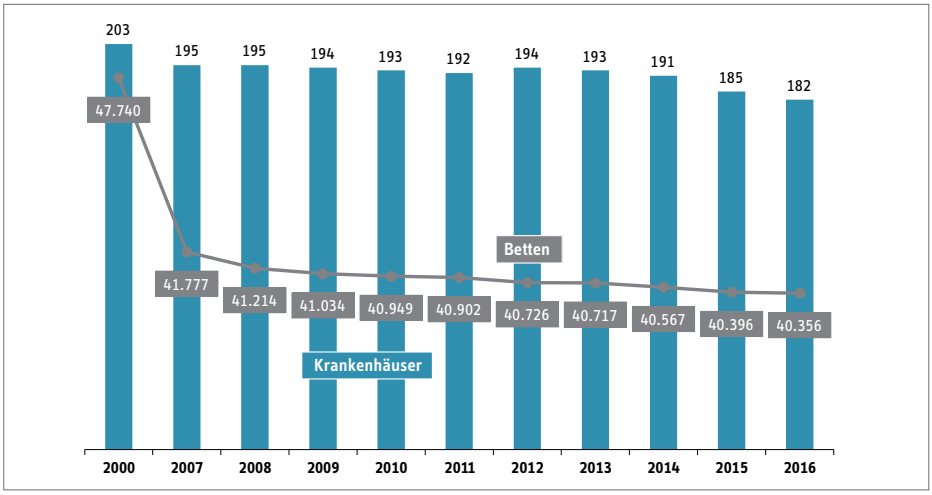

SCHAUBILD vdek

STRUKTURWANDEL: Seit 2013 sinkt die Zahl der Krankenhäuser in Niedersachsen erkennbar.

Ungewöhnlich schroff", schrieb die „Neue Osnabrücker Zeitung" im Oktober 2013, habe Niedersachsens Sozialministerin Cornelia Rundt auf die Aussage des vdek reagiert, nach der 33 Krankenhäuser im Land bis 2030 schließen müssten. „Das ist unprofessionell, willkürlich und unverantwortlich", so das Zitat der Ministerin.

Was war geschehen? Der vdek hatte sich öffentlich damit auseinandergesetzt, dass die Zahl der Krankenhausbetten durch Bevölkerungsrückgang und kürzere Behandlungsdauer zwangsläufig weiter sinkt. Damit, so seinerzeit die Herleitung, besteht entweder die Perspektive, dass die vorhandenen Krankenhäuser am Markt bleiben, aber immer kleiner werden und immer größere Schwierigkeiten haben, medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen. Um das zu vermeiden, muss sich – Möglichkeit zwei – die Bettenkapazität auf weniger Standorte verteilen. Damit bestünde auch die Chance, dass diese Standorte wirtschaftlich gestärkt und mit größerer Spezialisierung aus dem Strukturwandel hervorgehen. Als Ergebnis hatte der Verband modellhaft errechnet, dass mittelfristig die viel zitierten 33 Kliniken schließen müssten, um zumindest den Status Quo der durchschnittlichen Häusergröße zu erhalten.

Bewusste Wahl der Patienten

Gut dreieinhalb Jahre später ist festzustellen, dass sich die grundlegenden Annahmen des vdek bestätigt haben – auch deshalb, weil die Patienten bewusst größere, leistungsfähigere Krankenhäuser auswählen. Die Berechnung wird von der tatsächlichen Entwicklung sogar noch überholt. Seit 2013 ist die Zahl der Klinken landesweit um elf gesunken, neun weitere Standortaufgaben sind fest avisiert. Das heißt: Fast zwei Drittel des seinerzeit genannten Werts sind bereits erreicht – nach weniger als vier von 17 Jahren Prognosezeitraum.

KLINIK-SONDERVERMÖGEN

Land reduziert Investitionsstau – Fragen bleiben

Immer wieder hatten Krankenhäuser und Kassen darauf hingewiesen: Das Land Niedersachsen stellt den Kliniken zu wenig Geld für Bau- und Sanierungsmaßnahmen zur Verfügung. Die Folge: ein Investitionsstau in Milliardenhöhe. Das Land hat nun nach vielen Jahren der Untätigkeit reagiert. Mittel dazu ist ein kreditfinanziertes Sondervermögen: Durch einen Finanzaufwand von 800 Millionen Euro – jährlich 32 Millionen Euro für Tilgung und Zinsen über 25 Jahre – stehen 663 Millionen Euro bereit, um diesen Stau ein Stück weit aufzulösen. Dazu kommen Mittel der jährlichen Förderung und aus dem Strukturfonds, insgesamt gut 1,3 Milliarden Euro bis 2020.

Die Initiative wird den Kliniken zweifellos helfen. Sie löst allerdings nicht die Probleme der Zukunft. Dafür müsste das Land die zu geringen jährlichen Fördergelder anheben und dauerhaft dynamisieren. Weiteres Problem: Der Schuldendienst soll offenbar knapp zur Hälfte zulasten der Pauschalförderung gehen. Damit müssen die Häuser einen guten Teil ihrer Investitionen selbst tragen.

Und schließlich stellt sich die Frage der Proportionen: So will das Land seinen Universitätskliniken in Hannover und Göttingen 2,1 Milliarden Euro für Neubauten und Sanierung zahlen – 2,1 Milliarden Euro für zwei Krankenhäuser. Gemessen daran nehmen sich 1,3 Milliarden Euro Euro für 180 Krankenhäuser eher bescheiden aus. Es sollte das Land nicht überraschen, wenn das bei den Krankenhäusern in der Fläche für Kritik sorgt.

GESUNDHEITSPOLITIK

Ersatzkassen im Austausch mit Landtagsfraktionen

Die Ersatzkassen haben mit den Sozialpolitikern der Landtagsfraktionen gesundheitspolitische Gespräche geführt. Themen: das neue Krankenhausgesetz und Wettbewerbsverzerrungen durch den Risikostrukturausgleich.

DIALOG MIT SPD UND GRÜNEN: Jörg Niemann (vdek), Inken Holldorf (TK), Dirk Vennekold (DAK-Gesundheit), Sven Saß (hkk), Immacolata Glosemeyer MdL (SPD), René Kopka (SPD), Holger Ansmann MdL (SPD), Uwe Schwarz MdL (SPD), Michael Leopold (Nds. Sozialministerium), Filiz Polat MdL (Bündnis 90 / Die Grünen) (v.l.).

DIALOG MIT DER CDU: Burkhard Jasper MdL, Gudrun Pieper MdL, Jörg Niemann (vdek), Annette Schwarz MdL, Inken Holldorf (TK), Reinhold Hilbers MdL, Petra Joumaah MdL, Dr. Max Matthiesen MdL, Dirk Vennekold (DAK-Gesundheit), Hanno Kummer (vdek) (v.l.).

FOTOS (2): vdek

GESUNDHEITSREGIONEN

Kooperationspartner wollen Engagement fortsetzen

Seit 2014 kooperieren die Ersatzkassen mit dem Land und weiteren Partnern bei den „Gesundheitsregionen Niedersachsen“. Mittlerweile sind 35 Gesundheitsregionen zwischen Harz und Nordsee aktiv. Das Land will die Initiative nun über 2017 hinaus fortsetzen. Die Ersatzkassen haben ihre Bereitschaft dazu signalisiert. Sie beteiligen sich bislang mit bis zu 100.000 Euro im Jahr an ausgewählten Projekten aus den Gesundheitsregionen.

Die Gesundheitsregionen sind bei den teilnehmenden Landkreisen und Städten angesiedelt. Diese organisieren über regionale Steuerungsgruppen Austausch und Kooperation der verschiedenen Akteure der Gesundheitsversorgung vor Ort. Im Kern geht es darum, die vielfältigen Versorgungsangebote zu vernetzen und Schnittstellen im Interesse der Versicherten zu überwinden. Damit entstehen in Zeiten zunehmender Zentralisierung landesweit regionale Gesundheits-Netzwerke. Für die Ersatzkassen sind diese eine wichtige Ergänzung zu den Entscheidungsverantwortungen auf Landesebene.

Bei der letzten Förderrunde haben die Kooperationspartner drei Projekte ausgewählt: Anlaufstelle zur Sicherung und Gewinnung von Fachkräften in der Pflege (Landkreise Vechta und Cloppenburg / 100.000 Euro Fördersumme), Traumaprävention mit Familien in der Erziehungsberatung (Landkreis Leer / 99.990 Euro), Digitale Kommunikationshilfe für nicht-deutschsprechende Patienten im Grenzdurchgangslager Friedland (Gesundheitsregion Göttingen / 100.000 Euro).

STATISTIK

„Basisdaten“ neu aufgelegt

BROSCHÜRE vdek

Die vdek-Landesvertretung hat ihre Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen“ in aktualisierter und erweiterter Form neu aufgelegt. Auf rund 60 Seiten gibt sie statistische Einblicke in alle wesentlichen Bereiche der Gesundheitsversorgung im Land: von der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung über den Rettungsdienst bis zur Pflegeversicherung. Über die aktuellen Zahlen hinaus werden Entwicklungen im zeitlichen Verlauf dargestellt und kommentiert. Die Broschüre steht auf der Internetseite www.vdek.com/LVen/NDS.html zur Verfügung. Ein gedrucktes Exemplar kann kostenlos bei der Landesvertretung bezogen werden.

PERSONALIE

Wahl zum Vizevorsitzenden

Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung, hat den stellvertretenden Vorsitz der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LVG & AfS) übernommen. Zuvor hatte ihn die Mitgliederversammlung der LVG & AfS einstimmig für weitere vier Jahre in den Vorstand des gemeinnützigen Fachverbandes gewählt.

GURKE DES QUARTALS

Individuelle Arztleistungen: Ernüchternde Bilanz

Was extra kostet, muss auch besonders gut sein. Glauben viele, stimmt aber nicht immer. Schon gar nicht, wenn es um sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) geht. Das sind Leistungen, die Ärzte ihren Patienten nur auf Privatrechnung anbieten, ganz individuell eben. Das Angebot reicht von der Augeninnendruckmessung über die Bach-Blütentherapie bis zur operativen Schnarchbehandlung. Fünf Jahre lang haben Wissenschaftler im Auftrag des Medizinischen Dienstes IGeL unter die Lupe genommen. Die Bilanz: Vier IGeL bewerten die Wissenschaftler negativ – der Schaden ist deutlich höher als der Nutzen –, 17 IGeL tendenziell negativ. Bei 15 weiteren Angeboten ist die Schaden-Nutzen-Bilanz unklar. Nur drei IGeL sind tendenziell positiv einzuschätzen, kein einziges Angebot positiv. Soweit das ernüchternde Fazit. Apropos nüchtern. Nicht jeder mag die Qualität der individuellen Leistungen so nüchtern zu betrachten, da sie gleichzeitig ja auch sehr individuell das Einkommen des Praxisinhabers steigern. Besondere Unterstützung in dieser Hinsicht bot jetzt das Seminar „Wissen mit Genuss – Die besondere Fortbildungsreihe für Klinik und Praxis“. Das versprach Ärzten nicht nur „IGeLn leicht gemacht“, sondern gleichzeitig das „Entdecken“ von Frühjahrsweinen. Bleibt zu hoffen, dass zumindest bei diesem Seminar der Nutzen den Schaden überwog: Das wäre erreicht, wenn der Wein besser war als die Tipps für leichtes IGeln. Zumindest aus Sicht der Patienten.

DER VDEK STELLT SICH VOR

Sicherer Umgang mit den Zahlen

FOTO vdek

Anke Gautzsch steht seit 22 Jahren im Dienst der Ersatzkassen. Direkt nach dem Studium begann die Mathematikerin bei der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt und wechselte 2000 nach Hannover. Als Referentin für Ambulante Versorgung kommt ihr der sichere Umgang mit Zahlen zugute. In ihrem Fachbereich hat sie sich mittlerweile auf die ärztliche Bedarfsplanung spezialisiert. Hier hatte es 2013 eine Reform gegeben, durch die die Planungsbereiche für Hausärzte deutlich kleiner geschnitten wurden, um zu einer besseren regionalen Verteilung der Praxen beizutragen. Darüber hinaus führt sie Vergütungsverhandlungen mit Hochschulambulanzen, die besondere ambulante Behandlungen schwerer Erkrankungen anbieten. Für diese gelten seit Kurzem neue Finanzierungsregelungen.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Niedersachsen des vdek
An der Börse 1, 30159 Hannover
Telefon 05 11 / 3 03 97-0
Telefax 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com
Redaktion Hanno Kummer
Verantwortlich Jörg Niemann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2166