C 21156 F

report niedersachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Aug. 2011

ersatzkassen

Landärzte

Schiefer Lockruf

Das Ziel ist lohnenswert: ein flexibles medizinisches Angebot, das sich stärker als bisher am Bedarf der Versicherten orientiert. Um das zu erreichen, hat die Bundesregierung ein Gesetz auf den Weg gebracht – GKV-Versorgungsstrukturgesetz heißt es, „Gesetz gegen Ärztemangel" nennen es bisweilen die Medien. Der dazu nun vorliegende Entwurf indes ernüchtert: Die vorgeschlagenen Maßnahmen würden sogar dazu führen, dass sich die regionale Ungleichverteilung der Versorgung weiter verschärft und die Ausgaben ohne erkennbaren Mehrwert für die Versicherten steigen.

Hintergrund der Gesetzesinitiative: Es gibt zwar immer mehr Ärzte, deren Verteilung aber stimmt nicht. Während Städte und auch die allermeisten Landkreise fachärztlich überversorgt sind, wird es in manchen ländlichen und strukturschwachen Regionen schwieriger, Hausärzte zu finden. Für ein ausgewogenes medizinisches Angebot soll eigentlich die sogenannte Bedarfsplanung sorgen, bei der die örtlichen Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte einer Fachgruppe anhand der jeweiligen Einwohnerzahl bemessen werden. Da diese Bedarfsplanung die Fehlentwicklung nicht verhindert hat, wird sie nun also reformiert.

So soll der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auch jenseits der reinen Einwohnerzahl zusätzlichen Versorgungsbedarf in einer Region feststellen können. Zudem sollen auch Demografie und Morbiditätsentwicklung bei der Festlegung der Zahl der Arztsitze berücksichtigt werden. Die Maßnahmen scheinen auf den ersten Blick plausibel, führen tatsächlich aber dazu, dass der Versorgungsbedarf per Definition fast überall im Land steigt, sodass auch bereits gut versorgte Gebiete wieder für Neuansiedlungen von Ärzten geöffnet werden (siehe dazu auch Seiten vier und fünf). Damit wird es aber

In dieser Ausgabe:

- **Pflegevergütung in Niedersachsen**
  Was ist dran an den Vorwürfen?
- **Bedarfsplanung**
  Die Tücken der Versorgungssteuerung
- **Ideenwettbewerb Organspende**
  Der Ball rollt wieder
- **Pflegestützpunkte**
  Gute Flächendeckung erreicht

vdek Die Ersatzkassen

in den für Ärzte offenbar unattraktiven Regionen, in denen es schon bisher ungenutzte Niederlassungsmöglichkeiten gab, noch schwieriger, Praxen zu besetzen. Ausgerechnet dort also helfen die Maßnahmen nicht nur nicht weiter, sondern verschärfen die Situation sogar noch durch neue regionale Ausweichmöglichkeiten für den Ärztenachwuchs.

Problematisch ist zumindest in dieser Hinsicht auch die Konzeption der neuen „spezialärztlichen Versorgung", die zusätzlich zu haus- und fachärztlicher Versorgung als dritte Säule des ambulanten Angebots etabliert wird. Da in diesem Bereich keine Regulierungen durch Mengen- und Ausgabensteuerungen vorgesehen sind, dürfte die spezialärztliche Versorgung für Vertragsärzte besonders reizvoll sein und einen Sog entfalten, der tendenziell zulasten der Basisversorgung und auch zulasten der schlechter versorgten Regionen geht.

Kernproblem bleibt bestehen

Vor allem aber bleibt die eigentliche Ursache der Schieflage im medizinischen Angebot durch den Gesetzentwurf unberührt: Die zementierte Überversorgung insbesondere in Ballungsräumen. Sie ist das zentrale Hindernis auf dem Weg zu einer bedarfsgerechten Verteilung der Arztsitze. Um sie zu überwinden, müsste Geld aus überversorgten Gebieten in Regionen fließen, in denen perspektivisch Ärzte fehlen könnten. Ein probates Mittel wären Honorarabschläge bei Überversorgung. Darauf wird im Gesetzentwurf aber verzichtet. Und bei den vorhandenen vorsichtigen Maßnahmen im Zusammenhang mit Überversorgung erscheint es unwahrscheinlich, dass sie eine nennenswerte Wirkung entfalten werden. Der viel zitierte vorgesehene Aufkauf von Arztpraxen etwa ist auch heute schon möglich, wird aber aus nahe liegenden Gründen kaum praktiziert.

Zusätzliches Geld, einmal mehr

Bleiben auf der einen Seite wirksame strukturelle Impulse aus, scheint das Allheilmittel einmal mehr in zusätzlichem Geld der Beitragszahler gesehen zu werden. So sollen die Krankenkassen nach den deutlichen Honorarzuwächsen der Vergangenheit – allein in Niedersachsen betrug die Steigerung zwischen 2007 und 2009 rund 570 Millionen Euro oder gut 22 Prozent – zusätzlich einen ärztlichen Strukturfonds anteilig füllen. Wenn es um die Verwendung dieser Mittel geht, sind die Kassen als Vertreter der Versicherten dann nicht mehr gefragt – entscheiden sollen ausschließlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Auch darüber hinaus wird die Versorgung teurer, und zwar ohne erkennbare Verbesserungen für die Versicherten. So soll das Honorargeschehen entsprechend den Wünschen der Ärzteschaft nun wieder weitgehend regionalisiert werden, obwohl das Institut des Bewertungsausschusses und die Selbstverwaltung einvernehmlich festgestellt haben, dass objektivierbare Messgrößen dafür kaum bestehen. Vergütungskriterien wie die Entwicklung der Morbidität sind – auch durch die Datenhoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen – zugunsten der Ärzteschaft in dem jeweiligen Land auslegbar. Man könne den Eindruck gewinnen, so wird ein Vermerk des Bundesfinanzministeriums zum Gesetzentwurf im *Spiegel* zitiert, „es gehe nur darum, mehr Geld ins Gesundheitssystem zu geben."

Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Der Kommentar

Ohne Mut geht es nicht

Auch in Zukunft soll es genügend Hausärzte auf dem Land geben. Das will die Politik, das wollen auch die Krankenkassen. Dazu braucht es neben dem Willen aber auch Mut. Zunächst bei der Analyse: So schön griffig der Begriff „Ärztemangel" auch ist – es gibt keinen Ärztemangel. In Deutschland stehen 800 fehlenden Ärzten in einzelnen Regionen 25.000 überzähligen Ärzten vor allem in Ballungsgebieten gegenüber. Ein Verteilungsproblem. Und zwar eins, das sich offenkundig nicht von alleine löst. Notwendig ist eine gezielte Steuerung. Eine Bedarfsplanung aber, die durch neue Definitionen nahezu alle Gebiete für die Niederlassung öffnet, hat diesen Namen nicht verdient und führt sich selbst ad absurdum. Auch die jetzt geplante Niederlassungsförderung in strukturschwachen Gegenden durch finanzielle Anreize macht nur Sinn, wenn gleichzeitig regionale Ausweichmöglichkeiten begrenzt werden. Außerdem muss der Anreiz für Ärzte sinken, so viel lieber in die Stadt als aufs Land zu gehen. Wirkung dabei hätten nur Honorarabschläge bei Neuzulassungen in überversorgten Gebieten. Das mögen betroffene Ärzte als Einschränkung empfinden, aber genau darum geht es auch. Diese Einschränkung für einen Teil der Ärzte politisch zu vertreten, erfordert noch mehr Mut. Ohne den aber werden alle Bemühungen um eine bedarfsgerechte Versorgung das eigentliche Problem nicht lösen.

Pflegevergütung in Niedersachsen

Was ist dran an den Vorwürfen?

„Wir bekommen in Niedersachsen deutlich weniger Geld von den Kassen als in anderen Bundesländern." Ein immer wiederkehrender Vorwurf eines Teiles der Pflegeanbieter, in diesem Fall geäußert vonseiten der Diakonie gegenüber der hannoverschen *Neuen Presse*. Was ist dran? Zunächst einmal bekommen die Heime das Geld gar nicht von den Kassen, sondern von den Pflegebedürftigen selbst (oder der Sozialhilfe). Die Pflegeversicherung zahlt davon einen Teilbetrag als bundesweit einheitlichen Zuschuss, dessen Höhe je nach Pflegestufe gesetzlich festgelegt ist. Je teurer ein Heimplatz, desto mehr zahlt also nicht die Kasse, sondern der betroffene Versicherte. Aufgabe der Pflegekassen ist es, als Interessensvertretung der Versicherten gleichsam stellvertretend für diese den Preis mit einer Einrichtung zu verhandeln.

Aber davon einmal abgesehen, auch der Vergleich selbst ist schief. Denn wenn die Diakonie über die eigene Situation spricht, kann sie schwerlich auf den Vergütungsschnitt aller Einrichtungen in Niedersachsen verweisen, sondern müsste sich dann schon auf ihre eigenen Heime beziehen. Und dabei zeigt sich, dass die Pflegesätze der Diakonie in Niedersachsen so ziemlich genau dem Bundesdurchschnitt entsprechen (siehe Tabelle).

Preis für einen Pflegeplatz pro Tag
Durchschnitt, ohne Unterkunft und Verpflegung

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Diakonie Nds.	43,12 €	56,71 €	70,52 €
Bundes-schnitt	42,87 €	56,85 €	71,59 €

Die Klagen über vermeintlich zu geringe Pflegesätze kommen also ausgerechnet von denjenigen Trägern, deren Einrichtungen im Bundesvergleich eben gerade nicht „unter dem Schnitt" liegen, und die landesweit am teuersten sind. Das betrifft die Diakonie, aber auch die Caritas.

Tarife werden berücksichtigt

Ebenso ins Leere geht der Vorwurf, dass es wegen der Höhe der Pflegesätze schwierig sei, nach Tarif zu zahlen. In der *Neuen Presse* liest sich das so –

Zeichnen ein düsteres Bild: Klagen über die Höhe der Pflegesätze kommen ausgerechnet von teuren Anbietern.

Zitat Diakonie: „Wir würden ja gerne mehr bezahlen und halten uns auch an den Tarif. Aber wir können auch nur das ausgeben, was wir von den Kassen rückvergütet bekommen." Fakt ist, dass Gehaltszahlungen nach Tarif bei Pflegesatzverhandlungen sehr wohl berücksichtigt werden, und zwar, wenn die Daten nachvollziehbar vorgelegt werden, auch in vollem Umfang.

Günstige Anbieter nicht schlechter

Bisweilen scheint auch der Eindruck zu entstehen, dass günstige Anbieter schlechter pflegen als teure. Die Daten der vdek-Landesvertretung zeigen aber keinen statistischen Zusammenhang zwischen der Höhe der Pflegesätze und der Güte der Pflegenoten. Das bestätigen auch frühere Auswertungen Medizinischer Dienste. Darüber hinaus gibt es auch keine Korrelation zwischen Pflegesätzen und Personalvorhaltung. Will heißen: Günstige Anbieter sind nicht deshalb günstig, weil sie weniger Personal als andere beschäftigen würden.

Ein weiterer Blick auf die Statistik zeigt übrigens, dass die Zahl der Pflegeplätze in Niedersachsen über die Jahre deutlich gestiegen ist. Und niemand würde ein neues Pflegeheim eröffnen, wenn sich das nicht auch wirtschaftlich betreiben ließe.

Bedarfsplanung

Die Tücken der Versorgungssteuerung

Das Prinzip der Bedarfsplanung im deutschen Gesundheitswesen ist recht schlicht: Damit sich das medizinische Angebot einigermaßen ausgewogen verteilt, dürfen in einem „Bezirk" keine weiteren Praxen mehr öffnen, wenn dieser überversorgt ist. Niederlassungswillige Mediziner müssen dann also in andere Städte oder Landkreise ausweichen. Überversorgung liegt vor, wenn der bedarfsgerechte Versorgungsgrad gemäß einer bundesweit geltenden Verhältniszahl von Ärzten einer Fachgruppe und Einwohnern um mehr als zehn Prozent überschritten ist.

Soweit die Theorie. In der Praxis zeigt sich, dass die Bedarfsplanung die bestehende Schieflage – sowohl regional als auch im Verhältnis Hausarzt/Facharzt – nicht hat verhindern können. Einer der Gründe: Die historisch gewachsene Überversorgung vor allem in Ballungsgebieten lässt sich durch die Regelungen nicht abbauen, weil Sperrungen nur für Neuansiedlungen von Ärzten gelten. Das heißt: Auch wenn ein Bezirk noch so überversorgt ist, darf jede bereits bestehende Praxis an einen Nachfolger abgegeben werden.

Folgerichtig steht im Zuge der Diskussionen um die hausärztliche Versorgung auf dem Land auch die Bedarfsplanung auf dem Prüfstand (siehe S. 1f.). Bei einer solchen Reform sollten die Maßnahmen allerdings sehr gründlich auf Wirkungen und Nebenwirkungen abgeklopft werden: Zwei Analysen der vdek-Landesvertretung zeigen, wie Änderungen der Bedarfsplanung das regionale Ungleichgewicht verschärfen können.

Analyse I – Ärzte: Der Demografiefaktor

Die Idee klingt erst einmal plausibel: Wie viele Ärzte vor Ort benötigt werden, ist nicht nur eine Frage der Zahl der Einwohner, sondern auch deren Lebensalters, da ältere Menschen im Schnitt einen höheren Behandlungsbedarf haben als jüngere. Also hat der Gemeinsame Bundesausschuss im vergangenen Jahr – gegen die Stimmen der Krankenkassen – beschlossen, dass die Bedarfsplanung um einen Demografiefaktor zu ergänzen ist, bei dem die Quote der über 60-jährigen Einwohner berücksichtigt wird. Dieser Demografiefaktor soll nun auch in Niedersachsen umgesetzt werden.

Die genaue Berechnung der Wirkungen vor Ort zeigt indes, wie ungeeignet das Instrument für die Steuerung des Angebots ist: Der neu definierte haus- und fachärztliche Versorgungsbedarf nämlich steigt fast überall im Land an, Ausnahmen sind lediglich die Planungsbezirke Cloppenburg und Vechta. Als Folge werden im Hausarztbereich elf vormals wegen Überversorgung gesperrte Bezirke für Neuniederlassungen wieder geöffnet. Mit Ausnahme der Planungsbezirke Göttingen, Northeim und Cloppenburg haben Hausärzte nunmehr landesweit die freie Wahl, wo sie sich niederlassen wollen. Hinzu kommt eine Reihe von Entsperrungen bei verschiedenen Facharztgruppen. Das bedeutet: Ausgerechnet dort, wo die Versorgung auch bisher schon gut war, können und werden sich durch den Demografiefaktor weitere Ärzte niederlassen (siehe Tabelle).

Dort aber, wo am ehesten Handlungsbedarf besteht, zum Beispiel in den Planungsbezirken Landkreis Soltau-Fallingbostel und Gifhorn, ändert sich durch den per Definition sinkenden Versorgungsgrad praktisch

Ausgewählte Ballungsgebiete	Zusätzlich mögliche Neuniederlassungen für Hausärzte	Zusätzlich entsperrte Facharztsitze
Hannover Region	31	4
Hildesheim	15	1
Braunschweig	12	4
Wilhelmshaven	12	1
Celle	10	3
Osnabrück Landkreis	8	3
Salzgitter	7	3
Hameln	7	2
Osnabrück Stadt	5	1
Oldenburg Landkreis	4	1
Hannover Stadt	0	2
Oldenburg Stadt	0	1

Kontraproduktiv: Durch den Demografiefaktor gibt es zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte in bereits gut versorgten Gebieten.

erst einmal nichts. Niederlassungsmöglichkeiten haben dort schon bisher bestanden, wurden aber eben nicht genutzt. Im Gegenteil: Indem Ärzte nun auf weitere Gebiete ausweichen können, die sie offenbar als attraktiver empfinden, haben es die tendenziellen Problembezirke noch schwerer, ärztlichen Nachwuchs zu finden. Die Konkurrenz der Regionen mit Standortvorteilen ist nicht kleiner, sondern größer geworden. Damit wird die Intention einer besseren Steuerung der Niederlassung ins Gegenteil verkehrt, das Ungleichgewicht der Versorgungsdichte wird weiter zunehmen.

Das Grundproblem des Demografiefaktors: In einer älter werdenden Gesellschaft steigt die Zahl älterer Menschen eben fast überall – wird der Bedarf damit überall höher definiert, ändert sich am Verteilungsproblem nichts.

Analyse II – Zahnärzte: Verzicht auf Sperrungen

Einen ganz anderen Weg beschreiten die Zahnärzte. Hier hat der Gesetzgeber bereits 2007 das Regulativ einer Sperrung überversorgter Gebiete für neue Praxen abgeschafft. Will heißen: Auf eine Steuerung der regionalen Verteilung des Angebots wird verzichtet. Ob der „Markt" es richten sollte? Sollte diese Erwartung tatsächlich bestanden haben, ist sie jedenfalls enttäuscht worden, denn die Entwicklung zeigt: Die mit durchschnittlich 6,8 Prozent stärksten Zuwächse an Anbietern gab es in Bezirken, die mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent schon vorher überversorgt waren.

Andere Gebiete haben weit weniger von den zusätzlichen Niederlassungen profitiert: „Mittlere" Bezirke mit einem Versorgungsgrad zwischen 90 und 110 Prozent kommen auf ein Plus von 3,6 Prozent, die mit weniger als 90 Prozent sogar nur auf 3,1 Prozent. Auffällig: Der Planungsbezirk mit dem landesweit niedrigsten Versorgungsgrad war Ende 2006 der Landkreis Wesermarsch mit 79,40 Prozent. Seitdem die Überversorgungssperren entfallen sind, ist der dortige Wert noch einmal um gut zwei Prozent auf 77,81 Prozent gesunken. Unter dem Strich ist die Schere im Versorgungsangebot zwischen den Regionen durch die freie Wahl des Niederlassungsortes weiter auseinandergegangen.

Fazit

Das Beispiel der Zahnärzte zeigt, dass eine Bedarfsplanung unbedingt notwendig ist, wenn eine ausgewogene regionale Verteilung des Angebots erreicht werden soll. Das dürfte für den ärztlichen Bereich sogar noch mehr gelten als für den zahnärztlichen, da das Angebot dort im besonderen Maße auch Nachfrage schafft, sodass eine „natürliche" Sättigung auch stark überversorgter Gebiete erst einmal nicht zu erwarten ist.

Die Berechnungen zum Demografiefaktor machen deutlich, dass eine Bedarfsplanung aber nur dann Sinn macht, wenn sie eine echte Steuerungswirkung entfaltet und die Niederlassung in Regionen lenkt, in denen tatsächlicher Handlungsbedarf besteht. Ein schlichtes Höherdefinieren des Bedarfs verschärft bestehende Verteilungsprobleme.

Ausgewählte Planungsbezirke mit zahnärztlichem Versorgungsgrad > 110 %	Versorgungsgrad 31.12.2006	Versorgungsgrad 27.10.2010	Entwicklung
Hannover Stadt	110,81 %	126,90 %	14,52 %
Northeim LK	113,16 %	127,89 %	13,02 %
Hameln-Pyrmont LK	113,30 %	123,97 %	9,42 %
Celle LK	114,50 %	123,48 %	7,84 %
Harburg LK	112,12 %	119,70 %	6,76 %
Hildesheim LK	112,97 %	120,59 %	6,74 %
Hannover Region	110,55 %	117,16 %	5,98 %
Verden LK	110,36 %	116,55 %	5,62 %
Braunschweig Stadt	110,03 %	115,76 %	5,21 %

Die Schere öffnet sich: Nach dem Verzicht auf Sperrungen ist der zahnärztliche Versorgungsgrad in überversorgten Gebieten weiter gestiegen.

Ideenwettbewerb Organspende

Der Ball rollt wieder

Startschuss: Niedersachsens Sozialministerin Aygül Özkan versucht sich bei der Präsentation des Ideenwettbewerbs an der Torwand, aufmerksam beobachtet vom Leiter der vdek-Landesvertretung Jörg Niemann (2. v. l.) sowie den Fußballbundesliga-Profis Steven Cherundolo (Hannover 96, l.) und Marcel Schäfer (VfL Wolfsburg) als Schirmherren.

Engagement für einen guten Zweck: Zum dritten Mal haben in Niedersachsen Sozialministerium, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Ersatzkassen und weitere Partner den Sportnachwuchs im Land aufgerufen, mit kreativen Projekten dazu beizutragen, das öffentliche Bewusstsein für die Organspende zu stärken.

Im Blickpunkt diesmal – angesichts der Fußballweltmeisterschaft der Frauen in Deutschland folgerichtig: junge Fußballerinnen. Die Vereine können ihre Beiträge – von Trikotwerbung über die Organisation eines Turniers zugunsten der Organspende bis hin zur Produktion von Videofilmen – beim Sozialministerium einreichen.

Für die Gewinner stehen Geldpreise im Wert von 6.000 Euro zur Verfügung.

Ideenwettbewerb Pflege

17 Auszeichnungen vergeben

Auf große Resonanz ist der Ideenwettbewerb Pflege des Niedersächsischen Sozialministeriums gestoßen, bei dem sich Träger von Pflegeeinrichtungen oder deren Kooperationspartner mit ihren Konzepten bewerben konnten.

Von den 110 Beiträgen hat eine Jury aus den Reihen des Landespflegeausschusses 17 als besonders gelungene Beispiele guter Pflege ausgewählt. Mit der Auszeichnung sind je nach Art und Aufwand der Projekte Preise in Höhe von bis zu 50.000 Euro verbunden. Die Preisträger dürfen zudem den Titel „Als Erfolgsmodell vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration prämiert“ führen.

Der Wettbewerb wurde auch von der vdek-Landesvertretung unterstützt.

Kurz gemeldet

Der Ausgabenzuwachs bei ambulanten Operationen und anderen extrabudgetären ärztlichen Leistungen in Niedersachsen ist durch das Landesschiedsamt grundsätzlich auf 0,9 Prozent begrenzt worden. Eine solche Kostenbremse sieht das GKV-Finanzierungsgesetz vor. Im Zeitraum 2009 bis 2010 waren die extrabudgetären Leistungen landesweit um 7,7 Prozent auf rund 215 Millionen Euro gestiegen.

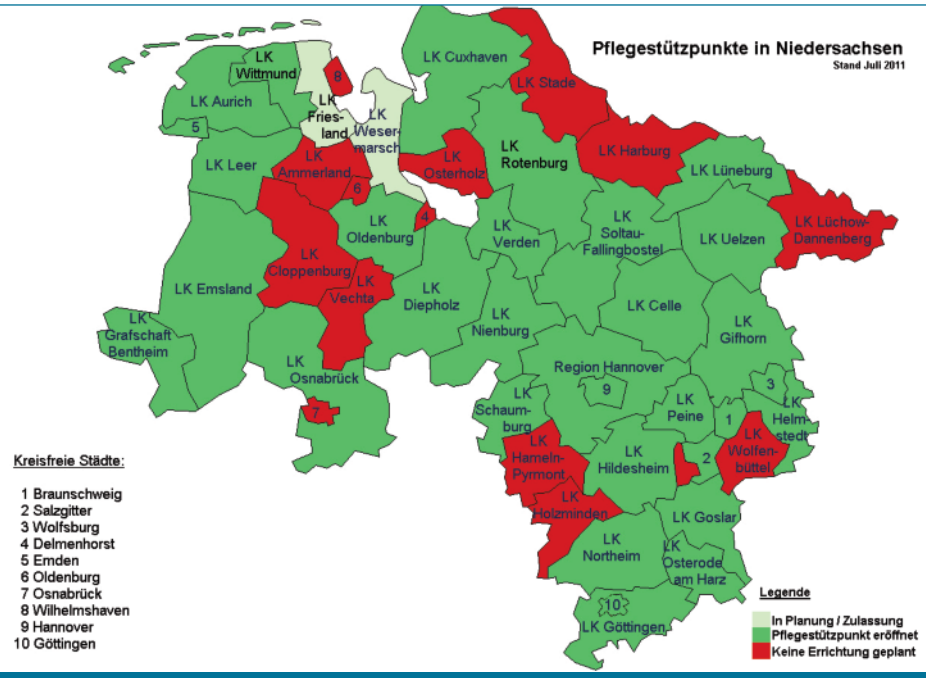
Mit insgesamt rund 950.000 Euro fördern die Ersatzkassen in diesem Jahr landesweit 73 ambulante Hospizdienste. Das sind fast 90.000 Euro mehr als im Vorjahr. Das Engagement trägt dazu bei, dass schwerstkranke Menschen die letzte Zeit des Lebens zu Hause verbringen können. Die Fördermittel ermöglichen unter anderem Aus- und Fortbildung ehrenamtlicher Helfer. Die Ersatzkassen unterstützen ambulante Hospizdienste seit 2002.

Pflegestützpunkte
Gute Flächendeckung erreicht

Die ganz überwiegende Zahl von Versicherten in Niedersachsen kann mittlerweile im eigenen Landkreis oder der eigenen Stadt einen Pflegestützpunkt als besonderes Beratungsangebot nutzen. Nachdem der Landkreis Schaumburg im Januar 2010 den landesweit ersten Stützpunkt eröffnet hat, sind 31 weitere Kommunen gefolgt und sorgen nunmehr gemeinsam für eine gute Flächendeckung (siehe Schaubild).14 Kommunen möchten derzeit keinen Stützpunkt einrichten, die Landkreise Friesland und Wesermarsch verhandeln noch mit den Kassen.

Die Stützpunkte informieren als unabhängige Einrichtungen Versicherte über das gesamte Spektrum pflegerischer und vorpflegerischer Leistungen, die von Kranken- und Pflegekassen sowie von den Kommunen zur Verfügung gestellt werden. Sie ergänzen damit bestehende Angebote der Kassen und sollen vor allem die Schnittstellenproblematik überwinden, die im Einzelfall durch verschiedene Zuständigkeiten entstehen kann.

Die Kassen stellen dafür jährlich landesweit rund zwei Millionen Euro zur Verfügung, hinzu kommt ein angemessener Beitrag der Städte und Landkreise. Angesiedelt sind die Beratungsstellen bei den Kommunen. Kassenverbände sowie Landkreis- und Städtetag hatten unter Mitwirkung des Sozialministeriums 2009 durch eine Landesrahmenvereinbarung den Weg für die Stützpunkte in Niedersachsen freigemacht.



Ampeln auf grün gestellt: Zwei Drittel der niedersächsischen Kommunen haben bis jetzt einen Pflegestützpunkt eröffnet.

Sozialwahl 2011
Zuwachs an Wählerstimmen

Bundesweit haben sich fast 14,2 Millionen Versicherte und Rentner der Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitglieder der großen Ersatzkassen an der Sozialwahl 2011 beteiligt. Das sind über 500.000 Wähler mehr als bei der letzten Sozialwahl 2005. Damit liegt die Wahlbeteiligung bei rund 30 Prozent. Die Ersatzkassen freuen sich angesichts zahlreicher neuer Mitglieder, die zum ersten Mal gewählt haben, über den Zuwachs an Wählerstimmen. „Entgegen dem allgemeinen Trend in der Gesellschaft hat sich die Wahlbeteiligung bei den Kassen stabilisiert“, sagte Christian Zahn, Vorsitzender des vdek. In Niedersachsen hatte die vdek-Landesvertretung gemeinsam mit Sozialministerin Aygül Özkan die Versicherten dazu aufgerufen, von ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen. Informationen zur Sitzverteilung der Listen und zu den gewählten Kandidaten: www.sozialwahl.de

Präqualifizierung von Hilfsmittelanbietern

150. Prüfsiegel vergeben

Rund ein halbes Jahr nach ihrem Start im Januar hat die Präqualifizierungsstelle des vdek (PQS) in Niedersachsen das 150. Prüfsiegel an einen Hilfsmittelerbringer vergeben. Hintergrund: Optiker, Hörgeräteakustiker, Sanitätshäuser, Schuhtechniker und andere Anbieter dürfen Hilfsmittel nur noch auf Grundlage von Verträgen mit den Krankenkassen abgeben. Diese sind gesetzlich verpflichtet, die Eignung des Vertragspartners zu überprüfen. Um den Verwaltungsaufwand zu minimieren, kann der Anbieter seine Eignung gegen ein Entgelt vorab bei einer zentralen Präqualifizierungsstelle wie der des vdek feststellen lassen. Er muss die so nachgewiesenen Qualifikationsmerkmale dann nicht mehr gegenüber jeder Kasse einzeln belegen. Weitere Informationen: www.pqs-hilfsmittel.de

PQS HILFSMITTEL

Kompetent: Die Präqualifizierungsstelle des vdek.

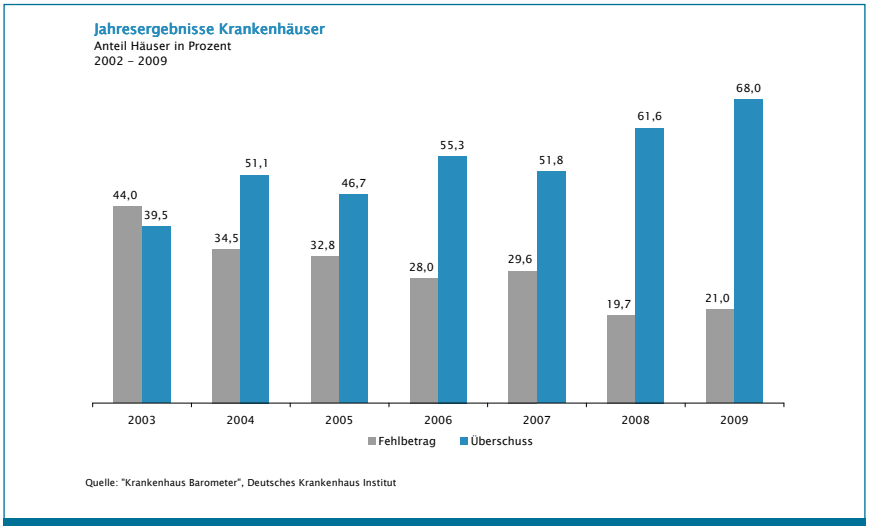
Betr.: „Gurke des Quartals“ Februar 2011

Kliniken: Deutlich bessere Ergebnisse

In der vergangenen Ausgabe hatten wir an dieser Stelle die „Gurke des Quartals“ an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vergeben – für kreative Interpretation von Zahlenwerk. Gerne widmen wir uns dem Thema noch einmal etwas ausführlicher und reichen genaue Zahlen nach.

Hintergrund der Würdigung war, dass die DKG bei der Vorlage ihres jährlichen Berichts „Krankenhaus Barometer“ im vergangenen Dezember von einer „äußerst kritischen“ Lage zu berichten wusste, „nur“ 68 Prozent der Häuser hätten bundesweit im Bezugsjahr 2009 einen Überschuss aufgewiesen. Das Bild der in die Miesen rutschenden Kliniken beherrschte dann anderntags auch die Berichterstattung der Medien. Wer sich derart alarmiert nun ein genaues Bild verschaffen wollte und sich die Mühe machte, ältere Jahrgänge des „Krankenhaus Barometers“ zu studieren, kam indes zu überraschenden Ergebnissen. Die Daten zeigen, dass die Zahl der Häuser mit Überschuss seit 2003 deutlich gestiegen ist, während sich der Anteil der Häuser mit einem Fehlbetrag in dieser Zeitspanne halbiert hat (siehe Schaubild).

Abgesehen davon, dass die finanzielle Entwicklung der Krankenhäuser insgesamt also alles andere als „kritisch“, sondern positiv ist: Durch das seit 2004 gesetzlich vorgeschriebene Fallpauschalen-Finanzierungssystem gibt es eine politisch gewollte Umverteilung der insgesamt steigenden Mittel zwischen den Häusern: Häuser, die in einem Leistungsbereich stark aufgestellt sind, erzielen mit dieser Pauschale Gewinn, andere sollen durch wirtschaftlichen Druck gezwungen werden, Angebot und Abläufe zu überprüfen.



Kaum Anlass für Negativbotschaften: Die Zahl der Häuser mit Fehlbeträgen hat sich seit 2003 halbiert.

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 · www.vdek.com
Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer