

report niedersachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Feb. 2011

ersatzkassen

Frühchen-Versorgung **Streit um Spezialzentren**

Der Streit darüber, ob frühgeborene Kinder („Frühchen“) mit einem Gewicht unter 1.250 Gramm künftig nur noch in besonders qualifizierten Spezialzentren behandelt werden dürfen, ist zum Fall für die Justiz geworden: Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat am 26. Januar einen entsprechenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorerst gestoppt. Der G-BA-Beschluss sah vor, dass Geburtskliniken ab 2011 höhere Anforderungen als bisher erfüllen müssen, um an der sogenannten Level-1-Versorgung teilnehmen zu können. Dazu gehört insbesondere die Mindestzahl von jährlich 30 statt bisher 14 Behandlungen.

Die Konzentration auf Spezialhäuser der Hochleistungsmedizin soll dazu beitragen, dass sich die Qualität von Behandlung und Betreuung der Frühchen verbessert. Dabei ist die Bewertung des G-BA plausibel, dass gerade bei einer derart hochkomplexen Versorgungsleistung für Kinder, die von schwersten Behinderungen und auch vom Tode bedroht sind, ein hohes Maß an Spezialisierung

In dieser Ausgabe:

- Krankenhäuser
35 Millionen Euro falsch abgerechnet
- Versorgung I
Mythos Ärztemangel
- Versorgung II
Länder wollen mehr Einfluss
- Rettungsdienst
„Kommunen müssen ausschreiben“

und Erfahrung erforderlich ist, um die notwendige Behandlungsqualität sicherzustellen. Das Ziel wiegt den möglichen Nachteil längerer Anfahrtswege für die Eltern mehr als auf. Das gilt umso mehr, als sich Frühgeburten in aller Regel vorher ankündigen und die Entbindungen damit planbar sind.

Die Vorgabe des G-BA beinhaltet nicht nur die Anhebung der Mindestzahl von 14 auf jährlich 30 Behandlungen, sondern weitere Qualitätskriterien wie die ständige Präsenz eines Neugeborenen-Not-

DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Beteiligt sind Vertreter von Krankenhäusern, Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen sowie Patientenvertreter. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung finanziert werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich.

arztes in der Abteilung. In Niedersachsen zugelassen wären danach Kliniken in Braunschweig, Göttingen, Hannover (zwei Häuser an drei Standorten) und Oldenburg. Darüber hinaus könnten Krankenhäuser wie etwa in Hildesheim und Osnabrück an der Versorgung teilnehmen, sofern eine Festlegung erfolgt, welches der Häuser vor Ort die Neugeborenen versorgt. Damit wären die Qualitätsanforderungen auch dort erfüllt. Zudem wäre sichergestellt, dass landesweit jede werdende Mutter, bei der das voraussehbare Risiko einer Frühgeburt besteht, innerhalb von einer Stunde ein qualifiziertes Zentrum erreichen kann.

Abteilungen von Kliniken, die von der neuen Regelung betroffen wären, stünden zwar für die Versorgung dieser besonders gefährdeten Frühchen nicht mehr zur Verfügung. Die sonstige Geburtshilfe einschließlich der Versorgung von Frühchen mit einem Geburtsgewicht von mehr als 1.250 Gramm würde dort aber auch weiterhin stattfinden.

Kindeswohl hat Vorrang

Gegen den Beschluss des G-BA hatten rund 30 Kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet geklagt. Das ist aus Sicht eines einzelnen Hauses ökonomisch nachvollziehbar, wenn man weiß, dass mit der Versorgung eines Frühchens bis zu 140.000 Euro

erlöst werden. Bekommen die Kläger nun auch in der Hauptsache Recht, würden über die besonders qualifizierten Spezialzentren hinaus auch künftig weniger qualifizierte Häuser die Versorgung übernehmen dürfen. Die Ersatzkassen lehnen das ab. Das Wohl der betroffenen Kinder hat eindeutig Vorrang vor dem Interesse von Krankenhäusern, hoch dotierte Leistungen abzurechnen.

Auch Niedersachsens Sozialministerin Aygül Özkan hatte im Zuge der Diskussion darauf hingewiesen, dass „die Mehrheit der Fachleute sagt, dass eine hohe Qualität nur durch viel Praxiserfahrung, also hohe Fallzahlen erzielt werden kann.“ Seinerzeit ging es um die Forderung, das Land solle durch Ausnahmeregelungen Krankenhäusern ermöglichen, auch ohne Erfüllung der Qualitätsstandards an der Level-1-Versorgung teilzunehmen. Die Ministerin ließ dabei eine deutliche Distanz erkennen.

Nun muss also das Gericht sprechen. Die Zeit bis dahin sollte genutzt werden, um in Niedersachsen Lösungen jenseits rechtlicher Auseinandersetzungen zu befördern, die dem avisierten Ziel einer verbesserten Qualität gerecht werden. Einer der Hauptansatzpunkte liegt darin, bei benachbarten Kliniken Abstimmungen darüber vorzunehmen, welches Haus die Versorgung der Neugeborenen unter 1.250 Gramm übernimmt.



Jörg Niemann,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Niedersachsen

DER KOMMENTAR

Richtungweisend

Die Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Anforderungen für die Versorgung besonders gefährdeter Neugeborener zu erhöhen, ist nachvollziehbar und im Sinne des Wohles betroffener Kinder und Eltern unbedingt zu begrüßen. Es spricht alles dafür, dass Spezialisierung und Erfahrung gerade bei komplexen Leistungen zu besseren Ergebnissen führen. Damit ist die Diskussion auch grundsätzlich richtungweisend: Eine Konzentration von Leistungen an weniger Standorten kann die Qualität und Effizienz der Versorgung erhöhen. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Eine flächendeckende, wohnortnahe Krankenhausversorgung soll und wird es auch weiterhin geben. In

der Kliniklandschaft in Niedersachsen aber gibt es – wie auch der Landesrechnungshof in seinem Jahresbericht 2010 feststellt – Parallelstrukturen kleiner und kleinster Häuser und Abteilungen. Das nützt niemandem, am allerwenigsten den Patienten. Gefordert ist hier in erster Linie das Land, seine Möglichkeiten der Krankenhausplanung zu nutzen, um regionale Schwerpunktbildungen zu fördern.

Krankenhäuser I

Experten sehen gute Versorgungsqualität

Die Behandlungsqualität in niedersächsischen Krankenhäusern ist auf einem hohen Niveau und in den vergangenen Jahren tendenziell weiter gestiegen. Das ist das Fazit einer Ergebniskonferenz des sogenannten Lenkungsgremiums Qualitätssicherung in Niedersachsen, bei der die Ergebnisse entsprechender Datenauswertungen aus dem Jahr 2009 vorgestellt und diskutiert worden sind. Das Verfahren zur Qualitätssicherung soll für die Krankenhäuser Transparenz schaffen und bei Abweichungen von Referenzgrößen Verbesserungen bewirken. Das Lenkungsgremium setzt sich zusammen aus Vertretern von Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer und Pflegerat sowie Patientenvertretern. Der Leiter der vdek-Landesvertretung, Jörg Niemann, führt derzeit den stellvertretenden Vorsitz. Unterstützt wird das Gremium von einer Projektgeschäftsstelle, die bei der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft angesiedelt ist.

Im Berichtsjahr 2009 haben alle 185 niedersächsischen Krankenhäuser mit auswertungsrelevanten Leistungen insgesamt mehr als 360.000 Datensätze in 16 Leistungsbereichen erfasst und anonymisiert an die Projektgeschäftsstelle übermittelt. Bei der Auswertung wird gemessen, ob bestimmte Qualitätsindikatoren einen festgelegten Referenzbereich erreichen. Von den im zeitlichen Verlauf vergleichbaren 143 Indikatoren lagen 2009 im Landeschnittschnitt 137 im Referenzbereich. 2007 hatte diese Zahl noch bei 130 gelegen.

Das Verfahren bietet den Krankenhäusern einmal jährlich die Möglichkeit, ihre eigenen Ergebnisse noch einmal zu analysieren und ihre Position im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern nachzuvollziehen. Einzelnen Auffälligkeiten gehen Experten-Arbeitsgruppen – bestehend aus erfahrenen Praktikern – im Zuge eines „strukturierten Dialoges“ nach. Das betraf 2009 hochgerechnet rund vier Prozent der übermittelten Daten. Die damit verbundenen Maßnahmen reichen von Hinweisen mit der Bitte um interne Überprüfung bis zu konkreten Zielvereinbarungen mit betroffenen Häusern. Anhand nachfolgender Auswertungen wird dann im weiteren Verlauf überprüft, ob die im Haus eingeleiteten Änderungen zu messbaren Verbesserungen führen.

40 Zielvereinbarungen

2009 hat die Projektgeschäftsstelle mehr als 1.000 Hinweise versandt und 1.350 Stellungnahmen eingefordert. 40 Auffälligkeiten führten zum Abschluss von Zielvereinbarungen. Diese betrafen etwa die Anschaffung von Geräten, Schulungsmaßnahmen und die Zusicherung, bestimmte Eingriffe zukünftig nicht mehr zu erbringen. Die Ersatzkassen sehen gerade in diesen konkreten Maßnahmen einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Patienten. „Das Bemühen der Häuser um höchste Behandlungsqualität ist eine permanente Anforderung“, betonte vdek-Landeschef Niemann bei der Konferenz.

Krankenhäuser II

35 Millionen Euro falsch abgerechnet

Niedersächsische Krankenhäuser rechnen allein bei den Ersatzkassen im Land in einem Umfang von jährlich 35 Millionen Euro nicht korrekt ab. Das hat eine Hochrechnung der vdek-Landesvertretung ergeben. Den Anteil von Ersatzkassenversicherungen an den Klinikbelegungen (36,5 Prozent) berücksichtigt, könnte damit der fehlerhafte Gesamtbetrag landesweit bei 96 Millionen Euro liegen. Das entspricht zwei Prozent des Budgetvolumens der niedersächsischen Krankenhäuser.

Die Ersatzkassen lassen Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen, wenn ein automatisiertes elektronisches Vorprüfverfahren Anhaltspunkte für Unstimmigkeiten liefert. Das ist bei

rund elf Prozent der Krankenhausrechnungen der Fall. Der durchschnittliche Rückforderungsbetrag liegt bei rund 950 Euro. Der MDK kontrolliert die Rechtmäßigkeit einer Abrechnung in der Regel nach Aktenlage.

Gebühr für Prüfungen

Gesetzliche Kuriosität: Wird bei einer MDK-Prüfung kein Fehler festgestellt, müssen die Kassen der jeweiligen Klinik eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zahlen. Hat das Krankenhaus aber tatsächlich falsch abgerechnet, wird nur der Betrag nachträglich korrigiert – weitere Konsequenzen hat das Krankenhaus nicht zu befürchten.

Mythos Ärztemangel

Die Bertelsmann Stiftung hat in ihrem *gesundheitsmonitor* unlängst „Mythen“ der Gesundheitspolitik identifiziert. Einer davon: der Ärztemangel. Die Diskussion um dieses Thema folge der Linie, „relativ unbedeutende aktuelle Tendenzen aufzubauschen, indem sie einfach linear hochgerechnet werden, wichtige Informationen weglassen oder eine nach Subgruppen oder Regionen differenzierte Diskussion vernachlässigen“. So werde etwa nicht thematisiert, „dass weltweit nur fünf andere Länder weniger Einwohner pro Arzt aufweisen als Deutschland.“ Wobei dieser Wert in Deutschland von 346 Einwohnern je Arzt 1991 auf nur noch 224 im Jahr 2007 gefallen ist. Andersherum: Seit 1991 ist die Zahl der Ärzte bei etwa gleichbleibender Bevölkerung um 30 Prozent gestiegen.

Bestandteil des Mythos' ist dem Bericht zufolge die vermeintlich massenhafte Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland. Zwar hat sich die Zahl der Abgänge zwischen 2001 und 2008 von 1.439 auf 3.065 erhöht. Ein Drittel davon waren allerdings ausländische Mediziner, die in ihre Heimatländer zurückkehrten. Außerdem ließen sich jährlich zwischen 1.302 und 1.971 ausländische Ärzte in Deutschland nieder. Ebenso widerlegt wird die Behauptung, dass immer weniger Absolventen der Humanmedizin nach dem Studium den weißen Kittel überstreifen wollen: Der Anteil der Mediziner, die nicht in Praxen oder Kliniken arbeiten, war 2008 mit 8,6 Prozent genauso hoch wie 1994.

Keine Nachwuchssorgen

Die Bertelsmann-Darstellung lässt sich noch erweitern. Auch die Warnungen vor einem Ausbleiben des medizinischen Nachwuchses entbehren einer empirischen Grundlage: Nach einem Bericht der *Ärzte Zeitung* verweist der Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentages, Dr. Volker Hildebrandt, auf seit Jahren konstante Absolventenzahlen (rund 9.000 jährlich). Dabei kommen, heißt es im selben Artikel, nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums aktuell auf einen Studienplatz 4,4 Bewerber – vor zehn Jahren waren es nur 2,55.

Die Behauptung eines Ärztemangels verstellt den Blick auf die eigentliche Herausforderung einer besseren Steuerung der Niederlassung, um eine stärker am Bedarf orientierte regionale Verteilung der Ärzte zu erreichen.

Vielfache Überversorgung

Tatsächlich geht es also gar nicht um zusätzliche Kapazitäten, wie der Begriff „Ärztemangel“ suggeriert, sondern um Umsteuerung von Kapazitäten. Der in diesem Zusammenhang wesentliche Aspekt der vielfachen Überversorgung findet aber in der Regel keine Beachtung. So schreibt die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* darüber, wie in der Landeshauptstadt ältere und jüngere Mediziner nach Aufhebung der Altersbeschränkung für Kassenärzte um begrenzte Zulassungen konkurrieren. Nur wird das nicht unter dem Stichwort Überversorgung thematisiert. Findet umgekehrt anderswo ein Landarzt keinen Nachfolger für seine Praxis, ist dann allerdings ausdrücklich vom Ärztemangel zu lesen, der nunmehr auch die eigene Region erreicht habe.

Genau diese beiden Phänomene hängen aber zwingend miteinander zusammen: Wenn Mediziner verstärkt in ländliche Regionen gehen sollen, ist auf der anderen Seite die Niederlassung in Gebieten mit hoher Arztdichte wirksam zu begrenzen. Im Sinne einer Selbststeuerung muss sie für die Ärzte auch unattraktiver gestaltet werden. Eine Möglichkeit wären Vergütungsabschläge in überversorgten Regionen. Genau dieses Instrument hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzierungsgesetz aber wieder kassiert, bevor es überhaupt zur Anwendung kam.

Ausbildung im Fokus

Auch die Stärkung der hausärztlichen Tätigkeit gegenüber dem Facharztberuf bedarf des genaueren Blickes. Der Sachverständigenrat beschreibt in seinem Sondergutachten 2009: „Mit Blick auf die Rekrutierung einer ausreichenden Zahl zukünftiger Allgemeinmediziner hat sich die universitäre Ausbil-

ERNEUTER HONORARZUWACHS

Die Gesundheitsreform zum 1. Januar 2011 soll die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen stabilisieren – durch eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes auf der einen und Sparbeiträge der Anbieter auf der anderen Seite. Diese allerdings fallen, vorsichtig formuliert, begrenzt aus. So erwarten die Ärzte in Niedersachsen in diesem Jahr eine abermalige Honorarerhöhung, voraussichtlich in Höhe von 2,3 Prozent, hinzu kommen mögliche Steigerungen bei unbudgetierten Leistungen. Bereits zwischen 2007 und 2009 hatten die niedergelassenen Mediziner landesweit einen Zuwachs von gut 22 Prozent verbuchen können.

„dung von Ärzten als zentrales Handlungsfeld herausgestellt.“ Untersuchungen ließen erkennen, inwieweit die Zulassung zum Studium und dessen konkrete Ausgestaltung die Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit und auch die Bereitschaft zur Arbeit auf dem Land beeinflussten. Konkret genannt werden die verstärkte Auswahl von Studienanfängern aus dem ländlichen Raum, Patenprogramme mit ländlichen Praxen und entsprechende Praktika sowie eine stärkere Etablierung der Allgemeinmedizin an den Universitäten. Die heute eher geringe Repräsentanz des Fachs „geht

offenbar auch mit einer geringeren Bedeutung in der Wahrnehmung der Studierenden einher.“

Das alles sind Punkte, die es verdient hätten, in die Diskussion um die ambulante Versorgung einbezogen zu werden, die aber durch den Mythos Ärztemangel überlagert werden. Zeit also, sich von diesem Mythos zu verabschieden. Fehlen wird er ohnehin nur denjenigen Ärztefunktionären, die ihn fortwährend als nützliches Argument für eine vermeintlich notwendige Steigerung der (finanziellen) Attraktivität des Arztberufes nutzen.

Ärztliche Bedarfsplanung Länder wollen mehr Einfluss

„Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder befürchten, ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört, nicht mehr ausführen zu können. Durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die Länder zunehmend erschwert.“ So steht es im Beschluss der 83. Gesundheitsministerkonferenz am 1. Juli 2010 in Hannover. Als Konsequenz wird der Bundesgesetzgeber aufgefordert, die Rahmenbedingungen für die ärztliche Bedarfsplanung zu ändern und den Ländern mehr Gestaltungsmöglichkeiten in der ärztlichen Versorgung zu geben. Einen konkreten Gesetzesvorschlag legten die Länder dann bei einer Sondersitzung am 25. Oktober 2010 in Berlin vor.

Die Vorschläge haben es durchaus in sich. Demnach wäre für die ärztliche Bedarfsplanung künftig das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden notwendig, dazu kommt eine Beteiligung der Länder in Landesausschüssen der Selbstverwaltung. Weiterhin sollen die Länder alle relevanten Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern beanstanden dürfen und ein Initiativrecht bekommen, mit dem sie Kassen oder Ärzte zum Abschluss von Verträgen aufordern können. Zudem ist die Aufsicht der Länder über neu einzurichtende Landesarbeitsgemeinschaften der Krankenkassen vorgesehen.

Nun ist nachvollziehbar und auch verständlich, dass die Länder sich eines Themas verstärkt annehmen wollen, das in den Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen gerückt ist und bei dem auch öffentlich Handlungsbedarf gesehen wird. Allerdings geht der Vorstoß an einigen Stellen so weit, dass Prinzipien

von Gewaltenteilung und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen infrage stehen.

So ist es schon rechtlich eine problematische Konstruktion, wenn die Länder durch Beanstandungs- und Initiativrecht unmittelbaren Einfluss auf die Vertragspolitik der Krankenkassen bekommen und zugleich die Aufsicht über deren Landesarbeitsgemeinschaften führen. Auch ist unklar, wie sich unter diesen Rahmenbedingungen der ordnungspolitisch gewollte Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung entfalten soll.

Eine bedenkliche Schiefelage zulasten der Beitragszahler würde sich in den für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschüssen Ärzte entwickeln: Faktisch gäbe es dort eine Zwei-Drittel-Mehrheit von Land und Kassenärztlicher Vereinigung, also derjenigen, die nicht die Kosten der eigenen Beschlüsse zu tragen haben. Die bisherige paritätische Besetzung von Kostenträgern und Leistungserbringern hat ja genau den Sinn, durch ein ausgewogenes Kräfteverhältnis einen Interessenausgleich sicherzustellen.

Länder tun sich keinen Gefallen

Möglicherweise tun sich die Länder aber auch selber keinen Gefallen mit einer solchen Machtposition: Bei gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen würden sie unmittelbar zu Akteuren und zu Adressaten unzufriedener Leistungserbringer. Jede Interessensgruppe, die sich zu kurz gekommen fühlt, wird das Land auffordern, eine Gefährdung der Versorgung festzustellen, damit Verträge nachgebessert werden. Ohne das berechnete Interesse der Länder an funktionierenden Versorgungsstrukturen infrage zu stellen – die Gesetzesvorschläge sollten im Zuge der weiteren Diskussion noch einmal eingehend auf Risiken und Nebenwirkungen hin geprüft werden.

Pflegekammer

Weder erforderlich noch geeignet

Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen lehnen die Errichtung einer Kammer für die Pflegeberufe im Land ab. Einer entsprechenden Gesetzesinitiative der Oppositionsfraktionen im Niedersächsischen Landtag haben sie bereits im vergangenen Jahr vor dem Sozialausschuss des Parlaments eine Absage erteilt. In einer gemeinsamen Stellungnahme erklärten sie ihre Unterstützung für die Zielsetzung, den Stellenwert der Pflegeberufe zu stärken und ein hohes Maß an Qualität der Versorgung sicherzustellen – eine Pflegekammer sei dazu aber weder erforderlich noch geeignet.

Insbesondere wird eine Kammer dem Ziel nicht gerecht, die Interessen der Beschäftigten zu stärken, da



Verantwortungsvoll: Arbeit in der Pflege

Kammern keine Lobbyvertretungen sind, sondern eine öffentliche Aufsichtsfunktion ausüben. Demgegenüber stehen Pflichtbeiträge für die Mitglieder, die im Verhältnis zur Einkommenshöhe der Pflegekräfte nicht unerheblich sein dürften. Damit ist auch kaum zu erwarten, dass diese sich noch zusätzlich in anderen Berufsorganisationen engagieren würden. Deren Möglichkeiten würden also deutlich geschwächt, obwohl sie im Gegensatz zu einer Kammer viel mehr geeignet sind, eine wirksame Interessenvertretung zu organisieren.

Auch von solchen politischen Bewertungen abgesehen erschließt sich der Sinn einer Pflegekammer nicht, weil der Beruf in der Regel im Angestelltenverhältnis ausgeübt wird. Berufsständische Kammern sind demgegenüber durch die besonderen Bedingungen freiberuflicher Tätigkeit geprägt. Fragen von Berufszulassung und -ordnung, Aufsicht, Überwachung der Fort- und Weiterbildung, aber auch der Fürsorge wurden der Kammer übertragen, weil Regulative durch Verantwortung und Gewährleistung tragende Arbeitgeber fehlen und der Staat selber diese Funktion nicht übernehmen wollte. Diese Merkmale freiberuflicher Tätigkeit, die für die Aufgaben von Kammern konstitutiv sind, fehlen im Pflegebereich.

Rettungsdienst

„Kommunen müssen ausschreiben“

„Sofern noch nicht geschehen, fordern wir Sie hiermit auf, unverzüglich bestehende Gemeinschaftsrechtsverstöße zu beseitigen, bestehende vergaberechtswidrig zustande gekommene Verträge umgehend zu beenden und Ihrer Pflicht zur Durchführung eines ordnungsgemäßen Vergabeverfahrens nachzukommen“. Diese deutlichen Worte richtet ein privater Rettungsdienst an niedersächsische Kommunen. Eines der Schreiben, verschickt Mitte November, liegt *ersatzkassen in niedersachsen* vor. Hintergrund der Aktivitäten ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 29. April 2010.

Der EuGH hatte einer Klage der EU-Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland (Rechtssache C-160/08) teilweise stattgegeben und festgestellt, dass die Vergabepaxis in Niedersachsen und drei weiteren Bundesländern gegen Europarecht verstößt. Der Gerichtshof rügt die fehlenden „Bekanntmachungen über die Ergebnisse der Verfahren zur Auftragsvergabe“. Eine Verpflichtung zur Ausschreibung

von Rettungsdienstleistungen ergibt sich aus der Feststellung des Gerichtshofes, dass der Rettungsdienst keine hoheitliche Aufgabe ist, die einen Sonderstatus rechtfertigen würde. Auch das Oberlandesgericht Naumburg / Sachsen-Anhalt hat mit Beschluss vom 4. November 2010 (Az.: 1 Verg 10/10) entschieden, dass das Vergabeverfahren im Rettungsdienst nach den Vorschriften des europäischen Kartellvergabe-rechts durchzuführen ist.

In Niedersachsen lassen die Kommunen rettungsdienstliche Leistungen durch die eigene Feuerwehr oder beauftragte Organisationen erbringen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben weder Einfluss auf die Vergabe, obwohl sie für den Rettungsdienst zahlen müssen, noch ist nachvollziehbar, nach welchen Kriterien ein bestimmter Anbieter zum Zuge kommt. Die Ausgaben für den bodengebundenen Rettungsdienst in Niedersachsen lagen 2009 bei rund 283 Millionen Euro. Das entspricht einem Anstieg von 43 Prozent seit 2000.

Verwaltungskosten Seit Jahrzehnten konstant

Das Thema Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung, schreibt das Branchenblatt *Gesundheitspolitischer Informationsdienst*, ist eigentlich unspektakulär. Trotzdem gehe davon „offensichtlich eine hohe Faszination aus.“ Etwas markanter drückt es die Bertelsmann Stiftung aus, die in ihrem *gesundheitsmonitor* von einem „Mythos“ spricht (vgl. auch Seite 4).

Kritik an den „zu hohen“ und „steigenden“ Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehört gleichsam zum Pflichtprogramm der gesundheitspolitischen Debatte. Aktuell hat auch der Gesetzgeber ein Zeichen gesetzt und die Verwaltungskosten der Kassen für die Jahre 2011 und 2012 auf dem Niveau von 2010 grundsätzlich eingefro-

ren. Nun ist es durchaus verständlich und richtig, dass im Umgang mit Pflichtbeiträgen eine besondere Sorgfalt eingefordert wird. Richtig ist aber auch, schreibt die Bertelsmann Stiftung, „dass sich die Nettoverwaltungs Ausgaben seit Jahrzehnten zwischen fünf und sechs Prozent der Leistungsausgaben bewegen und auch niemals ‚explodiert‘ sind.“ Der Anstieg etwa von 2006 auf 2007 habe mit 0,32 Prozent noch unter der Inflationsrate gelegen. Lohnend erscheint in diesem Zusammenhang auch der Blick auf die private Krankenversicherung (PKV). Wie es in dem Papier heißt, beziffere selbst deren eigener Verband für 2009 den Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten an sämtlichen Ausgaben der PKV mit 14,6 Prozent.

Zusatzbeiträge Zahlen Versicherte eigenen Sozialausgleich?

Eines der zentralen Argumente der Verfechter von einkommensunabhängigen Prämien im Gesundheitswesen ist das der Gerechtigkeit. Denn: Prämien werden in den Konzepten verbunden mit einem Sozialausgleich, der über Steuern finanziert wird, und an denen beteiligen sich nicht nur die Beitragszahler bis zur Bemessungsgrenze der Krankenversicherung, sondern alle steuerpflichtigen Bürger. Dieses Prinzip gilt auch für die kleine Prämie, den Zusatzbeitrag. Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz greift der Sozialausgleich, wenn der durch-

schnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des Einkommens übersteigt.

Allerdings lohnt ein etwas genauerer Blick auf die Systematik. Die Mittel für den Sozialausgleich kommen nämlich nicht vom Finanzamt, sondern aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds', und die speist sich zu mehr als 90 Prozent aus Beitragsmitteln. Zwar hat der Bund nun einen ursprünglich nicht zweckgebundenen Zuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro für 2011 per Erklärung als Beitrag zum Sozialausgleich ausgewiesen. Unabhängig aber davon, dass dieses Geld strenggenommen also gar nicht zusätzlich in den Fonds fließt, gilt: Reichen die zwei Milliarden Euro nicht aus, wird eben entsprechend tiefer in den Topf der Krankenkassen gegriffen. Weitere Bundeszuschüsse sind gesetzlich erst ab 2015 vorgesehen. In welcher Höhe, ist derzeit unklar, wobei bezweifelt werden darf, dass die Zuschüsse die Kosten des Sozialausgleichs ausgleichen werden. Auch der Präsident des Bundesversicherungsamtes wies kürzlich ausdrücklich darauf hin, dass „aus der Liquiditätsreserve künftig auch der Sozialausgleich für Geringverdiener und die Zusatzbeiträge für ALG-II-Empfänger zu decken sein werden.“ Und so würden die gesetzlich Krankenversicherten ihren Sozialausgleich schließlich doch selbst bezahlen.



Austausch über Zusatzbeiträge und andere gesundheitspolitische Themen: Gespräch der Ersatzkassen in Niedersachsen mit der Landesgruppe der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag (v.l.: Hanno Kummer, vdek, Franz-Josef Holzenkamp, MdB, Michael Grosse-Brömer, MdB, Dunja Kleis, BARMER GEK, Dr. Sabine Voermans, Techniker Krankenkasse, Jörg Niemann, vdek, Rita Pawelski, MdB, Günter Lach, MdB und Hans-Werner Kammer, MdB).

Ersatzkassen intern

Landesausschuss mit neuem Vorsitz

Schlüsselübergabe: Dr. Sabine Voermans folgt auf Ernst Thiel.

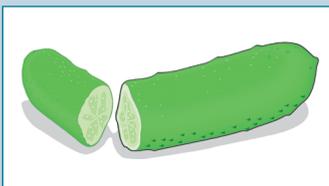
Dr. Sabine Voermans, Leiterin der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, ist neue Vorsitzende des Landesausschusses der Ersatzkassen in Niedersachsen. Sie folgt in beiden Funktionen auf Ernst Thiel, der in den Ruhestand gegangen ist. Die Medizinerin und Gesundheitswissenschaftlerin Voermans war bisher in der

Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse in Hamburg Leiterin des Referates „Gesundheitsmanagement“. Der Landesausschuss ist Koordinierungs- und Entscheidungsgremium der Ersatzkassen und insbesondere zuständig für die Abstimmung über Fragen von grundsätzlicher landespolitischer Bedeutung.

Voermans' Vorgänger Thiel stand 19 Jahre an der Spitze der Techniker Krankenkasse in Niedersachsen und saß seit 2004 dem Landesausschuss der Ersatzkassen vor. Für seine Verdienste um die Ersatzkassengemeinschaft in Niedersachsen wurde er vom vdek-Vorstandsvorsitzenden Thomas Ballast mit der Verdienstmedaille des Verbandes in Silber ausgezeichnet.

„Basisdaten“ neu aufgelegt

Die vdek-Landesvertretung hat eine neue, erweiterte Ausgabe ihrer Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen“ vorgelegt. Die Broschüre ist vor zehn Jahren erstmals erschienen und nunmehr zum fünften Mal aktualisiert worden. Sie enthält eine Zusammenstellung und Kommentierung grundlegender Daten und Trends rund um die Gesundheitsversorgung im Land, von der Zahl der Ärzte und Krankenhäuser über die Kosten im Rettungsdienst bis zu Preisen in Pflegeheimen und Marktanteilen der Krankenkassenarten. Interessenten können ein kostenfreies Exemplar bei der vdek-Landesvertretung beziehen.

**GURKE DES QUARTALS**

Wie Zahlenwerk kreativ interpretiert werden kann, ist bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu lernen. Die legt alljährlich ihr „Krankenhaus Barometer“ vor, in dem auch die wirtschaftliche Situation der Kliniken ausgewertet wird. Von einer „äußerst kritischen“ Lage war bei der Vorstellung der jüngsten Ausgabe im Dezember die Rede, „nur“ 68 Prozent der Häuser hätten im Berichtsjahr 2009 einen Überschuss aufgewiesen. Diese Wertung ist

insoweit bemerkenswert, als das Ergebnis einen positiven Höchststand darstellt: Ein Blick in die Publikationen der Vorjahre zeigt, dass die Zahl der Häuser mit Überschuss über die Zeit deutlich gestiegen ist. 2003, vor dem verbindlichen Start der Fallpauschalenfinanzierung, lag der Anteil sogar nur bei 39,5 Prozent. Demgegenüber hat sich der Anteil der Häuser mit einem Fehlbetrag in dieser Zeitspanne 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