

report niedersachsen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Apr. 2010

ersatzkassen

Palliativversorgung **Zu Hause, bis zum Schluss**

Die Krankenkassen in Niedersachsen ermöglichen mit neuen Verträgen zur Palliativversorgung, dass Sterbende, so weit medizinisch möglich und von ihnen gewünscht, zu Hause versorgt werden und damit ihre letzten Lebenstage in gewohnter Umgebung verbringen können. Niedersachsen gehört bundesweit zu den ersten Ländern, in denen Versicherte dieses Angebot in Anspruch nehmen können.

Die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ wird von Teams aus besonders qualifizierten Ärzten und Pflegediensten erbracht (s. Kasten Folgeseite). Durch diese gezielte organisatorische Vernetzung sollen unheilbar kranke Menschen auch in ihrer letzten Lebensphase zu Hause statt in einem Krankenhaus versorgt werden können. Die Teams stellen eine Rufbereitschaft für Patienten, Angehörige und alle an der Versorgung Beteiligten sicher, wobei sie die ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes oder einer Pflegefachkraft gewährleisten. Im Mittelpunkt dabei steht, Krankheitssymptome und Leiden so weit wie möglich zu lindern. Darüber hinaus sollen aber auch Seelsorge, psychosoziale Beratung und ehrenamtliche Dienste einbezogen werden.

In dieser Ausgabe:

- **Schutzimpfungen**
Schaden durch „verschwundene“ Ampullen
- **Zusatzbeiträge**
Die große Heuchelei
- **Quartalszahlen III / 2009**
Arzthonorare um 18 Prozent gestiegen
- **Prävention**
Jeder achte Versicherte profitiert

Die regionalen Teams schließen auf Grundlage eines landesweiten Mustervertrages Vereinbarungen mit den Krankenkassen, nach denen sie sowohl die ärztlichen und pflegerischen Behandlungen als auch Beratungs- und Koordinationsleistungen erbringen – basierend auf einem verbindlichen Konzept. Die Kassen vergüten die Leistungen mit einer Eingangspauschale sowie nach Leistungsaufkommen gestaffelten Tagespauschalen. Niedersachsen gehört zu den ersten Bundesländern, in denen die Krankenkassenverbände einen entsprechenden Mustervertrag geschlossen haben. Das gilt auch

für die gesonderte Regelung zur Versorgung von Kindern.

Die besonderen Belange von Kindern werden bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eine separate Vereinbarung berücksichtigt. So kann bei Kindern die Leistung nicht nur in der letzten Lebensphase, sondern in bestimmten Fällen auch zur Krisenintervention verordnet werden. Vertragspartner der Krankenkassen bei der Kinderversorgung ist das bereits bestehende „Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher“, das von Hannover aus die Koordination für ganz Niedersachsen übernimmt und örtliche Vertragspartner bindet. Dabei handelt es sich um Ärzte an Kliniken in Hannover, Bremen, Oldenburg, Braunschweig, Osnabrück und Göttingen, die für diese Tätigkeit freigestellt werden, sowie um Anbieter pflegerischer und psychologischer Leistungen. Die Vertragspartner rechnen landesweit mit 120 betroffenen Kindern im Jahr, für deren besondere Versorgung die Kassen rund 600.000 Euro zur Verfügung stellen.

Schieflage in der Diskussion

Der unbestrittene Fortschritt durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist das Mehr an Lebensqualität für die Betroffenen, indem sie bis zuletzt zu Hause bleiben können. Zu keinem Zeitpunkt aber gab es vor Vertragsabschluss „unnötige Leiden für Sterbende“, wie die *Neue Osnabrücker Zeitung* die Kritik von Palliativmedizinern zusammenfasst.

BESONDERE QUALIFIKATION

Beteiligte Ärzte müssen über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer und Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Patienten oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit etwa in einem Krankenhaus verfügen. Auch für examinierte Pflegefachkräfte gelten besondere Anforderungen. Unter anderem müssen sie eine Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden abgeschlossen haben und Erfahrung durch eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten nachweisen.

Die Versorgung selbst war auch bisher sichergestellt, in schwierigeren Fällen aber eben in der Klinik.

Klar ist: Die Versorgung, vor allem die Schmerztherapie, aber auch die Begleitung sterbender Menschen, ist seit jeher wesentliche Aufgabe von Krankenhäusern, und das wird auch nach der Neuregelung so bleiben. Für viele Sterbende ist die medizinische Versorgung auch weiterhin nur im Krankenhaus möglich. Gleichzeitig gibt es Betroffene, die schon durch das bisherige ärztliche und pflegerische Angebot zu Hause angemessen versorgt werden können. Bei der neuen Leistung geht es um diejenigen Menschen mit begrenzter Lebenserwartung – nach Schätzungen bis zu zehn Prozent aller Sterbenden –, die bisher die besondere Versorgung im Krankenhaus benötigten, die nun aber durch die neuen Kooperationen die letzte Lebensphase zu Hause verbringen können.



Jörg Niemann,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Niedersachsen

DER KOMMENTAR

Im Interesse der Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist ohne jede Frage ein großer Fortschritt für Betroffene, die Krankenkassen bekennen sich ausdrücklich zu der neuen Leistung. Dass Vertragsverhandlungen dieser Art mitunter recht mühsam sind, relativiert die Zustimmung in keiner Weise. Abgesehen von den natürlichen Schwierigkeiten bei der Etablierung neuer Versorgungsangebote – von der Konkretisierung qualitativer Anforderungen bis hin zur Frage des Verhandlungsmandats auf Anbieterseite: Leistungserbringer haben gerade bei sensiblen Fragen mitunter den Hang, eigene Forderungen als Interesse der Betroffenen auszugeben, deren Erfüllung damit nicht nur gleichsam objektiv notwendig ist, sondern gar zur moralischen Verpflichtung wird. Frei nach dem Motto: Wir wollen Gutes tun, wer unsere

Vorstellungen hinterfragt ist herzlos und hat kein Interesse, Betroffenen zu helfen. Das ist schlicht falsch und erschwert die professionelle Verständigung: Auch wenn es um eine gute Sache geht, kann man etwa Vergütungshöhen und bürokratischen Aufwand eines Konzepts kritisch prüfen – als Kostenträger muss man es sogar, wenn dafür Versichertenbeiträge aufgewendet werden sollen. Schließlich geht es immer noch um optimale Verträge für die betroffenen Menschen, und nicht um optimale Verträge für die Erbringer der Leistung.

Schutzimpfungen „Verschwundene“ Ampullen verursachen Millionenschaden

Den Krankenkassen in Niedersachsen entsteht pro Jahr ein Schaden von rund zehn Millionen Euro, weil Ärzte bezogene Impfstoffe nicht an die Versicherten verimpfen. So haben die Kassen 2008 für rund 570.000 Ampullen bezahlt, die später bei den abgerechneten Impfleistungen nicht mehr aufgetaucht sind. Damit sind mehr als 15 Prozent der Ampullen gleichsam verschwunden. Die Zahlen für 2009 werden im Laufe des zweiten Quartals vorliegen.

Grund für die Differenz ist hauptsächlich eine übermäßige Bevorratung der Impfstoffe in den Arztpraxen und die damit verbundene spätere

Entsorgung. Auch ist nicht auszuschließen, dass die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Impfstoffe widerrechtlich an Privatpatienten abgegeben werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat trotz mehrmaliger Aufforderung keine Maßnahmen ergriffen, um die Fehlquote zu reduzieren. Mittlerweile verweigert sie sogar das Gespräch mit den Kassen.

Niedergelassene Ärzte beziehen Impfstoffe als „Sprechstundenbedarf“ ohne direkten Patientenbezug von den Apotheken, müssen also keinen Einzelnachweis über die Verwendung führen. Die entsprechenden Kosten werden unter allen Kran-

kenkassen per Umlage aufgebracht. Die eigentliche Impfleistung der Arztpraxis, also der Stich in den Arm des Patienten, wird dann wiederum versichertenbezogen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Der Abgleich von Impfstoffmenge einerseits und abgerechneten Impfleistungen andererseits offenbart die deutliche Fehlquote. So wurden 2008 von rund 3,7 Millionen bezahlten Ampullen 570.000 nicht verimpft – zumindest nicht an gesetzlich Versicherte. Der entsprechende Schaden beträgt 10,5 Millionen Euro und ist damit doppelt so hoch wie noch 2005.

Keine Reaktion der KVN

Die Kassen hatten der KVN bereits im Februar 2008 ein Maßnahmenpapier zur Reduzierung der Differenz vorgelegt. Darin wurde vor allem ein arztbezogener Abgleich der Impffrequenzen mit der Impfstoffmenge vorgeschlagen, damit die KVN auf auffällige Ärzte gezielt einwirken kann. Bis heute hat die KVN aber nichts unternommen. Den Verbänden der Krankenkassen wird weiterhin verwehrt, betreffende Ärzte über einen Abgleich mit den Abrechnungsdaten der KVN zu identifizieren, um damit auf eine Reduzierung des Schadens hinzuwirken. Gespräche zu dem Thema hat die KVN abgebrochen.



Widerrechtlich an Privatpatienten abgegeben? 570.000 von den gesetzlichen Kassen bezahlte Ampullen tauchen später in den Abrechnungen nicht mehr auf.

Zusatzbeiträge

Die große Heuchelei

Der Aufschrei der Empörung war parteiübergreifend groß, als die ersten Krankenkassen angekündigt hatten, Zusatzbeiträge von ihren Versicherten zu verlangen. Unsozial sei das, hieß es, gar die Kartellwächter sollten eingreifen, und schließlich ließ auch der Vorwurf der „Abzocke“ nicht lange auf sich warten. Wohl selten hat es so viel öffentliche Heuchelei gegeben wie zuletzt bei der Diskussion um die Zusatzbeiträge. Denn worüber sich ein Teil der Politik derart vehement ereiferte, war nichts weiter als die Konsequenz aus den eigenen Beschlüssen: Jeder, der seinerzeit die Hand für den Gesundheitsfonds gehoben hat, hat damit auch für Zusatzbeiträge gestimmt, die ein integraler Bestandteil des Konzepts sind.

Da Politik ein kurzlebiges Geschäft ist, noch einmal zur Erinnerung: Das am 2. Februar 2007 mit 378 Ja-Stimmen vom Deutschen Bundestag verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sah vor, dass der Gesundheitsfonds zu seinem Start im Jahr 2009 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu 100 Prozent deckt. Aber eben nur zum Start. Steigen die Ausgaben, bleibt der staatlich festgelegte Beitragssatz, über den der Fonds gefüllt wird, erst einmal unverändert. Dem Gesetz zufolge wird er erst dann angehoben,

1,3 MILLIARDEN EURO ZUSÄTZLICH

Die Ausgaben der Krankenkassen in Niedersachsen sind zwischen 2007 und 2009 in den Hauptleistungsbereichen um insgesamt rund 1,3 Milliarden Euro gestiegen:

Krankenhäuser:	+ 490 Millionen Euro (10,2 %)
Arzthonorare:	+ 570 Millionen Euro (22,1 %)
Arzneimittel:	+ 200 Millionen Euro (8,2 %)

wenn die Ausgabendeckung durch den Fonds in zwei aufeinanderfolgenden Jahren weniger als 95 Prozent beträgt. Das heißt im Klartext: Jeder Euro, der im Gesundheitswesen zusätzlich ausgegeben wird, kommt nicht mehr aus dem Fonds. Jeder Steigerungsbetrag muss über kurz oder lang zwingend über Zusatzbeiträge finanziert werden. Genau das wurde damals mit der Mehrheit des Deutschen Bundestags beschlossen. Ab dem Starttag des Fonds war es nur noch eine Frage der Zeit, bis Rücklagen aufgebraucht und die erste Kasse zur Deckung der Ausgaben auf Zusatzbeiträge zurückgreifen musste.

Erklären sollen es die Kassen

Die Arbeitsteilung zwischen Politik und Krankenkassen ist dabei durchaus bemerkenswert:

Die Politik etwa tut Ärzten und Krankenhäusern gerne Gutes, sodass in der Folge die Kassenausgaben für Anbieter kräftig steigen (s. Kasten). Wenn Kassen dann als Konsequenz Zusatzbeiträge erheben müssen, sollen sie bitte schön mal selbst erklären, warum sie mit dem Geld aus dem Fonds nicht auskommen. Im Zweifelsfall wird dann auch wieder der offenbar immer nützliche, aber in diesem Zusammenhang völlig irrwitzige Hinweis auf die Verwaltungskosten bemüht, um von den eigentlichen Zusammenhängen abzulenken. Irrwitzig deshalb, weil die Ausgaben der Kassen zu 95 Prozent die Einnahmen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Anbietern sind. Davon abgesehen: Schon zugunsten der eigenen Marktposition würde jede Krankenkasse einen Zusatzbeitrag vermeiden, wenn dazu nur die Möglichkeit bestünde.



Mit spitzem Stift gerechnet: Nach geltender Rechtslage bekommen die Krankenkassen erst dann mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, wenn der die gesamten Ausgaben zu weniger als 95 Prozent deckt. Die Unterfinanzierung durch den Fonds ist also einkalkuliert.

Finanzentwicklung I

Zusatzbeiträge können Löcher nicht stopfen

Während die Berliner Koalitionäre ausgiebig darüber streiten, wie sozial oder unsozial welche Art von Prämienfinanzierung ist und wie der Koalitionsvertrag auszulegen sei, gerät die eigentlich entscheidende Frage aus dem Blickfeld: Wie soll das im kommenden Jahr zu erwartende Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von elf Milliarden Euro gedeckt werden?

Der allgemeine Beitrag scheidet nach derzeitiger Rechtslage als Lösung aus: Der nämlich wird erst erhöht, wenn der Fonds die Ausgaben der Kassen „im laufenden und im Folgejahr“ zu weniger als 95 Prozent deckt. Bei der für dieses Jahr in Rede stehenden Lücke von vier Milliarden Euro würde die Ausgabendeckung noch 97,7 Prozent betragen, sodass die Voraussetzungen für eine Beitrags-erhöhung im Jahr 2011 nicht gegeben sind. Blicke auf den Zusatzbeitrag. Bei genauerem Hinsehen kann aber auch der die Löcher nicht stopfen.

Der Zusatzbeitrag, den eine Kasse erheben kann, darf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds nicht übersteigen. Legt man das Durchschnittseinkommen der Versicherten zu-

grunde, beträgt die maximal mögliche Prämie im Schnitt 17 Euro im Monat. Würden alle Kassen diese Möglichkeit gleichermaßen voll ausschöpfen, könnten damit jährlich insgesamt 10,3 Milliarden Euro generiert werden. Um ein Defizit von elf Milliarden Euro zu decken, wären aber über alle Kassen monatlich mehr als 18 Euro je Mitglied nötig – und das ist wegen der Ein-Prozent-Überforderungsklausel ausgeschlossen.

Das Problem aber geht noch weiter: Die der Berechnung zugrunde liegende Annahme, dass alle Kassen unisono den Höchstbeitrag verlangen, ist vollkommen unrealistisch, etwa weil die Kassen unterschiedlich stark vom neuen Risikostrukturausgleich profitieren und die Haushaltslagen dementsprechend heterogen sind. Faktisch sind es also deutlich weniger als die besagten 10,3 Milliarden Euro, die die gesetzliche Krankenversicherung über Zusatzbeiträge einnehmen kann.

Fazit: Die bestehenden Regelungen reichen nicht aus, um der voraussichtlichen Unterfinanzierung im kommenden Jahr zu begegnen. Ohne kurzfristige Maßnahmen ist das Defizit nicht zu decken.

Finanzentwicklung II

Kurzfristige Maßnahmen gefragt

Das Jahr 2010 hat es in sich: Die gesetzliche Krankenversicherung erwartet bei stagnierenden Beitragseinnahmen einen Ausgabenrekord von bundesweit 174 Milliarden Euro. Gefragt sind kurzfristig wirksame Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzen. Auf der Einnahmeseite sollte die öffentliche Hand jenseits aller Diskussionen um Steuerzuschüsse zu allererst einen angemessenen Beitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II leisten. Der deckt mit rund 124 Euro im Monat derzeit nicht einmal die Hälfte der tatsächlichen Kosten, sodass den Krankenkassen allein dadurch 4,3 Milliarden Euro im Jahr fehlen.

Auf der Ausgabenseite müssten die Vergütungen für Ärzte und Krankenhäuser nach dem zuletzt dramatischen Anstieg erst einmal eingefroren und der Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen aufgehoben werden. Nach wie vor steht auch eine Re-

duzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel aus. Vor dem Hintergrund anderer Ermäßigungen in Deutschland – Stichwort Hotelübernachtungen –, aber auch im internationalen Vergleich wäre die längst überfällig. Die Einsparungen bei einer Senkung von 19 auf sieben Prozent würden bei 2,8 Milliarden Euro liegen.

Immerhin in Angriff genommen wird nun eine Begrenzung der Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel, für die es keine Kostensteuerung durch Festbeträge gibt. Dabei hilft vor allem die im Arzneimittelparapaket der Bundesregierung vorgesehene Erhöhung des Abschlags auf Arzneimittel ohne Festbetrag von sechs auf 16 Prozent in Verbindung mit einem Preisstopp. Mittelfristig sollen die Hersteller die Preise nicht mehr einseitig festlegen dürfen, sondern mit den Krankenkassen verhandeln, wobei auch der Einstieg in eine Kosten-Nutzen-Bewertung vorgesehen ist.

Pflegestützpunkte Landkreis Schaumburg macht den Anfang

Der Landkreis Schaumburg hat den Anfang gemacht: Nachdem in seiner Kreisstadt Stadthagen Ende Januar bei einer feierlichen Veranstaltung mit Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann der erste Pflegestützpunkt in Niedersachsen eröffnet worden ist, sind mittlerweile auch in den Landkreisen Emsland, Rotenburg und Verden sowie in der Stadt Braunschweig die besonderen Beratungsangebote rund um die Pflege an den Start gegangen. Vier weitere Kommunen haben bereits entsprechende Verträge mit den Kassen geschlossen, noch einmal 15 verhandeln derzeit. Die Stützpunkte sollen als unabhängige Einrichtungen Versicherte über das gesamte Spektrum an pflegerischen und vorpflegerischen Leistungen informieren, die von Kranken- und Pflegekassen sowie von den Kommunen zur Verfügung gestellt werden.

Kassen zahlen zwei Millionen Euro

Die Kassen stellen dafür jährlich landesweit rund zwei Millionen Euro zur Verfügung, hinzu kommt ein angemessener Beitrag der Städte und

Neues Angebot: Der Pflegestützpunkt im Landkreis Schaumburg.

Landkreise. Angesiedelt sind die Büros bei den Kommunen. Kassenverbände sowie Landkreis- und Städtetag hatten unter Mitwirkung des Sozialministeriums im vergangenen Jahr durch eine Landesrahmenvereinbarung den Weg für die Stützpunkte in Niedersachsen freige-macht.



Quartalszahlen III / 2009

Arzthonorare um 18 Prozent gestiegen

Während derzeit einzelne Arztpraxen öffentlich über finanzielle Einbußen klagen, liegen valide Daten über die Honorarentwicklung in Niedersachsen bislang nur für 2009 vor.

Und die bestätigen ein kräftiges Plus im vergangenen Jahr: Nach aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sind die Honorare im dritten Quartal 2009 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum landesweit um rund 18 Prozent gestiegen.

Wegen des Zuwachses der Zahl der Ärzte im Land lag die Pro-Kopf-Steigerung leicht darunter bei durchschnittlich 17,6 Prozent.

Die Hausärzte profitierten dabei mit plus 20 Prozent je Arzt noch stärker als die Fachärzte mit plus 14,4 Prozent. Gegenüber dem dritten Quartal 2007 beträgt der Zuwachs je Arzt sogar mehr als 23 Prozent. Spitzenreiter mit Steigerungen von jeweils mehr als 30 Prozent sind bei diesem Vergleich die Fachgruppen der Anästhesisten, Kardiologen, Dermatologen, Angiologen, Urologen und Radiologen.

Die Entwicklung in diesem Jahr, auch was Verschiebungen zwischen einzelnen Fachgruppen angeht, bleibt abzuwarten – mit Einsparungen bei den Arzthonoraren insgesamt ist allerdings kaum zu rechnen.

Arzneimittelverordnungen

Neues Regionalpaket geschnürt



Darum dreht es sich:
Pillen und andere Arzneimittel

Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigung in Niedersachsen haben sich für 2010 wie in den Vorjahren auf ein sogenanntes Regionalpaket mit Vereinbarungen über Arzneimittelverordnungen verständigt. Danach

stehen den Ärzten in Niedersachsen für ihre Verschreibungen 2,354 Milliarden Euro zur Verfügung. Das entspricht einer Steigerung des Soll-Wertes von 3,5 Prozent gegenüber 2009. Sollte die Ausgabengrenze um mehr als 390 Millionen Euro überschritten werden, tritt die Kassenärztliche Vereinigung oberhalb dieses Wertes mit einem Betrag von bis zu fünf Millionen Euro in Haftung. In diesem Fall würde es darüber hinaus zu Richtgrößenprüfungen einzelner Ärzte kommen. Eine vergleichbare Regelung gilt auch für Heilmittelverordnungen.

Prävention

Jeder achte Versicherte profitiert

Bundesweit haben im Jahr 2008 neun Millionen Menschen Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung genutzt. 2007 waren es noch weniger als sieben Millionen. Damit profitiert nunmehr jeder achte Versicherte von dem Engagement der Kassen. Das ist das Fazit des aktuellen Präventionsberichts der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen gaben für die Maßnahmen im Berichtsjahr 340 Millionen Euro aus – 40 Millionen mehr als noch 2007. Mit durchschnittlich 4,83 Euro je Versicherten haben sie den gesetzlich vorgesehenen Richtwert von 2,78 Euro deutlich übertroffen.

Zu den Präventionsangeboten zählen individuelle Kurse und gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben. Für Versicherte in schwierigen Lebenslagen setzen darüber hinaus Aktivitäten etwa zugunsten von mehr Bewegung und gesunder Ernährung im unmittelbaren Umfeld an, also in Kindertagesstätten, Schulen und kommunalen Einrichtungen. Hintergrund ist, dass Betroffene ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben, zugleich aber Präventionsangebote von sich aus seltener als andere nutzen. Allein durch diese sogenannten Setting-Ansätze wurden in mehr als 22.000 Einrichtungen rund sechs Millionen Menschen erreicht.

Präventionsbericht 2009

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2008

Strecken für die Gesundheit: Die Zahlen, Daten und Fakten dazu stehen im aktuellen Präventionsbericht.

BÜCHER

„**Richtig taxieren – Preisberechnung in der Apotheke**“ heißt eine Broschüre aus dem Govi-Verlag (80 Seiten, 19,80 Euro). Die Autoren **Katrin Fiehe** und **Christian Jonczyk** erläutern, welche gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zu beachten sind, um den korrekten Preis eines Arzneimittels zu ermitteln.

Eine Aktualisierung des Loseblattwerks **Krankenhaus-Rechtsprechung** (Teil III, Urteile ab 2004) der Herausgeber **Behrend Behrends** und **Werner Gerdemann** legt der Erich Schmidt Verlag vor. Die Sammlung umfasst 4.674 Seiten in 5 Ordnern und kostet 148 Euro.

KURZ GEMELDET

Besondere Angebote für Demenzkranke bieten mittlerweile 1.080 Pflegeheime in Niedersachsen. Das sind landesweit rund 80 Prozent aller Einrichtungen. In den betreffenden Heimen stehen zusätzliche Kräfte vor allem für die soziale Betreuung der Demenzkranken zur Verfügung, vom Vorlesen über die Begleitung bei Spaziergängen bis zur Anleitung bei leichter handwerklicher Tätigkeit. Die Pflegekassen vergüten diese Leistungen seit 2008 extra.

Mit rund 8.000 Euro beteiligen sich die Ersatzkassen in diesem Jahr am „Regionalen Knoten Niedersachsen“. Der Kooperationsverbund unterstützt landesweit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Angesiedelt ist er bei der Landesvereinigung für Gesundheit.

Tierisch ernst

Der Kampf gegen Tierseuchen hält uns in Atem. Wir erinnern uns noch, wie bei der Vogelgrippe Hühner in Ställe gescheucht wurden und auf Rügen gar die Bundeswehr Schwänen zu Leibe rückte. Kaum war der Kampf gegen das kranke Federvieh gewonnen, brach die Schweinegrippe über uns herein. Und mit ihr kamen Massenimpfungen, oder vielmehr: wären gekommen, hätten sich äquivalent zur Menge des bestellten Impfstoffs nur genügend impfwillige Patienten gefunden. Um die Schweinegrippe ist es mittlerweile ruhig geworden, so verdächtig ruhig, dass wir das Weltgeschehen miss-

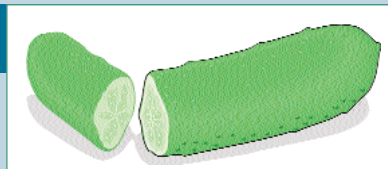
trauisch in Erwartung weiterer Hiobsbotschaften aus dem Tierreich verfolgen. Und tatsächlich: Die *Ärzte Zeitung* weiß zu berichten, dass in den Niederlanden „die Ausweitung der auf Menschen übertragbaren und in Einzelfällen lebensgefährlichen Ziegenrippe“ befürchtet wird. Ziegenrippe! Damit nicht genug, auch von möglichen Kreuzungen von Viren verschiedener Tierarten ist zu hören. Klar ist: Die Zeiten, in denen die Bremer Stadtmusikanten als tickende virologische Zeitbombe auf engstem Raum im Räuberhaus zusammenhocken konnten, sind ein für allemal vorbei.

GURKE DES QUARTALS

Die vielfältigen Möglichkeiten der modernen Kommunikation gehen, so wird oft beklagt, zulasten direkter zwischenmenschlicher Beziehungen. Auch in Arztpraxen. Zur Umkehr ruft nun ein Mediziner in der *Ärzte Zeitung* auf: Da Patienten nach einem telefonischen Kontakt mit dem Arzt ja später ohnehin noch in die Praxis kommen, um die Versichertenkarte vorzulegen und die Praxisgebühr zu bezahlen, so appelliert der Autor an seine Kollegen, „sollten Sie Ihre Praxisorganisation dahin gehend umgestellt haben, dass es zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt“. Was zunächst an Zivilisationskritik denken lässt, scheint nach genauerer Lektü-

re dann doch eher – nun ja – praktische Gründe zu haben.

Durch die leibhaftige Begegnung nämlich könne man „die Versichertenpauschale bzw. die entsprechende fachärztliche Grundpauschale berechnen“.



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