

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE FINANZEN Ende der scheinbar immerwährenden Prosperität | „ARZTZAHLPROGNOSE 2020“ Schreckensszenario widerlegt | AMBULANTE PFLEGE Billigland Niedersachsen? Preise über Bundesschnitt!

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JULI 2020

WETTBEWERB

Ersatzkassen suchen Ideen aus der Zukunftswerkstatt

Unter dem Titel „Zukunftswerkstatt Gesundheitswesen“ haben die Ersatzkassen ihren Zukunftspreis ausgeschrieben. Gesucht werden in diesem Jahr kreative Ideen für eine praxisnahe Gesundheitsversorgung von morgen sowie herausragende zukunftsfähige Projekte aus dem Therapie-, Pflege- oder Präventionsalltag. Besonders gefragt sind Anstöße für neue Strukturen oder Behandlungsmodelle, die die Folgen der demografischen Entwicklung abfedern oder die Qualität und Effizienz der Versorgung weiter verbessern können. Das Preisgeld beträgt insgesamt 20.000 Euro. Die Bewerbungsfrist wurde aufgrund der Corona-Pandemie bis 15. September 2020 verlängert. Mehr Informationen und das Anmeldeformular finden Bewerber unter: www.vdek.com/ueber_uns/vdek-zukunftspreis/2020.html. Der Preis ist eine Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen. Er wurde erstmals 2010 ausgelobt. Die bei den Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter möchten damit Initiativen unterstützen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

CORONA

Aus den Erfahrungen lernen

Die Corona-Krise hat viele Aspekte unseres Lebens, Arbeitens und Wirtschaftens auf den Prüfstand gestellt. Das gilt auch und gerade für die Gesundheitsversorgung. Wir ziehen erste Schlüsse.

In der akuten Bedrohungslage durch das Coronavirus zielte alles darauf ab, Leben zu schützen – mit medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungen und behördlichen Anordnungen zur Vermeidung von Ansteckung. Bald aber begannen auch die Diskussionen über die Zeit danach. Was lehren die Erfahrungen aus der Corona-Zeit – jenseits der Strategien zur Pandemiebewältigung – für das Gesundheitswesen und seinen Alltagsbetrieb?

Krankenhäuser: Klasse statt Masse

In kaum einem gesundheitsökonomischen Beitrag der vergangenen Jahre fehlte der kritische Hinweis auf Überkapazitäten und ineffiziente Strukturen in der deutschen Krankenhauslandschaft. Hat sich diese Kritik jetzt überholt? Einzelne Vertreter von Krankenhäusern versuchen tatsächlich, diesen Eindruck zu erwecken und damit die Strukturdebatte unter Verweis auf die Pandemie zu stoppen.

Nun haben die umfassenden stationären Kapazitäten und die enormen Finanzmittel im deutschen Gesundheitswesen ohne Frage dazu beigetragen, dass für den erwarteten Ansturm von Covid-19-Patienten so viele Betten bereitgestellt werden

konnten, dass diese selbst auf dem Höhepunkt der Pandemie nur zur Hälfte ausgelastet waren. Entscheidend war allerdings nicht, dass Deutschland – und hier setzt die Strukturdebatte an – schlicht mehr Masse an Krankenhausbetten hat als andere europäische Länder und diese auch noch auf besonders viele kleine Standorte verteilt sind. Vor allem hat geholfen, dass Deutschland schon in der Ausgangslage deutlich mehr intensivmedizinische Kapazitäten vorgehalten hat als beispielsweise Italien. Zum anderen konnten an großen, leistungsfähigen Krankenhäusern zusätzliche Intensivkapazitäten geschaffen werden. Wenn der Chef der Berliner Charité als Erkenntnis aus der Krise davon spricht, dass unser Gesundheitssystem keine Reserven hätte, dann verwundert das zutiefst. Gerade weil das Gesundheitswesen in Deutschland so umfassend ausgestattet ist, konnten Krankenhäuser „leergefahren“ und zudem weitere Intensivkapazitäten aufgebaut werden.

Gleichzeitig hat das Konzept des Landes zur „Sicherstellung der stationären Versorgung von Covid-19“ die grundsätzliche Ausrichtung einer Strukturveränderung bestätigt. Das Konzept sieht ein Schalenmodell vor, in dessen Mittelpunkt die konzentrierte Versorgung in großen



Blick nach vorne: Was wäre möglich, wenn ...



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Die Corona-Krise hat die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bewiesen. So lautet die gängige Kommentierung. Das widerlegt Kritiker, die das System „kaputt-gespart“ oder „auf Kante genäht“ sehen. Vielmehr waren gerade die umfassenden Kapazitäten und enormen Finanzmittel Grundlage für den Umgang mit der Pandemie. Ihr Einsatz wurde auf das Ziel der Krisenbekämpfung ausgerichtet, allerdings im Sinne einer Vollbremsung: Mindererlöse von Anbietern wurden ausgeglichen, in den Krankenhäusern maximale Leerstände verordnet und finanziert, während gleichzeitig zusätzliche Covid-19-Behandlungsmöglichkeiten geschaffen wurden. Damit stellt sich die Frage: Was wäre möglich, wenn diese immensen Ressourcen auch im Regelbetrieb stärker auf Ziele ausgerichtet würden – etwa zur Steigerung der Lebenserwartung nach Herzinfarkt –, nur eben effizienter und punktgenauer als in der Krise? Es könnte einen Qualitätsschub geben! Das wäre auch die Grundlage, um während einer Pandemie andere wichtige Behandlungen ebenfalls weiter durchzuführen. Eine zentrale Rolle spielt der stationäre Sektor. In der Krise hat sich nochmals gezeigt: Maßgeblich sind die großen, leistungsfähigen Krankenhäuser. Es gilt, diese mit den vorhandenen Finanzmitteln zu stärken.



Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung steht. Diese verfügen als Covid-19-Referenzkrankenhäuser über Intensiv- und Beatmungsmöglichkeiten sowie Expertise in zentralen medizinischen Fachrichtungen. Die Fahrzeit zwischen den Referenzkrankenhäusern soll bis zu 60 Minuten betragen. Von Schale zu Schale wird dann der medizinische Versorgungsbeitrag der Häuser kleiner, bis hin zu Rehakliniken und Behelfskrankenhäusern auf den äußeren Schalen.

Bei der Krisenbekämpfung hat sich erneut bestätigt, dass es die großen, leistungsstarken Krankenhäuser sind, die die Versorgung schwerkranker Patienten gewährleisten. Der Beitrag der kleinen Krankenhäuser war demgegenüber schon vor der Pandemie gering: So haben 2017 in Niedersachsen 101 Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten und damit landesweit die Mehrzahl der Häuser zusammen nur knapp 14 Prozent der Intensivkapazitäten bereitgestellt. Bei der Forderung nach einer Strukturreform geht es genau darum: große Krankenhäuser mit umfassender medizinischer Expertise als Leistungsträger weiter zu stärken.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gestalten, bedarf es der Transparenz über das Leistungsangebot der einzelnen Krankenhäuser und – auf dieser Grundlage – einer aktiven Steuerung durch das Land. In der Krise hat das Land das mit seinem Schalenkonzept beschrieben. Was bedeutet das für die Nach-Coronazeit? Es bedarf einer Krankenhausplanung, die nicht mehr jedem Krankenhaus selbst überlässt, was es machen möchte, sondern klare Versorgungsaufträge vergibt. Auf den Punkt bringt das der Berliner Gesundheitsökonom Prof. Dr. Reinhard Busse in einem Interview mit dem „Tagespiegel“: „Wir brauchen eine echte landesweite Krankenhausplanung, aus der das Aufgaben- und Leistungsspektrum eines einzelnen Krankenhauses hervorgeht – und zwar aufgrund seiner strukturellen, personellen und technischen Ausstattung und Erfahrung.“ Eine solche Planung wäre ein Qualitätssprung für den Regelbetrieb

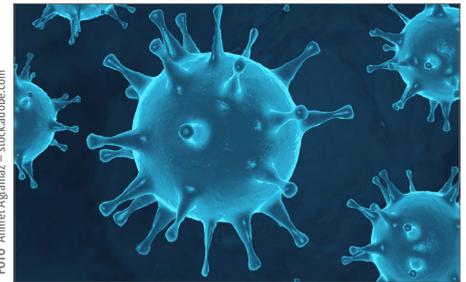


FOTO Ahmet Aglamaz – stock.adobe.com

und würde in der Pandemie das Krisenmanagement deutlich erleichtern.

Ärzte: Neue Liebe zur Gesamtvergütung

Es ist noch gar nicht so lange her, da haben ärztliche Standesvertreter bei der Diskussion um zu lange Wartezeiten auf einen Arzttermin schulterzuckend auf einen vermeintlichen Ärztemangel verwiesen. Patienten werden abgewimmelt, weil Ärzte fehlen? Wer sich hinter den Kulissen auskennt, weiß, dass die Gründe dafür eher im finanziellen Bereich zu suchen sind. Hintergrund: Die Krankenkassen zahlen für ärztliche Leistungen eine Gesamtvergütung im Sinne eines Budgets an die Kassenärztliche Vereinigung, die sich dafür zur Sicherstellung der Versorgung verpflichtet.

Dieses Budget macht etwa 70 Prozent des Honorarvolumens aus. Besondere Leistungen wie etwa Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, ambulante Operationen, Videosprechstunden und psychotherapeutische Leistungen werden ohne Mengengrenzung extrabudgetär vergütet. Praxen können budgetierte Leistungen nur bis zu einer bestimmten Mengengrenze mit einem vollen Punktwert abrechnen, darüber hinaus nur mit reduzierten Werten. Und die schienen vielen Praxen nicht Anreiz genug zu sein, Patienten zu behandeln, vor allem aber neue Patienten aufzunehmen. Immer wieder zu hören: die Forderung nach EinzelLeistungsvergütungen – wie bei den privaten Versicherern.

Dann kam die Pandemie. Viele Patienten mieden Wartezimmer aus Angst vor Ansteckung, Ärzte schlossen ihre Praxen. Damit wurden verzichtbare Arztkontakte

reduziert, aber ebenso notwendige Untersuchungen. Die Ärzte jedenfalls lernen die Vorteile der kollektivvertraglichen Partnerschaft mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu schätzen. Über die Praxen wird nämlich ein Schutzschirm gespannt, der krisenbedingte Einnahmeausfälle kompensiert. Die budgetierte Gesamtvergütung fließt weiter, als wäre nichts passiert, und sogar für entgangene extrabudgetäre Leistungen gibt es Ausgleichszahlungen.

Die Ärzte sollten sich nach der Corona-Zeit daran erinnern, welche wirtschaftliche Sicherheit ihnen die gesetzliche Krankenversicherung geboten hat. Wer in schlechten Zeiten eine Bezahlung ohne Leistung in Anspruch nimmt, kann in besseren Zeiten nicht Leistung an die Voraussetzung eines vollen Punktwerts koppeln. Eine pauschalierte Vergütung wächst naturgemäß nicht ins Unermessliche, bietet aber Verlässlichkeit. Die Versicherten, die diese Verlässlichkeit für die Praxen ermöglichen, sollten künftig nicht mehr das Gefühl bekommen,

als Bittsteller aufzutreten, wenn sie einen Arzttermin vereinbaren wollen.

Pflege: Tarifverträge ohne Wenn und Aber

Hinlänglich wurde darüber diskutiert: Beschäftigte in der Altenpflege werden einerseits mit Applaus vom Balkon als Heldinnen und Helden des Alltags in der Krise gefeiert, sind aber gleichzeitig zum Teil schlecht bezahlt. Am Ende beschloss die Bundesregierung einen von der sozialen Pflegeversicherung zu finanzierenden „Corona-Bonus“ für Altenpflegekräfte in Höhe von je 1.000 Euro, der von den Ländern auf 1.500 Euro aufgestockt werden kann – was in Niedersachsen auch erfolgt.

Gerade diese Diskussion zeigt, dass eine einmalige Gratifikation – so gut gemeint sie auch ist – nicht die Antwort sein kann, wenn es um den Wert der Arbeit geht. Eine angemessene Bezahlung wird ermöglicht durch ausgehandelte Tarifverträge. Tarifverträge für Pflegekräfte ohne Wenn und Aber – das wäre ein Ausdruck

von echter Wertschätzung. Deutlich reduziert wäre dann übrigens auch das Streitpotenzial zwischen Pflegeanbietern und Kassen bei Vergütungsverhandlungen über die Refinanzierung der Gehaltskosten. Immer wieder hakt die Einigung bei privaten, nicht-tarifgebundenen Pflegeunternehmen an der Frage, welche Gehälter denn nun tatsächlich bezahlt werden, ob und wie das nachzuweisen ist.

Lernen für den Notfall

Ein Gesundheitswesen kann seine Kapazitäten und seine Organisation nicht dauerhaft auf eine Krisensituation ausrichten. Aber es muss darauf vorbereitet sein, dass eine Krisensituation entstehen kann. Durch die schlimmen Erfahrungen in anderen Ländern und die etwas längere Vorlaufzeit im Vergleich etwa zu Italien ist es zu Beginn der Corona-Pandemie gelungen, in Deutschland Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen rechtzeitig auf den Weg zu bringen und auch intensivmedizinische Behandlungskapazitäten aufzubauen und freizuhalten. Dass diese dann glücklicherweise nicht gebraucht wurden und die Pandemie bislang glimpflicher als befürchtet verläuft, ist eine große Erleichterung und auch ein Verdienst vieler, die an den Entscheidungen und deren Umsetzung mitgewirkt haben. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Gesundheitswesen logistisch und konzeptionell nicht ausreichend auf einen Pandemiefall vorbereitet war. Es fehlte an Atemschutzmasken für Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeheime. Zuständigkeiten und Abläufe zum Beispiel im Zuge der Testungen waren zunächst, vorsichtig formuliert, unübersichtlich. Klare und belastbare Verantwortlichkeiten müssen im Pandemiefall selbstverständlich sein. Eine Erkenntnis ist auch die Verletzlichkeit der Versorgung infolge internationaler Lieferketten. Die Produktion wichtiger Rohstoffe für Arzneimittel aus Kostengründen an wenigen Produktionsstätten außerhalb Europas zu konzentrieren, wird so nicht bleiben können. ■

CORONA-SCHUTZSCHIRME FÜR LEISTUNGSERBRINGER

Krankenhäuser	Tagesbezogene Pauschale von 560 Euro je nicht behandeltem Patienten im Zeitraum 16. März bis 30. September 2020. Referenzwert ist die jahresdurchschnittliche Belegung 2019. Die Pauschalen sollen künftig bis zur Höhe von 760 Euro gestaffelt werden.
Rehabilitation und Müttergenesung	Tagesbezogene Erstattung von 60 Prozent des durchschnittlichen Vergütungssatzes je nicht behandeltem Patienten. Referenzwert ist die jahresdurchschnittliche Belegung 2019.
Vertragsärzte	Die GKV zahlt die für 2020 vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung unabhängig vom Leistungsaufkommen komplett an die Ärzteschaft aus. Mindert sich das Gesamthonorar eines Vertragsarztes pandemiebedingt um mehr als zehn Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal, erfolgt eine Ausgleichszahlung von bis zu 90 Prozent für entgangene extrabudgetäre Leistungen.
Zahnärzte	Die Vergütung aller zahnärztlichen Leistungen 2020 kann zunächst auf 90 Prozent der Vergütung für 2019 festgeschrieben werden. Bei der zu erwartenden Überzahlung erfolgt eine Verrechnung mit den Vergütungen für 2021 und 2022.
Heilmittel-erbringer	Einmalzahlung in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Zulassung. Heilmittel-erbringer mit Zulassung bis 31. Dezember 2019 erhalten 40 Prozent der Krankenkassenvergütung im vierten Quartal 2019.
Pflege	Erstattung von Mehraufwand und Mindereinnahmen zwischen März und September 2020. Mehraufwand entsteht etwa durch Organisations- und Hygienemaßnahmen, Mindereinnahmen durch Aufnahmerestriktionen in Heimen, Schließung von Tagespflegen und ausbleibende Nachfrage ambulanter Leistungen.

Ende der scheinbar immerwährenden Prosperität

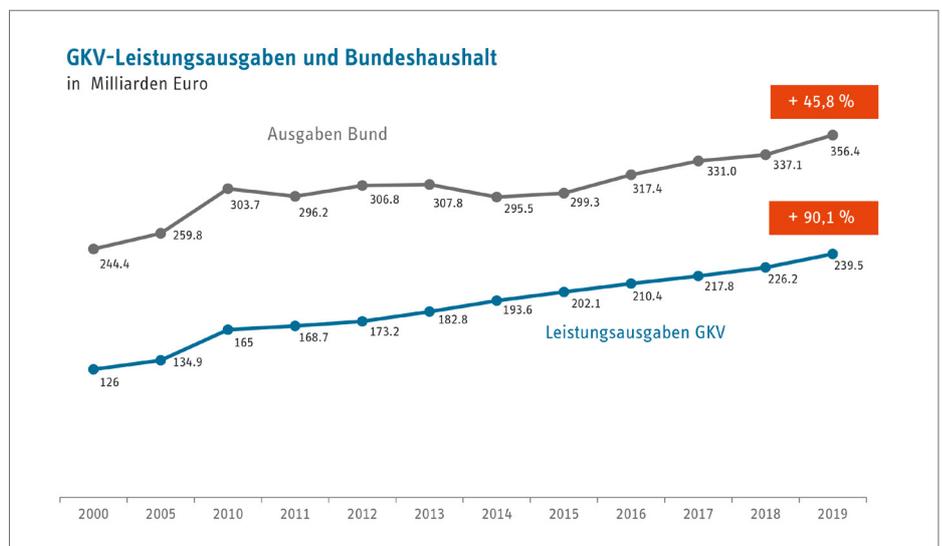
Schon vor der Corona-Krise steuerte die gesetzliche Krankenversicherung in ein gewaltiges Defizit. Nun verschärfen die Kosten der Pandemie und sinkende Beitragseinnahmen die Situation. Die Politik des Geldausgebens ist damit vorbei.

Deutschland liegt bei den Gesundheitsausgaben nach OECD-Angaben weltweit an dritter Stelle. Dieser enorme Finanzeinsatz hat in der Krise ohne Frage geholfen: Zur akuten Pandemiebekämpfung wurden zusätzliche Kapazitäten wie Intensivbetten in Krankenhäusern und ambulante Testzentren aufgebaut. Zur Bewältigung der Pandemiefolgen erhalten Leistungserbringer Entschädigungen für entgangene Umsätze.

Anbieter-Forderungen erfüllt

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich in der Krise als Anker der Stabilität gezeigt und weit über ihre Kernfunktion hinaus gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernommen. Die zusätzlichen finanziellen Belastungen schlagen nun allerdings in einer Zeit zu Buche, die bereits vor der Pandemie von massiven Ausgabensteigerungen geprägt war – Folge immer neuer Gesetze zur Erfüllung von Leistungserbringer-Forderungen und einer Ausweitung von Leistungen. So sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen zwischen 2014 und 2019 von 194 auf 239 Milliarden Euro gestiegen – ein Anstieg um 45 Milliarden Euro oder 23 Prozent innerhalb von fünf Jahren. Das Defizit allein im ersten Quartal des Jahres betrug 1,3 Milliarden Euro.

Der damit ohnehin bestehende Beitragserhöhungsdruck wird nun dramatisch verschärft durch Coronakosten auf der Ausgabenseite und stark sinkende Beitragseinnahmen durch Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit infolge des Wirtschaftseinbruchs. Ohne politische



„ZUSÄTZLICHES GELDAUSGEBEN ALS INSTRUMENT“: Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind weit dynamischer gestiegen als der Bundeshaushalt.

Unterstützungsmaßnahmen wäre die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im zweiten Halbjahr aufgebraucht. Der Gesetzgeber hat nun als Teil des Konjunkturpakets zusätzliche Bundeszuschüsse in Höhe von 5,3 Milliarden Euro beschlossen – 3,5 Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung, 1,8 Milliarden Euro für die soziale Pflegeversicherung. Es ist zu befürchten, dass diese nicht ausreichen und der Finanzbedarf im kommenden Jahr noch deutlich höher ausfallen wird. Die politische Festlegung, die 40-Prozent Grenze bei den Sozialabgaben nicht zu überschreiten, erfordert damit weitere Bundesmittel oder aber deutliche Einsparungen.

Einsparungen? Fehlanzeige!

Klar indes ist: Die Zeiten der scheinbar immerwährenden Prosperität sind vorbei. Damit findet auch eine Politik ihr Ende,

die das zusätzliche Geldausgeben zum vorrangigen Instrument erhoben hat – um Anbieter zufriedenzustellen oder Angebote auszuweiten. Beispiel Terminservice- und Versorgungsgesetz: Der völlig richtige Anreiz, gesetzlich Krankenversicherten gerade als Neupatienten schneller zu Arztterminen zu verhelfen, wird mit zusätzlichem Honorar erkaufte. Einsparungen zum Gegenfinanzieren waren bei diesem Politikansatz nicht vorgesehen.

Das Gesundheitswesen insgesamt steht durch die finanziellen Rahmenbedingungen vor einer zentralen Herausforderung: Das Verhältnis Mittelausgaben / Ergebnis muss besser werden. Ineffiziente Strukturen können nicht mehr durch zusätzliches Geld kompensiert werden. Es muss jetzt darum gehen, mit den vorhandenen Mitteln eine bestmögliche Versorgung zu organisieren. Die Analysen – etwa für eine bessere Krankenhausstruktur – liegen vor. ■

„ARZTZAHLPROGNOSE 2020“

KVN lag 2008 mit ihrem Schreckensszenario daneben

„Gehen uns in Niedersachsen die Ärzte aus?“ Mit dieser Frage schreckte die Kassenärztliche Vereinigung vor zwölf Jahren Politik und Öffentlichkeit auf. Heute ist die Modellrechnung widerlegt.



FOTO: ArTo - stock.adobe.com

DÜSTERER BLICK IN DAS JAHR 2020: Nach Prognose der KVN hätte sich Niedersachsen auf einen dramatischen Rückgang an niedergelassenen Ärzten einstellen müssen. Tatsächlich sind es sogar mehr geworden.

Auf Basis ihrer „Arztzahlprognose 2020“ warnte die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) 2008 vor einem sich abzeichnenden dramatischen Mangel an niedergelassenen Medizinern, besonders bei den Hausärzten. Von den seinerzeit 5.000 Hausärzten würden in den folgenden zwölf Jahren 3.400 (68 Prozent) das 60. Lebensjahr und 2.000 (40 Prozent) das 68. Lebensjahr erreichen und somit der ambulanten Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen. Übrig blieb die auch in den Medien viel zitierte Botschaft, dass es im Jahr 2020 landesweit 1.000 Hausärzte weniger geben könnte als 2008. Verbunden damit war der Hinweis auf eine vermeintlich sinkende Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit und die notwendige Verbesserung der „schlechten oder als schlecht empfundenen Arbeitsbedingungen“.

Nun war die Zahl von 1.000 fehlenden Hausärzten schon modellhaft abwegig, weil sie auf der Annahme basierte, dass

Vertragsärzte bereits im Alter von 60 Jahren ihre Praxen aufgeben – unrealistisch allein deshalb, weil Mediziner bei der Gründung oder Übernahme einer Praxis in der Regel bereits jenseits der 40 sind.

Sogar Hausärzte-Zahl gestiegen

Heute indes lässt sich auch anhand der tatsächlichen Entwicklung bestätigen, dass die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrer Prognose vollständig danebenlag. Derzeit sind landesweit 12.676 Vertragsärzte tätig. Das sind 1.151 mehr als 2008 – und 3.231 mehr als im Worst-Case-Szenario der KVN. Selbst bei den Hausärzten verziehen sich die schwarzen Wolken beim Blick auf das Zahlenwerk: Mit 5.034 Hausärzten sind 70 mehr tätig als 2008 und 1.140 mehr als befürchtet. Schlussfolgerung im Sinne der damaligen KVN-Argumentation: Die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit muss in den vergangenen zwölf Jahren dramatisch gestiegen sein. ■

ARZTHONORARE

Massives Plus durch die neuen Terminregelungen

Die Arztpraxen in Niedersachsen profitieren finanziell massiv von den Neuregelungen für schnellere Terminvergaben. Nach Abrechnungsdaten des dritten Quartals 2019 sind die Honorare im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 38 Millionen Euro oder 7,7 Prozent bei den Fachärzten und 19 Millionen Euro (4,8 Prozent) bei den Hausärzten gestiegen. Einzelne Facharztgruppen kommen auf Zuwächse von bis zu 20 Prozent.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) setzt auf finanzielle Anreize. So vergüten die Krankenkassen sämtliche Leistungen in den neuen offenen Sprechstunden zusätzlich zum Budget. Das Gleiche gilt für die fachärztliche Behandlung nach Terminvermittlung durch den Hausarzt und die Behandlung von Neupatienten, die es bisher besonders schwer hatten, einen behandlungswilligen Arzt zu finden. Für Behandlungen nach Vermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden Honorarzuschläge fällig. Nachdem das TSVG bereits im Mai 2019 in Kraft getreten ist, wurden diese Regelungen erst im Laufe des dritten Quartals finanzwirksam. Dabei hat sich der Trend zum Honoraranstieg auch im vierten Quartal fortgesetzt.

Die Entwicklung widerlegt das gängige Argument, wonach ein vermeintlicher Ärztemangel ursächlich war für das lange Warten auf einen Arzttermin. Vielmehr mangelte es an der Bereitschaft zur Behandlung. Mit den neuen zusätzlichen Vergütungen erbringt die gleiche Anzahl an Ärzten nun deutlich mehr Leistungen.

Billigland Niedersachsen? Preise über Bundesschnitt!

Bundesland	Große Pflege (inkl. kämmen und rasieren)	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Wegepauschale	Summe
Berlin	30,53 €	12,75 €	3,21 €	46,49 €
Hessen	25,99 €	13,83 €	5,64 €	45,46 €
Niedersachsen	23,09 €	13,32 €	3,95 €	40,36 €
Schleswig-Holstein	20,22 €	14,36 €	4,38 €	38,96 €
Bayern	20,37 €	13,40 €	3,84 €	37,61 €
Brandenburg	21,15 €	10,60 €	4,94 €	36,69 €
Mittelwert				36,35 €
Mecklenburg-Vp.	19,42 €	12,17 €	4,30 €	35,89 €
Hamburg	20,02 €	12,54 €	2,91 €	35,47 €
NRW	19,60 €	11,96 €	3,51 €	35,07 €
Sachsen	19,32 €	12,42 €	in Preisen inkludiert	31,74 €
Bremen	19,24 €	12,05 €	3,18 €	31,29 €
Thüringen	17,19 €	12,67 €	in Preisen inkludiert	29,85 €
Sachsen-Anhalt	17,00 €	10,63 €	in Preisen inkludiert	27,63 €

DARSTELLUNG vdek

KEINE HÖHEREN GEHÄLTER MÖGLICH? Niedersachsen liegt bei der Vergütung der großen Pflege mit Hilfe zur Nahrungsaufnahme auf dem dritten Platz.

Altenpflegekräfte verdienen in Niedersachsen weniger als in anderen Ländern. Nach einer Studie des Nürnberger Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) lag das monatliche Gehalt von Fachkräften in der Altenpflege 2017 zwischen Ems und Elbe bei 2.543 Euro – 200 Euro unter dem Bundesschnitt. Bei Hilfskräften mit einem Verdienst von 1.842 Euro betrug die Differenz 100 Euro. Diese Lücke ist in der zugespitzten Diskussion rund um die ambulante Pflege in Niedersachsen immer wieder thematisiert und kritisiert worden. Nach einem gängigen Erklärungsmuster von Anbieterseite sind dafür die unzureichenden Vergütungen ursächlich, die sie mit den Pflegekassen aushandeln.

Niedersachsen ein Billigland? Einer Überprüfung halten diese Vorwürfe nicht stand. Ein Vergleich der vdek-Landesvertretung zeigt, dass die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Niedersachsen klar überdurchschnittlich ist. Bei der Kombination der großen Pflege

mit Hilfe zur Nahrungsaufnahme liegt die Vergütung etwa elf Prozent über dem Bundesschnitt, bei der kleinen Pflege sogar 13 Prozent. Noch nicht eingeflossen ist in diese Auswertung die im Zuge der Konzierten Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.Ni) zum 1. Januar 2020 vereinbarte verbesserte Bewertung der Leistungskomplexe um fünf Prozent.

Im Ergebnis ermöglicht das bestehende Vergütungsniveau in Niedersachsen eine deutlich höhere Bezahlung der Beschäftigten. Dass diese bislang nicht erfolgt, könnte an dem vergleichsweise geringen Grad der Tarifbindung in Niedersachsen liegen. Nur etwa ein Fünftel der ambulanten Pflegedienste ist derzeit an Tarifgehälter gebunden. Tarifzahlungen an Beschäftigte werden von den Pflegekassen bei Vergütungsverhandlungen ausdrücklich zur Bemessung der Vergütungshöhe berücksichtigt. Im Rahmen der KAP.Ni haben sich gerade die Ersatzkassen ausdrücklich für Tarifzahlungen ausgesprochen. ■

Gericht entscheidet über „Haus ohne Zukunftsperspektive“

Am 16. Juli geht die Auseinandersetzung um die Asklepios Harzlinik Clausthal-Zellerfeld in die nächste Runde. Vor dem Oberverwaltungsgericht Lüneburg stehen dann zwei Revisionsverhandlungen zur Vertragskündigung des Kleinstkrankenhauses an. Die Krankenkassen hatten den Versorgungsvertrag zum 31. Dezember 2018 gekündigt, weil sie die Leistungsfähigkeit des Hauses dauerhaft nicht gewährleistet sehen. Hiergegen hatte der Träger Asklepios geklagt, auch das Land hat der Kündigung nicht zugestimmt. Bemerkenswert dabei ist ein Interview mit dem Asklepios-Vorstandsvorsitzenden im Fachblatt „f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus“. Darin sagt er: „Eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft ist [...] mehr als überfällig. Dort wo immer sich Chancen dazu auftun, fehlt den politisch Handelnden die Kraft, eine Klinikschließung im eigenen Wahlkreis zu vertreten. Als Beispiel sei Clausthal-Zellerfeld genannt. Mit lediglich 30 Betten und einer mehr als auskömmlichen Versorgung im nahe gelegenen Goslar darf das Haus zu Recht als verzichtbar und ohne Zukunftsperspektive angesehen werden.“ Als hätte es hierzu noch eines weiteren Belegs bedurft, meldete Asklepios das Haus in der Corona-Krise von der Versorgung ab, um das Personal am Standort Goslar einzusetzen. Asklepios wird dabei in der „Süddeutschen Zeitung“ zitiert, dass die Leistungen in Clausthal-Zellerfeld „schon länger nicht mehr nachgefragt“ würden, es gebe „kein Patientenaufkommen mehr“.

„Junge Menschen werden einfach zu selten angehört“

Die Ersatzkassen in Niedersachsen unterstützen gesundheitsfördernde Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen seit 2017 auch gemeinsam durch ihren Verband. vdek und Projektträger haben eine erste Bilanz gezogen.



MACHT „FIT FÜRS LEBEN“: Matthias Meyer, Projektkoordinator vom Kreisjugendwerk der AWO.

Lebensbedingungen und Gewohnheiten in Kindheit und Jugend prägen das Gesundheitsverhalten bis ins Erwachsenenalter. Umso wichtiger ist es also, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. An dieser Stelle setzten die Ersatzkassen in Niedersachsen an, als sie vor rund drei Jahren begannen, unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“ Maßnahmen der Gesundheitsförderung insbesondere für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche gemeinsam über die vdek-Landesvertretung zu unterstützen. Die ersten beiden Projekte enden nun. vdek und Kooperationspartner haben bei einer Veranstaltung in Hannover Ergebnisse vorgestellt.

Dr. Benjamin Kuntz vom Robert Koch-Institut wies darauf hin, dass die Chancen für ein gesundes Aufwachsen immer noch sozial bedingt ungleich verteilt sind. Einen Beitrag zum gesunden Aufwachsen können Nachbarschaftszentren oder Kinder- und

Jugendtreffs leisten. Noch allerdings gibt es dazu wenig praxisnahe Ansätze – auch, weil es an Kenntnissen über die Bedürfnisse mangelt. „Junge Menschen werden einfach zu selten angehört“, sagte Dr. Anna Lena Rademaker von der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) in ihrem Beitrag.

Solche konkreten Ansätze zu entwickeln und umzusetzen war Kern der von den Ersatzkassen geförderten Maßnahmen. Im Projekt „Gesund und bunt. Gemeinsam in Delmenhorst“ (Projektträger: Diakonisches Werk Delmenhorst / Oldenburg-Land) entwickeln Sozial- und Gesundheitsfachkräfte mit Familien aus sozial benachteiligten Stadtteilen Ideen für eine gesunde Nachbarschaft. Daraus sind unter anderem angeleitete „Spielspaziergänge“ entstanden. Bei „Fit fürs Leben – unser activity hotspot“ erarbeitet das Kreisjugendwerk der AWO Region Hannover zusammen mit Bewegungs- und Ernährungsfachkräften unter Alltagsbedingungen Empfehlungen, wie das Angebot der offenen Kinder- und Jugendarbeit gesundheitsförderlicher gestaltet werden kann.

Erstes Fazit: Die intensive Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten verdeutlicht Rahmenbedingungen und Bedürfnisse – derjenigen, um die es geht und auch derjenigen, die für sie arbeiten. Beide Projektträger konnten Aspekte der Gesundheitsförderung auf Basis dieser Erkenntnisse schon nachhaltig in ihren Einrichtungen verankern, etwa in der Personalplanung und -entwicklung, der Angebotsgestaltung oder durch Kooperationen mit anderen Akteuren. ■

„Nie war es leichter, an Fördermittel der Kassen zu kommen“

Ein neues Programm bietet Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen die Möglichkeit, sich bei ihrem Engagement für Gesundheitsförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung unterstützen zu lassen. Die Krankenkassen arbeiten dabei im „GKV-Bündnis für Gesundheit“ zusammen. Für Projekte für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen stehen landesweit mindestens fünf Millionen Euro zur Verfügung. Jede Kommune mit einem förderfähigen Antrag kommt zum Zug – mit bis zu 110.000 Euro für einen Zeitraum von vier Jahren. Mit dem besonderen Thema der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aus sucht- und / oder psychisch belasteten Familien ist auch ein zweites Projekt förderfähig. Anträge müssen bis Ende des Jahres vorliegen. Darüber hinaus wird erstmals auch der kommunale Strukturaufbau in diesem Bereich gefördert, in Niedersachsen mit bis zu 5, 9 Millionen Euro. Die Antragsfrist hierfür endete am 30. Juni.

Kommunen werden bei der Entwicklung von Maßnahmen und der Antragsstellung von Programmbüros des GKV-Bündnisses unterstützt. In Niedersachsen ist dieses Büro beim vdek angesiedelt. Ansprechpartnerin: Hanna Holst, E-Mail: hanna.holst@vdek.com, Tel.: 05 11 / 3 03 97 52. Der Förderbescheid wird dann von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erstellt. Damit erfolgt eine flächendeckende kommunale Förderung nach bundesweit einheitlichen, transparenten Kriterien. „Nie war es leichter, an Fördermittel der Kassen zu kommen“, sagte Dr. Marc Kirschner vom Projektträger Jülich, der für die BZgA die formale Antragsprüfung vornimmt, bei einer Veranstaltung des GKV-Bündnisses in Hannover.

NIEDERSACHSEN

AUS DEM VDEK

30 Jahre Landesvertretung

Als die vdek-Landesvertretung Niedersachsen am 1. Juli 1990 gegründet wurde, gab es noch zwei deutsche Staaten. In den folgenden 30 Jahren entwickelte sie sich zu einem maßgeblichen Akteur im Gesundheitswesen in Niedersachsen und gestaltet heute die Verträge in allen wesentlichen Bereichen der Versorgung. Aufgebaut wurde die Landesvertretung von Jörg Niemann, der sie seitdem leitet. Hauptkenntnis dieser Zeit: „Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Anker, der den Menschen Sicherheit bietet und damit zum sozialen Frieden beiträgt.“

AUS DEM VDEK

Team Pflege näht in der Krise Masken



FOTO vdek

Entstanden ist die Idee nach einem Aufruf des Deutschen Hausärztesverbandes: Zu Beginn der Corona-Krise, als Atemschutzmasken überall knapp waren, griffen vor allem im Referat Pflege der vdek-Landesvertretung Kolleginnen zu Nadel und Faden und begannen, Mund-Nasen-Masken zu nähen – für Familie, Freunde und Bekannte, aber auch für Einrichtungen im Gesundheitswesen. Schätzungsweise 1.000 Exemplare sind dabei zusammengewickelt. Verschenkt wurden die Masken an Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Arztpraxen und Physiotherapeuten.

GURKE DES QUARTALS

Gehaltswunsch zu bescheiden? Chefposten ade!



FOTO Janina Dierks – stockadobe.com

Dass man bei der Jobsuche den potenziellen Arbeitgeber nicht mit einer überzogenen Gehaltswunschvorstellung verschrecken sollte, ist ein alter Hut und verdient keine weitere Erwähnung. Viel bemerkenswerter dagegen ist die Erkenntnis, dass auch eine zu geringe Forderung ein echter Karrierekiller sein kann. Davon zeugt eine Geschichte, die sich einem Medienbericht zufolge auf der Nordseeinsel Borkum zugetragen hat. Schauplatz: das dortige Krankenhaus. Die „wohl kleinste Klinik Deutschlands“ (Eigenwerbung) war auf der Suche nach einem neuen Chefarzt – und schien fündig geworden zu sein: Die vorliegende Bewerbung sah vielversprechend aus, auch im persönlichen Auftritt wusste der Kandidat zu gefallen. Bis – ja bis es um die Dotierung ging. Da wurden die Verantwortlichen misstrauisch. „Der war mit einer relativ niedrigen Summe schon so zufrieden, das kann kein Arzt sein“, wird der Geschäftsführer auf „NWZonline“ zitiert. Und so flog der ganze Schwindel auf: In Wirklichkeit war der Bewerber kein Facharzt für Innere Medizin, sondern Einzelhandelskaufmann. Der Mann habe „durchaus medizinische Kenntnisse“ gezeigt, heißt es im Krankenhaus. Die mag er vielleicht haben – aber keinen blassen Schimmer, wie viel Mediziner verdienen.

DER VDEK STELLT SICH VOR

Mit Erfahrung aus der Praxis



FOTO vdek

Nadja Mai arbeitet seit neun Jahren im Referat Pflege der vdek-Landesvertretung. Zu diesem Fachbereich hat sie eine lange und besondere Beziehung: Vor, während und nach ihrem Hochschulstudium hat die Sozialwissenschaftlerin alte Menschen in Pflegeheimen betreut und auch in der ambulanten Pflege gearbeitet. Sie bringt damit jede Menge praktische Erfahrung in ihre Arbeit beim vdek ein. In der Landesvertretung ist sie über Qualitätsprüfungen und Zulassungen von Pflegeeinrichtungen hinaus auch zuständig für Grundsatzfragen der ambulanten Pflege und deren Vergütung. Die Entwicklung im Pflegebereich hat in den vergangenen Jahren an Dynamik gewonnen, sagt sie – durch eine Vielzahl neuer Gesetze, aber auch durch die gestiegene öffentliche Wahrnehmung.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek
Schillerstraße 32, 30159 Hannover
www.vdek.com

Telefon 05 11 / 3 03 97-0

E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com

Redaktion Hanno Kummer

Verantwortlich Jörg Niemann

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik Schön und Middelhaufe GbR

ISSN-Nummer 2193-2166