

# report niedersachsen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

okt. 2008

# ersatzkassen

## Und täglich grüßt der Ärztemangel

Wenn sich in Zukunft kein einziger Arzt mehr niederlässt, werden uns früher oder später Ärzte fehlen. Eine banale Weisheit, aber genau so lassen sich große Teile der von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) öffentlich inszenierten „Arztzahlprognose 2020“ zusammenfassen. Die KVN hat damit die Chance verthan, sich dem Thema differenziert zu nähern – und setzt sich dem Verdacht aus, dass es bei den trüben Vorhersagen auch um etwas anderes geht.

Die Datenkolonnen, die die Kassenärztliche Vereinigung zuletzt an Landtagsabgeordnete, Journalisten und Vertragspartner geschickt hat, waren beeindruckend umfangreich. Und dabei sollten die vielen Tabellen Landkreis für Landkreis nur eine einzige Botschaft belegen: Niedersachsen steht ein Ärztemangel bevor, genauer gesagt, ein Hausärztemangel. Nun wäre es durchaus verdienstvoll, auf tatsächliche Probleme oder Fehlentwicklungen hinzuweisen. Wer sich allerdings die Mühe gemacht hat, das Zahlenwerk genauer zu betrachten, musste mit Erstaunen feststellen, dass den kommenden altersbedingten Abgängen von Medizinern schlicht kein einziger Neuzugang gegenübergestellt wurde.

### Nachwuchs kompensiert Abgänge

Gerade mal eine einzige Übersicht ist den Verfassern die Erwägung wert, dass es auch in Zukunft Nachwuchs für die Praxen geben könnte. Die aber hat es dafür in sich, denn plötzlich sieht die Zukunft viel freundlicher aus: Ausgehend von derzeit rund

### In dieser Ausgabe:

- Krankenhäuser  
Die Mär vom „Deckel“
- Rettungsdienst  
Marktabstottung in Niedersachsen
- Pflege  
Demenzkranken werden besser betreut
- Kieferorthopädie  
Die Tricks der Aussteiger

11.500 Vertragsärzten kommen danach bis 2020 prognostiziert 5.930 Niedergelassene neu hinzu. Das sind 1.700 Ärzte mehr als bis dahin bei Erreichen der bisherigen gesetzlichen Altersgrenze von 68 Jahren ausscheiden werden (4.183). Damit würden die Abgänge überkompensiert, und zwar in jeder einzelnen Arztgruppe einschließlich der Hausärzte. Eine Reduzierung ergibt sich nur bei der Annahme, dass die Ärzte schon mit 60 Jahren aufhören zu arbeiten.

Gegen die Perspektive eines Abschieds mit 60 Jahren spricht, dass es die Vertragsärzte selber waren, die gegen die gesetzliche Altersgrenze von 68 Jahren gestritten haben, weil ein Teil auch danach noch praktizieren möchte. Außerdem wäre es auch kaum zu vermitteln, dass Arbeitnehmer künftig bis 67 arbeiten sollen, während sich Ärzte nach langer, öffentlich finanzierter Ausbildung sieben Jahre früher zurückziehen können. Die Wahrheit über den künfti-

gen ärztlichen Ruhestand wird vermutlich in der Mitte liegen, also irgendwo zwischen 60 und 68 Jahren – ganz sicher aber jenseits aller Notstands-Szenarien.

### Historischer Höchststand

Bei einer Kommentierung darf auch nicht vergessen werden, dass die Prognose bei einem historischen Höchststand der Ärztedichte und einer fachärztlichen Überversorgung startet. Die Zahl der Fachärzte im Land hat sich seit den 1980er-Jahren von 3.000 auf 6.300 mehr als verdoppelt. Die meisten Städte und Landkreise in Niedersachsen sind für neue Facharztpraxen gesperrt, weil der Versorgungsgrad deutlich über dem Sollwert liegt.

Anders stellt sich die Situation bei den Hausärzten dar. Hier gibt es seit etwa zehn Jahren bei steigender Gesamtzahl der Ärzte leichte Rückgänge, aktuell beträgt die Zahl Allgemeiner/Praktischer Ärzte im Land rund 4.000. Das Verhältnis zwischen Fach- und Hausärzten hat sich in den vergangenen 25 Jahren immer weiter zu Gunsten der Fachärzte verschoben. Damit besteht – von den Kassen lange angemahnt – Handlungsbedarf. Die Chance zu einer sachlichen Diskussion darüber vertut die KVN aber mit ihren dem täglich grübenden Murmeltier gleichen Wiederholungen vom drohenden Ärztemangel. Sie setzt sich durch ihre Alarmmeldungen zumindest dem Verdacht aus, auch andere Interessen zu verfolgen. Denn der geübte Beobachter weiß nur zu gut, dass immer dann besonders gerne auf eine vermeintlich schlechter werdende Versorgungslage verwiesen wird, wenn die Notwendigkeit einer Steigerung der (finanziellen) Attraktivität des ärztlichen Berufes zu

begründen ist. Fest steht: „Den“ Ärztemangel gibt es in Niedersachsen weder jetzt noch in Zukunft.

Die tatsächliche Herausforderung hat zwei Dimensionen: Die regionale Verteilung der Praxen einerseits und das Verhältnis Hausarzt/Facharzt andererseits. Beim Blick auf die Regionalverteilung wird offenkundig, dass Städte für Ärzte attraktiver sind als ländliche Gebiete. Das hat Gründe, auf die die Akteure des Gesundheitswesens keinen Einfluss haben; allenfalls die Kommunen können versuchen, ihre Attraktivität durch strukturpolitische Maßnahmen zu steigern. Die KVN leistet einen Beitrag, indem sie mit der Modernisierung der Notfalldienstregelungen die Belastungen der Landärzte senkt. Auch der Gesetzgeber hat auf das Gefälle reagiert und bringt 2010 Honorarschläge und -abschläge auf den Weg, die sich nach dem örtlichen Versorgungsgrad richten.

### Stärkung der Hausärzte

Bleibt die Stärkung des Hausarztes gegenüber dem Facharzt. Schon im Jahr 2000 wurden die Honorarbudgets beider Gruppen getrennt, um eine weitere Ausweitung der fachärztlichen Tätigkeit zu verhindern. So werden in Niedersachsen heute hausärztliche Leistungen mit einem höheren Punktwert vergütet als fachärztliche. Letztendlich aber liegt der Schlüssel in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, die bislang einseitig auf die fachärztliche Tätigkeit ausgerichtet ist. Allerdings dürfen auch Umschulungen von Fach- zu Hausärzten in Zukunft kein Tabu sein. In anderen Branchen ist es selbstverständlich, dass sich das Angebot auch nach der Nachfrage richtet.

## DER KOMMENTAR



Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Niedersachsen

### Beitragszahler als Melkkuh

Die Verhandler der Gewerkschaften in Deutschland dürften vor Neid erblassen. Müssen die in den vergangenen Jahren noch so mickrige Einkommenszuwächse für Arbeiter und Angestellte mit viel Phantasie zumindest als Teilerfolg verkaufen, geht auf die niedergelassenen Ärzte nun ein warmer Regen hernieder, der ihnen in Niedersachsen ein Plus von 16 Prozent bringt. Würde man Arbeitnehmervertretern bei Forderungen in nur annähernder Höhe Maßlosigkeit und Realitätsferne vorwerfen, bekommen die Ärzte ein Geschenk, bei dem Weihnachten und Geburtstage mehrerer Jahre auf einen Tag fallen. Als Zahlmeister für die Gaben sind die Versicherten auserkoren, die selber jahrelang kurzgehalten wurden. Die Politik hatte den Ärzten dieses Geschenk versprochen, längst vor dem Beschluss des zuständigen Gremiums. Sie ist vor ihnen und ihrer ebenso beharrlich vorgetragenen wie sachlich falschen Klage über „unbezahlte Arbeit“ eingeknickt. Die Furcht vor Protestplakaten im Wartezimmer scheint gerade in Vor-

wahlkampfzeiten ausgeprägter zu sein als inhaltliche Standfestigkeit. Die politisch Verantwortlichen machen sich aber unglaublich, wenn sie beteuern, dass der Beitragssatz nach Möglichkeit nicht steigen soll und gleichzeitig den Beitragszahler als Melkkuh anbieten.

## Gesundheitsfonds

# Muntere Spekulationen vor dem Start



Warnt vor „Risiken und Nebenwirkungen“ des Gesundheitsfonds: VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzender Thomas Ballast, hier bei einer Rede vor niedersächsischen Landtagsabgeordneten im Frühjahr in Hannover.

Das magische Datum rückt näher – am 1. Januar 2009 soll mit dem Gesundheitsfonds das wohl bisher größte Experiment in der Geschichte der bundesdeutschen Sozialversicherung starten. Und je näher der Termin rückt, desto mehr wird munter spekuliert, über den staatlichen Einheitsbeitrag etwa und über die Wirkungen des geänderten Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen, der dann die Morbidität der Versicherten unmittelbar berücksichtigen soll. Unbekannte gibt es auch auf der Ausgabenseite der

Rechnung, etwa durch die Vergütungsreformen bei Ärzten und Krankenhäusern. Klar ist derzeit vor allem, dass nichts klar ist. Und so müssen die Kassen ihren Haushalt im Blindflug planen. Niemand weiß, welche Wirkungen die Reform haben wird – auf die Akteure, aber auch auf die Versorgung insgesamt.

Die Ersatzkassenverbände haben deshalb ihre Forderung erneuert, die Maßnahmen zunächst im Zuge einer Testphase zu erproben. Die ist nicht nur technisch problemlos zu realisieren und im Gesundheitswesen schon bei weniger folgenschweren Umstellungen üblich. Sie hätte auch den unbestrittenen Vorteil, zunächst zu prüfen, welche Effekte sich überhaupt einstellen und ob diese gewünscht sind. Umgekehrt gibt es für ein „Augen zu und durch“ überhaupt keinen Grund, zumindest keinen inhaltlich-sachlicher Natur. So bleibt weiterhin der Eindruck, dass es rund ein Jahr vor den Bundestagswahlen in erster Linie um die politische Vollzugsmeldung geht. Der Preis dafür wird möglicherweise hoch sein: ein zusätzlicher Bürokratieaufwand, der allein für die Administration der Zusatzprämien eine Milliarde Euro übersteigen dürfte, eine weitgehend staatliche Festlegung und damit auch Limitierung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens für die Versorgung und schließlich ein Wettbewerb, der sich weniger als innovationsfördernder Suchwettbewerb denn als Haifischwettbewerb um die besten Versicherungsrisiken darzustellen droht.

## FÜR JEDEN ARZT EINEN NEUEN VW-PASSAT

Die niedersächsischen Ärzte dürften dem Jahreswechsel mit gespannter Vorfreude entgegensehen. Hat sich ihr Honorarvolumen schon im vergangenen Jahr um 5,4 Prozent erhöht, wird 2009 jeden bisherigen Vergütungssprung in den Schatten stellen. Denn: Die Ärzte haben auf Bundesebene eine Steigerung ihrer Honorare um voraussichtlich rund 2,7 Milliarden Euro durchgesetzt. Damit gibt es eine Menge Geld zu verteilen. Würde man den üblichen Zehn-Prozent-Maßstab für Niedersachsen anlegen, müssten für die Ärzte im Land 270 Millionen Euro abfallen. Es kommt aber – für sie – noch besser. Weil die neue Vergütungssystematik auf den bisher abgerechneten Punktmengen basiert, fällt der Zuschlag von Land zu Land unterschiedlich aus. Und die Doktoren zwischen Harz und Nordsee stehen dabei auf der Sonnenseite: Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird sich das Honorarvolumen für Niedersachsen um 360 Millionen Euro oder fast 16 Prozent erhöhen. Ausgehend von 12.000 Ärzten im Land darf sich jeder einzelne im Durchschnitt über rund 30.000 Euro zusätzlich freuen. Das entspricht einem Facharbeitergehalt. Unter sonst gleichen Bedingungen, ohne zusätzliche Leistung für die Versicherten. Damit bekommt, anders ausgedrückt, jeder niedersächsische Arzt im kommenden Jahr einen nagelneuen VW-Passat geschenkt. Und zwar nicht die Grundausstattung, sondern – die Redaktion hat sich informiert – einen mit allen Extras.

## Krankenhäuser

### Die Mär vom „Deckel“

Die Krankenhäuser in Niedersachsen haben Grund zur Zufriedenheit. Ihre im Frühjahr gestartete Kampagne „Der Deckel muss weg“, die zu höheren Zahlungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) führen soll, hat offenkundig Erfolg: Die Medien berichteten ausführlich, ver.di sekundierte und im Niedersächsischen Landtag machten sich Fraktionen von Regierung und Opposition die Positionen mehr oder weniger ausgeprägt zu eigen. Und in Berlin hat nunmehr die Bundesregierung ein Sonderprogramm in Höhe von drei Milliarden Euro für die Kliniken angekündigt. Zur Kasse gebeten werden dafür die Beitragszahler, die sich so unter anderem an den Tarifsteigerungen für Krankenhausärzte beteiligen müssen.

Die Klagen der Krankenhäuser lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass ihre finanziellen Belastungen ins Unerträgliche gestiegen seien, ihre Einnahmen demgegenüber aber per Gesetz auf den Anstieg der Grundlohnsumme, also der Löhne und Gehälter der Versicherten, begrenzt würden.

#### Budgets steigen überproportional

Schon der Blick auf die nachfolgende Tabelle zeigt, dass von dem viel zitierten „engen Deckel“ keine Rede sein kann. Die Grundlohnveränderung, die für die Entwicklung der GKV-Einnahmen maßgeblich ist, beträgt seit 2005 gerade mal 1,93 Prozent. Könnten die Krankenkassen die beklagte Vergütungsbegrenzung für Krankenhäuser tatsächlich durchsetzen, hätten deren Budgets ebenfalls nicht stärker als um eben diese 1,93 Prozent steigen dürfen. Stattdessen aber beträgt der Zuwachs stattdessen 8,4 Prozent. Damit

sind die Budgets seit 2005 viermal stärker gestiegen als die Einnahmen der Kassen. Allein für Niedersachsen beträgt diese Differenz mehr als 300 Millionen Euro.

#### Wechselnde Begründungen

Die Begründungen für die jeweiligen Budgetsteigerungen haben sich in den vergangenen Jahren verändert. Zu Beginn der schrittweisen Umstellung der Krankenhausvergütung auf landeseinheitliche Behandlungspauschalen 2005 haben die Krankenhäuser vor allem höhere Kosten geltend gemacht, die ihnen durch Abschaffung des „Arztes im Praktikum“, die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen sowie die Neuregelung der Ausbildung entstanden sind. Im weiteren Verlauf wurden die Budgetabschlüsse dann vor allem durch die Vereinbarung von Leistungssteigerungen in die Höhe getrieben, deren Anteil von 0,13 Prozentpunkten 2005 auf 2,15 Prozentpunkte 2008 gestiegen ist.

Die bei den Budgetabschlüssen vereinbarten Leistungsmengen setzen sich zusammen aus Zahl und Schwere der Fälle, drücken also idealtypisch die Morbidität der Bevölkerung aus. Dass sich diese allerdings in so kurzen Zeiträumen gravierend ändert, ist zu bezweifeln. Der eigentliche Grund für die Zunahme der Leistungsmenge liegt vielmehr in den Tiefen der Vergütungssystematik.

Zu Beginn der sogenannten Konvergenzphase 2005 wurden die im Zuge von Budgetabschlüssen vereinbarten Mehrleistungen mit einer Quote von 21,2 Prozent vergütet. Hatte ein Krankenhaus demgegenüber Mehrleistungen ohne vor-

Jahr	Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Grundlohnsumme)	Veränderung der Krankenhausbudgets (Nds.)	Abweichung (Budgetanstieg / Veränderungsrate)	Steigerung Krankenhausaussgaben (Nds.)	Abweichung Ausgabenanstieg / Veränderungsrate
1	2	3	4=2-3	5	6=5-2
2005	0,38 %	1,64 %	1,26 %	2,88 %	2,50 %
2006	0,63 %	1,10 %	0,47 %	2,80 %	2,17 %
2007	0,28 %	1,91 %	1,63 %	2,44 %	2,16 %
2008*	0,64 %	3,75 %	3,11 %	4,00 %	3,36 %
Summe 2005-2008	1,93 %	8,40 %	6,47 %	12,12 %	10,19 %

Deutlicher Zuwachs: Die Budgets der Krankenhäuser in Niedersachsen sind seit 2005 um 8,4 Prozent gestiegen, die Einnahmen der Kassen nur um 1,93 Prozent.

Erlösquoten			
Jahr	Mehrleistung vereinbart		nicht vereinbart
	Festgelegte Quoten	Tatsächliche Quoten	
2005	33 %	21,2 %	35 %
2006	50 %	34,7 %	35 %
2007	65 %	49,4 %	35 %
2008	80 %	64,0 %	35 %
2009	100 %	100,0 %	35 %

Lukrativ: Die Quote für vereinbarte Mehrleistungen ist seit 2005 kontinuierlich gestiegen und beträgt im kommenden Jahr 100 Prozent.

herige Vereinbarung erbracht, verblieb ein Mehrerlös von 35 Prozent. Während dieser Wert konstant blieb, ist der für vereinbarte Mehrleistungen immer weiter gestiegen. Seit 2007 ist es für die Häuser finanziell attraktiver, avisierte Mehrleistungen vorab zu vereinbaren. Diese Strategie zur Steigerung der Einnahmen spiegelt sich sowohl in der Entwicklung der vereinbarten Leistungsmengen als auch der Budgets selbst wider.

**Mehr Gewinner als Verlierer**

Ein weiterer Grund für die Dynamik der Budgetentwicklung liegt in der Umstellung des Vergütungssystems selbst. In der Theorie ist die Angleichung der individuellen Vergütungshöhen der Krankenhäuser an den dann für alle geltenden Landesdurchschnitt ein Nullsummenspiel: Was der eine Teil der Häuser mehr bekommt (Angleichung nach oben), bekommen die anderen weniger (Angleichung nach unten). Tatsächlich aber führen die vielfältigen Regelungsmechanismen bei Budgetvereinbarungen dazu, dass nicht nur die Zahl der Gewinner-Krankenhäuser die der Verlierer deutlich übersteigt – im vergangenen Jahr um 21 –, sondern auch dass das zusätzliche Budgetvolumen der Gewinner deutlich höher ausfällt als das Minus der Verlierer. Die entsprechende Differenz in Niedersachsen von rund 20 Millionen Euro 2007 wird sich in diesem Jahr voraussichtlich auf 40 Millionen Euro verdoppeln.

**Ausgaben steigen stärker als Budgets**

Die bisherige Betrachtung bezog sich auf die Entwicklung der Budgets. Die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen liegen allerdings noch darüber, weil die Häuser – wie bereits beschrieben – Leistungen über die Vereinbarung hinaus erbringen und die Krankenkassen diese mit zusätzlich 35 Prozent zu vergüten haben.

Die Ausgaben der Kassen für Krankenhäuser haben sich von 2005 bis 2008 um mehr als zwölf Prozent erhöht, allein in diesem Jahr werden es voraussichtlich vier Prozent sein. Der Wert übersteigt die Veränderung der Einnahmen der Krankenkassen um mehr als zehn Prozentpunkte. Legt man den Anteil Niedersachsens an den bundesweiten Ausgaben zu Grunde, haben die Kassen für die Krankenhäuser im Land in diesem Zeitraum mehr als 500 Millionen Euro „über Grundlohn“ gezahlt. Und dieses Geld kommt bei den Häusern auch an: Nach Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts stieg der Anteil der Kliniken mit einem Jahresüberschuss zwischen 2003 und 2006 von 39,5 auf 55,3 Prozent. Parallel sank der Anteil der Kliniken mit einem Fehlbetrag von 44 auf 28 Prozent.

**Nicht viele Kliniken, sondern gute**

Eine enge „Deckelung“ der Krankenhäuser, gar ein Kahlschlag der Versorgung, wie befürchtet oder interessengeleitet herbeigeredet, findet also nicht statt, wohl aber eine Umverteilung insgesamt deutlich steigender Mittel zwischen den Häusern. Diese Umverteilung ist der tiefere Sinn des Fallpauschalensystems. Damit soll ein struktureller Prozess befördert werden, der durch Standortkonzentration und Spezialisierung zu mehr Effizienz und einer besseren Qualität der Versorgung führen kann. Die Patienten brauchen nicht viele Kliniken in ihrer Nähe, sondern gute. Die Rufe der Verliererkrankenhäuser nach der Politik sind zu hören, weil beabsichtigte Mechanismen wirken. Das Verkehrteste ist, ihnen nachzugeben und damit offenbarte Ineffizienzen durch Sonderzahlungen welcher Art auch immer zu konservieren.

Jahr	Angleichungsbetrag Gewinner-Krankenhäuser	Angleichungsbetrag Verlierer-Krankenhäuser	Differenz
2005	+ 17.557.666 €	- 19.214.440 €	- 1.656.774 €
2006	+ 27.844.536 €	- 21.587.101 €	+ 6.257.435 €
2007	+ 41.416.685 €	- 21.558.730 €	+ 19.857.955 €

Kein Nullsummenspiel: Die Gewinner der Vergütungsumstellung bekommen mehr zusätzliches Geld, als die Verlierer einbüßen.

## Rettungsdienst

### EU klagt gegen Marktabschottung

Das Ganze war seit Ende 2006 vorbereitet, jetzt hat die Europäische Kommission Ernst gemacht und die Bundesrepublik Deutschland vor dem Europäischen Gerichtshof verklagt. Grund ist ein Verstoß gegen europäisches Recht bei der Vergabe von Aufträgen im öffentlichen Rettungsdienst. Die Klageschrift ging der Bundesrepublik Ende Juni zu. Konkret geht es um die Praxis in vier Bundesländern, darunter Niedersachsen.

Die Kommission wirft den Ländern vor, rettungsdienstliche Leistungen in einem Markt mit einem Auftragsvolumen von „mehreren hundert Millionen Euro pro Jahr“ nicht europaweit auszuschreiben und diesen Markt somit abzuschotten. Auch sei die Auftragsvergabe nicht öffentlich bekannt gemacht worden.

Die Bundesrepublik hatte den Gang nach Luxemburg mit dem Argument abzuwehren versucht,

der Rettungsdienst sei eine hoheitliche Aufgabe. Nach Meinung der Kommission rechtfertigt das aber keinen Verstoß gegen europäisches Vergaberecht sowie die Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit. Schließlich könne die Vergabepraxis auch bei Beteiligung neuer Anbieter so gestaltet werden, dass ein flächendeckender und hochwertiger Rettungsdienst gewährleistet werde.

Die Brüsseler Behörde hatte recherchiert, dass zwischen 2001 und 2006 nur 13 Verfahren öffentlich bekannt gegeben wurden. Die geschilderten Einzelfälle zeigen, wie dringlich mehr Transparenz im Rettungsdienst ist. Beispiel aus Niedersachsen: Im Landkreis Hameln-Pyrmont sei ein Zehn-Jahres-Vertrag mit dem Deutschen Roten Kreuz nicht gekündigt und somit stillschweigend verlängert worden. Mit einem Urteil ist frühestens im kommenden Jahr zu rechnen.

#### KEINE AUSSCHREIBUNG IN HANNOVER

Unbeeindruckt von der EU-Klage zeigen sich die Politiker der Regionsversammlung in Hannover. Der Ausschuss für Rettungsdienst hat sich Mitte September gegen den Vorschlag des Ordnungsdezernenten entschieden, die Rettungswachen auszuschreiben. Wie in der Stadt Hannover bleiben damit auch im Umland die bisherigen Anbieter ohne Ausschreibung am Zug. Erstaunlich ist dabei vor allem die Begründung, mit der der Vorsitzende der SPD-Fraktion, die den Antrag gemeinsam mit den Grünen eingebracht hatte, in der *Hannoverschen Allgemeinen Zeitung* zitiert wird: „Wir denken, dass mit dieser Lösung alle effizient arbeiten können“. Dass eine Auftragsvergabe ohne Ausschreibung die Effizienz steigern soll, wäre jedenfalls neu – und dürfte vermutlich auch kaum so gesehen werden, wenn nicht die Krankenkassen, sondern die Region für den Rettungsdienst bezahlen müsste.

## Pflege

### Demenzkranke werden besser betreut

Die Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger in Niedersachsen wird verbessert. Auf Grundlage des zum 1. Juli bundesweit in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) können vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Land zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohner mit „erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ einsetzen. Die Kosten dafür tragen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen – Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht belastet. Für jeweils rund 25 Demenzkranke ist eine weitere Betreuungskraft vorgesehen.

Die Regelung wird in zwei Stufen umgesetzt: Zunächst bekamen die Pflegeeinrichtungen Gelegen-

heit, die Bewohner ihrer Häuser im Hinblick auf den Betreuungsbedarf einzuschätzen und das Ergebnis durch die jeweilige Pflegekasse bestätigen zu lassen. Die Landesverbände der Kassen hatten dazu Empfehlungen abgestimmt, um das Verfahren möglichst einheitlich zu gestalten und den Verwaltungsaufwand zu begrenzen. Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit nun die Richtlinien zu Qualifikation und Aufgaben des zusätzlichen Personals genehmigt hat, soll die Leistungserweiterung zügig und flächendeckend in Niedersachsen eingeführt werden: Ab sofort können sich Pflegeheime an die Verhandler der Kassen wenden, um auf Basis ihrer Konzepte den Betreuungszuschlag zu vereinbaren.

## Selbsthilfe

### Neues Verfahren zur Vergabe der Fördermittel

Die Vergabe der Fördermittel für die Selbsthilfe in Höhe von landesweit rund 3,8 Millionen Euro steht nach zähen Verhandlungen zwischen Krankenkassenverbänden und Vertretern der Selbsthilfe auf einer neuen Grundlage. Hintergrund ist die zum Jahresbeginn in Kraft getretene Änderung des Paragraphen 20 des Fünften Sozialgesetzbuches. Danach ist die finanzielle Unterstützung mindestens zur Hälfte von allen Krankenkassen gemeinsam und pauschal zu leisten, der andere Teil wird durch die einzelnen Kassen individuell und mit jeweils eigenen Schwerpunktsetzungen vergeben. Bislang gab es dazu keine Vorschriften. Der neue Grundsatz bezieht sich auf alle Förderebenen, also auf landes- und bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen, die sich einem bestimmten Thema verschrieben haben, örtliche Selbsthilfegruppen als Zusammenschlüsse von Betroffenen sowie Kontaktstellen, die die Gruppen unterstützen und Betroffene an Gruppen vermitteln.

Bei der kassenartenübergreifenden Förderung stellen Landesorganisationen und Kontaktstellen ihre Anträge künftig bis zum 31. Dezember des Vorjahres an das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen in Hannover, das die Eingänge auf formale Richtigkeit

prüft. Bei den örtlichen Gruppen ist das Land in sieben Förderregionen mit jeweils einem zentralen Ansprechpartner aufgeteilt. Diese Ansprechpartner werden entweder von einem Krankenkassenverband oder einer Kontaktstelle gestellt. Für die Förderregionen Hannover und Göttingen übernimmt das die VdAK/AEV-Landesvertretung. Der jeweilige Ansprechpartner nimmt Anträge bis zum 31. März eines laufenden Jahres entgegen.

Über Förderfähigkeit der Anträge und den Umfang der Unterstützung entscheiden dann die Krankenkassenverbände gemeinsam, wobei Vertreter der Selbsthilfe beratend hinzugezogen werden. Sollte der Gesamtförderbetrag von derzeit 56 Cent je Versicherten dabei nicht ausgeschöpft werden, verbleibt der Restbetrag in dem gemeinsamen Förderpotopf und ist im kommenden Jahr auszuschütten. Allerdings gilt: Es gibt für die einzelnen Antragsteller keinen Rechtsanspruch auf Förderung oder eine bestimmte Förderhöhe. Die Krankenkassen werden bei der Vergabe vor allem darauf achten, dass nur die tatsächliche Selbsthilfe, wie sie im Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes definiert ist, zum Zuge kommt. Therapiegruppen oder Beratungsstellen werden nicht gefördert.

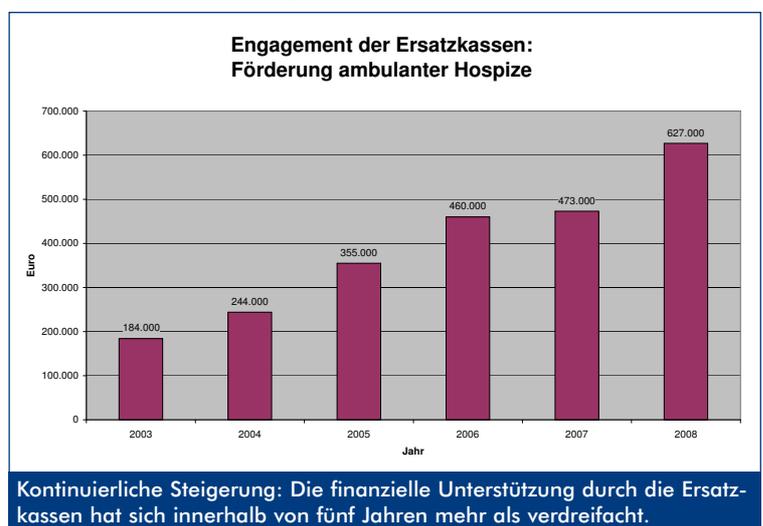
## Ambulante Hospizdienste

### Ersatzkassen erhöhen Förderung auf 627.000 Euro

Die Ersatzkassen in Niedersachsen haben die Förderung ambulanter Hospizdienste erneut deutlich erhöht: 63 Dienste erhalten 2008 insgesamt rund 627.000 Euro und damit 154.000 Euro mehr als im Vorjahr. Zusammen mit den Zahlungen anderer Kassenarten beträgt die Unterstützung 1,8 Millionen Euro – im Durchschnitt 28.500 Euro je Einrichtung. Ambulante Hospizdienste unterstützen schwerstkranke Menschen, die die letzte Zeit ihres Lebens in gewohnter häuslicher Umgebung verbringen möchten.

Die Anzahl der Förderanträge hat sich nach einem deutlichen Anstieg in den Vorjahren mittlerweile auf einem hohen Niveau eingependelt. Es ist deshalb davon auszugehen, dass eine weitgehend flächendeckende Versorgung in Niedersachsen besteht. Neue Möglichkeiten für Hospizdienste bietet das 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstär-

kungsgesetz. Danach können die ehrenamtlichen Kräfte sterbende Menschen auch in Pflegeheimen begleiten. Dieses zusätzliche Engagement wird von den Kassen bei der Bemessung der Förderhöhe berücksichtigt.



## BÜCHER

Der Kommentar **SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz** von **Matthias von Wulfen (Hg.)** erläutert das Zehnte Buch des Sozialgesetzes. Das Werk bietet eine umfassende Informationsquelle mit praxisorientierten Erläuterungen, die für diese 6. Auflage grundlegend überarbeitet wurden (Verlag C.H. Beck, 1.044 Seiten, 64 Euro).

Ebenfalls in neu bearbeiteter Auflage liegt der Kommentar **Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten** vor. Verfasser **Rolf Schallen** hat dabei die Neuregelungen bei Berufsausübungsgemeinschaften, Filialpraxen, Anstellung von Ärzten und Teilzulassung einbezogen (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, 716 Seiten, 58 Euro).

## Kieferorthopädie: Die Tricks der Aussteiger

Als das Bundessozialgericht am 27. Juni 2007 die Auseinandersetzung um die kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen entschieden hatte, fand sich der zentrale Satz in der „Medieninformation Nr. 16/07“ des Gerichts: „Die gesetzlichen Vorschriften zeigen deutlich den Willen des Gesetzgebers, (Zahn-)Ärzte nach einem kollektiven Zulassungsverzicht grundsätzlich nicht mehr an der Versorgung der Versicherten mitwirken zu lassen.“ Die Aussteiger hatten die Vertragspartnerschaft mit der gesetzlichen Krankenversicherung erst demonstrativ gekündigt und dann versucht, eine weitere Honorierung durch die Kassen einzuklagen. Nachdem das oberste Gericht dem einen Riegel vorschob, wird nunmehr offenbar versucht, durch die Hintertür doch noch an das Geld der Beitragszahler zu kommen.

Nachzulesen waren die Tricks sogar schon in dem Fachblatt *Zahnarztwoche*. Dort wird beschrieben, dass Aussteiger nicht mehr aktive Zahnärzte nach deren erneuter Zulassung in die Praxis aufgenommen haben. Damit wäre eine Abrechnungsmöglichkeit zu Lasten der Kassen geschaffen. Zumindest formal, denn „teilweise erscheinen die Zahnärzte nicht auf

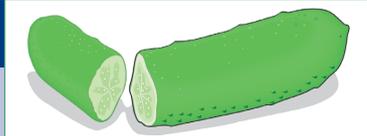
dem Praxisschild der Kieferorthopäden, ihre Vertragszulassungsadresse ist aber mit der Facharztpraxis des Kieferorthopäden identisch“, weiß das Blatt. Andere Aussteiger hätten „ganz offiziell Kassenpartner in die Praxis aufgenommen“.

Das Problem an der Kassenpartner-Variante dürfte für die Aussteiger allerdings sein, dass sie offiziell nur als „Entlastungsassistenten“ auftreten können. Der Vertragszahnarzt, der sie beschäftigt, erhält dabei nur einen begrenzten Budgetzuschlag. Deshalb ist es für die Aussteiger lukrativer, selbst als angestellte Zahnärzte tätig zu werden und damit ein deutlich größeres Stück vom Kuchen zu bekommen. Da der zuständige Berufungsausschuss Zahnärzte in Niedersachsen einer Kollektivaussteigerin diesen Status mittlerweile eingeräumt hat, ist mit Nachahmern zu rechnen. Die Ersatzkassen werden in jedem Fall Rechtsmittel gegen entsprechende Entscheidungen des Gremiums einlegen. Denn schließlich hat das Bundessozialgericht deutlich gemacht, dass der Gesetzgeber keine Krankenkassen-Honorierung der Aussteiger will. Eine Unterscheidung zwischen Freiberuflern und Angestellten gibt es dabei nicht.

## GURKE DES QUARTALS

Ist man mit dem Gesundheitswesen und seinen Ritualen erst einmal vertraut, bringt einen so leicht nichts mehr zum Staunen. Geschafft hat das aber dann doch mal wieder der Paritätische Wohlfahrtsverband, als er den Krankenkassen öffentlich vorwarf, die Bewilligung von Fördermitteln für die Selbsthilfe zu verzögern. Dazu muss man wissen, dass die eigene Dachorganisation des Paritätischen, die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, es über Wochen nicht geschafft hatte, dafür erforderliche Unterlagen an seine Mitglieder weiterzugeben. Und so lange mussten die Geschäfte eben ruhen. Vielleicht ist

mit dem Vorwurf der Verzögerung aber auch gemeint, dass die Kassen der Wohlfahrt bei der Lösung der Kommunikationsprobleme hätten helfen müssen.



### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV  
An der Börse 1 · 30159 Hannover  
Telefon: 0511 / 3 03 97-0 · Telefax: 0511 / 3 03 97-99  
LV-Niedersachsen@vdak-aev.de · www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm  
Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer