

report niedersachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2007

ersatzkassen

Kieferorthopädie

Auseinandersetzung beendet – BSG stärkt Sozialversicherung

Bundessozialgericht, Medieninformation Nr. 16/07: „Das Bundessozialgericht hat am 27. Juni 2007 entschieden, dass (Zahn-)Ärzten, die in einem aufeinander abgestimmten Verfahren auf ihre Zulassungen verzichtet haben (sog. „kollektiver Systemausstieg“), kein Recht auf weiterhin uneingeschränkte Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zusteht.“ Das höchstinstanzliche Urteil beendet eine dreijährige Auseinandersetzung zwischen der Versichertengemeinschaft und einem Teil der Kieferorthopäden in Niedersachsen. Eine Auseinandersetzung um Geld, letztendlich aber auch um die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung. Die ist mit dem Urteil nunmehr gestärkt.

Rückblick. Niedersachsen, im Sommer 2004: Einige Dutzend Kieferorthopäden geben ihre Kassenzulassung zurück und kündigen an, gesetzlich krankenversicherte Patienten nur noch gegen Privatrechnung zu behandeln. Nach dem offenkundigen Scheitern dieses Versuchs kommt der Rückzug. Taktik nun: Trotz fehlender Kassenzulassung soll weiterhin zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden, und zwar nach dem 1,0-fachen

In dieser Ausgabe:

- Frühförderung behinderter Kinder
Wohlfahrt blockiert landesweite Umsetzung
- Streiks
Was Lokführer von Ärzten lernen können
- Pflege
Zähes Ringen um Qualität
- Rettungsdienst
Wg. Niedersachsen: EU verklagt Deutschland

Satz der privatärztlichen Gebührenordnung. Die Krankenkassen weigerten sich zu zahlen – und bekamen jetzt Recht.

Worum ging es bei der Auseinandersetzung? Die Kieferorthopäden wollten sich nicht mehr an die im Sozialgesetz festgelegten Regeln und Verträge zur Versorgung in der Sozialversicherung halten und forderten mit wechselnden, sich teilweise widersprechenden Begründungen vor allem eins: mehr Geld. Nun könnte man schlicht sagen: Wer kündigt, stellt sich wie in jeder anderen Branche auch den Stuhl selbst vor die Tür. So hatte bereits

das Sozialgericht Hannover die Frage, ob eine klagende Kieferorthopädin nach Rückgabe der Kassenzulassung einen Nachteil geltend machen kann, weil nun gesetzlich Krankenversicherte als Patienten ausbleiben, mit den Worten kommentiert: „Diesen Zustand hat sie schließlich gewollt.“ Und doch liegt das Problem tiefer.

Die Absicherung der Menschen gegen das Krankheitsrisiko – unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen – ist ein Kernversprechen des Sozialstaates. Um es einzulösen, sind Regeln notwendig, die sich in den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches ausdrücken. Wenn dort also etwa eine Begrenzung der Vergütungssteigerung für Ärzte vorgesehen ist, dann nicht aus Missgunst, sondern um die Finanzierbarkeit der Versorgung zu sichern. Es gibt dazu keine Alternative, ohne das sozialstaatliche Versprechen in Frage zu stellen. Insoweit war die Logik der Kieferorthopäden auch immer krude, dass der Systemausstieg ein Weg ist, um zu anderen Bedingungen weiter an der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilzunehmen. Ein Widerspruch in sich. Denn wenn sich jeder ein größeres Stück vom Kuchen abschneidet, wird dadurch der Kuchen nicht größer, sondern er reicht einfach nicht mehr für alle.

Wer gesetzlich Krankenversicherte behandeln möchte, arbeitet an einem sozialstaatlichen Auftrag mit. Deshalb hat auch das Bundessozialgericht jede Interpretation ausgeschlossen, nach der Leistungserbringer ein Wahlrecht haben, ob sie sich an das Sozialgesetzbuch halten oder nicht. Das ist der Kern des Urteils. Wer an der Versorgung teilnehmen möchte, hat sich daran halten. Ausnahmen von dieser Regel lässt der Gesetzgeber zu, um Versicherte bei einem Versorgungsnotstand zu schützen, nicht, um unzufriedenen Kieferorthopäden neue Möglichkeiten zu eröffnen.

Uneinsichtig bis zum Schluss

Trotz der Eindeutigkeit des Urteils ist diese Botschaft beim harten Kern der Aussteiger offenbar immer noch nicht angekommen. So war in einer Pressemitteilung die Bewertung zu lesen, das Gericht habe „die Hürden für den Systemausstieg höher gelegt“. Denn egal ob niedrig oder hoch: Der Ausstieg ist keine Option für Leistungserbringer. Es sei denn, sie akzeptieren die Konsequenz, ihren Anspruch auf Vergütung durch die Versichertengemeinschaft zu verlieren. Das ist nun eindeutig geklärt. Wie wollen die Kieferorthopäden die „höhere Hürde“ denn überspringen? Die Kassenzulassung zurückgeben, den selbst geschaffenen, vermeintlichen Versorgungsnotstand feststellen und den Patienten in dieser ach so bedauerlichen Situation wie Kai aus der Kiste als Privat Zahnärzte zur Hilfe eilen? Die Zeit für Taschenspielertricks sollte zu Ende sein. Wer geglaubt hat, sich seine eigene rechtliche Wirklichkeit schaffen zu können, ist schließlich gerade eines Besseren belehrt worden.

Rechtssicherheit für die Patienten

Für die Patienten ist das Urteil des Bundessozialgerichts eine gute Nachricht. Sie haben die Gewissheit, ohne unnötige Zuzahlungen die medizinisch notwendigen Leistungen auf Krankenversicherungskarte zu bekommen, auch beim Kieferorthopäden. Die Krankenkassen werden sie nun über die endgültige Rechtslage informieren und ihnen, falls nötig, Behandlungsplätze bei Kieferorthopäden mit Kassenzulassung anbieten. Wer derzeit von einem Aussteiger behandelt wird, muss die Praxis dabei möglicherweise gar nicht wechseln. Die Mehrzahl der Aussteiger kann jederzeit eine neue Zulassung beantragen.

DER KOMMENTAR



Jörg Niemann,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Niedersachsen

Die Tür steht offen

Drei Jahre Auseinandersetzung um die Kieferorthopädie in Niedersachsen sind zu Ende. Nun könnte man im Nachhinein entspannt darauf verweisen, dass es die obersten Richter ja wohl auch kaum erlaubt hätten, unser Sozialrecht austricksen zu lassen. Dennoch sollte nicht vergessen werden, dass die Leidtragenden des „Kampfes“ (O-Ton Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden) die behandlungsbedürftigen Kinder waren, die hier zum Spielball finanzieller Interessen und ideologischer Verböhrtheit gemacht wurden. Es war an Heuchelei kaum zu überbieten, ihnen zuerst die Behandlung auf Chipkarte zu verweigern, dann die Eltern zur Kasse bitten zu wollen und schließlich von Medienberatern Abende für besorgte Familien organisieren zu lassen. Nun wurde Recht gesprochen. Und den Kieferorthopäden wird ein seltenes Privileg zuteil: Sie bekommen eine zweite Chance. Die meisten Aussteiger können still und leise, als wäre nichts geschehen, ihre Zulassung neu beantragen. Sie sollten diese Chance nutzen. Die Tür steht offen.

Frühförderung behinderter Kinder Forderung nach Höchstpreisen blockiert landesweite Umsetzung

Das Ziel eint die Beteiligten: ein flächendeckendes, effektives Angebot der Früherkennung und -förderung für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder in Niedersachsen. Die Umsetzung zwischen Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden als Kostenträgern einerseits und der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege als Vertreterin der Anbieter ist da schwieriger. Es geht ums Geld – genauer gesagt um Höchstpreise, die die Wohlfahrt durchsetzen will.

Zum Hintergrund: Die Krankenkassen in Niedersachsen bezuschussen die Früherkennung schon seit mehr als 15 Jahren freiwillig, eine Rechtsgrundlage dafür gibt es allerdings erst seit Mitte 2003 durch Einführung des Sozialgesetzbuches IX. Die Kommunen finanzieren bisher die Frühförderung. Künftig sollen Früherkennung und Frühförderung aus einer Hand angeboten werden. Die Umsetzung erfolgt überall im Bund schrittweise, weil gemeinsam mit verschiedenen Fachgruppen und Institutionen neue Strukturen aufgebaut werden müssen.

Die Krankenkassen hatten bei der Verhandlung über eine Landesrahmenvereinbarung für ihren Anteil zunächst ein Angebot auf Grundlage vergleichbarer Heilmittelleistungen aus dem Sozialgesetzbuch V vorgelegt. Weil die Vorstellungen der Wohlfahrtsverbände weit darüber hinausgingen, schaltete sich die Politik ein. Nach einer Anhörung des Sozialausschusses des Landtags im Juni legten die Fraktionen insbesondere den Kostenträgern

eine Überprüfung ihrer Position nahe, in einer SPD-Pressemitteilung war in Bezug auf die Kassen sogar von einer „Verweigerungshaltung“ die Rede. Und: „Eine Vertagung der Verhandlungen in den Herbst hinein wird der Sozialausschuss nicht akzeptieren.“

55.000 Euro je Stelle zu wenig?

Rund einen Monat später, im Juli, legte das Sozialministerium den Parteien einen Vermittlungsvorschlag vor, nach dem die Vergütung in Niedersachsen im bundesweiten Vergleich im oberen Drittel liegen würde. Die einzelne Stelle wurde dabei durchaus großzügig mit einem Jahresgehalt von 55.000 Euro (einschließlich Arbeitgeberaufwendungen) kalkuliert. Der Wohlfahrt geht das offenbar immer noch nicht weit genug: Sie lehnte das Angebot unter Berufung auf weiteren „erheblichen Verhandlungsbedarf“ ab. Eine weitere Abstimmung sei aber frühestens ab dem 20. September möglich, ein vereinbarter früherer Gesprächstermin wurde abgesagt.

Die Wohlfahrtsverbände müssen sich fragen lassen, wie sehr ihnen wirklich an einer zügigen landesweiten Umsetzung gelegen ist, wenn sie die Rahmenvereinbarung durch Forderung nach Höchstpreisen blockieren. Bleibt zu hoffen, dass der Sozialausschuss auch gegenüber den Anbietern auf Bereitschaft zur Einigung drängt – schließlich ist am 23. September Herbstanfang. Bei den Kassen jedenfalls ist der Wille dazu vorhanden.

KURZ GEMELDET

- **15.000 neue Mitglieder** haben die Ersatzkassen in Niedersachsen in den vergangenen zwölf Monaten gewonnen und sind damit weiterhin größte Kassenart im Land. Zwischen Harz und Nordsee zählen sie nunmehr 1.590.397 Mitglieder und betreuen zusammen mit den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen landesweit rund 2,25 Millionen Kunden.
- **Mit 473.000 Euro** unterstützen die Ersatzkassen in diesem Jahr die häusliche Sterbebegleitung in Niedersachsen. Gefördert werden 57 ambulante Hospizdienste. Das Engagement soll dem Wunsch vieler schwerstkranker Menschen Rechnung tragen, die letzte Zeit des Lebens zu Hause zu verbringen. Die Fördermittel ermöglichen unter anderem Aus- und Fortbildung ehrenamtlicher Helfer, die den Menschen Beistand geben.
- **Um 50 Millionen Euro überzogen** haben die niedersächsischen Vertragsärzte im vergangenen Jahr die Obergrenze für Heilmittelausgaben. Die Kosten der Verordnungen lagen bei 385 Millionen Euro, obwohl Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung zuvor ein Volumen von 335 Millionen Euro vereinbart hatten. Der Sollwert für dieses Jahr beträgt 342 Millionen Euro.

Proteste gegen Richtgrößenprüfungen Und ewig sterben die Praxen

Rund 1.000 Arztpraxen standen in Niedersachsen im Jahr 2005 vor dem Aus – jede zehnte Praxis. Jedenfalls, wenn man Verlautbarungen aus den Reihen der Ärzte glaubte. Als Grund für das düstere Szenario wurden drohende Regresszahlungen infolge von Richtgrößenprüfungen genannt, bei denen landesweit ärztliche Arzneimittelverordnungen unter die Lupe genommen werden. Nun sind zwei Jahre vergangen, von Pleiten, zumal flächendeckender Natur, ist nichts bekannt. Gleichwohl sind die Rituale nahezu identisch, mit denen auch in diesem Jahr im Zuge der Prüfungen wieder groß angelegte Existenzvernichtung heraufbeschworen wird. Die kalkulierte Panikmache soll, schrieb schon damals die *Hannoversche Allgemeine Zeitung*, „Patienten verunsichern und den Druck auf Krankenkassen und Politiker erhöhen“.

Worum geht es? Bei den Richtgrößenprüfungen werden Ärzte angeschrieben, die den zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen vereinbarten Ausgabenwert für Arzneimittelverordnungen in ihrer Fachgruppe um mehr als 25 Prozent überschritten haben. In der Folge wird geklärt, ob es besondere Gründe für diese Überschreitung gibt, etwa die Versorgung vieler schwerkranker Patienten in der Praxis. Die entsprechenden Verordnungen werden dann berücksichtigt. Insofern wird kein Arzt benachteiligt, der sich um besonders schwierige Fälle in seiner Praxis kümmert. Regresspflichtig wird vielmehr nur, wer ohne medizinischen Grund zu viel verordnet hat. Wenn betroffene Ärzte die damit verbundene Nachweisführung als bürokratisch kritisieren, müssten sie übrigens konsequenterweise mit der Alternative leben, dass holzschnittartig jede Praxis regresspflichtig wird, die ihre Richtgrößen deutlich überschritten hat. Das aber wäre vollkommen unfair und würde dann tatsächlich dazu führen, dass schwerkranke Patienten zum Kostenrisiko würden.

In der Natur dieser Regelung liegt es auch, dass der tatsächliche Regressbetrag insgesamt deutlich unter dem eigentlichen Überschreibungsbetrag liegt – eben weil medizinisch begründete Ausgaben abgezogen werden. Das wissen natürlich auch die Ärzte, und insofern ist es in höchstem Maße unredlich, die Höhe der Überschreibungsbeträge öffentlich mit der Regresssumme gleichzusetzen.

Fester Bestandteil der alljährlichen Untergangsszenarien ist auch die Darstellung der Prüfungen als von den Kassen initiierten Strafzahlungen. Tatsächlich sind die Prüfungen gesetzlich vorgeschrieben und werden gemeinsam von Ärzteschaft und gesetzlicher Krankenversicherung organisiert und von einer neutralen Stelle umgesetzt. Mehr noch: In Niedersachsen haben sich Kassen und Ärzte einvernehmlich auf die Bedingungen für die Arzneimittelversorgung und die Richtgrößenprüfungen verständigt. Danach wird etwa der bürokratische Aufwand für die Prüfungen so weit wie möglich reduziert und die Verfahrenszahl durch Vorabklärung deutlich gesenkt.

Nun sind die Prüfungen kein Selbstzweck und allen Beteiligten wäre es vermutlich lieber, wenn man auf sie verzichten könnte. Nur müsste dann jemand

erklären, wie sonst die Einhaltung vereinbarter Ausgabenobergrenzen sichergestellt werden kann, und das hat bislang niemand geschafft. Die Richtgrößenprüfungen kamen als konkrete Reaktion auf überproportional steigende Arzneimittelausgaben ins Gesetz – verbunden mit der Erkenntnis, dass schiere Absichtserklärungen ohne Sanktionsmöglichkeiten nicht ausreichen.

ZITATE

„Ärzte sehen 1000 Praxen vor dem Aus“
Überschrift in der *Hannoverschen Allgemeinen Zeitung*, Juli 2005

„Viele Arztpraxen in Niedersachsen stehen vor dem Aus“ Pressemitteilung der „Freien Ärzteschaft“, Juni 2007

erklären, wie sonst die Einhaltung vereinbarter Ausgabenobergrenzen sichergestellt werden kann, und das hat bislang niemand geschafft. Die Richtgrößenprüfungen kamen als konkrete Reaktion auf überproportional steigende Arzneimittelausgaben ins Gesetz – verbunden mit der Erkenntnis, dass schiere Absichtserklärungen ohne Sanktionsmöglichkeiten nicht ausreichen.

Wer zahlt?

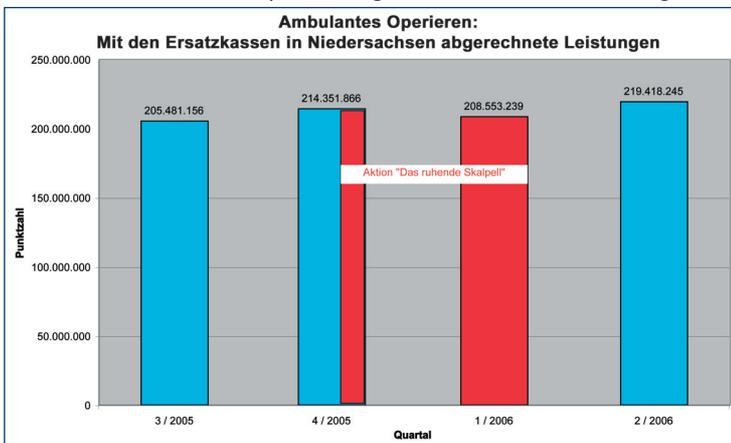
Offenbar verweigert sich ein Teil der Mediziner immer noch der Realität, dass Arzneimittelmanagement zu den Kernaufgaben eines niedergelassenen Arztes im 21. Jahrhundert gehört. Ohne sorgsamem Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln aber ist eine hochwertige Versorgung nicht zu finanzieren. Die Ärzte stehen dabei in der Verantwortung, weil es ihrer und nur ihrer Kompetenz obliegt, ob eine Arzneimitteltherapie notwendig ist und welche Präparate dabei gegebenenfalls eingesetzt werden. Jeder Euro, der durch die Verordnung überflüssiger oder überteuerter Präparate verschwendet wird, muss von irgend jemandem aufgebracht werden. Es ist beim besten Willen nicht zu rechtfertigen, dass dies die Versicherten sein sollen. Sich der eigenen Verantwortung als Arzt für eine funktionierende Versorgung zu stellen macht jedenfalls gewiss mehr Sinn, als auch im nächsten Jahr wieder die Mär vom Praxissterben zu erzählen.

Ambulante Operationen Ruhten die Skalpelle wirklich?

„Alle Skalpelle stehen still ab 01.12.2005!“ Mit diesem martialisch anmutenden Motto starteten vor rund eineinhalb Jahren niedergelassene Chirurgen in Niedersachsen eine Kampagne zur Erzwungung einer höheren Vergütung durch die Krankenkassen. Und da ein Streik von Vertragsärzten eigentlich rechtswidrig ist, wurden die Patientenschikanen vermeintlich pffiffig verklausuliert, nachzulesen im Internet. Der gemeine Patient sollte, wie nett, „nicht bedroht“ werden. Die Sprechregelung: „Wir operieren ihn nur später wegen der Umstrukturierung der

Praxis“. Dazu dachten sich die Initiatoren Musterbriefe und „Argumentationshilfen“ gegenüber der Politik aus und garnierten das Ganze sogar mit eigenem Logo: „Das ruhende Skalpell“.

Nun, da einige Zeit ins Land gegangen ist, lässt sich feststellen: Die Skalpelle ruhten während der Aktion von Dezember 2005 bis März 2006 nicht wirklich. Einen Einbruch der mit den Ersatzkassen in Niedersachsen abgerechneten Leistungen des ambulanten Operierens gegenüber dem Basisquartal 3/2005 gab es nicht (s. Übersicht). Nun könnte man gelassen vom Sturm im Wasserglas sprechen oder schlicht zur Kenntnis nehmen, dass die Kassenvergütung dann wohl doch nicht so schlecht ist, um verschmäht zu werden. Unfair wäre das allerdings gegenüber den Patienten, die durch die Ärzte gezielt und bewusst verunsichert wurden. Einen Menschen vor dessen Operation zur Durchsetzung finanzieller Interessen zu instrumentalisieren, ist schlichtweg unanständig. Und genau das haben die Ärzte getan, indem sie gesetzlich Krankenversicherte mit „Kostenübernahmeerklärungen“ zur ihrer Kasse schickten – wohl wissend, dass eine solche Erklärung ausgeschlossen ist, weil die Kassen für ambulante Operationen vertragsgemäß schon Geld an die Kassenärztliche Vereinigung überweisen. Mehr Geld zu fordern, ist per se nicht unredlich. Die Patienten dafür vorzuschicken allerdings schon.



„Alle Skalpelle stehen still ab 01.12.2005“: Einen spürbaren Einbruch der abgerechneten Leistungen hat es während der Dauer der Aktion (rot eingefärbt) nicht gegeben – der Aufruf sollte wohl eher öffentlichkeitswirksam die Patienten verunsichern.

Streiks Was Lokführer von Ärzten lernen können

Die Forderung nach einer Lohnerhöhung von 30 Prozent zu kommunizieren fällt nicht ganz leicht, die Erfahrung haben die Lokführer in Deutschland jüngst gemacht. Also bekamen sie öffentlich Rat von kompetenter Seite: vom streikerprobten Chef der Ärztevereinigung Marburger Bund, Frank Ulrich Montgomery. Von medialer „Sensibilisierung für die Arbeitsbedingungen“ war da die Rede und von „öffentlichkeitswirksamen Aktionen“. Das wohl größte Erfolgsrezept ärztlichen Protestes verriet Montgomery dabei allerdings nicht. Das nämlich könnte man so umschreiben: Mach dein eigenes Problem zu dem deiner Kunden.

erklären, warum ein Krankenhausarzt durch bessere Bezahlung munterer wird oder was die Höhe des Praxisgewinns eigentlich mit der Güte der Versorgung zu tun hat. Ärzte kommen in der Regel damit durch, die Patienten bei der Durchsetzung ihrer Interessen vorzuschieben.

Erfolgslogan

„Erst stirbt die Praxis, dann der Patient“ – wie wäre dieser Erfolgslogan also für andere Berufsgruppen zu übersetzen? Polizisten könnten darüber spekulieren, dass bei Ausbleiben des Weihnachtsgeldes die Verbrechensrate steigt, Müllwerker würden ohne „Schluck aus der Lohnpulle“ vor Seuchengefahr warnen und Lokführer den Fahrplan allenfalls noch als groben Richtwert akzeptieren. Nur würde man so etwas vermutlich als unverschämt empfinden. Und das ist es auch, egal ob der Protest in weißen Kitteln daherkommt oder nicht.

Während nämlich Lokführer oder Müllwerker geradeheraus sagen, worum es ihnen geht, nämlich eine bessere Bezahlung, ist bei Ärzten zumindest öffentlich vom schnöden Mammon doch eher selten die Rede. Hier spricht man dann von Patientensicherheit, Qualitätsstandards, flächendeckender Versorgung und anderem mehr. Ohne freilich zu

Pflege

Zäher Kampf um Qualität

Die meisten Pflegeheime leisten gute Arbeit. Zu dumm nur, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bislang in der Regel nicht wissen dürfen, welche das sind – und vor allem: welche nicht. Das allerdings wird sich ändern: Die Pflegekassen werden Prüfberichte künftig „in verständlicher Sprache“ aufbereiten und veröffentlichen. Die Möglichkeit dazu sieht ein Beschluss des Koalitionsausschusses der Bundesregierung zur Reform der Pflegeversicherung vor. Dass das Ringen um gute Qualität Daueraufgabe bleibt, zeigt indes das schwierige Unterfangen, in Niedersachsen eine bessere Abstimmung zwischen den verschiedenen Prüfinstanzen der Pflegeeinrichtungen auf den Weg zu bringen.

Zunächst die gute Nachricht: Durch die geplante Neuregelung bekommen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen endlich Transparenz darüber, wie es um die Qualität in einem Heim steht und können sich gezielt gute Anbieter aussuchen. Bislang war die Veröffentlichung einzelner Prüfergebnisse kein Thema, selbst die Weitergabe an den Heimbeirat bedurfte der Zustimmung der betroffenen Einrichtung – und die gibt gerade mal jedes zehnte Heim.

Den Qualitätsberichten zugrunde liegen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Der MDK prüft im Auftrag der Kassen Pflegeheime und ambulante Pflegedienste stichprobenartig, geht aber auch gezielt Hinweisen auf Pflegemängel nach. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen dabei die Pflegebedürftigen – geprüft wird, was „beim Menschen ankommt“. Neben den Kassengutachtern gibt es eine weitere Kontrollinstanz: die Heimaufsichten der Kommunen. Im Unterschied zum MDK kümmern die sich in erster Linie um strukturelle Anforderungen, etwa bezogen auf die Fachkraftquote einer Einrichtung und bauliche Voraussetzungen.

Nun liegt es auf der Hand, dass diese doppelte Kompetenz für mehr Sicherheit und Qualität sorgen kann – allerdings nur dann, wenn die jeweiligen Aufgaben klar definiert sind und sich die Instanzen untereinander abstimmen. Genau das soll durch Umsetzung der „Gemeinsamen Empfehlung“ von Niedersächsischem Sozialministerium, kommunalen Spitzenverbänden, Pflegekassen und MDK zur Zusammenarbeit von Heimaufsichten und MDK besser werden. Derzeit wird die Empfehlung in ausgewählten Kommunen erprobt. Die Ergebnisse zeigen,

dass einige Heimaufsichten bis zum offiziellen Start der landesweiten Umsetzung am 1. Oktober den Geist des Papiers noch stärker leben müssen. Das bezieht sich etwa auf die vollständige Erfüllung der Prüfquote bzw. Weitergabe der entsprechenden Ergebnisse und eine gezielte Abstimmung der Prüfermine mit dem MDK. Die Mühe lohnt sich allemal, denn der Ansatz ist richtig: Jede Doppelprüfung etwa, die vermieden werden kann, bedeutet, dass die – gemeinsamen – Kapazitäten zielgenauer eingesetzt werden, um einen Beitrag für Sicherheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu leisten.



Im Dialog: Jörg Niemann (re.), Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, mit Dr. Carola Reimann, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, und dem sozialpolitischen Sprecher der SPD im Niedersächsischen Landtag, Uwe Schwarz. Die Ersatzkassenverbände präsentierten ihre Positionen beim SPD-Landesparteitag am 30. Juni 2007 in Hannover.

Kinderschutz: Expertenrunde legt Ergebnisse vor Mit gutem Beispiel voran

Jessica, Kevin. Die Namen sind in jüngster Zeit zum Synonym für misshandelte Kinder geworden. Die erschütternden Berichte haben eine politische Diskussion ausgelöst, die bisweilen sehr von dem Bemühen geprägt war, der öffentlichen Erwartung in aller Kürze durch die eine oder andere Schlagzeile

zu entsprechen. Die Vorschläge, etwa eine Verpflichtung zur Teilnahme an ärztlichen Untersuchungen, mögen Willen zum schnellen Handeln signalisieren, sind aber nach Einschätzung des ganz überwiegenden Teils der Fachleute nicht geeignet, Kinder zusätzlich vor Misshandlung zu schützen. Niedersachsen ist einen anderen Weg gegangen: Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann hat

externen Sachverständigen versammelt, um auf diese Weise den Kinderschutz in Niedersachsen voranzutreiben. Als eines der Ergebnisse hat das Ministerium eine Broschüre mit Beispielen veröffentlicht, wo Kinderschutz in Niedersachsen besonders gut funktioniert.

Gesichtet und ausgewählt wurden die Beispiele von der Arbeitsgruppe „Best Practice“ unter Leitung von VdAK/AEV-Landeschef Jörg Niemann. Deren Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass es bereits heute sehr viele Institutionen und Angebote gibt, die sich dem Kinderschutz verschrieben haben, aber dass diese noch stärker als bisher an einem Strang ziehen müssen. Die Veröffentlichung soll möglichst viele Kommunen und andere Institutionen anregen, initiativ zu werden und dem Kinderschutz damit neue Impulse geben.

Die Broschüre zeigt die Möglichkeiten für Kinderschutz in Niedersachsen in seiner ganzen Breite – nicht nur regional, sondern auch thematisch: Stichworte sind Frühe Hilfe, Kindertagesstätten, Schonräume für Kinder, Kinderkliniken, Prävention sexueller Gewalt, Arbeit mit Problemfamilien und Regelungen zum Schutzauftrag der Jugendhilfeträger. Alle für Interessenten wesentlichen Informationen sind zusammengefasst, von der Frage „wer macht was“ über die Finanzierung des Projekts bis zur Telefonnummer einer Ansprechpartnerin oder eines Ansprechpartners.



Rettungsdienst

Wg. Niedersachsen: EU verklagt Deutschland

Es ist schon seltsam. Da wird von Städten und Landkreisen ganz selbstverständlich jeder Spielplatz ausgeschrieben, nur beim Rettungsdienst gelten die Grundsätze zur Vergabe öffentlicher Aufträge nicht. Und das, obwohl es bei der Besetzung von Rettungswachen um Millionenbeträge geht. Die EU-Kommission hat nun Ernst gemacht und Deutschland vor dem Europäischen Gerichtshof verklagt, um den Wettbewerb im Rettungsdienst anzukurbeln. Nach Auffassung der EU müssen deutsche Behörden Aufträge konsequent und transparent ausschreiben. Es gebe keinen Grund, im Rettungsdienst eine Ausnahme zu machen und Anbieter gegen Konkurrenz abzuschotten. Nach Recherchen der EU ist dies in Niedersachsen und drei weiteren Bundesländern der Fall.

Besonders erstaunen dürfte es die Brüsseler, dass es in Niedersachsen sogar gerade erst eine Gesetzesnovelle im Rettungsdienst gegeben hat – die trotz aller Hinweise auch der Kassen nicht genutzt wurde, eine Verpflichtung zur Ausschreibung von Rettungswachen in das Gesetz aufzunehmen. Die Kommunen können die Aufträge damit auch künftig nach völlig intransparenten Kriterien vergeben – zu Lasten der gesetzlich Krankenversicherten. Die nämlich haben die Mehrkosten zu tragen, wenn eine Stadt lieber ihre Berufsfeuerwehr zum Zuge kommen lässt, obwohl andere Anbieter günstiger sind. Oder wenn, wie in der Region Hannover im vergangenen Jahr, eine Rettungsdienstorganisation den Anspruch auf „ihre“ Wache vor Gericht einklagen kann.

BÜCHER

Das in wesentlichen Teilen seit 1. April geltende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat das Sozialgesetzbuch (SGB V) verändert. Der **KKF-Verlag** hat darauf mit einer Neuauflage seines Titels **SGB V-Handbuch Krankenversicherung** (640 Seiten, 32,50 Euro) reagiert. Es enthält die aktuell gültige Fassung des SGB V, aber auch die erst später in Kraft tretenden Vorschriften des Gesetzes. Zahlreiche Anmerkungen geben dem Leser praktische Hilfe.

Mit einem Handbuch von Ärzten für Nichtmediziner im Gesundheitswesen vermitteln die Herausgeber **Andreas H. Grün und Richard Viebahn** medizinisches Basiswissen („**Medizin für Nichtmediziner**“, Baumann Fachverlage, 632 Seiten, 59,50 Euro). Die Beiträge der Autoren – Mediziner mit langjähriger praktischer Erfahrung – reichen von der Definition des jeweiligen Fachgebiets über die Beschreibung von Krankenhausdiagnosen und deren Ursachen bis zur Darstellung von Grundzügen der Behandlung und Aspekten der Qualitätssicherung.

Medienschelte, ausnahmsweise

Medienschelte gehört sich nicht. Wissen wir, wissen wir. Und dürfen deshalb eine Ausnahme machen. Der Kommentar „Ersatzkassen: Späte Einsicht“ in der *Hannoverschen Allgemeinen Zeitung* berechtigt dazu.

Der Reihe nach: Der Gesetzgeber beschließt eine Gesundheitsreform für „mehr Wettbewerb“ unter den Krankenkassen, vergisst dabei aber, gleiche Startbedingungen für alle zu schaffen: Die Ersatzkassen sollen nämlich höhere Zahnarzthonorare zahlen als die anderen Kassen. Wer, bitteschön, kann und muss diesen handwerklichen Fehler korrigieren, wenn nicht der Gesetzgeber selbst? Darauf haben die Ersatzkassen aufmerksam gemacht und müssen nun lesen, sie seien doch selbst Schuld, hätten schließlich schon längst auf eine Angleichung der Honorare „bestehen müssen“.

Nun kann man auf vielem bestehen, wegverhandeln lassen sich historisch gewachsene Vergütungsunterschiede zwischen den Kassenarten aber nicht so einfach. Das weiß auch das Bundesgesundheitsministerium, sonst hätte es die bislang von Kasse zu Kasse unterschiedlichen Vergütungen der Ärzte

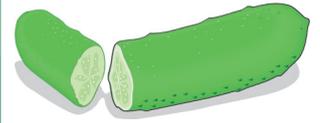
schließlich nicht per Gesetz angeglichen. Nein, das Ministerium hat im Gegensatz dazu die Zahnarzthonorare schlicht vergessen. Wenn es den Wettbewerbsgedanken ernst nimmt, muss es für gleiche Chancen im Wettbewerb sorgen – diese zu nutzen, ist dann Sache der Kassen.

Bemerkenswert ist die Einschätzung des Kommentators, die Forderung dürfte ungehört verhallen, weil die Ersatzkassen die Bundesgesundheitsministerin wegen der Reform „angefeindet“ hätten. Nun mag es auf dieser Welt immer noch Potentaten geben, die Anliegen danach beurteilen, wer zuvor den tiefsten Diener gemacht hat. In demokratisch verfassten Gemeinwesen hat so etwas keine Rolle zu spielen. Dafür müssten gerade Journalisten Verständnis haben, oder soll künftig nur einen Interviewtermin bekommen, wer genehme Berichterstattung vorweisen kann? Die Ersatzkassen jedenfalls vertreten die Interessen ihrer Versicherten, und wenn sie diese gefährdet sehen, sagen sie das. Gegenüber einer Ministerin, und wenn es sein muss, auch durch Medienschelte. Zumindest ausnahmsweise.

GURKE DES QUARTALS

Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, sind ärztliche Dienste mit oft zweifelhaftem Nutzen, für die der Patient privat bezahlen soll. Dementsprechend ist es gar nicht so einfach, sie in der Arztpraxis an den Kunden zu bringen. Umso größer also die Erwartung, als die *Ärzte Zeitung* zur Unterstützung des Geschäfts „zehn goldene Regeln für die Arzthelferin“ versprach. Der Hammertipp: „Vermeiden Sie nach der Preisangabe eine Redepause“. Und, genauso schlau, aber etwas schwieriger umzusetzen: „Glauben Sie selbst an Ihre IGeL-Angebote und die Preise.“ Immerhin: Hat der Patient den Wortschwall

überstanden, werden ihm „guter Service“ und sogar „liebvolle Zuwendung“ in Aussicht gestellt. Schade eigentlich, dass sich die offenbar auf Selbstzahler beschränken soll.



IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV
Rathenaustraße 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