

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE AMBULANTE PFLEGE Bezahlen nach Zeit | KRANKENHÄUSER Landesweit deutlich steigende Erlöse
PRÄVENTION Viel hilft nicht viel | RETTUNGSDIENST Pflicht zu Ausschreibungen fällt

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2013

BUNDESTAGSWAHL

Kassen wollen Beitragssatz individuell festlegen

Im Vorfeld der Bundestagswahl fordern die Ersatzkassen, ihren Beitragssatz künftig wieder individuell festzulegen. Dieses Prinzip galt in der gesetzlichen Krankenversicherung seit jeher wurde dann 2009 durch staatliche Vorgabe eines Einheitsbeitragssatzes abgelöst.

Durch jeweils eigene Beitragssätze könnten die Krankenkassen die Versorgung passgenau finanzieren, Prämienausschüttungen und Zusatzbeitrag würden entfallen. Gerade der Zusatzbeitrag ist mit zweifelhaften Wettbewerbsanreizen verbunden: Obwohl politisch bewusst als ergänzende Einnahmesäule der Krankenkassen angelegt, hat er zu einer Stigmatisierung derjenigen Kassen geführt, die ihn erheben mussten. Damit drehte sich der Wettbewerb immer mehr darum, diesen Zusatzbeitrag tunlichst zu vermeiden.

Zudem hat die Festsetzung des Einheitsbeitrags auf den historischen Höchstwert von 15,5 Prozent finanzielle Begehrlichkeiten geweckt: Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser wurden nicht müde, mit Hinweis auf Überschüsse der Kassen höhere Vergütungen zu verlangen. Dem hat die Politik zum Teil auch nachgegeben.

LANDESPOLITIK

Großbaustelle Krankenhaus

Niedersachsen hat seit rund einem halben Jahr eine rot-grüne Landesregierung. Diese steht vor zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen, vor allem bei den Krankenhäusern. Der Koalitionsvertrag gibt Antworten – ermutigende, aber auch irritierende.

Zwischen Harz und Nordsee gibt es genau 193 Krankenhäuser. 117 davon – das sind rund 60 Prozent – tritt man nicht zu nahe, wenn man sie als klein bezeichnet, weil sie weniger als 200 Betten haben. Und hier beginnt das Problem: In vielen Regionen des Landes bieten gleich mehrere räumlich benachbarte Kliniken von überschaubarer Größe vergleichbare Leistungen an. Für einen Teil dieser Häuser wird es zunehmend schwerer, sich wirtschaftlich zu behaupten.

Weil sich eine gegebene Zahl an Patienten auf zu viele Standorte aufteilt, versuchen die einzelnen Krankenhäuser, die Menge der Operationen immer weiter zu steigern, um Auslastung und Wirtschaftlichkeit überhaupt noch sicherzustellen – eine unter medizinischen Aspekten zweifelhafte Tendenz. Gleichzeitig fehlen potenziell leistungsstarken Häusern die Rahmenbedingungen, um sich wirtschaftlich und qualitativ weiterzuentwickeln.

Die schwierige Situation ist den Versäumnissen der Vergangenheit geschuldet. Die durchschnittliche Dauer der Krankenhausbehandlungen geht seit Jahren deutlich zurück, ohne dass es zu einer Strukturbereinigung gekommen wäre: Sinkende

Auslastung führt in der Regel nicht zur Aufgabe von Standorten, sondern lässt diese immer kleiner und damit tendenziell unwirtschaftlicher werden.

160 Standorte reichen

Die Entwicklung droht sich durch den deutlichen Bevölkerungsrückgang in den kommenden 20 Jahren weiter zu verschärfen. Sollen die einzelnen Krankenhäuser nicht noch weiter schrumpfen, müsste es bis 2030 eine Verringerung der 193 Standorte auf rund 160 geben. Diese Zahl reicht auch in dem Flächenland Niedersachsen aus, um weiterhin eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Die Landesregierung scheint das Problem erkannt zu haben. Im Koalitionsvertrag ist von einer „Förderung der Kooperation, Fusion und Schwerpunktbildung von Krankenhäusern“ die Rede. Das ist ein richtiger Ansatz, der gerade in der Fläche, in Regionen ohne Hochleistungsmedizin die Chance bietet, durch Stärkung von Standorten auch für Patienten mit ernsthaften Erkrankungen ein hochwertiges Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Zwingende



KOMMENTAR

Ambitioniert entscheiden, mit Umsicht vermitteln

FOTO: vdek



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Der rot-grüne Koalitionsvertrag umfasst zum Thema Gesundheit und Pflege mehr als vier Seiten. Wir möchten das als ermutigendes Signal verstehen, dass sich die Landesregierung einiges vorgenommen hat. Denn zu tun gibt es viel. Vor allem gilt es, Impulse für Wandel und Modernisierung der Krankenhauslandschaft zu geben, aber auch, um ein anderes Beispiel zu nennen, ein Konzept für die psychiatrische Versorgung zu erarbeiten. In diesen Bereichen ist das Land originär zuständig, hier kann es durch die Krankenhausplanung ambitioniert und klug die Weichen stellen. Bei Themen wie der Pflege hat das Land demgegenüber keine Entscheidungskompetenz, weil der Gesetzgeber der Selbstverwaltung die wesentlichen Aufgaben überträgt. Will das Land hier im Einzelfall als Vermittler agieren, wird es nur Erfolg haben, wenn es gleichen Abstand zu allen Seiten hält. Der Eindruck von Exklusivpartnerschaften mit Anbietern oder politischer Zielvorgaben, wie er bei den Verhandlungen zu den Zeitvergütungen in der Pflege entstanden ist, schaden der Sache. Nach Abschluss der Pflege-Verhandlungen besteht nun die Chance, Irritationen hinter sich zu lassen und die zentrale Herausforderung der Gestaltung einer zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft gemeinsam anzugehen.



Voraussetzung dafür ist aber, dass einzelne, schwächere Standorte komplett aus der Versorgung ausscheiden, sodass die verbleibenden Häuser die Behandlungen übernehmen und als Einheiten wachsen – auch zum Vorteil der Qualität.

Das Land muss dafür keine Krankenhäuser aktiv schließen. Es muss allerdings vermeiden, bei insolventen Häusern oder Häusern ohne erkennbaren Bedarf die falsche Hoffnung zu wecken, dass für sie weiterhin eine Perspektive besteht. In jedem Fall sollte das Land bauliche Investitionen von Krankenhäusern nur an Standorten fördern, bei denen auch in Zukunft Qualität und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind. Grundlage dafür wären klare und transparente Kriterien auf Basis eines Landeskonzepts, das unter Einbeziehung regionaler Abstimmungen umgesetzt wird.

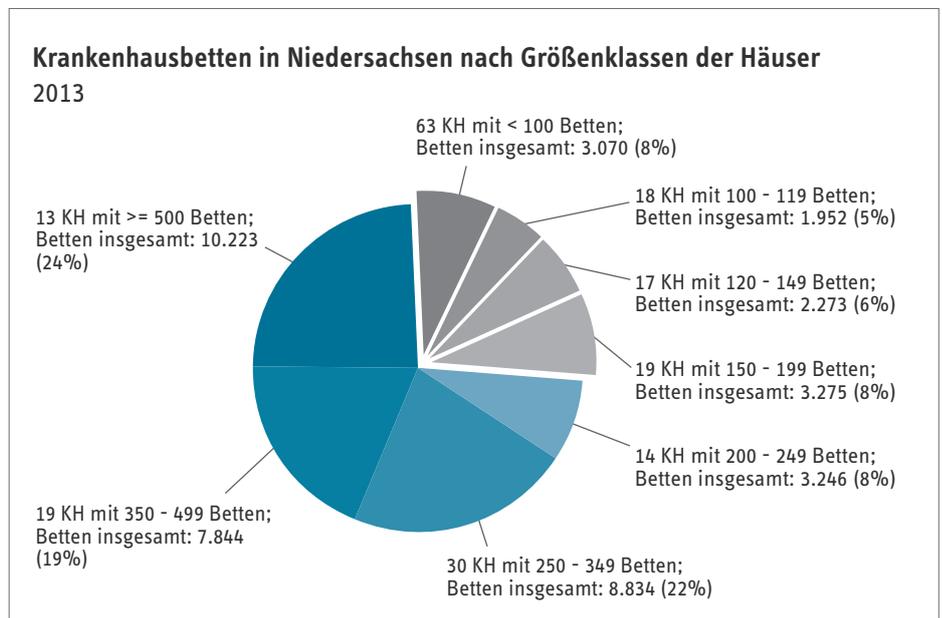
In mehrfacher Hinsicht irritierend ist der Satz im Koalitionsvertrag, dass der Preis für Krankenhausleistungen, der Landesbasisfallwert, „schneller an den Bundesbasisfallwert angeglichen werden muss“, also noch stärker steigen soll. Abgesehen davon, dass eine tendenzielle Angleichung der Landesbasisfallwerte ab 2014 ohnehin gesetzlich vorgesehen ist, kann von schlechten finanziellen Rahmenbedingungen für die Häuser in Niedersachsen keine Rede sein: Der Landesbasisfallwert

ist seit seiner Einführung 2005 um rund zehn Prozent gestiegen, die Budgets als aussagekräftiger Indikator für die Einnahmen sogar um 33 Prozent. Unter dem Strich liegt der Landesbasisfallwert nur knapp unter dem Bundesbasisfallwert. Und das ist völlig vertretbar, weil auch die Kosten der Träger in Niedersachsen niedriger sind als in anderen Bundesländern (s. Seite 4).

Sollten alle Krankenhäuser im Land über eine zusätzliche Preiserhöhung mehr Geld erhalten, würde das die Gewinne derjenigen, die schon bisher schwarze Zahlen schreiben, weiter erhöhen, ohne dass es dafür eine Berechtigung gäbe. Gleichzeitig wären Krankenhausträger mit Verlusten weniger gezwungen, Standorte und Versorgungsangebote auf den Prüfstand zu stellen. Dies stünde im Widerspruch zu der postulierten Förderung der Kooperation, Fusion und Schwerpunktbildung.

Kein Eingriff in die Selbstverwaltung!

Irritierend ist die Passage aus dem Koalitionsvertrag auch deshalb, weil es nach Sozialrecht Aufgabe der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern ist, den Landesbasisfallwert zu vereinbaren. Das Land sollte den Eindruck vermeiden, dass es politisch in die Selbstverwaltung eingreifen will. ■



KLEINTEILIG: 60 Prozent der Krankenhäuser halten zusammen nur gut ein Viertel der Betten vor.

SCHÄRFBILD: vdek

AMBULANTE PFLEGE

Versicherte können Dienste nun auch nach Zeit bezahlen

Wer zu Hause einen Pflegedienst in Anspruch nimmt, hat ab sofort die Wahl: Statt nach Leistungen kann der Einsatz auch nach Zeit vergütet werden. Die Preise liegen bei bis zu 40 Euro die Stunde.

Pflegebedürftige in Niedersachsen können neben den bisher üblichen Leistungskomplexen jetzt auch Zeiteinheiten für Pflege oder Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst buchen. Darauf haben sich Pflegekassen, Kommunen und Anbieterverbände im Land verständigt. Die Regelung gilt seit 1. September. Damit ist Niedersachsen das zweite Bundesland nach Bremen, in dem Versicherte diese Wahlmöglichkeit haben. Bei den Leistungskomplexen zahlen sie für eine Tätigkeit wie Hilfe bei der großen Morgentoilette unabhängig von der Dauer einen Pauschalbetrag, durch die Neuregelung nach dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz können sie nunmehr mit den Diensten auch minutengenau abrechnen.

Vorausgegangen war eine Einigung der Vertragspartner über die Preise für die Zeiteinheiten. Diese liegen je Stunde zwischen 33,57 und 39,46 Euro für Leistungen der Grundpflege wie An- und Auskleiden, Waschen und Hilfe beim Essen sowie zwischen 22,38 und 26,30 Euro für die Betreuung, etwa die Begleitung beim Spaziergang oder Einkauf. Die Preise beinhalten eine Vergütungserhöhung für die Pflegedienste in Höhe von 2,2 Prozent.

Private Zuzahlungen steigen

Das Ergebnis war ein Kompromiss zwischen dem Vergütungsinteresse der Anbieter und dem der Pflegebedürftigen an einer Begrenzung ihrer finanziellen Belastung. Denn klar ist, dass bei der Teilkasko-Konzeption der Pflegeversicherung jede Preiserhöhung dazu führt, dass Betroffene oder



FOTO: Peter Maschen – Fotolia.com

AUSWAHL: Versicherte können die Begleitung beim Einkauf und andere Leistungen jetzt auch minutengenau mit den Pflegediensten abrechnen.

Angehörige mehr privat zuzahlen müssen, wenn sie denn nicht auf Leistungen der Dienste verzichten können oder wollen.

Die Verhandlungen wurden einmal mehr begleitet von Klagen über „Dumpinglöhne“ in der Pflege. Dafür gibt es, was den Durchschnitt der Berufsgruppe angeht,

»Pflege-Fachkräfte verdienen auf dem Niveau von Industriemechanikern, Erziehern und Mechatronikern.«

zunächst einmal keine belastbaren Erkenntnisse. Im Gegenteil: Nach Erhebungen der Hans-Böckler-Stiftung liegen die Einkommen von Hilfskräften in der Pflege in der Nähe derer von Gas-/Wasserinstallateuren, Tischlern und Kfz-Mechanikern, allesamt Lehrberufe. Pflege-Fachkräfte

verdienen auf dem Niveau von Industriemechanikern, Erziehern und Mechatronikern. Ein Ausdruck mangelnder Wertschätzung, die bisweilen unterstellt wird, ist das gewiss nicht.

Geld muss bei Beschäftigten ankommen

Sollten einzelne Arbeitgeber ihre Mitarbeiter unangemessen bezahlen, so liegt die Verantwortung ausschließlich bei ihnen, nicht bei den Kassen. Die Preise in der Pflege bieten jedenfalls keinen Anlass für Dumpinglöhne. Betrachtet man die jetzt ausgehandelten Stundenvergütungen für Tätigkeiten, die ganz oder teilweise von Hilfskräften erledigt werden, so sind das grundsätzliche Werte. Klar ist natürlich auch: Das zusätzliche Geld der Versicherten soll nicht die Gewinne von Unternehmen in der Branche steigern, sondern bei den Beschäftigten ankommen. ■

Erlöse steigen landesweit um 200 Millionen Euro

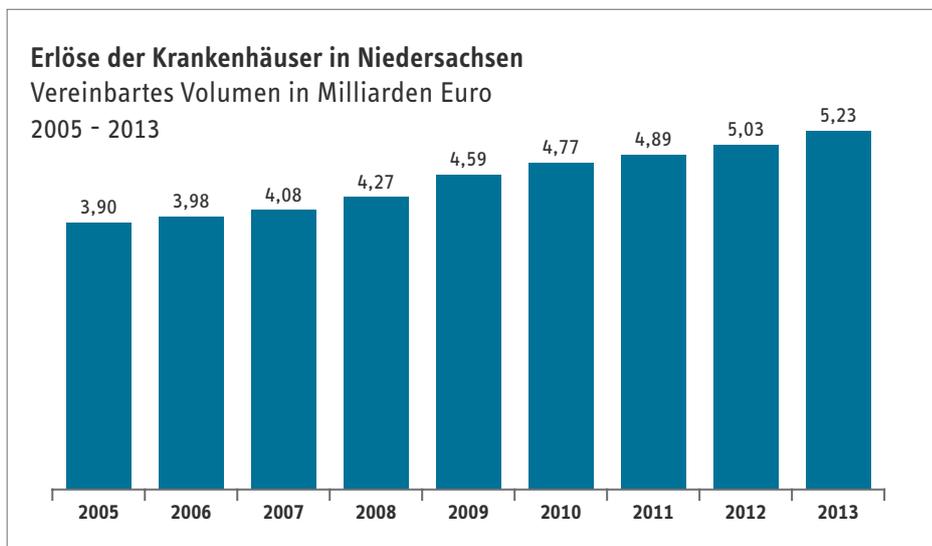
Allen Klagen niedersächsischer Krankenhäuser über die Finanzen zum Trotz: Die Kassen zahlen ihnen erneut deutlich mehr als im Vorjahr. Und ein bundesweiter Vergleich zeigt Überraschendes.

Wenn Krankenhäuser in Niedersachsen Bilanzen vorstellen oder sich für Probleme zu rechtfertigen haben, darf ein Hinweis nicht fehlen: dass der hier mit den Kassen vereinbarte Preis für Behandlungen, der sogenannte Landesbasisfallwert, unter dem Bundesschnitt liegt. Meist ist dann zu hören, das betreffende Haus hätte diesen oder jenen Betrag mehr zur Verfügung, wenn es in Rheinland-Pfalz liegen würde – dem Land mit dem bundesweit höchsten Landesbasisfallwert und damit offenbar natürlicher Orientierungspunkt. Wer nun meint, dass es die Kliniken zwischen Harz und Nordsee ganz besonders schwer haben, übersieht allerdings gleich mehrere Tatsachen.

Leistungsmenge maßgeblich

Betrachtet man zunächst einmal nur den Landesbasisfallwert, so ist dieser in Niedersachsen in diesem Jahr kräftig gestiegen, nämlich um rund 57 Euro auf 3.021 Euro – der tatsächliche Zahlbetrag, der auch Vorjahresausgleiche beinhaltet, sogar um 70 Euro. Der Landesbasisfallwert liegt damit rund zehn Prozent höher als bei seiner Einführung 2005. Allerdings ist dieser Wert als Preis nur eine der für die Höhe der Krankenhauseinnahmen maßgeblichen Komponenten. Komplette wird die Rechnung erst, wenn auch die Leistungsmenge eines Hauses als Multiplikator berücksichtigt wird.

Unter dem Strich steht dann das Budget einer Klinik als eigentlicher Maßstab für die Erlöse. Und die vereinbarten Budgets



DEUTLICHER ZUWACHS: Die Erlöse der Krankenhäuser in Niedersachsen sind seit 2005 um 33 Prozent gestiegen.

der Krankenhäuser in Niedersachsen wachsen alleine 2013 voraussichtlich um rund 200 Millionen Euro, hinzu kommen Zahlungen infolge gesetzlicher Änderungen in Höhe von mehr als 40 Millionen Euro. Seit 2005 sind die Erlöse damit landesweit von 3,9 Milliarden Euro auf 5,2 Milliarden Euro gestiegen. Das Plus liegt bei 1,3 Milliarden Euro oder 33 Prozent, das übersteigt die Einnahmezunahmen der Krankenkassen, aus denen diese Steigerungen finanziert werden, um ein Vielfaches.

Geringere Kosten als in anderen Ländern

Richtig ist, dass der Landesbasisfallwert in Niedersachsen leicht unter dem Bundesschnitt liegt, und zwar 1,7 Prozent unter dem Bundesbasisfallwert als rechnerischer Größe und 1,4 Prozent unter dem gewichteten Durchschnitt der Länder. Diese Abweichung ist allerdings ökonomisch

völlig vertretbar, weil auf der anderen Seite auch die Kosten der Träger geringer ausfallen als in anderen Bundesländern, nämlich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes um 1,8 Prozent.

Der Landesbasisfallwert kann also in doppelter Hinsicht nicht als Beleg für vermeintlich schlechte finanzielle Rahmenbedingungen in Niedersachsen herhalten. Wen das noch nicht überzeugt, der mag sich die Finanzergebnisse der Krankenhäuser im Bundesvergleich ansehen. Nach 2012 veröffentlichten Zahlen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung ist Baden-Württemberg das Land mit dem höchsten Anteil an Kliniken mit kritischer Finanzlage – trotz eines überdurchschnittlichen Landesbasisfallwerts. Die besten Finanzwerte hingegen weisen Sachsen-Anhalt und Thüringen auf. Und die haben jeweils einen eher niedrigen Landesbasisfallwert. ■

KLINIKPERSONAL

Krankenkassen finanzieren 9.250 Ausbildungsplätze



BEWERBUNG LOHNT: Ausbildung in der Krankenpflege

Die Krankenkassen zahlen den Kliniken in Niedersachsen in diesem Jahr 150 Millionen Euro für die Ausbildung von Krankenpflegern, Hebammen und anderem nicht-ärztlichen Fachpersonal. Damit ist die Finanzierung von rund 9.250 Ausbildungsplätzen sichergestellt, ein Zuwachs von knapp 50 Plätzen gegenüber 2012. Die Kassen bringen die Ausbildungsmittel auf, indem sie allen Krankenhäusern je Behandlungsfall einen Zuschlag von 87,88 Euro zahlen (plus 1,99 Euro oder mehr als zwei Prozent gegenüber dem Vorjahr).

Das Geld fließt zunächst in einen Fonds und wird dann an die Kliniken entsprechend der jeweiligen Zahl an Auszubildenden verteilt. Diese Form der Ausbildungsfinanzierung gibt es seit 2006, Niedersachsen war seinerzeit das erste Bundesland mit einer solchen Vereinbarung. Vorher erhoben nur diejenigen Krankenhäuser einen Zuschlag, die auch tatsächlich ausbildeten. Das verteuerte deren Leistungen gegenüber anderen Häusern. Die Regelung ist Vorschrift nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz.

NEUE REHA-SCHIEDSSTELLE

Sozialministerium überrascht mit Rechtsverordnung

Wenn sich Krankenkassen und Anbieter nicht über die Vergütung einig werden, entscheidet eine Schiedsstelle: Was in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung Praxis ist, soll nach Sozialrecht künftig auch für Vorsorge und Rehabilitation gelten. Während also die Verbände von Krankenkassen und Einrichtungen im Land über eine Vereinbarung zur Bildung dieser Schiedsstelle berieten, überraschte das Niedersächsische Sozialministerium nach dem Regierungswechsel mit der Nachricht, dass „eine Lösung im Rahmen der Selbstverwaltung“ nicht möglich erscheine. Die Ministerin habe daher entschieden, eine Rechtsverordnung zu erlassen.

Für die Selbstverwaltung war ein solches Scheitern der Gespräche nicht erkennbar. Dass ein einzelner Anbieterverband weiteren Diskussionsbedarf angemeldet hatte, erschien jedenfalls nicht als Hinderungsgrund. Das Ministerium selbst hatte sich noch im Februar aufgeschlossen gegenüber der Vereinbarungslösung gezeigt, wie es sie etwa auch im Krankenhausbereich gibt.

Nach Ankündigung der Rechtsverordnung baten Krankenkassen sowie sechs Anbieterverbände die Ministerin um die Möglichkeit, „in einer abschließenden Gesprächsrunde über noch bestehende Änderungsbedarfe zu beraten und die gemeinsame Arbeit erfolgreich abzuschließen“. Ein Appell ohne Erfolg. Und während also für die finale Abstimmung der Selbstverwaltung keine Zeit mehr war, warten die Beteiligten nun auf die angekündigte Verordnung des Ministeriums – seit rund einem halben Jahr.

WAS ANDERE SCHREIBEN

Landeskliniken: Verkauf erhitzt noch immer die Gemüter

Mehr als sechs Jahre ist es nun her, dass Niedersachsen acht psychiatrische Landeskrankenhäuser an unterschiedliche Träger verkauft hat. Dieser Verkauf, seinerzeit Gegenstand heftigen politischen Streits im Landtag, erhitzt noch immer die Gemüter. Zuletzt hatten Medien unter Berufung auf den Landesrechnungshof berichtet, das Land habe die Kliniken damals deutlich unter Wert abgegeben. Statt der eingenommenen 102 Millionen Euro hätte man weit mehr als das Dreifache erzielen können. Entstanden sei damit „Schaden für die Steuerzahler“.

Übersehen wird dabei eins: Jeder Investor will seinen Kauf refinanzieren, und das dürfte im Gesundheitswesen, in dem das Angebot immer auch die Nachfrage steuert, etwas leichter fallen als anderswo. Die vdek-Landesvertretung hatte bereits Anfang 2010 darauf hingewiesen, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Landeskliniken nach dem Verkauf innerhalb nur eines Jahres um rund 23 Millionen Euro oder zehn Prozent gestiegen sind – ein Zuwachs deutlich über dem der übrigen psychiatrischen Einrichtungen im Land. Und über die Klinik in Wunstorf, ebenfalls auf der Verkaufsliste, wurde bekannt, dass sie Geld für Personal kassierte, ohne die entsprechenden Stellen dann zu besetzen.

Bei allem berechtigten Interesse der Steuerzahler an einem höheren Verkaufserlös: Die zusätzlichen Millionenbeträge hätten die Beitragszahler aufgebracht – oder sie wären den für die Versorgung der Patienten bestimmten Mitteln entzogen worden.

Heime als neues Einsatzgebiet für Folter-Experten?

Der vdek steht nicht im Verdacht, die Interessen von Anbietern höher zu gewichten als die der Patienten und Versicherten. Deshalb fällt es umso leichter, jetzt zu einem Vorschlag der Justizminister der Länder deutlich zu sagen: Genug ist genug. Und zwar hatten sich die Minister bei ihrer Konferenz im Juni dafür ausgesprochen, dass die „Nationale Stelle zur Verhütung von Folter“ über Gefängnisse und Polizeistationen hinaus auch Pflegeheime ins Visier nimmt.

Zunächst einmal: Es gibt in der Pflege bereits heute systematische Überprüfungen, wie sie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung ihresgleichen suchen. Der Medizinische Dienst nimmt die Heime im Auftrag der Kassen einmal jährlich und darüber hinaus bei konkreten Beschwerden unter die Lupe, außerdem prüfen die Heimaufsichten, die in Niedersachsen bei Städten und Landkreisen angesiedelt sind. Natürlich kann diskutiert werden, die Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen zu erweitern. Der Einsatz einer Anti-Folter-Stelle schießt aber eindeutig über das Ziel hinaus. Pflegeheime sind keine staatlichen Vollzugsbehörden, sondern von Pflegebedürftigen und Angehörigen selbst gewählte Einrichtungen, denen sie sich als Kunden anvertrauen und die sie auch wieder verlassen können. Apropos Vertrauen: Was immer eine Anti-Folter-Stelle in Heimen bewirken kann oder nicht: den Vertrauensverlust, den allein der begriffliche Zusammenhang von Folter und Pflege bewirkt, wird es nicht kompensieren.

Ausgaben für Prävention: Viel hilft nicht viel

Die Krankenkassen engagieren sich aus Überzeugung und mit Millionenbeträgen für die Prävention. Nun will der Gesetzgeber ihnen vorschreiben, die Ausgaben zu verdoppeln. Effekt: höchst zweifelhaft.



FOTO: Kristall - Fotolia.com

FRÜHSPORT: Kindergärten sind für Präventionsmaßnahmen besonders geeignet.

Nun muss man die Krankenkassen nicht gerade zu ihrem Glück zwingen: Im Berichtsjahr 2011 haben sie rund 270 Millionen Euro für die Prävention gezahlt. Das sind 3,87 Euro je Versicherten, rund ein Euro mehr als sozialrechtlich vorgesehen. Und dennoch will die Bundesregierung die Ausgaben mit dem jetzt auf den Weg gebrachten Präventionsgesetz auf sieben Euro je Versicherten drastisch erhöhen. Im Raum steht damit ein Betrag von fast einer halben Milliarde Euro.

Gesamtkonzept fehlt

Das ist nicht nur unverhältnismäßig, sondern vor allem auch wenig zielführend, weil sich adäquate zusätzliche Angebote erst einmal entwickeln müssten. So aber besteht die Gefahr, dass die Kassen Versichertengelder selbst dann

ausgeben, wenn sie dafür gar keine sinnvollen Möglichkeiten sehen. Zudem fehlt ein strategisches Gesamtkonzept mit einer Konkretisierung der Aufgaben aller gesellschaftlichen Akteure, nicht nur der Krankenkassen.

Problematisch ist auch die Festlegung von Teilbeträgen für bestimmte Aufgaben wie der Gesundheitsförderung in Betrieben. Eine Stärke der gesetzlichen Krankenversicherung ist schließlich auch hier ihre Pluralität: Betriebsnahe Krankenkassen haben bessere Zugänge zu Unternehmen, während andere Kassen ihrer historischen Prägung entsprechend stärker auf versichertenbezogene Angebote setzen. Ordnungspolitisch mehr als bedenklich: 35 Millionen Euro müssen die Kassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung abführen. Damit lässt sich der Staat eine seiner Behörden durch Beitragsmittel finanzieren. ■

RETTUNGSDIENST

Brüssel verzichtet auf Pflicht zu Ausschreibungen



EINSATZ OHNE AUSSCHREIBUNG: Rettungsfahrt

Nach langem Hin und Her will die Europäische Union den Rettungsdienst nun doch von der grundsätzlich geltenden Verpflichtung zur Ausschreibung öffentlicher Leistungen ausnehmen. Darauf haben sich Europäischer Rat und Europäisches Parlament in Brüssel verständigt. Nach entsprechender Anpassung des Bundesgesetzes können Städte und Landkreise den Betrieb von Wachen dann wieder ohne Ausschreibung an private oder gemeinnützige Organisationen vergeben. Der Europäische Gerichtshof hatte die Ausschreibungspflicht im Rettungsdienst im April 2010 bestätigt und damit die rechtlichen Auseinandersetzungen beendet, nicht aber die politische Diskussion. Zu befürchten ist, dass bei mehr oder weniger freihändigen Vergabeverfahren Wirtschaftlichkeit kaum noch eine Rolle spielt. Kernproblem nämlich ist, dass die Kommunen als Träger des Rettungsdienstes Gestaltungskompetenz haben, die entstehenden Kosten aber an die Krankenkassen weiterreichen können. Durch diese Trennung von Struktur- und Kostenverantwortung fehlt ein immanenter Anreiz zur Effizienz. Ausdruck sind die überproportionalen Kostensteigerungen im Rettungsdienst. So haben sich in Niedersachsen die entsprechenden Ausgaben der Kassen innerhalb der vergangenen rund 20 Jahre verdreifacht. Die Ersatzkassen fordern deshalb seit Langem, direkt mit den jeweiligen Rettungsdienstorganisationen über Budgets zu verhandeln. Mit der Ablösung der früheren Vergabep Praxis der Kommunen durch Ausschreibungsverfahren verbanden die Kassen die Hoffnung, zumindest etwas mehr Transparenz herzustellen und den Aspekt der Wirtschaftlichkeit mit einzubeziehen. Ein Allheilmittel zur Durchsetzung von Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst sind Ausschreibungen indes auch nicht: So sind in der Region Hannover die Kosten von rund 18 Millionen Euro im Vorjahr auf 22,2 Millionen Euro in diesem Jahr gestiegen. Ein satter Zuwachs von 4,2 Millionen Euro oder 23,4 Prozent – trotz Ausschreibung.

KURZ GEFASST

1,3 Millionen Euro für Hospizdienste

Mit rund 1,3 Millionen Euro fördern die Ersatzkassen in diesem Jahr die häusliche Sterbebegleitung in Niedersachsen. Der Betrag ist gegenüber dem Vorjahr erneut deutlich um rund 150.000 Euro gestiegen. Das Geld fließt an 78 Hospizdienste. Die Dienste betreuen Sterbende zu Hause und stehen auch den Angehörigen zur Seite. Das erleichtert es vielen Menschen, die letzte Zeit des Lebens in gewohnter Umgebung zu verbringen.

Generationenübergreifende Projekte gesucht

Zum vierten Mal vergeben die Ersatzkassen den vdek-Zukunftspreis. Initiativen und auch einzelne Menschen waren bis 15. September aufgefordert, wegweisende Versorgungs-ideen und -konzepte für „Generationenübergreifende Projekte im Bereich Gesundheit und Pflege“ bei der Verbandszentrale in Berlin einzureichen. Die besten Konzepte werden mit einem Preisgeld im Gesamtwert von 20.000 Euro prämiert.

Gesundheitliche Chancengleichheit gefördert

Die Ersatzkassen in Niedersachsen beteiligen sich in diesem Jahr mit rund 12.500 Euro an der „Landeskoordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit“. Der Kooperationsverbund hat sich die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf die Fahnen geschrieben.

WOHNUNGSLOSE

Kassen helfen „mit Biss“

Wohnungslose und andere Bedürftige in Hannover können seit verganginem Jahr das Zahnmobil „Hilfe mit Biss“ des Diakonischen Werks nutzen, um sich bei akutem Bedarf etwa durch defekte Füllungen oder bei Zahnfleischerkrankungen behandeln zu lassen. Die Initiatoren haben damit offenbar einen Weg gefunden, diese Menschen tatsächlich zu erreichen: Im ersten Jahr des Projekts haben sie bereits 420 von ihnen helfen können. Die Ersatzkassen haben deshalb entschieden, sich an den Kosten des Angebots zu beteiligen. Bei der Zielgruppe geht es um Menschen, die sich scheuen, eine reguläre Praxis aufzusuchen oder deren Versichertenstatus ungeklärt ist. Mit dem Zahnmobil fahren ehrenamtlich tätige Zahnärzte soziale Brennpunkte an. Ebenfalls an Bord: sozialpädagogisches Personal mit Rat zu weiterer Unterstützung.

BÜCHER

Arzt im Glück

„Der Öffentlichkeit wird gebetsmühenartig suggeriert, Ärzte seien notorisch frustriert, bis zum Umfallen gestresst und immer kurz davor, alles hinzuschmeißen. Fragt man die Ärzteschaft selbst, kommt ein ganz anderes Bild ans Licht“, schreibt Kinderarzt und Gesundheitswissenschaftler Markus Müschenich. Demnach sind neun von zehn Medizinern zufrieden und haben Spaß an der Arbeit. Warum? Sie retten Menschenleben, beziehen Spitzeneinkommen und erfreuen sich nicht zuletzt „bester Chancen beim anderen Geschlecht“. Fazit: Kein anderer Beruf macht glücklicher.



Markus Müschenich
55 Gründe, Arzt zu werden
2. Auflage 2013,
236 Seiten, 19,90 Euro,
Murrmann Verlag, Hamburg

Politik im Überblick

Der rot-weiß gestreifte „Kürschner“ ist seit rund 60 Jahren optisch markantes Standardwerk für alle, die sich über die Abgeordneten des Deutschen Bundestags informieren wollen. Diesem stellt der Verlag seit 2010 weitere Themen-Handbücher zur Seite. Neu erschienen ist jetzt der „Gesundheits-Kürschner“ mit mehr als 400 Biografien und Kontaktdaten der Gesundheitspolitiker aus Bundestag, Bundesregierung, Landesparlamenten und -regierungen sowie auf europäischer Ebene. Gesondert aufgeführt sind die Mitglieder der Fachausschüsse und die höheren Ministerialbeamten.



Kürschners Handbuch
Gesundheit
Ausgabe 2013
558 Seiten, 39,80 Euro
Neue Darmstädter Verlags-
anstalt, Rheinbreitbach

GURKE DES QUARTALS

Von der Liebe zum schönsten Beruf der Welt

Allzu oft werden die Dinge im Gesundheitswesen schlechtgeredet. Deshalb waren wir hochofrend, dass sich endlich einmal jemand mit einer positiven Botschaft zu Wort meldet. Und zwar großformatig! Unter dem Motto „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ zeigen nämlich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Plakaten praktizierende Ärzte, die „ihren Beruf lieben und davon überzeugt sind, den schönsten Beruf der Welt auszuüben.“

Zum Hintergrund der Kampagne wusste die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) zu berichten, dass „der Arztberuf medial negativ dargestellt wird“. Negative Darstellungen des Arztberufs sollten auf jeden Fall unterbleiben, wer wollte da widersprechen. Uns selbst sind in der Vergangenheit immer wieder Aussagen in dieser Richtung aufgefallen. So wird angeblich die ambulante Medizin nicht nur „immer schlechter finanziert“, sondern in den Praxen gar „wochenlang umsonst“ gearbeitet, zudem führen „Dumpingpauschalen“ und „die berüchtigten Regresse“ zu einer „Auswanderungswelle der jungen Ärztegeneration“, wobei Praxisinhaber schon deshalb keine Nachfolger finden, weil der „Nachwuchs vor solchen Belastungen zurückschreckt“. Nach schönstem Beruf der Welt hört sich das wirklich nicht gerade an. Wir möchten unseren Teil zum Gelingen der Kampagne beitragen, indem wir den Autoren dieser zusammengewürfelten Fundstücke empfehlen, solche Zerrbilder nicht mehr zu verbreiten. Ach ja: die Autoren. In diesem Fall ist das die KVN selbst.

MITGLIEDERWERBUNG

Kritik an BKK Mobil Oil

FOTO: Dan Rade - Fotolia.com



TÜRSPIONEN HELFEN: Unangemeldeter Besuch

Die in Celle ansässige BKK Mobil Oil ist wegen umstrittener Mitgliederwerbung in die Schlagzeilen geraten. Nach Berichten des Norddeutschen Rundfunks (NDR) soll eine von der Kasse beauftragte Vertriebsfirma mit unlauteren Mitteln versucht haben, Versicherte zum Wechsel in die BKK zu bewegen. Die Kasse hat diese Kooperation mittlerweile beendet.

Der NDR hatte zuvor über unangemeldete Hausbesuche, falsche Behauptungen über andere Krankenkassen und in Aussicht gestellte Barzahlungen für einen Kassenwechsel berichtet. Mitarbeiter der Vertriebsfirma hätten Unterschriften „erschwindelt“, nach Zeugenaussage in einem Fall sogar gefälscht. Dem Sender zufolge waren sie „in ganz Niedersachsen unterwegs, wie es scheint, vor allem in sozialen Brennpunkten.“

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek
An der Börse 1, 30159 Hannover
Telefon 05 11 / 3 03 97-0
Telefax 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com
Redaktion Hanno Kummer
Verantwortlich Jörg Niemann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2166