

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE BETREUTES WOHNEN Risiken für Pflegebedürftige | **TERMINGARANTIE** Gesetzgeber reagiert auf Versagen der Ärzteschaft | **TRANSPLANTATIONEN** Gestern „Bärendienst“, heute „sinnvoller Schritt“

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2014

ANHÖRUNG

„Das Land sollte Qualität von Kliniken stärker prüfen“



FOTO: m. leischer - Fotolia.com

Das Land sollte stärker als bisher prüfen, ob Krankenhäuser die erforderliche Ausstattung und Behandlungsqualität vorweisen. Das haben die Kassenverbände bei einer Landtagsanhörung gefordert. Bislang erfolgt eine Kontrolle lediglich vor Neuaufnahme in den Krankenhausplan des Landes auf Grundlage vorgelegter Konzepte. Die Kassen plädieren nun dafür, dass das Land auch bestehende Krankenhäuser im Blick behält. Sollte sich dabei zeigen, dass eine Klinik zentrale Anforderungen nicht erfüllt, müsste sie aus dem Plan ausscheiden und dürfte damit keine Versicherten mehr behandeln, hieß es. Gerade die Vorkommnisse in Psychiatrien verdeutlichten die Notwendigkeit solcher Prüfungen. Kriterien wären etwa Standards für die Personalbesetzung, Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie sowie Mindestzahlen bei bestimmten Leistungen.

KRANKENHAUSPOLITIK DES LANDES

Gelingt der große Wurf?

Die Entwicklung der Krankenhauslandschaft ist zentrales gesundheitspolitisches Thema in Niedersachsen. Wohin die Reise geht, ist dabei offen: Dort, wo das Land konsequent vorgeht, werden Resultate sichtbar. Allerdings ist das noch nicht überall der Fall.

Was bislang eher Thema für Fachtagungen war, hat mittlerweile die Regionalseiten der Zeitungen erreicht: Diskutiert wird über die Aufgabe von Krankenhausstandorten oder einzelner Abteilungen. Die Analyse liegt dabei schon lange auf dem Tisch: In Niedersachsen konkurrieren zu viele und zu viele kleine Kliniken um zu wenige Patienten, vielerorts überschneiden sich vergleichbare Leistungsangebote in örtlicher Nachbarschaft.

Forciert durch Bevölkerungsrückgang, kürzere Liegezeiten und zunehmende ambulante Behandlungsmöglichkeiten unterschreitet ein wachsender Teil der Krankenhäuser notwendige Betriebsgrößen, um wirtschaftlich und qualitativ hochwertig zu arbeiten. Eine neue Dynamik entsteht nun dadurch, dass Klinikträger sich gezwungen sehen, auf diese Entwicklung zu reagieren.

So wie in der Region Hannover. Verschiedene Träger haben damit begonnen, Konsequenzen aus den Strukturproblemen zu ziehen und sich für die Zukunft fit zu machen. Das Regionalklinikum plant Zusammenlegungen der Krankenhäuser Großburgwedel und Lehrte sowie der von Gehrden und Springe. Friederikenstift und

Henriettenstiftung wollen Frauenheilkunde und Neurologie zusammenlegen.

Die Besonderheit in Hannover ist jedoch, dass einzelne Träger mit mehreren Standorten Strukturbereinigungen durch interne Entscheidungen auf den Weg bringen können. In anderen Regionen stellen sich diese Prozesse ungleich schwieriger dar, da dort trägerübergreifende Vereinbarungen erforderlich sind. Das Land hatte deshalb Mitte 2013 angekündigt, mit den Beteiligten regionale Strukturgespräche zu führen. Seitdem hat es zu solchen Gesprächen in Hildesheim, Osnabrück, Cuxhaven und Salzgitter eingeladen. Dabei wurde versucht, Abstimmungen auf freiwilliger Basis herbeizuführen. Konkrete Ergebnisse gibt es bisher aber nur teilweise.

„Freiwillig verzichtet keiner“

Das liegt zunächst ein Stück weit in der Natur der Sache, denn die Veränderungen sind vor Ort mit Interessenkonflikten verbunden. Der Gesundheitsökonom Professor Wolfgang Greiner, Mitglied des Sachverständigenrats und viele Jahre im Aufsichtsrat des Klinikums Region Hannover, sieht vor diesem Hintergrund das Vorgehen des Landes kritisch. In einem Interview mit der



Krankenhäuser: Millionengeschäft gibt zu denken

FOTO: vdek



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Mit Krankenhäusern lässt sich Geld verdienen. Zwölf bis 15 Prozent Rendite erwartet der Klinikkonzern Heli-os von seinen Häusern fünf bis sechs Jahre nach der Übernahme. Man habe dutzendfach gezeigt, ein Krankenhaus in dieser Zeit in eine solche Gewinnzone bringen und zugleich die medizinische Qualität steigern zu können, sagt der Konzernchef in einem Spiegel-Interview. Nun sollte dieser Profitanspruch ganz sicher nicht als Vorbild dienen – die Grenze des Erträglichen ist überschritten, wenn Krankenhäuser auf Kosten der Sozialversicherung solch hohe Gewinnmargen erzielen. Bemerkenswert ist die Aussage allerdings insofern, als ständig der Eindruck einer systematischen Unterfinanzierung medizinischer Leistungen der Kliniken erweckt wird. Dem ist nicht so. Krankenhäuser können sich sehr wohl leistungsfähig aufstellen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Ausreichende Betriebsgrößen und Spezialisierung stehen hier an erster Stelle. Wirtschaftlichkeit und Qualität des Versorgungsangebots für die Patienten sind dabei kein Widerspruch, sondern gehen miteinander einher. Es geht dabei gerade nicht um höhere Vergütungen, sondern darum, die Versorgung mit neuen Strukturen besser zu organisieren. Der Reformbedarf in Niedersachsen ist in dieser Hinsicht immens.



Hannoverschen Allgemeinen Zeitung sagt er: „Mit solchen Versuchen, Krankenhausangebote durch Absprachen zu organisieren, wird die Landesregierung letztlich überfordert sein, denn kein Haus verzichtet freiwillig auf Umsatz. Es ist auch die Flucht vor der eigenen Verantwortung, denn Aufgabe des Landes ist nicht die Moderation der Detailplanungen, sondern mutige Rahmensetzung im Sinne einer höheren Qualitätsorientierung.“

Dabei hat das Sozialministerium diesen Willen zur mutigen Rahmensetzung durchaus schon gezeigt. Zusammen mit dem Planungsausschuss hat es im Sommer Förderanträge einzelner Krankenhäuser mit der Begründung abgelehnt, nur noch in zukunftssichere Strukturen zu investieren. Und zwar gegen erhebliche örtliche Widerstände wie in Salzgitter und Dissen (Landkreis Osnabrück).

Beim Land hat sich also offenkundig die Erkenntnis durchgesetzt, dass Standortbereinigungen notwendig sind, damit sich Krankenhäuser wirtschaftlich besser aufstellen und den Bürgern eine bessere Versorgung bieten können. Eine umfassende Strukturreform wird aber nur gelingen, wenn das Land nun eine zweite Phase des Prozesses einläutet, in der es stärker auf Stringenz und Konsequenz setzt: Wenn sich die Beteiligten vor Ort nicht freiwillig verständigen, muss es

klare Vorgaben auf Grundlage eindeutiger struktureller Kriterien machen. Fachlich fragwürdige Kompromisse, die alle Beteiligten gleichermaßen zufriedenstellen sollen – wie die Etablierung einer nicht bedarfsnotwendigen Psychiatrie und Psychosomatik in Bramsche –, werden nicht zum Ziel führen.

Landesmittel reichen nicht

Davon abgesehen bleibt ein Kernproblem: Die Landesmittel reichen bei Weitem nicht aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. Das passt wenig zu den Verlautbarungen, dass mehr für die Kliniken getan werden muss.

Nun haben die Regierungsfractionen im Landtag angekündigt, dass Niedersachsen weitere sechs Millionen Euro für die Krankenhäuser bereitstellt. Demgegenüber wollen etwa Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein in den kommenden zwei bzw. vier Jahren jeweils 100 Millionen Euro zusätzlich für die Kliniken aufbringen. „Dass wir trotz aller Sparzwänge die Mittel für die Krankenhausinvestitionen so deutlich erhöhen, zeigt, dass sich die Landesregierung zu ihrer Verantwortung für die Kliniken bekennt, und zwar mit Taten“, heißt es von Sozialministerin Katrin Altpeter (SPD) aus Baden-Württemberg. ■



FOTO: Techniker Krankenkasse

HOHE QUALITÄT IM BLICK: Standortbereinigungen sollen den Patienten eine bessere Versorgung in ihrer Region bieten.

Pflegebedürftige verlieren Schutz durch Heimgesetz

Für viele alte Menschen ist es sicher attraktiver, in einer Wohngemeinschaft als in einem Heim zu leben. Die Landesregierung will deshalb entsprechende Angebote fördern. Das birgt allerdings auch Risiken.

Wer möchte das nicht: den Lebensabend selbstbestimmt und in Gesellschaft anderer Menschen verbringen. Eine Möglichkeit dazu bieten Wohngemeinschaften, in denen Senioren zusammenleben und sich dabei von ambulanten Pflegediensten unterstützen lassen. Das Angebot für solche Wohnformen fällt allerdings noch überschaubar aus. Die Landesregierung will das nun ändern, indem sie Hemmnisse für potenzielle Anbieter abbaut. Der Ansatz ist richtig und das Ziel allemal lohnenswert. Die geplanten Regelungen bergen allerdings Risiken.

Anreize für Anbieter

Hintergrund der Initiative ist die bisherige Bestimmung, wonach die Schutzfunktion des Heimgesetzes für Pflegebedürftige immer dann greift, wenn diese in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Anbieter der Leistung stehen. Das trifft klassischerweise auf die Situation in einem Pflegeheim zu, aber auch dann, wenn ein Unternehmer die Vermietung von Räumlichkeiten an Senioren an die verpflichtende Nutzung eines bestimmten Pflegedienstes koppelt, etwa des eigenen oder den des Ehepartners. Genau hier will die Landesregierung durch Änderung des Heimgesetzes nun ansetzen. Um betreute Wohnformen für Anbieter attraktiver zu machen, sollen sie zunächst für zwei Jahre von den Regularien des Heimgesetzes ausgenommen werden. Erst danach wird geprüft, ob ein Abhängigkeitsverhältnis besteht und das Gesetz greift.

Und damit beginnt das Problem: Das Heimgesetz definiert Standards, von baulichen Voraussetzungen über die Personalvorhaltung bis zur Annahme von Geschenken durch das Pflegepersonal. Dazu kommen die Prüf- und Sanktionsmöglichkeiten der Heimaufsichten bei gravierenden Qualitätsmängeln. Dieser Schutz entfällt für die Bewohner der alternativen Wohnformen – zunächst für zwei Jahre, wird danach kein Abhängigkeitsverhältnis festgestellt, sogar dauerhaft.

Die Frage ist allerdings, ob eine wirklich unbeeinflusste Entscheidung der Bewohner noch möglich ist, wenn zuvor zwei Jahre lang die Nutzung eines bestimmten Pflegedienstes verpflichtend war. Zu erwarten ist wohl eher, dass die Bewohner dann unterschreiben werden, dass sie sich in freier Wahl für den bisherigen Dienst entschieden haben. Erschwerend kommt hinzu, dass bisher völlig unklar ist, ob die zweijährige Frist einmalig nach der formalen Gründung gilt oder für jeden Bewohner aufs Neue.

Bewohnerzahl nicht begrenzt

Die Regelung kann, wenn auch unbeabsichtigt, fatale Folgen haben. Da keine Höchstgrenze der Bewohnerzahl einer Wohngemeinschaft festgelegt wird, könnten faktisch kleine Heime entstehen – ohne die gewünschte Autonomie der Bewohner und außerdem ohne den Schutz des Heimgesetzes. Erste vollstationäre Einrichtungen haben ihren Versorgungsvertrag sogar bereits gekündigt, um ihr bisheriges Angebot in eine betreute Wohnform umzuwidmen: ein rein formaler Zug, um sich dem

Heimgesetz zu entziehen. Die kommunalen Spitzenverbände verweisen in einer Stellungnahme zum Gesetzentwurf auf konkrete Hinweise, nach denen Pflegeheime, „die von der Heimaufsicht zu einer Mängelbeseitigung aufgefordert sind, angekündigt haben, die bisher stationär geführte Einrichtung bzw. Teile davon in ambulante Wohngemeinschaften umwandeln zu wollen“. Dabei sei von Einrichtungen mit bis zu 80 Plätzen die Rede.

Fazit: Die Förderung selbstbestimmter Wohnformen ist unbedingt zu begrüßen.



FOTO: Techniker Krankenkasse

STICHT: Selbstbestimmtes Leben im Alter

Die Landesregierung läuft mit dem jetzigen Gesetzentwurf allerdings Gefahr, dass es entsprechende zusätzliche Angebote nur auf dem Papier gibt und zudem ein Teil der Pflegebedürftigen den Schutz des Heimgesetzes verliert. Deutlich zielführender wäre es gewesen, für Wohngemeinschaften abgestufte Anforderungen zum Beispiel an baulichen Voraussetzungen oder Prüfreularien zu formulieren. ■

Stimmungsmache mit fragwürdigen Zahlenspielen

Die Bundesregierung will verstärkt Arztpraxen in überversorgten Gebieten stilllegen. Glaubt man Ärztefunktionären, steht dem Land damit ein Kahlschlag der Versorgung bevor – ein abwegiges Szenario.

FOTO: Reiner – Pexels.com – Fotolia.com



WEGWEISEND: Ärzte sollen sich dort niederlassen, wo der größte Bedarf besteht – etwa als Hausarzt auf dem Land.

Die Bundesregierung erschwert Nachbesetzungen von Arztsitzen in überversorgten Regionen. Ihr Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, den Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, entsprechende Praxen aufzukaufen und stillzulegen, von der bisherigen Kann- in eine Sollbestimmung umzuwandeln. Laut Kassenärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KVN) stehen damit landesweit mehr als 2.000 Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten „zur Disposition“. Das ist jedoch in doppelter Hinsicht unrealistisch.

Bessere regionale Verteilung

Die Maßnahmen tragen vielmehr dazu bei, das medizinische Angebot regional besser zu verteilen und perspektivisch die Zahl der Hausärzte zu steigern: Mangelnde Niederlassungsmöglichkeiten bei Überversorgung führen nämlich dort zur Besetzung freier Stellen, wo die Ärzte dringender gebraucht werden. Davon abgesehen

kommen auch deutlich weniger Praxen als dargestellt für einen Aufkauf in Betracht.

Die Aufkäufe erfolgen nämlich nicht auf einen Schlag, sondern als sukzessiver Prozess in den kommenden Jahren und Jahrzehnten; und zwar immer erst dann, wenn ein Arzt altersbedingt oder aus anderen Gründen ausscheidet. Kinder, Ehegatten und angestellte Ärzte können Praxen auch in überversorgten Gebieten weiterhin übernehmen. Damit reduziert sich die Zahl der potenziell aufzukaufenden Arztsitze bereits auf schätzungsweise 160 bis 200 im Jahr. Die Zulassungsausschüsse prüfen zudem in jedem Einzelfall die Folgen eines Aufkaufs für die örtliche Versorgung. Sie beschließen diesen nur dann, wenn der Sitz verzichtbar ist.

Fragwürdig sind die Zahlenspiele der KVN schon deshalb, weil Praxisaufkäufe gegen die Stimmen der Ärztevertreter in den Ausschüssen gar nicht möglich sind. Offenbar sollen bei den Menschen Ängste geschürt werden, um gegen das Gesetz Stimmung zu machen. ■

Schiefelage: Zu viele gehen in die Spezialisierung

Die Zahl der Hausärzte in Niedersachsen ist im vergangenen Jahr leicht gestiegen: 211 Abgängen standen 232 Neuzulassungen gegenüber. Damit kann in der Diskussion um die hausärztliche Versorgung im Land erst einmal Entwarnung gegeben werden. Allerdings werden deutlich mehr Anstrengungen erforderlich sein, damit auch künftig genügend neue Allgemeinmediziner an den Start gehen. Der Sachverständigenrat verweist in seinem jüngsten Gutachten auf die deutliche Schiefelage, dass von zehn frischgebackenen Ärzten derzeit neun in die Spezialisierung gehen, aber nur einer als Generalist in den hausärztlichen Bereich. Gefordert sind die Kassenärztliche Vereinigung mit dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung und die für die ärztliche Weiterbildung zuständige Ärztekammer. Sie haben für ein ausgewogenes Verhältnis der Arztgruppen und ein bedarfsgerechtes Angebot für die Patienten zu sorgen.

Dass die Bundesregierung die Hausarztförderung durch die Krankenkassen von 5.000 auf 7.500 Weiterbildungen anheben will, wird keinen Impuls geben, weil schon der bisherige Rahmen mit weniger als 4.000 Weiterbildungen nicht ausgeschöpft wird. Die Kassen stehen jedenfalls zur Verfügung, zusätzliche Weiterbildungen von Hausärzten zu fördern und somit die hausärztliche Versorgung zu stärken. Zuschüsse von monatlich rund 3.500 Euro je Stelle tragen dazu bei, dass Arztpraxen und Krankenhäuser den angehenden Hausärzten ein ansprechendes Gehalt zahlen können.

Gesetzgeber reagiert auf Versagen der Ärzteschaft

Die Kassenärztlichen Vereinigungen laufen Sturm gegen die geplanten Terminservicestellen für Patienten. Dabei haben sie sich selbst zuzuschreiben, dass die Politik jetzt die Initiative ergreift.

Die Ärztesfunktionäre sind sauer. Die Bundesregierung will die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dazu verpflichten, Terminservicestellen einzurichten. Diese vermitteln gesetzlich Versicherten mit Überweisung bei medizinischer Notwendigkeit einen Behandlungstermin innerhalb von vier Wochen. Gelingt das nicht, haben sie eine ambulante Behandlung im Krankenhaus anzubieten. So sieht es der Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vor. „Niedergelassene Ärzte sind keine Angestellten, wir können ihnen nicht vorschreiben, wie sie ihre Termine koordinieren sollen“, sagt etwa der Vorsitzende des KV-Bezirksausschusses Braunschweig. Dabei ist völlig verständlich, dass nun die Politik das Thema regelt.

Unzumutbare Wartezeiten

Seit Jahr und Tag gibt es die Diskussion über unzumutbar lange Wartezeiten für Patienten. Völlig zu Recht werden diese kritisiert: Wer aus medizinischen Gründen einen kurzfristigen Termin braucht, muss ihn auch bekommen. Versicherte wenden zusammen mit ihren Arbeitgebern immerhin 15,5 Prozent ihres Einkommens für eine gute Versorgung im Krankheitsfall auf.

Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vorschriften zur Terminvergabe jetzt beklagen, müssen sie sich fragen, welche Maßnahmen sie denn ergriffen haben, um das Problem zu langer Wartezeiten aus der Welt zu schaffen. Fakt ist: Sie haben den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung, und sie haben es nicht geschafft, befriedigende Lösungen anzubieten.

Was die Versicherten stattdessen wahrgenommen haben, waren Ablenkungsmanöver wie etwa der Versuch, mangelnde Termindisziplin der Patienten ursächlich verantwortlich zu machen. Oder es wurde sogar noch versucht, Honig aus der Unzufriedenheit zu saugen: „Ärztepräsident bietet kürzere Wartezeiten gegen mehr Geld“, lautete eine Überschrift aus der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

Schon vor drei Jahren hat der Gesetzgeber klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die „angemessene und zeitnahe“ fachärztliche Versorgung umfasst. Die Gesamtvertragspartner sollten dabei regeln, welche Wartezeiten noch als „zeitnah“ gelten. Diese Hausaufgaben wurden bis heute nicht erledigt. Die vdek-Landesvertretung versuchte

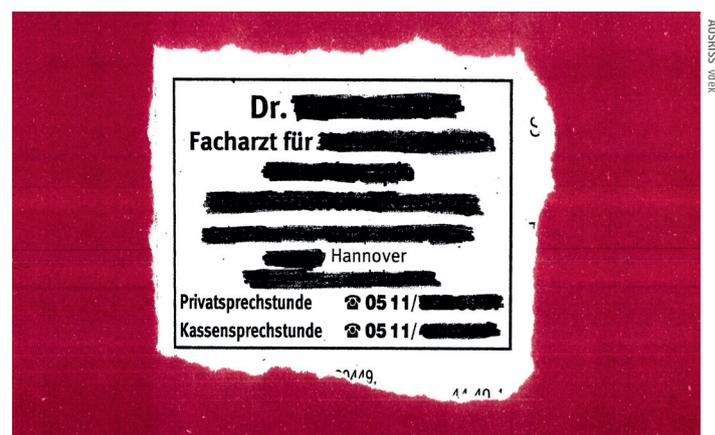
im vergangenen Jahr sogar, eine entsprechende Regelung vor dem Schiedsamt durchzusetzen, nachdem sich die KV Niedersachsen einer inhaltlichen Diskussion zu dem Thema verschlossen hatte.

Gefühl der Benachteiligung

Die Unzufriedenheit vieler gesetzlich Versicherter speist sich auch aus dem Gefühl, gegenüber Privatpatienten benachteiligt zu werden. So ergab eine empirische Untersuchung des Center For Health Economics an der Universität Hamburg je nach Versichertenstatus unterschiedlich lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin: für gesetzlich Versicherte 15,6 Tage, für Privatpatienten neun Tage.

Verschiedene regionale Befragungen bestätigen diese Tendenz. In Niedersachsen haben die Initiatoren auf Initiative von Bündnis 90/Die Grünen in 340 Facharztpraxen angerufen und dabei einmal als Kassen- und einmal als Privatpatient um einen Termin gebeten. Ergebnis war, dass die Kassenpatienten im Schnitt 24 Tage länger warten mussten.

Bemerkenswert an dieser Umfrage ist auch, dass es in der Regel keine Nachfragen des Personals zur möglichen Diagnose gab. Dabei hat sich die Frage, wer wie schnell einen Termin bekommt, ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten im Sinne der Dringlichkeit zu richten. Deshalb sollte es auch zu denken geben, wenn Facharztpraxen gesonderte Telefonnummern für Privatpatienten anbieten (s. Abbildung). ■



FRAGWÜRDIG: Extranummer für Privatpatienten

Gestern „Bärendienst“, heute „sinnvoller Schritt“

FOU Fotolia - Fotolia.com



AUSDRUCK VON VERTRAUEN: Die Bereitschaft zur Organspende

Unverständnis, Ablehnung und sogar Empörung war der vdek-Landesvertretung im Januar entgegengeschlagen, als sie einen Stopp von Lebertransplantationen an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) gefordert hatte. Nun erklärt die UMG, genau diesen Schritt zum Jahreswechsel zu vollziehen. Die Vorgeschichte: Zu Jahresbeginn wurde einmal mehr über den dramatischen Rückgang an Spenderorganen diskutiert. Rund zweieinhalb Jahre nach Bekanntwerden des Vergabeskandals zeichnete sich immer deutlicher ab, dass gute Worte nicht ausreichen, um das tief erschütterte Vertrauen der Menschen zurückzugewinnen. Die vdek-Landesvertretung sprach sich deshalb dafür aus, ein deutliches Zeichen zu setzen und das untrennbar mit dem Skandal verbundene Transplantationszentrum in Göttingen zu schließen. Wegen geringer Eingriffszahlen hätte das allein aus medizinischen Gründen längst aufgegeben werden müssen. Die UMG zeigte sich erstaunt. Man habe mittlerweile personelle und organisatorische Umstellungen vorgenommen, darüber hinaus sei die regionale Versorgung unverzichtbar. Die Niedersächsische Wissenschaftsministerin Gabriele Heinen-Kljajić befürwortete eine Kooperation von UMG und Medizinischer Hochschule Hannover, lehnte eine Schließung des Betriebes in Göttingen aber ab. Auch die Göttinger SPD-Landtagsabgeordnete Gabriele Andretta betonte, dass ein Stopp nicht zur Debatte stehe. Wer die Schließung von „gut ausgestatteten Zentren“ fordere, erweise dem Bemühen um eine Erhöhung der Organspendebereitschaft einen „Bärendienst“. Wenige Monate später hört sich das ganz anders an. Die UMG erklärt, auf Lebertransplantationen zu verzichten und stattdessen lieber den onkologischen Schwerpunkt auszubauen. „Ein klares Zeichen für einen Schnitt mit den Geschehnissen ... der letzten Jahre in Göttingen“ lobt die Deutsche Transplantationsgesellschaft. Und die Wissenschaftsministerin spricht von einem „sehr sinnvollen Schritt“.

Kliniken operieren ohne Routine

Eine Reihe von Krankenhäusern in Deutschland operiert ohne die erforderliche Routine. Nach einer Studie der Universität Witten/Herdecke haben 2010 je nach Eingriffsart bis zu 44 Prozent der Krankenhäuser Eingriffe vorgenommen, obwohl sie die dafür vorgesehenen jährlichen Mindestoperationszahlen nicht erfüllen.

Regionale Unterschiede bei Operationen

In Deutschland gibt es starke regionale Unterschiede bei der Häufigkeit bestimmter Operationen. Zu diesem Ergebnis kommen Bertelsmann-Stiftung und OECD. So werden in manchen Gegenden Kindern acht Mal häufiger die Mandeln entfernt als anderswo. In Niedersachsen wird besonders im Nordwesten viel operiert. Offenbar spielt bei den Operationen nicht nur die medizinische Notwendigkeit eine Rolle.

Bei Ärzten steht Gewinn im Vordergrund

Bei niedergelassenen Ärzten stehen Gewinn, Umsatz und Praxisauslastung im Vordergrund. Die Interessen und die Zufriedenheit der Patienten werden demgegenüber zu wenig berücksichtigt. Das ist das Resultat einer Studie der Aalener Hochschule für Technik und Wirtschaft. Kritik gibt es demnach vor allem an den Fachärzten, etwa bezogen auf Wartezeiten, Beratung und Freundlichkeit des Personals.

Betreuerzahl verdoppelt

Den Pflegeheimbewohnern in Niedersachsen werden künftig mehr als doppelt so viele Betreuer wie bisher zur Verfügung stehen. Das entspricht einem Zuwachs von rund 2.500 Kräften. Hintergrund ist eine Gesetzesänderung auf Bundesebene, nach der nicht nur wie bisher Demenzerkrankte oder andere Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben, sondern alle Heimbewohner. Darüber hinaus wird der bisherige Personalschlüssel geändert: von einem Betreuer je 24 Heimbewohner auf eins zu 20. Bei den Betreuungsleistungen geht es um Tätigkeiten wie Vorlesen, Begleitung beim Einkauf oder dem Spaziergang. Die Pflegekassen in Niedersachsen zahlen für das neue Personal zusätzlich einen hohen zweistelligen Millionenbetrag im Jahr. Die Kosten für das Angebot müssen also nicht die Versicherten tragen.

Ersatzkassen setzen auf Vielfalt und Freiwilligkeit

Der Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit wird zunehmend als relevantes Thema erkannt. Die Landtagsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen haben darüber nun mit Experten diskutiert.

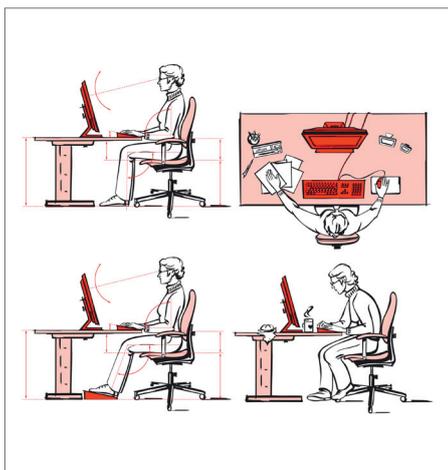


FOTO: anetuk - Fotolia.com

Gerade mal die Hälfte der Beschäftigten kann sich vorstellen, die derzeitige Tätigkeit bis zum 65. oder 67. Lebensjahr fortzusetzen. So lautet das Ergebnis einer Umfrage der „Initiative Gesundheit und Arbeit“, an der auch die Ersatzkassen beteiligt sind. Es ist ein deutliches Warnsignal, dass viele Arbeitnehmer eine wachsende Belastung empfinden. Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Niedersächsischen Landtag haben jetzt den Entwurf eines Entschließungsantrags mit dem Titel „Gute Arbeit durch Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz ermöglichen – Zukunft der Arbeit gestalten“ mit Verbänden und Institutionen erörtert. Die vdek-Landesvertretung hat dabei die Wichtigkeit des Themas betont und gleichzeitig für Pluralismus und Freiwilligkeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung geworben.

Millionenbeträge von den Kassen

Die Verantwortung für Gesundheit am Arbeitsplatz liegt beim Arbeitgeber. Die

Krankenkassen sind unterstützend tätig – und zwar in erheblichem Maße. 267 Millionen Euro haben sie 2013 für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben und damit weit mehr, als es der gesetzliche Rahmen vorsieht. 54 Millionen Euro davon fließen in die betriebliche Gesundheitsförderung.

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung konzipieren die einzelnen Kassen Angebote, die Arbeitgeber und Beschäftigte auf freiwilliger Basis nutzen. Diese Vielfalt hat deutliche Vorteile gegenüber verpflichtenden und einheitlichen Aktivitäten: Während nämlich in einem Betrieb die Tätigkeit mit besonderen körperlichen Belastungen verbunden oder durch Routinetätigkeiten geprägt ist, kann in einem anderen vorrangig der Umgang mit Stresssituationen gefragt sein. In großen Unternehmen sind andere Maßnahmen sinnvoll und umsetzbar als in kleineren. Auf der anderen Seite haben auch Krankenkassen aufgrund ihrer Nähe zu bestimmten Branchen oder ihrer jeweiligen Versichertenklientel besondere Angebotsprofile entwickelt. Der spezifische Bedarf eines Betriebes und das Konzept einer Kasse müssen also gut zusammenpassen.

Motivation als Schlüssel zum Erfolg

Ansatz sollte es sein, dass Arbeitgeber noch stärker erkennen, dass die dauerhafte Gesundheit der Mitarbeiter in ihrem eigenen Interesse liegt. Die daraus folgende Motivation der Betriebe für gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz ist der Schlüssel zum Erfolg. ■

260 Gruppen bewerben sich um Preis der Ersatzkassen



FOTO: vdek

Is Ende Oktober waren alle Selbsthilfegruppen in Niedersachsen aufgerufen, sich um den Selbsthilfepreis der Ersatzkassen zu bewerben – und die Resonanz ist beeindruckend: Mehr als 260 Einsendungen aus allen Teilen des Landes hat die vdek-Landesvertretung gezählt. Damit hat fast jede fünfte Selbsthilfegruppe an dem Wettbewerb teilgenommen und damit auf ihr besonderes Engagement aufmerksam gemacht. Als Nächstes wird nun die Jury zusammentreten und sich der schwierigen Aufgabe stellen, aus der Vielzahl ganz unterschiedlicher Aktivitäten und Ideen die Preisträger auszuwählen. Die Jury besteht aus Holger Ansmann, Mitglied des Niedersächsischen Landtags und Vorsitzender des dortigen Sozialausschusses, Dörte von Kittlitz, Leiterin des Selbsthilfebüros Niedersachsen, Claudia Schröder, Leiterin der Abteilung Soziales und Pflege im Niedersächsischen Sozialministerium, Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, Inken Hollendorf und Heike Sander für den Landesausschuss der Ersatzkassen in Niedersachsen sowie Jörg Niemann, Leiter der Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen. Die Preise im Gesamtwert von 5.000 Euro werden im kommenden Jahr bei einer Veranstaltung von Sozialministerin Cornelia Rundt als Schirmherrin des Wettbewerbs verliehen.

BÜCHER

Blick über die Grenzen

Ländervergleiche können helfen, den Blick auch für das eigene Gesundheitswesen zu schärfen: Wie wird die Versorgung andernorts organisiert, welche Leistungen stehen dort zur Verfügung, welche Erfahrungen gibt es mit bestimmten Reformen? Martin Schölkopf und Holger Pressel geben dazu einen Überblick über die Gesundheitssysteme von 31 Mitgliedsstaaten der EU bzw. der OECD. Verglichen werden etwa Gesundheitsausgaben und Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Daten zur Leistungsfähigkeit.



Martin Schölkopf, Holger Pressel
Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
2., akt. und erw. Auflage,
304 Seiten, 69,95 Euro,
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft, Berlin

Wegweiser durchs Reharcht

Die Rehabilitation hat für das Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung: Dauerhafte Krankheit und Pflegebedürftigkeit sollen durch sie ebenso vermieden werden wie Arbeitsunfähigkeit und Ausgliederung aus dem Erwerbsleben. Professor Ernst-Wilhelm Luthé und sein Autorenteam erläutern dazu die sozialgesetzlichen Vorschriften und beleuchten Theorie und Praxis des Rehabilitationsrechts: von den Strukturprinzipien über europa- und verfassungsrechtliche Bezüge bis zu seiner Bedeutung im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren.



Ernst-Wilhelm Luthé (Hrsg.)
Rehabilitationsrecht
2., neu bearb. und erw. Auflage,
748 Seiten, 98,00 Euro,
Erich Schmidt Verlag, Berlin

GURKE DES QUARTALS

Seltsame Post von der Versicherung

FOTO: naz studio - Fotolia.com



„Guten Tag, als Ihre Autoversicherung möchten wir Sie darüber informieren, dass wir uns gezwungen sehen, Ihre Prämie anzuheben. Sie dürfen Ihre Police bei uns allerdings ohne Einhaltung der sonst üblichen Fristen kündigen. Machen Sie von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch, würden Sie künftig mehr zahlen als anderswo. Deshalb weisen wir Sie ausdrücklich darauf hin, dass es günstigere Anbieter als uns gibt. Doch zu welchem Mitbewerber wechseln? Diese Entscheidung zu treffen, ist natürlich nicht ganz leicht. Deshalb möchten wir Ihnen den Besuch einer besonderen Internetseite ans Herz legen: Verständlich und übersichtlich sind dort die Angebote unserer Konkurrenz aufgeführt. Schauen Sie doch einfach mal vorbei! Herzlichst, Ihre Versicherung.“

Klingt komisch, oder? Ist es auch, denn natürlich würde kein Mensch so ein geschäftsschädigendes Schreiben von einer Privatversicherung, einer Geschäftsbank oder einem Telefonanbieter verlangen. Nur die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Mitglieder künftig bei Erhebung oder Anhebung des neuen Zusatzbeitrags auf diese Weise informieren. Der Gesetzgeber scheint der Meinung zu sein, dass die Sozialversicherung anders als andere Branchen ein wahrer Tarifdschungel ist.

SELBSTVERWALTUNG

Neue Webseite gibt Überblick

LOGO: vdek/Ersatzkassen



Bei der Selbstverwaltung war 2014 Halbzeit, denn die nächste Sozialwahl nach 2011 steht 2017 an. Wahlberechtigte Versicherte der Ersatzkassen sind dann wieder aufgerufen, ihre Vertreter in die Parlamente der Kassen zu wählen. Wer sich schon jetzt informieren möchte, hat dazu im neuen Internetportal www.selbstverwaltung.de Gelegenheit. Auf der Startseite zeigt ein Animationsfilm Aufgaben und Ziele der Selbstverwaltung. Darüber hinaus sind Porträts von Selbstverwaltern zu sehen, in denen deren persönliches Engagement für die Belange der Versicherten dargestellt wird. Zudem gibt es Informationen über die Ersatzkassen und ihren Verband vdek sowie über die Deutsche Rentenversicherung Bund, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung.

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