

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE 100 JAHRE VERBAND DER ERSATZKASSEN Vom Selbsthilfeverein zum Krankenkassen-Marktführer  
FRÜHCHEN-VERSORGUNG Gewinne wichtiger als Überlebenschance? | **ÄRZTE** Harter Wettbewerb um Marktzugänge

## NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JUNI 2012

### GESETZGEBUNG

## Besserer Schutz vor zweifelhaften Leistungen nötig



FOTO: Meddy Popcorn - Fotolia.com

UMSTRITTEN: IGeL

Patientenrechte stärken und transparent machen – das sind die lohnenswerten Ziele eines Gesetzes, das die Bundesregierung auf den Weg gebracht hat. Umso enttäuschender, dass dabei kein stärkerer Schutz der Patienten vor „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) in Arztpraxen vorgesehen ist. IGeL sind Leistungen, für die der Patient selbst zahlen muss, die nicht von den Kassen übernommen werden – vielfach deshalb, weil der Nutzen zweifelhaft ist. Problematisch: Patienten können dabei nicht sicher sein, ob ärztliche Empfehlungen medizinisch begründet oder finanziell motiviert sind. IGeL-Angebote müssten strikt begrenzt und mit der Gewähr einer ausreichenden Bedenkzeit für die Patienten verbunden werden. Bewertungen von IGeL-Angeboten stellt der Medizinische Dienst auf der Seite [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de) zur Verfügung.

### KRANKENKASSEN AUFSICHT

## Wenn Ämter lediglich „bedauern“ können

Krankenkassen unterliegen einer Rechtsaufsicht. Zuständig für die Ersatzkassen ist das Bundesversicherungsamt, für eine AOK das jeweilige Bundesland. Wie unterschiedlich deren Bewertungen ausfallen, zeigt jetzt einmal mehr ein Fall aus Niedersachsen.

**D**er Brief war harsch formuliert: „Die Vermittlung von Fahrsicherheitstrainings gehört nicht zu den Aufgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung. Wir fordern Sie daher auf, die Bewerbung umgehend einzustellen und sowohl die Rechtslage als auch die Verfahrensweise schriftlich zu bestätigen.“ Absender: Bundesversicherungsamt (BVA). Empfänger: eine Ersatzkasse.

Das BVA, eine Bundesbehörde mit Sitz in Bonn, soll als Rechtsaufsicht sicherstellen, dass Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts Gesetze und Vorschriften einhalten. Zuständig ist es allerdings nur für Kassen, die wie die bundesweit geöffneten Ersatzkassen in mehr als drei Bundesländern tätig sind. Regionalkassen wie die AOKn unterliegen der Landesaufsicht, die beim jeweiligen Gesundheits- bzw. Sozialministerium angesiedelt ist. Und das Niedersächsische Sozialministerium kommt, um beim Fahrsicherheitstraining zu bleiben, nicht zum ersten Mal zu ganz anderen Schlüssen als die Kollegen vom BVA.

Die AOK Niedersachsen nämlich wirbt im Internet dafür, dass ihre Versicherten „einen Rabatt von 25 Euro auf die ganztägigen PKW- und Motorrad-Trainings“ in einem Lüneburger Fahrsicherheitszentrum bekommen. Warum darf die AOK, was einer Ersatzkasse untersagt wird? Auf Anfrage verweist das Ministerium darauf, dass die Kassen den sozialgesetzlichen Auftrag hätten, ihre Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensweise zu unterstützen. Dazu gehöre auch die Vermeidung von Gefahren im Straßenverkehr: „Aktive Unfallverhütung stellt damit gleichzeitig eine zulässige Gesundheitsförderung dar.“

### „Verstoß nicht zu erkennen“

Auch der Hinweis auf die offenkundige Ungleichbehandlung der Kassen hilft nicht weiter. Dabei hatten die Aufsichten – also Landesministerien und BVA – im vergangenen Mai bei einer gemeinsamen Arbeitstagung in Schwerin ausdrücklich zu Protokoll gegeben, bei der Frage der Bewerbung von Rabatten Wettbewerbsverzerrungen



### „Pflegeabitur“: Ein Bärenienst für die Branche

FOTO vdek



von  
JÖRG NIEMANN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Niedersachsen

Es ist erstaunlich, auf welche Abwege die menschliche Logik geraten kann. Nach dem Willen der EU-Kommission soll die Zulassungsvoraussetzung für Pflegeberufe von zehn auf zwölf Jahre Schulausbildung steigen. Und das Ganze unter der Überschrift einer wachsenden Nachfrage nach hoch qualifizierten Arbeitskräften, deren Mobilität es durch eine Harmonisierung der Berufsankennung zu erhöhen gelte. Fakt ist: Wenn die Latte höher gelegt wird, kommen weniger darüber. Und der Wettbewerb der Arbeitgeber um die, die diesen Sprung schaffen, wird schärfer. Eine sonderbare Gesellschaft übrigens, die einen „mittleren“ Bildungsabschluss anbietet, der dann aber nicht mehr genügt, um als Kranken- oder Altenpfleger zu arbeiten. Der Pflegebranche jedenfalls, die angeblich schon jetzt um Nachwuchs zu kämpfen hat, würde die EU-Kommission einen echten Bärenienst erweisen. Sie müsste mit anderen Branchen um Abiturienten konkurrieren. Das wird nicht nur schwierig, sondern auch teuer. Vielleicht mag es nicht jeder gerne hören: Bei der Pflege kommt es auch darauf an, sich für Arbeit mit und für Menschen begeistern zu können. Das sind nicht unbedingt Eigenschaften, die man durch zwei zusätzliche Schuljahre erwirbt. Aber wer nicht genug Probleme hat, der macht sie sich eben selbst.



vermeiden zu wollen. Ein Verstoß gegen den entsprechenden Beschluss, so heißt es in dem Schreiben des Sozialministeriums, sei „nicht zu erkennen“. Auch beim BVA zeigt man sich wenig beeindruckt von der unterschiedlichen Aufsichtspraxis. Immerhin kann man sich dort noch dazu durchringen, diese zu „bedauern“.

Belege dafür gibt es reichlich. Und die beschränken sich nicht nur auf den Bereich der Mitgliederwerbung. Schließlich haben die Aufsichten ein breites Aufgabenspektrum, sie prüfen Satzungen, Haushaltspläne und Verträge. Hohe Wellen schlug Anfang 2009 in Niedersachsen etwa die Nachcodierung von Krankheitsdiagnosen durch niedergelassene Ärzte. Hintergrund: Mit der damaligen Einführung des Gesundheitsfonds' bekamen die Kassen höhere Zuweisungen für Versicherte mit bestimmten Erkrankungen. Nach Medienberichten bemühte sich die AOK Niedersachsen seinerzeit, Praxen mit einer Zahlung von zehn Euro je Patientenakte für eine Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur von Diagnosen zu gewinnen – mit Duldung durch das Niedersächsische Sozialministerium. Das BVA hingegen stellte sofort klar, dass derartige Aktivitäten „schon aus datenschutzrechtlichen Gründen“ verboten seien.

#### Gleiche Wettbewerbsbedingungen

Nun fällt es schwer zu unterstellen, dass Landesaufsichten gegenüber „ihren“ Kassen generell großzügiger sind. Auch ist

nachvollziehbar, dass unterschiedliche Institutionen bei rechtlichen Bewertungen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Allerdings dürfen Krankenkassen, die als bewusste politische Entscheidung in den Wettbewerb geschickt worden sind, gleiche Rahmenbedingungen für eben diesen erwarten. Und sie dürfen erwarten, dass Behörden nicht nur schulterzuckend auf die jeweils eigene Zuständigkeit verweisen, sondern Hinweise auf Wettbewerbsverzerrungen ernst nehmen und versuchen, die Ungleichbehandlung abzustellen.

Einen Beitrag zu dieser Diskussion hat übrigens auch das Bundessozialgericht geliefert. Eine Betriebskrankenkasse

#### »Ungleichbehandlung begründet keinen Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht.«

hatte geklagt, weil das BVA ihr die Zustimmung zu einem bestimmten Wahltarif versagte. Und zwar zu Recht, wie das Gericht urteilte. Dass die Landesaufsicht in Baden-Württemberg der dortigen AOK einen solchen Tarif genehmigt habe, sei unerheblich. Denn: Ungleichbehandlung könne „keinen Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht“ begründen. Hinzuzufügen wäre, dass das Recht dann aber auch für alle gelten sollte. ■



FOTO Horst Schmidt – Fotolia.com

AUSGEBREMST: Ersatzkassen dürfen Fahrsicherheitstrainings nicht bewerben. Die AOK Niedersachsen schon.

# Vom Selbsthilfeverein zum Krankenkassen-Marktführer

Vor 100 Jahren wurde unter damaligem Namen der Verband der Ersatzkassen gegründet. Bei einem Festakt in Berlin blickte der Verband jetzt auf sich selbst und wechselvolle Zeiten deutscher Sozialgeschichte zurück.

Am 20. Mai 1912 war es soweit: nach zunächst vergeblichen Versuchen wird in Eisenach der „Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ gegründet. Erster Vorsitzender: Hermann Hedrich aus Leipzig. Die zehn Kassen im Verband versichern 120.000 Mitglieder. 100 Jahre später gehören dem Verband sechs Ersatzkassen an, die Zahl der Mitglieder ist auf rund 19 Millionen angewachsen. Zusammen mit den Familienangehörigen versichern die Ersatzkassen nun 25,6 Millionen Menschen und sind damit Marktführer der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch viele Jahre wechselvoller deutscher Sozialgeschichte führte bei einem Berliner Festakt aus Anlass des Jubiläums der vdek-Verbandsvorsitzende Christian Zahn. Die Ersatzkassen und ihr Verband hätten sich in der langen Zeitspanne des Bestehens für Solidarität, Selbstverwaltung und Pluralität stark gemacht und als Motor auch für medizinische Innovation und Qualität agiert. Gesundheitsminister Daniel Bahr hob hervor, dass der vdek immer als Gesprächspartner der Politik gesucht und geschätzt worden sei.

Die Geschichte der Ersatzkassen beginnt mit der freiwilligen gegenseitigen Unterstützung von Handwerksgesellen und Gehilfen in Vereinen, die sich im späten 18. und 19. Jahrhundert gründen – weit vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese wird 1883 durch Bismarcks Sozialgesetzgebung ins Leben gerufen und sieht die Pflichtversicherung für alle Arbeiter vor. Zur Umsetzung gründet der Staat Primärkassen, denen die



RÜCKBLICKE: Die Geschichte der Ersatzkassen beginnt lange „vor Bismarck“.

Versicherten je nach Beruf zugewiesen werden. Die Ersatzkassen müssen anders als die „Zuweisungskassen“ um jedes Mitglied werben und bieten vielfach bessere Leistungen. Auch werden sie allein durch die Versicherten verwaltet. Beide Merkmale sind für Selbstverständnis und Identität der Ersatzkassen prägend.

Der Verband übernimmt schon früh noch heute bestehende Aufgaben: 1913 handelt er erste Verträge mit Ärzten und Zahnärzten aus, 1916 erscheint die Erstausgabe des Magazins „Die Ersatzkasse“ als öffentliches Sprachrohr der Kassenart.

## Freiwillige Beauftragung

Nach dem Zweiten Weltkrieg werden die Kassenarten zunehmend gleichgestellt. Damit bekommt – entsprechend den anderen Kassenverbänden – auch der Verband der Ersatzkassen immer mehr gesetzliche Aufgaben. Dieser Trend wird

dann durch die Gesundheitsreform 2007 umgekehrt: Der Verband der Ersatzkassen verliert seine gesetzliche Funktion weitgehend wieder. Er ist für die Mitglieds-kassen seitdem wieder durch deren freiwillige Entscheidung und Beauftragung tätig – als Interessenvertreter und moderner Dienstleister mit Effizienz und Schlagkraft. Der Verband ist damit zu seinen Wurzeln zurückgekehrt.

## Fotoausstellung in der MHH

Bei der Veranstaltung in Berlin wurden zudem die Preise zum vdek-Fotowettbewerb „WIEDER GESUND?“ verliehen, den der Verband an Hoch- und Fachschulen für Fotografie und Design ausgeschrieben hatte. Aus den rund 360 Einsendungen ist eine Wanderausstellung konzipiert worden, die ab 18. Oktober auch in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zu sehen sein wird. ■

# „Gewinnerwartung wichtiger als Überlebenschance“?

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat höhere Qualitätsanforderungen für die Versorgung frühgeborener Kinder gestoppt. Betroffenen Eltern bleibt vorerst nur die sorgfältige Auswahl der Klinik.

Die Reaktionen waren wohl zu erwarten gewesen, als der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Juni 2010 beschloss, dass nur noch besonders spezialisierte Krankenhäuser mit mindestens 30 entsprechenden Behandlungsfällen im Jahr die am stärksten gefährdeten Frühgeborenen versorgen dürfen. Öffentlich wurde über Versorgungskahlschlag und Spardiktat geschimpft, weniger öffentlich über Ausnahmeregelungen für einzelne Häuser gesprochen.

Worum ging es? Die Versorgung von Frühchen mit einem Gewicht unter 1.250 Gramm sollte durch die Bestimmung auf Spezialhäuser der Hochleistungsmedizin beschränkt werden, um Qualität von Behandlung und Betreuung sicherzustellen. Schließlich handelt es sich bei der betroffenen Gruppe um Hochrisiko-Fälle, von denen jeder Fünfte nicht überlebt und jeder Dritte Schäden zurückbehält. Kleinste Defizite bei der hochkomplexen Versorgung haben gravierende Folgen.

### Bis zu 140.000 Euro Erlös je Fall

Den Beschluss mit Sparbemühungen in Verbindung zu bringen, entbehrt in Zeiten landesweit einheitlicher Preise für Krankenhausbehandlungen jeder Grundlage. Vielmehr ist auf der anderen Seite die heftige Gegenwehr betroffener Krankenhäuser, die diese besondere Leistung nicht mehr erbringen dürften, nur zu verstehen, wenn man weiß, dass mit der Versorgung eines Frühchens bis zu 140.000 Euro Erlös werden. 41 Kliniken zogen also vor Gericht, und zwar mit Erfolg: Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg stoppte die neue Mindestmenge zunächst im Eilverfahren und dann in der Hauptsache. Eine „besondere“ Abhängigkeit der Leistungsqualität von der Leistungsmenge sei nicht hinreichend belegt, heißt es im Urteil. Abschließend entscheiden muss nun das Bundessozialgericht.

Das Problem ist: Der wissenschaftliche Nachweis der Korrelation exakter Mengenwerte mit dem Niveau der Versorgungsqualität ist schwer zu führen. Soll deshalb aber der Ansatz, Qualität auch durch festgelegte Mindestmengen zu sichern und zu erhöhen, generell aufgegeben werden? Das wäre ein schwerer Rückschlag. Schließlich spricht jede Plausibilität dafür, dass ein hohes Maß an Spezialisierung gerade bei risikoreichen Versorgungsleistungen

den Patienten zugute kommt. Ihm habe, so wird der G-BA-Vorsitzende Rainer Hess zitiert, bei der Entscheidung zur Anhebung der Mindestmengen eben auch eine schwache Evidenz des Zusammenhangs von Fallzahl und Qualität genügt – „im Sinne des Schutzes dieser kleinen Säuglinge“. Drastischer kommentierte die Deutsche Kinderhilfe, das Gericht bewerte „Gewinnerwartungen von Kliniken höher als die Überlebenschancen von Frühgeborenen“.

### Sorgfältige Auswahl der Klinik

Betroffenen Eltern bleibt vorerst nur, die Klinik sorgfältig auszuwählen, wenn sich eine Frühgeburt abzeichnet. In Niedersachsen weisen nach einer Auswertung der Daten aus dem Jahr 2010 folgende Kliniken mindestens 30 Behandlungen von Frühchen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm auf:

- ▶ Klinikum Braunschweig
- ▶ Klinikum Wolfsburg
- ▶ Universitätsklinik Göttingen
- ▶ Henriettenstiftung/Kinderkrankenhaus auf der Bult (Hannover)
- ▶ Medizinische Hochschule Hannover
- ▶ Klinikum Oldenburg

In einigen anderen Regionen könnten Kliniken die Zahl von 30 Behandlungen ebenfalls erreichen. Dazu müssten sich die Häuser allerdings vor Ort verständigen, wer die Leistung übernimmt. ■



FOTO: Martin Vajnsky – Fotolia.com

SCHUTZ SOLLTE VORRANG HABEN: Frühgeborenes Kind.

## KRANKENPFLEGE

## Krankenkassen finanzieren 9.200 Ausbildungsplätze

FOTO Technik Krankenkasse



GUT GETROFFEN: Arbeit im Krankenhaus.

Die Krankenkassen zahlen den Kliniken in Niedersachsen in diesem Jahr 144 Millionen Euro für die Ausbildung von Krankenpflegern, Hebammen und anderem nicht-ärztlichen Fachpersonal. Damit ist die Finanzierung von rund 9.200 Ausbildungsplätzen sichergestellt, ein Zuwachs von 60 Plätzen gegenüber 2011. Die Kassen bringen die Ausbildungsmittel auf, indem sie allen Krankenhäusern je Behandlungsfall einen Zuschlag von 85,89 Euro zahlen (plus 3,44 Euro oder mehr als vier Prozent gegenüber dem Vorjahr). Das Geld fließt zunächst in einen Fonds und wird dann von der Krankenhausgesellschaft 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.

## KRANKENHAUSPLANUNG

## Unverständnis über Sonderrechte für Ärzteschaft

Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer dürfen künftig bei der Krankenhausplanung in Niedersachsen mitreden. Das zu Jahresbeginn in Kraft getretene Krankenhausgesetz des Landes sieht vor, dass beide Körperschaften in dem entsprechenden Ausschuss beim Niedersächsischen Sozialministerium mit beratender Stimme vertreten sind. Krankenhausgesellschaft, kommunale Spitzenverbände und Krankenkassen hatten zuvor gegen die neue Regelung protestiert. Um die Handlungsfähigkeit des Planungsausschusses zu erhalten und eine gegenseitige Blockade der Akteure zu verhindern, solle dieser „auf die für die stationäre Versorgung unmittelbar verantwortlichen Leistungs- und Kostenträger beschränkt bleiben“, hieß es in einem gemeinsamen Schreiben an die Vorsitzenden der Landtagsfraktionen sowie den Sozialausschuss des Landtags. Die Möglichkeit für Ärzte, berufspolitische Interessen einzubringen, bestehe an anderer Stelle zur Genüge. Auch das Ziel einer stärkeren Vernetzung der Versorgungsektoren trage nicht als Argument, weil das GKV-Versorgungsstrukturgesetz bereits die Bildung eines neuen Landesgremiums und die Erweiterung eines bestehenden Gremiums eigens für diesen Zweck vorsehe. Es gebe keine sachliche Notwendigkeit, auch noch den Planungsausschuss als drittes Gremium im Land mit gleicher Zielsetzung auszuweiten. Die Aufnahme von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung in den Planungsausschuss sei nicht nur entbehrlich, sondern stehe auch „im Gegensatz zum erklärten Ziel, Bürokratie abzubauen bzw. zusätzliche Bürokratie zu vermeiden“.

## WAS ANDERE SCHREIBEN

## Haben Kliniken tatsächlich weniger zur Verfügung?



FOTO Getty Images

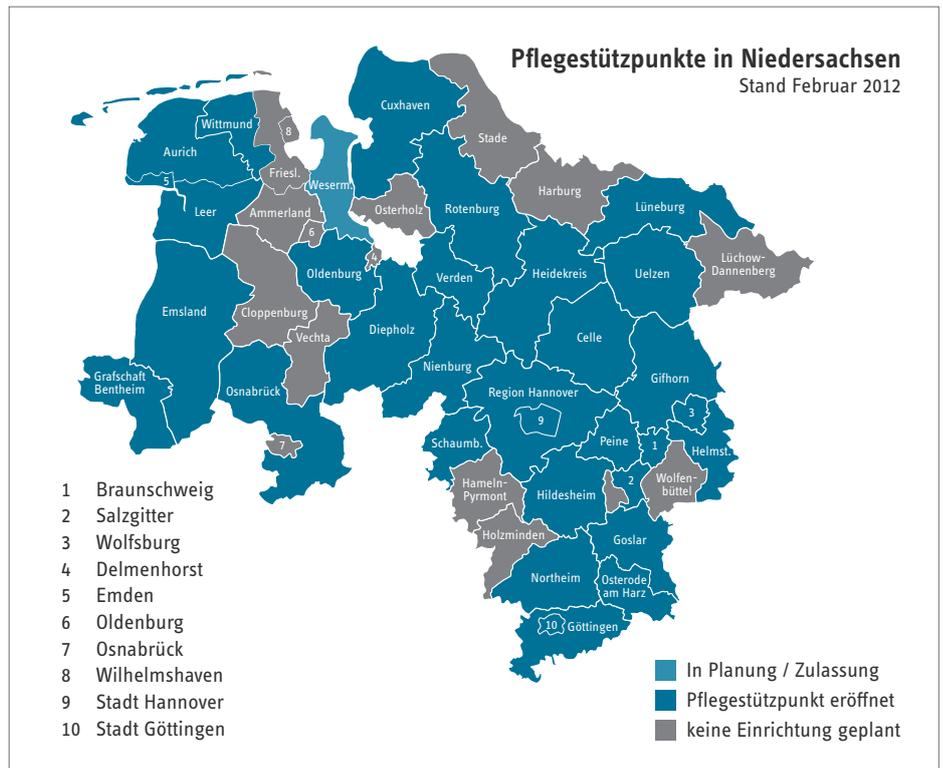
HAT ZAHLEN VORGELEGT: Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Der kleine Kniff ist beliebt. Weil er ebenso unauffällig wie wirkungsvoll ist und nicht einmal böse Absicht unterstellt werden kann. Die Rede ist davon, bei der Darstellung von Veränderungen den Bezug kreativ zu wählen, ohne ihn ausdrücklich zu nennen. Ein schönes Beispiel lieferte jüngst die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Kliniken hätten „im Zweijahreszeitraum 2011/2012 eine Milliarde Euro weniger zur Verfügung“, heißt es in einer Mitteilung. Weniger als vorher, also etwa 2009/2010? Das wird der Leser wohl annehmen, auch wenn davon gar keine Rede sein kann. Vielmehr bezieht sich die Zahl offenbar auf eine hypothetische Modellrechnung mit der Annahme, dass es die Begrenzung des Vergütungsanstiegs nach dem GKV-Finanzierungsgesetz nicht gegeben hätte. Also kein „Weniger“, sondern ein „Weniger vom Mehr“. Tatsache aber ist, dass auch ein verminderter Anstieg ein Anstieg und kein Rückgang ist. In Niedersachsen etwa haben die Krankenkassen den Kliniken im vergangenen Jahr 5,8 Milliarden Euro und damit 160 Millionen Euro mehr als 2010 zur Verfügung gestellt. In diesem Jahr werden es voraussichtlich noch einmal 120 Millionen Euro zusätzlich sein.

## Durchsichtige Forderung nach Einschränkungen

**W**enn die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) wie unlängst bei einer Veranstaltung eine Begrenzung von Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte fordert, sind Übersetzungskünste gefordert. Denn: Unbegrenzte Leistungen der Kassen gibt es bekanntlich schon bisher nicht, vielmehr legen Gesetzgeber, gemeinsame Selbstverwaltung und auch Gerichte Art und zum Teil auch Umfang des Angebots fest. Ebenso ist es selbstverständlich, dass sich alle Beteiligten immer wieder aufs Neue Gedanken über einen sparsamen und zielgenauen Umgang mit den immensen Ressourcen machen, die im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. In diese Richtung gehen etwa gemeinsame Versuche von Krankenkassen und KVN, die Arzneimittelausgaben sinnvoll zu begrenzen. Deshalb kann eine solche Forderung der Ärzteschaft im Klartext nur heißen, für das gleiche Geld weniger arbeiten zu wollen oder aber erneut mehr Geld zu verlangen. Für beides gibt es keine Rechtfertigung. Schließlich haben die Versicherten noch nie so viel für die Versorgung gezahlt wie derzeit mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent. Die vergangene Honorarreform hat den niedergelassenen Ärzten zwischen 2007 und 2009 ein Honorarplus von mehr als drei Milliarden Euro beschert, davon entfielen 532 Millionen Euro auf die Praxen in Niedersachsen (plus 20,6 Prozent). Mit einem durchschnittlichen Einkommen von 164.000 Euro je Arzt (2010) steht der Berufsstand deutlich besser da als jede andere akademische Gruppe. Der ständige Hinweis auf eine „begrenzte Vergütung“ ist nur insoweit richtig, als die medizinische Versorgung auch über Pauschalen finanziert wird.

## Positive Bilanz zwei Jahre nach dem Startschuss



VON GÖTTINGEN BIS CUXHAVEN: Das neue Angebot hat sich in weiten Teilen Niedersachsens gut etabliert.

**A**ls die damalige Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann Ende Januar 2010 den landesweit ersten Pflegestützpunkt in Stadthagen im Landkreis Schaumburg eröffnete, lobte sie die „Pionierfunktion“ der Einrichtung 40 Kilometer westlich von Hannover. Gut zwei Jahre später ist festzustellen, dass sich daraus ein in weiten Teilen des Landes gut etabliertes Angebot entwickelt hat. Das positive Fazit: 34 weitere Städte und Landkreise sind dem Schaumburger Vorbild gefolgt und sorgen nunmehr gemeinsam für eine gute Flächendeckung. Die ganz überwiegende Zahl von Versicherten in Niedersachsen kann damit vor Ort einen Pflegestützpunkt als besonderes Beratungsangebot nutzen. 15 Kommunen möchten derzeit keinen Stützpunkt einrichten, der Landkreis Wesermarsch verhandelt noch mit den Kassen.

Die Stützpunkte informieren als unabhängige Einrichtungen Versicherte über sämtliche Leistungen, die Kassen und Kommunen bei Pflegebedürftigkeit anbieten. Sie ergänzen damit den bestehenden Beratungsservice der Kassen und sollen vor allem die Schnittstellenproblematik überwinden, die im Einzelfall durch unterschiedliche Zuständigkeiten entstehen kann.

### Kassen zahlen zwei Millionen Euro

Die Kassen stellen dafür jährlich landesweit rund zwei Millionen Euro zur Verfügung, hinzu kommt ein angemessener Beitrag der Kommunen. Kassenverbände sowie Landkreis- und Städtetag hatten gemeinsam mit dem Niedersächsischen Sozialministerium 2009 den Weg für die Stützpunkte durch eine Landesrahmenvereinbarung freigemacht. ■

## ÜBERVERSORGUNG

## Fachärzte im harten Wettbewerb um Marktzugänge

FOTO: Techniker Krankenkasse



**MEHRERE BEWERBER UM EINEN PLATZ:** Während auf dem Land Hausärzte gesucht werden, zieht es zu viele Mediziner in städtische Facharztpraxen.

In der vergangenen Ausgabe unseres Reports hatten wir auf die vielfach vorhandene Überversorgung als Problem bei der Verteilung des ärztlichen Angebots hingewiesen. Das Thema taugt zur Fortsetzungsgeschichte, diesmal erzählt am Beispiel Anästhesie. Ort der Handlung: eine Stadt in der Nähe des Harzes. Ein frei gewordener Arztsitz als Anästhesist wird erneut besetzt. Zehn Ärzte bewerben sich, den Zuschlag bekommt ein bereits im Harz niedergelassener Mediziner, der sodann seine Tätigkeit vom Land in städtische Gefilde verlegt. Ergebnis: In der Stadt herrscht wieder Überversorgung. Szenenwechsel. Oldenburg: Fünf niedergelassene Anästhesisten gehen mit renommiertem Rechtsbeistand gegen Ermächtigungen zur ambulanten Tätigkeit von neun Fachkollegen an verschiedenen Krankenhäusern mit sogenannten Drittwidersprüchen vor. Sie haben aufgrund des gesetzlichen Vorrangs für niedergelassene Praxen weitgehend Erfolg, sodass Klinikärzte bei vertragsärztlichen Operationen nun anstelle ihrer Kollegen im Haus die Dienste der niedergelassenen Konkurrenz in Anspruch nehmen müssen. Die Beispiele zeigen: Während auf dem Land trotz historischen Höchststandes der Zahl niedergelassener Ärzte mancherorts mit viel Aufwand versucht wird, einen Nachfolger für die Hausarztpraxis zu finden, findet anderswo ein harter Kampf um den Zugang zum Gesundheitsmarkt statt, vorrangig in als attraktiv empfundenen Regionen und in bestimmten Fachrichtungen. Problem ist, dass Praxissitze auch bei örtlicher Überversorgung an Nachfolger verkauft werden dürfen und die Einkommen dann offenbar selbst bei Auslastungsproblemen zu locken vermögen. Ohne die Überversorgung schrittweise abzubauen, wird eine bedarfsorientierte Versorgung im Land aber nicht zu erreichen sein. Jeder Arzt, dem die Tätigkeit in einem überversorgten Gebiet ermöglicht wird, fehlt dort, wo er dringender gebraucht würde.

## KURZ GEFASST

### 185.000 Euro falsch abgerechnet

Wegen falscher Abrechnungen haben die Ersatzkassen in diesem Jahr landesweit bereits zehn Rückzahlungsvereinbarungen mit Leistungserbringern über insgesamt 185.000 Euro geschlossen. Bei dem mit 64.000 Euro größten Einzelfall hatte ein Krankenhaus ambulante Operationen gesondert abgerechnet, obwohl die Kassen dafür bereits an die Kassenärztliche Vereinigung zahlen. 2011 lag der Rückzahlungsbetrag für Falschabrechnungen auf das gesamte Jahr bezogen bei 146.000 Euro (25 Fälle).

### Onkologie-Pauschalen angepasst

Das Landesschiedsamt hat die Pauschalen nach der bundesweiten Onkologie-Vereinbarung in Niedersachsen um 6,8 Prozent reduziert, weil diese zunächst entsprechend zu hoch angesetzt waren. Obwohl die Korrektur vertraglich festgelegt war, hatte die Kassenärztliche Vereinigung diese verweigert und versucht, öffentlich Stimmung gegen die Krankenkassen zu machen (ersatzkasse report. berichtete).

### „Regionaler Knoten“ gefördert

Mit rund 8.300 Euro fördern die Ersatzkassen in diesem Jahr den „Regionalen Knoten Niedersachsen“. Der Kooperationsverbund unterstützt landesweit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

## PRÄVENTION

## Zusätzliches Engagement

Die Krankenkassen engagieren sich beim Thema Prävention deutlich stärker als bisher auch in Betrieben sowie Schulen und Kindergärten. Damit erreichen sie vermehrt Menschen, die entsprechende Angebote aus eigener Initiative bislang nicht genutzt haben. Nach dem aktuellen Präventionsbericht haben die Kassen 2010 bundesweit rund 300 Millionen Euro für Präventionsaktivitäten ausgegeben. Von den Maßnahmen profitierten mehr als eine Million Beschäftigte in 6.500 Betrieben – ein Plus von 21 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Darüber hinaus wurden 2,4 Millionen Menschen durch lebensweltbezogene Projekte vor allem für Kinder und Jugendliche erreicht (plus 15 Prozent). An individuellen Kursen zur Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, Stressbewältigung oder Raucherentwöhnung nahmen knapp zwei Millionen Versicherte teil.

## PERSONALIE

### Wechsel bei BARMER GEK



HEIKE SANDER.

Die BARMER GEK-Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen wird seit Ende vergangenen Jahres von Heike Sander geleitet. Die Krankenkassen-Betriebswirtin folgt auf Dunja Kleis, die in die Zentrale der Kasse gewechselt ist. Heike Sander begann ihre Laufbahn in der gesetzlichen Krankenversicherung 1978 und war seit 1990 in leitender Funktion bei verschiedenen Betriebskrankenkassen tätig.

FOTO: BARMER GEK

## AUS DEM VDEK

### Abschied nach 20 Jahren



WOLFGANG GRIESE.

In der vdek-Landesvertretung ist ein Mann der ersten Stunde in den Ruhestand verabschiedet worden: Wolfgang Griese, Referatsleiter „Stationär“ und stellvertretender Leiter der Landesvertretung. Wolfgang Griese hat seit Gründung der Landesvertretung 1990 die Krankenhauspolitik der Ersatzkassen verantwortet und die Versorgungsstrukturen im Land mit geprägt. Nachfolgerin im Referat ist Dorothea Jahns, als stellvertretender Leiter fungiert Carsten Göken, Referatsleiter Ambulante Versorgung.

FOTO: vdek

## GURKE DES QUARTALS

### Ungeliebt, aber mit Potenzial: die Verwaltung

Wenig Widerspruch wird ernten, wer über die Verwaltung schimpft. Die ist nämlich auch dafür verantwortlich, dass zwei von drei niedergelassenen Ärzten laut „Ärztemonitor“ nicht genügend Zeit für ihre Patienten haben. Nicht genügend? Nach Einschätzung der Bundesärztekammer sogar fast gar keine: „Absolute Missstände der Bürokratisierung“ ließen „kaum noch Kapazitäten für die eigentlichen Aufgaben der im Gesundheitswesen Tätigen“. „Sinnlose Vorschriften“ und „Kontrollwahn“ der Kassen ergänzen das apokalyptische Bild vom ärztlichen Arbeitsalltag. Nun scheint allerdings, man ist hier um vorsichtige Wortwahl bemüht, Verwaltung auch nicht die ganz große Stärke der Ärzteschaft zu sein, zumindest wenn man einem Düsseldorfer Institut für Betriebswirtschaft glauben darf. Dessen Leiter sagt in der „Ärzte Zeitung“, dass Praxisorganisation neben der Mitarbeiterführung zu den zentralen Themen gehöre, die in den Praxen am häufigsten vernachlässigt würden. Jede zweite Praxis weise Organisationsdefizite aus, überhaupt erst 15 Prozent der Ärzte hätten schon einmal eine Organisationsanalyse ihres Betriebes durchgeführt. „Wenige Stellschrauben“ reichten aus, um die Abläufe zu verbessern. Wachsen würde dabei nicht nur die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern, sondern auch der Gewinn der Praxis. Da trifft es sich doch mehr als gut, dass laut „Ärztemonitor“ 43 Prozent der befragten Ärzte auch gleich Unzufriedenheit mit ihrem Einkommen angemeldet haben.

## SCHWEINEGRIPPE

### Länder zahlen „Preis der Panik“

Millionen bleiben ohne Impfstoff, „Impfstoff wird knapp“. Nicht zuletzt von solchen Zeitungsüberschriften getrieben, kauften die Bundesländer 2009 bei einem Pharmakonzern 34 Millionen Dosen Serum gegen die Schweinegrippe. Allerdings verlief diese letztlich dann doch glimpflicher als zunächst in düstersten Farben an die Wand gemalt, sogar glimpflicher als jede saisonale Grippe. Und so ließen sich nur wenige Menschen impfen, je nach Bundesland zwischen vier und 14 Prozent. Die Länder blieben damit auf 29 Millionen Dosen sitzen, die schließlich als Sondermüll verbrannt werden mussten. „Preis der Panik“ (Hannoversche Allgemeine Zeitung): 239 Millionen Euro. Die Politik hat angekündigt, daraus Lehren zu ziehen. Schlechteste Variante dabei wäre, unnötige Vorhaltekosten schlicht den Beitragszahlern der Krankenkassen aufzubürden – so wie bereits gefordert. Stattdessen sollte die Pharmaindustrie den Ländern bei der Abwehr von Epidemien durch flexible Vertragsregelungen entgegenkommen. Diese müssten sich zudem über eine gemeinschaftliche Bevorratung abstimmen. Außerdem wichtig: Alle Beteiligten bewahren einen kühlen Kopf.

## 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