# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE BERICHT vom Parlamentarischen Abend | KLINIKEN Weniger Häuser, mehr Qualität | KRITIK Wollen Kassen bei Krebspatienten sparen? | ÜBERVERSORGUNG Streit um Patienten | SELBSTHILFE Kräftige Förderung

### **NIEDERSACHSEN**

VERBAND DER ERSATZKASSEN. DEZEMBER 2011

GESETZGEBUNG

### Land verweigert mehr Wettbewerb im Rettungsdienst



EINGEBAUT Vorfahrt für etablierte Anbieter

Nachdem der Europäische Gerichtshof mangelnde Transparenz und fehlenden Wettbewerb bei der Auftragsvergabe im Rettungsdienst gerügt hat, wird nun das entsprechende Landesgesetz geändert. Allerdings sieht der Gesetzentwurf der Regierungsfraktionen im Niedersächsischen Landtag nicht etwa weniger, sondern sogar zusätzliche Hürden für neue Marktteilnehmer vor. So können Kommunen nicht nur öffentliche Ausschreibungen umgehen, die Zulassung von Organisationen soll auch an eine Beteiligung am Katastrophenschutz gebunden werden – ein Privileg für etablierte Anbieter. Die Regelung ist schon systematisch fragwürdig, weil der Rettungsdienst eine Kassenleistung ist, der Katastrophenschutz aber Ländersache. Die Kassen befürchten außerdem, durch die Hintertür an der Finanzierung öffentlicher Aufgaben beteiligt zu werden.

PFLEGE-QUALITÄTSPRÜFUNGEN

### Mühsamer Weg zur Beteiligung der PKV

Die private Krankenversicherung (PKV) hat lange darum gekämpft, die Qualität von Pflegeeinrichtungen in eigener Regie prüfen zu können. Nun sind auch in Niedersachsen PKV-Gutachter tätig – nach zäher Auseinandersetzung und einem holprigen Start.

ückschau: Der 1. Juli 2008 war für die soziale Pflegeversicherung ein durchaus historischer Tag. Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gab es erstmals eine Grundlage dafür, die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten zu veröffentlichen: Versicherte sollten wissen dürfen, wo sie oder die Angehörigen gut und wo sie weniger gut aufgehoben sind. Außerdem legte der Gesetzgeber fest, dass alle Einrichtungen mindestens ein Mal jährlich unter die Lupe zu nehmen sind.

Diese Prüfungen wurden bis dahin ausschließlich vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgenommen, im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen – und zwar ohne finanzielle Beteiligung der PKV. Das Gesetz sah nun vor, künftig auch die Privaten heranzuziehen. Im Prinzip nur logisch und überfällig, denn schließlich profitieren auch privat versicherte Pflegebedürftige von den Qualitätskontrollen. Die PKV habe, so das Gesetz, entsprechend ihres Marktanteils zehn

Prozent der Kosten der Prüfungen zu übernehmen, "sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführt wurden". Damit nahm eine Auseinandersetzung ihren Anfang, die erst jetzt, nach mehr als drei Jahren, mit den ersten Prüfungen durch PKV-Gutachter zu Ende gegangen ist.

#### Klage eingereicht

Beide Parteien nämlich kamen nach der Gesetzeslektüre zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen. Die Einschätzung bei den gesetzlichen Kassen: Ein einfaches "Mitgehen" der PKV bei den Prüfungen könne den Aufwand beim MDK kaum verringern. Und eine Prüfung in eigener Regie der PKV würde den Aufbau einer Parallelstruktur mit zusätzlichen Schnittstellen bei den Abstimmungen erfordern. Deshalb war die Überlegung, den Beitrag der PKV vorrangig durch eine finanzielle Beteiligung an den MDK-Prüfungen sicherzustellen. Sollte aber die PKV auf eigener personeller Betätigung bestehen, dann



### **NIEDERSACHSEN**

KOMMENTAR

# Erfahrungsbericht direkt aus dem Sandkasten



JÖRG NIEMANN Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Der Streit um die Beteiligung der PKV an Pflege-Qualitätsprüfungen hatte die Politik auf den Plan gerufen. Sandkastenspiele seien das, hieß es. Also schrieb der Gesetzgeber der GKV hinter die Ohren, dass sie die PKV gefälligst mitspielen zu lassen habe. Nun wollen wir politische Entscheidungen nicht infrage stellen. Eine Rückmeldung sei aber gestattet. Der Weg bis zu einer Vereinbarung war nicht nur mehr als mühsam, vor allem aber lassen sich wirkliche Vorteile durch die eigenständige Prüftätigkeit der Privatversicherer weiter nicht erkennen. Anders als bei der Krankenversicherung gibt es im Pflegebereich keinen Wettbewerb. Sämtliche Prüfungen müssen nach ein und demselben Muster erfolgen, alle Ergebnisse fließen in ein und denselben Datenpool und werden nach ein und demselben Schema veröffentlicht. Demgegenüber steht zusätzlicher Verwaltungsaufwand durch Abstimmungsprozesse zwischen auf Landesebene operativ tätigen Kassenverbänden und einem PKV-Bundesverband in Köln, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen. Sollte sich alles in erster Linie um Ideologie gedreht haben, die Daseinsberechtigung der PKV zur Schau gestellt werden? Immerhin: Die Pflegebedürftigen werden von der ganzen Geschichte nicht viel mitbekommen. Aber um die ist es dabei ja auch nicht gegangen.

 $\rightarrow$ 

wenigstens mit produktivem Beitrag innerhalb des MDK.

Die private Krankenversicherung hatte jedoch andere Pläne. Sie teilte mit, Qualitätsprüfungen selber und nur in eigener organisatorischer Hoheit vornehmen zu wollen. Bis zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung wolle man die Prüfungen des MDK passiv begleiten – um sich so der Finanzierungspflicht zu entledigen. Um die Pflegekassen mit dieser Absicht zur Übermittlung der MDK-Prüftermine zu zwingen, reichte der PKV-Verband im Dezember 2010 Klage vor dem Sozialgericht Köln ein.

Weniger Interesse bestand offenbar an einer einvernehmlichen Lösung: Gesprächsangebote, die die für die Pflegekassen in Niedersachsen federführende vdek-Landesvertretung dem PKV-Verband zwei Mal schriftlich unterbreitet hatte, wurden abgelehnt, in einem Fall erst am Vortag des vorgeschlagenen Termins. Man sei, hieß es von der PKV, nicht ohne Vorbedingungen zum Dialog bereit. Gesprochen wurde dann doch noch, allerdings, die Vermutung liegt nahe, mehr im Kreise der Politik. Jedenfalls entschied der Gesetzgeber zu Gunsten der PKV und legte Mitte dieses Jahres fest, dass den Privaten ein eigenständiges Prüfrecht zusteht.

Immerhin zeigten sich die Beteiligten nunmehr pragmatisch: Niedersachsen war das erste Bundesland, in dem Pflegekassenverbände und PKV dann im September – rückwirkend zum 15. August

2011 – eine Vereinbarung schlossen. In einem Workshop mit dem MDK wurde das praktische Vorgehen festgelegt. Die Kassenverbände geben dabei zehn Prozent der Prüftermine an die PKV ab.

### Halbe Million Euro Nachzahlung

So sehr allerdings die PKV im Laufe der Auseinandersetzung betont hatte, dass man auch für Niedersachsen fachlich und personell schon bestens gerüstet sei, so holprig verlief dann der Start. Erst rund sechs Wochen nach Vertragsschluss wurde am 14. November das landesweit erste Pflegeheim durch PKV-Gutachter geprüft. Es bleibt abzuwarten, ob die Privaten es schaffen, bis Jahresende ihren Anteil von

### »Erst sechs Wochen nach Vertragsschluss wurde das erste Pflegeheim geprüft.«

117 Kontrollen im Land zu erledigen. Unabhängig davon muss die PKV auch ihrer Verpflichtung nachkommen, sich an
den Prüfungen der Vergangenheit finanziell zu beteiligen. Das gilt umso mehr, als
das Prüfverfahren nun insgesamt im Sinne der PKV geregelt ist. Der entsprechende
Betrag liegt alleine in Niedersachsen für
dieses Jahr bei rund einer halben Million
Euro. Bis jetzt hat die PKV davon keinen
Cent gezahlt.



IN GUTEN HÄNDEN Pflegebedürftige müssen sich auf ihr Heim verlassen können. Alle Einrichtungen werden deshalb ein Mal im Jahr geprüft

# Betrachtungen eines "im Prinzip guten" Gesetzes

Ministerin Aygül Özkan und vdek-Vorstandsvorsitzender Thomas Ballast waren sich einig: Das "Landärztegesetz" der Bundesregierung greift wichtige Punkte auf. Allerdings sind Nachbesserungen nötig.

s gehe darum, die Rahmenbedingungen zur Sicherung einer wohnortnahen Versorgung zu schaffen, sagte Niedersachsens Sozialministerin Özkan beim Parlamentarischen Abend der vdek-Landesvertretung vor rund 50 Gästen in Hannover. Dabei setzten die Länder auf "mehr Regionalität". Die Ministerin begrüßte eine bessere Verzahnung medizinischer Angebote, allerdings müsse die dafür im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene spezialärztliche Versorgung der Bedarfsplanung unterliegen und stärker eingegrenzt werden. Erforderlich sei eine bessere Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Familie, das gelte umso mehr, als der überwiegende Teil der Studierenden heute weiblich sei. Das Gesetz leiste hier einen Beitrag, etwa indem sich eine niedergelassene Ärztin nach der Geburt ihres Kindes künftig zwölf statt bisher sechs Monate vertreten lassen kann.

Mit Blick auf Niedersachsen verwies Ministerin Özkan auf die finanzielle Unterstützung der Landesregierung für angehende Allgemeinmediziner im Praktischen Jahr sowie das seit rund einem Jahr laufende Modellprojekt "Zukunftsregionen Gesundheit".

### Problem Überversorgung bleibt außen vor

Von einem "im Prinzip guten" Gesetz sprach der Vorstandsvorsitzende des vdek, Thomas Ballast. Gut vor allem deshalb, weil es inhaltlich um Versorgung gehe. Skeptisch ist Ballast allerdings, ob das Gesetz sein eigentliches Ziel erreicht.



SETZT AUF REGIONALITÄT Sozialministerin Aygül Özkan

"Es ist zu bezweifeln, dass jetzt wirklich mehr Ärzte aufs Land gehen werden", sagte er. Solange das Problem der Überversorgung vor allem in städtischen Gebieten nicht angegangen werde, würden die Maßnahmen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land keinen Erfolg haben, möglicherweise sogar kontraproduktiv sein.

Warum kontraproduktiv? Wenn flächendeckend ein höherer Versorgungsbedarf als bisher definiert werde – etwa durch einen "Demografiefaktor" – gebe es auch in gut versorgten Gebieten zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten. Damit sinke der Druck für den ärztlichen Nachwuchs, aufs Land zu gehen. Zudem werde eine spezialärztliche Versorgung ohne Vergütungsbegrenzungen eine Sogwirkung entfalten: "Welcher angehende Vertragsarzt wird seine Liebe zur hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land entdecken, wenn gleichzeitig in Ballungsgebieten

eine neue Gruppe von Ärzten entsteht, die erhebliche Privilegien genießt?"

### Eingriff in den Kassenwettbewerb

Kritisch äußerte sich Ballast zum Beanstandungsrecht der Aufsichten beim Abschluss von Selektivverträgen. Für die Ersatzkassen bedeute die Regelung, dass das

### »Es ist zu bezweifeln, dass jetzt wirklich mehr Ärzte aufs Land gehen werden«

zuständige Bundesversicherungsamt den Vertrag zusätzlich auch den Ländern vorlegen müsse. "Das greift in den Kassenwettbewerb ein und führt bei den Ländern zu einer Interessenkollision von Aufsichtsfunktion und eigenen gesundheitspolitischen Zielen", sagte Ballast.

KLINIKEN

# Bessere Versorgung mit weniger Häusern

Berichte über wirtschaftliche Schwierigkeiten kleinerer Kliniken zeigen: Notwendige Anpassungen der Krankenhauslandschaft sind in Niedersachsen bislang ausgeblieben. Das Land müsste dafür Impulse geben.

ie Krankenkassen geben Jahr für Jahr deutlich mehr Geld für stationäre Behandlungen ihrer Versicherten aus. Während der ganz überwiegende Teil der Krankenhäuser damit Gewinne erzielt, kämpfen einzelne Häuser um das wirtschaftliche Überleben. Das mag zum Teil mit Managementproblemen zusammenhängen, hat vor allem aber strukturelle Gründe.

Hintergrund: Die Anzahl der Krankenhausbetten ist zwischen 1999 und 2009 deutlich gesunken, in Niedersachen um 14,1 Prozent – vor allem deshalb, weil die Dauer der Behandlungen im Schnitt abnimmt. Dieser Rückgang an überzähligen Bettenkapazitäten hat jedoch nicht zu einer Bereinigung des Marktes geführt, da die Anzahl der Häuser und der Abteilungen nicht in gleichem Maße gesunken ist, in Niedersachsen etwa nur um 5,6 Prozent bzw. 3,1 Prozent. Damit sind in erster Linie bestehende Einheiten nur kleiner und damit tendenziell auch unwirtschaftlicher geworden. Diese Effizienzprobleme zeigen sich auch daran, dass Niedersachsen mit einer "Bettenziffer" von 52,5 Betten je 10.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt von 61,5 liegt, die Kosten der Krankenhäuser je Fall mit 4.368 Euro aber höher sind als in anderen Ländern (Bundesschnitt: 4.327 Euro).

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) kommt in seinem "Krankenhaus Rating Report 2010" zum Ergebnis, dass rund 20 Prozent der Häuser mit weniger als 200 Betten insolvenzgefährdet sind, bei den großen Kliniken beträgt der Wert 13 Prozent. Zitat:



IN BEWEGUNG Der Krankenhausmarkt

"Bedroht sind insbesondere kleine, öffentlich-rechtliche oder ländliche Krankenhäuser. (...) Kleine Krankenhäuser dürften vor allem deshalb erhebliche Schwierigkeiten bekommen, wenn ihr Leistungsportfolio zu breit ist." Sollte es tatsächlich zu einem Schrumpfungsprozess kommen, läge darin vor allem die Chance, die regionale Patientenversorgung gerade bei schweren Erkrankungen durch weniger, aber leistungsfähigere Einheiten aufzuwerten.

### Wirtschaftlicher Druck beabsichtigt

Einen Beitrag zu strukturellen Anpassungsprozessen sollte auch das Vergütungssystem auf Basis von Fallpauschalen leisten, das seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben ist. Kernidee dabei war, dass das Prinzip landesweit gleicher Preise für gleiche Leistungen zu einer Umverteilung zwischen den Häusern führt, indem leistungsstarke Häuser mit den Pauschalen Gewinne erzielen, leistungsschwache Häuser aber durch finanziellen Druck gezwungen werden, ihr Leistungsangebot zu fokussieren oder auch aufzugeben. Dadurch sollte eine Entwicklung zugunsten einer Angebotskonzentration und Spezialisierung befördert werden. Inzwischen ist jedoch festzustellen, dass der gewollte wirtschaftliche Druck zwar vorhanden ist, aber bisher eben nicht zu der beabsichtigten Strukturanpassung führt. Sollte diese weiterhin ausbleiben, werden sich die finanziellen Probleme eines Teils der Kliniken und auch die Diskussion um die Versorgungsqualität angesichts zu kleiner Einheiten verschärfen.

»Im Fokus stehen Regionen wie Osnabrück oder auch der Landkreis Northeim mit einer medizinisch und wirtschaftlich fragwürdigen Dichte an kleinen Krankenhausstandorten«

Die Bundesrepublik Deutschland wird in den kommenden Jahrzehnten einen deutlichen Bevölkerungsrückgang erleben. Das Statistische Bundesamt geht von einem Absinken von derzeit 81,7 auf 74 Millionen Bewohner im Jahr 2050 aus. Selbst bei Berücksichtigung eines partiell steigenden Behandlungsbedarfs durch die demografische Entwicklung werden – von Region zu Region in unterschiedlichem

Maße – deutlich weniger Krankenhauskapazitäten als heute benötigt. Gleichzeitig werden gerade kleinere, wenig spezialisierte und damit für Ärzte unattraktivere Häuser Probleme bekommen, medizinischen Nachwuchs zu gewinnen. In diesen Häusern geht also nicht nur tendenziell die Nachfrage zurück, es wird auch schwieriger, das ärztliche Angebot sicherzustellen.

### Qualität fraglich

Hinzu kommt, dass die Qualität der Leistungserbringung gerade bei schweren Erkrankungen mit der Zahl der Behandlungen und dem Spezialisierungsgrad des Hauses korreliert. Ein Teil der Kliniken wird in dieser Hinsicht nicht mehr wettbewerbsfähig sein. Darüber hinaus nimmt die Transparenz über das Leistungsangebot zu. Es ist zu erwarten, dass künftige Patientengenerationen entsprechende Informationsmöglichkeiten nutzen und Krankenhäuser mit dem jeweils gesuchten Leistungsschwerpunkt gegenüber dem schlichtweg nächstgelegenen bevorzugen.

Auch ermöglicht der medizinische Fortschritt, bestimmte Behandlungen nicht mehr nur im Krankenhaus, sondern auch ambulant in der Praxis anzubieten. Damit ist eine weiter sinkende Inanspruchnahme

gerade weniger spezialisierter Kliniken verbunden.

#### 61 Häuser mit weniger als 100 Betten

In Niedersachsen gibt es eine ganze Reihe kleiner und kleinster Krankenhäuser mit einem nicht spezialisierten Leistungsspektrum. So haben von 192 Krankenhäusern 61 Häuser weniger als 100 Betten, insgesamt 117 Häuser weniger als 200 Betten. Gleichzeitig halten diese Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten lediglich 27 Prozent der Gesamtbetten vor, sind also für die Versorgung insgesamt deutlich weniger wichtig als die größeren Häuser, die zugleich häufiger für die Behandlungen schwererer Erkrankungen verantwortlich sind (s. Schaubild). "Nicht nur die Gesamtzahl, auch die Zahl der kleinen Krankenhäuser in Niedersachsen ist zu hoch", schreibt der Landesrechnungshof 2010 in seiner "Prüfungsmitteilung" an das Niedersächsische Sozialministerium.

#### Keine Vorteile durch zu viele Standorte

Für die Versicherten stellt sich die Versorgung in vielen Regionen so dar, dass es mehrere Krankenhäuser in vergleichbarer Entfernung mit einem vergleichbaren Leistungsangebot in durchschnittlicher

Qualität gibt. Für sie sind mit der Vielzahl an Standorten keine Vorteile verbunden.

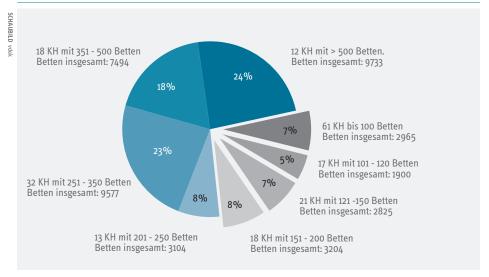
Die wohnortnahe, flächendeckende stationäre Akutversorgung in Niedersachsen soll erhalten bleiben. Sie ist aber mit deutlich weniger Krankenhäusern als bisher effizienter und qualitativ besser zu organisieren. Bei Berücksichtigung der bekannten Prognosen zur weiteren Entwicklung von Kapazitäten und Auslastungen reichen rund 160 statt derzeit 192 Häuser. Im Fokus stehen dabei insbesondere Regionen wie Osnabrück oder auch der Landkreis Northeim mit einer medizinisch und wirtschaftlich fragwürdigen Dichte an kleinen Krankenhausstandorten.

### Gesamtkonzept des Landes notwendig

Notwendig wäre ein Gesamtkonzept des für die Krankenhausplanung zuständigen Landes. Dies müsste eine Planung in Versorgungsregionen mit Abstimmungen unter den Häusern und einen gezielten Einsatz von Investitionsfördermitteln nach klaren Kriterien beinhalten. Wichtig wäre auch der ehrliche Dialog mit Trägern von Häusern, für die im Sinne einer zukunftssicheren Patientenversorgung keine Perspektive besteht. In jedem Fall aber ist zu vermeiden, dass Krankenhäuser, bei denen fraglich ist, ob sie noch benötigt werden, durch das Land gefördert werden.

Das Land sollte vor allem ein Interesse an einer qualitativ guten Versorgung der Bürger haben. Parallelstrukturen von Krankenhäusern in den Landkreisen sind aber nicht nur in dieser Hinsicht problematisch, sondern in einem Flächenstaat langfristig auch nicht finanzierbar. Da die Spielräume des Landes nach derzeitiger Diskussionslage etwa um die Schuldenbremse künftig noch enger werden, verliert auch eine Krankenhausförderung nach dem Gießkannenprinzip weiter an Wirkung. Umgekehrt kann eine Marktbereinigung zu einer Aufwertung der Versorgung in den Regionen führen: mit weniger Einheiten, die dafür aber stärker spezialisiert sind und qualitativ und wirtschaftlich besser aufgestellt wären als heute.

VERTEILUNG PLANBETTEN IN NIEDERSACHSEN NACH GRÖSSE DER KRANKENHÄUSER 2011



ZERFASERUNG DES ANGEBOTS 117 von insgesamt 192 Krankenhäusern in Niedersachsen halten zusammen nur gut ein Viertel der Gesamtbetten vor

WAS ANDERE SCHREIBEN

# Wollen Kassen bei Krebspatienten sparen?

"Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schlägt Alarm", schreibt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) in einer Pressemitteilung über sich selbst. Vorgeworfen wird den Krankenkassen nicht weniger, als "bei der Versorgung von Krebspatienten sparen" zu wollen. Tatsächlich? Gut beraten ist, wer dem Alarmschlagen im Gesundheitswesen generell mit einer gesunden Portion Skepsis begegnet. Der Sachverhalt: Nach einer Vereinbarung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene wurden die bis dahin je nach Kassenart unterschiedlich hohen Onkologiepauschalen ab 2009 vereinheitlicht. Eine Anpassung zwischen den Kostenträgern, die die Vergütung für die Ärzte aber ausdrücklich nicht verändern. also weder erhöhen noch senken sollte. Deshalb festgelegt: eine spätere Überprüfung in allen Bundesländern, ob die Umstellung tatsächlich wie beabsichtigt kostenneutral war sowie gegebenenfalls eine Korrektur des Betrags – nach oben oder aber nach unten. Eben jene Überprüfung ergibt nun für Niedersachsen, dass die neuen Pauschalen 2009 zu hoch angesetzt waren, die formale Umstellung zu einer nicht gewollten Steigerung der Vergütung um 6,8 Prozent geführt hat. Obwohl sachlich logisch und vertraglich vereinbart, will die KVN von der Korrektur nichts wissen und dichtet den Kassen an, auf Kosten Schwerkranker sparen zu wollen. Das ist unter der Gürtellinie, auch gegenüber betroffenen Patienten. Und wer wirklich mal Grund hat. Alarm zu schlagen, dem wird dann keiner mehr glauben.

KRANKENHÄUSER

# Auch Kassen dürfen korrekte Rechnungen erwarten

Nachdem Krankenkassen wiederholt auf fehlerhafte Klinikrechnungen hingewiesen haben, wehrt sich nun die Krankenhausgesellschaft. Das Problem aber bleibt: jede zweite Überprüfung führt zu einer Beanstandung.



NACHGERECHNET Die Krankenkassen überprüfen zehn Prozent der Krankenhausrechnungen

ubstanzlos und widerlegt" sei die Kritik der Krankenkassen, heißt es bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die Zahlen sprechen dagegen eine andere Sprache. Zehn Prozent der Klinikrechnungen lassen die Kassen durch den Medizinischen Dienst überprüfen, jede zweite davon ist falsch. Nach einer Hochrechnung der vdek-Landesvertretung rechnen niedersächsische Krankenhäuser allein bei den Ersatzkassen im Land im Umfang von jährlich 35 Millionen Euro falsch ab.

Kernproblem ist, dass bei der korrekten Rechnungslegung allein auf den guten Willen der Kliniken gesetzt wird: Sanktionen sind bei einer Falschabrechnung nämlich nicht vorgesehen, lediglich der Rechnungsbetrag wird nachträglich korrigiert. Kurios: Ergibt der Prüfauftrag hingegen keinen Grund zur Beanstandung, muss die

Krankenkasse umgekehrt der Klinik eine Aufwandspauschale von 300 Euro zahlen.

### Gebühr für Fehler einführen

Solange die Fehlquote derart hoch ist, machen weitere Kontrollen für die Krankenkassen wirtschaftlich Sinn. Der durchschnittliche Rückforderungsbetrag liegt immerhin bei rund 950 Euro je Fall. Damit werden auch künftig fleißig Akten gewälzt. Und die Versicherten müssen hinnehmen, dass ihre Beitragsmittel für Rechnungsprüfungen statt für die Versorgung ausgegeben werden. Der Gesetzgeber ist gefordert, das Eigeninteresse der Häuser an korrekter Abrechnung zu erhöhen, etwa in Form einer Gebühr für nachgewiesene Fehler. Auch Krankenkassen müssen erwarten können, dass ihnen korrekte Rechnungen gestellt werden. 💳

ÜBERVERSORGUNG

## Wie Ärzte und Kliniken um Patienten streiten



WILL GEFÜLLT WERDEN Wartezimmer

ährend ein vermeintlich drohender Ärztemangel auf dem Land in aller Munde ist, findet die tatsächlich vielfach vorhandene Überversorgung kaum Beachtung. Dabei treibt diese durchaus bemerkenswerte Blüten. So etwa in Hannover. Dort fürchten niedergelassene Fachärzte die Konkurrenz von Krankenhäusern und wollen verhindern, dass diese weiterhin ambulante Chemotherapien für Brustkrebspatientinnen anbieten dürfen. Beim Berufungsausschuss für Ärzte haben rund 30 niedergelassene Onkologen und andere Fachärzte Widerspruch dagegen eingelegt, dass hannoversche Krankenhäuser, die sich als "Brustzentren" haben zertifizieren lassen, per Ermächtigung tätig sein können. Da der Widerspruch aufschiebende Wirkung hat, sind die ungeliebten stationären Mitbewerber nun vorerst aus dem Rennen. Deren Gegenwehr hat indes nicht auf sich warten lassen: Die Kliniken sind vor das Sozialgericht Hannover gezogen und haben einstweiligen Rechtsschutz beantragt. Bemerkenswert an der Auseinandersetzung ist, dass der Konkurrenzschutz nicht gegenüber neuen, zusätzlichen Anbietern geltend gemacht wird, sondern gegenüber solchen, die auch bisher schon am Markt waren. Damit zeigt sich, dass es gemessen an der Zahl der Behandlungen wohl zu viele Angebotskapazitäten für die ambulante Chemotherapie in Hannover gibt. Der Fall dürfte durchaus exemplarisch für die fachärztliche Versorgung in Ballungsgebieten sein. Bereits in der Februar-Ausgabe dieser Publikation wurde ein Zeitungsbericht zitiert, wonach in Hannover nach Aufhebung der Altersbeschränkung für Kassenärzte ältere Mediziner mit jüngeren Kollegen um begrenzte Zulassungen konkurrieren. "Nur wird das nicht unter dem Stichwort Überversorgung thematisiert", hieß es seinerzeit an dieser Stelle. Das aber wäre unbedingt notwendig, um für das Thema zu sensibilisieren und auch zu verstehen, dass partielle Überversorgung der entscheidende Grund dafür ist, wenn andernorts tatsächlich ein Arzt fehlen sollte.

#### KURZ GEFASST

### Krankenhauspreise 2012 vereinbart

Niedersachsen ist das erste Bundesland, in dem sich Kassenverbände und Krankenhausgesellschaft über die Vergütung der Klinikleistungen im kommenden Jahr verständigt haben. Der Basispreis für eine durchschnittliche Behandlung als maßgebliche Berechnungsgrundlage steigt von derzeit 2.922,63 Euro um 26,59 Euro auf 2.949,22 Euro (ohne Vorjahreskorrekturen).

#### Arzneimittelausgaben weniger stark gesunken

Die Krankenkassen in Niedersachsen haben 2011 in den ersten drei Quartalen 3,1 Prozent weniger für Arzneimittel ausgegeben als im Vorjahr. Damit bleibt Niedersachsen deutlich hinter der bundesweiten Entwicklung (-3,9 Prozent) zurück. Das insgesamt sinkende Ausgabenniveau ist Folge gesetzlicher Sparmaßnahmen im Pharmabereich.

### Praxen startklar für elektronische Gesundheitskarte

Gut vorbereitet sind niedersächsische Arzt- und Zahnarztpraxen auf den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte. Die Ausstattung mit den neuen Lesegeräten beträgt trotz Lieferengpässen schon jetzt 82 Prozent bei den Ärzten und 93 Prozent bei den Zahnärzten. Die Krankenkassen stellen für die technische Umrüstung der Praxen landesweit rund zwölf Millionen Euro zur Verfügung.

SELBSTHILFE

### Kräftige Unterstützung

it rund 1,8 Millionen Euro haben die Krankenkassen in diesem Jahr gemeinsam die Selbsthilfe in Niedersachsen unterstützt. Damit ist der Betrag gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Gefördert wurden örtliche Selbsthilfegruppen, in denen sich Betroffene und Angehörige gegenseitig unterstützen (700.000 Euro), Selbsthilfeorganisationen als deren landesweite Zusammenschlüsse (335.000 Euro) sowie professionell geführte Kontaktstellen, die Betroffene an Gruppen vermitteln und die Gruppen beraten (700.000 Euro). Hinzu kommen Fördermittel einzelner Kassen für besondere Projekte in Höhe von landesweit insgesamt rund 1,5 Millionen Euro. Das Engagement der Krankenkassen ist seit 2000 gesetzlich verankert. Es trägt dazu bei, den Versicherten ein wichtiges ergänzendes Angebot im Umgang mit Krankheit machen zu können.

### **NIEDERSACHSEN**

AUS DEM VDEK

### Arztlotse online

Bei der Suche nach dem richtigen Arzt hilft Versicherten seit dem vorigen Quartal das Informationsportal www.vdek-arztlotse.de. Hier finden sie umfangreiche Informationen zu niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Notfallambulanzen. Der vdek-Arztlotse ist mit 240.000 Adress- und Strukturdaten sowie Angaben zu Erreichbarkeit, Sprechzeiten und Barrierefreiheit gestartet. Weiterer Bestandteil des Portals sind Bewertungen der Ärzte und Praxen durch die Patienten nach einem Schulnotensystem von 1 bis 6. Zudem wird ein Lexikon zu ärztlichen Bezeichnungen und Therapieschwerpunkten angeboten.

### AUS DEM VDEK

### Ersatzkassen bleiben Nr. 1

Die Ersatzkassen bleiben auch im ablaufenden Jahr die Nr. 1 unter den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen. Nach der Statistik KM6 betreuen sie landesweit 2,51 Millionen Versicherte und damit mehr Einwohner zwischen Harz und Nordsee als jede andere Kassenart. Dabei konnte die Gesamtzahl gegenüber dem Vorjahr leicht um 1.200 gesteigert und die Führungsposition innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung noch einmal ausgebaut werden.

Die Versichertenzahl der Ersatzkassen in Niedersachsen setzt sich zusammen aus 1,82 Millionen beitragspflichtigen Mitgliedern (16.000 mehr als 2010) sowie den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. GURKE DES QUARTALS

### Von den Tücken der ärztlichen Fortbildung



IM KALENDER NOTIERT Der Fortbildungstermin

Als gesetzlich versicherter Patient ist es ein beruhigendes Gefühl, sich beim Besuch einer Arztpraxis in besten Händen zu wissen und auf der Höhe der Zeit behandelt zu werden. Dazu trägt auch bei, dass sich Ärzte regelmäßig fortbilden müssen, um ihre Kassenzulassung zu behalten. Eine entsprechende Anzahl von Fortbildungspunkten ist dafür gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Sieben dieser Punkte ließen sich unlängst durch Teilnahme an einem Kongress mit dem Titel "Von der Kassen- zur Privatpraxis" verdienen. Auf dem Programm: "Praxisberichte zu den Chancen einer reinen Privatpraxis und einer Niederlassung im Ausland". Ahnen die Veranstalter eigentlich das Dilemma, in das sie die Teilnehmer stürzen? Da plant nun ein Mediziner nach Besuch der Veranstaltung seine Zukunft in einer Privatpraxis und kann das dadurch erworbene Gütesiegel als Kassenarzt nun gar nicht mehr gebrauchen. Noch ärgerlicher: Der Doktor verpasst die Teilnahme, wird nicht Privatarzt, verliert damit aber auch den Nachweis seiner Eignung zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten. Und der Weg ins Ausland? Steht zwar offen, müsste aber ohne vorherigen Praxisbericht angetreten werden.

KINDERZÄHNE

## Mehr Geld für die Vorsorge



WILL AUCH GELERNT SEIN Zähneputzen

und 5,4 Millionen Euro haben Ersatzkassen und andere gesetzliche Krankenkassen im vergangenen Jahr für die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen ausgegeben. Das sind 300.000 Euro mehr als noch 2007. Mit den Mitteln werden Vorsorgeangebote an Kindergärten und Schulen finanziert. Das Programm reicht von der Vermittlung des "richtigen" Zähneputzens über die Behandlung von Ernährungsfragen im Unterricht bis zu zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen. Kooperationspartner sind die Kommunen. Bitterer Beigeschmack: Private Krankenversicherungen, deren junge Versicherte ebenfalls von dem Engagement profitieren, beteiligen sich nicht an den Kosten. Davon einmal abgesehen ist die Gruppenprophylaxe eine Erfolgsgeschichte: Bundesweite Studien belegen einen deutlichen Anstieg der Zahngesundheit von Kindern über die Jahre.

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 ISSN-Nummer 2193-2166