

report niedersachsen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Dez. 2009

ersatzkassen

Pflegestützpunkte

Neues Beratungsangebot vor dem Start

In Niedersachsen können demnächst die ersten Pflegestützpunkte an den Start gehen. Die Stützpunkte sollen Versicherte durch Beratung unterstützen und eine gute Versorgung organisieren. Auf Basis einer im Mai dieses Jahres zwischen Kassenverbänden, dem Niedersächsischen Landkreistag und dem Niedersächsischen Städtetag unter Mitwirkung des Sozialministeriums unterzeichneten Landesrahmenvereinbarung liegt nun ein Muster für entsprechende regionale Vereinbarungen vor. Angesiedelt sind die Büros bei den Städten und Landkreisen. Die Kranken- und Pflegekassen in Niedersachsen stellen gemeinsam jährlich rund zwei Millionen Euro für das Angebot zur Verfügung, hinzu kommt ein angemessener Beitrag der Kommunen.

Kern der Leistung der Stützpunkte ist, Transparenz über das gesamte Spektrum pflegerischer und vorpflegerischer Leistungen herzustellen (s. Kasten). Das ist insoweit eine Erleichterung für die Versicherten, als diese Leistungen von unterschiedlicher Seite zur Verfügung gestellt werden, nämlich von Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie von Kommunen und sonstigen Einrichtungen andererseits.

In dieser Ausgabe:

- **Zusatzbeiträge**
Verwaltungskosten vermeidbar
- **Krankenhäuser**
90.000 Abrechnungen überprüft
- **Organspende**
Handballer starten Ideenwettbewerb
- **Gesperrte Kieferorthopäden**
Vorzeitige Rückkehr ausgeschlossen

Die Beratungsbüros haben grundsätzlich die gleichen Öffnungszeiten wie die Bürgerämter der Stadt oder des Landkreises, mindestens sind sie aber an fünf Werktagen je Woche 30 Wochenstunden geöffnet. Darüber hinaus ist die Öffnung an einem Wochentag bis 18 Uhr vorgesehen. In jedem Stützpunkt stehen mindestens zwei qualifizierte Mitarbeiter mit jeweils mindestens einer halben Vollzeitstelle zur Verfügung.



Startschuss: Niedersachsens Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann und vdek-Landeschef Jörg Niemann unterzeichnen die Rahmenvereinbarung.

Die Kassen stellen pro Jahr einen Euro je Bewohner im Alter ab 60 Jahren, mindestens aber 30.000 Euro je Stadt oder Landkreis zur Verfügung. Die Höchstförderung je Pflegestützpunkt beträgt 50.000 Euro. Jede kommunale Gebietskörperschaft kann dabei selbst entscheiden, ob sie den auf sie entfallenden Betrag zur Einrichtung von einem oder mehreren Stützpunkten einsetzt.

Die Vereinbarung stellt sicher, dass das Geld nicht für Doppelstrukturen ausgegeben wird, sondern eine erfahrbare Mehrleistung für die Versicherten ermöglicht. Dieser Ansatz ist deshalb so wichtig, als in den Pflegestützpunkten keine Leistungsentscheidungen an sich getroffen werden. So wäre es

schon rechtlich gar nicht möglich, dass ein Mitarbeiter im Stützpunkt als kommunaler Angestellter über Mittel aus der Sozialversicherung verfügt. Jeder Rechtskreis muss und wird weiterhin für sich, in seinem Aufgabengebiet selbst entscheiden. Das heißt: Die Pflegekassen gewähren weiterhin die individuellen Leistungen, betreuen weiterhin ihre Versicherten und stellen auch die neu eingeführte Pflegeberatung sicher. Die Kommunen ihrerseits sind wie bisher zuständig für Fragen der Sozialhilfe sowie für ergänzende und vorpflegerische Leistungen. An diesen Zuständigkeiten ändert sich nichts. Deshalb wird keine zusätzliche Verwaltung für eben diese Aufgaben aufgebaut, sondern eine ergänzende Infrastruktur für die gezielte, individuelle Beratung, die die bisherige Schnittstellenproblematik überwinden soll.

LEISTUNGEN DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

- **Umfassende und unabhängige Beratung** von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu möglichen Sozialleistungen
- **Vermittlung eines Kontakts** zur zuständigen Pflegekasse
- **Erstellen einer Angebotslandkarte** der pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote
- **Hinwirken auf Koordination** der unterschiedlichen Dienste



Jörg Niemann,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Niedersachsen

DER KOMMENTAR

Kurzfristiger Reparaturbedarf

Kurzfristig passiert erst einmal gar nichts. Dieser Festlegung der Berliner Koalitionäre zur Gesundheitspolitik könnte man im Lichte mancher Entscheidungen der Vergangenheit durchaus etwas abgewinnen, wenn es nicht eben gerade kurzfristig erheblichen Handlungsbedarf geben würde. So wird der jetzt zugesagte Bundeszuschuss von 3,9 Milliarden Euro im kommenden Jahr nicht ausreichen, um Zusatzbeiträge zu vermeiden. Mit hohem Verwaltungsaufwand müssen dann im Schnitt monatlich sechs Euro je Kassenmitglied eingezogen werden, um die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben zu schließen. Das ist umso bedenklicher, als der Zusatzbeitrag auf ein Prozent des Einkommens eines Versicherten begrenzt ist. Bleibt es bei dieser Klausel, wird früher oder später die erste Kasse ihre Ausgaben nicht mehr decken können. Auch Maßnahmen zur Kostenbegrenzung sind überfällig. Und schließlich gehört der Morbi-RSA dringend auf den Prüfstand, da die offenkundige Übersteuerung des Ausgleichs zugunsten der Ortskrankenkassen den gewünschten Wettbewerb verzerrt. Fazit: Die Entscheidung, sich für die grundsätzliche Weichenstellung im Gesundheitswesen Zeit zu nehmen und die entsprechenden Vorschläge sorgfältig durch eine Regierungskommission prüfen zu lassen, ist völlig richtig. Gleichzeitig müssen die kurzfristig notwendigen Reparaturen aber erledigt werden.

Zusatzbeiträge

Verwaltungskosten vermeidbar

Eines der beliebtesten Schlagworte in der Politik überhaupt ist das vom Bürokratieabbau. Bekennen mag sich dazu jeder, suggeriert es doch, dass die Dinge einfacher, schneller und günstiger, dabei aber keinesfalls schlechter werden. Nun mag sich hinter dem Begriff bisweilen dann doch noch das eine oder andere mehr verstecken, im Gesundheitswesen indes ist Bürokratieabbau an einer Stelle im besten Sinne des Wortes machbar.

Es geht um den Zusatzbeitrag. Das Konzept gilt seit Jahresbeginn und sieht vor, dass eine Kasse einen ebensolchen von ihren Mitgliedern erheben muss, wenn die staatliche Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds nicht mehr ausreicht, um die Ausgaben zu decken. Der Zusatzbeitrag ist dann als in der Regel einheitliche Prämie von den Versicherten direkt an die Kasse zu zahlen. Dieses Verfahren ist aufwendig und teuer. Eine Umstellung liegt auf der Hand. Im Sinne einer schlanken Lösung könnte der Zusatzbeitrag als variabler, kassenindividueller Aufschlag auf den Arbeitnehmeranteil von 7,9 Prozent des Einkommens erhoben werden. Er würde dann ebenfalls prozentual vom Einkommen bemessen und durch den Arbeitgeber eingezogen. Die Vorteile einer solchen Umstellung sind bestechend.

Nach geltender Rechtslage werden die Krankenkassen rund 50 Millionen Versichertenkonten einrichten und pflegen müssen, um die Zusatzbeiträge zu erheben. Der zusätzliche Aufwand dafür dürfte bei rund 400 Millionen Euro liegen. Ein einfacher Aufschlag auf den Arbeitnehmeranteil würde die Verwaltungskosten demgegenüber nicht zusätzlich erhöhen.

Ständige Einkommensprüfung

Gleichzeitig ist der Schutz vor finanzieller Überforderung dabei gleichsam automatisch mit eingebaut, weil auch der Zusatzbeitrag im Verhältnis zum Einkommen erhoben würde. Bei der jetzigen Systematik eines Fixbetrages hingegen muss eine soziale Abfederung zusätzlich geschaffen und administriert werden. So setzt die geltende Regelung einer maximalen Belastung durch den Zusatzbeitrag von einem Prozent des Einkommens die ständige Überprüfung der individuellen Konstellation voraus. Im Ergebnis würde nach Berechnungen einzelner Krankenkassen etwa der Einzug einer Zehn-Euro-Zusatzprämie 2,50 Euro kosten – 25 Prozent Verwaltungsaufwand!

Weiterer Vorteil einer Umstellung: Der automatisierte Abzug durch den Arbeitgeber kennt keine säumigen Beitragszahler. Demgegenüber stellt sich ernsthaft die Frage, mit welchem Aufwand und mit welchen Erfolgsaussichten Krankenkassen eine monatliche Prämie von acht Euro, wie sie jetzt von einer Kölner BKK als bundesweit erster Krankenkasse erhoben wird, beim Versicherten einfordern sollen. Zur Erinnerung: Krankenkassen dürfen keinen Versicherten ausschließen, auch nicht bei säumiger Beitragsleistung.

Auch die Steuerungswirkung im Wettbewerb durch die jetzige Regelung ist ausgesprochen fragwürdig. Wenn bei eher gering verdienenden Mitgliedern die Belastungsgrenze erreicht ist, muss der Betrag für die anderen mit höherem Einkommen umso stärker aufgestockt werden, um die notwendigen Einnahmen sicherzustellen. Viele von denen würden dann vermutlich recht schnell die Kasse wechseln, und der Zusatzbeitrag müsste abermals angehoben werden, um die Lücke zu schließen – bis die Kasse schlimmstenfalls auf die Zahlungsunfähigkeit zusteuert. Geringverdiener sind bei dieser Konstellation ein finanzielles Risiko – ein abenteuerlicher Gedanke in einer Sozialversicherung.



Wirbt für eine Umstellung der Systematik bei den Zusatzbeiträgen: vdek-Vorstandsvorsitzender Thomas Ballast, hier in Diskussion mit der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt beim Ersatzkassenforum der Landesvertretung Niedersachsen im Juli in Hannover.

Erstmals mehr als fünf Milliarden Euro für Krankenhäuser Ausgaben steigen dramatisch

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen in Niedersachsen steigen dramatisch. Nach einer Analyse der vdek-Landesvertretung beträgt der Zuwachs in diesem Jahr voraussichtlich 6,5 Prozent. Damit übersteigen die Kosten erstmals die Fünf-Milliarden-Euro-Marke, und zwar um rund 300 Millionen Euro. Das Ausmaß der Dynamik wird vor allem daran deutlich, dass die Krankenkassen als Kostenträger in diesem Jahr gerade mal ein Einnahmeplus von 1,4 Prozent verbuchen, der Anstieg also nicht gegenfinanziert ist. Eine wirksame gesetzliche Begrenzung der Krankenhausausgaben ist überfällig.

Nach dem Sozialgesetz sollen sich Budgetsteigerungen für Krankenhäuser an der allgemeinen Entwicklung der Löhne und Gehälter der Versicherten orientieren, da diese maßgeblich für die Einnahmen der Krankenkassen ist. Die Kassen können

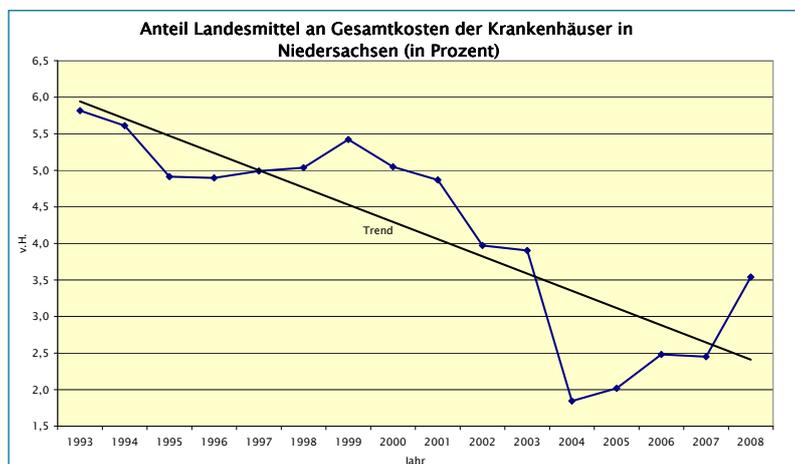
diese Begrenzung praktisch aber nicht durchsetzen, weil sie sich auf Gesetzesinitiative der scheidenden Bundesregierung an Tariflohnsteigerungen für das Krankenhauspersonal ebenso finanziell zu beteiligen haben wie an Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitregelungen und an einem Sonderprogramm zur Stärkung der Pflege in den Kliniken. Hinzu kommen Ausweitungen der durch die Krankenhäuser abgerechneten Leistungen. Im Ergebnis liegt der Zuwachs der Krankenhauseinnahmen mehr als viermal über dem Zuwachs der Kasseinnahmen.

Besonders auffällig ist der Anstieg der Budgets bei der psychiatrischen Versorgung in Höhe von knapp acht Prozent. Eine besonders skurrile Rolle spielt dabei die Psychiatrie-Personalverordnung, die es möglich macht, dass Kliniken auch unbesetzte Stellen zusätzlich geltend machen können.

Krankenhausinvestitionen Kassen fordern Land zu Änderungen auf

Die Krankenkassen in Niedersachsen dringen auf Änderungen bei der Förderung von Krankenhausinvestitionen durch das Land. Das ist das Fazit einer gemeinsamen Stellungnahme, die die vdek-Landesvertretung dem Landtag federführend für die Kassenverbände vorgelegt hat. Hintergrund ist ein Entschließungsantrag der Landtagsfraktionen von CDU und FDP zu diesem Thema (Drs. 16/1341). Kernforderungen der Kassen sind eine Erhöhung der Landesmittel für die Krankenhäuser und mehr Zielgenauigkeit bei der Vergabe der Mittel.

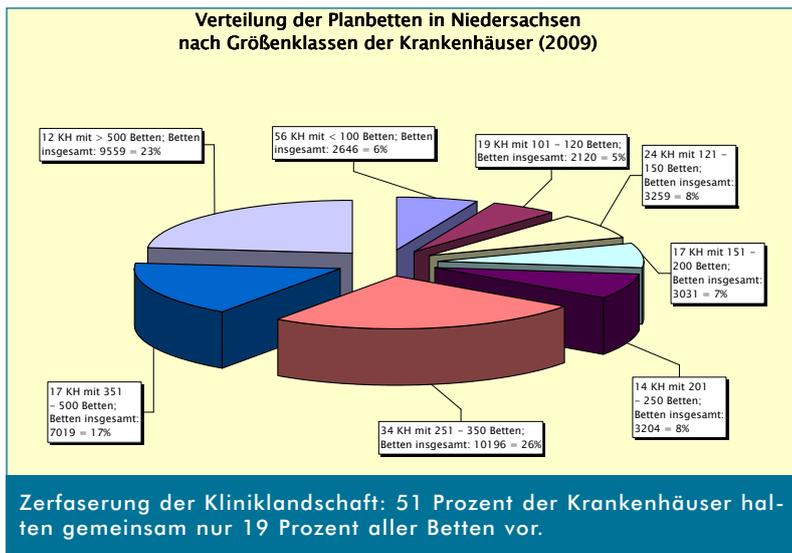
Krankenhäuser werden dual finanziert. Das heißt: Die Kassen kommen für die Behandlungen ihrer Versicherten auf, das Land stellt Mittel für Investitionen wie Baumaßnahmen zur Verfügung. Soweit zumindest die Theorie, denn derzeit beträgt der Anteil des Landes an den Krankenhausmitteln gerade mal 3,5 Prozent. Dass diese Quote tatsächlich ausreicht, um die Investitionskosten der Krankenhäuser zu decken, wird ernsthaft wohl niemand behaupten wollen. Im Gegenteil ist von einem Investitionsstau auszugehen, nachdem sich der Landesanteil nach 1993 innerhalb eines Jahrzehnts halbiert hat (s. Schaubild).



Erosion: Der Anteil der Landesmittel ist über die Jahre deutlich gesunken.

Aufstockung notwendig

Der Schluss liegt also nahe, dass Kliniken unumgängliche Investitionen auch aus Behandlungserlösen und damit zu Lasten der Krankenkassen finanzieren. Entgegen der gesetzlichen Bestimmungen tragen damit die Beitragszahler einen guten Teil dieser Kosten. Das ist auch insoweit pikant, als die Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung nicht zuletzt mit ihrer finanziellen Verantwortung begründet wird. Jede Reform der Investitionskostenfinanzierung in Niedersachsen muss deshalb mit einer deutlichen Aufstockung der Fördermittel verbunden sein.



kenhäusern erscheint ein „Gemischtwarenangebot“ in qualitativer und wirtschaftlicher Hinsicht problematisch, da es in der Regel mit geringen Fallzahlen einhergeht.

Auch der Abbau überflüssiger Krankenhausbetten in den vergangenen Jahren hat nicht zu strukturellen Änderungen geführt: In der Tendenz sind bestehende Einheiten dadurch nur kleiner geworden. Die durchschnittliche Zahl der Betten einer chirurgischen Abteilung ist seit 1998 von 84 auf 70 gesunken, die durchschnittliche Bettenzahl eines gesamten Hauses von 241 auf 213. Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser in Niedersachsen, nämlich 99, halten derzeit gemeinsam nicht einmal 20 Prozent der Betten vor (s. Schaubild).

Das Land vergibt einen Teil seiner Mittel pauschal nach Zahl der Betten in einem Haus, den anderen auf Antrag in Form von Zuwendungen für konkrete Vorhaben einzelner Häuser. Es würde auf der Hand liegen, diese Einzelförderung durch leistungsbezogene Pauschalen zu ersetzen. Schließlich wäre eine Mittelvergabe nach bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen über jeden Verdacht erhaben, den Wettbewerb zu verzerren, indem sachfremde – zum Beispiel regionalpolitische – Erwägungen bei den Entscheidungen eine Rolle spielen.

Immer kleinere Einheiten

Wenn das Land aber schon an der Einzelförderung festhalten will, müssen die Entscheidungen anhand klarer, transparenter Kriterien erfolgen und dazu beitragen, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen. Die Krankenhauslandschaft in Niedersachsen ist bislang nämlich zu sehr nach dem Motto „Jeder macht alles“ geprägt. Gerade bei kleineren Kran-

Regionale Konzepte als Voraussetzung

Für die Vergabe der Investitionsmittel durch das Land heißt das konkret: Gefördert werden sollten Standorte nur, wenn plausible regionale Konzepte zugunsten von Standortkonzentration und Spezialisierung vorliegen. Dazu sind Abstimmungen der Kliniken untereinander unerlässlich. Auch Schließungen von Häusern dürfen kein Tabu sein. Dabei geht es ausdrücklich nicht um den Rückzug aus der Fläche, sondern im Gegenteil darum, die Krankenhausversorgung gerade in der Fläche qualitativ hochwertiger, leistungsfähiger und wirtschaftlicher zu gestalten. Es ist für die Patienten in jeder Hinsicht besser, in der näheren Umgebung zwei stärker spezialisierte als drei Status-Quo-Krankenhäuser zu haben. Dass es in Niedersachsen zu viele Krankenhäuser gibt, war kürzlich selbst von der Ärzteorganisation Hartmannbund zu hören. Und die ist nicht unbedingt als unkritischer Multiplikator von Kassenpositionen bekannt.

Fallpauschalen

Mehr als 90.000 Abrechnungen überprüft

Die Zahl der Überprüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) wird am Ende des Jahres bei mehr als 90.000 liegen. Das ist das Ergebnis einer Hochrechnung des MDKN. Damit haben sich die entsprechenden Gutachten innerhalb von nur zwei Jahren nahezu verdoppelt.

Zum Hintergrund: Die Krankenhäuser werden seit 2003 nicht mehr nach Liegetagen der Patienten, sondern auf Basis von Fallpauschalen vergütet. Die Höhe einer Pauschale richtet sich dabei nach der jeweiligen Diagnose: So zahlt eine Krankenkasse in Niedersachsen für eine Blinddarmentfernung rund 4.000 Euro, für

eine koronare Bypass-Operation 12.600 Euro. Berücksichtigt wird dabei auch der individuelle Schweregrad.

Die für die Vergütung maßgebliche Diagnose nimmt das Krankenhaus selber vor. Die Krankenkasse hat aber die Möglichkeit, diese Einstufung durch den Medizinischen Dienst überprüfen zu lassen. Sollten die Gutachter Fehler feststellen, kann die Rechnung korrigiert werden. Eine Analyse des MDKN für das Jahr 2006 hatte seinerzeit ergeben, dass bei 54,6 Prozent der geprüften Rechnungen – damals 33.000 – „Korrekturbedarf mit Kostenminderung“ bestand. Es steht zu befürchten, dass sich an dieser Quote nichts geändert hat.

Organspende

Handballer starten Ideenwettbewerb

Der Ideenwettbewerb unter jungen Sportlerinnen und Sportlern in Niedersachsen zur Steigerung der Organspende geht in die nächste Runde: Unter dem Motto „Du hast es in der Hand!“ sind nach den Fußballvereinen im Vorjahr jetzt die Handballer aufgerufen, die Öffentlichkeit für das Thema Organspende zu sensibilisieren. Für besonders gelungene Beiträge, die bis zum 1. März 2010 beim Niedersächsischen Sozialministerium eingereicht werden, stehen Preisgelder von insgesamt 10.000 Euro zur Verfügung. Kooperationspartner der Initiative sind über das Sozialministerium hinaus unter anderem der Handball-Verband Niedersachsen, die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) und die Ersatzkassen. Als Schirmherren haben sich gleich zwei Weltmeister zur Verfügung gestellt: Bundestrainer Heiner Brand und Nationalspieler Holger Glandorf.

Nach einer repräsentativen Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung würden 67 Prozent der Bevölkerung einer Entnahme der eigenen Organe nach dem Tod zustimmen, aber nur 17 Prozent dokumentieren ihren Willen mit einem Organspendeausweis. Folge: Jährlich



Blieben am Ball: Die Initiatoren (v.l.) vdek-Landesleiter Jörg Niemann, Nationalspieler Holger Glandorf, Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann, Bundestrainer Heiner Brand und Dr. Nils Frühauf von der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

sterben in Deutschland rund 1.000 Patienten, während sie auf ein Spenderorgan warten.

Die Kooperationspartner haben sich auf die Fahnen geschrieben, dass deutlich mehr Menschen als bisher einen Organspendeausweis bei sich tragen. Dabei geht es in erster Linie darum, die Zahl der Spender zu steigern und damit allein in Niedersachsen rund 2.000 Patienten zu mehr Lebensqualität zu verhelfen oder sogar das Leben zu retten. Es geht aber auch darum, trauernden Angehörigen eine Situation zu ersparen, in der sie den Willen des Verstorbenen mutmaßen müssen. Denn der Ausweis schafft Klarheit, er beinhaltet sowohl die Möglichkeit der Zustimmung zur Organentnahme, als auch die des Widerspruchs.

Die Handball-Jugendmannschaften in Niedersachsen können sich für ein lebenswichtiges Thema engagieren und dabei auch den eigenen Verein positiv ins Blickfeld der Öffentlichkeit rücken. Die Möglichkeiten dazu sind vielfältig: von Werbung auf Banden und Trikots über die Organisation von Diskussions- und Sportveranstaltungen bis hin zur Produktion von Videofilmen.

Niedersächsischer Ideenwettbewerb für junge Handballerinnen und Handballer

Du hast es in der Hand!
Organspende
schenkt Leben.

Kooperationspartner

Engagiert: Nationalspieler und Weltmeister Holger Glandorf ist Schirmherr des Wettbewerbs. Die Ausschreibungsunterlagen gehen an alle Handball-Jugendmannschaften in Niedersachsen.

Gesperrte Kieferorthopäden

BSG: Vorzeitige Rückkehr ausgeschlossen

Der 2004 begonnene Versuch einiger Dutzend Kieferorthopäden in Niedersachsen, durch kollektive Rückgabe der Kassenzulassung finanzielle und ideologische Interessen durchzusetzen, ist eine lange Geschichte des standespolitischen Scheiterns. In dieser Geschichte hat das Bundessozialgericht mit dem nun vorliegenden Urteil B 6 KA 16 /08 R das vermutlich letzte Kapitel geschrieben. Tenor: Die Wiedezulassungssperre gegen Kollektivaussteiger gilt umfassend – weder darf sie vorzeitig aufgehoben werden, noch dürfen die Betroffenen während ihrer Dauer gesetzlich Krankenversicherte als Angestellte anderer Praxisinhaber behandeln.

Schon vor mehr als zwei Jahren hatte das Bundessozialgericht letztinstanzlich bestätigt, dass Ärzten und Zahnärzten nach Rückgabe der Kassenzulassung grundsätzlich kein Recht auf Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten mehr zusteht. Zudem war ein Teil der Kieferorthopäden wegen ihrer Beteiligung an der rechtswidrigen Aktion gemäß den sozialgesetzlichen Bestimmungen für sechs Jahre von der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden. Die Klage einer Kieferorthopädin gegen diese Sperre hat das Bundessozialgericht nunmehr abgewiesen. Der Gesetzgeber habe die Sperre ausdrücklich als Sanktion angelegt, um Vertragsärzte von einem pflichtwidrigen Kollektivverzicht abzuhalten. Jeder Arzt solle bei einer Beteiligung damit rechnen müssen, auf längere Sicht nicht mehr vertragsärztlich tätig sein zu können und sich nach sechs Jahren einen Patientenstamm neu aufbauen zu müssen.

Die Sperre gilt deshalb bundesweit und kann auch bei „Wohlverhalten“ des Betroffenen nicht verkürzt werden. Auch dürfen Ärzte während dieser Zeit nicht in anderen Bereichen vertragsärztlich tätig

sein, die nach ihrer Qualifikation infrage kommen. Damit können ausgeschiedene Kieferorthopäden nicht auf eine Tätigkeit als Allgemeinzahnarzt ausweichen. Ebenfalls ausgeschlossen ist das indirekte Vertragsverhältnis zur gesetzlichen Krankenversicherung, indem die Aussteiger der Form halber als Angestellte oder Entlastungsassistenten von Vertragsärzten auftreten. Solcher Tricks hatten sich gesperrte Kieferorthopäden bedient, um über diesen Umweg doch weiter von den Krankenkassen vergütet zu werden (vgl. *ersatzkassen in niedersachsen*, Ausgabe Oktober 2008).

„Auf Zerstörung angelegt“

Für die Härte der Sanktion nennt das Gericht gute Gründe: Schließlich habe es der Aussteiger „auf die Zerstörung des vertragsärztlichen Versorgungssystems angelegt“ und „eine zeitlich begrenzte Unterversorgung herbeiführen [wollen], um eine privatärztliche Abrechnung mit den Versicherten zu erreichen.“ Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sei aber „in sachlicher wie in finanzieller Hinsicht [...] ein Gemeinwohlbelang von hoher Bedeutung.“ Die Zulassungsverzichtler hätten bewiesen, „dass sie zur weiteren Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ungeeignet sind“. Insbesondere Krankenkassen könnten nicht darauf vertrauen, „dass Vertragsärzte, die durch eine berufspolitisch motivierte Verzichtserklärung deutlich gemacht haben, dass sie mit dem System der vertragsärztlichen Versorgung nicht einverstanden sind, nicht alsbald nach erfolgter Wiedezulassung erneut das System und ihre Beteiligung daran infrage stellen.“ Das Vertrauensverhältnis zu den anderen Institutionen der Versorgung sei tiefgreifend und nachhaltig gestört, sodass ihnen eine weitere Zusammenarbeit nicht mehr zugemutet werden könne.

KURZ GEMELDET

Teure Pflegeheime bieten nicht immer auch die bessere Pflege. Das ist das Ergebnis des „Pflegeheim Rating Reports 2009“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI). Vielmehr lasse sich zwischen Preisniveau und Ergebnisqualität kein statistischer Zusammenhang feststellen. Zwar seien teurere Heime beispielsweise baulich besser ausgestattet, in Bereichen wie Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, Sondenernährung und Versorgung bei Demenz schnitten sie jedoch nicht nachweisbar besser als andere ab. *ersatzkassen in niedersachsen* hatte in der Ausgabe vom Mai 2008 auf erhebliche Preisunterschiede zwischen Pflegeheimen in Niedersachsen hingewiesen.

BÜCHER

Klassisches Nachschlagewerk für das Gesundheitswesen ist das **Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen**. Die Auflage **2009/2010** enthält rund 4.700 Kontaktdaten von Regierungsstellen über Institutionen und Verbände bis hin zur Fachpresse (Economica Verlag, 1.051 Seiten, 89 Euro).

Mit den **Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland** befasst sich der gleichnamige Sammelband der Herausgeber **Ferdinand Rau, Norbert Roeder** und **Peter Hensen** (Verlag W. Kohlhammer, 476 Seiten, 78 Euro). Namhafte Autoren ziehen eine umfassende Zwischenbilanz der Fallpauschalen-Finanzierung mit Blick auf Versorgung, Krankenhausmanagement, Krankenkassen und Krankenhausplanung.

Eine Übersicht gerichtlicher Entscheidungen rund um die stationäre Versorgung legen **Behrend Behrends** und **Werner Gerdemann** vor. Das Loseblattwerk **Krankenhaus-Rechtsprechung III** enthält Urteile ab 2004 (Erich Schmidt Verlag, 4.674 Seiten in 4 Ordnern, 98 Euro).

In der 7., neu bearbeiteten und erweiterten Auflage erscheint der Kommentar von **Rolf Schallen** zur **Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten**. Das Werk aus dem C.F. Müller Verlag umfasst 749 Seiten und kostet 64,95 Euro.



Nachruf

Christian Wenzlaff

Wir trauern um unseren Kollegen Christian Wenzlaff, der am 11. September 2009 im Alter von 43 Jahren verstorben ist. Sein Tod hat uns vollkommen unerwartet getroffen. Er ist für uns menschlich und fachlich ein schwerer Verlust, der uns bestürzt und unsagbar traurig macht.

Herr Wenzlaff war seit 2003 im Referat Pflege der Landesvertretung Niedersachsen beschäftigt, zunächst als Referent und später als Leiter des Referats. Herr Wenzlaff hat sich in dieser Zeit durch Kompetenz und Engagement über den Verband hinaus einen Namen gemacht und Verdienste um die Pflege in Niedersachsen erworben.

Herr Wenzlaff hat sich in hohem Maße mit seiner Arbeit identifiziert. Er hat die Interessen der Ersatzkassen mit Leidenschaft vertreten und dabei immer auch ein Ohr für berechnete Belange der Pflegeeinrichtungen gehabt. Wir verlieren mit ihm einen exzellenten Fachmann und einen freundlichen, beliebten Kollegen.

Christian Wenzlaff hinterlässt bei uns eine schmerzliche Lücke. Wir sind ihm zu Dank verpflichtet und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

GURKE DES QUARTALS

Schlaf ist die beste Medizin. Von dieser Volksweisheit hat sich die neue Bundesregierung inspirieren lassen und leistet nun einen sehr praktischen Beitrag zur Gesundheitsförderung. Hotelübernachtungen – oder, wie es im Koalitionsvertrag heißt, „Beherbergungsdienstleistungen“ – sollen ab 2010 nämlich in den Genuss des ermäßigten Mehrwertsteuersatzes von sieben Prozent kommen. Deutlich skeptischer ist man in Berlin gegenüber Medizin aus der Apotheke: Bei Pillen und Salben werden weiterhin die

vollen 19 Prozent Mehrwertsteuer fällig.



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 · www.vdek.com/LVen/NDS/index.htm

Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer