

Vorwort

Nach zwischenzeitlicher finanzieller Entspannung gehen die Zeiten der Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung ihrem Ende entgegen. So will die Bundesregierung den Zuschuss an den Gesundheitsfonds als Mitfinanzierung familienpolitischer Leistungen auf 10,5 Milliarden Euro absenken, nachdem die Zahlungen bereits im vergangenen Jahr von 14 auf 11,5 Milliarden Euro reduziert worden waren. Gleichzeitig sind deutlich steigende Ausgabenzuwächse zu erwarten, wie etwa im Krankenhausbereich mit einer prognostizierten Steigerung von 4,7 Prozent.



Mit dem Geld der Versicherten und der Arbeitgeber werden Behandlungskapazitäten finanziert, die in den meisten Versorgungsbereichen ständig wachsen. So gibt es in Niedersachsen einen historischen Höchststand der Zahl niedergelassener Ärzte, bei Heilmittelerbringern sowie an stationären Pflegeplätzen. Vorrangiges Thema im Land bleibt eine Reform der Krankenhauslandschaft. Zu viele Krankenhäuser konkurrieren um zu wenig Patienten. Angesichts deutlich zurückgehender Einwohnerzahlen werden die Kliniken ohne Strukturreform immer kleiner und unterschreiten damit in wirtschaftlicher und qualitativer Hinsicht zunehmend notwendige Betriebsgrößen. Erforderlich sind eine Reduzierung von Standorten und Fusionen von Krankenhäusern.

Grundlegende Daten und Entwicklungen des Gesundheitswesens in Niedersachsen haben wir für Sie zusammengestellt und kommentiert. Unsere Broschüre erscheint zum sechsten Mal. Wir freuen uns, wenn sie Ihnen bei der Arbeit nützt und einen Beitrag zu einer sachlichen und fruchtbaren Diskussion rund um das Gesundheitswesen in Niedersachsen leistet.

Hannover, im April 2014

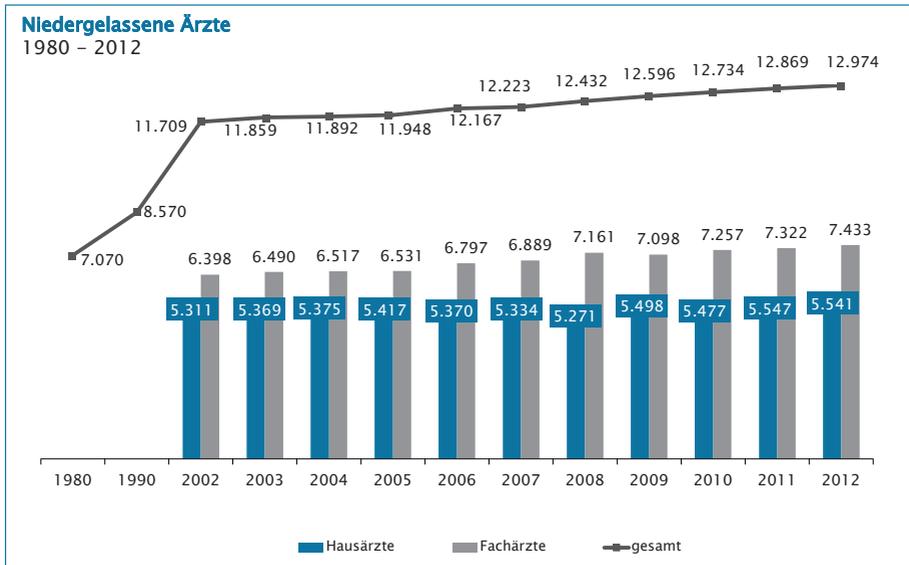
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jörg Niemann', written over a light blue horizontal line.

Jörg Niemann
Leiter der vdek-Landesvertretung

Inhalt

Niedergelassene Ärzte	4
Niedergelassene Ärzte nach Fachgruppen	5
Fachärzte: Entwicklung ausgewählter Gruppen	6
Versorgungssituation Ärzte	7
Einwohner je Hausarzt	8
Niedergelassene Psychotherapeuten	9
Besondere ambulante Versorgungsangebote für Kinder	10
Zahnärzte	11
Kieferorthopäden	12
Arznei-, Verband- und Heilmittelausgaben	13
Arznei- und Heilmittel: Ländervergleich	14
Rettungsdienst: Ausgaben der Krankenkassen	15
Ausgaben Rettungsdienst und Einnahmen der Krankenkassen	16
Heilmittelerbringer	17
Heilmittelerbringer: Entwicklung ausgewählter Gruppen	18
Hilfsmittelerbringer	19
Apotheken	20
Krankenhäuser und Bettenkapazität	21

Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser	22
Krankenhäuser: Landesbasisfallwert	23
Erlösvolumen Krankenhäuser DRG	24
Krankenhaus-Fördermittel des Landes	25
Krankenhäuser: Bettenzahl und Ausgaben	26
Entwicklung Krankenhausbetten	27
Krankenhäuser nach Trägerschaft	28
Krankenhausbetten nach Trägerschaft	29
Krankenhausärzte und Pflegepersonal	30
Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	31
Müttergenesung: Einrichtungen und Bettenzahl	32
Einrichtungen des Müttergenesungswerks	33
Pflegeeinrichtungen	34
Pflegeplätze stationär	35
Versicherte nach Kassenarten	36
Mitgliederentwicklung nach Kassenarten	37
Förderung ambulanter Hospizdienste	38
Förderung der Selbsthilfe	39



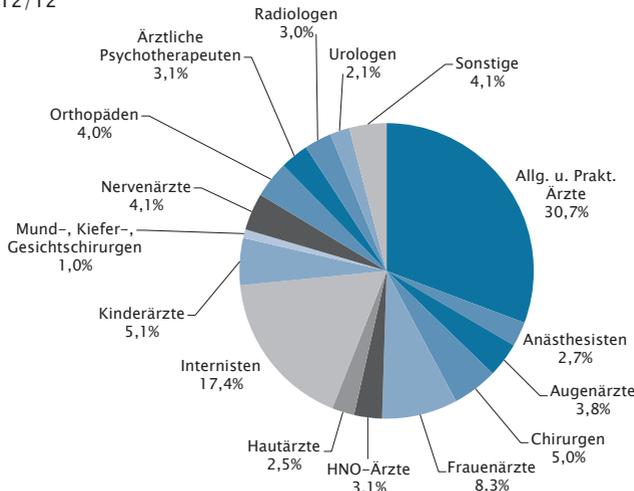
Quelle: KBV Bundesärztereister. Zahlen inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist bisher kontinuierlich gestiegen, seit 1980 um rund 84 Prozent auf einen historischen Höchststand von nunmehr landesweit knapp 13.000. Kamen damals auf einen Arzt noch 1.026 Einwohner, sind es heute nur noch 604. Altersbedingte Abgänge können durch Neuniederlassungen mehr als kompensiert werden. Von einem Mangel an Ärzten kann damit keine Rede sein.

Die Zahl der Hausärzte hat sich in den vergangenen zehn Jahren moderat um 230 erhöht. Zu dieser Gruppe zählen Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin. Deutlich größer war demgegenüber der Zuwachs bei den Fachärzten, deren Zahl in diesem Zeitraum um mehr als 1.000 gestiegen ist. Damit zeigt sich die Notwendigkeit, die hausärztliche Versorgung gegenüber der fachärztlichen Tätigkeit zu stärken. Ansätze dafür liegen vor allem in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte.

Niedergelassene Ärzte nach Fachgruppen

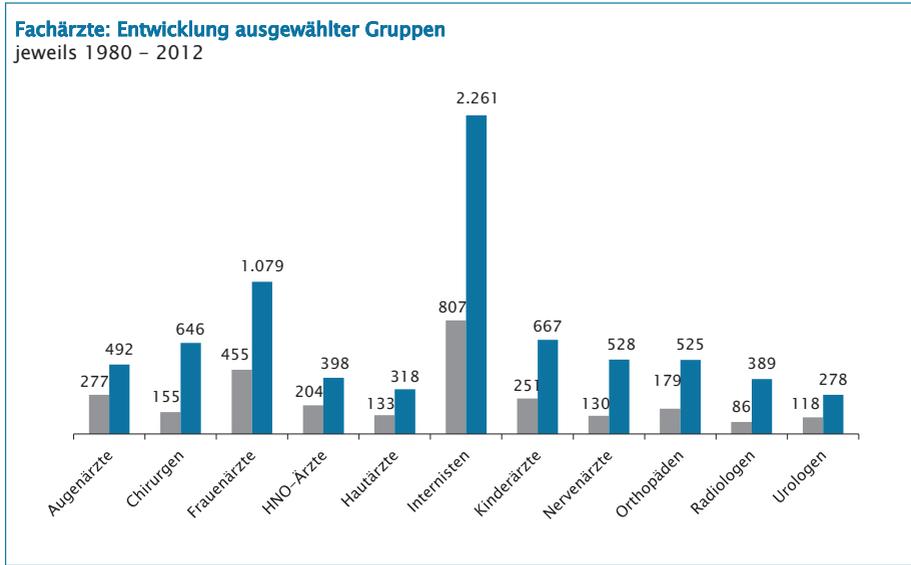
2012/12



Quelle: KBV Bundesarztregister. Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte

Waren die Allgemeinmediziner 1980 noch in der Mehrzahl, machen sie heute weniger als ein Drittel der niedergelassenen Ärzteschaft aus. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass zu den Hausärzten auch noch hausärztlich tätige Internisten sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin zählen und somit insgesamt 43 Prozent der Ärzte hausärztlich tätig sind. Gründe für die Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft sind die klinisch geprägte Aus- und Weiterbildung und eine zunehmende Subspezialisierung in der Medizin. Zudem war es in der Vergangenheit finanziell attraktiver, sich als Facharzt niederzulassen.

Weil dem Hausarzt eine wichtige Rolle als Lotse der Patientenversorgung zukommen soll, wird seit 2000 gegengesteuert, zum Beispiel durch Trennung der Honorartöpfe für Haus- und Fachärzte. Dies hat zu deutlich steigenden hausärztlichen Vergütungen geführt. Auch die Rahmenbedingungen für die Niederlassung wurden durch verschiedene Gesetze flexibilisiert.

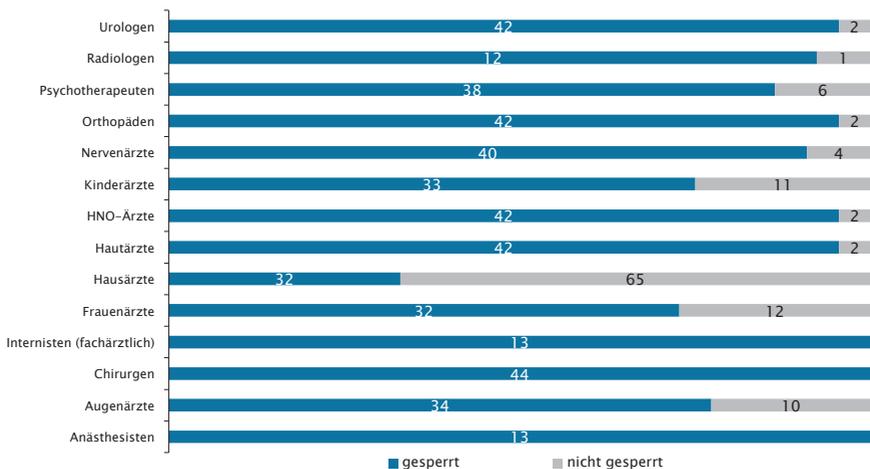


Quelle: KBV Bundesarztregister. Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte

Ein besonders starker Zuwachs unter den Fachärzten ist bei Internisten und Frauenärzten zu verzeichnen: In diesen beiden Fachgruppen ist die Zahl der Ärzte seit 1980 um 1.454 bzw. 624 gestiegen. Ein erheblicher Teil der Internisten ist hausärztlich tätig. Bei den Chirurgen, Hautärzten, Nervenärzten, Orthopäden, Radiologen und Urologen hat sich die Zahl der Ärzte jeweils mehr als verdoppelt. Seit 1980 neu hinzugekommen sind die im Schaubild nicht aufgeführten Gruppen der Anästhesisten und der ärztlichen Psychotherapeuten. Zusätzlich werden seit 2013 auch Kinder- und Jugendpsychiater, Humangenetiker, Laborärzte, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung einbezogen.

Versorgungssituation Ärzte

für Neuniederlassungen gesperrte Planungsbezirke
2013/03

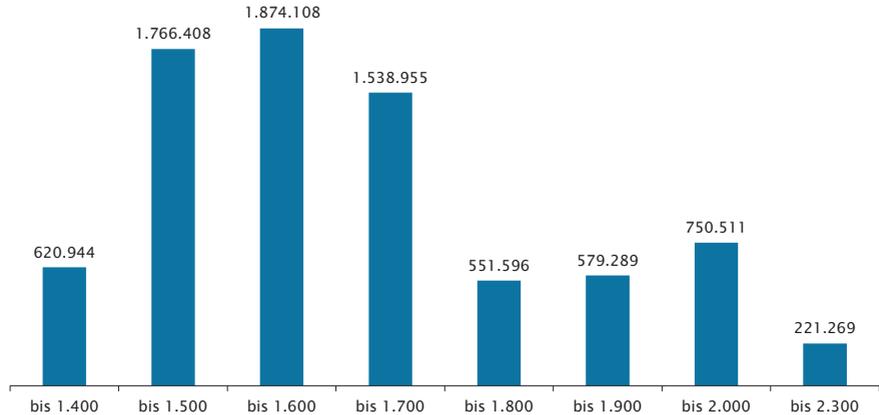


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung. Seit 2013 gibt es für bestimmte Facharztgruppen eine großräumigere Bedarfsplanung, für die hausärztliche Versorgung erfolgt die Planung in kleineren Mittelbereichen.

Die gesetzlich vorgegebene Bedarfsplanung soll für eine regionale Ausgewogenheit der Ärztedichte sorgen: Stehen in einer Region mehr Ärzte einer Fachgruppe zur Verfügung als notwendig, wird dieser Planungsbereich für Praxisneugründungen gesperrt. Die Grenze ist erreicht, wenn der Versorgungsgrad zehn Prozent über einem bundeseinheitlichen Normwert liegt und damit Überversorgung besteht. Dies gilt bei der fachärztlichen Versorgung für die allermeisten Planungsbereiche in Niedersachsen. Eine Unterversorgung droht in Niedersachsen nur in einem einzigen hausärztlichen Planungsbereich. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung stellen zusammen mit dem Land Mittel für gezielte Maßnahmen zur Niederlassungsförderung in Regionen mit entsprechendem Bedarf zur Verfügung.

Einwohner je Hausarzt

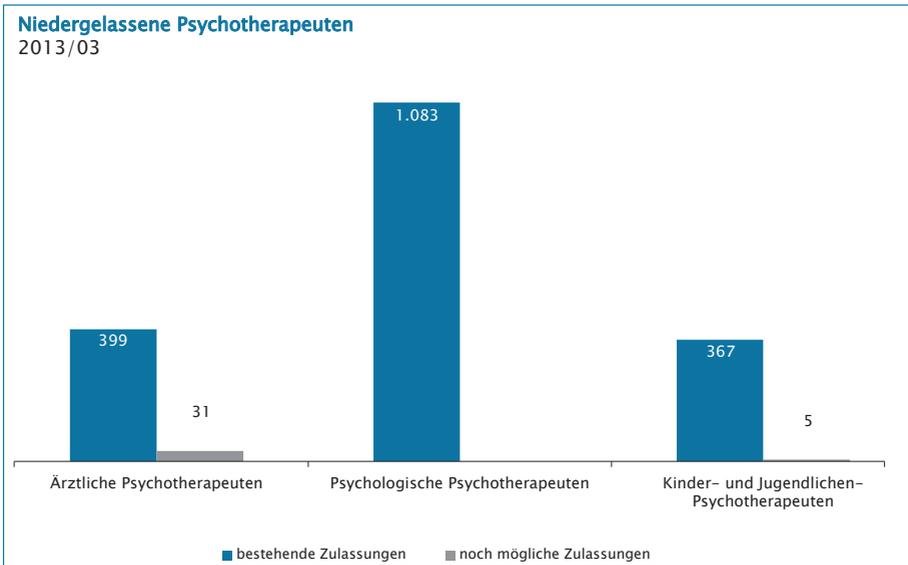
Zahl der Einwohner mit jeweiliger Versorgungsdichte
2013/03



Quelle: Vertragsärztliche Bedarfplanung

Den mit Abstand meisten Niedersachsen steht ein Versorgungsangebot mit einem Hausarzt für 1.500 bis 1.700 Einwohner zur Verfügung. Teilweise variiert die Praxisdichte aber stark. So betreut ein Hausarzt im Mittelbereich Bad Pyrmont gerade mal 1.141 Einwohner und damit fast 1.000 weniger als sein Kollege im Mittelbereich Lohne (Oldenburg). Ein Sonderfall stellt der hier nicht abgebildete Mittelbereich Munster mit einem Hausarzt für fast 2.800 Einwohner dar, wobei allerdings dort stationierte Soldaten mitgerechnet werden.

Um regionale Ungleichgewichte zu beheben, muss sich die ärztliche Niederlassung stärker als bisher am Bedarf der Bevölkerung orientieren. Eine Möglichkeit dabei wäre, die Tätigkeit in überversorgten Regionen finanziell unattraktiver als in anderen Gegenden zu gestalten.

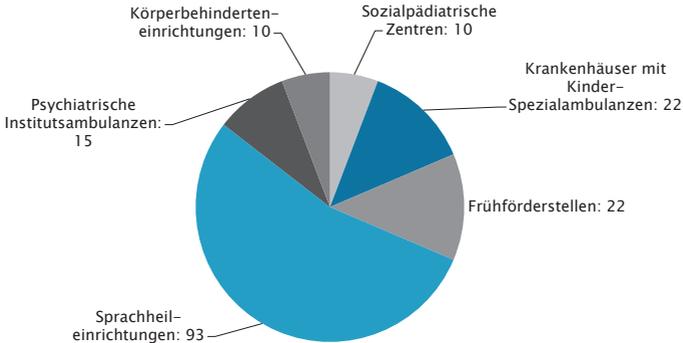


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung

Seit 1999 werden Neuzulassungen bei Psychotherapeuten nur noch bedarfsabhängig genehmigt. Dabei sind derzeit 20 Prozent der Sitze Psychotherapeuten vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, sowie 25 Prozent psychotherapeutisch tätigen Ärzten. Für psychologische Psychotherapeuten gilt keine Mindestquote. Die Übersicht zeigt die hohe Versorgungsdichte, indem bei den ärztlichen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten die meisten und bei den psychologischen Psychotherapeuten alle Regionen für Neuzulassungen gesperrt sind. Gleichzeitig wird über langes Warten Betroffener auf einen Therapieplatz berichtet. Damit liegt nahe, dass Indikationsstellung und Therapievoraussetzungen besser zu prüfen sind. Die gerade im internationalen Vergleich hohen Freiheitsgrade der Inanspruchnahme dürfen nicht dazu führen, dass Patienten mit ernsthaften Erkrankungen keine zeitnahe Behandlungsmöglichkeit finden.

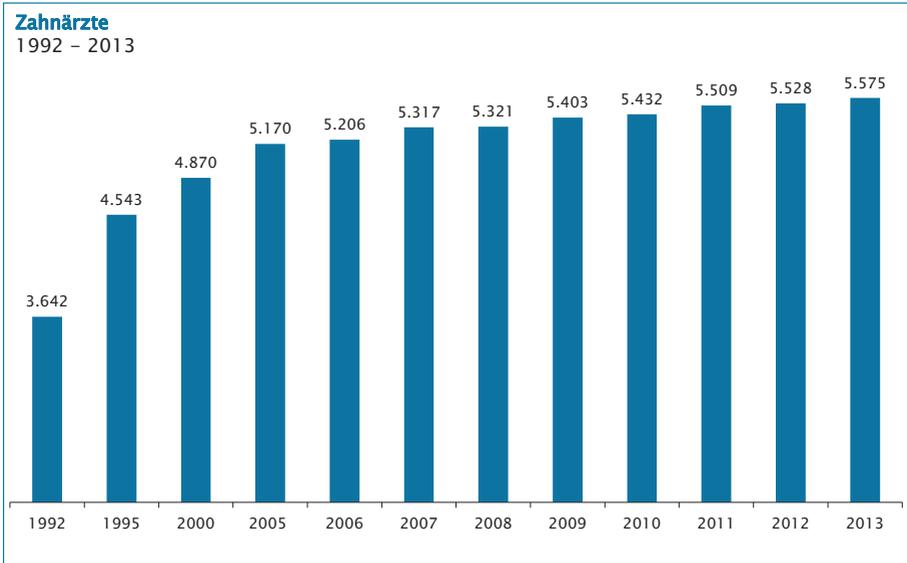
Besondere ambulante Versorgungsangebote für Kinder

2014/01



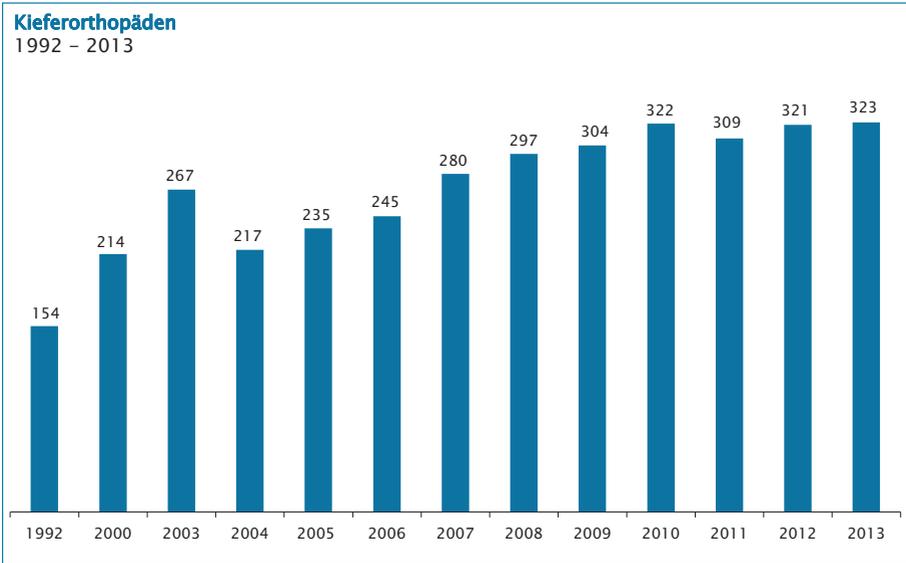
Quelle: Eigene Erhebung

Zur Behandlung besonderer Erkrankungen von Kindern stehen über Kinderärzte und Heilmittelerbringer hinaus landesweit 172 ambulante Spezialeinrichtungen zur Verfügung. Dazu gehören Spezialambulanzen an Krankenhäusern, Sozialpädiatrische Zentren, Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche, Frühförderstellen für behinderte oder entwicklungsauffällige Kinder, Sprachheileinrichtungen und die Körperbehinderteneinrichtungen mit Ergo- und Logotherapie sowie Krankengymnastik. Neben den Krankenkassen beteiligen sich teilweise auch andere Kostenträger wie etwa die Kommunen.



Quelle: Vertragszahnärztliche Bedarfsplanung, Inkl. angestellte Zahnärzte

Die Zahl der Zahnärzte hat seit 1992 um mehr als 50 Prozent zugenommen. In der Vergangenheit hatte die gesetzlich vorgesehene Bedarfsplanung durch Zulassungssperren in überversorgten Städten und Landkreisen für eine regionale Ausgewogenheit der Versorgungsdichte und eine gewisse Begrenzung der Anbieterzahl insgesamt gesorgt. Dieses Regulativ hat der Gesetzgeber 2007 ersatzlos gestrichen, sodass nunmehr auch Neuzulassungen in überversorgten Regionen möglich sind.



Quelle: Vertragszahnärztliche Bedarfsplanung. Seit 2003 inkl. „KFO-Erklärer“ (qualifizierte Allgemein Zahnärzte, die nur kieferorthopädisch tätig sind)

Die Zahl der Kieferorthopäden hat sich seit 1992 mehr als verdoppelt. 2004 hatte ein Teil der Vertragskieferorthopäden versucht, durch Zulassungsrückgaben Versorgungsengpässe zu provozieren, um Patienten in die Privatabrechnung zu zwingen. Nachdem dieser Versuch scheiterte, versuchten die „Aussteiger“ trotz fehlender vertraglicher Grundlage Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen abzurechnen. Dem hat das Bundessozialgericht im Juni 2007 endgültig einen Riegel vorgeschoben und die Kassenzulassung als grundsätzliche Voraussetzung zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung bestätigt.

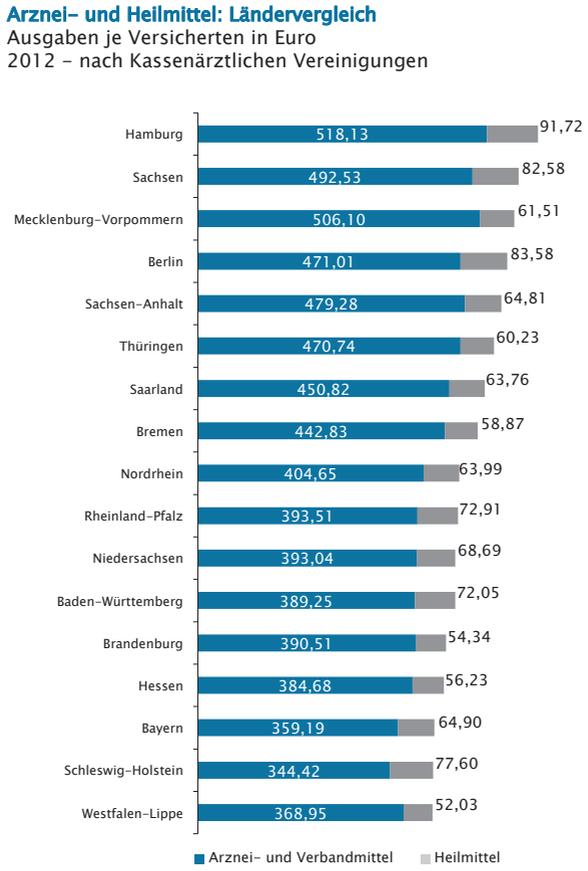
In der Folge sind fast alle „Aussteiger“ – zum Teil nach Ablauf einer sechsjährigen Sperre – in das Vertragssystem zurückgekehrt, zudem haben sich weitere Kieferorthopäden neu niedergelassen.



Quelle: GKV-Daten, Budgetvereinbarungen zwischen KVN und Verbänden der GKV

Die Ärzteschaft hat das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget in den vergangenen Jahren jeweils erheblich überschritten. Während 1997 ein Budget von knapp 1,8 Milliarden Euro nicht einmal ausgeschöpft wurde, überzogen die Ärzte in den Folgejahren ungleich höhere Ausgabenobergrenzen deutlich. Diese Entwicklung ist medizinisch nicht zu erklären und zeigt die Notwendigkeit eines kostenbewussten Verordnungsverhaltens.

Die Budgetanpassungen der Jahre 2003 und 2004 haben den Verordnungsspielraum der Ärzte nicht eingeschränkt: 2003 sanken die Preise für Arzneimittel durch Rabatte um 6,5 Prozent, 2004 wurden u. a. erhöhte Zuzahlungen der Versicherten berücksichtigt. Eine leichte Kostenreduktion gab es erstmals 2011 durch die Wirkungen des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG). Schon im Folgejahr sind die Ausgaben aber wieder gestiegen.

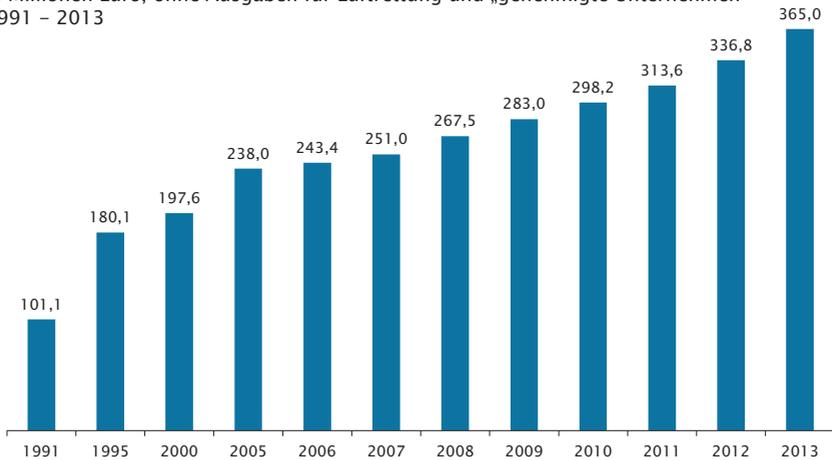


Quelle: Eigene Berechnung, GKV-Daten, KM6

Die Gesamtausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel je Versicherten lagen in Niedersachsen 2012 rund 1,6 Prozent unter dem Bundesschnitt. Während die Arzneimittelausgaben 2,1 Prozent unter dem Mittel blieben, lagen die Ausgaben für Heilmittel 1,5 Prozent darüber.

Rettungsdienst: Ausgaben der Krankenkassen

in Millionen Euro, ohne Ausgaben für Luftrettung und „genehmigte Unternehmen“
1991 – 2013

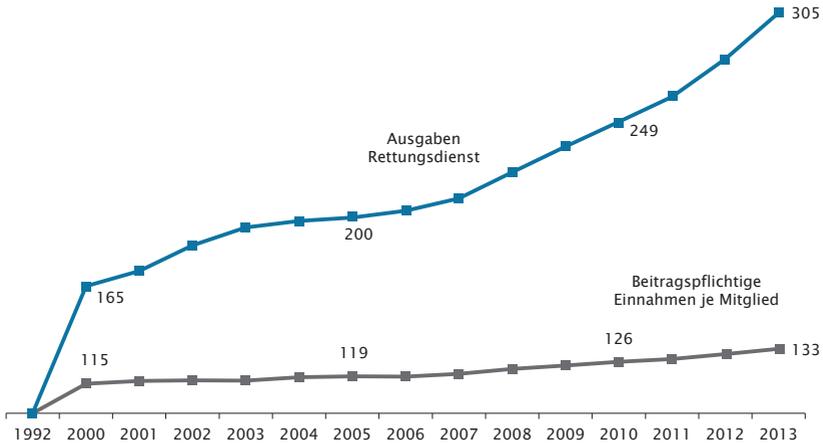


Quelle: Träger des Rettungsdienstes; für 2013 Hochrechnung.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für den Rettungsdienst (inklusive Krankentransport) haben sich seit 1991 mehr als verdreifacht. Zusätzlich zu den hier dargestellten öffentlichen Vorhaltekosten müssen die Kassen auch noch die Einsätze sogenannter genehmigter Organisationen bezahlen. Dabei handelt es sich um private Krankentransport-Anbieter. Der Hauptgrund für die Kostenexplosion liegt in der Konstruktion des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (s. Seite 16).

Ausgaben Rettungsdienst und Einnahmen der Krankenkassen

Veränderung in Prozent
1992 – 2013

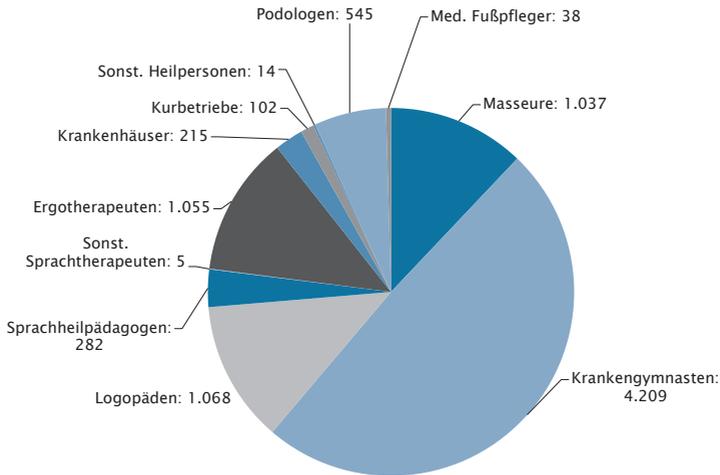


Quelle: Träger des Rettungsdienstes und BMG, KJ1; Ausgaben 2013 hochgerechnet.

Die Ausgaben für den Rettungsdienst steigen seit Jahren um ein Vielfaches stärker als die Einnahmen der Krankenkassen. Vorrangig verantwortlich dafür sind zentrale Schwächen des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes, die auch durch verschiedene Novellierungen nicht behoben wurden. So fehlt weiterhin eine gesetzliche Begrenzung der Ausgabendynamik durch Anbindung an die Grundlohnentwicklung. Zuschnitt und Größe von Rettungsdienstbereichen orientieren sich nach wie vor grundsätzlich an kommunalen Grenzen, obwohl größere Einheiten versorgungstechnisch sinnvoll und deutlich günstiger wären. In den letzten beiden Jahren hat sich die ohnehin enorme Ausgabendynamik noch einmal zusätzlich verschärft, u.a. durch erheblich steigende Zahlungen für Notarztdienste. Außerdem müssen die Krankenkassen nach Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes seit 2013 auch Vorhaltekosten für die Bewältigung von Großschadensereignissen berücksichtigen.

Heilmittelerbringer

2014/01

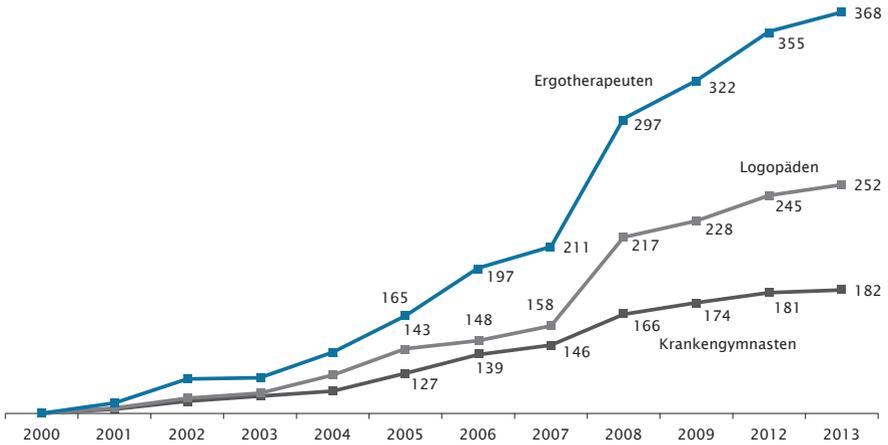


Quelle: Eigene Erhebung

Die größte Gruppe unter den 8.570 Heilmittelerbringern sind die Krankengymnasten, die etwa die Hälfte der Anbieter stellen. Für Heilmittelerbringer besteht keine Bedarfsplanung: Jeder Anbieter, der über entsprechende Qualifikationen und Praxisräumlichkeiten verfügt, kann Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Das führt zu einem erheblichen Anstieg der Anbieterzahlen (s. Seite 18).

Heilmittelerbringer: Entwicklung ausgewählter Gruppen

Veränderung in Prozent
2000 – 2013

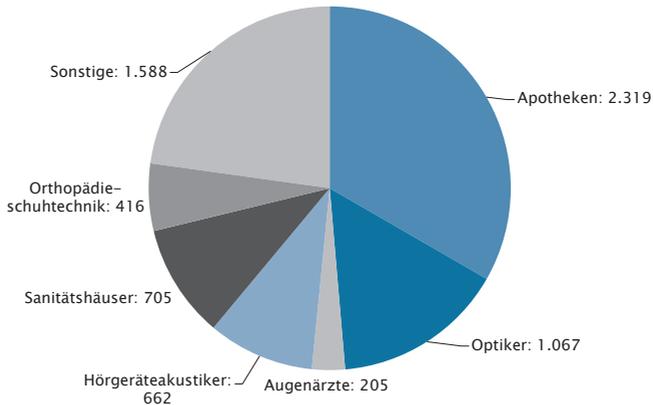


Quelle: Eigene Erhebung

Die Zahl der Heilmittelerbringer ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen, allein die der Ergotherapeuten hat sich seit 2000 beinahe vervierfacht. Anders als bei Ärzten ist es bei der Heilmittelversorgung nicht möglich, Bezirke wegen Überversorgung für Neuzulassungen zu sperren. Die Entwicklung korrespondiert mit erheblichen Ausgabenzuwächsen.

Hilfsmittelerbringer

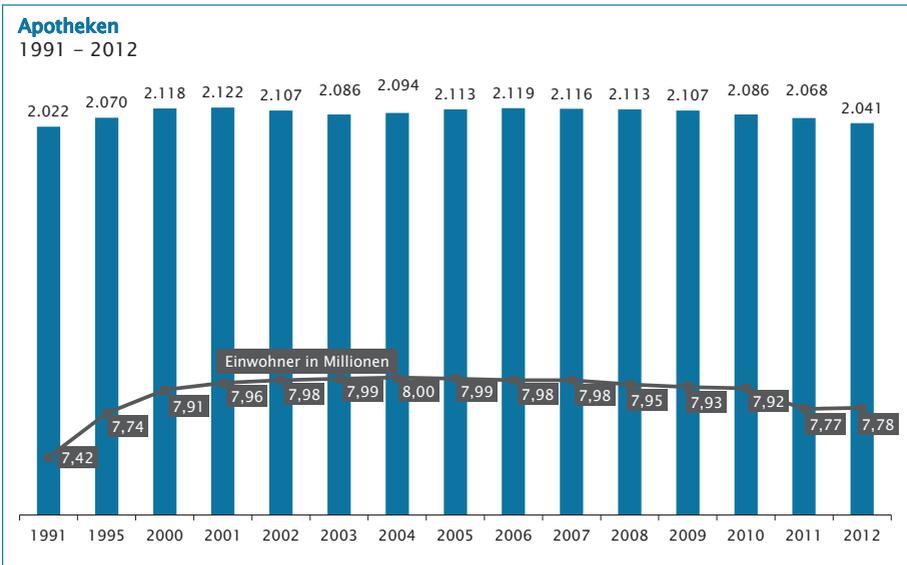
2014/01



Quelle: Eigene Erhebung

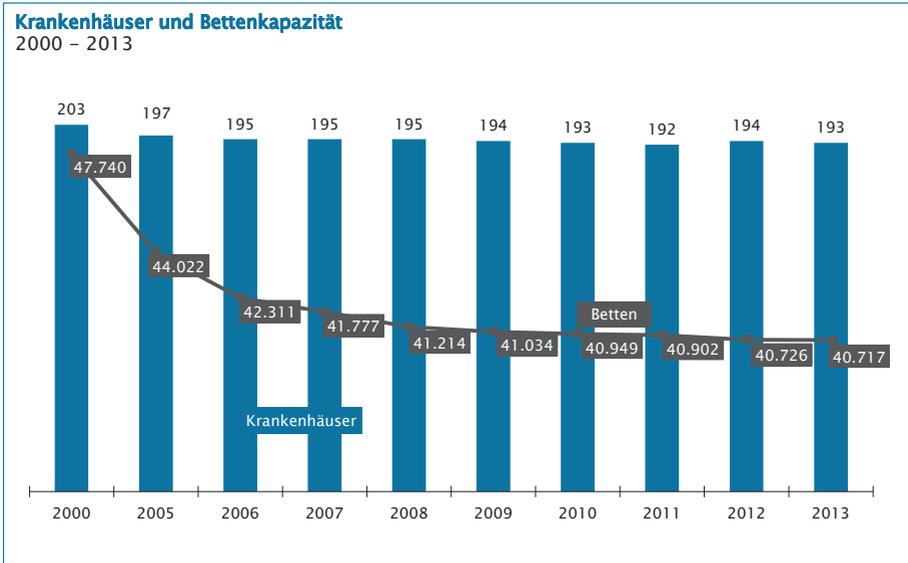
Die größte Gruppe unter den rund 7.000 Hilfsmittelerbringern ist die der Apotheken.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 dürfen Hilfsmittel nur noch auf Grundlage von Verträgen an Versicherte abgegeben werden. Vor Vertragsabschluss haben Leistungserbringer gegenüber der jeweiligen Krankenkasse ihre persönliche und fachliche Eignung nachzuweisen. Dabei können sie ein Präqualifizierungsverfahren durchlaufen. Seit Umsetzung dieses Verfahrens zum 1. Januar 2011 sind in Niedersachsen 3.216 Leistungserbringer zur Abgabe von Hilfsmitteln präqualifiziert. Der GKV-Spitzenverband hat auch den Verband der Ersatzkassen (vdek) mit der „PQS Hilfsmittel“ als Präqualifizierungsstelle benannt.



Quelle: ABDA, Die Apotheke: Zahlen-Daten-Fakten; Niedersächsisches Landesamt für Statistik

Die Zahl der Apotheken liegt seit Jahren auf einem konstant hohen Niveau. 2012 versorgte jede der mehr als 2.000 Apotheken im Schnitt 3.800 Einwohner. Besonders hoch ist die Dichte in den Großstädten. Die Zahlen widerlegen das von der Apothekenlobby seit Beginn der 1990er-Jahre immer wieder bemühte Szenario des drohenden Apothekensterbens.

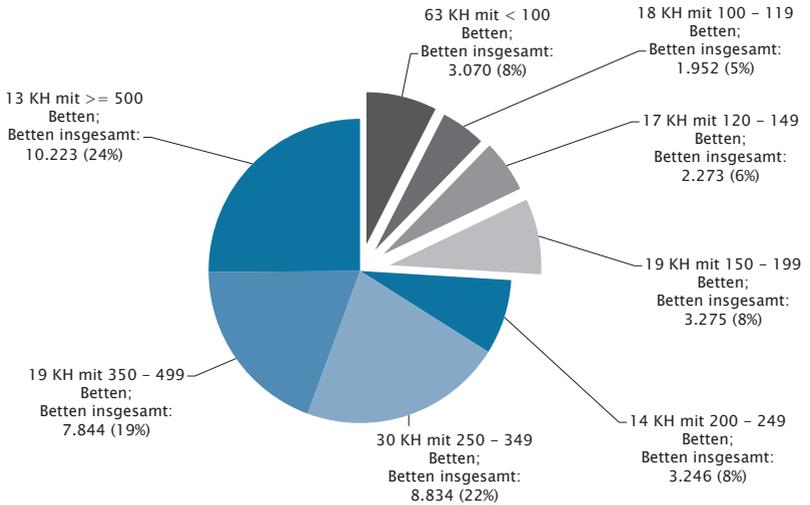


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Der Abbau von Überkapazitäten bei der Krankenhausversorgung bringt bislang kaum strukturelle Effekte mit sich. So ist die Zahl der Betten seit 2000 zwar um rund 15 Prozent gesunken, die der Häuser aber weitgehend konstant geblieben. Im Ergebnis sind Krankenhäuser und ihre Abteilungen damit nur kleiner geworden. Steigerungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit würden hingegen eine stärkere Konzentration von Versorgungsangeboten an größeren, leistungsfähigen Standorten voraussetzen. Eine flächendeckende stationäre Versorgung bei guter Erreichbarkeit könnte mit deutlich weniger Krankenhäusern als bisher organisiert werden.

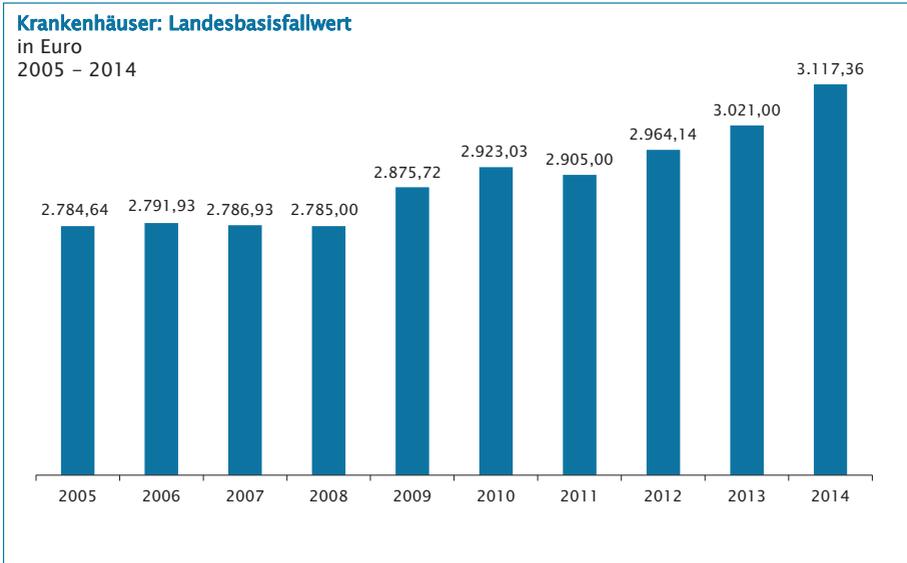
Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser

2013



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Das Schaubild zeigt die Zerfaserung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen: 117 der 193 Krankenhäuser haben jeweils weniger als 200 Betten. Gemeinsam halten diese 117 Häuser gerade mal ein gutes Viertel der gesamten Bettenkapazität im Land vor. In vielen Regionen bestehen Parallelstrukturen kleiner und kleinster Krankenhäuser und Abteilungen.

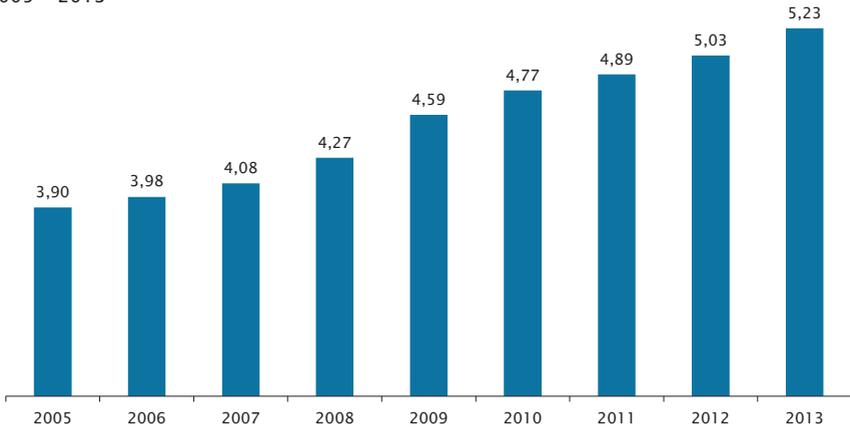


Quelle: Landesvereinbarungen

Der Landesbasisfallwert ist seit 2005 Grundlage der Krankenhausfinanzierung. Er entspricht dem rechnerischen Durchschnittspreis aller somatischen Krankenhausbehandlungen und gilt für alle Kliniken im Land gleichermaßen. Zur Abrechnung einer Leistung wird dieser Basiswert mit einem Bewertungsfaktor multipliziert, dessen Höhe sich nach dem Aufwand der jeweiligen Leistung richtet. Der Landesbasisfallwert wird zwischen Krankenkassenverbänden und Krankenhausgesellschaft jährlich neu vereinbart. Bei der Bemessung werden nicht nur die allgemeine Lohnentwicklung, sondern auch darüber hinausgehende Tarifsteigerungen an den Krankenhäusern sowie Sonderprogramme wie etwa für Pflegekräfte berücksichtigt. Zusätzlich zum Landesbasisfallwert können die Krankenhäuser 2014 je Leistung einen Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent abrechnen.

Zwischen 2010 und 2014 sind die Landesbasisfallwerte schrittweise an einen bundesweit geltenden Korridor angeglichen worden. Dieser Prozess hat zu einer Harmonisierung der Preise in den Bundesländern geführt, von der die niedersächsischen Krankenhäuser profitiert haben.

Erlösvolumen Krankenhäuser DRG
in Milliarden Euro
2005 – 2013



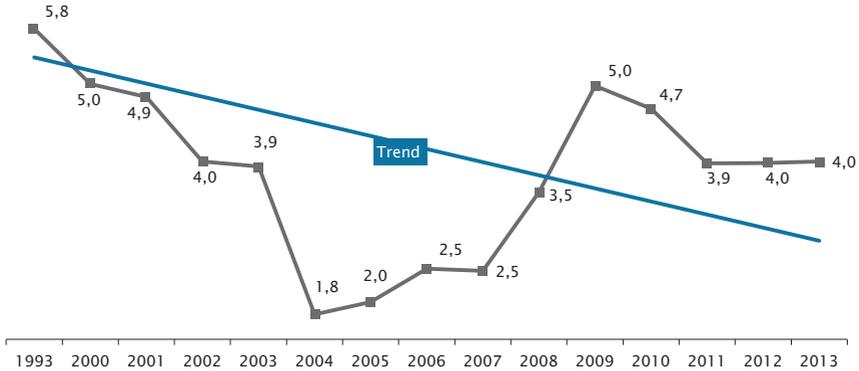
Quelle: Vereinbarungen Landesbasisfallwert und eigene Berechnungen; inkl. Beitragsschuldengesetz, Versorgungszuschlag 1 % ab 01.08.2013

Das tatsächliche Erlösvolumen der Krankenhäuser steigt deutlich stärker, als es der Landesbasisfallwert als Preiskomponente ausdrückt, da über den Preis hinaus auch die Menge der Leistungen maßgeblich für die Einnahmen ist. Dieses Erlösvolumen für somatische Behandlungen ist seit Beginn der Finanzierung durch Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) 2005 bis 2013 um rund 34 Prozent gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von 4,2 Prozent im Jahr. Damit verzeichnen die Krankenhäuser eine deutliche Einnahmenentwicklung. Demgegenüber sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen als Kostenträger in dem gesamten Zeitraum um rund zehn Prozent gewachsen.

Zu berücksichtigen ist, dass die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen noch über den hier dargestellten Werten liegen, weil die Kliniken darüber hinaus weitere, nicht vereinbarte Leistungen erbringen und abrechnen.

Krankenhaus-Fördermittel des Landes

jeweils Anteil am Finanzvolumen der Häuser in Prozent
1993 – 2013

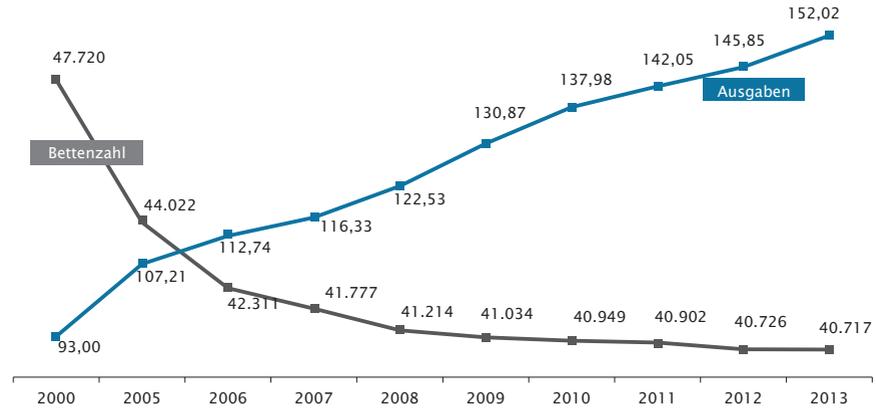


Nds. Haushaltsansätze KHG-Mittel lt. Einzelplan 5, von 2004 – 2007 Auslagerung der Einzelförderungsansätze; eigene Berechnungen

Während die Krankenkassen für die Behandlungskosten ihrer Versicherten aufkommen, sind die Bundesländer jeweils für die sogenannte Investitionskostenförderung für Bau-, Renovierungs- und Modernisierungsmaßnahmen zuständig. Dieser Anteil von Landesmitteln am Finanzvolumen der Häuser ist in Niedersachsen in den vergangenen Jahren tendenziell gesunken und deckt nicht einmal mehr die Hälfte des tatsächlichen Investitionsbedarfs. Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft geht von einem Investitionsstau in Milliardenhöhe aus. Solange das Land seiner Verpflichtung nicht ausreichend nachkommt, sehen sich die Krankenhäuser gezwungen, Sanierungs- und Investitionsmaßnahmen aus Mitteln für die Patientenbehandlungen und damit zu Lasten der Krankenkassenbudgets zu finanzieren.

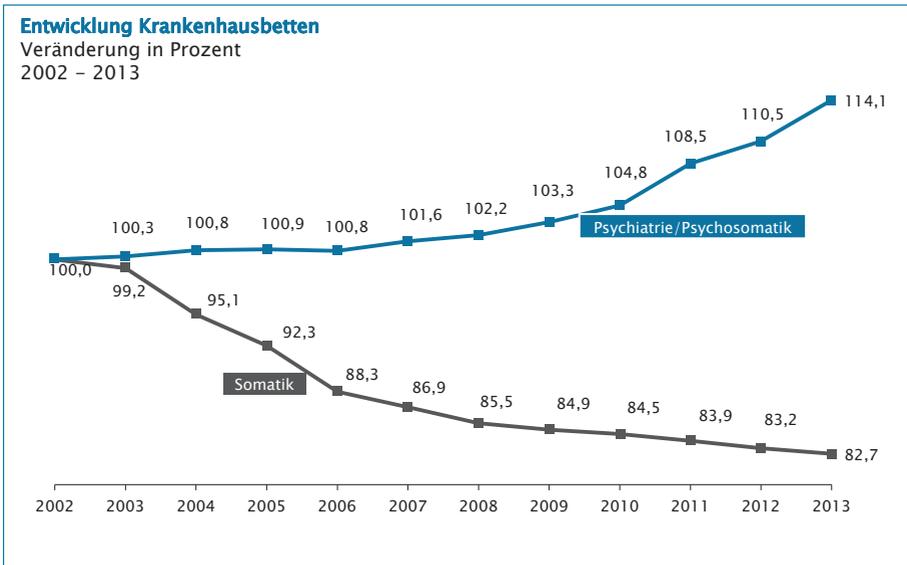
Krankenhäuser: Bettenzahl und Ausgaben

Ausgaben der Krankenkassen pro Bett in tausend Euro
2000 – 2013



Quelle: Eigene Berechnung / Niedersächsischer Krankenhausplan

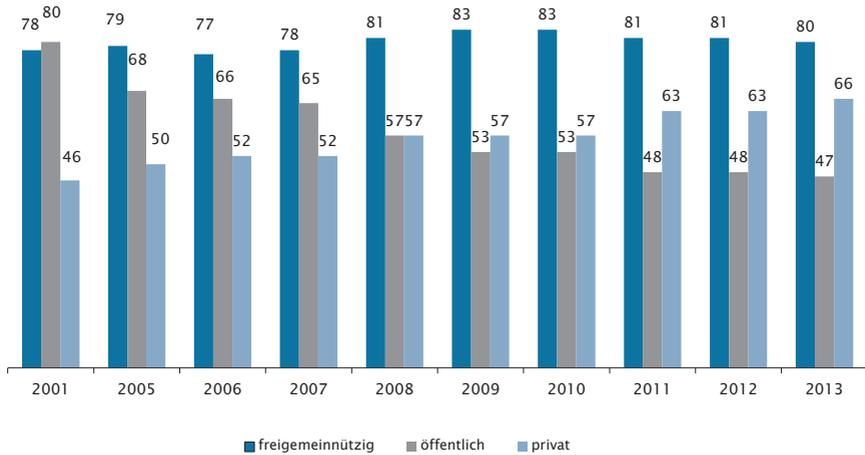
Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer bei Krankenhausbehandlungen hat zum Abbau überflüssiger Bettenkapazitäten geführt. Dem steht allerdings eine permanente Steigerung der Ausgaben der Krankenkassen pro Bett gegenüber. Der Betrag erhöhte sich zwischen 2000 und 2013 von 93.000 Euro auf rund 152.000 Euro. Das entspricht einer Steigerung von 61 Prozent. Die Versorgung ist durch den bisherigen Bettenabbau also nicht günstiger geworden.



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

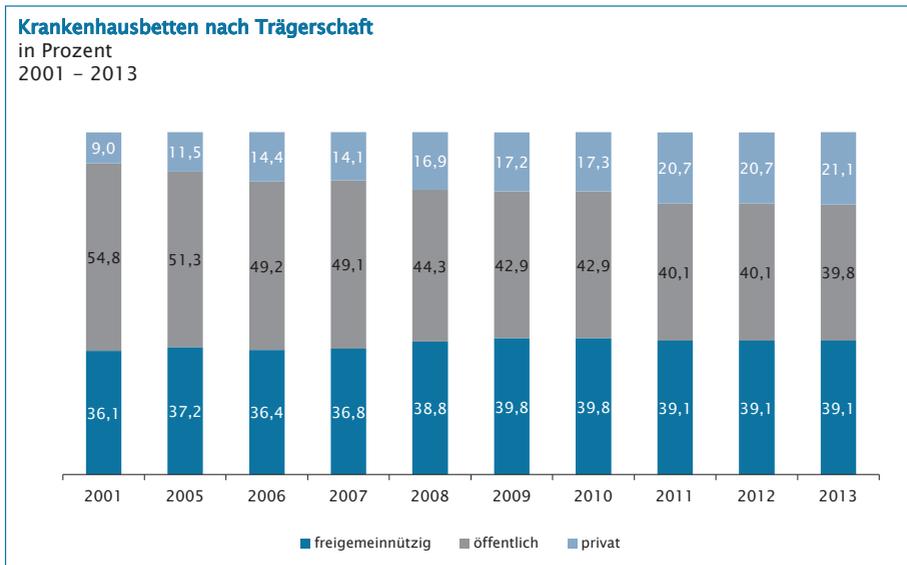
Während die Zahl der Betten im somatischen Bereich in den vergangenen Jahren mangels Auslastung um mehr als 17 Prozent zurückgegangen ist, ist die der Betten in Psychiatrien und psychosomatischen Einrichtungen um gut 14 Prozent gestiegen. Dieser Zuwachs spiegelt sowohl einen höheren Bedarf in diesem Bereich als auch das wirtschaftliche Interesse der Einrichtungsträger an einer Ausweitung dieses Sektors wider. Das Interesse scheint dadurch begründet zu sein, dass Träger davon ausgehen, gerade in diesem Bereich hohe Gewinnspannen erreichen zu können.

Krankenhäuser nach Trägerschaft
2001 – 2013



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan; Erhebung jeweils zum 1. Januar eines Jahres

Die Zahl von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist zwischen 2001 und 2013 von 80 auf 47 deutlich zurückgegangen. Demgegenüber gibt es nun weit mehr Kliniken in privater Trägerschaft (plus 20). Weitgehend konstant blieb die Zahl freigemeinnütziger Häuser.

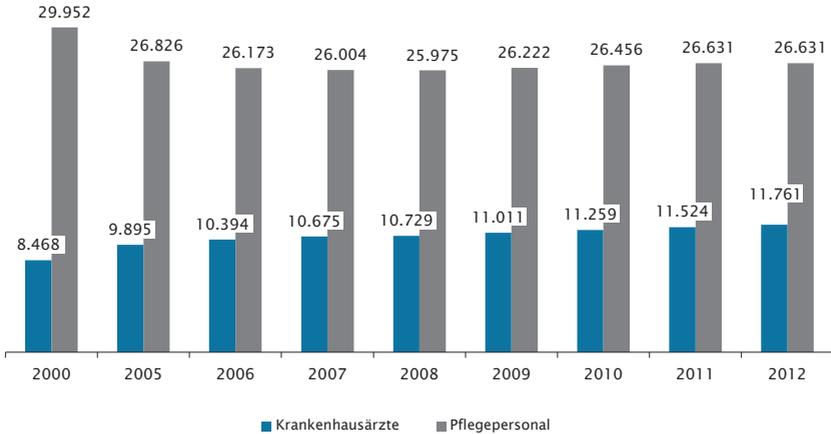


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Der Anteil der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft hat sich zwischen 2001 und 2013 von neun auf gut 21 Prozent mehr als verdoppelt. Demgegenüber ist der Anteil von Betten in öffentlicher Trägerschaft von knapp 55 auf unter 40 Prozent zurückgegangen. Weitere Veränderungen der Kliniklandschaft infolge von Kooperationen, Fusionen und Übernahmen sind zu erwarten.

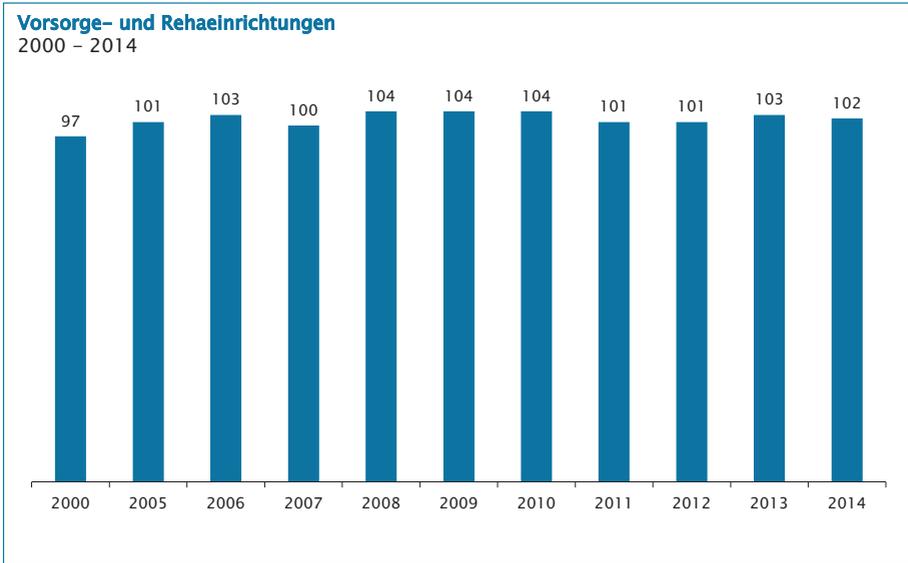
Krankenhausärzte und Pflegepersonal

Vollkräfte im Jahresdurchschnitt
2000 – 2012



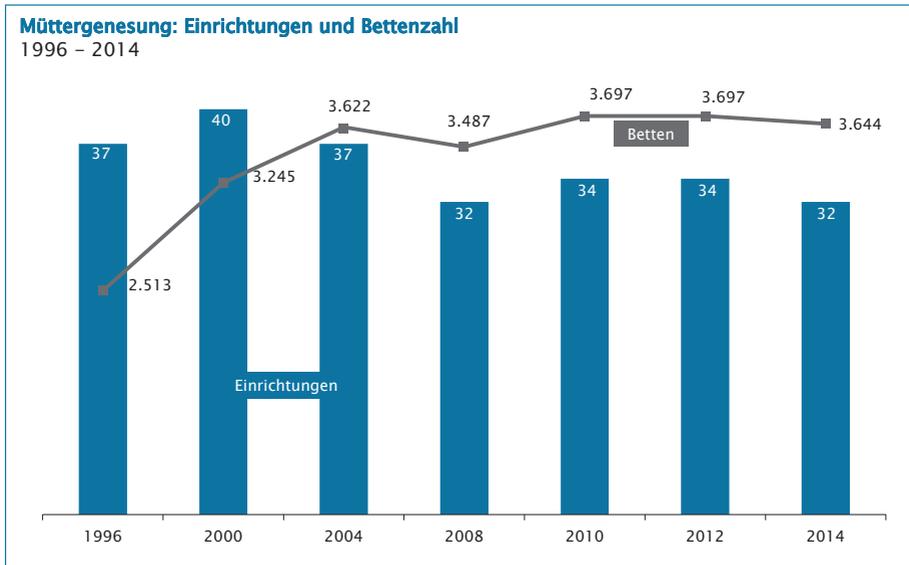
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Im Zuge der Umstellung der Finanzierung auf Fallpauschalen 2005 ist die Dauer von Krankenhausaufenthalten zurückgegangen. Der damit verbundene Abbau überflüssiger Betten hat zunächst zu einer deutlichen Verringerung der Zahl der Pflegekräfte in den Kliniken geführt. Seit 2008 ist deren Zahl allerdings wieder leicht um 656 gestiegen. Auf der anderen Seite hat die Zahl der Ärzte in den Kliniken seit 2000 deutlich um rund 39 Prozent zugenommen. Dieser Zuwachs resultiert zum Teil aus veränderten Arbeitszeitregelungen, spiegelt aber auch die Strategie der Krankenhäuser wider, zusätzliche Erlöse durch Mehrleistungen zu erzielen.



Quelle: Eigene Daten

Die Zahl der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist seit 2000 leicht gestiegen. Hintergrund sind vermehrte Maßnahmen im Anschluss an Krankenhausaufenthalte sowie neue geriatrische Rehabilitationsangebote.

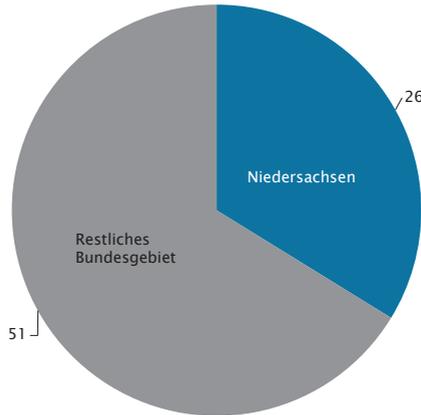


Quelle: Eigene Berechnungen

Im Bereich der Müttergenesung ist die Zahl der Betten ab 1996 deutlich gestiegen. Weil gleichzeitig weniger Leistungsanträge gestellt wurden, ging die Auslastung in vielen Häusern zurück. In der Folge kam es ab 2004 auf hohem Versorgungsniveau zu leichten Kapazitätsanpassungen. Durch dann wieder anhaltend steigende Antragszahlen und eine entsprechende Entwicklung der Belegung sind die Kapazitäten seitdem wieder erweitert worden und erreichen seit 2010 erneut den alten Höchststand.

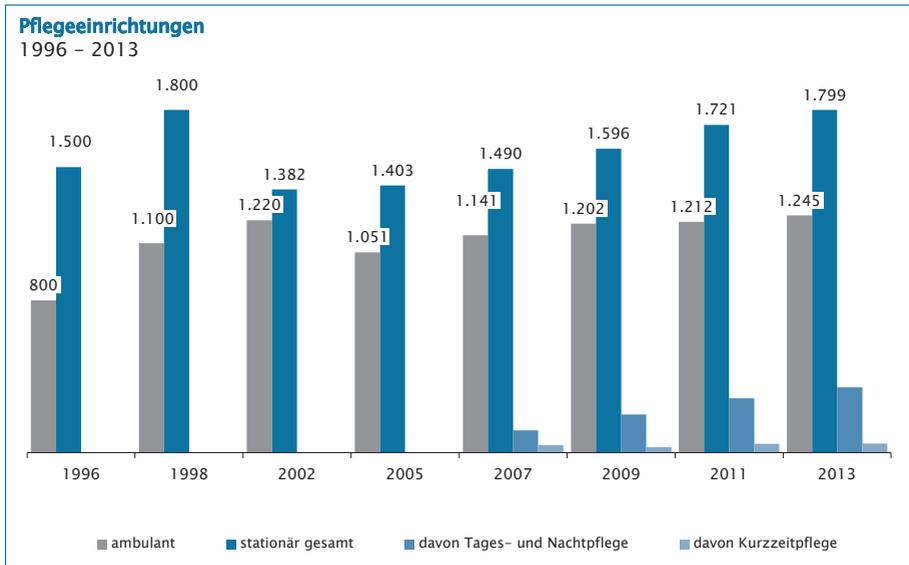
Parallel zu dieser Entwicklung ist die Zahl der Einrichtungen seit 1996 leicht gesunken. Damit verteilen sich heute mehr Betten auf etwas weniger Häuser. Der Trend bei der Müttergenesung geht also zu größeren, leistungsfähigen Einheiten.

Einrichtungen des Müttergenesungswerks
2014



Quelle: Eigene Berechnungen; ohne gleichartige Einrichtungen und Einrichtungen für behinderte Menschen

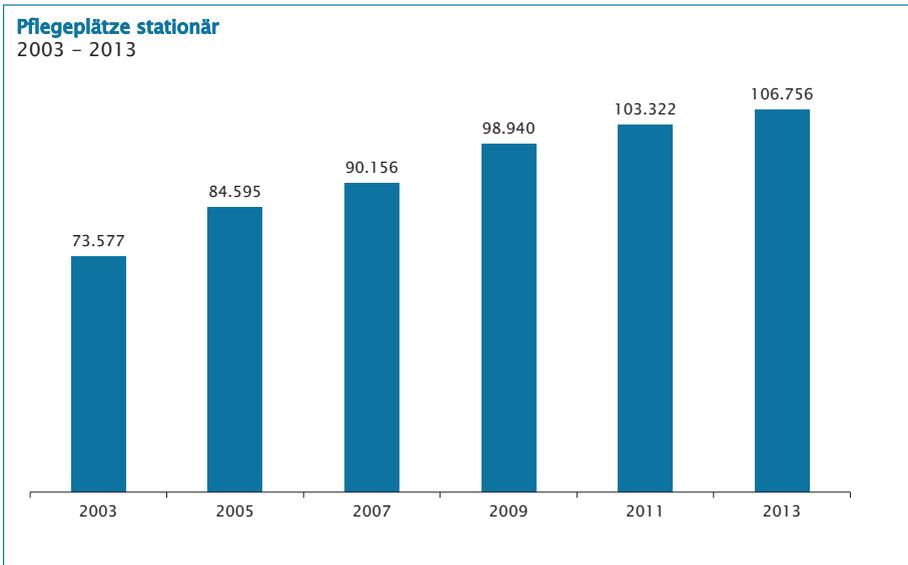
Niedersachsen hat überproportional viele Mütter- und Mutter/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehaeinrichtungen: Fast ein Drittel der Einrichtungen des Müttergenesungswerks befindet sich zwischen Harz und Nordsee, während der Landesanteil an der Bevölkerung der Bundesrepublik nur rund zehn Prozent beträgt. Damit wird in Niedersachsen mit seinen attraktiven Standorten wie etwa an der Küste ein erheblicher Teil der Versorgungskapazitäten auch für Versicherte in anderen Bundesländern vorgehalten.



Quelle: Verbände der Pflegekassen; Ausweisung Tages- und Nachtpflege / Kurzzeitpflege ab 2007

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste steigt seit 2005. Hinter dem nominellen Rückgang der Vorjahre standen vor allem Fusionen von Anbietern. Generell führt in der ambulanten Pflege eine steigende Kundenzahl nicht zwangsläufig zu mehr Diensten, sondern eher zu einem Wachstum vorhandener Anbieter, die dann mit mehr Personal größere, wirtschaftlichere Einheiten bilden.

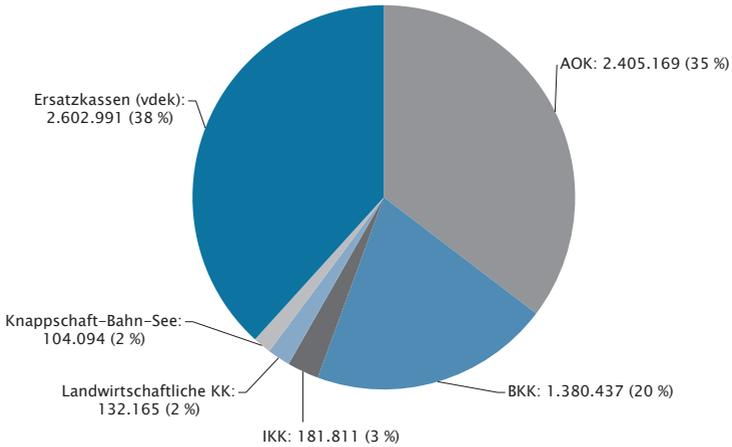
In der stationären Pflege führt die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger wegen der Begrenzung baulicher Kapazitäten zur Schaffung weiterer Einrichtungen. So ist bei den Heimen seit 2002 ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Zu dem Zuwachs haben auch Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege beigetragen. Diese Entwicklung folgt der Intention des Gesetzgebers, die häusliche Pflege zu stärken und damit die dauerhafte vollstationäre Versorgung so lange wie möglich zu vermeiden.



Quelle: Verbände der Pflegekassen; einschließlich teilstationär und Kurzzeitpflege

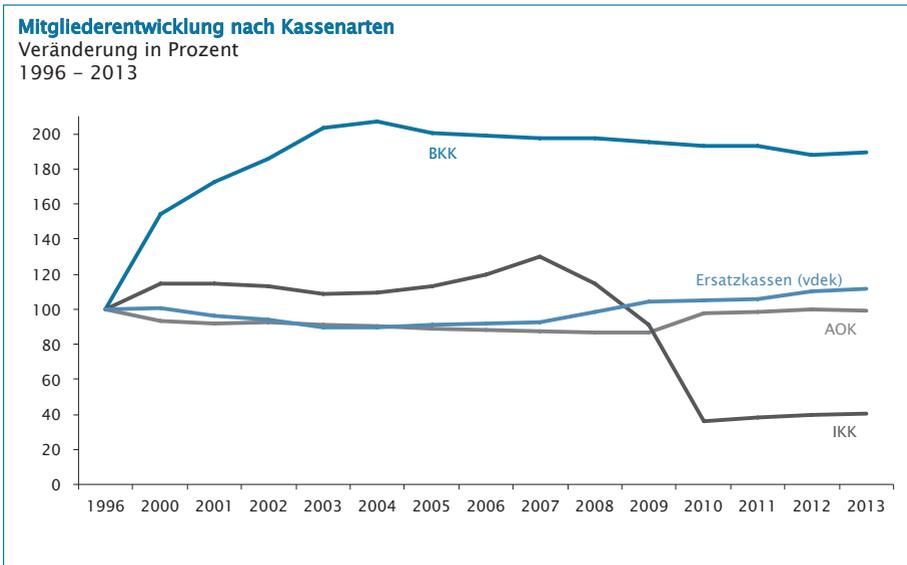
Noch nie gab es in Niedersachsen so viele stationäre Plätze für pflegebedürftige Menschen. Die Zahl ist innerhalb von zehn Jahren um 45 Prozent auf mehr als 106.000 gestiegen. Während es in der Vergangenheit aufgrund von Wartelisten nicht immer selbstverständlich war, kurzfristig einen Pflegeplatz zu finden, bestehen heute bei einer durchschnittlichen Auslastung von unter 90 Prozent in der Regel Wahlmöglichkeiten für Menschen, die für sich oder Angehörige einen Pflegeplatz suchen. Der Zuwachs widerlegt auch Klagen über eine vermeintlich mangelnde Finanzausstattung der Pflegeheime.

Versicherte nach Kassenarten
2013/07



Quelle: BMG, KM6

Die im vdek zusammengeschlossenen Ersatzkassen sind mit landesweit 2,6 Millionen Versicherten (38 Prozent) größte Kassenart in Niedersachsen. Die Versichertenanzahl setzt sich zusammen aus 1,9 Millionen Mitgliedern, die die Beiträge aufbringen, sowie deren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

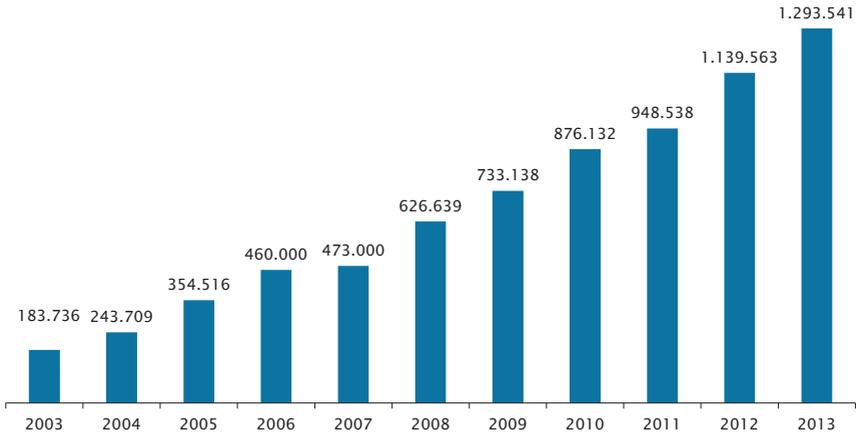


Quelle: BMG, KM6

Von der Einführung des freien Kassenwahlrechts 1996 haben zunächst vor allem Betriebs- und Innungskrankenkassen profitiert, die sich als einzige Kassen neu errichten, ausdehnen, vereinigen und wieder schließen durften. Diese Sonderrechte haben den gewünschten Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung verzerrt.

In den vergangenen Jahren war einerseits eine Stabilisierung bei der Kassenwahl zu verzeichnen, bedingt durch die zunehmende Angleichung der Beitragsätze bis hin zu einem staatlich festgelegten Einheitsbeitragssatz ab 2009, aber auch Möglichkeiten für serviceorientierte Krankenkassen, ihre Leistungsfähigkeit gegenüber den Kunden unter Beweis zu stellen. Andererseits haben die ab 2007 möglichen kassenartenübergreifenden Fusionen für Bewegung im Kassenmarkt gesorgt, wie vor allem die Entwicklung des IKK-Systems zeigt. Nach der anstehenden Finanzreform werden die Krankenkassen individuelle prozentuale Zusatzbeiträge erheben, wodurch es wieder zu einer Ausdifferenzierung der Beitragsätze mit entsprechender Wettbewerbswirkung kommt.

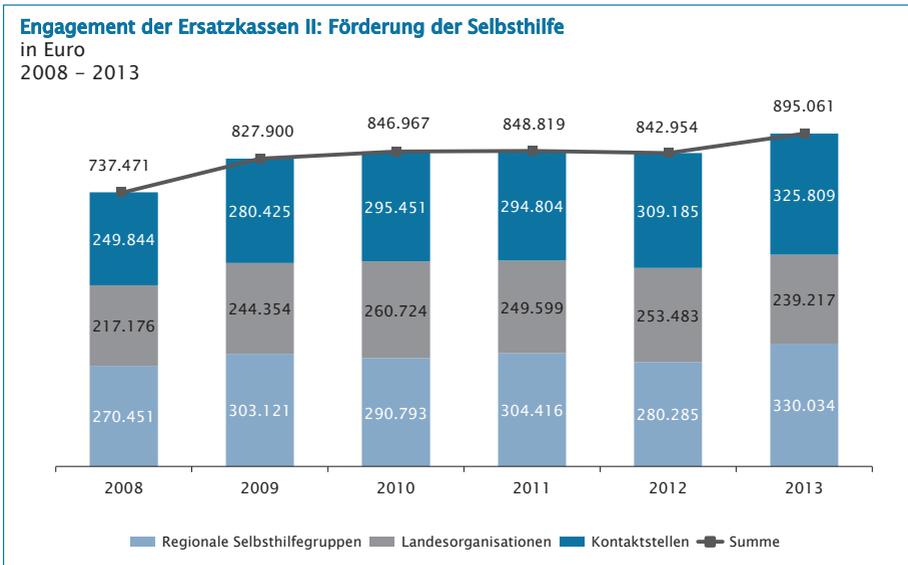
Engagement der Ersatzkassen I: Förderung ambulanter Hospizdienste
in Euro
2003 – 2013



Quelle: Eigene Daten

Die Fördermittel der Ersatzkassen für ambulante Hospizdienste in Niedersachsen sind in den vergangenen zehn Jahren immer weiter gestiegen und belaufen sich mittlerweile auf rund 1,3 Million Euro. Die Ersatzkassen tragen somit dazu bei, dass Versicherte landesweit Hospizdienste in Anspruch nehmen können.

Bei der ambulanten Hospizarbeit unterstützen ehrenamtliche Kräfte schwerstkranke Menschen, die die letzte Zeit ihres Lebens in gewohnter häuslicher Umgebung verbringen möchten. Möglich wird das Engagement der Ersatzkassen durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das 2002 in Kraft trat.



Quelle: Eigene Daten

Die Selbsthilfeförderung ist seit 2008 aufgeteilt in eine gemeinsame, kassenartenübergreifende Pauschalförderung durch die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung und eine kassenindividuelle Förderung einzelner Projekte. Im Zuge der Pauschalförderung haben die Ersatzkassen die Selbsthilfe 2013 mit mehr als 750.000 Euro unterstützt. Projekte wurden im selben Jahr mit insgesamt rund 140.000 Euro bezuschusst.

Gefördert werden Landesverbände der Selbsthilfeorganisationen, vor Ort aktive Selbsthilfegruppen sowie Kontaktstellen, die Betroffene an Selbsthilfegruppen vermitteln und Hilfestellung zur Gruppengründung geben.

Die Übersicht zeigt die gestiegenen Förderbeträge der Ersatzkassen seit Einführung des aktuellen Fördermodells 2008.

Die Landesvertretung Niedersachsen des vdek

Die Landesvertretung Niedersachsen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) nimmt als Bevollmächtigte der Ersatzkassen alle relevanten gesetzlichen Verbandsaufgaben im Land wahr. Sie gestaltet dabei für die Mitgliedskassen die Verträge mit Leistungsanbietern auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung und vertritt sie in zahlreichen politischen Gremien und Ausschüssen. Insgesamt stellt sie sicher, dass die Sozialgesetzgebung regional umfassend umgesetzt wird.

Zu den operativen Aufgaben gehören die Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen. Die Landesvertretung ist Partner des Landes bei der Krankenhausplanung und verantwortet die Bedarfsplanung für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit. Sie lässt sonstige Leistungserbringer wie Krankengymnasten, Masseure und Logopäden zu und prüft dabei deren Qualifikation.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die gesetzliche Pflegeversicherung. Die Landesvertretung schließt mit Heimen und ambulanten Diensten Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen und organisiert Qualitätsprüfungen von Einrichtungen, deren Ergebnisse sie auch veröffentlicht.

Durch eine Vielzahl differenzierter Verträge ermöglicht sie weitere umfassende Gesundheitsangebote, von der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindergärten über die Beratung der Versicherten in Pflegestützpunkten bis hin zur palliativmedizinischen Versorgung. Sie organisiert die gemeinschaftliche Förderung der Selbsthilfe und ambulanter Hospizdienste.

Die Ersatzkassen sind mit landesweit rund 2,6 Millionen Versicherten und einem Marktanteil von 38 Prozent größte Kassenart innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen.