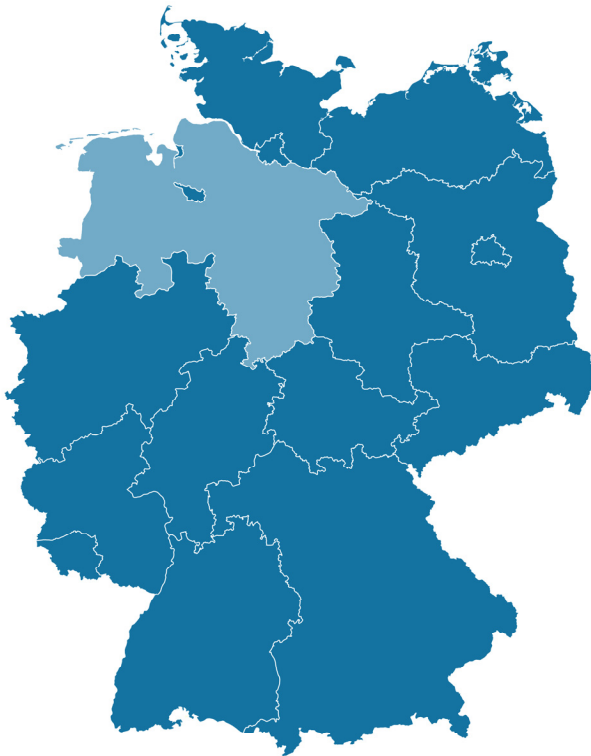




## Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen 2023



# MITGLIEDSKASSEN



**BARMER**

**DAK**  
Gesundheit

**KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

**hkk**  
KRANKENKASSE

**HEK**  
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

# VORWORT

Unser Gesundheitswesen ist von vielen unterschiedlichen Interessensgruppen geprägt. Entsprechend vielstimmig und oftmals gegensätzlich bewerten die Beteiligten Themen und Herausforderungen der Gesundheitspolitik. Umso wichtiger ist ein objektiver Blick, der durch eine solide Faktenlage ermöglicht wird. Die vdek-Landesvertretung hat durch die Vertragsgestaltung für die Ersatzkassen umfassende Kenntnisse über alle wesentlichen Bereiche der Gesundheitsversorgung in Niedersachsen: von der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung über den Rettungsdienst und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln bis hin zur Pflegeversicherung. Wesentliche Daten, die wir dabei erheben und nutzen, möchten wir mit Ihnen teilen.



Wir haben die Zahlen dafür anschaulich aufbereitet, mit öffentlich zugänglichen Statistiken kombiniert und in dem vorliegenden Nachschlagewerk kommentiert zusammengefasst. Wo immer möglich, stellen wir zeitliche Verläufe dar, um Trends aufzuzeigen und eine Interpretation der Daten zu ermöglichen.

Unsere „Ausgewählten Basisdaten“ erscheinen zum neunten Mal. Ich lade Sie ein, die Daten zu nutzen und würde mich freuen, Sie damit bei Ihrer Arbeit zu unterstützen und Impulse für Diskussionen rund um die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen zu geben.

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H. Kummer', with a stylized flourish at the end.

Hanno Kummer

Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

# INHALT

## KAPITEL 1:

### AMBULANTE VERSORGUNG

6

Niedergelassene Ärzte • Niedergelassene Ärzte nach Fachgruppen • Entwicklung ausgewählter Facharztgruppen • Honorarentwicklung niedergelassener Ärzte • Einwohner je Hausarzt • Regionale Versorgungssituation (nach Planungsbereichen) • Regionale Versorgungsgrade (nach Planungsbereichen) • Niedergelassene Psychotherapeuten • Spezielle ambulante Versorgungsangebote für Kinder • Zahnärzte • Kieferorthopäden

## KAPITEL 2:

### STATIONÄRE VERSORGUNG

18

Krankenhäuser und Bettenkapazität • Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser • Vergütung: Landesbasisfallwert • Einnahmen der Krankenhäuser (DRG-Erlösvolumen) • Krankenhaus-Fördermittel des Landes • Entwicklung Bettenzahl • Durchschnittliche Verweildauer • Krankenhäuser nach Trägerschaft • Krankenhausbetten nach Trägerschaft • Krankenhausärzte und Pflegepersonal • Patienten- und Operationszahlen, Ärzte und Pflegepersonal • Vollstationäre Operationen • Entwicklung Anzahl häufiger Operationen • Ambulante Operationen in Krankenhäusern • Vorsorge- und Rehaeinrichtungen • Müttergenesung: Einrichtungen und Bettenzahl • Einrichtungen des Müttergenesungswerks

### **KAPITEL 3: WEITERE LEISTUNGSERBRINGER** **36**

Apotheken • Arzneimittelausgaben • Heilmittelerbringer • Heilmittelerbringer:  
Entwicklung ausgewählter Gruppen • Heilmittelausgaben • Hilfsmittelerbringer •  
Rettungsdienst: Ausgaben der Krankenkassen • Ausgaben Rettungsdienst und  
Einnahmen der Krankenkassen

### **KAPITEL 4: PFLEGE** **45**

Pflegebedürftige nach Pflegestufen • Auftragseingänge Ersatzkassen Pflege-  
Einzelfallgutachten • Pflegequoten • Pflegeeinrichtungen • Pflegeplätze stationär •  
Finanzielle Belastung Pflegeheimbewohner

### **KAPITEL 5: DIE ERSATZKASSEN** **52**

Versicherte nach Kassenarten • Mitgliederentwicklung nach Kassenarten •  
Engagement der Ersatzkassen: Förderung ambulanter Hospizdienste • Engage-  
ment der Ersatzkassen: Förderung der Selbsthilfe • Die Landesvertretung Nieder-  
sachsen des vdek

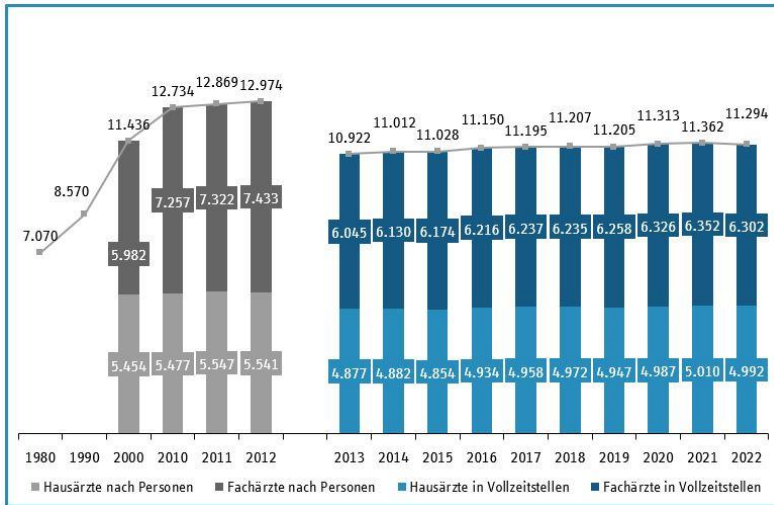
# KAPITEL 1

## AMBULANTE VERSORGUNG

Ambulante Versorgungsleistungen werden im Wesentlichen von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten erbracht. Während die Zahl dieser Leistungserbringer insgesamt über die Jahre deutlich gestiegen ist, stehen mittlerweile Ungleichgewichte der Versorgungssituation im Fokus. Diese beziehen sich auf Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen, aber auch auf das Zahlenverhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten.

Verbunden mit der Zunahme der Leistungserbringerzahl ist eine deutliche Steigerung der Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante Versorgung.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE

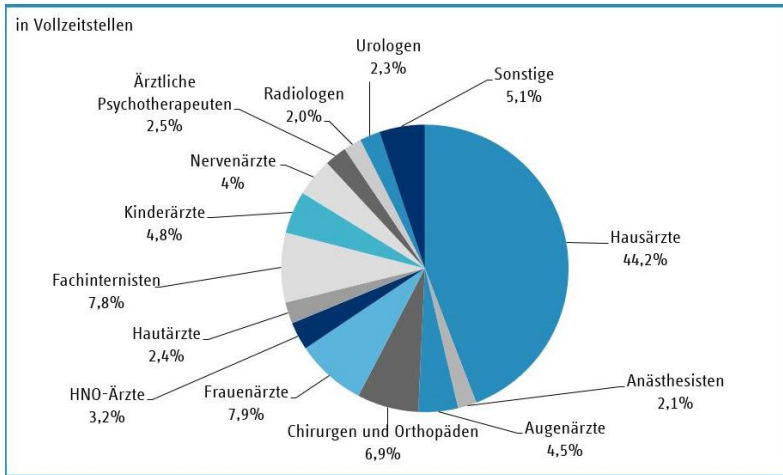


Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte, ohne Psychotherapeuten  
Quelle: KBV Bundesarztregister

Der immer wieder befürchtete Rückgang der Zahl der niedergelassenen Ärzte ist bisher nicht eingetreten. Stattdessen gab es einen kontinuierlichen Anstieg. Wie der Blick auf die Entwicklung seit 2000 zeigt, resultiert dieser Zuwachs weitestgehend aus zusätzlichen Fachärzten. Die Zahl der Hausärzte, zu denen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten zählen, ist nach Jahren der Stagnation ab 2015 insgesamt wieder leicht gestiegen.

Das Schaubild weist die Zahl der Ärzte seit 2013 nicht mehr nach Personen, sondern nach Vollzeitstellen aus. Damit wird eine entsprechende Umstellung der Vertragsarztstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachvollzogen. Das numerische Absinken von 2012 auf 2013 ist diesem statistischen Effekt geschuldet und bedeutet keine Verschlechterung des Versorgungsangebots.

### NIEDERGELASSENE ÄRZTE NACH FACHGRUPPEN



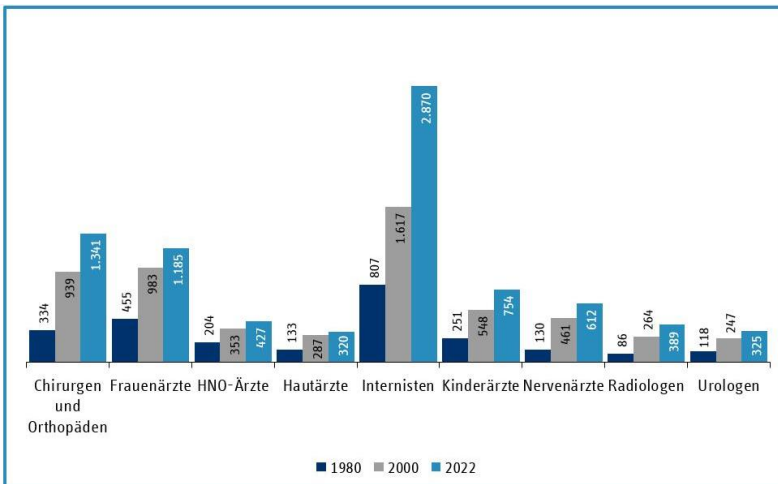
Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte, Stand: Dez. 2021  
Quelle: KBV Bundesarztregister

Der Anteil der Hausärzte an der niedergelassenen Ärzteschaft ist in der Vergangenheit immer weiter gesunken, wobei es zuletzt aber zu einer leichten Zunahme kam. Gründe für die langjährige Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft sind die klinisch geprägte Aus- und Weiterbildung und eine zunehmende Subspezialisierung in der Medizin mit immer neuen Fachdisziplinen. 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. Das hat zu einer deutlichen Steigerung der hausärztlichen Vergütungen geführt. Auch die Rahmenbedingungen für die Niederlassung wurden gesetzlich flexibilisiert. Gleichwohl ist die Nachbesetzung von Hausarztsitzen insbesondere in ländlichen Regionen teilweise schwierig. Um interessierte Bewerberinnen und Bewerber für die Übernahme künftiger Hausarztstellen in nicht ausreichend versorgten Gebieten zu gewinnen, wurde in Niedersachsen 2022 die sogenannte Landarztquote eingeführt.



ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER FACHARTZGRUPPEN



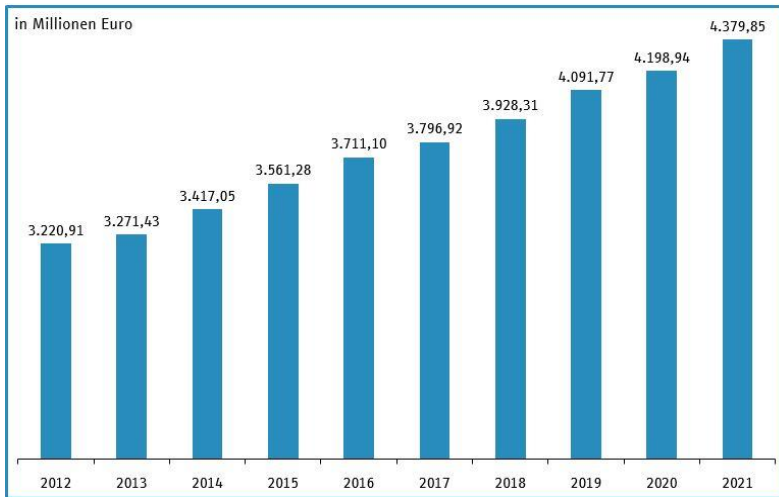
Nach Anzahl Personen, inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte  
Quelle: KBV Bundesarztregister

Zahlenmäßig größte Facharztgruppe sind die Internisten, von denen ein erheblicher Teil hausärztlich tätig ist.

Der Zuwachs bei den einzelnen Fachrichtungen ist erheblich: so gibt es heute mehr als vier Mal so viele Chirurgen und Orthopäden, Nervenärzte und Radiologen wie 1980. Die Anzahl der Kinderärzte und Urologen hat sich in diesem Zeitraum (fast) verdreifacht. Frauenärzte, HNO-Ärzte und Hautärzte gibt es mehr als doppelt so viele.

Angesichts dieser Zahlen verwundert es, dass Versicherte gleichzeitig über Schwierigkeiten berichten, zeitnah einen Facharzttermin zu bekommen.

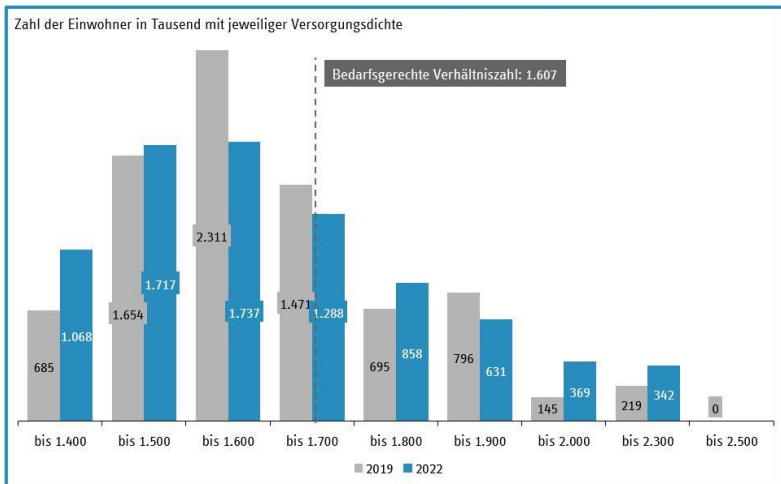
### HONORARENWICKLUNG NIEDERGELASSENER ÄRZTE



Quelle: Abrechnungsergebnisse der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Das Honorarvolumen der Ärzte in Niedersachsen ist in den vergangenen Jahren stetig und deutlich gestiegen. Seit 2012 beträgt der Zuwachs insgesamt 1,16 Milliarden Euro oder 36 Prozent. Damit liegt das Honorarplus deutlich oberhalb der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter voll sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer in Deutschland (27,5 Prozent).

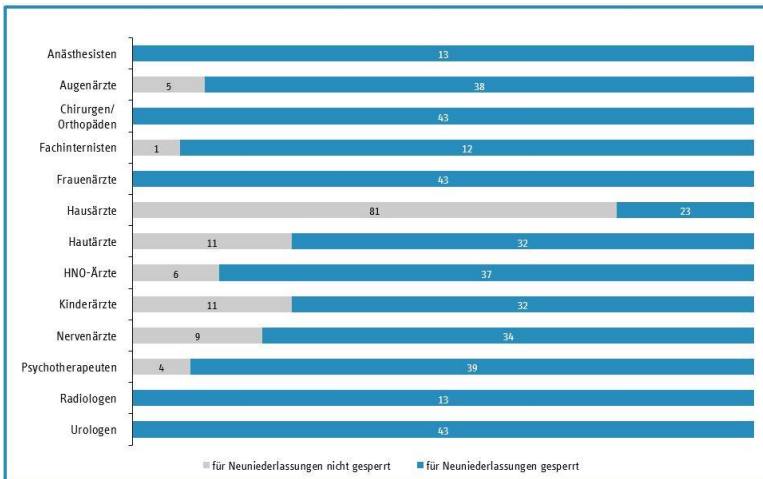
## EINWOHNER JE HAUSARZT



Die Bedarfsplanung sieht für das Verhältnis Hausärzte/Einwohner bundesweit aktuell eine Zahl von 1: 1.607 vor. Bei diesem Wert besteht demnach eine bedarfsgerechte Versorgung. In Niedersachsen variiert dieses Verhältnis in der Realität jedoch erheblich. So versorgt ein Hausarzt in Bad Harzburg lediglich 1.214 Menschen, während es im Umland von Bremerhaven einen Hausarzt für 2.254 Personen gibt.

Insgesamt stehen für 58 Prozent und damit die Mehrzahl der Einwohner mehr Ärzte als angestrebt zur Verfügung. 42 Prozent der Einwohner - 3,4 Millionen - sind von einer geringeren Versorgungsdichte betroffen. Das sind ca. eine Million Einwohner mehr als noch 2016 bzw. 2019. Der Wert zeigt die Notwendigkeit, dass sich die ärztliche Niederlassung noch stärker am Bedarf der Bevölkerung orientiert und damit regionale Ungleichgewichte reduziert werden können.

### REGIONALE VERSORGUNGSSITUATION (NACH PLANUNGSBEREICHEN)



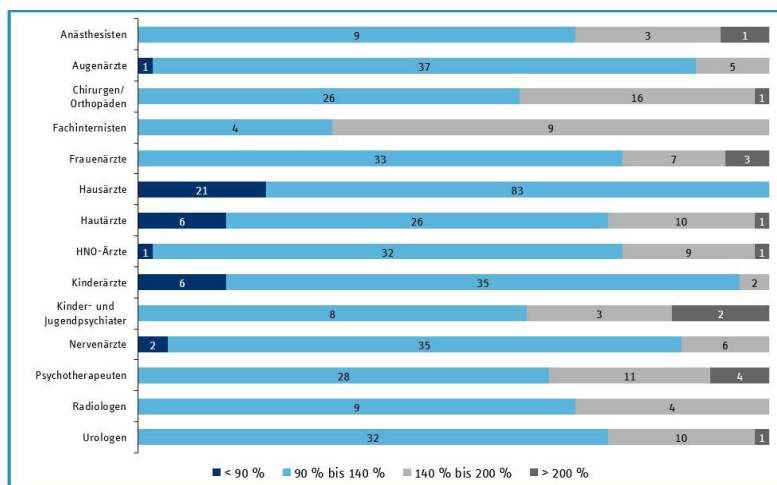
Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung, 1. Fortschreibung 2022

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, was als Überversorgung angesehen wird.

Fast 90 Prozent der fachärztlichen Planungsbereiche haben diese Schwelle überschritten und sind wegen Überversorgung gesperrt. Von den hausärztlichen Planungsbereichen ist demgegenüber nur gut ein Fünftel gesperrt.

Für die hausärztliche Versorgung gibt es landesweit 104 Planungsbereiche, für die allgemeine fachärztliche Versorgung 43 und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (Anästhesisten, Fachinternisten und Radiologen) 13.

REGIONALE VERSORGUNGSGRAD (NACH PLANUNGSBEREICHEN)

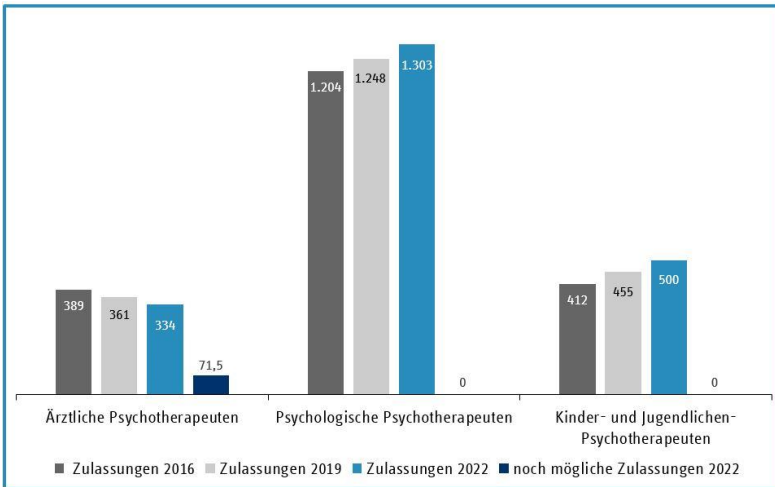


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung, 1. Fortschreibung 2022

Die Versorgungsgrade der Planungsbereiche zeigen sowohl die regionalen Disparitäten als auch die Unterschiede zwischen den Arztgruppen. Während 37 Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 90 Prozent haben, weisen 109 Bereiche mit mehr als 140 Prozent eine deutliche Überversorgung auf, 14 Bereiche liegen sogar bei mehr als 200 Prozent. Die mit mehr als 140 Prozent deutlichen Überversorgungssituationen betreffen ausschließlich fachärztliche Bereiche.

Für eine möglichst ausgewogene Verteilung der Arztpraxen sollte das 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sorgen. Dieses sieht vor, dass Arztstühle nicht nachbesetzt werden sollen, wenn der Versorgungsgrad 140 Prozent beträgt. In der Realität ist diese Regelung bislang allerdings ohne Wirkung geblieben. Mit Hinweis auf die örtliche Versorgungssituation können die Zulassungsausschüsse nämlich von der Bestimmung abweichen. Dafür reichen die Stimmen der Ärztevertreter in den Ausschüssen aus.

### NIEDERGELASSENE PSYCHOTHERAPEUTEN

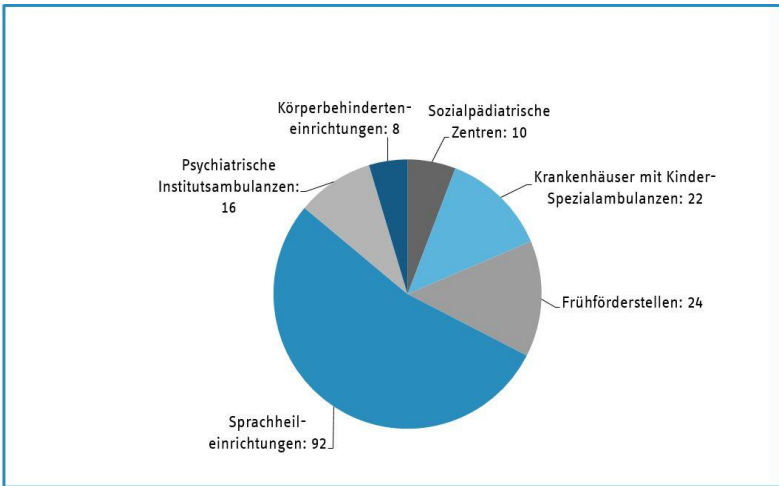


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung

Seit 1999 werden Neuzulassungen von Psychotherapeuten nur noch bedarfsabhängig genehmigt. Dabei sind mindestens 20 Prozent der Sitze Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie 25 Prozent psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten. Für psychologische Psychotherapeuten gilt keine Mindestquote. Wie in der Abbildung zu sehen ist, sind ausschließlich bei den ärztlichen Psychotherapeuten noch einige Zulassungen möglich. Insgesamt hat das psychotherapeutische Versorgungsangebot zugenommen.

Da Betroffene gleichzeitig über lange Wartezeiten auf Therapieplätze berichten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie eine Reform mit erleichterten Zugangsmöglichkeiten für Patienten auf den Weg gebracht. Seit April 2017 soll außerdem jeder Versicherte über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen einen ersten psychotherapeutischen Sprechstundentermin innerhalb von vier Wochen erhalten.

SPEZIELLE AMBULANTE VERSORGUNGSANGEBOTE FÜR KINDER

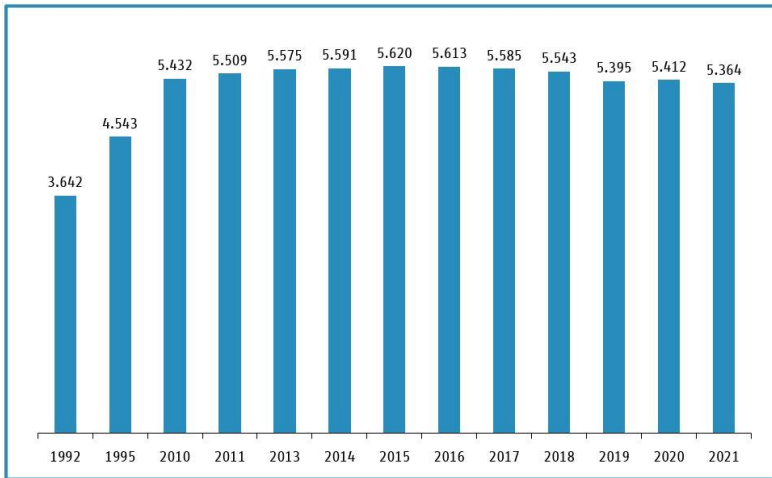


Quelle: vdek, Stand: 2022

Neben der Versorgung durch Kinderärzte und Heilmittelerbringer sowie stationäre Einrichtungen gibt es zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder bei Kindern ambulante Versorgungsangebote mit besonderer Spezialisierung. Diese gehen über die Angebote niedergelassener Fachärzte hinaus. Zu jenen 172 Einrichtungen gehören etwa Frühförderstellen für behinderte oder entwicklungsauffällige Kinder, Spezialambulanzen an Krankenhäusern und Sozialpädiatrische Zentren. Erreichen die Patienten die Volljährigkeit, können sie in Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB) interdisziplinär weiterbehandelt werden.

An den Kosten der speziellen Versorgungsangebote beteiligen sich neben den Krankenkassen auch andere Kostenträger wie etwa die Kommunen.

### ZAHNÄRZTE



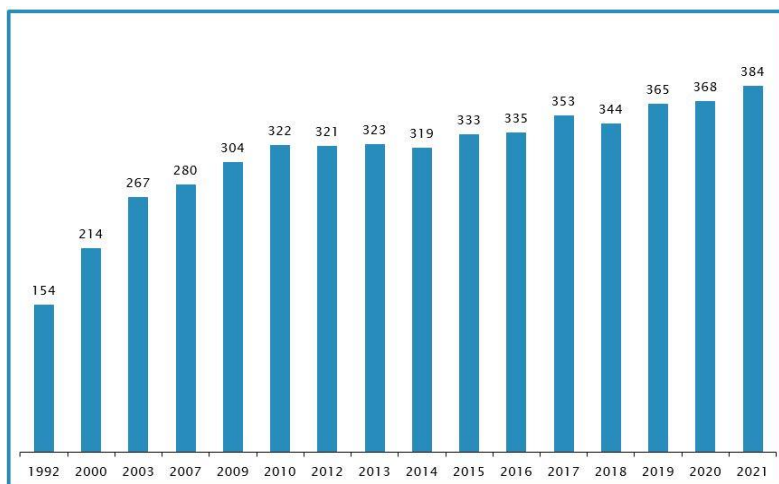
Inkl. angestellte Zahnärzte

Quelle: Vertragszahnärztliche Bedarfsplanung

Der Gesetzgeber hat die Zulassungssperren in überversorgten Städten und Landkreisen 2007 ersatzlos abgeschafft. Als Folge lässt sich seitdem eine Konzentration von Zahnärzten in städtischen Regionen und eine damit einhergehende tendenzielle Verknappung des Angebots in ländlichen Gegenden beobachten.



KIEFERORTHOPÄDEN



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

Die Zahl der Kieferorthopäden hat sich seit 1992 mehr als verdoppelt, während die der Kinder gesunken ist. Dabei spielt neben einem gestiegenen Bewusstsein für Zahnfehlstellungen auch eine verstärkte Leistungserbringung durch kieferorthopädisch tätige Allgemeinzahnärzte eine Rolle. Diese werden in der Statistik anteilig erfasst.

Anfang 2019 sorgte eine vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie für Wirbel, nach der der medizinische Nutzen von Zahnspangen nicht eindeutig belegbar ist.

## KAPITEL 2

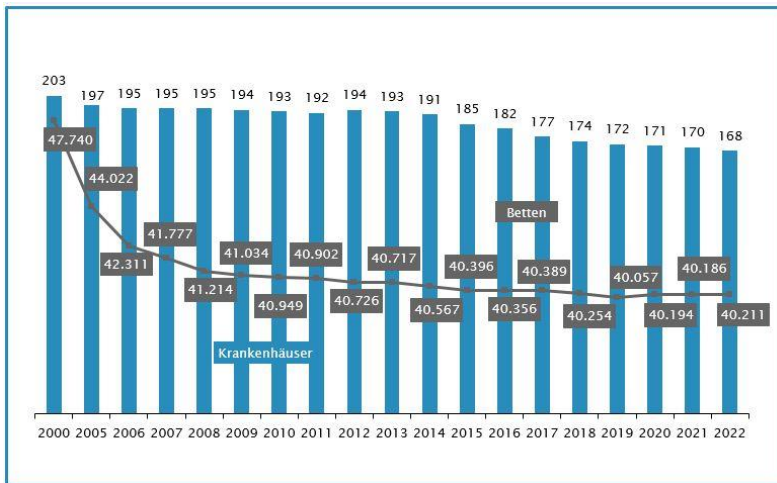
# STATIONÄRE VERSORGUNG

Kann ein Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung erreicht werden, wird ein Patient vollstationär in einem Krankenhaus versorgt. Bei Krankheit oder nach einem Unfall soll die medizinische Rehabilitation zu einem selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Leben beitragen. Spezielle Formen der Rehabilitation sind Mutter/Vater-Kind-Kuren und Mütterkuren.

Die Umstellung der Finanzierung somatischer Krankenhausleistungen von Tagessätzen auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) 2005 führte zu deutlich kürzeren Verweildauern und einem Abbau überflüssiger Betten, die Zahl der Krankenhäuser blieb aber dennoch bis 2014 nahezu konstant. In den folgenden Jahren hat dann die Debatte um den Handlungsbedarf zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen Fahrt aufgenommen und zu einem Ausscheiden von kleinen Krankenhäusern beigetragen. Die Versorgung der Patienten wurde dabei von größeren, leistungsfähigeren Einheiten übernommen.

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Kliniken steigen kontinuierlich. Sie sind der größte Kostenblock der GKV.

KRANKENHÄUSER UND BETTENKAPAZITÄT

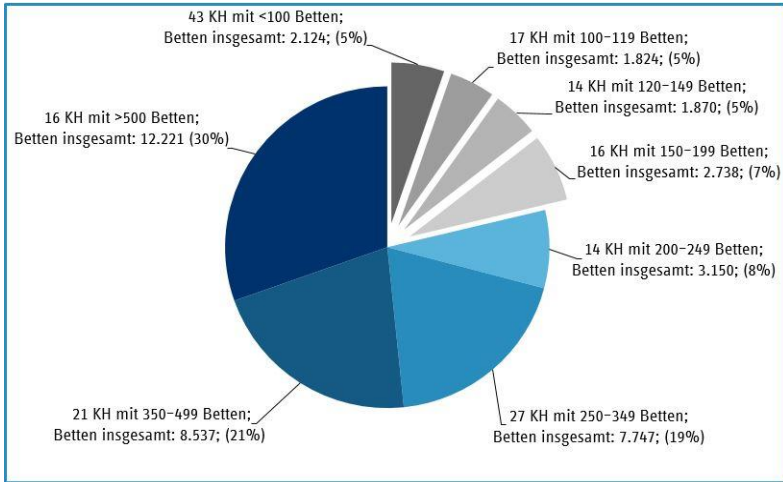


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Die Zahl der Krankenhausbetten ist seit 2000 vergleichsweise stark gesunken. Dagegen blieb die Zahl der Standorte zunächst fast gleich. Das heißt, viele Krankenhäuser und deren Abteilungen verkleinerten sich.

Etwa ab 2014 ist ein Trend zu Standortreduzierungen erkennbar. Dazu beigetragen hat wirtschaftlicher Druck auf Klinikträger, aber auch die Diskussion um notwendige Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft. Die Ergebnisse der Enquete-Kommission des Landtages zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen haben offengelegt, dass künftig Strukturvorgaben in der Krankenhausplanung und die Entwicklungen beim medizinischen Fachpersonal sowie die Versorgungsqualität stärker zu berücksichtigen sind. Daraus wurde das Niedersächsische Krankenhausgesetz mit Kernelementen wie Versorgungsstufen und einem Neuzuschnitt von Versorgungsregionen entwickelt. Kleine Krankenhäuser können in Regionale Gesundheitszentren transformieren und eine sektorenübergreifende Versorgung entwickeln.

### Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser



Stand: 2022

Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Das Schaubild zeigt die Zerfaserung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen: 90 der 168 Krankenhäuser haben jeweils weniger als 200 Betten. In vielen Regionen bestehen damit nach wie vor Parallelstrukturen kleiner und kleinster Krankenhäuser und Abteilungen. Dabei ist der Versorgungsanteil der kleinen Häuser gerade in der jüngeren Vergangenheit immer weiter gesunken. Gemeinsam halten diese 90 Häuser weniger als ein Viertel der gesamten Betten im Land vor.

Der weit überwiegende Teil der Versorgungsleistung wird von den größeren Krankenhäusern erbracht. Allein die 37 größten Krankenhäuser halten zusammen mehr als die Hälfte der Behandlungskapazitäten vor.

Krankenhäuser werden mit dem neuen Krankenhausgesetz des Landes künftig den Stufen der Maximal-, Schwerpunkt- und Grund- und Regelversorgung zugeordnet mit Ausnahme der Fachkrankenhäuser. Ziel sollte es sein, eine zukunftsfähige Versorgungslandschaft und eine Verbesserung der Strukturen und Qualität aktiv zu gestalten.

VERGÜTUNG: LANDESBASISFALLWERT



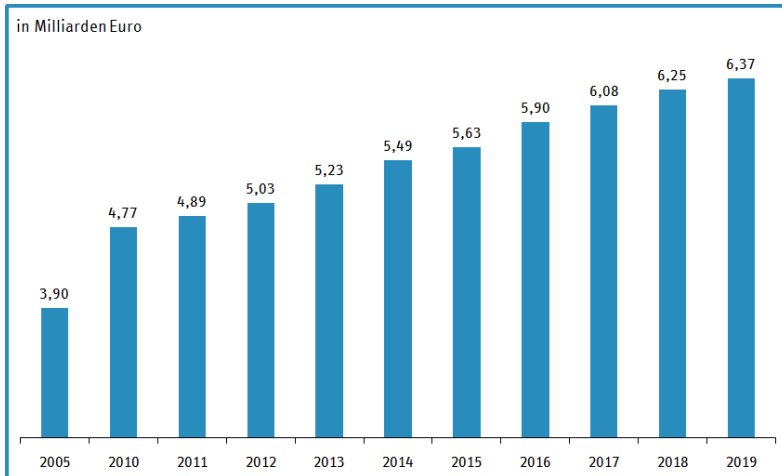
Quelle: Landesvereinbarungen und InEK-Veröffentlichung

Der Landesbasisfallwert ist seit 2005 Grundlage für die Abrechnung der Patientenbehandlungen. 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 den Krankenkassenverbänden und der Krankenhausgesellschaft jährlich neu vereinbart. Er ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Bei der Bemessung werden nicht nur die allgemeine Lohnentwicklung, sondern auch darüber hinausgehende Tarifsteigerungen an den Krankenhäusern sowie Sonderprogramme wie etwa für Pflegekräfte und Hygienemaßnahmen berücksichtigt. Zusätzlich zum Landesbasisfallwert konnten die Krankenhäuser von 2014 bis 2017 je Leistung einen Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent abrechnen. Seit 2017 wird dieser als sogenannter Pflegezuschlag krankenhausesindividuell fortgeführt.

Die Bezugsgröße bildet – stark vereinfacht gesagt – die bundesweiten Durchschnittskosten der Krankenhäuser ab. Diese lagen immer unterhalb des Landesbasisfallwertes.

### EINNAHMEN DER KRANKENHÄUSER (DRG-ERLÖSVOLUMEN)

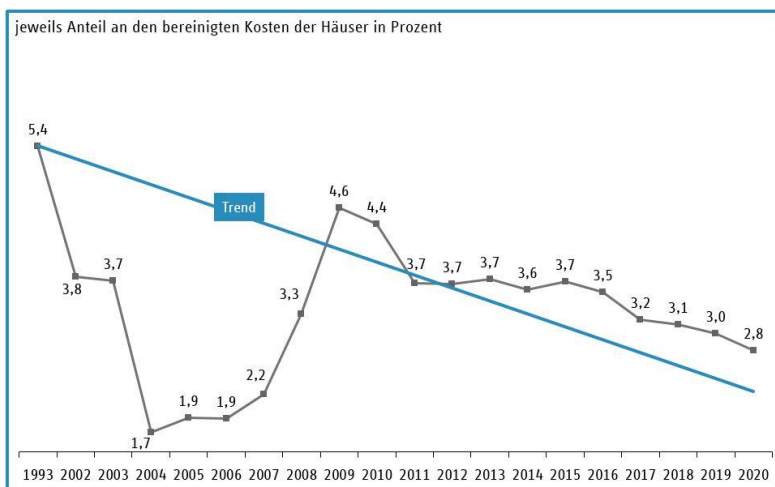


Inkl. Beitragsschuldengesetz, Versorgungszuschlag 1 % ab 1.8.2013  
Quelle: Vereinbarungen Landesbasisfallwert und eigene Berechnungen

Der Landesbasisfallwert ist die Preiskomponente für die Einnahmen der Krankenhäuser. Weil auch die Menge der Leistungen als zweite Komponente gestiegen ist, liegt der Zuwachs des tatsächlichen Erlösvolumens der Krankenhäuser über der Steigerung des Landesbasisfallwerts. Dieses Erlösvolumen für somatische Behandlungen ist von 2005, dem Beginn der Finanzierung durch Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG), bis 2019 um rund 63 Prozent (2,47 Milliarden Euro) gestiegen. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen als Kostenträger haben in diesem Zeitraum demgegenüber um 27 Prozent zugenommen.

Die Corona-Pandemie ab 2020 hat zu einem signifikanten Leistungseinbruch bei den Krankenhäusern geführt. Sie haben dafür finanzielle Entschädigungen auf dem Erlösniveau von 2019 erhalten. Die Budgets der Jahre 2020 bis 2022 werden nachgelagert verhandelt.

## KRANKENHAUS-FÖRDERMITTEL DES LANDES

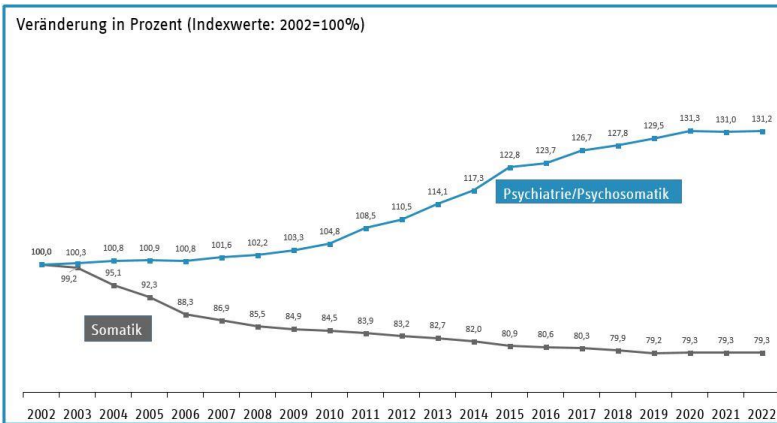


Quelle: destatis KH-Kostendaten, DKG Bestandsaufnahme zur KH-Planung und Investitionsfinanzierung 2021, dort Abfrage bei AOLG und eigene Berechnungen

Während die Krankenkassen für die Behandlungskosten ihrer Versicherten aufkommen, ist das Land für Baumaßnahmen sowie für medizinische Großgeräte zuständig. Dieser Anteil von Landesmitteln am Finanzvolumen der Häuser ist im Laufe der Zeit tendenziell gesunken und hat einen neuen Tiefpunkt erreicht. Der Bedarf der KH wird anhand von Wirtschaftsdaten auf ca. 8 bis 10 Prozent ihres Umsatzes geschätzt. Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft geht von einem Investitionsstau von mehr als 3,5 Mrd. Euro aus. Solange das Land seiner Verpflichtung nicht ausreichend nachkommt, sehen sich die Krankenhäuser gezwungen, Investitionsmaßnahmen aus Mitteln für die Patientenbehandlungen und damit zulasten der Krankenkassenbudgets zu finanzieren. Bei rückläufigen Behandlungszahlen wird dies für die Krankenhäuser aber zunehmend schwieriger.

Das Land hat 2017 ein kreditfinanziertes Sondervermögen für Investitionsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Weiterhin hat es eine Aufstockung der Fördermittel für größere Baumaßnahmen beschlossen. Diese Aufstockung führt aber nicht zu einer nachhaltigen Reduzierung oder gar Auflösung des Investitionsstaus. Um die Förderlücke zu schließen, müssten die Landesmittel dauerhaft und signifikant angehoben werden.

## ENTWICKLUNG BETTENZAHL

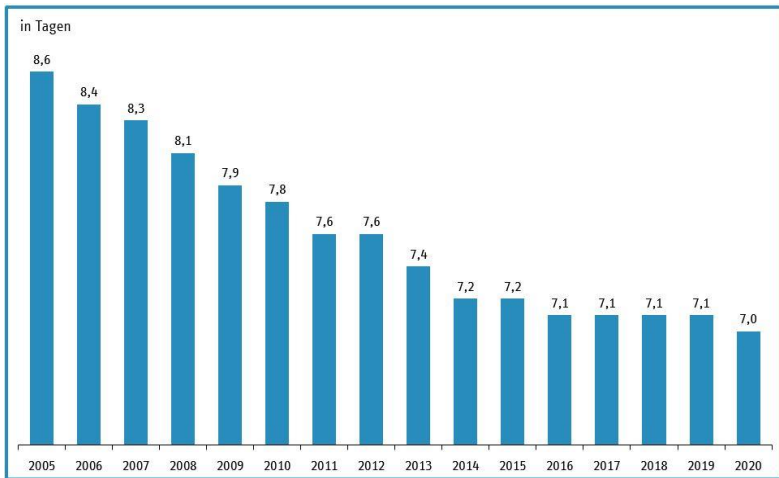


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan, eigene Berechnungen

Die Zahl der Betten für somatische Behandlungen ist seit 2002 aufgrund sinkender Auslastung um mehr als 20 Prozent zurückgegangen. Demgegenüber ist die Zahl der Betten in der Psychiatrie und in psychosomatischen Einrichtungen um mehr als 30 Prozent gestiegen. Dieser Zuwachs spiegelt einerseits einen höheren Bedarf, andererseits auch das wirtschaftliche Interesse der Einrichtungsträger an einer Ausweitung dieses Sektors wider. Träger scheinen davon auszugehen, gerade in diesem Bereich sichere Erträge und hohe Gewinnspannen erreichen zu können.



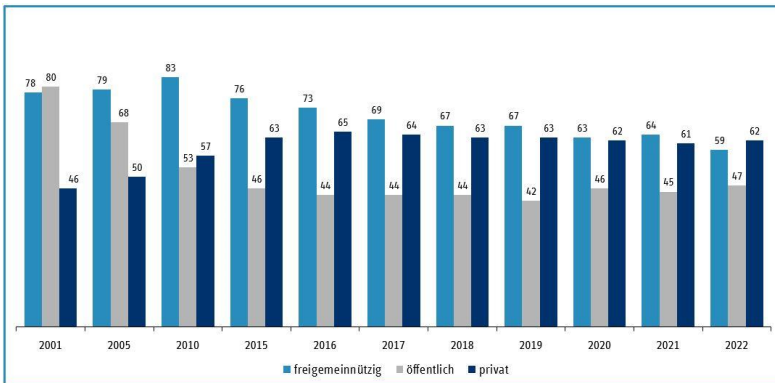
DURCHSCHNITTLICHE VERWEILDAUER



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

Seit 2005 werden stationäre Krankenhausleistungen nicht mehr durch Tagessätze, sondern durch Fallpauschalen vergütet. Dadurch ist es für Krankenhäuser finanziell nicht mehr attraktiv, Patienten möglichst lange im Krankenhaus zu behalten. Auch infolgedessen ist die durchschnittliche Verweildauer um 18,6 Prozent von 8,6 auf 7 Tage gesunken. Im internationalen Vergleich ist dieser Wert immer noch hoch. Eine betriebswirtschaftliche Auslastung der Betten versuchen die Kliniken durch höhere Behandlungszahlen zu erreichen. Aber auch hier scheinen die Grenzen des Wachstums erreicht zu sein. Leichtere Fälle, die einer stationären Behandlung nicht bedürfen, sollen ambulant behandelt werden. Dies ist durch den medizinischen Fortschritt auch durchaus möglich.

### KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT

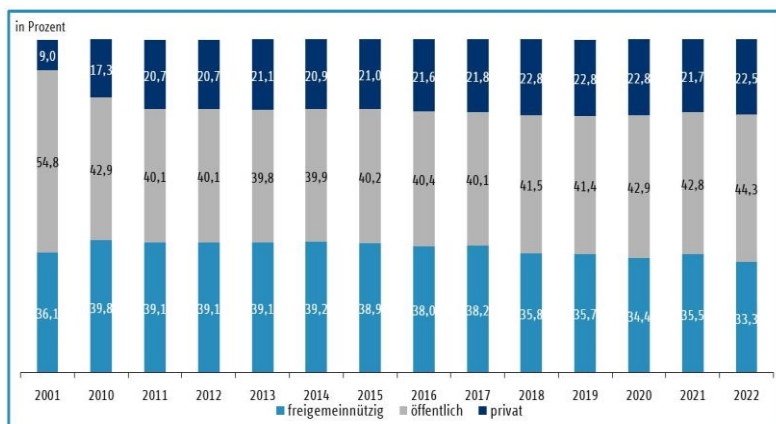


Erhebung jeweils zum 1. Januar eines Jahres  
Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Die Zahl von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist von 2001 bis 2019 auf knapp die Hälfte gesunken. Nun scheint sich eine leichte Tendenz zur Re-Kommunalisierung zu entwickeln. Von einer Trendumkehr zu einer sich wieder verstärkenden öffentlichen Daseinsfürsorge kann allerdings noch nicht die Rede sein. Weniger stark gesunken ist die Anzahl der freigemeinnützigen Träger (von 78 auf 59). Die Anzahl der privaten Kliniken stieg um 16 an, teilweise wurden sogar mehrere Krankenhäuser in einem Landkreis privatisiert.

Mehr Transparenz zur Trägerschaft und deren Gesellschaftsverhältnisse werden vom neuen Krankenhausgesetz ab 2023 erwartet.

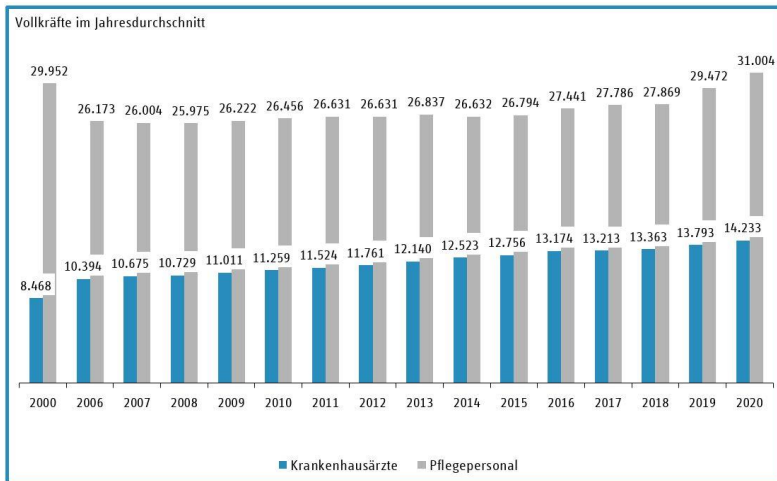
## KRANKENHAUSBETTEN NACH TRÄGERSCHAFT



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Der Anteil der Krankenhausbetten in kommunaler Trägerschaft hat sich von 2001 mit 54,8 Prozent bis 2013 um 15 Prozentpunkte auf 39,8 Prozent verringert und einen Tiefstand erreicht. Seitdem haben die Kommunen, die zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung verpflichtet sind, ihre Verantwortung mit einem aktuellen Anteil von 44,3 Prozent wieder stärker selbst übernommen. Insbesondere öffentliche Krankenhausträger stellen große, besonders leistungsfähige Häuser.

### KRANKENHAUSÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL

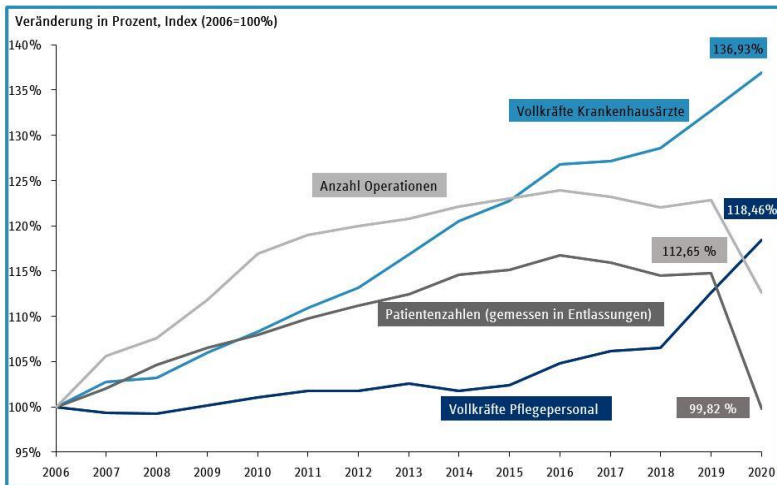


Nachdem infolge der Fallpauschalen ab 2004 zunächst Pflegepersonal abgebaut wurde, ist dieser Rückgang in jüngster Vergangenheit mehr als kompensiert worden: Das hängt mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz von 2019 zusammen. Mittlerweile werden alle Pflegekräfte am Bett vollständig über ein gesondertes Pflegebudget finanziert. Der sprunghafte Anstieg im Jahr 2020 ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass in der Pflege am Bett neben examiniertem Pflegepersonal auch andere Berufsgruppen erfasst werden.

Die Zahl der Ärzte in den Kliniken hat sich seit 2000 um mehr als zwei Drittel erhöht. Dieser Zuwachs resultiert aus veränderten Arbeitszeitregelungen, spiegelt aber auch die Strategie der Krankenhäuser wider, zusätzliche Erlöse durch Mehrleistungen zu erzielen. Die ärztliche Leistung löst die Fallpauschalen aus.

Die deutlichen Leistungsrückgänge in der Corona-Pandemie (ab 2020) scheinen sich zu stabilisieren, so dass künftig von einem geringeren somatischen Leistungsniveau auszugehen ist, welches sich auch auf den Zuwachs an ärztlichen Kapazitäten auswirken könnte.

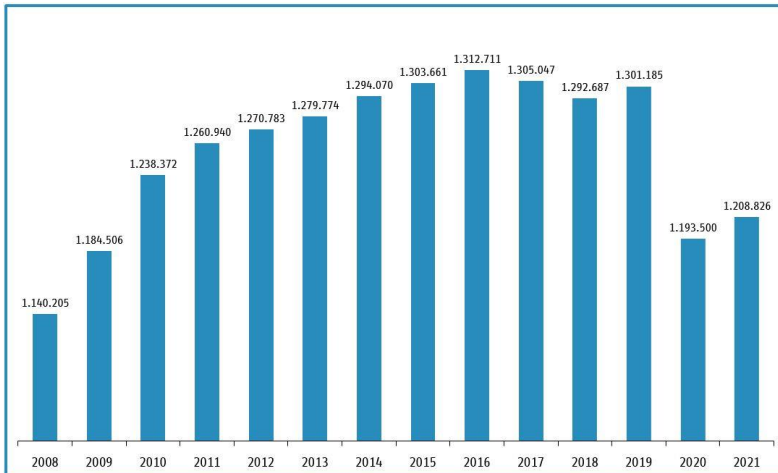
PATIENTEN- UND OPERATIONSZAHLEN, ÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL



Vollkräfte im Jahresdurchschnitt  
 Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Einführung der Finanzierung durch Fallpauschalen 2005 hat zu einem starken Anstieg der Zahl der Krankenhausärzte und damit verbunden der Zahl der Patienten und Operationen bis 2019 geführt. Hintergrund ist die finanzielle Anreizwirkung, dass Krankenhäuser zusätzliche Einnahmen nicht mehr durch längere Liegezeiten, sondern durch mehr Behandlungsfälle erzielen. Der Anstieg ist allerdings mit Verfügbarkeit personeller Ressourcen an seine Grenze gekommen. Ein deutlicher Leistungseinbruch ist in der Corona-Pandemie zu verzeichnen. Verschiedene Faktoren, wie z.B. der medizinische Fortschritt, der zur Möglichkeit vermehrter ambulanter Leistungserbringung beiträgt, führen aber nach allgemeiner Einschätzung dazu, dass das Niveau vor der Pandemie nicht mehr erreicht wird. Daraus folgt, dass sich die personelle Ausstattung in den KH bei weniger Fällen und Leistungen verbessern müsste. Die Finanzierung des Pflegepersonals nach Selbstkostendeckung wirkt ebenfalls unterstützend.

### VOLLSTATIONÄRE OPERATIONEN



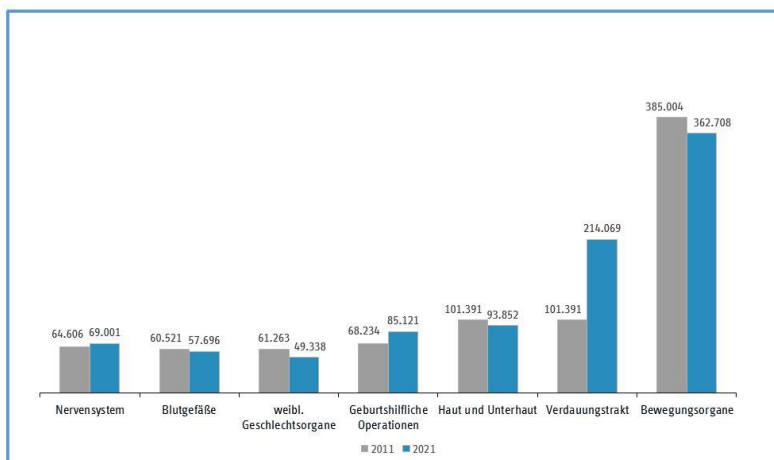
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Anzahl vollstationärer Operationen ist von 2008 bis 2019 um mehr als 14 Prozent auf über 1,3 Mio. gestiegen. Das bedeutet, dass 2019 rechnerisch etwa jeder sechste Einwohner des Landes einmal operiert wurde. Die medizinische oder demografische Entwicklung kann als Erklärung für den Anstieg nur bedingt dienen. So ist etwa der Anteil der über 65jährigen an der niedersächsischen Bevölkerung im selben Zeitraum lediglich um 1,3 Prozentpunkte gestiegen.

Der leichte Rückgang der Operationen ab 2017 deutet darauf hin, dass die von den Krankenhäusern verfolgte Strategie der Mengenausweitung an ihre Grenzen gerät. Um den wirtschaftlichen Anreiz für Mengenausweitungen zu reduzieren, wurden niedrigere Fallpauschalen für bestimmte Leistungen vereinbart. Mengenauffällig waren z.B. Hüftgelenkersatz oder Kaiserschnittentbindungen.

Der aktuelle Rückgang der Operationen auf das Niveau von 2009 ist auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie ab 2020 zurückzuführen.

ENTWICKLUNG ANZAHL HÄUFIGER OPERATIONEN

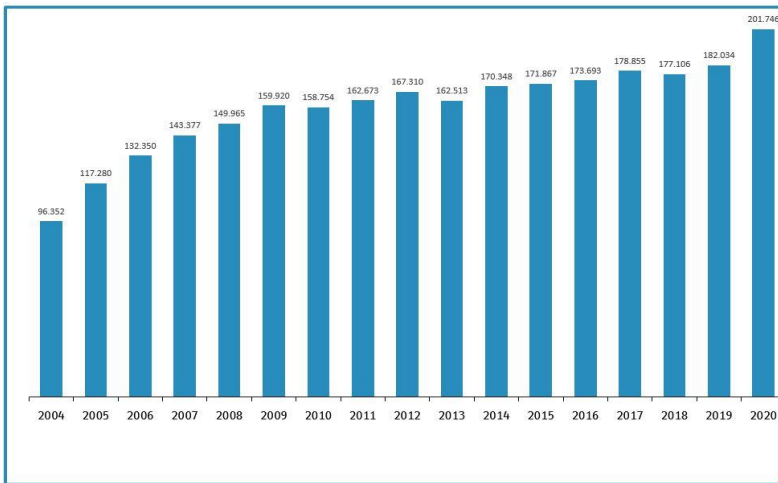


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der häufigsten Operationen nach Bereichen. In den letzten zehn Jahren sind vor allem die Eingriffe am Verdauungstrakt stark gestiegen (Verdoppelung).

In den Jahren der Corona-Pandemie (2020 und 2021) sind die Leistungszahlen gegenüber 2019 um fast sieben Prozent gesunken. Den stärksten Rückgang weisen in dieser Zeit die Eingriffe an Mundhöhle und Gesicht und an den Ohren mit fast 30 Prozent aus. In diesen Bereichen sind häufig Belegärzte in Krankenhäusern tätig.

### AMBULANTE OPERATIONEN IN KRANKENHÄUSERN



Nach § 115b SGB V inklusive sonstiger stationersetzender Eingriffe  
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Zahl ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe in Krankenhäusern ist zwischen 2004 und 2009 stark und danach nur noch leicht angestiegen. Einen deutlichen Zuwachs von mehr als zehn Prozent gegenüber 2019 ist im Jahr 2020 zu verzeichnen. Dies könnte im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und einem dadurch veränderten Verhalten der Patientinnen und Patienten stehen.

Einen neuen Impuls gibt die Erweiterung des Kataloges für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe, indem 2023 die rund 400 Indikationen um weitere 208 Codes aufgestockt wurden.



VORSORGE- UND REHAEINRICHTUNGEN



Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Die Zahl der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und deren Kapazitäten haben sich über die Jahre unterschiedlich entwickelt. Neben auslastungsbedingten Anpassungen haben ab 2017 auch einige Träger ihre Versorgungsschwerpunkte verändert, dabei ist die ambulanten Rehabilitation nach § 111c SGB V ausgeweitet worden.

## MÜTTERGENESUNG: EINRICHTUNGEN UND BETTENZAHL

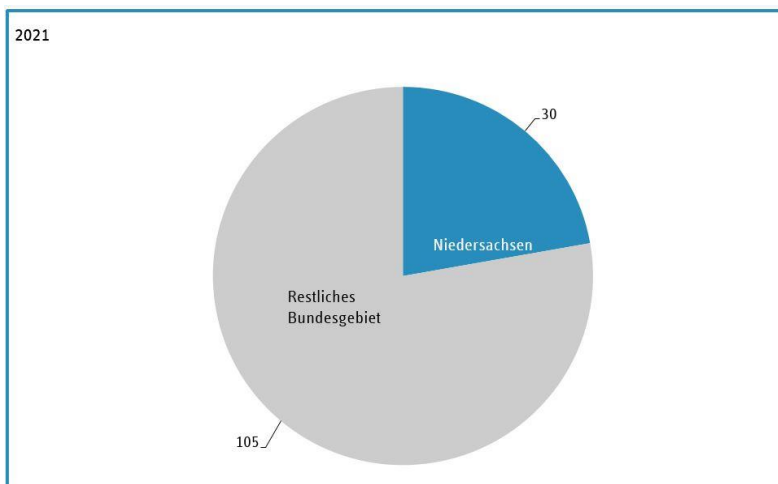


Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Kuren ist die Zahl der vorgehaltenen Betten seit 1996 deutlich gestiegen und verharrt seit einigen Jahren auf hohem Niveau.

Die Zahl der Einrichtungen ist seit 2000 leicht gesunken und ist nun seit Jahren stabil. Es verteilen sich mehr Betten auf etwas weniger Häuser. Im Ergebnis sind die Einheiten tendenziell größer und leistungsfähiger geworden.

EINRICHTUNGEN DES MÜTTERGENESUNGSWERKS



Ohne gleichartige Einrichtungen und Einrichtungen für behinderte Menschen  
 Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Niedersachsen hat überproportional viele Mütter- und Mutter/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehaeinrichtungen: Obwohl der Landesanteil an der Bevölkerung der Bundesrepublik nur rund 10 Prozent beträgt, befindet sich knapp ein Viertel der Einrichtungen des Müttergenesungswerks zwischen Harz und Nordsee. Damit wird in Niedersachsen mit seinen attraktiven Standorten etwa an der Küste ein erheblicher Teil der Versorgungskapazitäten auch für Versicherte aus anderen Bundesländern vorgehalten.

## KAPITEL 3

# WEITERE LEISTUNGSERBRINGER

In diesem Kapitel werden Entwicklungen etwa der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln dargestellt. Heilmittel umfassen insbesondere Krankengymnastik, Ergotherapie, logopädische Maßnahmen und Massagen. Hilfsmittel sollen durch Krankheit oder Behinderung bedingte Einschränkungen kompensieren. Dazu zählen unter anderem Hör- und Sehhilfen, Rollstühle, Gehhilfen und Blutzuckermessgeräte. Die Zahl der Heil- und Hilfsmittelerbringer ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen.

APOTHEKEN

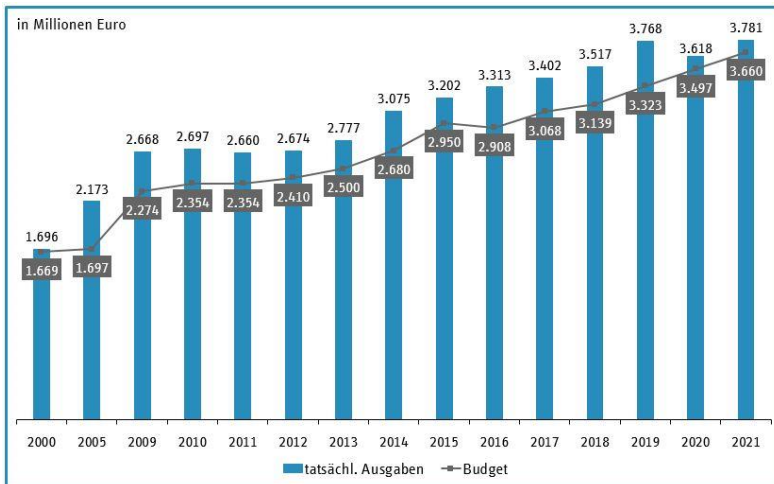


Quelle: ABDA, Die Apotheke: Zahlen-Daten-Fakten; Niedersächsisches Landesamt für Statistik

Die insgesamt hohe Zahl der Apotheken ist in den vergangenen 20 Jahren deutlich zurückgegangen. Während es 2000 noch 2.118 Apotheken in Niedersachsen gab, waren es zur Jahresmitte 2022 nur noch 1.774. Rechnerisch versorgte 2022 jede Apotheke in Niedersachsen im Schnitt 4.577 Einwohner. In den größeren Städten ist die Dichte an Apotheken deutlich höher als in den ländlichen Regionen Niedersachsens. Hintergrund der Abnahme der Anzahl der Apotheken ist sicherlich auch die vermehrte Inanspruchnahme von Versandapotheken.

Auch mit der gesunkenen Zahl der Apotheken ist die Vor-Ort-Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln weiterhin sichergestellt. Von einem allgemeinen „Apothekensterben“ kann nicht die Rede sein.

## ARZNEIMITTELAUSGABEN

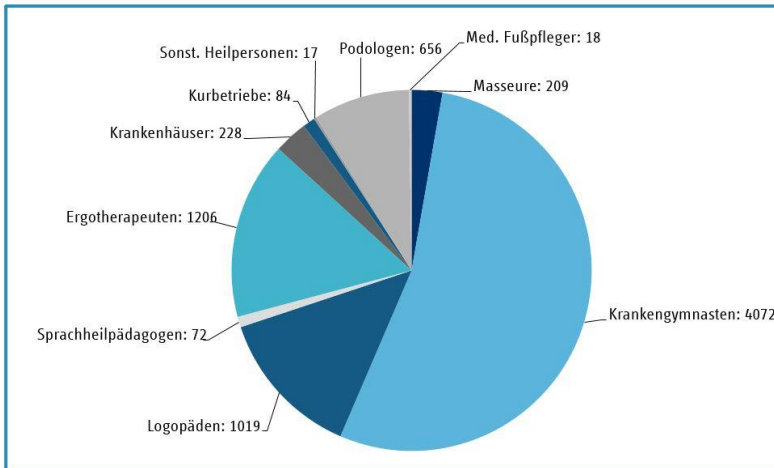


Inkl. Verbandmittelausgaben  
Quelle: GKV-Daten, Budgetvereinbarungen zwischen KVN und Verbänden der GKV

Die Arzneimittelausgaben haben sich seit dem Jahr 2000 weit mehr als verdoppelt. Während die Ärzte das jährliche Arzneimittelbudget bis 2000 unterschritten oder weitgehend einhielten, wird es seitdem regelmäßig deutlich überschritten. Die Entwicklung in den letzten Jahren ist zu einem großen Teil mit hochpreisigen Medikamenten wie etwa Zytostatika und anderen patentgeschützten Arzneimitteln, deren Preise die pharmazeutischen Unternehmen im ersten Jahr nach Markteinführung selbst bestimmen können, zu erklären. Sie zeigt gleichzeitig die weiterhin bestehende Notwendigkeit eines kostenbewussten Ordnungsverhaltens.

Der mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 2011 beabsichtigte Kostendämpfungseffekt ist nicht eingetreten. In Niedersachsen werden mit der Festlegung von Arzneimittelquoten seit 2017 Begrenzungen der Ausgabenhöhe erreicht, eine grundsätzliche Trendumkehr bei der Ausgabenentwicklung ist aber nicht erkennbar.

HEILMITTELERBRINGER

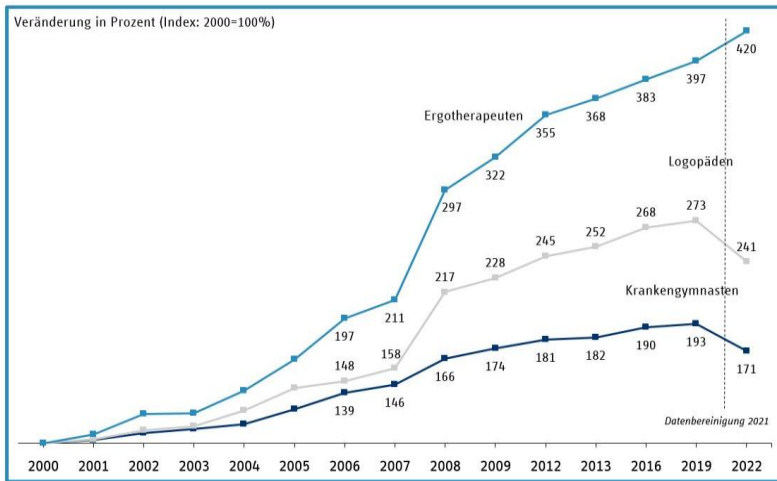


Stand 2022 - Quelle: vdek

Die größte Gruppe unter den gut 7.500 Heilmittelerbringern (zugelassene Praxen) sind die Krankengymnasten, die über die Hälfte der Anbieter stellen.

Seit 1. September 2019 werden die Zulassungen von Heilmittelerbringern durch regionale Arbeitsgemeinschaften (ARGen) der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ausgesprochen. Bislang mussten die Leistungserbringer für die Zulassung in der Regel mehrere Verbände der Krankenkassen kontaktieren. In Niedersachsen ist die ARGE bei der vdek-Landesvertretung angesiedelt.

### HEILMITTLERBRINGER: ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER GRUPPEN



Quelle: vdek, eigene Berechnungen

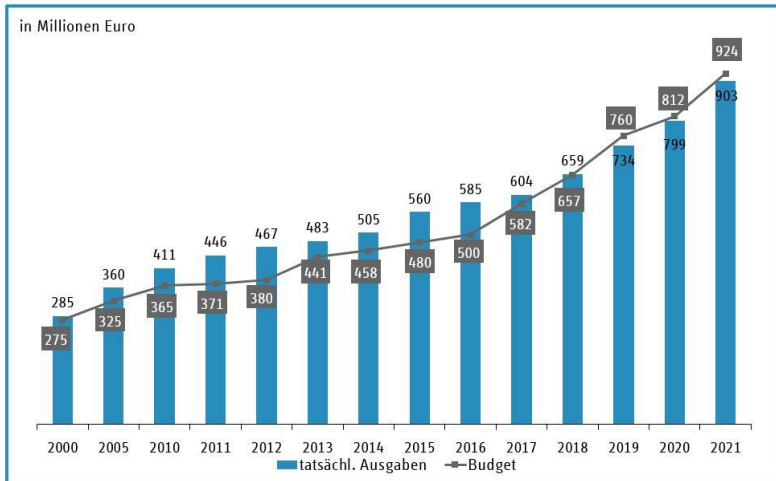
Die Zahl der für die Heilmittelbringung zugelassenen Praxen ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen, allein die Zahl der Ergotherapeuten hat sich seit 2000 mehr als vervierfacht.

Der deutliche statistische Rückgang 2022 in einigen Bereichen ist auf Datenbereinigungen zurückzuführen: Sämtliche Leistungserbringer mussten aktiv die neuen bundeseinheitlichen GKV-Rahmenverträge anerkennen. Praxen, die tatsächlich nicht mehr existierten, konnten dadurch identifiziert und die Statistiken entsprechend bereinigt werden.

Für Heilmittelbringer besteht anders als bei Ärzten keine Bedarfsplanung: Jeder Anbieter, der über entsprechende Qualifikationen und Praxisräumlichkeiten verfügt, kann Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Damit ist es bei der Heilmittelversorgung nicht möglich, Bezirke bei Überversorgung für Neuzulassungen zu sperren. Der damit verbundene Anstieg der Anbieterzahlen korrespondiert mit erheblichen Ausgabenzuwächsen.



HEILMITTELAUSGABEN

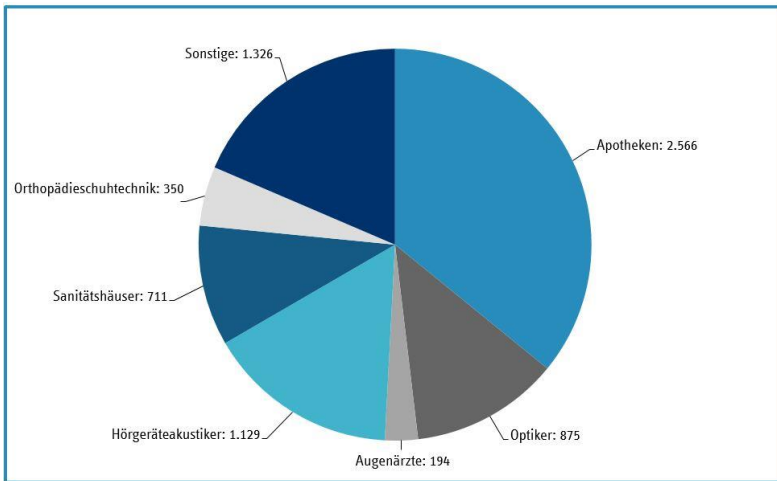


Quelle: GKV-Daten, Budgetvereinbarungen zwischen KVN und Verbänden der GKV

Die Ausgaben für Heilmittel sind über die Jahre immer weiter gestiegen. Seit 2000 haben sie sich weit mehr als verdreifacht.

Während die Ärzte mit ihren Heilmittel-Verordnungen die vereinbarten Jahresbudgets in der Vergangenheit teils erheblich überschritten, ist in den vergangenen Jahren eine Unterschreitung zu verzeichnen. Die Möglichkeit, sich durch eine gegenüber dem Vorjahr geringere Verordnungsanzahl von der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreien zu können, scheint Wirkung zu zeigen.

### HILFSMITTELERBRINGER

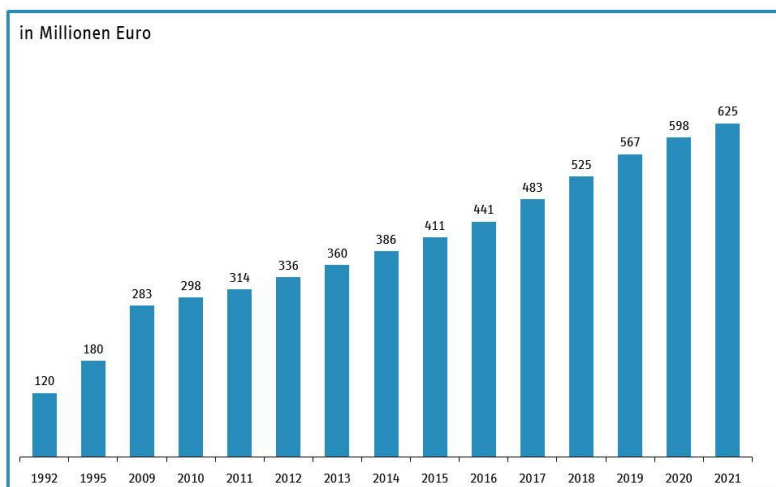


Stand: November 2022 Quelle: vdek

Mit landesweit über 7.000 Hilfsmittelerbringern hat der vdek Verträge geschlossen. Die größte Gruppe darunter ist die der Apotheken. Unter den „sonstigen“ Hilfsmittelerbringern finden sich vor allem Pflegeheime (Abgabe von Inkontinenzartikeln) und Friseurbetriebe für Haarersatz.

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. Um den Aufwand für alle Beteiligten zu begrenzen, können Leistungserbringer ein Präqualifizierungsverfahren durchlaufen. Die dabei festgestellte Eignung wird dann von allen Krankenkassen anerkannt.

RETTUNGSDIENST: AUSGABEN DER KRANKENKASSEN

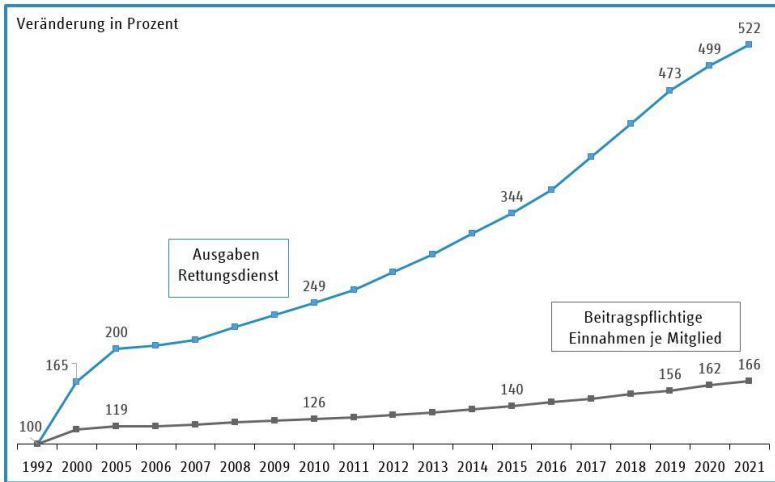


Ohne Ausgaben für Luftrettung und genehmigte Unternehmen – für 2021 Hochrechnung  
Quelle: Träger des Rettungsdienstes

Die Ausgaben der Krankenkassen für den Rettungsdienst (inklusive Krankentransport) haben sich seit 1992 mehr als verfünffacht. Der Hauptgrund für die Kostenexplosion liegt in fehlenden gesetzlichen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung.

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 oder Rettungsdienstorganisationen, die außerhalb der öffentlichen Beauftragung Krankentransportleistungen erbringen.

## AUSGABEN RETTUNGSDIENST UND EINNAHMEN DER KRANKENKASSEN



Ausgabenwert 2021 Hochrechnung  
Quelle: Träger des Rettungsdienstes und BMG, KJ1, eigene Berechnungen

Die Ausgaben für den Rettungsdienst steigen seit Jahren um ein Vielfaches stärker als die Einnahmen der Krankenkassen. Sie tragen damit tendenziell zu einer Steigerung der Beitragssätze bei. Vorrangig verantwortlich dafür sind zentrale Schwächen des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettDG), die auch durch verschiedene Novellierungen nicht behoben wurden. So fehlt weiterhin eine gesetzliche Begrenzung der Ausgabendynamik durch Anbindung an die Einnahmen der Krankenkassen. Auch orientieren sich Zuschnitt und Größe von Rettungsdienstbereichen nach wie vor grundsätzlich an kommunalen Grenzen, obwohl größere Einheiten versorgungstechnisch sinnvoll und deutlich günstiger wären. Insofern ist die Struktur der Rettungsleitstellen antiquiert. Eine Reform des NRettDG ist überfällig.

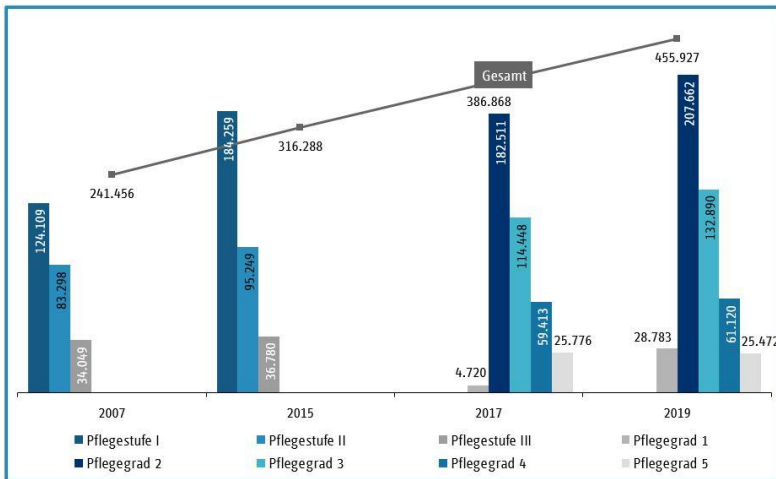
Seit 2013 müssen die Krankenkassen zudem Vorhaltekosten für die Bewältigung von Großschadensereignissen berücksichtigen und seit 2014 die Kosten für die Aus- und Weiterbildung zum Notfallsanitäter tragen.

# KAPITEL 4

## PFLEGE

Pflegebedürftig sind Menschen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem Maße Hilfe im Alltag benötigen. Diese Definition ist 2017 durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) um psychische und kognitive Einschränkungen erweitert worden. Ausschlaggebend für die Pflegebedürftigkeit ist das verbleibende Maß an Selbstständigkeit. Je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit können ambulante und stationäre Pflegeangebote in Anspruch genommen werden. Durch die demografische Entwicklung ist ein weiterer Ausbau von Pflegeeinrichtungen und -plätzen erforderlich.

PFLEGEBEDÜRFTIGE NACH PFLEGESTUFEN

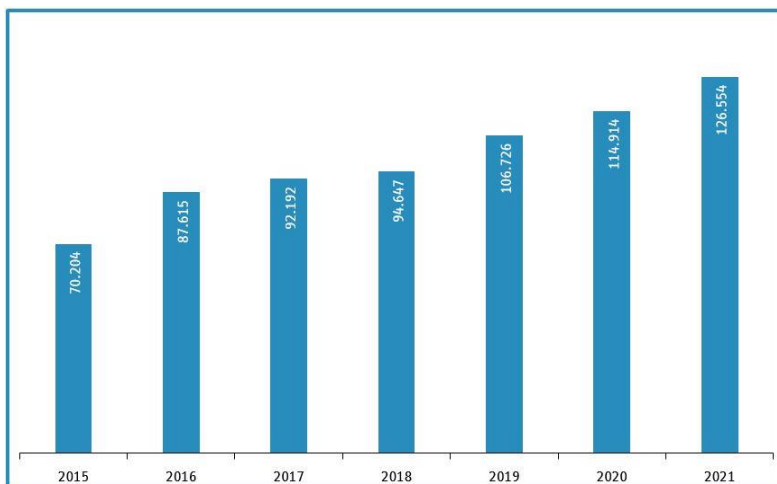


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen ist zwischen 2007 und 2019 von rund 241.500 auf 456.000 gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von nahezu 90 Prozent. Gründe dafür sind – vom demografischen Wandel abgesehen – unter anderem auch die Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade und mehr Antragstellungen aufgrund der höheren Medienpräsenz.

Seit Umstellung auf Pflegegrade 2017 zeigt sich ein signifikanter Anstieg bei Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1. Die Zahl der anspruchsberechtigten Personen in Pflegegrad 1 fällt 2019 sechs Mal so hoch aus wie 2017. Hingegen stagniert die Zahl schwerstpflegebedürftiger Personen in Pflegegrad 5 bei rund 25.000. Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen hat den Pflegegrad 2 (46 Prozent), es folgen 29 Prozent im Pflegegrad 3 und 13 Prozent im Pflegegrad 4.

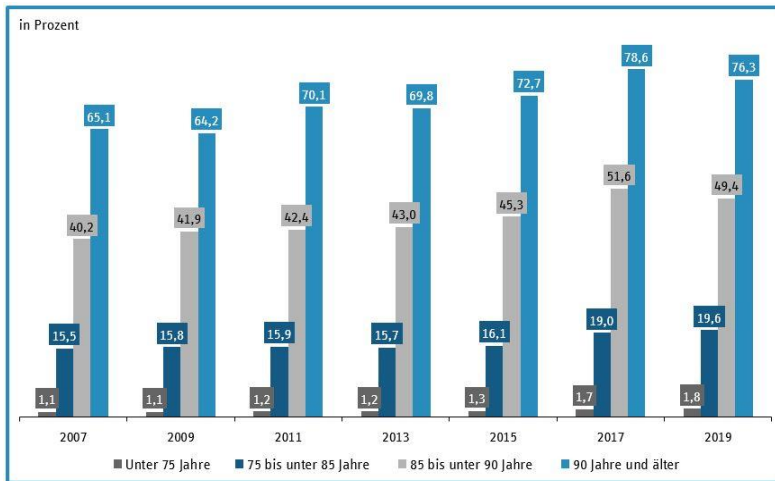
AUFTRAGSEINGÄNGE ERSATZKASSEN PFLEGE-EINZELFALLGUTACHTEN



Quelle: MD Niedersachsen

Einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen Pflegebedürftige bei ihrer Pflegekasse. Diese beauftragt dann den Medizinischen Dienst (MD) mit der Erstellung eines Gutachtens über die Pflegebedürftigkeit. Die Auftragseingänge bei den Ersatzkassen sind seit 2015 um 80 Prozent gestiegen.

## PFLEGEQUOTEN



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Pflegequoten beziffern den Anteil der Pflegebedürftigen an einer Altersgruppe. Dieser Anteil steigt mit zunehmenden Lebensjahren: So waren 2019 in Niedersachsen 19,6 Prozent der 75- bis 84-jährigen auf Pflege angewiesen, bei den 85- bis 89-jährigen waren es 49,4 Prozent und bei den über 90-jährigen mehr als drei Viertel.

Der Anteil der über 90-jährigen an den Pflegebedürftigen insgesamt liegt allerdings nur bei 15,2 Prozent. Die unter 75-jährigen und die 75- bis 84-jährigen stellen jeweils rund ein Drittel der Pflegebedürftigen.

Im Vergleich zu 2007 sind die Pflegequoten aller Altersgruppen gestiegen.



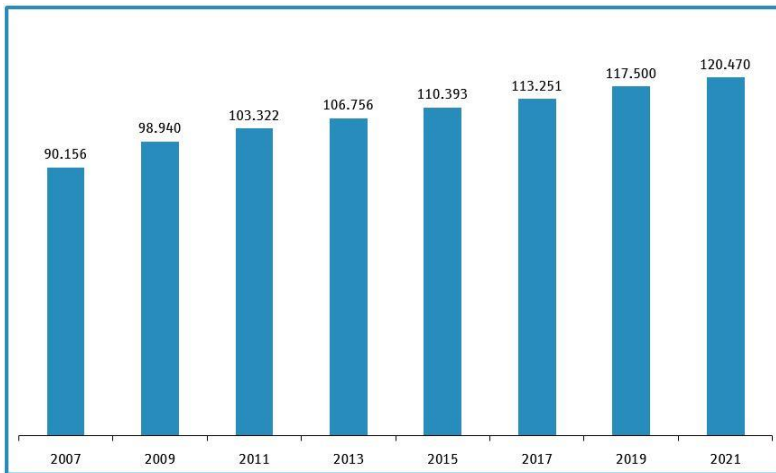
PFLEGE-EINRICHTUNGEN



Quelle: Verbände der Pflegekassen

Die Zahl ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Bei den stationären Einrichtungen geht der Zuwachs vor allem auf eine deutliche Steigerung der Tagespflege zurück. Dieser Ausbau teilstationärer Angebote folgt der Intention des Gesetzgebers, gerade die häusliche Pflege zu stärken, um die dauerhafte vollstationäre Versorgung so lange wie möglich zu vermeiden. In diesem Sinne stellen die Pflegekassen ihren pflegebedürftigen Versicherten seit 2016 auch weitere zusätzliche Geldleistungen zur Verfügung, indem teilstationäre Tagespflegeangebote zusätzlich zu ambulanten Pflegeleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden können.

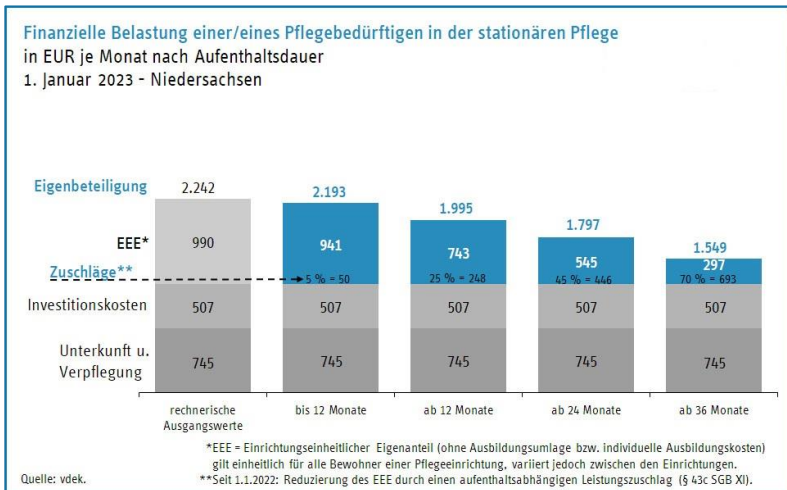
### PFLEGEPLÄTZE STATIONÄR



Einschließlich teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege  
Quelle: Verbände der Pflegekassen

Das Angebot an Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen steigt kontinuierlich. Der Zuwachs seit 2007 beträgt 30 Prozent. Über die Eröffnung neuer Einrichtungen hinaus erweitern bestehende Pflegeheime ihr Angebot durch Aus- und Umbaumaßnahmen. Die Ausweitung ist Folge einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen.

FINANZIELLE BELASTUNG PFLEGEHEIMBEWOHNER



Durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten  
EEE= Einrichtungs einheitlicher Eigenanteil (für Pflegegrade 2 bis 5)  
Quelle: vdek

Pflegebedürftige erhalten je nach Pflegegrad einen vom Gesetzgeber bundesweit einheitlich festgesetzten Geldbetrag aus der Pflegeversicherung. Dieser ist aber nur ein Zuschuss: Die Differenz zu dem tatsächlichen Preis eines Heims für die Pflege müssen die Bewohner über den „einrichtungseinheitlichen Eigenanteil“ (EEE) selber tragen. Darüber hinaus zahlen sie für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten der Anbieter.

Durchschnittlich tragen Bewohner eines Pflegeheims in Niedersachsen im ersten Jahr ihres Aufenthalts einen monatlichen Eigenanteil von 2.193 Euro (Stand: 1. Januar 2023), das sind 400 Euro mehr als zu Beginn des Vorjahrs. Im weiteren Verlauf sinkt der Anteil durch steigende Zuschläge aus der Pflegeversicherung.

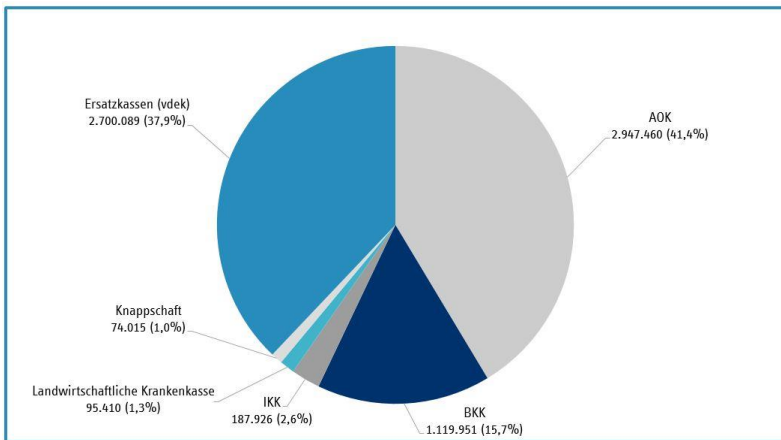
Der Zuwachs beim Eigenanteil liegt vor allem an gestiegenen Personalkosten der Pflegeheime sowie einem höheren Personalschlüssel.

## KAPITEL 5

# DIE ERSATZKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist ein Zusammenschluss der sechs Ersatzkassen in Deutschland: Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse. Zusammen haben die Ersatzkassen in Niedersachsen rund 2,7 Millionen Versicherte und damit einen Marktanteil von 38 Prozent innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versichertenzahl setzt sich zusammen aus den beitragspflichtigen Mitgliedern und deren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

VERSICHERTE NACH KASSENARTEN

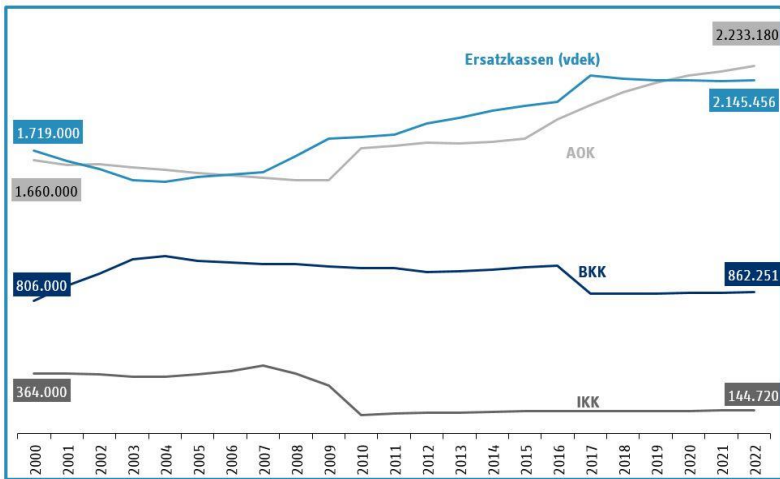


Stand: 1. Juli 2022  
Quelle: BMG, KM6

Die Ersatzkassen betreuen in Niedersachsen 2,7 Millionen Menschen, das entspricht knapp 38 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten. Die Versicherungszahl setzt sich zusammen aus 2,1 Millionen Mitgliedern, die die Beiträge aufbringen, und deren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

Als Verband einer großen Kassenart trägt der vdek eine besondere Verantwortung. Das Ziel dabei bleibt eine hochwertige, effiziente und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

## MITGLIEDERENTWICKLUNG NACH KASSENARTEN



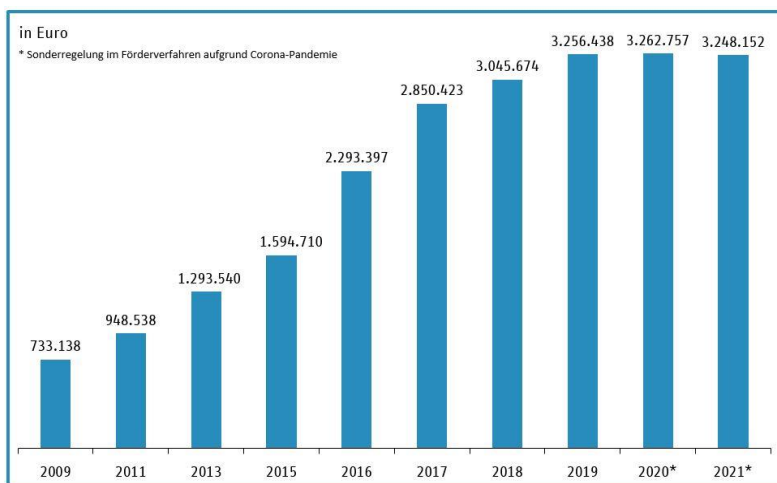
Quelle: BMG, KM6

Die Ersatzkassen waren bis 2019 viele Jahre mitgliederstärkste Kassenart in Niedersachsen, auch infolge von Fusionen in jüngerer Vergangenheit. Gleichzeitig hat sich im Wettbewerb immer stärker die massive Benachteiligung der Ersatzkassen und anderer Kassenarten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) gezeigt.

Durch die seinerzeitige Form des Morbi-RSA erhielt eine Kassenart deutlich mehr Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Andere Krankenkassen wie die Ersatzkassen bekamen deutlich weniger Mittel als erforderlich. Das hat den gewünschten Wettbewerb in der GKV verzerrt.

Der Gesetzgeber hat diesen Kernfehler des Morbi-RSA erkannt und 2020 durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz eine Korrektur beschlossen. Damit sollten die finanziellen Überdeckungen auf der einen und die Unterdeckungen auf der anderen Seite reduziert werden.

ENGAGEMENT DER ERSAZKASSEN: FÖRDERUNG AMBULANTER HOSPIZDIENSTE



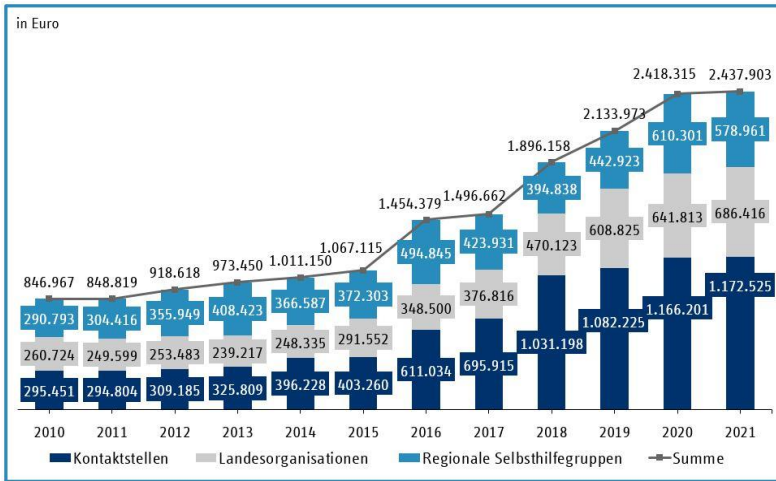
Quelle: vdek

Die Ersatzkassen haben ambulante Hospizdienste in Niedersachsen in den vergangenen Jahren immer stärker unterstützt. Das Volumen lag 2021 bei rund 3,3 Millionen Euro. Das Geld floss an landesweit 98 Hospizdiensten mit 4.184 ehrenamtlichen Helfern. Diese begleiteten rund 3.800 schwerstkranke Menschen bis zum Tod.

Um die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Arbeit der ambulanten Hospizdienste abzumildern, wurden ambulanten Hospizdiensten Sonderregelungen für das Förderverfahren in den Jahren 2020 und 2021 eingeräumt.

Bei der ambulanten Hospizarbeit unterstützen ehrenamtliche Kräfte Menschen, die die letzte Zeit ihres Lebens in gewohnter häuslicher Umgebung verbringen möchten.

ENGAGEMENT DER ERSATZKASSEN: FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE



Die Übersicht zeigt die deutlich gestiegenen Förderbeträge der Ersatzkassen für die Selbsthilfe seit 2010. Unterteilt werden die Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung in eine krankenkassengemeinsame Pauschalförderung und eine kassenindividuelle Förderung einzelner Projekte. 2021 haben die Ersatzkassen die Selbsthilfe mit rund zwei Millionen Euro Pauschalfördermitteln und 400.000 Euro für Projekte unterstützt.

Die Kassen fördern 45 Landesverbände von Selbsthilfeorganisationen, rund 1.500 vor Ort aktive ehrenamtliche Selbsthilfegruppen sowie 44 Kontaktstellen, die Betroffene an Selbsthilfegruppen vermitteln und Hilfestellung zur Gruppengründung geben.



### 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 für die gesetzliche Krankenversicherung 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 Projekten zur Gesundheitsförderung im Wohnumfeld über die Beratung der Versicherten in Pflegestützpunkten bis hin zur palliativmedizinischen Versorgung. Sie organisiert die gemeinschaftliche Förderung der Selbsthilfe und ambulanter Hospizdienste.

## **COPYRIGHT:**

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig.

Darüber hinaus ist die kostenfreie Nutzung durch (Online-)Redaktionen von Medien (z. B. Zeitungen, Zeitschriften, Fernseh-/Rudiosender und Webseiten) erlaubt. Nicht zulässig ist hingegen die Verwendung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes durch kommerzielle Internetportale zum Zwecke der Veröffentlichung gegen Entgelt.

## **ALLGEMEINER HINWEIS:**

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber in der Regel nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

# IMPRESSUM

**HERAUSGEBER:**

vdek-Landesvertretung Niedersachsen  
Schillerstraße 32  
30159 Hannover

Telefon: 05 11 / 3 03 97 - 0

Telefax: 05 11 / 3 03 97 - 99

E-Mail: [lv-niedersachsen@vdek.com](mailto:lv-niedersachsen@vdek.com)

[www.vdek.com](http://www.vdek.com)

**VERANTWORTLICH:**

Hanno Kummer

**REDAKTION:**

Simon Kopelke

**SATZ UND LAYOUT:**

vdek, Abteilung Kommunikation, Berlin, und vdek-Landesvertretung  
Niedersachsen

**BILDNACHWEIS:**

Lankarte Umschlagseite 1: Agentur Schön & Middelhaufe, Berlin

Foto Hanno Kummer, Seite 3: Georg. J. Lopata, Berlin

**DRUCK:**

solid earth, Berlin