



Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen 2025/2026



MITGLIEDSKASSEN



BARMER

DAK
Gesundheit

KKH

hkk
KRANKENKASSE

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

VORWORT

Das Gesundheitswesen stellt uns immer wieder vor Herausforderungen. Der demografische Wandel mit einer älter werdenden Gesellschaft beispielsweise führt zu veränderten Bedarfen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Gleichzeitig wird auch die Begrenzung des Fachpersonals deutlich spürbar. Es gilt, unter diesen Rahmenbedingungen eine gute Versorgungsqualität in allen Sektoren sicherzustellen.



Unsere Basisdaten bieten eine Grundlage, um die Entwicklungen in verschiedenen Bereichen zu analysieren und zu bewerten. Wir haben die Zahlen dafür aufbereitet, mit öffentlich zugänglichen Statistiken kombiniert und kommentiert zusammengefasst.

Unsere „Ausgewählten Basisdaten“ erscheinen zum zehnten 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



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) • Niedergelassene Psychotherapeuten • Spezielle ambulante Versorgungsangebote für Kinder • Zahnärzte • Kieferorthopäden

KAPITEL 2:

STATIONÄRE VERSORGUNG

17

Krankenhäuser und Bettenkapazität • Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser • Vergütung: Landesbasisfallwert • Einnahmen der Krankenhäuser (DRG-Erlösvolumen und Pflegebudget) • Entwicklung Bettenzahl • Durchschnittliche Verweildauer • Krankenhäuser nach Trägerschaft • Krankenhausbetten nach Trägerschaft • Krankenhausärzte und Pflegepersonal • Patienten- und Operationszahlen, Ärzte und Pflegepersonal • Ambulante und stationäre Operationen • Krankenhausstandorte mit mindestmengenrelevanten Leistungen • Vorsorge- und Rehaeinrichtungen • Müttergenesung: Einrichtungen und Bettenzahl • Ambulante Rehaeinrichtungen

KAPITEL 3:

WEITERE LEISTUNGSERBRINGER **33**

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

KAPITEL 4:

PFLEGE **42**

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

KAPITEL 5:

DIE ERSATZKASSEN **49**

Versicherte nach Kassenarten • Engagement der Ersatzkassen: Förderung
ambulanter Hospizdienste • Engagement der Ersatzkassen: Förderung der
Selbsthilfe • Die Landesvertretung Niedersachsen des vdek

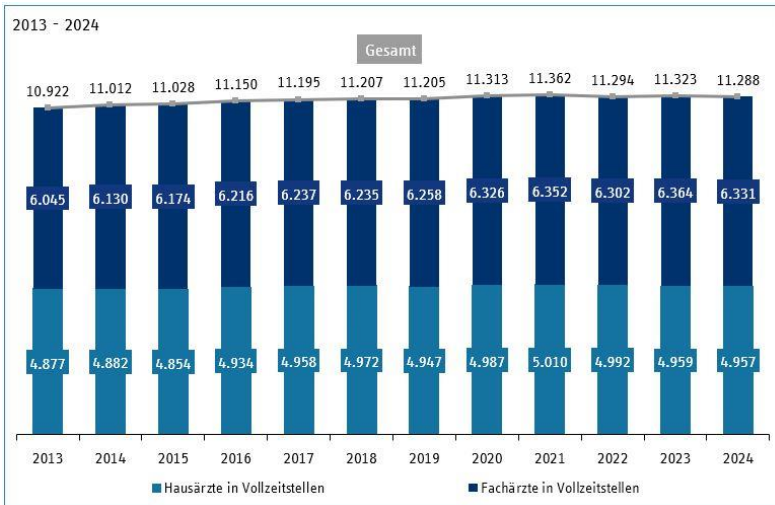
KAPITEL 1

AMBULANTE VERSORGUNG

Ambulante Versorgungsleistungen werden im Wesentlichen von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten erbracht. Die Zahl dieser Leistungserbringer ist über die Jahre insgesamt gestiegen. Gleichzeitig gibt es spürbare Unzufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit Termin-Wartezeiten und deutliche Hinweise auf Fehlsteuerungen in der Versorgung.

Im Mittelpunkt dieser Diskussion steht, die Koordination der Patientenversorgung zu verbessern und eine bessere Zugangssteuerung durch ein Primärversorgungsmodell zu erreichen.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE



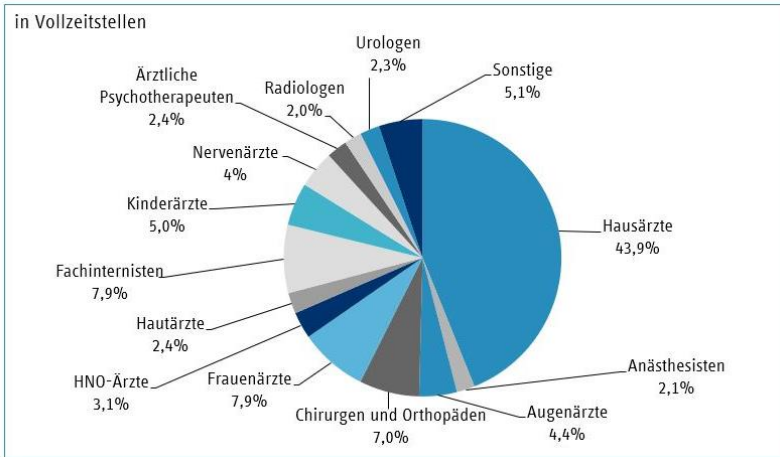
Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte, ohne Psychotherapeuten
Quelle: KBV Bundesarztregister

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte bewegt sich auf gleichbleibendem Niveau. Durch regionale Unterschiede und veränderte Inanspruchnahme rückt gleichwohl die Frage in den Vordergrund, wie der Zugang der Bevölkerung zu ambulanten Versorgungsangeboten zukünftig organisiert werden soll.

In manchen Facharztgruppen ist es für Patientinnen und Patienten zusehends schwierig, zeitnah Termine zu erhalten. Und angesichts der Altersstruktur in der Ärzteschaft stellt die Nachbesetzung von Hausarztsitzen insbesondere auf dem Land eine Herausforderung dar.

Angesichts dieser Entwicklungen geht es darum, die knappe Ressource der Ärztinnen und Ärzte zielgerichteter einzusetzen. Hier sind als Stichworte eine bessere Versorgungssteuerung, die Nutzung von Telemedizin und die Delegation ärztlicher Leistungen zu nennen.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE NACH FACHGRUPPEN

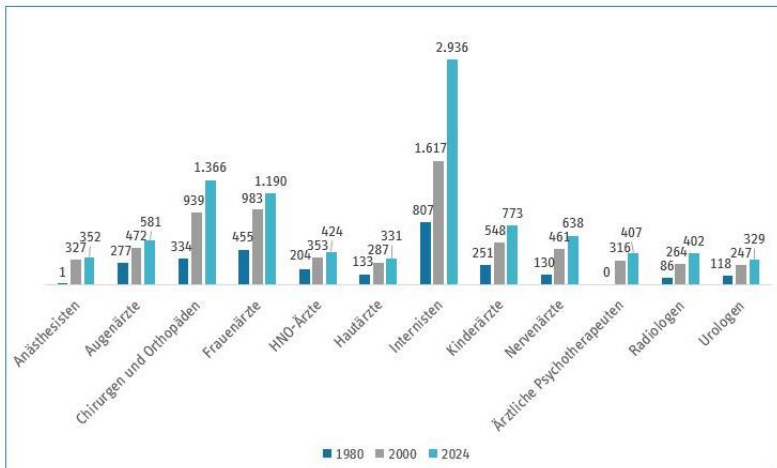


Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte, Stand: Dez. 2024
Quelle: KBV Bundesarztregister

Der Anteil der Hausärzte an der niedergelassenen Ärzteschaft ist in der Vergangenheit immer weiter gesunken, wobei es zuletzt aber zu einer Stabilisierung bzw. 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.

Seit 2000 wird gegengesteuert, zum Beispiel durch Trennung der Honorartöpfe für Haus- und Fachärzte. Das hat zu einer deutlichen Steigerung der hausärztlichen Vergütungen geführt. Gleichwohl ist die Nachbesetzung von Hausarztsitzen insbesondere in ländlichen Regionen bei Ausscheiden der Praxisinhaber teilweise schwierig. Die Landesregierung hat im Februar 2025 zusammen mit Akteuren wie der vdek-Landesvertretung einen Maßnahmenplan gegen Hausärztemangel vorgestellt.

ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER FACHARTZGRUPPEN

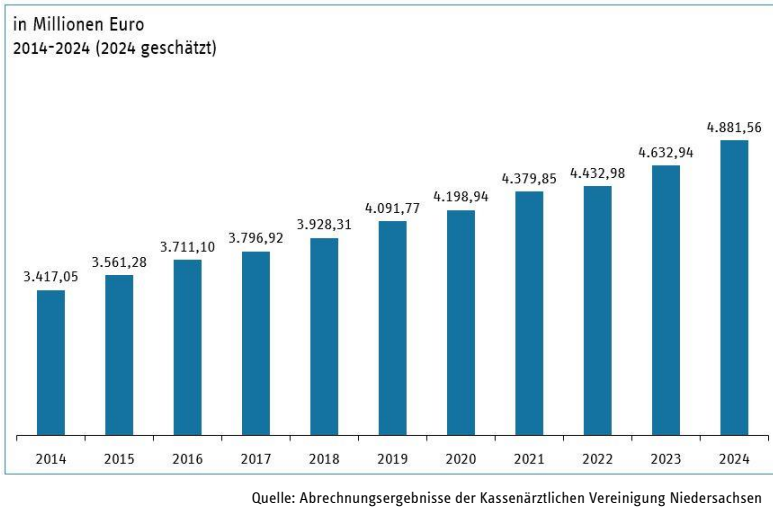


Nach Anzahl Personen, inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte
Quelle: KBV Bundesarztregister

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

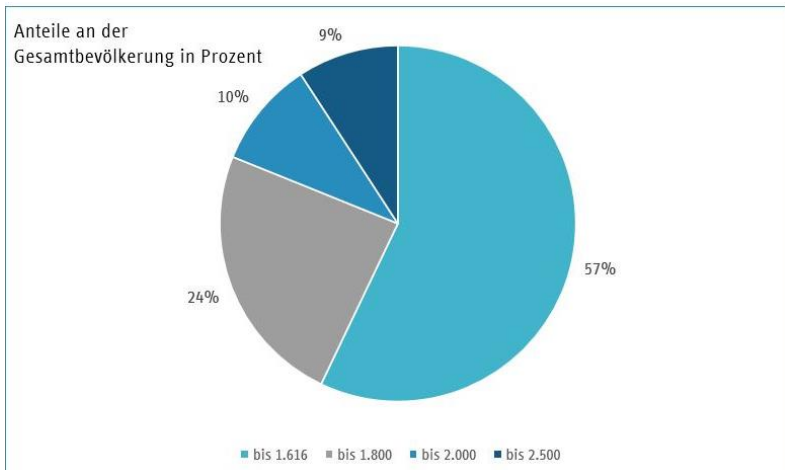
Über die Zeit betrachtet zeigt sich ein deutlicher Zuwachs bei den einzelnen Fachrichtungen. Dennoch klagen je nach Facharztgruppe Patientinnen und Patienten über Schwierigkeiten, einen zeitnahen Termin zu bekommen.

HONORARENENTWICKLUNG NIEDERGELESENER ÄRZTE



Das Honorarvolumen der Ärzte in Niedersachsen ist in den vergangenen Jahren stetig und deutlich gestiegen. Seit 2014 beträgt der Zuwachs insgesamt 1,46 Milliarden Euro oder 43 Prozent. Damit liegt das Honorarplus deutlich oberhalb der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter voll sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer in Deutschland in diesem Zeitraum (27,2 Prozent).

EINWOHNER JE HAUSARZT

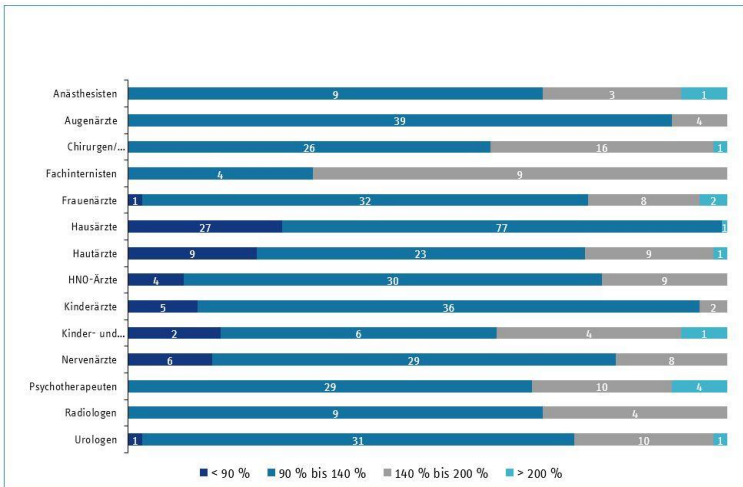


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung, 2. Fortschreibung 2024

Die Bedarfsplanung sieht für das Verhältnis Hausärzte/Einwohner bundesweit aktuell eine Zahl von 1: 1.616 vor. Bei diesem Wert besteht demnach eine bedarfsgerechte Versorgung. In Niedersachsen variiert dieses Verhältnis in der Realität jedoch erheblich. So versorgt ein Hausarzt auf den Ostfriesischen Inseln lediglich 869 Menschen, während es in Sulingen einen Hausarzt für 2.430 Personen gibt.

Insgesamt stehen für 57 Prozent und damit die Mehrzahl der Einwohner mehr Ärzte als angestrebt zur Verfügung. 43 Prozent der Einwohner - 3,5 Millionen - sind von einer geringeren Versorgungsdichte betroffen. Das sind ca. 124.000 mehr Einwohner als noch 2022. 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 VERSORGUNGSGRAD (NACH PLANUNGSBEREICHEN)

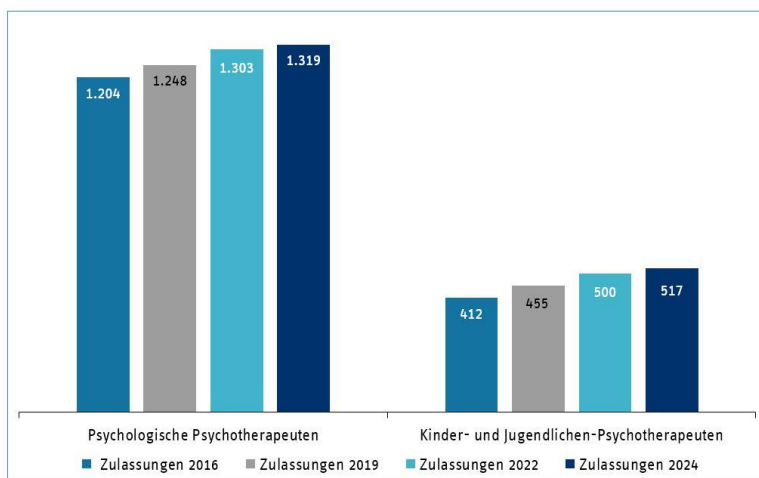


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung, 2. Fortschreibung 2024

Die Versorgungsgrade der Planungsbereiche zeigen sowohl die regionalen Disparitäten als auch die Unterschiede zwischen den Arztgruppen. Während in der Gesamtbetrachtung 55 Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 90 Prozent haben, weisen 108 Bereiche mit mehr als 140 Prozent eine deutliche Überversorgung auf, zwölf Bereiche liegen sogar bei mehr als 200 Prozent. Die mit mehr als 140 Prozent deutlichen Überversorgungssituationen betreffen, sofern die Ostfriesischen Inseln als Sondersituation ausgeklammert werden, ausschließlich fachärztliche Bereiche.

Für eine möglichst ausgewogene Verteilung der Arztpraxen sollte das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 sorgen. Dieses sieht vor, dass Arzt-sitze nicht nachbesetzt werden sollen, wenn der Versorgungsgrad 140 Prozent beträgt. In der Realität ist diese Regelung bislang allerdings ohne Wirkung geblieben.

NIEDERGELASSENE PSYCHOTHERAPEUTEN

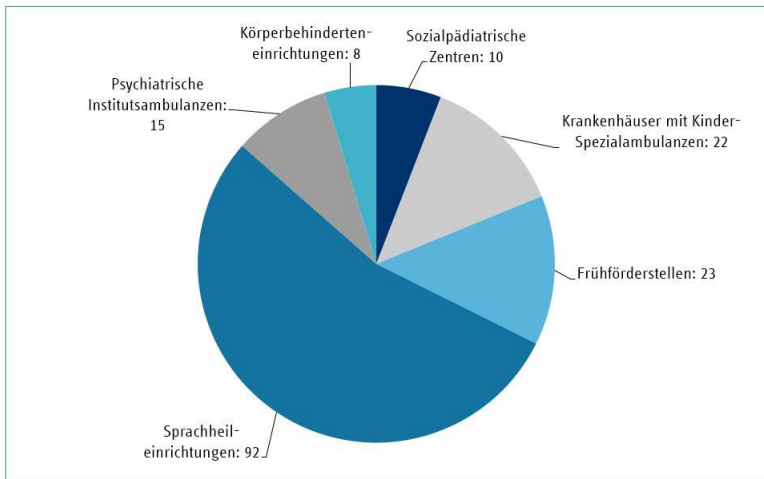


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung

Seit 1999 werden Neuzulassungen von Psychotherapeuten nur noch bedarfsabhängig genehmigt. Dabei sind mindestens 20 Prozent der Sitze Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche vorbehalten. Insgesamt hat das psychotherapeutische Versorgungsangebot zugenommen.

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

SPEZIELLE AMBULANTE VERSORGUNGSANGEBOTE FÜR KINDER

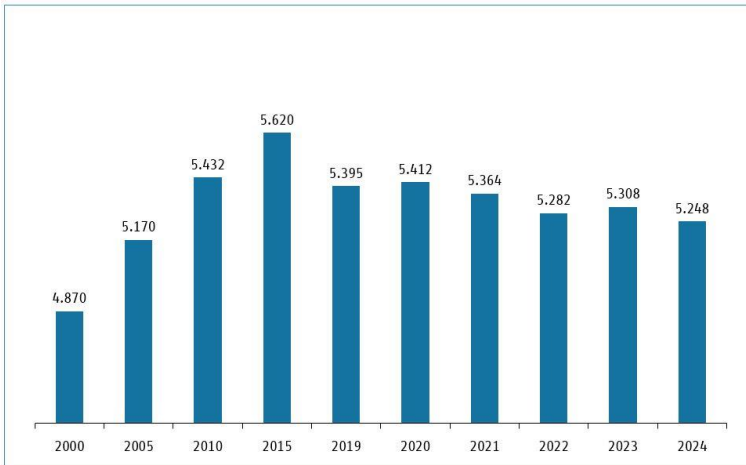


Quelle: vdek, Stand: 2024

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 170 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.

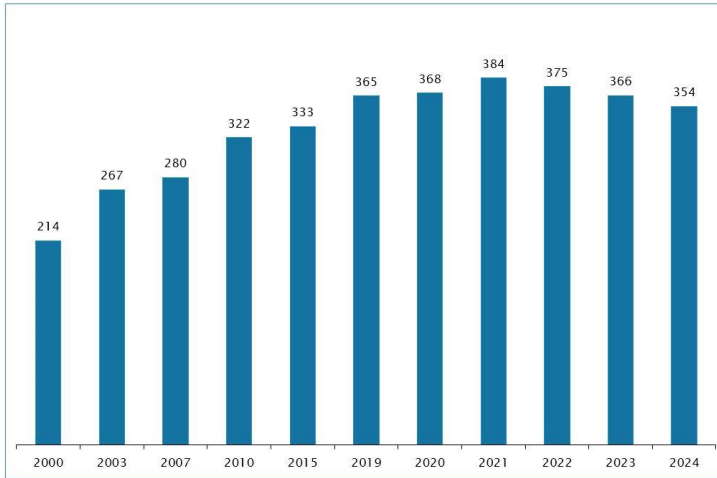
ZAHNÄRZTE



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. Trotz der seit 2015 leicht rückläufigen Zahnärztezahl sind insgesamt Versorgungsengpässe nicht erkennbar.

KIEFERORTHOPÄDEN



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

Die Zahl der Kieferorthopäden ist seit 2000 um 65 Prozent gestiegen, 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.

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.

Aktuell befindet sich der Krankenhaus-Sektor in einer Phase des Umbruchs: Der Gesetzgeber will mit dem auf Bundesebene beschlossenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz die Weichen für eine tiefgreifende Strukturreform der Krankenhauslandschaft stellen. Durch Einführung von Leistungsgruppen, die den einzelnen Häusern zugeteilt werden, soll eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung in den Regionen sichergestellt werden.

Die damit verbundene Konzentration von Leistungen an weniger Standorten als bisher ist gerade auch angesichts der Fachkräfteknappheit dringend notwendig.

KRANKENHÄUSER UND BETTENKAPAZITÄT



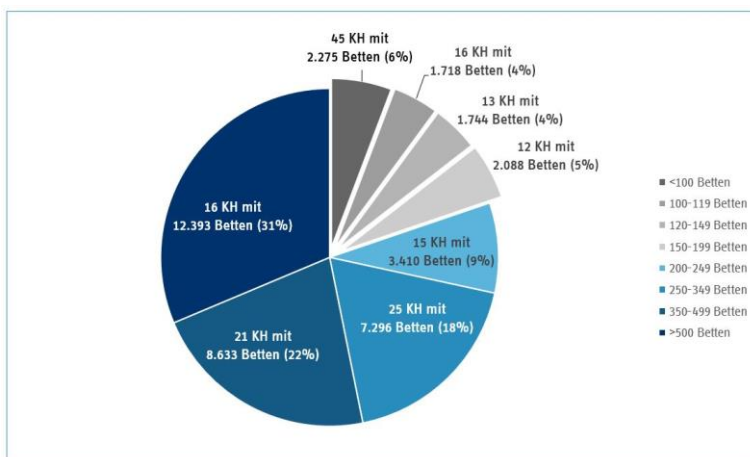
Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

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 einem Neuzuschnitt von Versorgungsregionen entwickelt. Kleine Krankenhäuser können in Regionale Gesundheitszentren transformieren und eine sektorenübergreifende Versorgung entwickeln.

Auch die aktuelle Krankenhausreform des Bundes zielt auf eine stärkere Bündelung des Leistungsgeschehens in der Versorgung mit dem vorhandenen Fachpersonal zur Steigerung der Qualität ab.

Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser



Stand: 2024
Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Das Schaubild zeigt die Zerfaserung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen: 86 der 163 Krankenhäuser haben jeweils weniger als 200 Betten. In vielen Regionen bestehen 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 86 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.

VERGÜTUNG: LANDESBASISFALLWERT



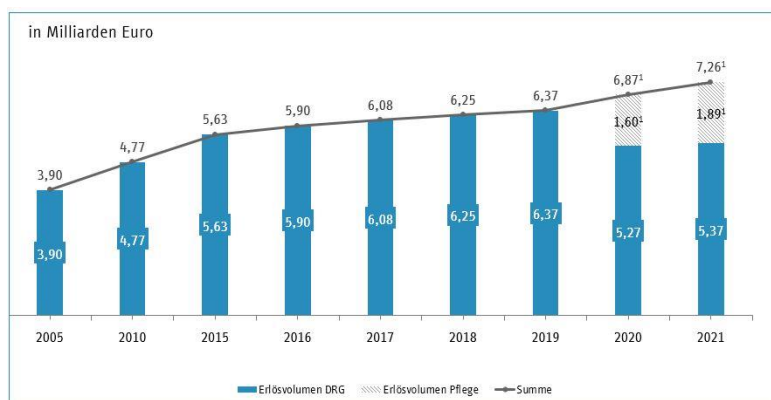
Quelle: Landesvereinbarungen und INEK-Veröffentlichung

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. Mit der Krankenhausreform ist zukünftig zudem eine Vorhaltefinanzierung vorgesehen, die unabhängig von der erbrachten Leistung erfolgen soll.

Der Landesbasisfallwert wird zwischen den Krankenkassenverbänden und der Krankenhausgesellschaft jährlich neu vereinbart. Bei der Bemessung werden die allgemeinen Lohn- und Sachkostenentwicklungen berücksichtigt sowie auch darüber hinausgehende Tarifsteigerungen an den Krankenhäusern und Sonderprogramme etwa für Hygienemaßnahmen.

Zusätzlich zum Landesbasisfallwert können Krankenhäuser ihre Kosten für das Pflegepersonal abrechnen. Die Krankenhäuser erhalten weitere Mittel etwa für die Geburtshilfe oder die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

EINNAHMEN DER KRANKENHÄUSER (DRG-ERLÖSVOLUMEN UND PFLEGEBUDGET)

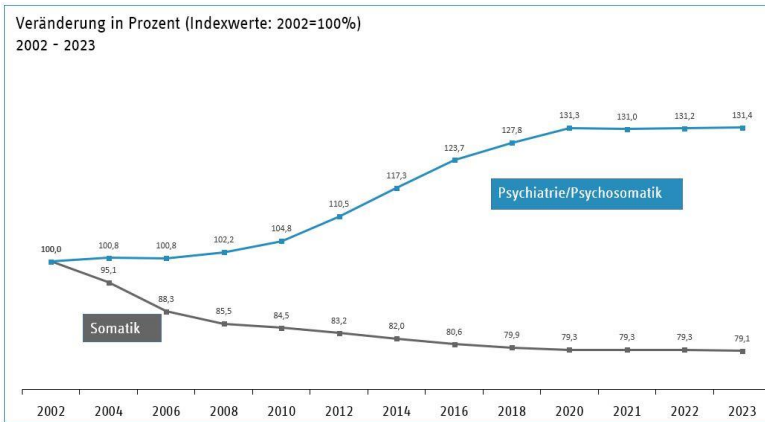


Quelle: Budget- und Landesvereinbarungen
¹(Verhandlungsstand 2020: 98%, 2021: 96%), eigene Berechnungen.

Der Landesbasisfallwert ist die Preiskomponente für die Einnahmen der Krankenhäuser. Die Mengenkomponekte berücksichtigt die tatsächliche Anzahl und Art der erbrachten Leistungen und stellt einen weiteren wesentlichen Faktor für die Entwicklung des Erlösvolumens eines Krankenhauses dar. Dieses Erlösvolumen für somatische Behandlungen ist niedersachsenweit von 2005 bis 2019 um rund 63 Prozent (2,47 Milliarden Euro) gestiegen. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen haben in diesem Zeitraum demgegenüber um 27 Prozent zugenommen.

Die Corona-Pandemie ab 2020 hat zu einem signifikanten Leistungseinbruch bei den Krankenhäusern geführt. Diese haben dafür finanzielle Entschädigungen auf dem Erlösniveau von 2019 erhalten. Gleichzeitig werden seit 2020 die Kosten für das Pflegepersonal außerhalb der DRG-Fallpauschalen vergütet. Die vorliegenden Budgetabschlüsse zeigen trotz des weiterhin bestehenden Fallzahleinbruchs einen starken Anstieg in den Krankenhausbudgets, unter anderem zurückzuführen auf die vereinbarten Pflegebudgetkosten. Die Budgets der Jahre 2022 bis 2025 werden nachgelagert verhandelt. Zukünftig sollen Krankenhäuser neben Fallpauschalen auch Geld für die Vorhaltung von Leistungen erhalten.

ENTWICKLUNG BETTENZAHL

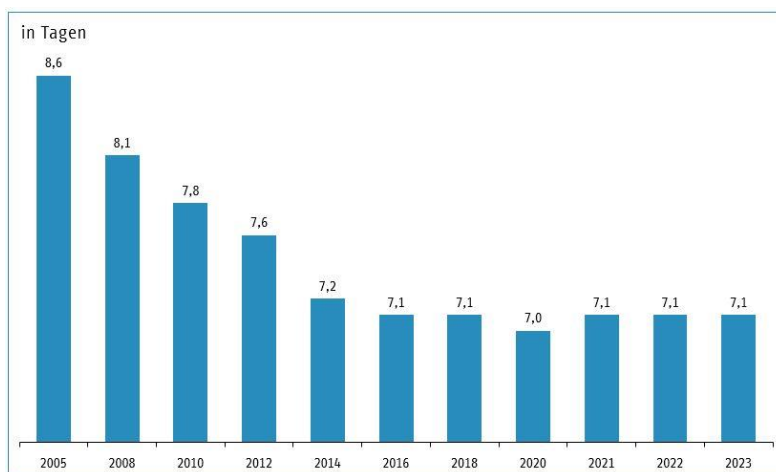


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan, eigene Berechnungen

Die Zahl der Betten für somatische Behandlungen ist seit 2002 aufgrund sinkender Auslastung um rund 21 Prozent zurückgegangen (Bettenauslastung 2023 bei 72,5 Prozent). Demgegenüber ist die Zahl der Betten in der Psychiatrie und in psychosomatischen Einrichtungen um mehr als 31 Prozent gestiegen.

Dieser Zuwachs spiegelt einerseits einen höheren Bedarf, andererseits wohl auch das wirtschaftliche Interesse der Einrichtungsträger an einer Ausweitung dieses Sektors wider.

DURCHSCHNITTliche VERWEILDAUER

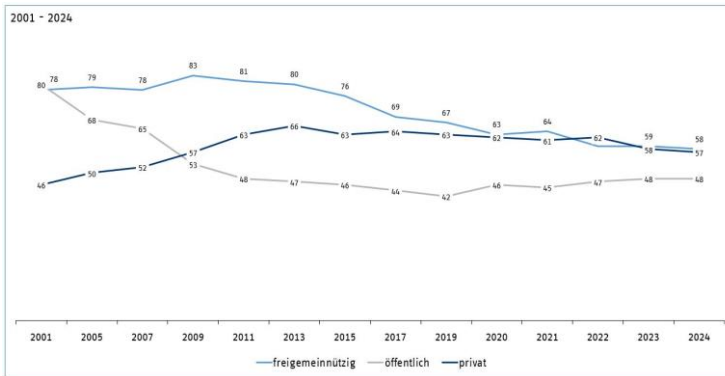


Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

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 17,4 Prozent von 8,6 auf 7,1 Tage gesunken. Im internationalen Vergleich ist dieser Wert immer noch hoch.

Eine betriebswirtschaftliche Auslastung der Betten versuchten die Kliniken dann 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 auch nach dem Willen des Gesetzgebers künftig verstärkt ambulant behandelt werden. Dies ist durch den medizinischen Fortschritt auch durchaus möglich.

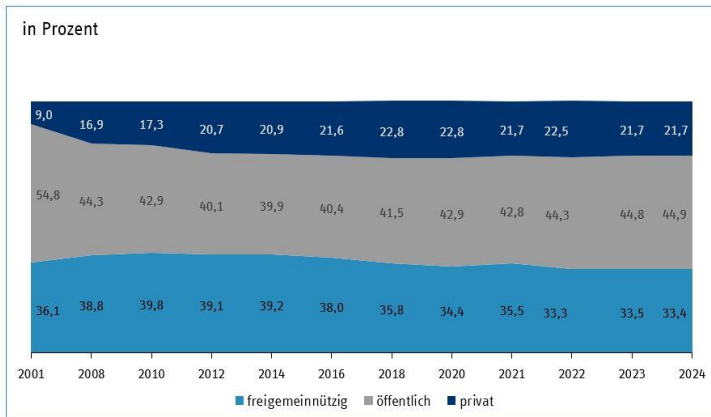
KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT



Die Zahl von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist von 2001 bis 2019 auf knapp die Hälfte gesunken. Diese Entwicklung ist mittlerweile gestoppt. Von einer Trendumkehr kann allerdings noch nicht die Rede sein.

Weniger stark gesunken ist die Anzahl der freigemeinnützigen Träger (von 78 auf 58 im gesamten Zeitverlauf). Die Anzahl der privaten Kliniken stieg seit 2001 um elf an, zuletzt war die Tendenz allerdings leicht rückläufig.

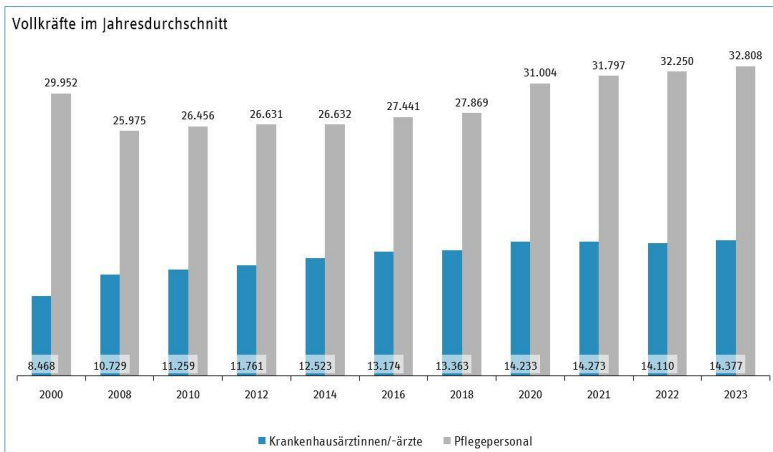
KRANKENHAUSBETTEN NACH TRÄGERSCHAFT



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Der Anteil der Krankenhausbetten in kommunaler Trägerschaft ging zunächst ab 2001 deutlich nach unten (2014 nur noch 39,9 Prozent). Seit mittlerweile zehn Jahren jedoch haben die Kommunen, die zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung verpflichtet sind, ihre Verantwortung mit einem aktuellen Anteil von 44,9 Prozent wieder stärker selbst übernommen.

KRANKENHAUSÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL



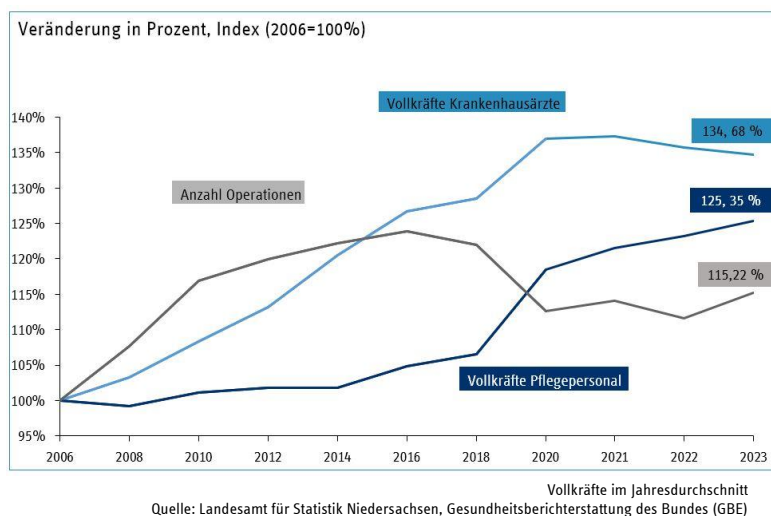
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Nachdem infolge der Fallpauschalenanreize 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. Dieses könnte sich auch auf den Zuwachs an ärztlichen Kapazitäten auswirken.

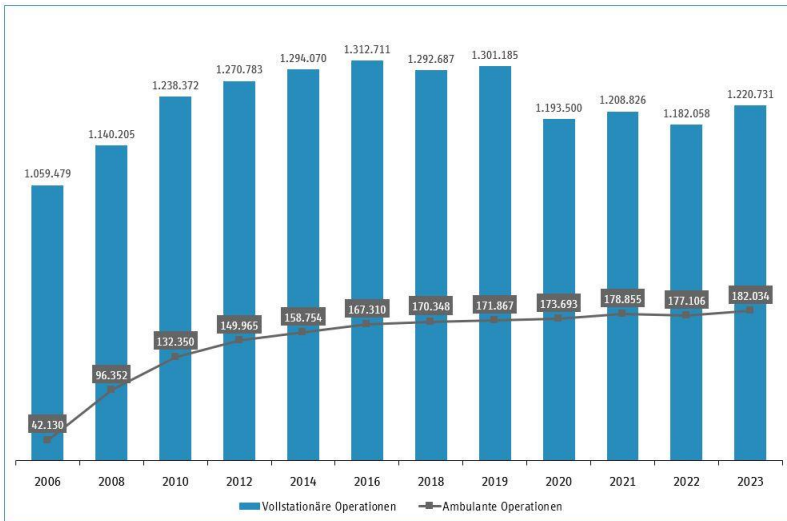
PATIENTEN- UND OPERATIONSZAHLEN, ÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL



Die Einführung der Finanzierung durch Fallpauschalen 2004 hat zunächst zu einem starken Anstieg der Zahl der Krankenhausärzte und damit verbunden der Zahl der Patienten und Operationen geführt. Hintergrund ist die finanzielle Anreizwirkung, dass Krankenhäuser zusätzliche Einnahmen nicht mehr durch längere Liegezeiten, sondern durch mehr Behandlungsfälle erzielen. Der Anstieg ist allerdings auch mit Verfügbarkeit personeller Ressourcen an seine Grenze gekommen. Ein deutlicher Leistungseinbruch ist in der Corona-Pandemie zu verzeichnen.

Verschiedene Faktoren wie etwa 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 Situation in den Krankenhäusern bei weniger Fällen und Leistungen entspannen müsste. Die Finanzierung des Pflegepersonals nach Selbstkostendeckung wirkt ebenfalls unterstützend.

AMBULANTE UND STATIONÄRE OPERATIONEN

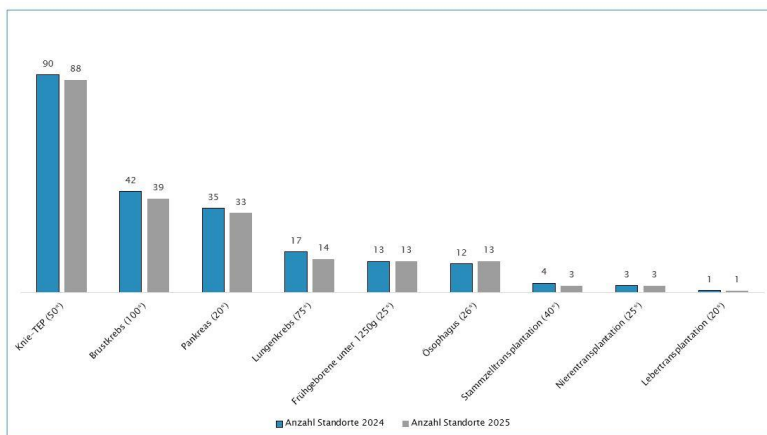


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Anzahl vollstationärer Operationen ist von 2006 bis 2019 um fast 23 Prozent auf über 1,3 Mio. gestiegen. Der folgende Rückgang der Operationen ab 2020 ist vor allem auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückzuführen. Das Leistungsniveau vor der Pandemie konnte in den darauffolgenden Jahren nicht wieder erreicht werden.

Die Zahl ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe in Krankenhäusern ist bis 2009 stark und danach nur noch leicht angestiegen. Von 2020 auf 2021 ist ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Dies könnte im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie 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. Zudem soll die Einführung der Hybrid-DRG 2024 als weitere Vergütungsform (Spezielle sektorengleiche Vergütung) die Ambulantisierung bisher stationärer operativer Eingriffe weiter fördern.

KRANKENHAUSSTANDORTE MIT MINDESTMENGENRELEVANTEN LEISTUNGEN



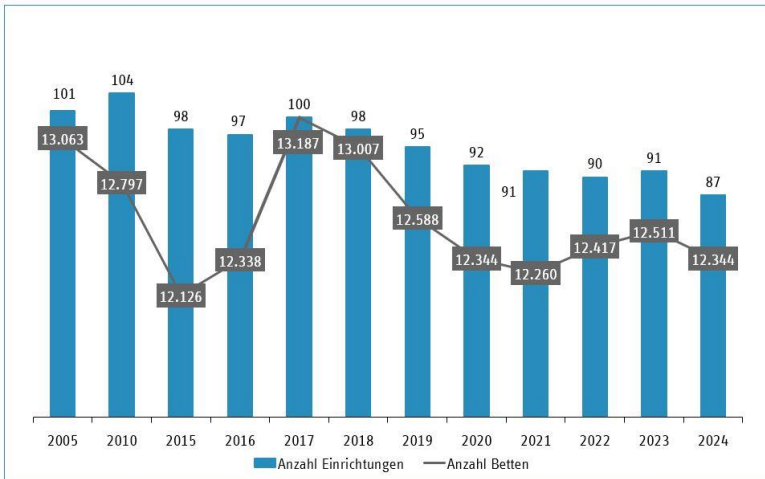
Quelle: vdek, MM-R des G-BA

* Aktuelle Mindestmenge (Stand Juni 2025)

Mindestmengen sind ein Instrument der Qualitätssicherung und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, wenn ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und hochwertiger Behandlungsqualität besteht. Sie gelten insbesondere für komplexe Eingriffe wie z.B. Brustkrebschirurgie, die nur erfahrene Kliniken durchführen sollen. Die Einführung der Mindestmengen hat in den vergangenen Jahren in Niedersachsen zu einer Leistungskonzentration geführt. Aktuell bestehen Mindestmengen für 13 Leistungsbereiche, weitere sind in Beratung.

Krankenhäuser müssen jährlich gegenüber den Krankenkassen auf Länderebene anhand vergangener Fallzahlen darlegen, dass sie die festgelegte Mindestmenge im Folgejahr voraussichtlich erreichen (Prognose). Entspricht die Prognose nicht der festgelegten Mindestmenge und kann das Unterschreiten nicht nachvollziehbar begründet werden, darf die Leistung vom Krankenhaus nicht mehr erbracht und abgerechnet werden. Eine erstmalige oder erneute Leistungserbringung ist grundsätzlich nach den Vorgaben der Mindestmengenregelung möglich.

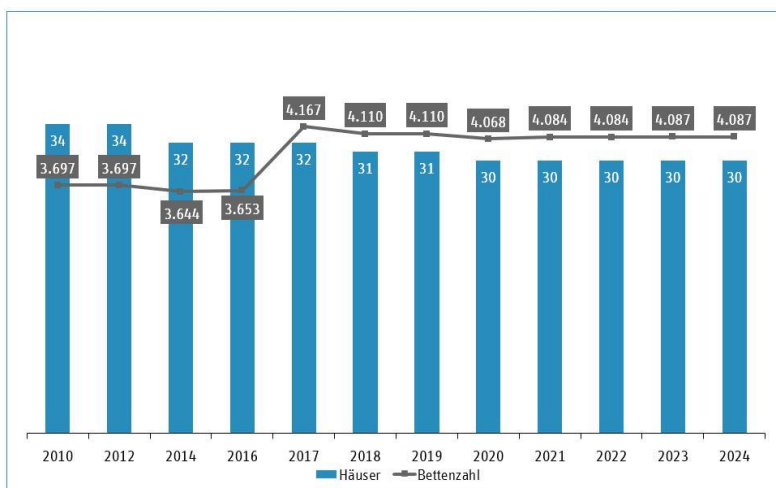
VORSORGE- UND REHA-EINRICHTUNGEN



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, insgesamt aber leicht rückläufig 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

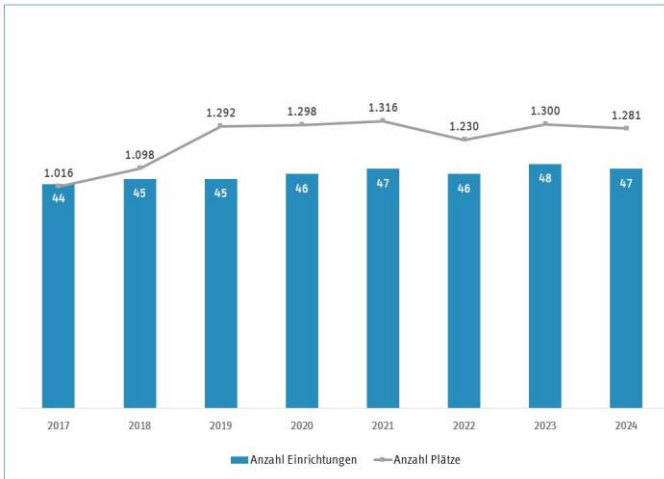


Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Kuren ist die Zahl der vorgehaltenen Betten seit 2010 deutlich gestiegen und verharrt seit einigen Jahren auf hohem Niveau.

Die Zahl der Einrichtungen ist seit 2010 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.

AMBULANTE REHA-EINRICHTUNGEN



Quelle: vdek, eigene Berechnungen

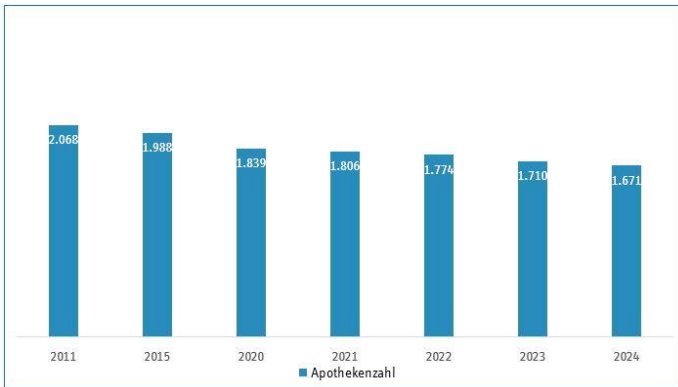
Durch Veränderungen in den Versorgungsschwerpunkten ist die ambulante Rehabilitation nach § 111c SGB V ab 2017 ausgeweitet worden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zeigt sich an der Zahl der Einrichtungen wie auch an den gestiegenen Platzkapazitäten.

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.

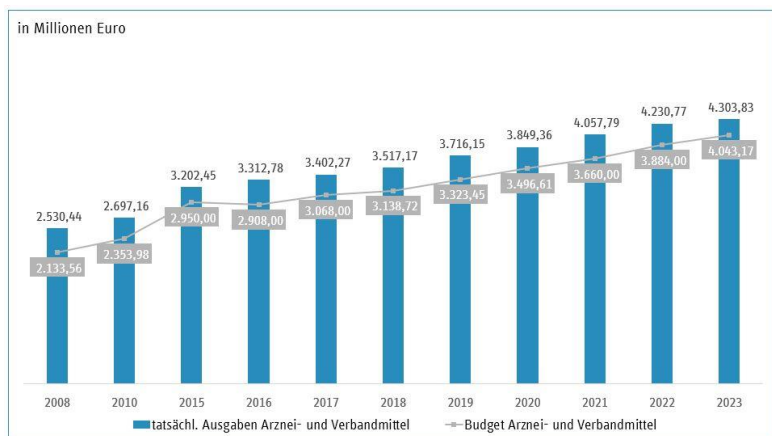
APOTHEKEN



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

Die insgesamt hohe Zahl der Apotheken ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Während es 2011 noch 2.068 Apotheken in Niedersachsen gab, waren es zur Jahresmitte 2024 nur noch 1.671. Rechnerisch versorgte 2024 jede Apotheke in Niedersachsen im Schnitt 4.883 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.

ARZNEIMITTELAUSGABEN



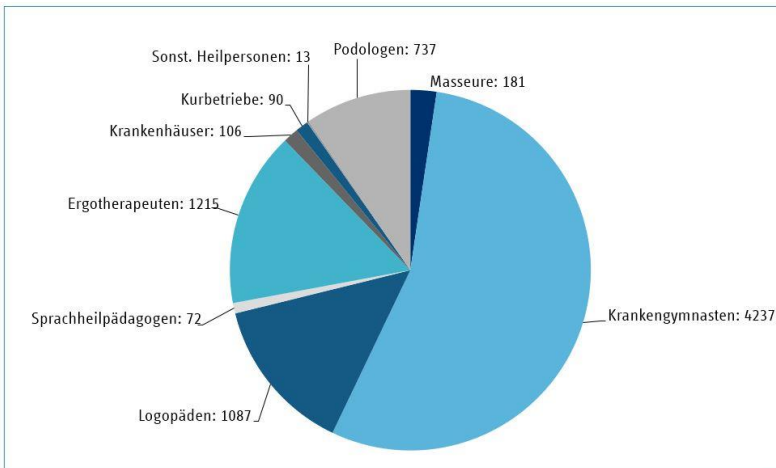
Inkl. Verbandmittelausgaben

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

Die Arzneimittelausgaben sind seit dem Jahr 2008 um 70 Prozent gestiegen. Die Entwicklung in den letzten Jahren ist zu einem großen Teil mit hochpreisigen Medikamenten wie etwa Zytostatika und anderen patentgeschützten Arzneimitteln zu erklären. Deren Preise können die pharmazeutischen Unternehmen im ersten Jahr nach Markteinführung selbst bestimmen.

Der mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 2011 beabsichtigte Kostendämpfungseffekt ist nicht eingetreten. In Niedersachsen wird seit 2017 mit Arzneimittelquoten auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise der Vertragsärzte hingewirkt, eine grundsätzliche Trendumkehr bei der Ausgabenentwicklung ist aber nicht erkennbar.

HEILMITTELERBRINGER

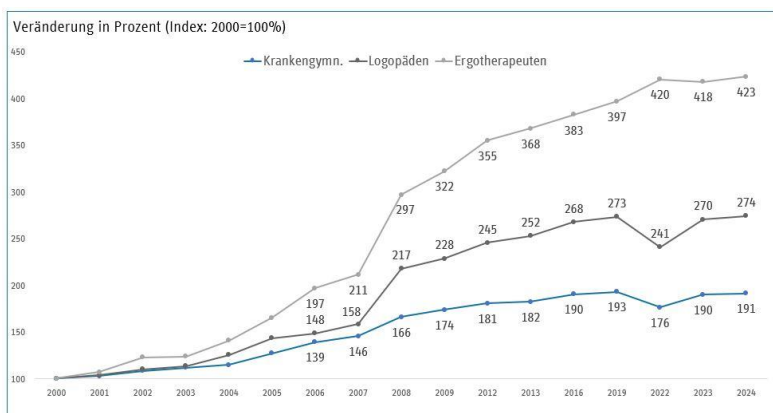


Stand 2024 - Quelle: vdek

Die größte Gruppe unter den gut 7.700 Heilmittelerbringern (zugelassene Praxen) sind die Krankengymnasten, die über die Hälfte der Anbieter stellen.

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

HEILMITTELERBRINGER: ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER GRUPPEN



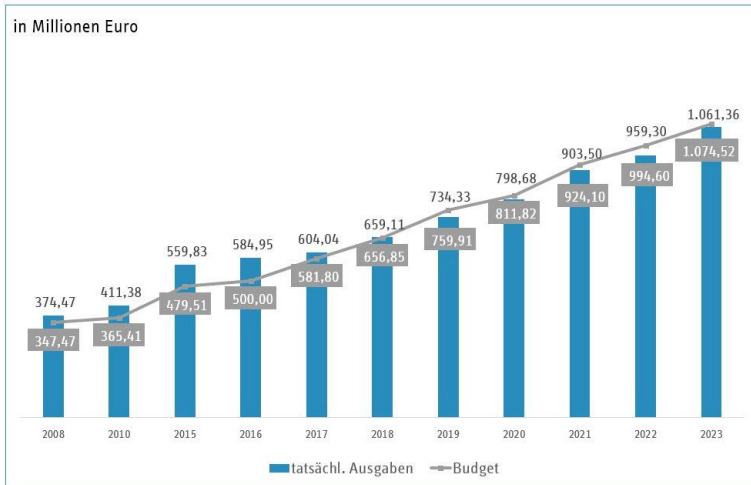
Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Die Zahl der für die Heilmittelbringung zugelassenen Praxen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

Der teilweise Rückgang 2022 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 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.

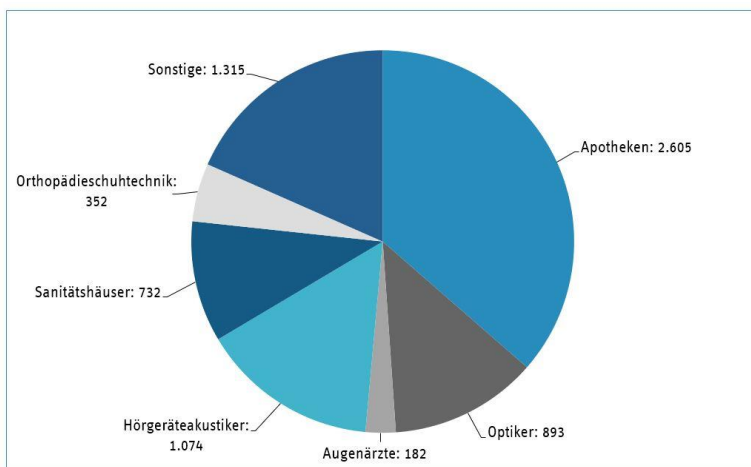
HEILMITTELAUSGABEN



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

Die Ausgaben für Heilmittel sind über die Jahre immer weiter gestiegen. Seit 2008 haben sie sich fast verdreifacht. Allein in den letzten fünf Jahren stiegen sie um 64 Prozent, was auch aus erheblichen Vergütungssteigerungen zugunsten der Heilmittelerbringer resultiert.

HILFSMITTELERBRINGER



Stand: November 2024 Quelle: vdek

Mit landesweit über 7.100 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

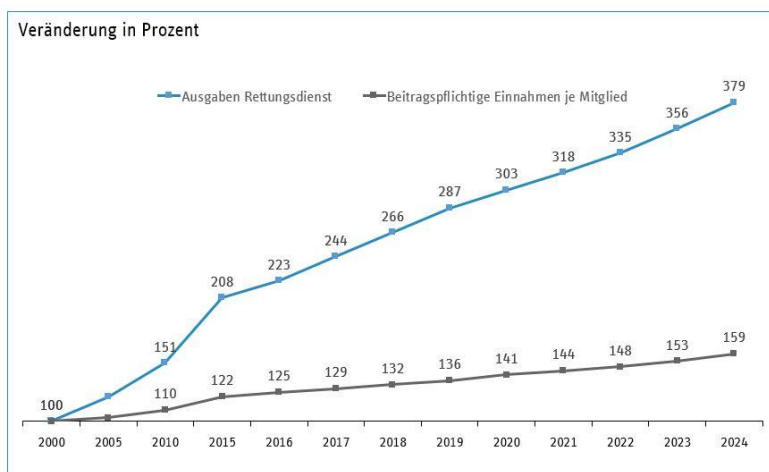


Quelle: Träger des Rettungsdienstes

Die Ausgaben der Krankenkassen für den Rettungsdienst (inklusive Krankentransport) sind kontinuierlich gestiegen und haben sich allein in den vergangenen zehn Jahren fast verdoppelt. Es fehlen wirksame gesetzliche Regelungen zur Ausgabenbegrenzung. Geplante Notdienst-Reformen scheiterten mehrfach auf Bundesebene. Zuständig für den Rettungsdienst sind die Länder. In Niedersachsen liegt die Planungs- und Steuerungskompetenz bei der jeweiligen Kommune.

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



Ausgabenwerte 2023/2024 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 wirksame gesetzliche Begrenzung der Ausgabendynamik. Auch orientieren sich Zuschnitt und Größe von Rettungsdienstbereichen nach wie vor häufig an kommunalen Grenzen, obwohl größere Einheiten versorgungstechnisch sinnvoll und deutlich wirtschaftlicher wären.

KAPITEL 4

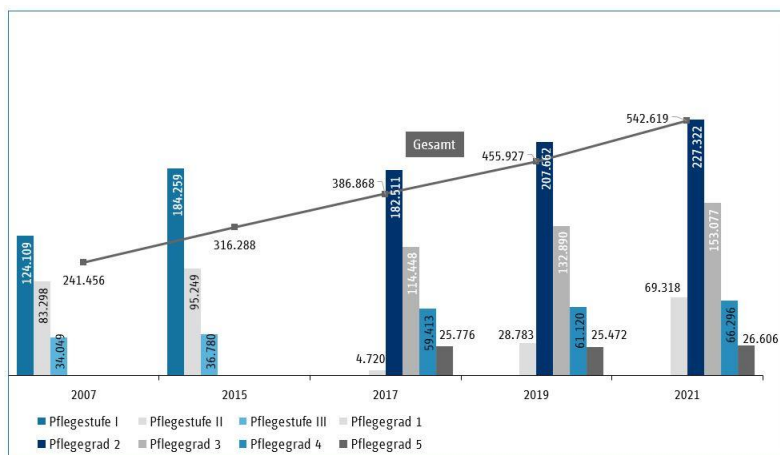
PFLEGE

Pflegebedürftig sind Menschen, die ihren Alltag wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung nicht selbständig bewältigen können. Ausschlaggebend für die Pflegebedürftigkeit ist das verbleibende Maß an Selbstständigkeit. Je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit können ambulante und stationäre Pflegeangebote in Anspruch genommen werden.

Sowohl der Fachkräftemangel als auch die demografisch bedingt wachsende Anzahl der Pflegebedürftigen stellen eine Herausforderung dar. Es sind Lösungen gefragt, beispielsweise um die pflegenden An- und Zugehörigen zu stärken.

Auf Bundesebene braucht es dringend eine Reform der Pflegeversicherung. Diese muss eine verlässliche, sachgerechte und dauerhaft stabile Finanzierung sicherstellen sowie Pflegebedürftige vor finanzieller Überforderung schützen.

PFLEGEBEDÜRFTIGE NACH PFLEGESTUFEN



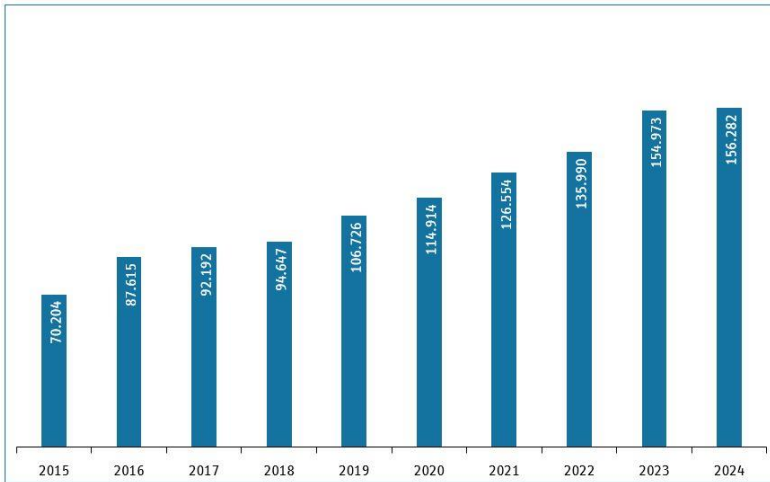
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen ist zwischen 2007 und 2021 von rund 241.500 auf 542.619 gestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt. Dabei spielt der demografische Wandel eine Rolle, aber auch die Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade im Jahr 2017.

Durch den Pflegegrad 1 haben mehr Personen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung als zuvor: Insbesondere Menschen mit geringen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit, die früher nicht als pflegebedürftig galten, können nun Leistungen erhalten.

Die Anzahl schwerstpflegebedürftiger Personen in Pflegegrad 5 ist nur moderat auf 26.600 gestiegen. Der größte Anteil der Pflegebedürftigen hat den Pflegegrad 2 (42 Prozent), es folgen 28 Prozent im Pflegegrad 3 und knapp 13 Prozent im Pflegegrad 1.

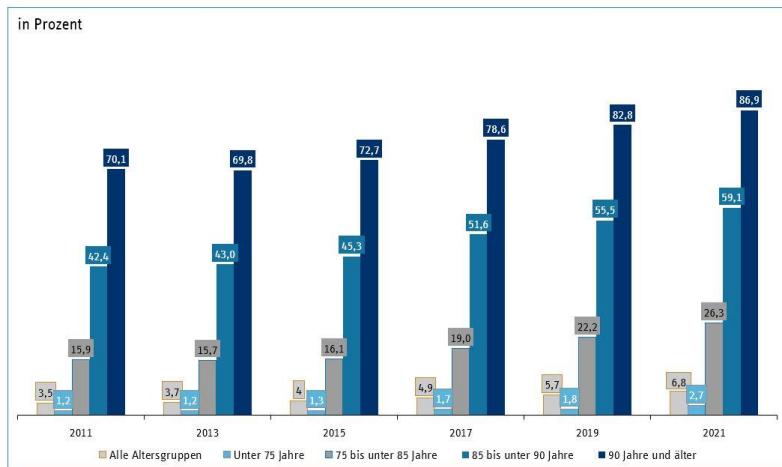
AUFTRAGSEINGÄNGE ERSATZKASSEN PFLEGE-EINZELFALLGUTACHTEN



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 haben sich seit 2015 mehr als verdoppelt.

PFLEGEQUOTEN



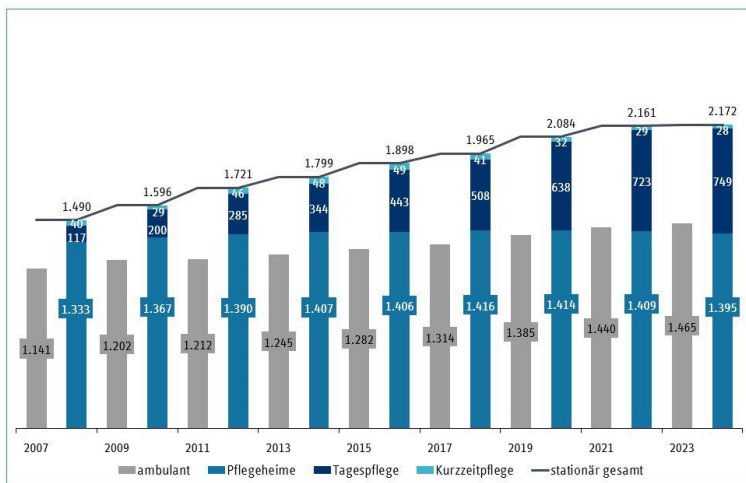
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Pflegequoten beziffern den Anteil der Pflegebedürftigen an einer Altersgruppe. Dieser Anteil steigt mit zunehmenden Lebensjahren: So waren 2021 in Niedersachsen 26,3 Prozent der 75- bis 84-jährigen auf Pflege angewiesen, bei den 85- bis 89-jährigen waren es 59,1 Prozent und bei den über 90-jährigen deutlich mehr als drei Viertel.

Der Anteil der über 90-jährigen an den Pflegebedürftigen insgesamt liegt allerdings nur bei 13,5 Prozent. Die unter 75-jährigen und die 75- bis 84-jährigen stellen jeweils rund ein Drittel der Pflegebedürftigen.

Im Vergleich zu 2011 sind die Pflegequoten aller Altersgruppen gestiegen.

PFLEGEINRICHTUNGEN

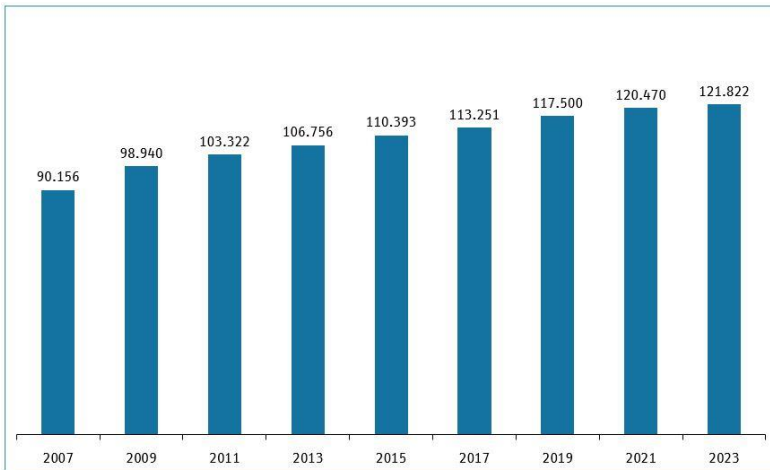


Quelle: Verbände der Pflegekassen

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Zahlen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen stagnierte diese Entwicklung zuletzt.

Den größten Anteil am Zuwachs hat die Tagespflege. 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.

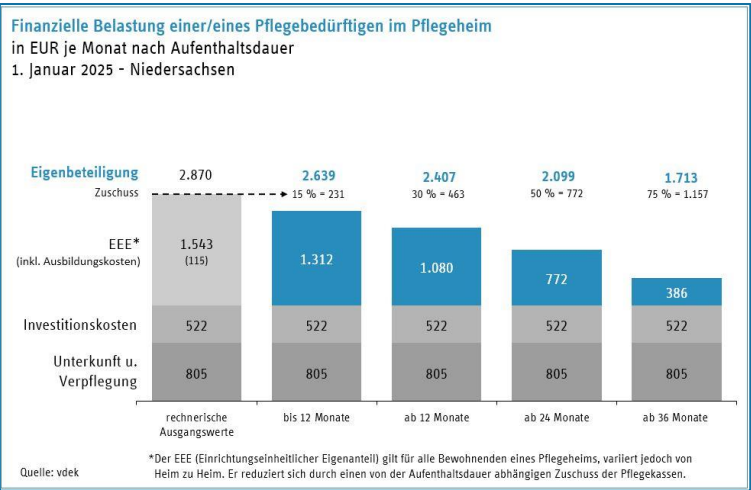
PFLEGEPLÄTZE STATIONÄR



Einschließlich teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege
Quelle: Verbände der Pflegekassen

Das Angebot an Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen ist kontinuierlich gestiegen. Der Zuwachs seit 2007 beträgt 35 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= Einrichtungseinheitlicher 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 2.639 Euro (Stand: 1. Januar 2025), das sind 286 Euro und damit zwölf Prozent mehr als zu Beginn des Vorjahrs. Im weiteren Verlauf des Heimaufenthaltes sinkt der Anteil durch höhere Zuschüsse aus der Pflegeversicherung.

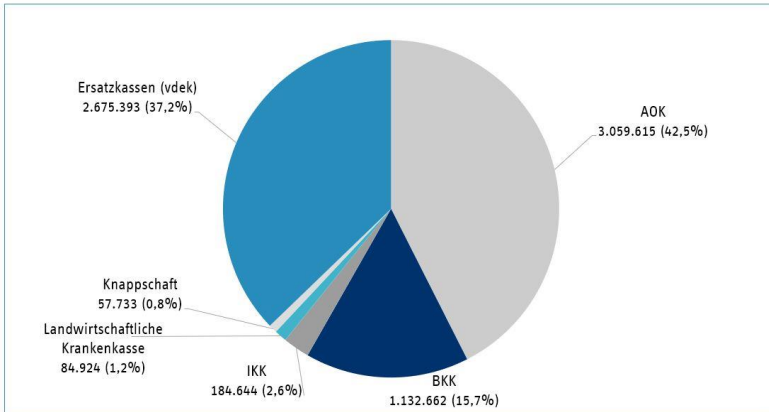
Der kontinuierliche Zuwachs beim Eigenanteil liegt vor allem an steigenden Personalkosten der Pflegeheime, aber auch an steigenden Preisen für Lebensmittel.

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 knapp 2,7 Millionen Versicherte und damit einen Marktanteil von 37 Prozent innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versichertenzahl setzt sich zusammen aus den beitragspflichtigen Mitgliedern und deren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

VERSICHERTE NACH KASSENARTEN

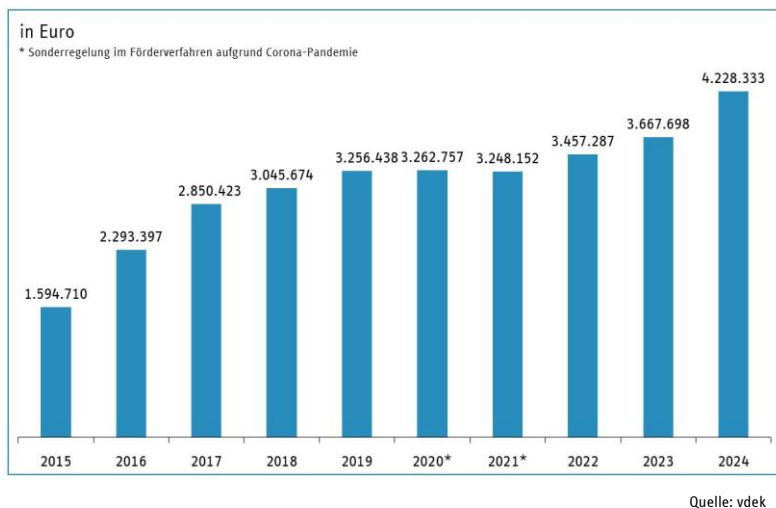


Stand: 1. Juli 2025
Quelle: BMG, KM6

Die Ersatzkassen betreuen in Niedersachsen knapp 2,7 Millionen Menschen, das entspricht gut 37 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten. Die Versichertenzahl 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 qualitativ hochwertige, effiziente und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

ENGAGEMENT DER ERSATZKASSEN: FÖRDERUNG AMBULANTER HOSPIZDIENSTE

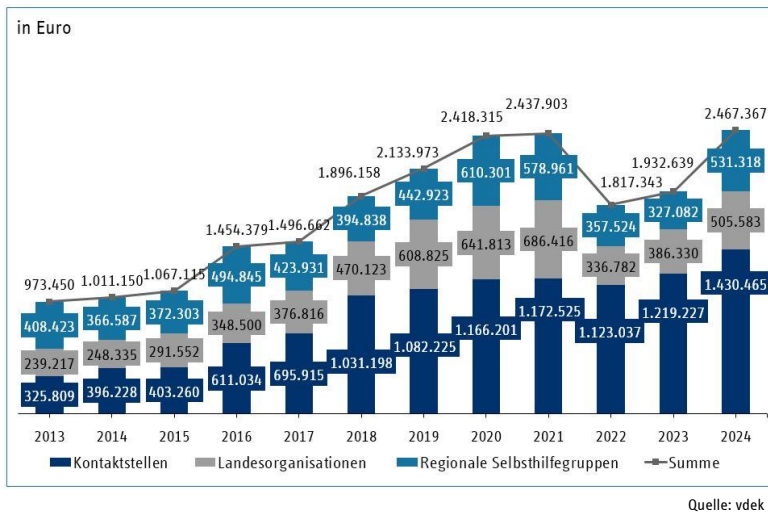


Die Ersatzkassen haben ambulante Hospizdienste in Niedersachsen in den vergangenen Jahren immer stärker unterstützt. Das Volumen lag 2024 bei rund 4,2 Millionen Euro. Das Geld floss an landesweit 105 Hospizdienste mit knapp 5.000 ehrenamtlichen Helfern.

Um die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Arbeit der ambulanten Hospizdienste abzumildern, wurden diesen 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 von 2013 bis 2021. Durch die Pandemie fand jedoch ab Mitte 2021 bis Anfang 2023 kaum Selbsthilfearbeit statt, was sich in einem drastischen Rückgang des Förderbedarfs und damit der Fördermittel widerspiegelt. Erst 2024 wurde das Niveau von 2021 wieder erreicht.

Unterteilt werden die Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung in eine krankenkassengemeinsame Pauschalförderung und eine kassenindividuelle Förderung einzelner Projekte. 2024 haben die Ersatzkassen die Selbsthilfe mit rund 2,3 Millionen Euro Pauschalfördermitteln und 180.000 Euro für Projekte unterstützt.

Die Kassen fördern derzeit 50 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-/Radiosender 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

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