

report niedersachsen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Pflege

Null Toleranz bei schlechter Qualität

Berichte über gravierende Mängel in Pflegeheimen haben zum wiederholten Mal die Menschen aufgeschreckt. Auch wenn eine differenzierte Betrachtung der Prüfergebnisse not tut: An einem schärferen Vorgehen gegen auffällige Einrichtungen führt kein Weg vorbei.

Das Thema Pflegemängel erlebt in der jüngeren öffentlichen Diskussion eine erstaunliche Karriere: Beginnend vor rund drei Monaten mit der in großen Lettern publizierten „Pflege-Schande“, dem „Albtraum“ und „Horror“ (*Bild*) in deutschen Heimen ist nun immer öfter zu hören, dass einseitige Darstellungen die Pflegekräfte verunsichern und demotivierten. Dabei werden weder Negativ-Superlative noch Beschwichtigungen der Situation gerecht: Natürlich ist zu widersprechen, wenn der Eindruck erzeugt wird, dass ein Drittel der Heimbewohner gleichsam in Lebensgefahr hinein gepflegt wird. Umgekehrt gilt allerdings auch: Probleme können nur zugespitzt werden, wenn es welche gibt. Eine differenzierte Analyse der Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes zeigt, dass man die Pflege sicher nicht neu erfinden muss, dass es aber mit einer Minderheit der Einrichtungen ernsthafte Probleme gibt. Diese Anbieter müssen im Fokus aller Bemühungen um mehr Qualität stehen – und dazu gehören auch Sanktionen.

In dieser Ausgabe:

- **Palliativversorgung**
Neue Teams für Sterbende
- **Ärzte**
Kein Mangel in Sicht
- **Krankenhäuser**
Kritik am Förderverfahren des Landes
- **Frühförderung behinderter Kinder**
Paritätischer steht auf der Bremse

Wie steht es um die Qualität in Niedersachsen? 2006 hat der Medizinische Dienst landesweit 524 Einrichtungen geprüft, in den weit überwiegenden Fällen stationäre Einrichtungen. 239 Mal gingen die Sachverständigen dabei konkreten Hinweisen auf Mängel nach, in 170 Fällen prüften sie verdachtsunabhängig im Stichprobenverfahren. Dazu kamen 115 Wiederholungsprüfungen, bei denen der Dienst kontrolliert, ob Einrichtungen Defizite tatsächlich beseitigt haben. Damit ist die Prüfquote im Verlauf der vergangenen Jahre kontinuierlich gestiegen: Wurden 2002 noch zehn Prozent der jeweils rund 1.200 stationären und ambulanten Einrichtungen im Land unter die Lupe genommen, waren es 2006 schon 21 Prozent.

Als Ergebnis der Auswertungen (Prüfbericht im Internet: www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm) lässt sich grob festhalten, dass die Pflegequalität in 90 Prozent der Einrichtungen akzeptabel ist. Das heißt nicht, dass dabei nur Sonnenschein herrscht – die Pflege bewegt sich vielmehr in einem Rahmen, der angesichts der schwierigen Aufgabe, Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu betreuen, als angemessen bewertet werden kann.

Schnellere Kündigungen

Bei zehn Prozent der Einrichtungen bestehen deutliche Defizite. Diesen Anbietern muss noch deutlicher werden, dass die Geduld der Vertragspartner begrenzt ist. Die Ersatzkassen in Niedersachsen wollen erreichen, dass Versorgungsverträge automatisch gekündigt werden, wenn auch eine zweite Wiederholungsprüfung ergibt, dass gravierende Mängel nicht abgestellt wurden. Bislang gibt es diesen Automatismus nicht. Hintergrund der Initiative sind Erfahrungen, nach denen problematische Heime häufig erst dann ernsthafte Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung unternehmen, wenn es für sie ernst wird – sprich: die Pflegekassen ein Kündigungsverfahren eingeleitet haben. Gegenüber den Pflegebedürftigen ist aber nicht zu rechtfertigen, dass sich Heime für ihre Bemühungen Zeit lassen, indem sie offenbar darauf vertrauen, dass der ersten gelben Karte noch weitere folgen, bevor ein Platzverweis droht.

Für eine konsequente Sanktionierung sind solche Automatismen auch im Zusammenspiel zwischen Medizinischem Dienst und den Heimaufsichten der Kommunen angezeigt. Ziel der Ersatzkassen ist es, dass Heimaufsichten nach der ersten negativen Wiederholungsprüfung einen Aufnahmestopp verhängen und nach einer weiteren die Betriebsunter-

sagung verfügen. Eine solche Betriebsuntersagung befugt die Pflegekassen, Verträge mit Einrichtungen sofort zu beenden und damit die Kündigungsfrist von einem Jahr zu umgehen. Die Heimaufsichten haben mehr Möglichkeiten als die Kassen, unmittelbar aktiv zu werden. Die müssen sie stärker nutzen.

Kontrollen greifen

Auch wenn bei den Sanktionen noch mehr Konsequenz notwendig ist – die Kontrollen an sich funktionieren. Die Pflegekassen in Niedersachsen hatten sich vor mehr als drei Jahren auf ein erweitertes Konzept verständigt. Zu den Maßnahmen zählen etwa verbindliche Wiederholungsprüfungen bei gravierenden Defiziten, obligatorische Kontrollen neuer Einrichtungen ein Jahr nach Zulassungsbeginn, Verfolgung aller – auch anonymer – Hinweise auf Mängel und ein jährliches Berichtswesen. Zum Teil musste das Vorgehen auch gegen die Anbieterverbände durchgesetzt werden, die etwa auf großzügige Anmeldefristen bei Kontrollen drängten. Die Kassen haben demgegenüber sichergestellt, dass der Medizinische Dienst bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen unangemeldet vor der Tür steht und die Anmeldefrist bei Stichprobenprüfungen auf drei Tage begrenzt ist. Außerdem kürzen die Kassen Vergütungen bei nicht erbrachten Leistungen. Die entsprechenden Rückzahlungen kommen den Bewohnern bzw. Angehörigen oder den Sozialhilfeträgern zugute – insgesamt knapp eine Million Euro in den vergangenen zwei Jahren.

Fazit: Die Qualität der Pflege ist insgesamt nicht so schlecht, wie sie zuletzt teilweise dargestellt wurde. Diese Feststellung sollte aber kein Alibi sein, die Hände in den Schoß zu legen, schon gar dort, wo die Defizite bestehen.

DER KOMMENTAR



Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Niedersachsen

Vertrauenssache

Pflegebedürftige in Heimen brauchen besonderen Schutz. Sie sind häufig selbst nicht mehr in der Lage, auf Probleme aufmerksam zu machen oder es fehlen Angehörige als Kontrollinstanz. Diesen Schutz zu garantieren, heißt, dass sich jeder Mensch darauf verlassen kann, auch bei eigener Hilflosigkeit gut versorgt zu sein und den letzten Lebensabschnitt in Würde erleben zu können. Es darf deshalb keine falsche Rücksichtnahme auf Anbieter geben, die das Vertrauen von Versicherten und Vertragspartnern missachten oder sogar missbrauchen. Ihnen muss konsequent begegnet werden, und die Pflegekassen leisten dabei ihren Beitrag im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Hilfreich wäre zusätzlicher Handlungsspielraum, etwa durch die Option, Vertragsstrafen zu verhängen. Mit dem Druck auf solche Anbieter soll die Qualität steigen. Das kommt in erster Linie den Pflegebedürftigen zugute, liegt nicht zuletzt aber auch im Interesse der seriösen Einrichtungen.

Ersatzkassenforum

Neue Teams sollen Sterbende zu Hause versorgen

Die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ ist seit 1. April Leistung der gesetzlichen Krankenkassen: Schwerstkranke Menschen mit eng begrenzter Lebenserwartung und einem ausgeprägten, besonderen Behandlungsbedarf haben Anspruch darauf, so versorgt zu werden, dass sie bis zuletzt zu Hause bleiben können – sofern medizinisch möglich und von ihnen gewollt. Wie aber wird diese Bestimmung in Niedersachsen umgesetzt? Das war Thema des Ersatzkassenforums der VdAK/AEV-Landesvertretung mit der Niedersächsischen Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann am 22. November in Hannover. Wichtigste Erkenntnis: Die Versorgung soll durch neue, interdisziplinäre Palliativ-Care-Teams organisiert werden, deren Keimzellen die schon bestehenden Palliativstützpunkte im Land werden könnten.

„Palliativversorgung ist humane Sterbebegleitung. Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben in Würde“, betonte Sozialministerin Ross-Luttmann. „Die Palliativversorgung widmet sich dem Leben und betrachtet das Sterben als einen Vorgang, der zum Leben gehört, und der weder beschleunigt noch verzögert werden sollte. Sie sorgt für eine Erleichterung der Schmerzen und anderer quälender Symptome und bietet zugleich Unterstützung bis zum Tod“, sagte sie.

Die Ministerin wies darauf hin, dass die Initiative der Landesregierung bereits zur Gründung von 23 Palliativstützpunkten in Niedersachsen geführt habe. Deren Zahl soll bis Ende nächsten Jahres auf mehr als 40 steigen. Das Land will von 2006 bis 2012 voraussichtlich 2,2 Millionen Euro als Fördermittel zur Verfügung stellen.

Jörg Niemann, Leiter der Ersatzkassenverbände in Niedersachsen, betonte, dass es bei der gesetzlichen Neuregelung um zusätzliche ärztliche und pflegerische Leistungen gehe, die bei Bedarf rund um die Uhr erbracht würden, aber auch um Koordination der Versorgung und Beratung. „Wir wollen den Betroffenen die Angst nehmen, mit ihren Schmerzen alleine dazustehen. Und die Angehörigen sollen wissen, an wen sie sich mit ihren Fragen wenden können“, sagte er.

Partner der Krankenkassen werden Palliativ-Care-Teams, die es bislang in der Vertragsversorgung noch nicht gibt. In den Teams arbeiten Ärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste zusammen, die ihrerseits mit Pflegeheimen und Hospizen kooperieren. „Mögliche Initiatoren dieser Teams könnten die vom Land geförderten Palliativstützpunkte sein. Damit haben wir vielleicht schon so etwas wie eine Blaupause für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Land“, sagte der VdAK/AEV-Landeschef.

20 Millionen Euro zusätzlich

Die Krankenkassen in Niedersachsen werden für die neue Leistung in einem wachsenden Prozess jährlich mehr als 20 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung stellen. „Mit diesem Geld lässt sich eine Menge bewegen“, sagte Niemann. Allerdings würden die Kassen damit weder bestehende Leistungen doppelt vergüten, noch allgemeine Sterbebegleitung finanzieren. Ziel sei vielmehr eine erfahrbar neue Qualität der Versorgung für Menschen, die diese aufgrund des Verlaufs ihrer Krankheit in Anspruch nehmen könnten. Dabei gehe es etwa um Patienten mit bestimmten Krebserkrankungen, insgesamt um bis zu zehn Prozent aller Sterbenden. Niemann betonte, dass die Palliativversorgung in Niedersachsen „nicht bei Null“ starte. „Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ist originäre Aufgabe unserer Vertragspartner auf den verschiedenen Versorgungsebenen. Diese Aufgabe wird schon heute an vielen Stellen engagiert wahrgenommen“, sagte er.



„Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben in Würde“: Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann beim Ersatzkassenforum mit dem Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, Jörg Niemann.

Ambulante Versorgung Kein Ärztemangel in Sicht

Ärztemangel. Das Wort ist derzeit so in Stein gemeißelt, dass die Frage nach dem „Ob“ kaum noch gestellt wird, sondern es eher um die Konsequenzen geht. Das scheint zum Teil auch so gewollt zu sein, denn es drängt sich der Eindruck auf, dass düstere Ausblicke instrumentalisiert werden, um „bessere Bedingungen“ für Ärzte – also höhere Vergütungen – im Hier und Jetzt zu erreichen. Ansonsten wäre kaum zu erklären, wie triumphierend ärztliche Vertreter immer wieder auf den vermeintlich drohenden Notstand verweisen.

Also, was ist dran am Ärztemangel? Richten wir den Blick zunächst auf den Ist-Zustand: Die Zahl der niedergelassenen Ärzte steigt seit Jahren – noch nie gab es so viele Ärzte in Niedersachsen wie heute. Im fachärztlichen Bereich gibt es eine deutliche Überversorgung. Lässt man die Psychotherapeuten außen vor, gilt für jede Facharztgruppe, dass weitere Zulassungsmöglichkeiten landesweit die Ausnahme sind, weil in jedem oder fast jedem Bezirk mehr Ärzte praktizieren als notwendig. Einzig bei den Hausärzten stellt sich die Situation differenziert dar: Hier sind elf von 44 Bezirken gesperrt, für 22 bestehen Beschränkungen, in elf Bezirken sind Neuzulassungen uneingeschränkt möglich.

Das bedeutet für den Status Quo: Es gibt keinen Mangel, aber es gilt weiterhin, die Hausärzte in ihrer Position gegenüber den Fachärzten zu stärken und für eine regionale Ausgewogenheit der Versorgungsdichte zu sorgen. Das sollten aber lösbare Aufgaben für eine Kassenärztliche Vereinigung sein, die schließlich den

öffentlichen Auftrag hat, die Versorgung sicherzustellen. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung etwa meint, dass es zu wenig Hausärzte gibt oder geben wird, muss sie in letzter Konsequenz dafür sorgen, dass sich Fachärzte zu Hausärzten umschulen. Dafür ist sie da.

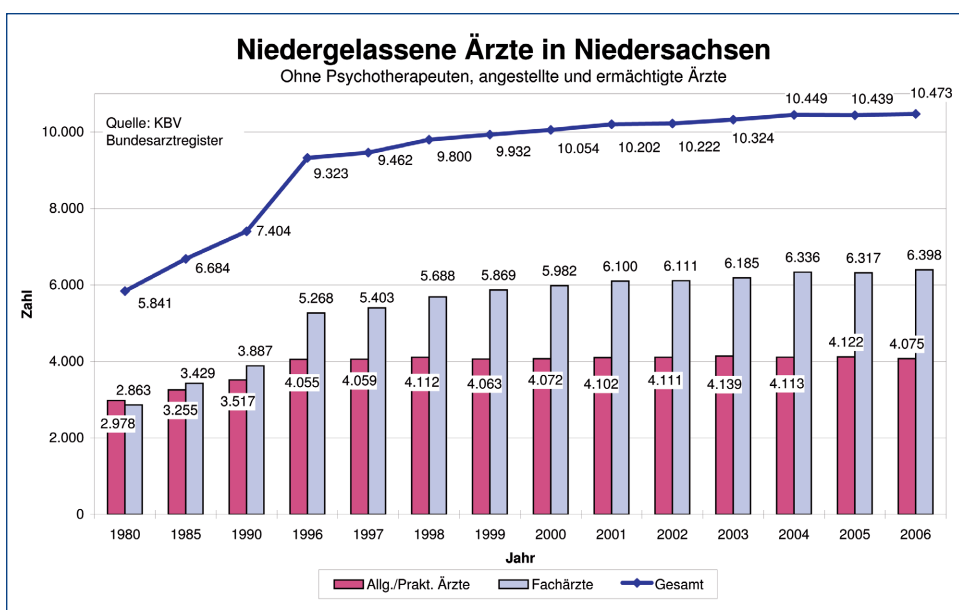
Nun werden die Verfechter der Ärztemangel-These einwenden, dass sich ihre Aussagen auf die Zukunft beziehen. Dabei unterstellen sie in ihren Berechnungen die Annahme, dass den ausscheidenden Ärzten kein einziger Neuzugang gegenüberstehen würde, keine einzige Praxis wiederbesetzt werden könnte. Damit werden die Prognosen banal, denn mit der gleichen Argumentation könnte man auch das Ende von Feuerwehrleuten, Polizisten oder der Menschheit an sich vorhersagen. Einer solchen Annahme ist also schon mit dem gesunden Menschenverstand zu widersprechen, belassen wir es hier aber mit Empirie und Theorie.

Mehr als 400 Neuzulassungen im Jahr

In Niedersachsen haben sich in den vergangenen drei Jahren jeweils mehr als 400 Ärzte neu niedergelassen: nämlich 402 im Jahr 2004, 504 (2005) und 444 (2006). Damit wurden die Abgänge – 344, 400 und 418 – mehr als ausgeglichen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Zahl der neuen Niederlassungen urplötzlich ins Bodenlose fallen sollte, am medizinischen Nachwuchs jedenfalls mangelt es nicht: auf einen Studienplatz der Humanmedizin kommen fünf Bewerber. Außerdem greifen Mechanismen der Selbstregulierung: Sollten die Ärzte tatsächlich weniger werden, würden sich auch die für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel auf weniger Praxen aufteilen, so dass die finanzielle Attraktivität einer Niederlassung steigt. Auch würden derzeit für Neuzulassungen gesperrte Städte und Landkreise wieder geöffnet, sobald dort keine Überversorgung mehr besteht.

Abgänge werden ausgeglichen

Bleibt der demographische Aspekt, der Hinweis auf die vielen Mediziner, die in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Die niedersächsische Ärzteschaft hat in ihrer Al-



Höchststand: Noch nie gab es so viele niedergelassene Ärzte in Niedersachsen wie heute.

tersstruktur Schwerpunkte bei den 40- bis 49-Jährigen (4.098) sowie den 50- bis 59-Jährigen (4.108). Zusammen mehr als 8.000 Ärzte, bei denen wir aber über eine Altersspanne von 20 Jahren sprechen. Wenn sich weiterhin 400 Ärzte und mehr pro Jahr niederlassen – und dieses Szenario ist weit plausibler als das des ausbleibenden Nachwuchses –, wäre also selbst der Abgang dieser stark vertretenen Jahrgänge auszugleichen.

Weder der Status Quo noch die seriöse Prognose deuten auf einen Ärztemangel in Niedersachsen hin. Und sollte es tatsächlich einen leichten Rückgang geben, hilft der Blick zurück, zum Beispiel auf das Jahr 1990: Damals gab es im Land rund 3.000 Ärzte weniger als heute. Schlecht versorgt hat sich wohl niemand gefühlt. Vielleicht aber wurde auch damals schon über drohenden Ärztemangel geklagt.

Krankenhäuser

Seltsames Klagegedicht

Bei den Krankenhäusern gibt es ein merkwürdiges Phänomen: Während ihre Vertreter einerseits über mangelnde Finanzausstattung klagen, findet jedes, aber auch jedes zum Verkauf stehende Haus einen Interessenten, der es nur allzu gerne übernehmen würde. In einer Krisenbranche wäre das sicher anders. Die Annahme sei unterstellt, dass Investoren sich durchaus versprechen, mit einem solchen Kauf Geld zu verdienen.

Die jüngste Strophe zum Klagegedicht hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft bei der Vorstellung ihres „Krankenhaus Barometers“ beigetragen. Dramatisch und alarmierend sei die wirtschaftliche Lage, hieß es, die Zitrone schlichtweg ausgequetscht. Nun könnte bei solchen Formulierungen der Eindruck entstehen, die Kassen würden bei den Kliniken kräftig sparen. Ob die Krankenhausgesellschaft das beabsichtigt hat oder nicht – die Zahlen sprechen eine andere Sprache: Seit Jahren steigen die Ausgaben der Kassen für die Krankenhäuser nicht nur, sondern sie steigen auch stärker als ihre Einnahmen. So lag der Zuwachs der Krankenhausaufgaben in den vergangenen fünf Jahren im Schnitt bei jeweils 2,3 Prozent und damit jährlich 1,8 Prozentpunkte über der allgemeinen Steigerung der Löhne und Gehälter in Deutschland. In absoluten Zahlen: Rund 4,4 Milliarden Euro haben die Kassen in diesem Zeitraum mehr ausgegeben, als nach Maßgabe der Beitragssatzstabilität für Krankenhäuser zur Verfügung stand.

Die Mehrzahl verbucht Gewinne

Der Vorwurf sinkender Mittel trifft demnach nicht zu. Was steckt also hinter dem Alarm? Dem Barometer zufolge strichen im vergangenen Jahr 55 Prozent der Häuser Gewinne ein, 15 Prozent wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf und 28 Prozent schrieben rote Zahlen. Diese letztgenannte Gruppe von weniger als einem Drittel der Häuser ist es also, um die es bei näherer Betrachtung geht.

Die Verlierer einer neuen Vergütungssystematik melden sich laut zu Wort, während sich die Gewinner eher still über ihre Bilanzen freuen. Und schon entsteht der Eindruck, „den“ Krankenhäusern fehle Geld.

Umverteilung zwischen den Häusern ist originärer Teil des Anreizsystems, mit dem die neue Krankenhausfinanzierung auf Basis von Fallpauschalen für mehr Effizienz und Qualität sorgen soll. Dabei zahlen die Kassen nach einem stufenweisen Anpassungsprozess für Krankenhausleistungen landesweit einheitliche Vergütungen, deren Höhe sich nach der Diagnose richtet. Diese Systematik löst die Logik historisch mehr oder weniger zufällig gewachsener Budgets ab. Die Kliniken stehen damit erstmals im Wettbewerb: Jedes Haus bekommt für eine bestimmte Leistung die gleiche Vergütung. Kostendeckend und darüber hinaus gewinnbringend wird dieser Betrag aber nur sein, wenn das Haus effizient arbeitet.

Krankenhäuser spüren also beabsichtigten finanziellen Druck, sich effizient aufzustellen. Dazu gehört auch, das Leistungsangebot kritisch zu prüfen. Nicht jeder soll alles machen, sondern die Häuser sollen sich – von der Akutversorgung abgesehen – auf Leistungsbereiche konzentrieren, in denen sie stark sind. Schließlich nützt es niemandem, wenn im Umkreis von wenigen Kilometern drei Häuser die gleiche Leistung in gleicher Qualität anbieten und dabei über Kostendruck klagen. Im Gegenteil: Stärkere Spezialisierung kommt der Behandlungsqualität und damit den Patienten zugute.

Fazit: Die Krankenhauslandschaft ist im Umbruch. Dabei wird nicht weniger, sondern anders bezahlt – nämlich transparenter und leistungsbezogener. Verbunden damit ist eine Konzentration des Angebots auf eine geringere Zahl von Standorten, die dafür aber stärker aufgestellt sind. Dieser Prozess ist ausdrücklich gewollt und kein Anlass für Klagegedichte.

„In Bremen bekämen die Krankenhäuser 40 Prozent mehr“



Vertritt die Kliniken in Niedersachsen:
Helmut Fricke

Helmut Fricke ist Verbandsdirektor der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft. Im Gespräch erklärt er, warum das Land die Fördermittel für Krankenhäuser anders vergeben muss.

▼ **ersatzkassen in niedersachsen: Das Land fördert einzelne Investitionsmaßnahmen von Krankenhäusern und darüber hinaus alle Häuser pauschal anhand der Zahl ihrer Betten. Diese Pauschalförderung wollen Sie ändern. Warum?**

Fricke: Zunächst einmal: Die Investitionsförderung in Niedersachsen ist völlig unzureichend. Wir stehen im Vergleich mit allen anderen Bundesländern am Ende der Skala. Zu den pauschalen Fördermitteln: Seit 1991 steht im Gesetz, dass sich die Höhe eben nicht mehr allein nach der Bettenzahl richtet, sondern nach anderen Kriterien. Das ist vom Land bisher nicht umgesetzt worden.

▼ **Was schlagen Sie vor?**

Die Höhe der Förderung sollte sich an Aspekten wie Fallzahl und Fallschwere orientieren und berücksichtigen, ob Häuser ausbilden. Wir müssen bedenken, dass wir in den letzten Jahren rund 5.000 Betten abgebaut haben und das Land damit 15 Millionen Euro Fördermittel jährlich einspart, die eigentlich den Krankenhäusern zugute kommen müssen.

▼ **Entstehen dadurch nicht neue Fehlanreize? Betten in hoch bewerteten Abteilungen werden für die Häuser plötzlich attraktiver...**

Eindeutig nein. Die Planung des Landes bleibt ja erhalten, das Land entscheidet weiterhin gemeinsam mit dem Planungsausschuss, welche Fachabteilungen wo vorgehalten werden. Es ist doch so: Bisher wird ein Bett in der Augenabteilung genauso gewertet wie ein Bett in der Herzchirurgie. Die Fördermittel sollten aber abbilden, dass die

jeweiligen technischen Ausstattungen unterschiedlich aufwändig sind, die mit diesen Mitteln ja finanziert werden müssen.

▼ **Warum soll die Fallzahl extra bewertet werden? Die Auslastung wird doch schon bisher indirekt durch die Bettenzahl abgebildet, indem Betten ohne Bedarf automatisch gestrichen werden.**

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich gesunken ist. Wenn die Patienten früher im Schnitt 14 Tage im Krankenhaus gelegen haben, sind es heute fünf bis acht Tage. Heute werden in der gleichen Zeit also zwei statt einem Patienten versorgt. Dieser gestiegenen Nutzung muss Rechnung getragen werden.

▼ **Welche Häuser würden durch ihr Modell gewinnen, welche verlieren?**

Bei einer Neuordnung mit den vorhandenen Mitteln wären die großen Krankenhäuser eindeutig die Verlierer, die kleinen Krankenhäuser könnten

eventuell etwas mehr bekommen. Das ist wohl auch der Grund, warum das Land bis jetzt kein eigenes Modell vorgelegt hat. Wir sind demgegenüber davon ausgegangen, dass die Förderhöhe wieder auf das ursprüngliche Niveau angehoben wird. Damit gibt es in unserem Modell kein Krankenhaus, das weniger bekommt als vorher.

▼ **Die einen bekommen gleich viel, die anderen mehr?**

Das Land soll ja nicht mehr ausgeben als vor dem Bettenabbau. Zweitens: Wir haben verglichen, wie hoch die Förderung unserer Krankenhäuser ausfallen würde, wenn sie nicht in Niedersachsen, sondern in den angrenzenden Bundesländern liegen würden: Die Ansprüche wären 20 bis 25 Prozent, in Bremen sogar 40 Prozent höher als in Niedersachsen. Wenn wir Wettbewerb wollen, müssen wir auch gleiche Voraussetzungen für die Krankenhäuser schaffen.

FINANZIERUNG

Von insgesamt knapp 4,9 Milliarden Euro für die 195 niedersächsischen Krankenhäuser tragen die Krankenkassen mehr als 96 Prozent als „Benutzerkosten“. Rund vier Prozent stellt das Land für Investitionen zur Verfügung (Förderung ausgewählter Einzelmaßnahmen und pauschale Förderung aller Häuser). Während die Mittel der Krankenkassen seit 1993 um ein Drittel gestiegen sind, hat sich die Landesförderung in diesem Zeitraum um rund zehn Prozent verringert.

Frühförderung behinderter Kinder

Paritätischer steht auf der Bremse

Wenn eine Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung neu eingeführt wird, die Krankenkassen für die entsprechende Versorgung mehr Geld ausgeben als bisher und trotzdem von „Kürzung“ die Rede ist, muss ein Wahrnehmungsproblem der besonderen Art vorliegen. Anders ist nicht zu erklären, dass der Paritätische eine bessere Versorgung behinderter Kinder in Niedersachsen blockiert. Der Wohlfahrtsverband lehnt den Kompromiss für eine entsprechende Landesrahmenempfehlung ab, den alle anderen Beteiligten tragen, nämlich Kassen, kommunale Spitzenverbände und verschiedene Wohlfahrtsorganisationen.

Die neue Leistung sieht vor, dass für Früherkennung und Frühförderung interdisziplinäre Teams zur Verfügung stehen, also Pädagogen, Psychologen, Krankengymnasten, Logo- und Ergotherapeuten, die mit Ärzten kooperieren und damit die Versorgung aus einer Hand erbringen: eine große Erleichterung für die Eltern, die bislang auf verschiedene Ansprechpartner und Anbieter angewiesen waren.

Ähnlich wie die Versorgung stellte sich bislang auch die Finanzierung als Flickenteppich dar. Die Kommunen zahlten für die Heilpädagogik regional unterschiedliche Quartalspauschalen, die Krankenkassen kamen für ärztliche Diagnostik und im Einzelfall für medizinisch-therapeutische Maßnahmen nach Verordnung auf. Künftig zahlen die Kassen für ihren Teil an der Komplexleistung eine landesweit einheitliche, fixe Vergütung.

Von Kürzung keine Spur

Die Einigung sieht vor, dass die Kassen einmalig 350 Euro für die Diagnostik übernehmen – in vie-

len Regionen bedeutet das eine Verdoppelung der Vergütung. Für ihren Anteil an der neuen Frühförderleistung stellen sie zusätzlich 247,50 Euro zur Verfügung. Dazu kommt das Geld der Kommunen. Also: Von Kürzung keine Spur, die Kassen in Niedersachsen liegen mit diesen Beträgen bundesweit in der Spitzengruppe.

Zu den Behauptungen des Paritätischen im Einzelnen:

- „Die Betreuung wird eingeschränkt“: Die Betreuung wird ausgeweitet, eine flächendeckende, interdisziplinäre Frühförderung hat es bislang nicht gegeben. Die Kassen zahlen für die neue Leistung Pauschalen, weil die Anbieter eine Einzelleistungsvergütung abgelehnt haben. Dabei gibt es keine Festlegung auf die Dauer von Therapieeinheiten. In der Natur von Pauschalen liegt aber, dass sie sich an Durchschnittswerten orientieren.

- „Die Kassen übernehmen keine Fahrkosten“: Gesonderte Abrechnungen passen nicht zu einer Pauschalvergütung. Durch die Flächendeckung sind Synergien möglich, die die Anbieter nutzen sollen. Außerdem gilt auch hier, dass die Versorgung in der Einrichtung die Regel, die Versorgung zu Hause die Ausnahme ist.

- „Das Niedersächsische Sozialministerium hat sich auf Seiten der Kassen geschlagen“: Das Ministerium hat keine originäre Vertragskompetenz, sondern vermittelt zwischen den Parteien. Dabei hat es die Krankenkassen von einem Kompromiss überzeugt, der für diese die Grenze der Belastung darstellt.

KURZ GEMELDET

- **Um mehr als 400 Millionen Euro** haben die niedersächsischen Vertragsärzte 2006 das mit den Krankenkassen vereinbarte Arzneimittelvolumen überzogen. In diesem Jahr sind die Ausgaben bis Oktober um 6,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gestiegen. Niedersachsen liegt damit unter dem Bundesschnitt (+ 8,5 Prozent).
- **Jeweils mehr als fünf Prozent Honorarzuwachs** im Vergleich zum Vorjahreszeitraum hat die niedersächsische Ärzteschaft in den ersten beiden Quartalen des Jahres verbucht.
- **Juristisch nicht zu rütteln** ist an der Altersgrenze von 68 Jahren für Vertrags(zahn)ärzte. Nach Entscheidungen sowohl des Bundesverfassungsgerichts als auch des Europäischen Gerichtshofs sind derartige nationale gesetzliche Bestimmungen, die einem „besonders wichtigen Gemeinwohlbelang“ und der Verfolgung „bestimmter legitimer objektiver Ziele“ dienen, nicht zu beanstanden.
- **Als falsch** erweist sich jede zweite Krankenhausrechnung, die der Medizinische Dienst in Niedersachsen prüft. Die Gutachter haben 2006 landesweit rund 33.000 von 1,6 Millionen Rechnungen unter die Lupe genommen.
- **Die Förderung der Schülerschulung** hat sich die Landesinitiative „Bildung – Gesundheit – Entwicklung“ zum Ziel gesetzt. Partner sind Niedersächsische Landesregierung, gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung in Niedersachsen, Universität Lüneburg und Landesvereinigung für Gesundheit.

BÜCHER

Andere zu überzeugen sowie ihre Wünsche und ihr Verhalten richtig einzuschätzen kann gelernt werden, meint **Kevin Hogan**. Mit seinem Kommunikations-Ratgeber **Überzeugen** will er dabei praktische Hilfestellung geben. Das Buch ist im Verlag Hans Huber erschienen, umfasst 249 Seiten und kostet 19,95 Euro.

DER INTERN@-TIPP

Wer sich haupt- oder ehrenamtlich für den Kinderschutz engagiert, kann dabei das neue Internetportal www.kinderschutz-niedersachsen.de des Niedersächsischen Sozialministeriums nutzen. Das Angebot umfasst aktuelle Meldungen, Darstellungen von Projekten, Informationen über Fortbildungsmöglichkeiten, Veröffentlichungen wie Broschüren und Ratgeber sowie Links zu Institutionen des Kinderschutzes im Land.

Abschied vom Internet-Café

Im Nachhinein ist es schwer zu sagen, wer den Stein ins Rollen gebracht hat. Wahrscheinlich waren es die Apotheker. Im Internet seien seriöse Anbieter von unseriösen kaum zu unterscheiden, ließen sie die Welt wissen. Eigentlich hatten sie nur darauf hinweisen wollen, dass der durchschnittliche Nutzer gar nicht misstrauisch wird, wenn das Pop-up-Fenster einer Schmuddelseite die Viagra-Bestellung auch ohne Rezept akzeptiert und prompte Lieferung aus bis dato unbekanntem Inselstaaten verspricht. Wer wolle und könne so etwas von einer zertifizierten Online-Apotheke unterscheiden?

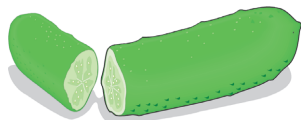
Obwohl sich die Aussage recht eindeutig auf den Handel mit Arzneimitteln bezog, fiel doch ein Schatten auch auf andere Bereiche des www.-Gewerbes und erfasste schließlich eine ganze Branche. Misstrauen, das weiß man, ist schlecht für's Geschäft. Anders gesagt: Es drohte Imageschaden.

Als erstes und am konsequentesten reagierte BIG – Die Direktkrankenkasse. War man in der Vergangenheit stolz auf Attribute wie Internetkasse in Ver-

bindung mit dem forschen Namen, musste nun rasch gehandelt werden. Die klare Botschaft: Uns gibt's nicht nur im Cyberspace, sondern auch in der wirklichen Welt. Der Partner, der das fehlende Geschäftsstellennetz zu kompensieren vermochte, wurde schließlich in Tchibo gefunden, dem Kaffeeröster mit buntem Sortiment und Filialen in günstiger Lage. Ein Pappköfferchen mit den wichtigsten Unterlagen ausgelegt, und schon waren die neuen Vertriebsstellen startklar. Und auch mit allzu überschwänglicher Werbung hielt man sich zurück und blieb so der neuen Linie treu: Potenzielle Kunden klärte der Koffer vielmehr sachlich-nüchtern darüber auf, dass bei der Kasse „ärztliche Behandlung“, gar „zahnärztliche Behandlung“ und famoserweise nicht zuletzt und nur, wenn Sie's nicht weitersagen, auch „Krankenhausbehandlung“ mit zum Paket gehört.

Also, gewollt oder nicht: Die Apotheker haben zu mehr Sicherheit im Gesundheitswesen beigetragen. Auf die Idee, seine Krankenkasse einfach mal eben so im Internet-Café zu wechseln, wird so schnell jedenfalls keiner kommen.

GURKE DES QUARTALS



So etwas wie eine Reform der ärztlichen Vergütung betrifft zu allererst die Ärzte. Hatten wir bislang jedenfalls gedacht. In der *Ärzte Zeitung* weiß nun ein Autor bei seinen Management-Tipps für die ärztliche Praxis aber zu berichten, dass mit dem EBM 2008 vor allem auf die Patienten „einiges zukomme“, etwa „Zwangsvorstellungen“ mindestens zwei Mal pro Quartal („und kein Quartal auslassen!“). Dass „Recall-Systeme wichtiger werden“, liest sich in diesem Zusammenhang eher wie eine Bedrohung und lässt uns fragen, ob Begrenzungen von Abrechnungsmöglichkeiten nicht doch etwas für sich haben.

Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern ein schönes und ruhiges Weihnachtsfest, erholsame Tage zwischen Weihnachten und Neujahr und einen guten Start ins neue Jahr 2008.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV
Rathenaustraße 1 · 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 3 03 97-0 · Telefax: 0511 / 3 03 97-99
LV-Niedersachsen@vdak-aev.de · www.vdak-aev.de/LVen/NDS/index.htm
Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer