

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KARTELLRECHT Privatisierung der Kassen durch die Hintertür? | **PSYCHOTHERAPIE** Immer mehr Therapeuten, immer längere Wartezeiten | **ÄRZTE** Vielfach beschworener Mangel bleibt aus

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2012

AUS DEM VDEK

Ulrike Elsner zum Vorstand gewählt

FOTO: vdek



ULRIKE ELSNER

Ulrike Elsner ist neue Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek). Das hat die Mitgliederversammlung des Verbandes im Juli einstimmig entschieden. Elsner, Jahrgang 1965, tritt die Nachfolge von Thomas Ballast an, der als stellvertretender Vorstandsvorsitzender zur Techniker Krankenkasse gewechselt ist. Die Juristin ist seit 1994 beim vdek tätig, zunächst im Bereich Ambulante Versorgung der Landesvertretung Berlin, ab 2005 als Leiterin der Landesvertretung Sachsen. Im März 2008 übernahm die gebürtige Schleswig-Holsteinerin die Leitung der Abteilung Ambulante Versorgung in der Verbandszentrale, ab Mitte 2008 zudem die Funktion der Abwesenheitsvertretung des Vorstandsvorsitzenden. Ulrike Elsner hat sich für ihre Amtszeit zum Ziel gesetzt, das Thema Versorgungsqualität stärker in den Fokus zu rücken.

DEMOGRAFIE

„Es wird schlichtweg an Patienten fehlen“

In Niedersachsen werden 2030 eine halbe Million Menschen weniger leben als heute. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet das: Kapazitäten müssen reduziert und stärker am Bedarf ausgerichtet werden. Der vdek hat dazu eine Stellungnahme vorgelegt.

Die Stadt Salzgitter, die Landkreise Goslar, Helmstedt, Northeim und Hildesheim haben eines gemeinsam: Sie werden nach Berechnung des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) zwischen 2009 und 2030 mehr als ein Viertel der Einwohner verlieren. Diese Kommunen stehen an der Spitze einer Entwicklung, die innerhalb von rund 20 Jahren landesweit zu einem Bevölkerungsrückgang um 6,4 Prozent führen wird. In Niedersachsen werden dann 505.000 Menschen weniger leben als noch 2009. Die Landesregierung hat vor diesem Hintergrund den Entwurf eines Handlungskonzepts „Demografischer Wandel“ vorgelegt. In einer Stellungnahme analysiert die vdek-Landesvertretung die Herausforderungen im Bereich Gesundheitsversorgung. Zentrales Ergebnis: Die Angebotskapazitäten müssten an die Bevölkerungsentwicklung angepasst werden.

Gerade in den von sinkenden Einwohnerzahlen besonders betroffenen Landkreisen wird es nicht mehr so viele Krankenhäuser und Facharztpraxen geben

können wie bisher. Notwendig wird damit die Fokussierung der Ressourcen auf die abnehmende Bevölkerung. Das bedeutet etwa, dass die tendenziell wachsenden Städte stärker als bisher eine Versorgungsfunktion für das schrumpfende Umland wahrnehmen müssen. Für einen Teil der Patienten sind damit auch längere Anfahrtswege verbunden. Das ist vertretbar, aber auch unumgänglich, wenn die Teilhabe aller Einwohner an einer qualitativ hochwertigen Versorgung auch künftig sichergestellt werden soll. Eine Konservierung der heutigen Angebotskapazitäten hingegen ist weder notwendig noch machbar: Es würde mancherorts schlichtweg an Patienten fehlen.

Diese Einschätzung gilt auch wenn man berücksichtigt, dass der Versorgungsbedarf in einzelnen Teilbereichen wie etwa bei Krebserkrankungen aufgrund der Alterungseffekte tendenziell steigt. Denn gleichzeitig wird er an anderer Stelle umso stärker sinken. Hinzu kommt, dass die Menschen nicht nur älter werden als früher, sondern auch länger gesund bleiben.



Organspende: Echter Neuanfang notwendig

FOTO vdek



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Was machen Krankenkassen eigentlich, um die Organspende zu fördern? Wir sind das oft von der Politik gefragt worden und haben dann gerne berichtet, über verteilte Spenderausweise, Mitgliedermagazine und gemeinsame Kampagnen mit dem Niedersächsischen Sozialministerium. Umso wütender macht es, dass all diese Bemühungen nun infrage gestellt werden, zunächst durch fragwürdige Mittelverwendungen bei der „Deutschen Stiftung Organtransplantation“, dann in weit größerem Maße durch die skandalösen Vorgänge in Göttingen und Regensburg. Um wie viel wütender und verzweifelter macht es aber Patienten, die auf ein lebensrettendes Organ warten? Individuelles Fehlverhalten wird es immer geben. Kann es aber sein, dass in einem ethisch derart sensiblen Bereich erst jetzt ein Mehraugenprinzip entdeckt wird? Dass erst jetzt Bonuszahlungen gestoppt werden? Jeder Hauch eines Zweifels an einem ehrlichen, transparenten Vergabeverfahren hat fatale Folgen für die Spenderbereitschaft. Wir dürfen deshalb nicht zur Tagesordnung übergehen. Notwendig ist ein echter Neuanfang, bei dem alles auf den Prüfstand kommt: Abläufe, Institutionen und die Integrität beteiligter Personen. Es gilt, das Vertrauen zurückzugewinnen, um das sich in der Vergangenheit alle bemüht haben, auch die Krankenkassen.



Besonders augenscheinlich wird der Anpassungsbedarf bei den Krankenhäusern. In Niedersachsen gibt es schon heute zu viele Kliniken, von denen ein Teil zudem immer kleiner wird – bis hin zu wirtschaftlich problematischen Betriebsgrößen. Diese Entwicklung wird sich weiter verschärfen, wenn es zu keiner Strukturbereinigung kommt.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Krankenhaus sinkt nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auch in Zukunft weiter, und zwar von heute acht auf sechs Tage im Jahr 2030. Selbst bei Annahme steigender Fallzahlen wird es in Niedersachsen bis dahin voraussichtlich einen Rückgang von derzeit 40.900 Krankenhausbetten um 4.600 oder rund elf Prozent auf 36.300 geben. Würde man die Durchschnittsgröße eines heutigen Krankenhauses erhalten wollen, müsste es rechnerisch eine Reduzierung der Standorte ebenfalls um elf Prozent geben, also von 192 auf 171. Da der Bettenabbau vorrangig kleinere Häuser betreffen wird, dürfte der Anpassungsbedarf tatsächlich deutlich höher liegen. Im Ergebnis wären 160 Standorte für eine gute, wohnortnahe Versorgung ausreichend.

Chance für Regionen

Eine solche Strukturbereinigung würde für die jeweilige Region auch eine Chance bedeuten, nämlich eine qualitativ höherwertige Versorgung zu erreichen: mit

weniger Häusern, die dafür wirtschaftlich stärker aufgestellt wären als heute und ein besseres Versorgungsangebot gerade bei schweren Erkrankungen vorhalten könnten. Den Anstoß dafür müsste ein Gesamtkonzept des für die Krankenhausplanung zuständigen Landes geben.

Allgemeinmedizin stärken

Auch bei den niedergelassenen Ärzten ist es folgerichtig, dass das Angebot in dem Maße zurückgeht, in dem die Bevölkerung schrumpft. Dabei muss es gleichzeitig zu einer strukturellen Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft kommen: Die in der Vergangenheit stark gestiegene Zahl der niedergelassenen Fachärzte sollte zurückgeführt, die der Hausärzte stabilisiert werden.

In diesem Sinne ist vor allem die medizinische Aus- und Weiterbildung wesentlich stärker als bisher auf die hausärztliche Tätigkeit auszurichten. Hier sind diejenigen gefordert, die dafür die Kompetenz haben: die Landesregierung in ihrer Verantwortung für die Universitätsausbildung sowie die für die Weiterbildung zuständige Ärztekammer.

Zentrales Instrument für eine regional ausgewogene ärztliche Versorgung bleibt eine wirksame Bedarfsplanung. Die Möglichkeit für neue Ärzte, in überversorgten Gebieten tätig zu werden, muss reduziert werden. Nur dann werden sich Ärzte dort niederlassen, wo vorrangig Bedarf besteht, etwa in ländlichen Gegenden. ■



FOTO Techniker Krankenkasse

LANGER WEG: Die Bevölkerung wird im Schnitt älter, die Menschen bleiben aber auch länger gesund.

Privatisierung der Kassen durch die Hintertür?

Die Bundesregierung will künftig noch stärker als bisher Kartellrecht auf die gesetzliche Krankenversicherung anwenden. Das hätte fatale Folgen in der Praxis – und wäre politisch höchst bedenklich.

Schon seit 2011 gilt Kartellrecht grundsätzlich im Verhältnis der Krankenkassen zu Leistungserbringern, nun soll es auf die Beziehungen der Kassen untereinander und zu ihren Versicherten ausgeweitet werden. So sieht es der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Novellierung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen vor. Kernproblem: Kartellrecht stammt aus der Welt gewinnorientierter Unternehmen und passt nicht zur gesetzlichen Krankenversicherung mit ihrem besonderen sozialrechtlichen Auftrag, ohne Gewinnerzielung ein einheitliches Versorgungsniveau für die Versicherten zu gewährleisten.

Gestaltungskompetenz aus der Hand, denn nun bekommt ein Bundeskartellamt mit seinem ganz eigenen Wettbewerbsverständnis sozialrechtliche Definitionshoheit. Fraglich ist auch, ob der Europäische Gerichtshof künftig die Krankenversicherung noch als hoheitliche Aufgabe anerkennt, wenn schon der nationale Gesetzgeber Kartellrecht zugrunde legt. Damit droht EU-Wettbewerbsrecht bei der Gesundheitsversorgung. Warum dann also die Initiative? Spekulationen sind Tür und Tor geöffnet, dass hier eine Privatisierung der Krankenkassen durch die Hintertür eingeleitet werden soll. ■



FOTO: Niedersächsisches Sozialministerium

WARNT: Aygül Özkan

Zwei Welten prallen aufeinander

Das Kartellrecht sieht ein generelles Kooperationsverbot vor, in der Sozialversicherung aber ist die Zusammenarbeit der Akteure geradezu Grundprinzip. Was würde die Neuregelung praktisch bedeuten? Sinnvolle und politisch gewollte Kooperationen der Kassen, von Prävention und Selbsthilfe über Modellvorhaben bis hin zur Bezahlung von Einwegspritzen und Pflastern in Arztpraxen, wären nicht mehr rechtmäßig. Jede Arbeitsgemeinschaft, jede Bevollmächtigung, selbst jede Abstimmung, die nicht ausdrücklich gesetzlich vorgeschrieben ist, würde unter Generalverdacht stehen.

Politik verliert Gestaltungskompetenz

Die Politik gibt durch die Gesetzesänderung in der Sozialpolitik ohne Not

NACHGEFRAGT BEI SOZIALMINISTERIN AYGÜL ÖZKAN

„Für mich ist das ein Widerspruch“

vdek Warum keine stärkere Anwendung von Kartellrecht auf die Kassen?

Aygül Özkan Meine Bedenken richten sich besonders gegen die geplante Anwendung der Zusammenschlusskontrolle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf Fusionen von gesetzlichen Krankenkassen und gegen das Verbot, dass Krankenkassen sich untereinander absprechen. Aufgrund des Solidarprinzips haben die Kassen und ihre Verbände die Pflicht, im Interesse der Versicherten eng zusammenzuarbeiten. Für mich ist das ein Widerspruch.

vdek Was befürchten Sie aus fachlicher Sicht?

Aygül Özkan Gesetzliche Krankenkassen sind keine Unternehmen der Privatwirtschaft, die im freien Wettbewerb zueinander stehen und deshalb dem Kartellrecht unterliegen müssten. Das sieht auch das europäische Recht so. Eine Ausdehnung innerhalb des deutschen Rechtssystems könnte auf EU-Ebene die rechtliche Einschätzung verändern – zum Nachteil der Qualität der Leistungserbringung in Deutschland. Außerdem verdoppelt sich unnötigerweise der Bürokratieaufwand, weil Fusionen künftig durch die Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes nur noch genehmigt werden dürfen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung freigegeben hat.

Immer mehr Therapeuten, immer längere Wartezeiten

Noch nie gab es so viele psychotherapeutische Angebote wie heute. Dennoch müssen Betroffene zum Teil monatelang auf einen Termin warten. Ein offenkundiger Widerspruch, zumindest auf den ersten Blick.

Die Bundespsychotherapeutenkammer weiß Rat: Psychisch Erkrankte, die keinen zügigen Termin bei einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung bekommen, sollten eine Privatpraxis aufsuchen, heißt es in einer Pressemitteilung. Mag der Hinweis der Kammer allzu offenkundig interessengeleitet sein, so ist dennoch ein reales Problem angesprochen: Berichte über langes Warten Betroffener auf einen Therapieplatz – die Rede ist von drei Monaten und mehr – häufen sich. Gleichzeitig, und das ist das Phänomen, gab es noch nie so viele Therapieangebote wie heute. Innerhalb der vergangenen zehn Jahre ist die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten um 22 Prozent gestiegen, die der ärztlichen Psychotherapeuten um 39 Prozent und die der Kinder- und Jugendpsychiater sogar um 75 Prozent. In Städten wie Hamburg oder, um in Niedersachsen zu bleiben, Göttingen, gibt es fast so viele Psychotherapeuten wie Hausärzte.

Nun ist zu konstatieren, dass der Bedarf an Therapieangeboten gestiegen ist. Das hat vielfältige Ursachen, etwa einen höheren Leistungsdruck, dem die Menschen ausgesetzt sind, aber auch eine zu begrüßende Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Nur erklärt das kaum, warum es trotz immer weiter wachsender Kapazitäten und selbst in Städten mit hoher und höchster Angebotsdichte solche Wartezeiten gibt.

Keine Überweisung

Es liegt nahe, dass nicht ausreichend zwischen Krise und Krankheit unterschieden wird, wenn es darum geht, wer ein therapeutisches Angebot als Kassenleistung nutzen kann und wer nicht. Begünstigt wird das durch die hohen Freiheitsgrade der Inanspruchnahme: Zunächst einmal können gesetzlich Krankenversicherte – weltweit einzigartig – einen Psychotherapeuten ohne Überweisung aufsuchen. Die Notwendigkeit der Therapie begründet dann der Therapeut selbst. Die entsprechende gutachterliche Überprüfung ist bei 96 Prozent Bewilligungen wenig geeignet für eine Steuerung. Letztlich hat also der Anbieter der Leistung die Entscheidungshoheit über die eigene Inanspruchnahme. Das ist eine ungewöhnliche und auch problematische Konstruktion.

Psychotherapeuten können damit nicht nur die Zahl der Behandlungen insgesamt steuern, sondern sich auch gleichsam die Patienten aussuchen und entscheiden, ob eine Verhaltenstherapie, eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (50 Stunden) oder eine analytische Psychotherapie (bis 160 Stunden) angewandt wird. Damit ist auch die Gefahr inhärent, dass Patienten vorrangig nach Präferenz und Spezialisierung des Therapeuten behandelt werden, selbst wenn andere Therapien möglicherweise geeigneter wären.

Indikationen besser prüfen

Um Missverständnissen vorzubeugen: Es geht nicht um Unterstellung individuellen Fehlverhaltens, sondern um die Bewertung eines Anreizsystems. Und das führt bei der ambulanten Psychotherapie dazu, dass auch leichtere Verstimmungen behandelt werden, vielleicht sogar eher als schwerere Fälle. Gute Zugangsmöglichkeiten zum Therapeuten und Wahlfreiheit der Versicherten sollen erhalten bleiben. Das darf aber nicht dazu führen, dass Patienten mit ernsthaftem Behandlungsbedarf zu lange auf die Therapie warten müssen. Dazu sind Indikationsstellung und Therapievoraussetzungen besser zu prüfen. Zusätzliche Privatabrechnungen, wie von der Psychotherapeutenkammer vorgeschlagen, lösen das Problem jedenfalls nicht. ■



FOTO: DAK-Gesundheit

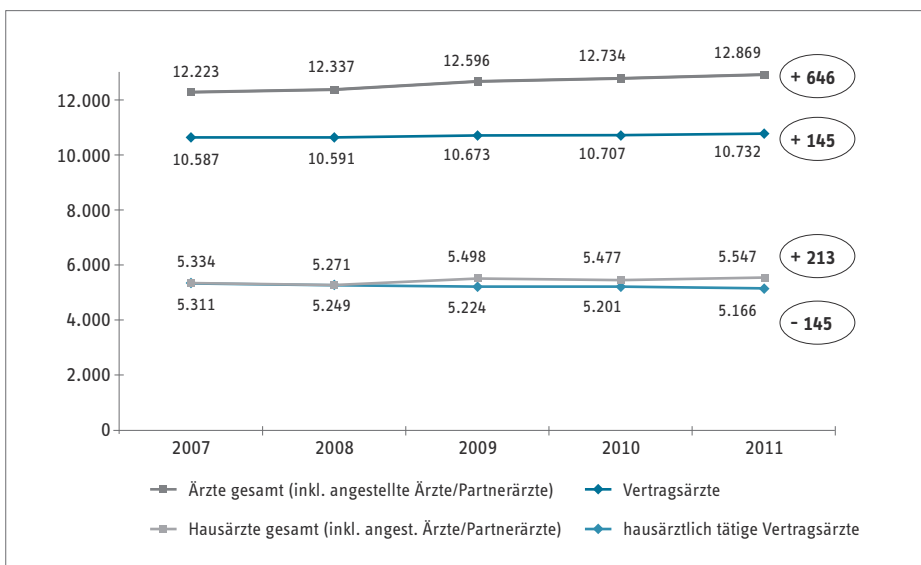
NIEDERGESCHLAGEN: Faktisch entscheidet der Therapeut, ob damit auch eine Behandlung notwendig ist.

ÄRZTE

Vielfach beschworener Mangel bleibt aus

AMBULANT TÄTIGE ÄRZTE IN NIEDERSACHSEN, 2008 - 2011

QUELLE: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand jeweils 31.12., Darstellung vdek



NACHGERECHNET: Entgegen der KVN-Prognose ist die Zahl der Ärzte bislang nicht gesunken, sondern gestiegen.

Tiefrot färbte sich die Karte des Landes ein, als die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) im Jahr 2008 mit ihrer „Arztzahlprognose 2020“ Alarm schlug und mit vielen Zahlen wachsende Versorgungslücken belegen wollte. Methodisch unhaltbar: Die KVN berücksichtigte nur altersbedingt ausscheidende Ärzte, nicht aber auch zu erwartende Zugänge. „Ausreichender Nachwuchs ist nicht in Sicht“, hieß es stattdessen lapidar. Vier Jahre sind seitdem vergangen, ein Drittel des Prognosezeitraums. Und es zeigt sich, wie realitätsfern die Behauptungen waren. Tatsächlich nämlich ist die Zahl der ambulant tätigen Mediziner nicht etwa gesunken, sondern gestiegen. Abgänge sind mehr als kompensiert worden.

646 zusätzliche Ärzte

Seit dem 31. Dezember 2007, dem Ausgangspunkt der KVN-Vorhersage, stehen den Versicherten 646 zusätzliche Ärzte

zur Verfügung. Lässt man angestellte Ärzte und Partnerärzte außen vor und betrachtet nur Mediziner mit eigener Kassenzulassung, liegt der Zuwachs noch bei 145. Damit ist klar, dass das Angebot nicht nur „nach Köpfen“ größer geworden ist, sondern auch durch vollzeitig zur Verfügung stehende Ärzte. Diese Vollzeit-Verpflichtung ist mit der Kassenzulassung verbunden.

Auch bei den Hausärzten hat es eine deutliche Ausweitung um 213 gegeben, die sich aber aus einer Steigerung bei den angestellten Ärzten und Partnerärzten speist. Die Zahl der Kassenzulassungen ist demgegenüber um 145 gesunken. Das deutet darauf hin, dass vor allem bestehende Praxen ihr Angebot erweitert haben, während es für manche kleine Hausarztpraxis trotz der insgesamt deutlichen Zunahme an Ärzten schwierig war, einen Nachfolger zu finden.

Im Ergebnis ist Niedersachsen meilenweit von einem Mangel entfernt. Wohl aber gilt es, die hausärztliche Tätigkeit gerade auf dem Land zu stabilisieren. ■

ÄRZTE

Zweifel an neuer Bedarfsplanung wachsen

Anders als bei anderen akademischen Berufen zeichnen sich bei den Ärzten keine personellen Engpässe ab. Ihre Zahl steigt, jeweils mehr als vier Bewerber ringen um einen Studienplatz. Dass die Sorge um Nachwuchs nun ausgerechnet bei den Medizinerinnen so groß ist, hängt auch damit zusammen, dass deren Standesvertreter die Aufregung aus Eigennutz mächtig befeuern. Jüngste Kostprobe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen: „Wie sollen wir Ärzte ... gewinnen, wenn die Krankenkassen ihnen die Aussichten auf eine stabile Einkommensbasis zerstören?“

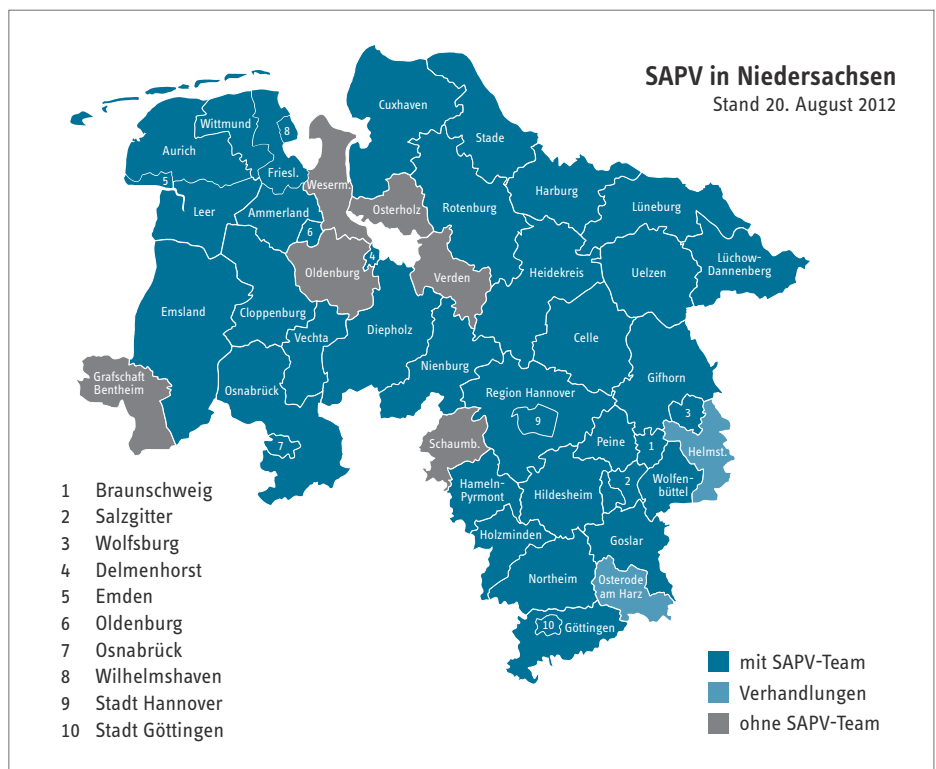
Die tatsächliche Herausforderung bei den Ärzten besteht vielmehr in der „richtigen“ Verteilung des Angebots. In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Bedarfsplanung zu ändern. Kernproblem: Maßnahmen wie eine kleinräumigere Betrachtung der Arzt/Einwohner-Verhältniszahlen oder ein Demografiefaktor verschärfen die Ungleichverteilung, weil der Bedarf auch in gut versorgten Regionen per Definition steigt. Damit können neue Ärzte um strukturschwache Gebiete noch besser einen Bogen machen. Nun scheint sich aber die Vernunft durchzusetzen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Demografiefaktor ausgesetzt, und die Probleme einer zu kleinteiligen Bedarfsplanung sind möglicherweise auch bei der Ärzteschaft angekommen. Schließlich gilt: Bei zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten finden ausscheidende Mediziner auch häufiger keinen Käufer für die Praxis.

Krankenhäuser berechnen Kosten für Geisterpersonal

Unter den Kuriositäten des Gesundheitswesens nimmt sie einen besonderen Platz ein: die Psychiatrie-Personalverordnung. Danach stellen die Krankenkassen psychiatrischen Kliniken Mittel für die Personalkosten zur Verfügung, und zwar entsprechend der jeweiligen Zahl der Patienten und des Behandlungsbedarfs. Bis hierhin nachvollziehbar. Allerdings, und jetzt beginnt es seltsam zu werden, müssen die Kassen unabhängig davon zahlen, ob das jeweilige Krankenhaus die der Berechnung zugrunde liegenden Stellen auch tatsächlich besetzt hat. Einen solchen Nachweis dürfen die Kassen grundsätzlich nicht verlangen. Damit kommen sie also auch für Mitarbeiter auf, die niemals eingestellt wurden.

Auf die Spitze trieb das Ganze nun eine psychiatrische Klinik im Land, die sich öffentlich ihrer Bilanzen rühmte. Bei einem Umsatz von knapp 40 Millionen Euro verwies man auf einen Jahresgewinn von stolzen vier Millionen Euro – trotz der nötigen Refinanzierung des Kaufpreises des Hauses. Mit verantwortlich für das Ergebnis: eine „defensive Stellenbewirtschaftung“. Die Krankenkassen haben sich mit dieser Klinik nun vor dem Schiedsamt in einem Vergleich darauf verständigt, das Budget abzusenken. Möglich allerdings nur, weil sie durch die bekannt gewordenen hohen Überschüsse in diesem Fall in die Offensive gehen konnten. Das Problem selbst bleibt aber bestehen. Krankenhäuser, die öffentlich zurückhaltender auftreten, haben weiterhin allerbeste Chancen, für Geisterpersonal zu kassieren. Das ist den Beitragszahlern nicht zuzumuten – und den betroffenen Patienten schon gar nicht. Gefordert ist der Bundesgesetzgeber.

Spezialteams ermöglichen Todkranken Sterben daheim



FLÄCHENDECKUNG: In den allermeisten Landesteilen sind SAPV-Teams aktiv.

Schwer erkrankte Versicherte, die nur noch kurze Zeit zu leben haben, sollen durch eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) bis zuletzt zu Hause bleiben können. Zwar ist es nicht immer medizinisch machbar, die Krankenhauseinweisung zu vermeiden, und umgekehrt ist diese besondere Leistung nicht in jedem Fall notwendig, um den Verbleib daheim zu ermöglichen. Wer das Angebot aber nutzen kann und möchte, dem steht es in der Regel auch zur Verfügung: Der Blick auf die Karte zeigt, dass Anbieterteams mittlerweile in den allermeisten Teilen Niedersachsens aktiv sind. Als Voraussetzung dafür hatten die Krankenkassen mit deren Vertretern 2009 einen Mustervertrag geschlossen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist eine Komplexleistung, für die Teams aus qualifizierten Medizinern

und Pflegefachkräften zur Verfügung stehen. Mit dem Angebot werden die vielfältigen stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten für Sterbende und Schmerzpatienten ergänzt.

Bereits mehr Teams als empfohlen

Niedersachsenweit sind bislang 39 Teams tätig. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese auch landkreisübergreifend arbeiten und nicht für jeden Kreis ein eigenes Team notwendig ist. Nach bundesweiter Empfehlung soll je ein Team für 250.000 Einwohner zur Verfügung stehen. Das würde in Niedersachsen einem Wert von 32 entsprechen, der also schon überschritten ist. Vor Zulassung neuer Anbieter ist demnach zu prüfen, ob letzte weiße Flecken auf der Karte nicht durch bestehende Teams getilgt werden können. ■

HAUSBESUCHE

Ärztetz bittet Pflegeheime im Emsland zur Kasse



FOTO: claudia One - Fotolia.com

WARTEN AUF DEN ARZT: Müssen Pflegeheimbewohner dafür nun extra zahlen?

Artzliche Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern sollen besser und effizienter organisiert werden. Um das zu erreichen, stellen spezielle Besuchsärzte die Versorgung in den Heimen sicher und entlasten somit die bisher behandelnden Mediziner. Das war einer der Vorschläge beim niedersächsischen Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit“. Als Reaktion darauf haben Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) einen Vertrag geschlossen, der in der Modellregion Emsland den entsprechenden Einsatz eines Lingener Ärztenetzes ermöglicht. Klar geregelt: Die Arztbesuche werden von den Kassen im Zuge der Gesamtvergütung an die KVN bezahlt. Für Heimbetreiber und Pflegebedürftige entstehen damit keine zusätzlichen Kosten. Nun ist bekannt geworden, dass das Ärztenetz die Heime dennoch zur Kasse bittet.

Unter Berufung auf den Kontrakt tritt das Ärztenetz an Heime heran, um eine „Kooperationsvereinbarung“ abzuschließen. Nach dieser sind für „Handlungsleitfäden“ und „Betreuungskonzepte“ pro Tag und teilnehmenden Heimbewohner 25 Cent „Verwaltungspauschale“ zu zahlen. Und das, obwohl die Ärzte vertraglich verpflichtet sind, alle Kooperations- und Koordinationsleistungen ohne Extrazahlungen zu erbringen.

Von der formalen Bewertung des Vorgehens abgesehen diskreditiert das Ärztenetz ein von allen Beteiligten auch öffentlich hervorgehobenes Projekt, indem es dieses nutzt, um entgegen der Intention der Initiative zusätzliche Einnahmen zu erzielen. Das gilt umso mehr, wenn Heimträger ihre Kosten an die Pflegebedürftigen weiterreichen würden.

Die vdek-Landesvertretung hat die Pflegeheime im Emsland darüber informiert, dass keinerlei Zahlungen an das Ärztenetz notwendig sind, um an dem Besuchsarztmodell teilzunehmen. Das Ärztenetz wurde aufgefordert, Heimen die Rückabwicklung bereits geschlossener Vereinbarungen zu ermöglichen.

KURZ GEFASST

Gespräche mit Fraktionsexperten

Der Landesausschuss der Ersatzkassen hat sich mit den Sozialpolitikern der Landtagsfraktionen von CDU/FDP und SPD jeweils zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen ausgetauscht. Im Mittelpunkt standen Krankenhausversorgung, ambulante ärztliche Versorgung und Pflege in Niedersachsen. Skeptisch bis ablehnend äußerten sich die Fraktionsexperten zur geplanten Ausweitung des Kartellrechts im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mehr Wachsamkeit angemahnt

Nach Veröffentlichung der Behandlungsfehlerstatistik 2011 durch die Bundesärztekammer hat die vdek-Landesvertretung die Anbieter im Gesundheitswesen aufgefordert, sich offensiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und Maßnahmen für Verbesserungen zu ergreifen. Bei der Patientensicherheit müsse es mehr Wachsamkeit geben, hieß es.

Als Vorstandsmitglied bestätigt

Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung, ist als Vorstandsmitglied der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen bestätigt worden. Die Mitgliederversammlung wählte Niemann für eine weitere Amtszeit. Zweck des Vereins ist die Förderung der Gesundheit der niedersächsischen Bevölkerung.

HOSPIZDIENSTE

Förderung in Millionenhöhe

Mit erstmals mehr als einer Million Euro fördern die Ersatzkassen in diesem Jahr die ambulante Hospizarbeit in Niedersachsen: Der entsprechende Betrag ist gegenüber dem Vorjahr deutlich um rund 190.000 Euro auf 1.140.000 Euro gestiegen. Von der Unterstützung profitieren landesweit 77 Dienste. Hospizdienste betreuen Sterbende zu Hause und stehen auch Angehörigen zur Seite. Die Mittel ermöglichen die Aus- und Fortbildung ehrenamtlicher Helfer sowie die Koordination durch professionelle Kräfte.

Die Ersatzkassen unterstützen die ambulante Hospizarbeit in Niedersachsen seit nunmehr zehn Jahren. In dieser Zeit haben sie dafür rund sechs Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die häusliche Sterbegleitung ergänzt das Angebot von landesweit 21 stationären Hospizen mit Versorgungsvertrag.

Funktionäre auf dem Kriegspfad

PHOTO: DAK-Gesundheit



AUF DEN ZAHN GEFÜHLT: Freund oder Feind?

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen begibt sich auf den Kriegspfad. Den Funktionären ist es mal wieder ein Dorn im Auge, dass Kollegen als Gutachter bei der Zahnersatzversorgung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) tätig sind und sich damit der, so wörtlich, „Kollaboration“ schuldig machen. Ärgerlich ist vor allem, dass nun auch die Versicherten instrumentalisiert werden sollen. In einer „Patienteninformation“ wird nicht nur die Unvoreingenommenheit der MDK-Gutachter, sondern gleich die Rechtmäßigkeit ihrer Tätigkeit angezweifelt. Die Patienten sollten deshalb auf „unabhängige“ Sachverständige bestehen. Fakt ist hingegen, dass allein die Krankenkasse eine Leistungsentscheidung trifft, und zwar unabhängig vom Gutachter. Kassen können vertragliche Gutachter ergänzend beauftragen, müssen das aber nicht – der gesetzliche Auftrag liegt jedenfalls klar beim MDK. Davon abgesehen sind auch die MDK-Gutachter ausschließlich ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Auch ist deren fachliche Qualität bislang nicht angezweifelt worden; nur in wenigen Fällen gibt es unterschiedliche Auffassungen zwischen Behandler und Gutachter.

Zahnärztliche Sachverständige sind übrigens schon seit 1998 für den MDK tätig. Eigentlich kein Grund, deshalb jetzt wieder das Kriegsbeil auszugraben.

Überschüsse: Wenn sich täglich neue Abnehmer melden

Die Krankenkassen konnten sich zuletzt vor guten Ratschlägen gar nicht retten. Die Rede ist von den viel zitierten 20 Milliarden Euro Kassenüberschüssen und dem, was man damit tun könnte. Nun möchte man die Euphorie ungerne durch den Hinweis bremsen, dass eine Hälfte des Betrags im staatlichen Gesundheitsfonds außer Reichweite liegt und die andere zu einem guten Teil als Mindestrücklagen und Betriebsmittel zweckgebunden ist. Lassen wir also den Ideen ihren Lauf. In die Offensive ging der Bundesgesundheitsminister mit seiner Feststellung, das Geld gehöre den Versicherten. Damit hatte er allerdings die Rechnung ohne die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen gemacht, die Prämienzahlungen an Versicherte als „Geschenk zu Lasten Dritter“ rügte und forderte, die Mittel „unverzüglich“ der Zahnärzteschaft zur Verfügung zu stellen. Dem Hinweis auf „unvergütet gebliebene Leistungen“ der Dentisten mochte nun die hiesige Krankenhausgesellschaft nicht folgen und betonte, die Überschüsse stammten vielmehr aus „Budgetkürzungen“ der Klinken. Davon unbeeindruckt pochten die niedersächsischen Kassenärzte darauf, ihnen das Geld zu überlassen, möchte man einer „Auswanderungswelle der jungen Ärztegeneration“ nicht tatenlos zusehen. Sollten wir weitere Wortmeldungen übersehen haben, bitten wir um Nachsicht. Allerdings hätten zusätzliche Bewerber auch wenig Aussicht auf Erfolg, da die Überschüsse nun schon mehrfach anderweitig verplant sind.

Endspurt beim „Zukunftspreis“

Noch bis zum 14. September haben Initiativen und Einzelpersonen Zeit, sich mit Ideen und Konzepten zum Thema Multimorbidität um den Zukunftspreis des vdek zu bewerben. Die besten Einsendungen werden mit einem Preisgeld im Gesamtwert von 20.000 Euro prämiert. Der Verband vergibt die Auszeichnung zum dritten Mal.

Mehrfacherkrankungen sind mit Blick auf die demografische Entwicklung eine große Herausforderung. Sie müssen dabei nicht zwangsläufig zu einer Minderung der Lebensqualität der Betroffenen führen. Die Ersatzkassen sehen darin die Chance, eine in diesem Sinne patientenorientierte Versorgung zu etablieren. Gesucht werden innovative Ansätze und Best-Practice-Beispiele, die die bestehenden Angebote ergänzen und unterstützen. Besonders bewertet werden versorgungspolitische Relevanz, qualitative Aspekte und die Zielgruppenorientierung. Weitere Informationen sowie Teilnahmebedingungen und Meldebogen sind im Internet unter www.vdek.com zu finden.

Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek
An der Börse 1, 30159 Hannover
Telefon 05 11 / 3 03 97-0
Telefax 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com
Redaktion Hanno Kummer
Verantwortlich Jörg Niemann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2166