

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **PFLEGE** Kopfschütteln über Verband privater Anbieter | **PARLAMENTARISCHER ABEND** Gute Nachrichten und ein dringender Appell | **NOTFALLVERSORGUNG** Fast alle Krankenhäuser bekommen Zuschlag

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2018

FINANZREFORM

Bundesregierung nimmt sich auch Morbi-RSA vor

Die Bundesregierung will die Krankenkassen zum Abbau von Rücklagen verpflichten. Dieses Vorhaben war bekannt – es wird nun allerdings verknüpft mit einer vorherigen Reform des Finanzausgleichs unter den Kassen, des Morbi-RSA. Das sieht der Kabinettsbeschluss des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vor. Die Bundesregierung reagiert mit dieser Korrektur auch auf Kritik namhafter Gesundheitsökonominnen. Diese hatten auf die Schiefelage durch den Morbi-RSA und die entsprechende ungleiche Verteilung der Finanzreserven hingewiesen. Ohne RSA-Reform würden begünstigte Kassen ihre Zusatzbeiträge massiv senken, benachteiligte Kassen jedoch nicht. Damit drohe eine „Massenabwanderung“ (Eberhard Wille) von Versicherten. Der Duisburger Gesundheitsökonom Jürgen Wasem sprach gar von einer „Todesspirale“, weil betroffene Kassen vor allem „günstige Risiken“ verlieren würden und ihre Zusatzbeiträge somit erhöhen müssten. Durch den Morbi-RSA erhalten AOKn mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, als sie zur Versorgung der Versicherten benötigen, die anderen Kassen weniger.

KRANKENHAUS BORKUM

Mit Schluckbeschwerden in den Hubschrauber

Auf Borkum steht ein Kleinstkrankenhaus mit acht Betten, gebaut mit Landesmitteln in Millionenhöhe und subventioniert von den Krankenkassen. Trotz des gewaltigen Aufwands werden Patienten reihenweise für viel Geld aufs Festland geflogen.

Sommer, Sonne, ohrenbetäubender Fluglärm. Wer auf der Nordseeinsel Borkum lebt oder Urlaub macht, muss sich wohl oder übel an regen Hubschrauberverkehr gewöhnen. Die Helikopter landen und starten im Schnitt 350 Mal im Jahr auf der Insel, 2017 sogar 400 Mal. Ihr Auftrag: Patienten aufs Festland fliegen. Die meisten dieser Flüge gehen vom Borkumer Krankenhaus aus, und zwar hauptsächlich zum Klinikum Leer, dessen Geschäftsadresse mit der der „Inselkrankenhaus Borkum GmbH“ identisch ist. Nun muss man wissen, dass die Borkumer Klinik jährlich weniger als 700 Behandlungsfälle zählt. 700 Krankenhausbehandlungen vor Ort stehen also 400 ausgeflogenen Patienten gegenüber.

Die „wohl kleinste Klinik Deutschlands“ (Eigenwerbung) hat gerade mal acht Betten. Einzige Fachabteilung ist die für Innere Medizin. Häufige Diagnosen waren in der Vergangenheit etwa Flüssigkeitsmangel und die Abklärung von Ohnmacht und Schwindel. Man tritt dem Krankenhaus wohl nicht zu nahe, wenn man das Angebot überwiegend der ambulanten Notfallversorgung zurechnet. Und die hat in dieser

sehr speziellen Konstruktion ihren Preis: 2014 wurde das Klinikgebäude mit Landesmitteln in Höhe von 2,8 Millionen Euro neu gebaut. Weil ein Acht-Betten-Haus naturgemäß nicht wirtschaftlich zu betreiben ist, hat das Land die gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr verpflichtet, der Klinik einen leistungsunabhängigen „Sicherstellungszuschlag“ zu zahlen. Jährliche Kosten für die Beitragszahler: 500.000 Euro. Das entspricht rund 700 Euro Zuschlag je Patient. Damit bekommt das Krankenhaus rein für seine Existenz weit mehr als die Hälfte des Betrags, den die Kassen für tatsächlich erbrachte Behandlungen zahlen. Dass die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen nach Bundesvorgabe eine vorhandene Chirurgie voraussetzt, scheint das Land nicht beeindruckt zu haben. Die Krankenkassen klagen nun gegen den Bescheid des Sozialministeriums.

2.000 Euro nur für den Transport

Nun ist also der Betrieb des Inselkrankenhauses an sich schon besonders teuer für die Krankenkassen. Und es geht noch



KOMMENTAR

Sorgloser Umgang mit Geld der Beitragszahler



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Was ist uns unsere Gesundheit wert? Mit dieser rhetorischen Frage wird gerne auf vermeintliche Sparzwänge im Gesundheitswesen hingewiesen. Dabei kann die Antwort nur lauten: sehr, sehr viel. 224 Milliarden Euro zahlt die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Jahr für die Versorgung der Versicherten, 98 Milliarden Euro mehr als noch 2000. Diesem hohen Einsatz müssen gute Versorgungsleistungen gegenüberstehen. Das ist auf Borkum wahrlich nicht erkennbar. Das Land verpflichtet die Kassen zur Subventionierung der dortigen Acht-Betten-Klinik durch einen Sicherstellungszuschlag. Diese Sicherstellung der Versorgung erfolgt aber offenkundig gerade nicht: Viele Patienten werden aufs Festland weitergeleitet – im Verhältnis zu den tatsächlich vor Ort stattfindenden Behandlungen zu viele. Damit nicht genug, kommt dafür offenbar standardmäßig der teure Hubschrauber zum Einsatz und fliegt dann auch noch weiter als notwendig. Die Kernfrage aber ist: Lohnt der finanzielle Aufwand für ein Acht-Betten-Haus, wenn trotzdem ständig und offenbar auch bei leichteren Fällen der Helikopter abhebt? Hier sind größte Zweifel angebracht. Der Fall Borkum zeigt: Diskussionen um Knappheit im Gesundheitswesen sind aberwitzig, solange mit dem Geld der Beitragszahler derart sorglos umgegangen wird.



weiter: Weil die Klinik in ihren Versorgungsmöglichkeiten derart eingeschränkt ist, werden Borkumer Patienten nicht nur reihenweise auf dem Festland behandelt, sondern dafür auch mit dem Helikopter transportiert. „Ein moderner Hubschrauberlandeplatz ermöglicht, dass Patienten bei Bedarf kurzfristig zum Festland geflogen werden können“, heißt es etwa auf der Internetseite der Klinik. Das ist grundsätzlich auch sinnvoll – aber eben nur bei schweren Erkrankungen oder Unfällen. Auf Borkum sind Hubschrauber auch schon bei Schluckbeschwerden, Rückenschmerzen, fieberhaften Infekten und einem entzündeten Zeh abgehoben. Es bestehen starke Zweifel, dass Patienten auf dem Festland mit vergleichbaren Symptomen auf Kosten der Beitragszahler transportiert würden, schon gar nicht per Helikopter.

Die Kosten je Flugtransport nach Leer betragen rund 2.000 Euro. Im Ergebnis gibt die gesetzliche Krankenversicherung für einen vom Krankenhaus Borkum dorthin verlegten Patienten allein durch Sicherstellungszuschlag und Hubschraubereinsatz schon einen Betrag in erheblicher vierstelliger Höhe aus, bevor dieser auch nur am eigentlichen Behandlungsort angekommen ist.

Wenn denn schon mit immensen finanziellen Mitteln ein Inselkrankenhaus betrieben wird, müsste dem auch ein

angemessener Versorgungsbeitrag gegenüberstehen. Davon kann Stand heute keine Rede sein. Mehr Patienten als bisher müssten vor Ort zumindest so erstversorgt werden, dass ein Weitertransport nicht erforderlich ist. Gleichzeitig bleibt die Frage, ob es auf einer Insel mit tidenunabhängigem Fährverkehr tatsächlich so häufig eines Hubschraubertransports bedarf, wenn Patienten dann doch auf dem Festland weiterbehandelt werden müssen.

Warum nicht nach Emden?

Zu erklären wäre auch, warum die Flüge eigentlich überwiegend nach Leer gehen und nicht nach Emden. Flüge dorthin sind 23 Kilometer Luftlinie kürzer und 500 Euro günstiger als der Transport nach Leer. Dass die Träger der Häuser auf Borkum und in Leer eine gemeinsame Geschäftsadresse haben, dürfte Argwohn wecken, dass bei der Wahl der Flugziele andere Gründe eine Rolle spielen als medizinische oder transporttechnische.

Eine Reduzierung der Lufteinsätze würde die Beitragsmittel der Krankenkassen ebenso schonen wie die Nerven der Feriengäste und Einwohner auf Borkum. Erleichtert wären wohl auch die Anlieger beim Klinikum Leer. Dort nämlich herrsche beim Anflug der Hubschrauber durch Lärm und Staub „Ausnahmestand“, weiß der örtliche „SonntagsReport“ zu berichten. ■



WIRBELT STAUB AUF: Hubschrauber im Einsatz – auf Borkum offenbar auch bei leichteren Erkrankungen.

AMBULANTE PFLEGE

Kopfschütteln über Verband privater Anbieter

In der Diskussion um Versorgungsengpässe schürt die Lobby der Privatanbieter mit unseriösen Zahlen die Ängste der Pflegebedürftigen – und inszeniert sich dann auch noch als Kämpfer für die Beschäftigten. Ausgerechnet!



FOTO: Marco381 – fotolia by Adobe

SOLL VERSCHLUSSACHE BLEIBEN: Gehaltszahlungen privater Pflegedienste.

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) in Niedersachsen will Honig aus Berichten über Versorgungslücken in der ambulanten Pflege saugen. Pünktlich zu einer Anhörung im Landtag präsentierte er das Ergebnis einer Umfrage unter Mitgliedsunternehmen, wonach diese jeden Monat sagenhafte 5.000 ambulant Pflegebedürftige abweisen müssten. 60.000 Abweisungen im Jahr? Bei landesweit 80.000 Bestandsversorgten würden damit auf vier Gepflegte drei Abgewiesene kommen. Ohne die Herausforderungen in der Pflege zu ignorieren und wohl wissend, dass jedes Thema auch genutzt wird, um Finanzinteressen durchzusetzen: Diese Zahl ist völlig abwegig, eine unverantwortliche Panikmache auf Kosten der Pflegebedürftigen.

Gehaltsabstand von 20 Prozent

Die Lösung für den vermeintlichen Notstand liefert der bpa gleich mit. So müssten

die Pflegekassen etwa „Personalkosten auf Tarifniveau refinanzieren“. Diese Forderung ist bemerkenswert. Die Berücksichtigung von Tarifzahlungen bei Preisverhandlungen ist inzwischen gesetzlich vorgeschrieben, die Kassen haben sich auch längst dazu bekannt. Demgegenüber war es gerade dieser Pflegeverband, der einer Umsetzung immer wieder im Wege stand, weil er gar keinen Tarifvertrag hat und sich mit Händen und Füßen dagegen wehrte, dass seine Mitgliedsunternehmen geltend gemachte höhere Zahlungen an Mitarbeiter auch belegen. Wer eine solche Transparenz verweigert, säht größte Zweifel, dass die bessere Bezahlung der Pflegekräfte wirklich ernst gemeint ist. Hinzu kommt, dass die angekündigte Arbeitsvertragsrichtlinie des bpa weder die Verbindlichkeit eines Tarifvertrags hat noch in der Höhe an die Tarifverträge freigemeinnütziger Träger wie der Diakonie heranreicht. Der Gehaltsabstand beträgt insgesamt fast 20 Prozent, von „Tarifniveau“ kann also keine Rede sein. ■

PRÄVENTION

Ersatzkassen und AWO fördern Kindergesundheit



LOGO: vrek

Kinder und Jugendliche auch aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen sollen dabei unterstützt werden, sich gesünder zu ernähren und mehr zu bewegen. Ersatzkassen und Kreisjugendwerk der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Region Hannover haben dazu ein gemeinsames Präventionsprojekt an vier Kinder- und Jugendtreffs des Kreisjugendwerks in Hannover gestartet. Die Ersatzkassen tragen Projektkosten in Höhe von 198.000 Euro. Bei dem Modellvorhaben vermitteln externe Fachleute Hintergrundwissen von der Ernährungswissenschaft bis hin zur Physiotherapie. Gleichzeitig lernen die Kinder und Jugendlichen ganz praktisch gemeinsam zu kochen und dafür in Lebensmittelgeschäften einzukaufen. Auch ein Obst- und Gemüsegarten steht zur Verfügung. Darüber hinaus werden Kurse zum Körpertraining und Stressmanagement angeboten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kreisjugendwerks werden geschult, damit sie die Erkenntnisse über die Projektlaufzeit hinaus in ihre Arbeit einbeziehen. Die Teilnahme an den Projektangeboten ist freiwillig und kostenfrei. Jeweils rund 50 Kinder und Jugendliche besuchen die einzelnen Einrichtungen des Kreisjugendwerks regelmäßig. Die Mehrzahl kommt aus benachteiligten Lebensverhältnissen.

Gute Nachrichten und ein dringender Appell

Bei einem Parlamentarischem Abend für die Abgeordneten des Landtags hat der vdek rund 50 Gäste begrüßt. vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner sprach zur Gesundheitspolitik in der neuen Legislaturperiode.

Sozialministerin Dr. Carola Reimann bezeichnete den vdek in ihrer Rede als „wichtigen Player“ der Gesundheitspolitik. Zentrales Thema für Niedersachsen sei die Krankenhausversorgung. Hier gelte es, Qualität und eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten. Im ambulanten Bereich setzt die Ministerin auf zusätzliche Medizin-Studienplätze und eine Landarztquote. In der Pflege müssten Arbeitsbedingungen und Bezahlung der Beschäftigten verbessert werden. Landtagsvizepräsidentin Petra Emmerich-Kopatsch bekannte sich in ihrem Grußwort zum Solidarprinzip und zur Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Angebote auf dem Land verbessern

Eine gute Nachricht hatte die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner im Gepäck: Nach einer Forsa-Umfrage des Verbandes ist die große Mehrheit von 85 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten mit der medizinischen Versorgung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Allerdings bewerteten die Befragten vom Land das Angebot an Fachärzten und die Wartezeiten für Patienten deutlich kritischer als die Städter. Insofern würden die Ersatzkassen geplante Maßnahmen der Bundesregierung wie die Anhebung der Mindestsprechstundenzeiten für gesetzlich Versicherte von 20 auf 25 Stunden in der Woche begrüßen. Instrumente zur Förderung der Versorgung müssten durch neue Mobilitäts- und Digitalisierungskonzepte wie etwa Videosprechstunden ergänzt werden.

Weiteres wesentliches Thema sei die Pflege. Mehrere Reformen hätten spürbare



FOTO vdek/Hanno Kümmer

WIRBT FÜR EINE LANDARZTQUOTE: Sozialministerin Dr. Carola Reimann (rechts). Ihrer Rede folgen (hinterer Tisch, v.l.): Staatssekretär Heiger Scholz, Inken Holldorf (TK), Jörg Niemann (vdek), Landtagsvizepräsidentin Petra Emmerich-Kopatsch, vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Heike Sander (BARMER) und Sozialausschuss-Vorsitzender Holger Ansmann.

Verbesserungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige gebracht. Nun würden sich die Koalitionäre zu Recht dem Pflegepersonal annehmen. „Ein Sofortprogramm soll die Pflege attraktiver gestalten und zusätzliche Stellen fördern. Mit einer Ausbildungs-offensive sollen Personalknappheit bekämpft und Anreize für die Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit geschaffen werden“, erklärte Elsner.

Im Krankenhausbereich mahnte sie eine stärkere Investitionsförderung der Länder an. Es sei lange bekannt, dass Kliniken fehlende Mittel für Bau- und Sanierungsmaßnahmen auch über Einsparungen bei der Pflege refinanzieren. Allein der bestandserhaltende Investitionsbedarf der Kliniken liege bundesweit bei sechs Milliarden Euro. Die Bundesländer deckten davon nur die Hälfte ab.

Zuvor hatte bereits der Leiter der vdek-Landesvertretung, Jörg Niemann, die

im niedersächsischen Koalitionsvertrag angekündigte „deutliche Erhöhung“ der Einzelfördermittel des Landes begrüßt. Er ermutigte die Abgeordneten, sich für die im Raum stehende Erhöhung von 120 auf 200 Millionen Euro jährlich einzusetzen.

RSA-Reform angemahnt

Dringender Handlungsbedarf besteht bei der Finanzierung der Krankenversicherung. vdek-Chefin Elsner rief den Gesetzgeber auf, den Morbi-RSA zügig zu reformieren. Dieser schaffe enorme Wettbewerbsverzerrungen, die mit jedem Jahr größer würden. Zwischen den Unterdeckungen der Ersatzkassen und der Überdeckung der AOK klaffe mittlerweile eine Spanne von 2,5 Milliarden Euro. „Wir sprechen uns klar für Wettbewerb aus, aber es muss dabei faire Bedingungen geben“, betonte sie. ■

„Begünstigung im Wettbewerb ohne jede Eigenleistung“

Der Risikostrukturausgleich verdient seinen Namen nicht. Warum das so ist, hat der Landesausschuss der Ersatzkassen den Sozial- und Gesundheitsexperten der Fraktionen von SPD und CDU im Landtag dargelegt.

Das AOK-System bekommt deutlich mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, als zur Versorgung seiner Versicherten nötig, andere Krankenkassen zu wenig: Der Finanzausgleich unter den Kassen heißt zwar Risikostrukturausgleich, erfüllt aber gerade diesen Anspruch nicht. Das haben die Ersatzkassen den Arbeitskreisen Soziales der Landtagsfraktionen von SPD und CDU anhand von Datenauswertungen erläutert. Einer der Gründe: Auf der Einnahmenseite werden regionale Unterschiede gänzlich ausgeglichen, auf der Ausgabenseite überhaupt nicht. Kassen mit Versichertenschwerpunkten in wirtschaftsstarke Regionen müssen die höheren Einkommen an den Gesundheitsfonds abführen, aber gleichzeitig die höhere medizinische Angebotsdichte finanzieren. Umgekehrt werden landesbezogene Kassen in strukturschwächeren Flächenländern ohne jede Eigenleistung begünstigt. Die notwendige Korrektur würde dabei keine Finanzströme zwischen Bundesländern verschieben, sondern für eine faire Verteilung der Versichertenbelastung durch Zusatzbeiträge sorgen.

Die Ersatzkassen ermutigten die Abgeordneten zudem, im Zuge der Krankenhausgesetzgebung des Landes an bundesweiten Qualitätskriterien festzuhalten. Sie wiesen außerdem darauf hin, dass Personaluntergrenzen Mindestanforderungen an Leistungen definieren, die keine höheren Vergütungen rechtfertigen. Beim Thema Pflege sei klar geregelt, dass Tarifzahlungen an Beschäftigte bei Preisverhandlungen berücksichtigt werden. Diese müssten aber nachprüfbar sein. ■



DIALOG MIT DER SPD-FRAKTION (v. L.): Dr. Thela Wernstedt MdL, Holger Ansmann MdL, Fraktionsreferent René Kopka, Uwe Schwarz MdL (sozialpolitischer Sprecher), Oliver Lottke MdL, Hanna Naber MdL, Gunnar Böltes (SPD), Leif Matthies (FSJ SPD-Fraktion), Claudia Schüßler MdL, Heike Sander (BARMER), Jörg Niemann (vdek), Inken Holldorf (TK), Dirk Vennekold (DAK-Gesundheit).



DIALOG MIT DER CDU-FRAKTION (v. L.): Sven Saß (hkk), Heike Sander (BARMER), Dirk Vennekold (DAK-Gesundheit), Inken Holldorf (TK, Vorsitzende Landesausschuss), Jörg Niemann (vdek), Volker Meyer MdL (sozialpolitischer Sprecher), Christoph Eilers MdL, Fraktionsreferent Frank Richter.

Praxen bieten zu wenig Sprechstunden an

Die Bundespsychotherapeutenkammer wird nicht müde, darauf hinzuweisen: Wenn Patienten keinen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung finden, sollten sie eine Privatpraxis aufsuchen und sich die Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen. Nun ist das „Finden“ eines Vertragstherapeuten nicht das vorrangige Problem, sondern der Mangel an Terminen. Wie die „Hanoversche Allgemeine Zeitung“ berichtet, arbeiten Psychotherapeuten in Niedersachsen nämlich deutlich weniger als vorgeschrieben. Sie beruft sich dabei auf eine Prüfung der Kassenzulassung der niedersächsischen Ärztenvereinigung Niedersachsen (KVN), nach der 2016 ein Viertel der Befragten ihren Versorgungsauftrag nicht vollständig erfüllt hat. Will heißen: Das Sprechstunden-Angebot lag unter 20 Stunden in der Woche oder 228 im Quartal. Bei einer erneuten Überprüfung 2017 sei jeder Dritte davon weiterhin aufgefallen. Die KVN habe nun 152 Therapeuten und Ärzte zu einer Erklärung aufgefordert.

Die Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie – im Raum stehen durchschnittlich 20 Wochen – sind deutlich zu lang. Ohne Frage ist der gestiegene Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen wesentlicher Grund dafür. Darüber hinaus trägt auch die mangelnde Steuerung der Inanspruchnahme dazu bei. Völlig inakzeptabel aber ist es, dass Therapeuten ihren Behandlungsverpflichtungen gegenüber gesetzlich Versicherten nicht ausreichend nachkommen und die Bundespsychotherapeutenkammer dann als Lösung für Engpässe die Privatabrechnung präsentiert.

Fast alle Krankenhäuser bekommen Zuschlag

Die Vergütung von Kliniken für Notfalleistungen orientiert sich künftig stärker an Qualität und Versorgungsbeitrag. Warnungen vor einem „Kahlschlag“ erweisen sich einmal mehr als unbegründete Panikmache.



FOTO: spotmatphoto – fotolia by Adobe

Vertreter von Krankenhäusern in verschiedenen Bundesländern haben vor einem „Kahlschlag“ der Notfallversorgung gewarnt. Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft behauptet sogar, dass 60 Prozent der Kliniken im Land davon ausgeschlossen würden. Hintergrund ist ein Auftrag des Gesetzgebers an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Nach dessen Beschluss wird die Notfallversorgung künftig durch Zuschläge vergütet, die Krankenhäuser nur dann erhalten, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Diese sind in drei Stufen gestaffelt:

Stufe 1: Basis-Notfallversorgung mit Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie, sechs Intensivbetten und drei Beatmungsplätzen, Verfügbarkeit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten.

Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung mit vier weiteren Fachabteilungen, zehn Intensivbetten sowie Landungsmöglichkeiten für einen Hubschrauber.

Stufe 3: Umfassende Versorgung mit sieben zusätzlichen Fachabteilungen und 20 Intensivbetten.

Durch das Konzept sollen Kliniken gerechter und zielgenauer bezahlt werden als bisher: je größer der Beitrag eines Hauses zur Notfallversorgung, desto höher auch die entsprechende Vergütung. Die neue Abrechnungsgrundlage gilt voraussichtlich ab 2019.

In Niedersachsen werden die Voraussetzungen von 112 der potenziell infrage kommenden 155 somatischen Krankenhäuser und damit von der ganz überwiegenden Mehrzahl der Häuser erfüllt. Von den verbleibenden 43 Häusern haben die meisten schon bisher nicht an der Notfallversorgung teilgenommen, zum Beispiel weil sie als reine Fachkliniken nicht zur Verfügung standen. Prognostiziert ganze fünf Krankenhäuser bekommen landesweit in unmittelbarer Folge der Anforderungen keine Mittel für die Notfallversorgung. Von einem Kahlschlag kann keine Rede sein. ■

GESUNDHEITSREGIONEN

Patienten mit Tablets, gelassene Pflegekräfte



FOTO: Kzenon - fotolia by Adobe

THEMENSCHWERPUNKT: Stärkung der Pflege.

Die „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ gehen in eine neue Runde: Land, Ersatzkassen und die weiteren Partner haben die Kooperation bis 2020 verlängert. Neben der örtlichen Netzwerkarbeit werden dabei auch weiterhin besondere Projekte gefördert. In diesem Jahr finanzieren die Kooperationspartner sieben Modellvorhaben mit rund 490.000 Euro:

- **Telemedizinische Psychiatrische Versorgung nach Entlassung (LK Emsland):** An Depressionen leidende Menschen erhalten nach stationärer Behandlung ein Gesundheits-Tablet, mit dem sie Kontakt zur Einrichtung halten können.
- **Stärkung der Gesundheit, Prävention und Teilhabe für Menschen mit Behinderung (LK Emsland):** Neue Wohnformen ermöglichen Menschen mit Behinderung mehr gesellschaftliche Teilhabe. Ein Selbstkontrolltraining soll begleitend einem risikanten Konsum von Suchtmitteln entgegenwirken.
- **Praxis in Sicht (LK Hameln-Pyrmont und Schaumburg):** Medizinstudierende sollen motiviert werden, sich als Hausärzte im ländlichen Raum niederzulassen.
- **Migranten in der Pflege (LK Friesland und Wesermarsch, Stadt Wilhelmshaven):** Migranten sollen über Kurse den Einstieg in den Pflegeberuf erreichen.
- **Schulen machen Schüler zu Lebensrettern (LK Friesland und Wesermarsch, Stadt Wilhelmshaven):** Schüler trainieren einfache Wiederbelebensmaßnahmen, damit sie im Notfall Erste Hilfe leisten können.
- **Gut, Gelassen und Gesund Pflegen (LK Gifhorn und Peine):** Pflegekräfte sollen während der Ausbildung und in den ersten Berufsjahren gestärkt werden, damit sie den Belastungen besser gewachsen sind.
- **eMedCare (Stadt und LK Osnabrück, LK Emsland):** Hausärzte, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste entwickeln zur Erleichterung der Dokumentation gemeinsam eine digitale Plattform.

KURZ GEFASST

Krankenhäuser verbuchen Gewinne

Rund 87 Prozent der Krankenhäuser haben 2016 schwarze Zahlen geschrieben. Das geht aus dem aktuellen Krankenhaus Rating Report hervor. Im Jahr zuvor waren es noch 78 Prozent. Die Zahl der Kliniken mit erhöhter Insolvenzgefahr sank von neun auf sieben Prozent. 2016 sei für die Krankenhäuser das beste Jahr seit dem ersten Report vor 14 Jahren gewesen, hieß es bei der Vorstellung des Berichts.

Netzwerk Neonatologie für strikte Mindestmengen

Das Netzwerk Neonatologie hat sich bei seiner Jahrestagung für strikte Mindestbehandlungszahlen in Perinatalzentren ausgesprochen. Die bisherigen Regelungen seien nicht ausreichend. Die Behandlung von Frühgeborenen müsse stärker zentralisiert werden. Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss verschiedener Akteure, die an der Versorgung von Frühgeborenen beteiligt sind.

Weniger als zehn Kilometer zum Hausarzt

99,8 Prozent der Menschen in Deutschland haben einen Hausarzt in weniger als zehn Kilometern Entfernung. Das geht aus der Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion hervor. Die Versorgungsdichte sei mit 1,7 Hausärzten je 1.000 Einwohnern höher als in den allermeisten anderen europäischen Ländern.

RETTUNGSDIENST

Rechnungshof schlägt Alarm

Der Bundesrechnungshof warnt vor der Kostenentwicklung im Rettungsdienst. Das berichtet die „Welt am Sonntag“ unter Berufung auf eine Mitteilung der Prüfer an das Bundesgesundheitsministerium. Demnach seien die Kosten für Rettungsfahrten bundesweit auf 2,1 Milliarden Euro gestiegen und hätten sich damit in den vergangenen acht Jahren fast verdoppelt. Einer der wesentlichen Gründe sei ein „Konstruktionsfehler im System“: Landkreise und Städte nämlich organisieren den Rettungsdienst und betreiben die Leitstellen, bezahlen hingegen die Krankenkassen – weitgehend ohne Möglichkeiten, die Ausgaben zu begrenzen. Kosten etwa auch für teure Leitstellen-Neubauten würden demnach einfach auf die Kassen abgewälzt. Der Bundesrechnungshof empfehle deshalb dringend Gesetzesänderungen mit dem Ziel einer „ausgewogenen Ausgabenteilung“.

Arztpraxen sollen weniger verordnen

Jede Gabe von Antibiotika kann die Entwicklung von Resistenzen befördern. Niedergelassene Ärzte sollen deshalb nur gezielt und insgesamt weniger Antibiotika als bisher verordnen. Das ist Ziel einer Neuauflage des Antibiotika-Ratgebers des Landesgesundheitsamts für Arztpraxen. „Antibiotika müssen bei der Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten weiter wirksam bleiben“, sagte Niedersachsens Sozialministerin Dr. Carola Reimann bei der Vorstellung des Ratgebers. Rund 85 Prozent der Antibiotika werden im ambulanten Bereich eingesetzt.

Zweifel an Wirksamkeit



Jedes zweite Kind in Deutschland trägt im Laufe der Zeit eine Zahnspange. Das sind fast doppelt so viele wie in Schweden und drei bis zu vier Mal so viele wie in Großbritannien. Die Krankenkassen tragen Behandlungskosten von rund einer Milliarde Euro im Jahr. Der Bundesrechnungshof kritisiert nun, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zu Wirkung und Nutzen der Therapie fehlen. Es müsse geprüft werden, wann eine Spange Kindern wirklich helfe. Experten verweisen zudem auf Belastungen durch Röntgenaufnahmen und ein steigendes Kariesrisiko.

Mit Wurstbrötchen lässt sich kein Arzt mehr abspeisen



FOTO: Marcel Schauer – fotolia by Adobe

NIEDERLASSUNGHEMMNIS: Blitzer.

Was waren das noch für Zeiten, als man glaubte, Medizinern mit kostenlosen Back- und Wurstwaren die Niederlassung auf dem Dorf schmackhaft machen zu können. Heute braucht es weit mehr Anstrengungen, soll der Ruf nach heilkundigem Dienst am Landvolk gehört werden. Dabei müssen übrigens, wie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen weiß, nicht nur die Ärzte, sondern auch deren Ehepartner für die Fläche „begeistert“ werden. Was die Frage noch nicht beantwortet, was genau diese Begeisterung auslösen könnte. Konkreter wurde ein Hausarzt in der „Süddeutschen Zeitung“. Die im Nachbarort angebotenen 50.000 Euro für eine Niederlassung würden nicht reizen: „Da müsste noch was dazukommen, keine Praxismiete oder ein Wohnhaus von der Gemeinde.“ Das klingt doch für den Anfang schon recht ordentlich. Luft nach oben gäbe es allerdings immer noch, wie eine Geschichte aus Sachsen zeigt. Dort hat ein Hausarzt mit Schließung seiner Praxis gedroht, sollte er für die Autofahrt mit 80 Stundenkilometern durch eine Tempo-30-Zone tatsächlich bestraft werden. Wie wäre es also mit der Idee, für Ärzte Verkehrsregeln auszusetzen? Alternativ könnte bei Führerscheinentzug auch der Transport mit einer Sänfte angeboten werden.

Faible für Projektarbeiten



FOTO: vdek/Hanno Kummer

Christian Bumiller arbeitet seit 2002 in der vdek-Landesvertretung. Seinerzeit übernahm der Verband auf Landesebene zusätzlich regionale Aufgaben, etwa die Zulassung und Vertragsgestaltung im Heil- und Hilfsmittelbereich sowie Vergütungsverhandlungen im Rettungsdienst. Auf eine der neuen Stellen bewarb sich mit Erfolg Christian Bumiller. Der Sozialversicherungsfachangestellte war bis dahin bei der BARMER tätig. Seit 2011 ist Bumiller darüber hinaus fachlicher Leiter der Präqualifizierungsstelle des vdek. Bei der Präqualifizierung handelt es sich um ein vereinfachtes Zulassungsverfahren für Hilfsmittelerbringer, das von allen Kassen anerkannt wird. Bumiller hat dieses Verfahren mitentwickelt und begleitet. Für Projektarbeiten hat er ein Faible, sagt er.

Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek
An der Börse 1, 30159 Hannover
www.vdek.com

Telefon 05 11 / 3 03 97-0

E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com

Redaktion Hanno Kummer

Verantwortlich Jörg Niemann

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik Schön und Middelhaufe GbR

ISSN-Nummer 2193-2166