



Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf
in Niedersachsen 2013 bis 2018

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Landesvertretung Niedersachsen

Hannover, September 2013

Inhalt

Vorwort.....	3
Stationäre Versorgung	4
Psychiatrie.....	7
Ambulante ärztliche Versorgung.....	8
Pflege.....	10

Vorwort

Niedersachsen hat seit Februar 2013 eine neue Landesregierung. In ihrem Koalitionsvertrag haben SPD und Bündnis 90/Die Grünen die Herausforderungen in unterschiedlichen Politikfeldern benannt und dabei ausführlich auch zum Bereich Gesundheit und Pflege Stellung genommen. Dieses Thema genießt zu Recht Aufmerksamkeit, gerade im Krankenhausbereich besteht dringender Handlungsbedarf. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die in vielen Teilen Niedersachsens mit einem dramatischen Einwohnerückgang verbunden ist, gilt es, unter veränderten Rahmenbedingungen leistungs- und zukunftsfähige Versorgungsstrukturen zu schaffen. Diese beinhalten neben der Qualität zwingend auch der Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Darauf hat nicht zuletzt auch der Landesrechnungshof immer wieder hingewiesen. Das im Koalitionsvertrag mit Blick auf den Landeshaushalt dargelegte Postulat „Einsparungen durch Effizienzsteigerungen“, muss genauso gelten, wenn es um Sozialversicherungsbeiträge geht. Wobei Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Selbstzweck sind, sondern dazu beitragen sollen, dass das Geld dorthin fließt, wo es für die Versorgung tatsächlich notwendig ist und sinnvoll eingesetzt werden kann.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist in bewusster Abgrenzung zu staatlichen Versorgungssystemen so konzipiert, dass der Gesetzgeber einen Rahmen vorgibt, die konkrete Ausgestaltung aber den unmittelbar beteiligten Akteuren überträgt. Damit sollen bestmögliche Lösungen gefunden und auch ein Interessenausgleich zwischen Kostenträgern und Anbietern sichergestellt werden. Es darf deshalb nicht der Eindruck entstehen, dass eine Landesregierung versucht, in die gesetzlich vorgesehenen Kompetenzen der Selbstverwaltung einzugreifen und dieser politische Vorgaben zu machen. Der Hinweis im Koalitionsvertrag auf die Funktion der Rechtsaufsicht des Landes im Zusammenhang mit politischen Forderungen der Landesregierung ist in dieser Hinsicht ausgesprochen problematisch.

Die vdek-Landesvertretung setzt sich in dem vorliegenden Papier mit den wesentlichen gesundheitspolitischen Schwerpunkten dieser Legislaturperiode in Niedersachsen auseinander.

Stationäre Versorgung

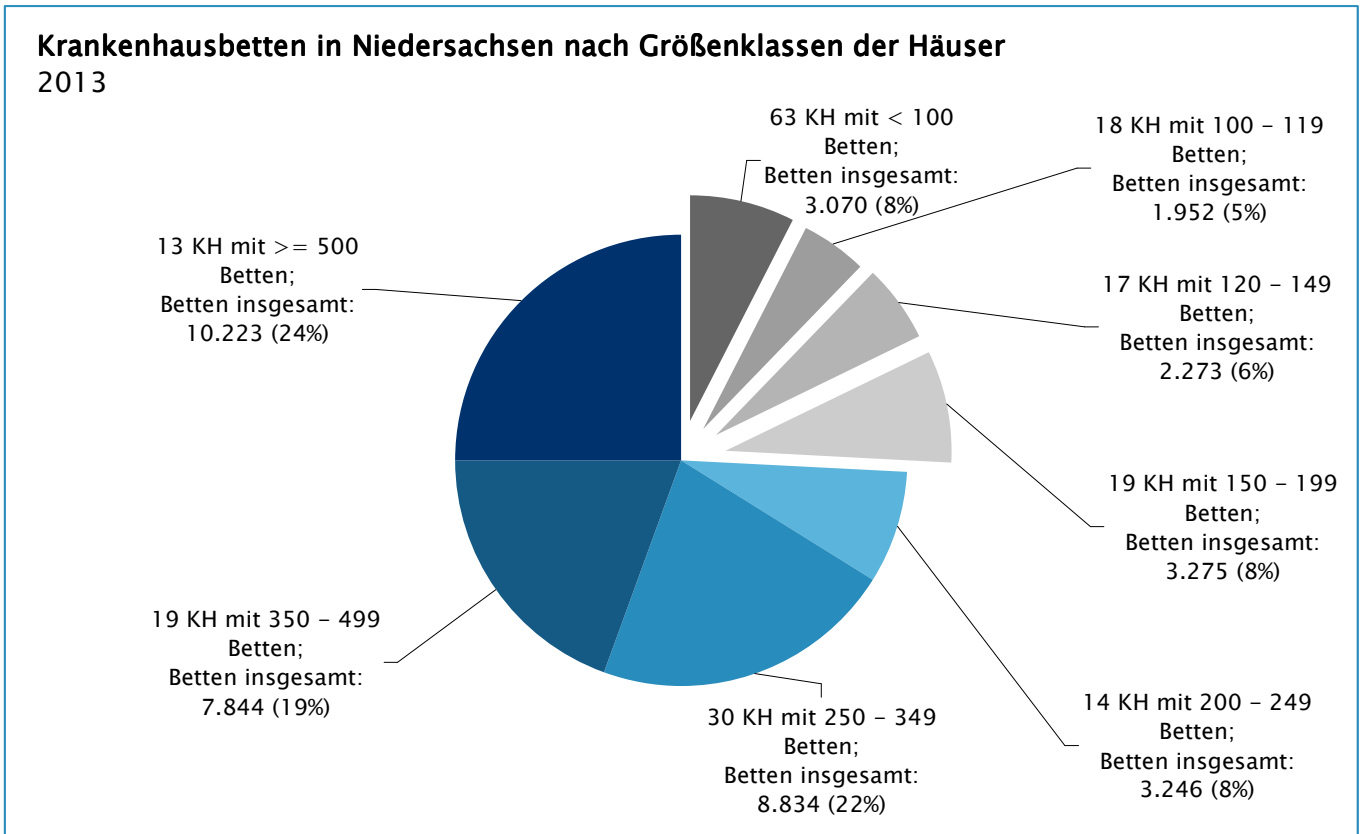
In der niedersächsischen Krankenhauslandschaft gibt es unter wirtschaftlichen und qualitativen Aspekten zum Teil erhebliche Ineffizienzen, die ihre Zukunftsfähigkeit infrage stellen. In vielen Regionen gibt es Parallelstrukturen räumlich benachbarter kleinerer Krankenhäuser mit einem vergleichbaren Versorgungsangebot. Die Folge ist, dass

- potenziell leistungsstarke Standorte an der Entwicklung gehindert werden, weil sich die Patientenversorgung auf zu viele Standorte aufteilt,
- damit auch eine qualitative Aufwertung des Versorgungsangebotes in den Regionen ausbleibt,
- Krankenhäuser – unter medizinischen Aspekten zweifelhaft – die Menge der Operationen immer weiter steigern müssen, um jeweils ihre Auslastung bzw. Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.

Diese Probleme werden sich durch den mit dem demografischen Wandel verbundenen deutlichen Bevölkerungsrückgang spürbar verschärfen. Ein zunehmender Teil der Krankenhäuser wird ökonomisch erforderliche und qualitativ gebotene Betriebsgrößen unterschreiten. Es ist damit eindeutig nicht im Sinne der Patienten, die beschriebenen Strukturen zu konservieren. Dringend gefordert ist ein Konzept des für die Krankenhausplanung zuständigen Landes, das entscheidende Impulse für die notwendigen strukturellen Veränderungen gibt.

Hintergrund der Entwicklung: Die durchschnittliche Dauer der Behandlungen hat in den vergangenen Jahren abgenommen, sodass überzählige Bettenkapazitäten abgebaut worden sind. Dieser Bettenabbau hat jedoch nicht zu einer Bereinigung des Marktes geführt, da die Anzahl der Häuser und der Abteilungen nicht in gleichem Maße gesunken ist. Damit sind Standorte nicht weniger, sondern nur kleiner und tendenziell auch unwirtschaftlicher geworden. Die zu hohe Zahl an Standorten ist für die Versicherten mit keinerlei Vorteilen verbunden, da häufig in vergleichbarer Entfernung mehrere vergleichbare Leistungsangebote zur Verfügung stehen.

Die beschriebenen Defizite der Krankenhauslandschaft werden sich bis 2030 weiter verschärfen, wenn es zu keiner Strukturbereinigung kommt. Die Verweildauer des durchschnittlichen Krankenhausfalles sinkt nach Berechnungen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) auch in Zukunft weiter, und zwar von heute durchschnittlich acht auf sechs Tage im Jahr 2030. Selbst bei Berücksichtigung zusätzlichen Behandlungsbedarfs infolge der Alterung der Bevölkerung sowie des medizinisch-technischen Fortschritts wird es in Niedersachsen bis 2030 voraussichtlich einen Rückgang von derzeit 40.717 Krankenhausbetten um rund 4.400 oder rund elf Prozent auf 36.300 geben. Ohne Standortreduzierungen wird die Anzahl kleiner und kleinster Häuser in Niedersachsen weiter zunehmen, die Zahl der Häuser mit weniger als 100 Betten etwa von 63 auf 69.



Kleinteilig: 117 von 193 Krankenhäusern haben weniger als 200 Betten, halten zusammen aber nur gut ein Viertel der gesamten Bettenkapazitäten vor.

Würde man die Krankenhäuser bei heutiger Größe belassen wollen, müsste es eine Reduzierung der Standorte ebenfalls um elf Prozent geben, also von 193 auf 172. Dabei ist allerdings noch nicht berücksichtigt, dass der Bettenabbau nicht alle Häuser in gleichem Maße betreffen wird, sondern vorrangig kleinere Häuser. Damit wird der Bedarf an Standortreduzierungen tatsächlich noch höher ausfallen. Eine Verringerung der heute 193 Standorte auf rund 160 innerhalb der kommenden 20 Jahre erscheint somit notwendig.

Koalitionsvertrag: „Förderung der Kooperation, Fusion und Schwerpunktbildung von Krankenhäusern“

Die im Koalitionsvertrag beschriebene Förderung der Kooperation, Fusion und Schwerpunktbildung ist in dieser Hinsicht ein richtiger Ansatz, der dann in der Praxis auch konsequent zu verfolgen ist. Ziel muss es sein, gerade in Regionen ohne Einrichtungen der Hochleistungsmedizin eine Versorgung sicherzustellen, die auch für Patienten mit schwereren Erkrankungen ein qualitativ adäquates, breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten in vertretbarer Entfernung zur Verfügung stellt. Demgegenüber kann der Erhalt möglichst kurzer Anfahrtswe-

ge zu mehreren Krankenhäusern mit vergleichbarem durchschnittlichen Angebot kein Ziel von Krankenhausplanung sein.

Das Land sollte Investitionsförderungen nach klaren und transparenten Kriterien auf Basis regionaler Versorgungskonzepte vornehmen. Gefördert würden danach nur Standorte, bei denen auch in Zukunft Qualität und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind, und die ein abgestimmtes Leistungsangebot vorhalten.

Eine Politik der Standortsicherung als Selbstzweck scheidet nicht nur unter dem Aspekt der Entwicklung einer leistungsfähigen Versorgungslandschaft aus, sondern auch wegen der insgesamt viel zu knappen Fördermittel des Landes. Der entsprechende Betrag lag 2011 bei nicht einmal mehr vier Prozent der Gesamtkosten der Häuser. Das bedeutet, dass Häuser notwendige Investitionen sachfremd aus Krankenkassenmitteln finanzieren. Diese Mittel werden der Patientenversorgung entzogen. Die Forderung nach Erhöhung der Krankenkassenmittel für die Häuser überzeugt schon deshalb nicht, weil das Land seiner Verpflichtung nicht nachkommt, ausreichende Mittel für notwendige Investitionen zur Verfügung zu stellen.

Aufgrund der Knappheit der Landesmittel ist es umso wichtiger, dass diese fokussiert eingesetzt werden, um gezielte Anreize zugunsten notwendiger struktureller Veränderungen zu geben. Auf keinen Fall dürfen Landesmittel genutzt werden, um unwirtschaftliche Häuser zu stützen. Landesmittel dürfen nur in zukunftssichere Standorte fließen.

Koalitionsvertrag: „Der Landesbasisfallwert muss schneller an den Bundesbasisfallwert angeglichen werden“

Der Preis für Krankenhausleistungen ist in Niedersachsen seit Einführung der Fallpauschalen 2005 um 10,2 Prozent gestiegen, die Budgets als aussagekräftiger Indikator für die Einnahmen sogar um mehr als 33 Prozent, nämlich von 3,9 auf 5,2 Milliarden Euro. Sollten alle Krankenhäuser gießkannenartig noch mehr Geld erhalten, würde das die Gewinne derjenigen, die schon bisher schwarze Zahlen schreiben, weiter erhöhen, ohne dass es dafür eine Berechtigung gäbe. Gleichzeitig würden die Strukturprobleme verschleppt, indem Krankenhausträger mit Verlusten weniger gezwungen wären, Standorte und Versorgungsangebote auf den Prüfstand zu stellen. Dies stünde auch im Widerspruch zu der postulierten Förderung der Kooperation, Fusion und Schwerpunktbildung.

Die Krankenhäuser in Niedersachsen haben keine schlechten finanziellen Rahmenbedingungen. Der Landesbasisfallwert in Niedersachsen liegt lediglich 1,7 Prozent unter dem Bundesbasisfallwert und 1,4 Prozent unter dem gewichteten Durchschnitt der Bundesländer. Diese Abweichung ist völlig vertretbar, weil auch die Kosten der Krankenhäuser im Land unter dem Bundesschnitt liegen, und zwar nach Angaben des Statistischen Bundesamtes um 1,8 Prozent. Der

Landesbasisfallwert ist einvernehmlich zwischen Kostenträgern und Krankenhausgesellschaft vereinbart worden. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass politisch in die Selbstverwaltung eingegriffen werden soll.

Dass ein Teil der Krankenhäuser in Niedersachsen Verluste macht, liegt zu einem erheblichen Anteil in den Defiziten der Versorgungsstruktur begründet. In Niedersachsen gibt es eine überdurchschnittlich hohe Zahl kleiner und kleinsten Krankenhäuser mit einem nicht spezialisierten Leistungsspektrum, deren Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Untersuchungen besonders gefährdet ist. So haben von 193 Krankenhäusern 63 Häuser weniger als 100 Betten, insgesamt 117 Häuser weniger als 200 Betten. Gleichzeitig halten diese Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten lediglich 27 Prozent der Gesamtbetten vor (s. Schaubild Seite 5).

Ohne Strukturbereinigung dürfte sich die Situation von Häusern insbesondere in den Landesteilen deutlich verschlechtern, die aufgrund der demografischen Entwicklung erheblich an Einwohnern verlieren werden, und zwar in manchen Gegenden bis zu einem Viertel. Hier werden Häuser mehr und mehr Schwierigkeiten bekommen, überhaupt die notwendige Auslastung sicherzustellen.

Psychiatrie

Bei der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gilt es, eine gravierende Fehlentwicklung zu stoppen. Diese wurde ausgelöst durch die formale Trennung von Psychiatrie und Psychosomatik bei der Krankenhausplanung. Diese Trennung ist fachlich falsch, weil bei der Behandlung betroffener Patienten Angebote beider Fachrichtungen zum Tragen kommen können. Eine räumliche Separierung leistet außerdem der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten Vorschub, die eigentlich überwunden werden sollte.

Zudem führt die formale Trennung der Disziplinen zu einer unnötigen Ausweitung der Bettenzahl. Hintergrund ist, dass rein auf dem Papier nun zusätzlicher psychosomatischer Versorgungsbedarf entstanden ist, obwohl die Versorgung in der Realität wie bisher sichergestellt ist. Dies nutzen Rehabilitationseinrichtungen, um sich in den Krankenhausplan einzuklagen. Damit wird die Versorgung ohne Qualitätsgewinn unwirtschaftlicher.

Koalitionsvertrag: „Die Koalition wird einen Landespsychiatrieplan vorlegen“

Der von der Koalition angekündigte Landespsychiatrieplan muss eine Wiederausammenführung von Psychiatrie und Psychosomatik zum Gegenstand haben.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass psychiatrische Kliniken Personalstellen, die sie gegenüber den Krankenkassen bei Budgetverhandlungen geltend machen, auch tatsächlich besetzen. Es ist nicht akzeptabel, wenn Mittel, die für

die Patientenversorgung zur Verfügung gestellt werden, umgeleitet werden, um etwa Betriebsgewinne zu erhöhen. Die Krankenkassen können Kliniken nicht zum Nachweis über Stellenbesetzungen verpflichten. Deshalb sollte das Land prüfen, ob es hierbei mit Mitteln der Krankenhausplanung aktiv werden kann, da Plankrankenhäuser die Gewähr für eine leistungsfähige Behandlung bieten müssen.

Ambulante ärztliche Versorgung

Die Diskussion um die ambulante ärztliche Versorgung ist vielfach geprägt von einem vermeintlichen Ärztemangel, der tatsächlich weder besteht noch absehbar ist. Vielmehr gibt es mit landesweit 10.764 Vertragsärzten (Stand: 31.12.2012) einen historischen Höchststand der Zahl niedergelassener Ärzte und ein ungebrochenes Interesse am Medizinstudium. Die eigentliche Herausforderung besteht vielmehr darin, bei der ärztlichen Niederlassung für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen städtischen und ländlichen Gebieten einerseits sowie Haus- und Fachärzten andererseits zu sorgen.

Koalitionsvertrag: „Während die allgemeinmedizinische Versorgung in städtischen Regionen gesichert bzw. übererfüllt ist, wird es immer schwieriger, Hausärztinnen und Hausärzte zu einer Niederlassung in dünner besiedelten Regionen zu bewegen. Die rot-grüne Koalition wird deshalb die Kassenärztlichen Vereinigungen wegen ihres Sicherstellungsauftrags in die Pflicht nehmen...“

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat in der Vergangenheit das Thema Arztzahlentwicklung auch deshalb mit Negativbotschaften verbunden, um Interessen der Ärzteschaft durchzusetzen. So sollte ihre „Arztzahlprognose“ 2007 eine dramatische Entwicklung belegen, indem die kommenden altersbedingten Abgänge dargelegt wurden, ohne diesen die zu erwartenden Neuniederlassungen gegenüberzustellen. Die nachfolgende Übersicht zeigt, wie substanzlos diese „Prognose“ war: Neuniederlassungen haben seit 2007 die Abgänge in jedem Jahr mehr als kompensiert.

Niedergelassene Ärzte insgesamt			
	Zugang	Abgang	Differenz
2007	519	416	103
2008	500	496	4
2009	482	395	87
2010	438	393	45
2011	473	447	26
2012	518	486	32
Gesamt	2.930	2.633	297

Höchststand: Die Zahl der Vertragsärzte im Land ist seit 2007 um 297 auf 10.764 gestiegen.

Die Sicherstellung der Versorgung ist ureigenste gesetzliche Aufgabe einer Kassenärztlichen Vereinigung. Deshalb ist der Ansatz der Koalition, die KVN zur Erfüllung dieser Aufgabe in die Pflicht zu nehmen, völlig richtig. Die KVN wäre dabei im ersten Schritt zu veranlassen, eine realistische Hochrechnung der Arztlentwicklung bis 2020 vorzulegen. Dabei müssten neben den altersbedingten Abgängen in diesem Zeitraum auch die voraussichtlichen Neuniederlassungen auf Basis der Entwicklung der letzten zehn Jahre berücksichtigt werden, gegebenenfalls in Szenarien.

	Hausärzte			Fachärzte		
	Zugang	Abgang	Differenz	Zugang	Abgang	Differenz
2007	162	198	-36	357	218	139
2008	145	208	-63	355	288	67
2009	162	185	-23	320	210	110
2010	153	174	-21	285	219	66
2011	141	174	-33	332	273	59
2012	150	197	-47	368	289	79
Gesamt	913	1.136	-223	2017	1.497	520

Bessere Steuerung notwendig: Während die Zahl der Fachärzte deutlich steigt, geht die der Hausärzte zurück.

Die derzeitige Herausforderung besteht wie, wie zutreffend im Koalitionsvertrag dargestellt, in einer besseren Steuerung des Angebots. So ist die Zahl der Fachärzte seit 2007 deutlich um 520 gestiegen, während gleichzeitig die der Hausärzte um 223 gesunken ist. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass durch die 2007 eingeführte Möglichkeit der Anstellung von Ärzten durch Praxisinhaber der Rückgang der Vertrags-Hausärzte aufgefangen worden ist. So waren 2011 zusätzlich 353 angestellte Hausärzte tätig.

Dessen ungeachtet sollte das Augenmerk für die Sicherstellung einer guten ambulanten Versorgung auf die anhaltende Verschiebung der Anteile der ärztlichen Fachrichtungen zu Lasten des hausärztlichen Bereichs und auf die regionale Verteilung der Ärzte gerichtet werden.

Zu ergänzen ist, dass auch die Ärztekammer Steuerungsmöglichkeiten hat, indem sie das Weiterbildungsangebot deutlich stärker auf die hausärztliche Tätigkeit ausrichtet und im Bereich der fachärztlichen Tätigkeit entsprechend reduziert.

Pflege

In der Pflege ist ein Interessenausgleich zwischen den Vergütungserwartungen der Anbieter einerseits und einer Begrenzung der Belastung für die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen und die Sozialhilfeträger andererseits zu wahren. Da die Pflegeversicherung im Sinne einer Teilkaskoversicherung je nach Pflegestufe bundesweit einheitliche Zuschüsse an die Versicherten zahlt, haben diese die Differenz zu den tatsächlichen Kosten eines Heimes oder eines ambulanten Dienstes selbst zu tragen. Sind sie dazu finanziell nicht in der Lage, müssen die Angehörigen oder die Sozialhilfeträger einspringen. Jede Erhöhung führt somit dazu, dass entweder die Eigenleistung der Betroffenen steigt, oder aber in der ambulanten Pflege für das gleiche Geld weniger Leistungen bezogen werden.

Koalitionsvertrag: „Anpassung der Pflegesätze über eine Konvergenzphase auf mindestens den durchschnittlichen Pflegesatz der westdeutschen Bundesländer... Das Land wird dabei seine Aufsichtsmöglichkeiten konsequent nutzen“

Mit einer Art Vorgabe des Landes, dass und in welchem Umfang Vergütungen zu steigen haben, wird der Interessenausgleich zu Lasten der betroffenen Versicherten gestört. Eine Einflussnahme in dieser Form wäre nicht akzeptabel. Es ist gesetzlich klar geregelte Aufgabe der Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Kostenträgern, die Pflegesätze zu verhandeln.

Das Niveau der Pflegesätze in Niedersachsen ist einer im Bundesvergleich überdurchschnittlich hohen Zahl an günstigen privaten Anbietern geschuldet. Klagen über die Vergütungshöhe kommen indes bezeichnenderweise von denjenigen Trägern, die, wie etwa Diakonie und Caritas, mit ihrem Vergütungsniveau durchaus bereits den bundesweiten Durchschnittswerten entsprechen.

Zudem bleibt unberücksichtigt, dass das Vergütungsniveau auch eine Folge des starken Wettbewerbs unter den Anbietern ist. In vielen Regionen bestehen Wahlmöglichkeiten der Versicherten, und diese achten bei der Wahl einer Einrichtung auch auf den Preis. Deshalb haben gerade höherpreisige Einrichtungen häufig bewusst keinen Gebrauch von der Möglichkeit gemacht, mit den Kassen Vergütungserhöhungen zu vereinbaren, um ihre Marktposition nicht zu verschlechtern.

Eine pauschale Erhöhung der Pflegesätze würde im Übrigen die Attraktivität für Anbieter gerade mit geringem Vergütungsniveau erhöhen, in Niedersachsen neue, zusätzliche Einrichtungen zu eröffnen. Damit würden Auslastung und Wirtschaftlichkeit bei den bisherigen Betreibern sinken, sodass diesen ein Bärendienst erwiesen worden wäre.

Es ist sichergestellt, dass alle Einrichtungen mit den Pflegekassen über die Erhöhung ihrer Preise verhandeln können. Dabei werden auch Tarifbindungen grundsätzlich anerkannt. Kommt bei der Verhandlung keine Einigung zustande,

entscheidet die Schiedsstelle. Abzulehnen ist aber eine verordnete Zwangserhöhung für alle Einrichtungen.

Generell weist die Versorgungslage in Niedersachsen keine Anzeichen für eine Unterfinanzierung auf, es sind keine Versorgungsprobleme bekannt. In der stationären Pflege gibt es sogar ein nachgewiesenes Überangebot an Heimplätzen. Grund dafür sind die erheblichen Marktzugänge der vergangenen Jahre. Dabei ist davon auszugehen, dass diese neuen Heime ihren Betrieb mit Gewinnerwartung eröffnet haben.

Rein systematisch ist in einem föderalen System der politische Anspruch problematisch, dass die Vergütungshöhe im eigenen Land mindestens einem bestimmten Durchschnitt entsprechen soll. Da überdurchschnittlich hohe Vergütungen in anderen Ländern nicht gleichzeitig abgesenkt werden, würde dies, konsequent zu Ende gedacht, einen sich stetig nach oben verschiebenden Durchschnitt zur Folge haben und damit eine Preisspirale in Gang setzen.

Durch die Aussage im Koalitionsvertrag wird zudem in die gesetzlich klar geregelten Aufgaben der Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Kostenträgern eingegriffen, die im Gesundheitswesen in Abgrenzung zu staatlichen Lösungen bewusst etabliert worden ist – getragen von der Überzeugung, dass die unmittelbar beteiligten Akteure in direkter Abstimmung ausgewogene Lösungen finden. Eine politische Vorgabe von Verhandlungsergebnissen läuft dem zuwider. Der Hinweis auf Nutzung der Aufsichtsmöglichkeiten des Landes ist insofern nicht akzeptabel, als es eine klare Trennung von Rechtsaufsicht und politischer Gestaltung gibt. Aufgabe der Rechtsaufsicht ist es, rechtskonformes Handeln sicherzustellen, nicht jedoch, politisch gewünschtes Verhalten durchzusetzen.

Koalitionsvertrag: „Ausrichtung der Preisbildung in der stationären Pflege an der tatsächlichen landesweiten Auslastung“

Eine Ausrichtung der Preisbildung an der tatsächlichen Auslastung führt dazu, dass Heimbewohner für leerstehende Betten mitbezahlen müssen. Das Risiko mangelnder Auslastung auch infolge von Fehlkalkulation der Anbieter tragen damit die Pflegebedürftigen, nicht die Betreiber. Das widerspricht dem Wettbewerbsgrundsatz in der Pflege, der auf der anderen Seite dazu führt, dass jeder Betreiber ohne Berücksichtigung des regionalen Bedarfs eine Einrichtung eröffnen kann.

Eine solche Regelung bietet überdies zusätzliche Anreize für Anbieter, in Niedersachsen weitere Pflegeeinrichtungen zu eröffnen – verbunden mit den beschriebenen negativen Konsequenzen für bestehende Betreiber.

Koalitionsvertrag: „Die rot-grüne Koalition wird die gesteuerte Zuwanderung qualifizierter Pflegefachkräfte unterstützen“

Um die Kosten bei voraussichtlich steigendem Personalbedarf zu stabilisieren, ist es aus Sicht der Ersatzkassen unerlässlich, gezielte Einwanderung für den Pflegebereich zu fördern. Dies ist ein Ansatz, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden.

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Niedersachsen**

**Leitung:
Dipl.-Ök. Dipl.-Volksw. Jörg Niemann**

**An der Börse 1
30159 Hannover**

**Tel.: 05 11 / 3 03 97 – 0
Fax: 0511 / 3 03 97 – 99
lv-niedersachsen@vdek.com**

www.vdek.com