



## Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen 2020



# VORWORT

Die vdek-Landesvertretung hat durch die Vertragsgestaltung für die Ersatzkassen umfassende Kenntnisse über alle wesentlichen Bereiche der Gesundheitsversorgung in Niedersachsen: von der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung über den Rettungsdienst und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln bis hin zur Pflegeversicherung. Wesentliche Daten, die wir dabei erheben und nutzen, möchten wir mit Ihnen teilen.



Wir haben die Zahlen dafür anschaulich aufbereitet, mit öffentlich zugänglichen Statistiken kombiniert und in dem vorliegenden Nachschlagewerk kommentiert zusammengefasst. Wo immer möglich, stellen wir zeitliche Verläufe dar, um Trends aufzuzeigen und eine Interpretation der Daten zu ermöglichen.

Unsere „Ausgewählten Basisdaten“ erscheinen zum achten Mal. Wir haben die Zusammenstellung auch aufgrund vieler positiver Rückmeldungen über die Jahre deutlich erweitert. Ich lade Sie ein, die Daten zu nutzen und würde mich freuen, Sie damit bei Ihrer Arbeit zu unterstützen und Impulse für Diskussionen rund um die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen zu geben.

Ihr

Jörg Niemann

Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

# INHALT

**KAPITEL 1:**  
**AMBULANTE VERSORGUNG** **6**  
 Niedergelassene Ärzte • Niedergelassene Ärzte nach Fachgruppen • Entwicklung ausgewählter Facharztgruppen • Honorarentwicklung niedergelassener Ärzte • Ein-wohner je Hausarzt • Regionale Versorgungssituation (nach Planungsbereichen) • Regionale Versorgungsgrade (nach Planungsbereichen) • Niedergelassene Psycho-therapeuten • Spezielle ambulante Versorgungsangebote für Kinder • Zahnärzte • Kieferorthopäden

**KAPITEL 2:**  
**STATIONÄRE VERSORGUNG** **18**  
 Krankenhäuser und Bettenkapazität • Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser • Vergütung: Landesbasisfallwert • Einnahmen der Krankenhäuser (DRG-Erlösvolumen) • Krankenhaus-Fördermittel des Landes • Entwicklung Bettenzahl • Bettenzahl und Ausgaben • Durchschnittliche Verweildauer • Krankenhäuser nach Trägerschaft • Krankenhausbetten nach Trägerschaft • Krankenhausärzte und Pflegepersonal • Patienten- und Operationszahlen, Ärzte und Pflegepersonal • Vollstationäre Operationen • Vollstationäre Operationen nach Bereichen • Entwicklung Anzahl häufiger Operationen • Ambulante Operationen in Krankenhäusern • Vorsorge- und Rehaeinrichtungen • Müttergenesung: Einrichtungen und Bettenzahl • Einrichtungen des Müttergenesungswerks

**KAPITEL 3:  
WEITERE LEISTUNGSERBRINGER 38**

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

**KAPITEL 4:  
PFLEGE 47**

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

**KAPITEL 5:  
DIE ERSATZKASSEN 55**

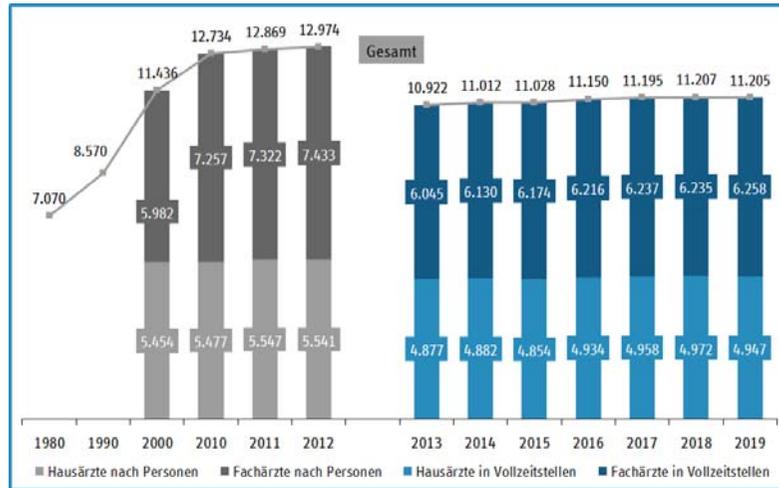
Versicherte nach Kassenarten • Mitgliederentwicklung nach Kassenarten •  
Engagement der Ersatzkassen: Förderung ambulanter Hospizdienste • Engage-  
ment der Ersatzkassen: Förderung der Selbsthilfe • Die Landesvertretung Nieder-  
sachsen des vdek

**KAPITEL 1****AMBULANTE  
VERSORGUNG**

Ambulante Versorgungsleistungen werden im Wesentlichen von niederge-  
lassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten erbracht. Während  
die Zahl dieser Leistungserbringer insgesamt über die Jahre deutlich ge-  
stiegen ist, stehen mittlerweile Ungleichgewichte der Versorgungssituation  
im Fokus. Diese beziehen sich auf Unterschiede zwischen städtischen und  
ländlichen Regionen, aber auch auf das Zahlenverhältnis zwischen Haus-  
ärzten und Fachärzten.

Verbunden mit der Zunahme der Leistungserbringerzahl ist eine deutliche  
Steigerung der Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante Versor-  
gung.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE

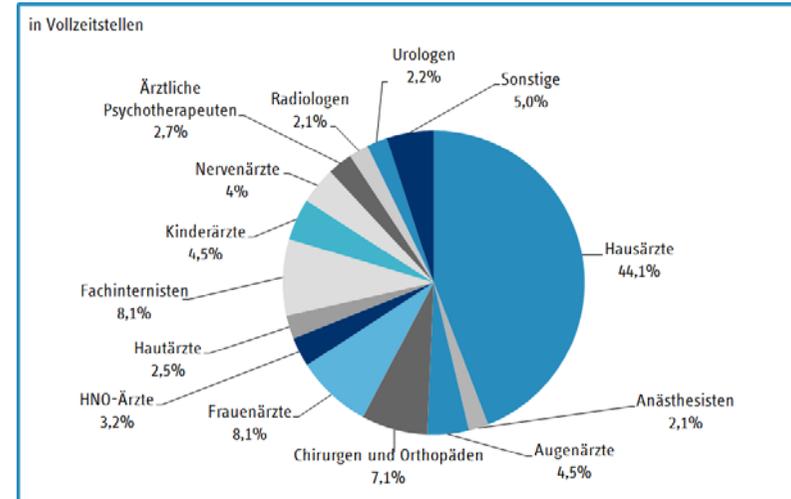


Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte, ohne Psychotherapeuten  
Quelle: KBV Bundesarztregister

Der immer wieder befürchtete Rückgang der Zahl der niedergelassenen Ärzte ist bisher nicht eingetreten. Stattdessen gab es einen kontinuierlichen Anstieg. Wie der Blick auf die Entwicklung seit 2000 zeigt, resultiert dieser Zuwachs weitestgehend aus zusätzlichen Fachärzten. Die Zahl der Hausärzte, zu denen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten zählen, ist nach Jahren der Stagnation ab 2015 wieder leicht gestiegen.

Das Schaubild weist die Zahl der Ärzte seit 2013 nicht mehr nach Personen, sondern nach Vollzeitstellen aus. Damit wird eine entsprechende Umstellung der Vertragsarztstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachvollzogen. Das numerische Absinken von 2012 auf 2013 ist diesem statistischem Effekt geschuldet und bedeutet keine Verschlechterung des Versorgungsangebots.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE NACH FACHGRUPPEN

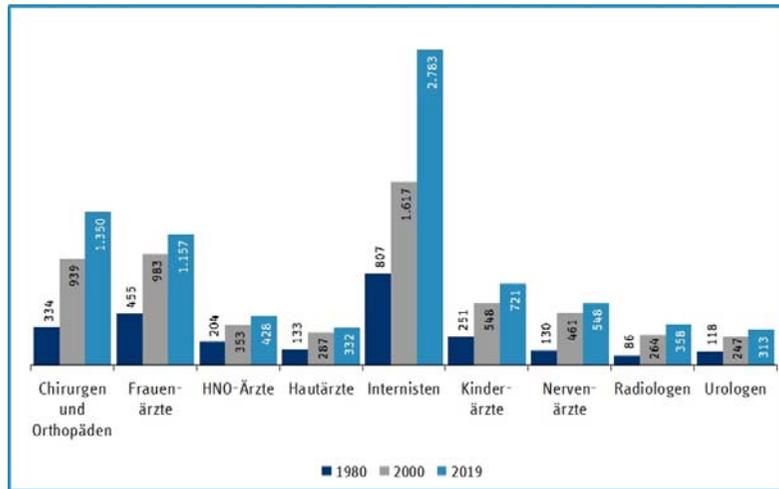


Inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte, Stand: Dez. 2019  
Quelle: KBV Bundesarztregister

Der Anteil der Hausärzte an der niedergelassenen Ärzteschaft ist in der Vergangenheit immer weiter gesunken, wobei es zuletzt aber zu einer Stabilisierung kam. Gründe für die langjährige Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft sind die klinisch geprägte Aus- und Weiterbildung und eine zunehmende Subspezialisierung in der Medizin mit immer neuen Fachdisziplinen. Zudem war es in der Vergangenheit finanziell attraktiver, sich als Facharzt niederzulassen.

Weil dem Hausarzt eine wichtige Rolle als Lotse der Patientenversorgung zukommen soll, wird seit 2000 gegengesteuert, zum Beispiel durch Trennung der Honorartöpfe für Haus- und Fachärzte. Das hat zu einer deutlichen Steigerung der hausärztlichen Vergütungen geführt. Auch die Rahmenbedingungen für die Niederlassung wurden gesetzlich flexibilisiert. Gleichwohl ist die Nachbesetzung von Hausarztsitzen insbesondere in ländlichen Regionen bei Ausscheiden der Praxisinhaber teilweise schwierig.

ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER FACHARTZGRUPPEN



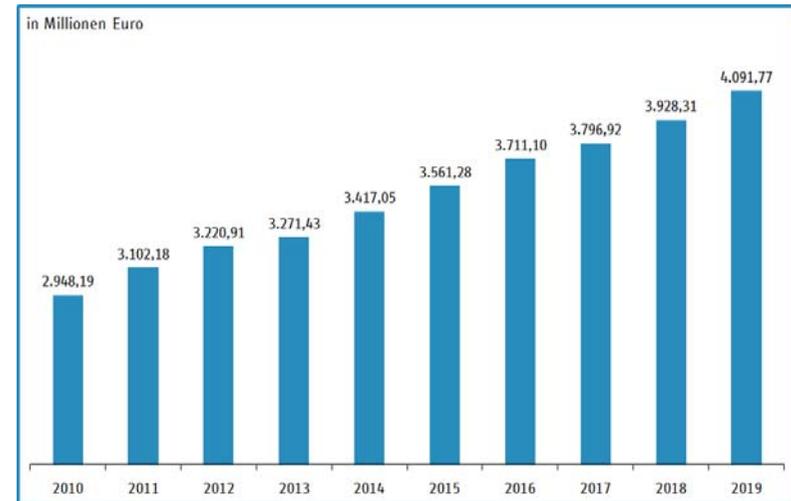
Nach Anzahl Personen, inkl. angestellte/ermächtigte Ärzte und Partnerärzte  
Quelle: KBV Bundesarztregister

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

Der Zuwachs bei den einzelnen Fachrichtungen ist erheblich: so gibt es heute mehr als vier Mal so viele Chirurgen und Orthopäden, Nervenärzte und Radiologen wie 1980. Die Anzahl der Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte und Urologen hat sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt.

Diese Zahlen stehen im Gegensatz zu der öffentlich diskutierten Situation eines allgemeinen Ärztemangels.

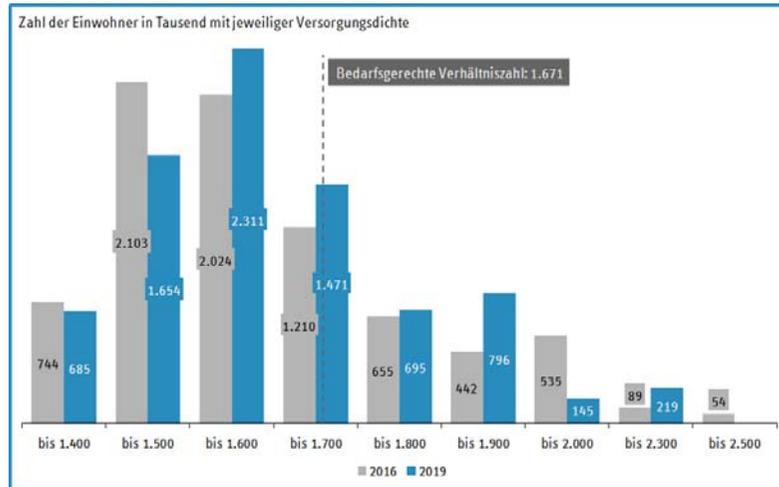
HONORARENENTWICKLUNG NIEDERGELASSENER ÄRZTE



Quelle: Abrechnungsergebnisse der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Das Honorarvolumen der Ärzte in Niedersachsen ist in den vergangenen Jahren stetig und deutlich gestiegen. Seit 2010 beträgt der Zuwachs insgesamt 1,14 Milliarden Euro oder 39 Prozent. Damit liegt das Honorarplus deutlich oberhalb der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter voll sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer in Deutschland (24 Prozent).

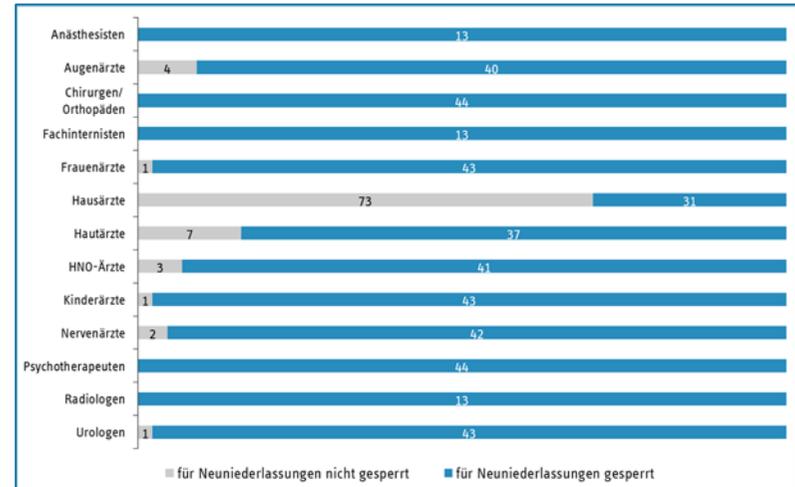
EINWOHNER JE HAUSARZT



Die Bedarfsplanung sieht für das Verhältnis Hausärzte/Einwohner bundesweit eine Zahl von 1: 1.671 vor. Bei diesem Wert besteht demnach eine bedarfsgerechte Versorgung. In Niedersachsen variiert dieses Verhältnis in der Realität jedoch erheblich. So versorgt ein Hausarzt in Uslar lediglich 1.179 Menschen, während es im Umland von Bremerhaven einen Hausarzt für 2.411 Personen gibt.

Insgesamt stehen für 70 Prozent und damit die deutliche Mehrzahl der Einwohner mehr Ärzte als angestrebt zur Verfügung. 30 Prozent der Einwohner - 2,4 Millionen - sind von einer geringeren Versorgungsdichte betroffen. Das sind etwas mehr Einwohner als noch 2016 (2,2 Millionen). Der Wert zeigt die Notwendigkeit, dass sich die ärztliche Niederlassung noch stärker am Bedarf der Bevölkerung orientiert und damit regionale Ungleichgewichte reduziert werden können.

REGIONALE VERSORGUNGSSITUATION (NACH PLANUNGSBEREICHEN)

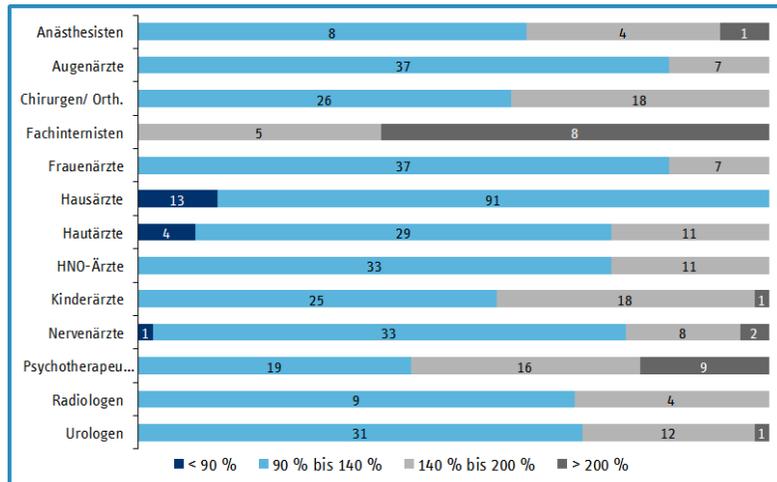


Die gesetzlich vorgegebene Bedarfsplanung soll für eine regionale Ausgewogenheit der Ärztedichte sorgen: Stehen in einer Region mehr Ärzte einer Fachgruppe zur Verfügung als notwendig, wird dieser Planungsbereich für Praxisneugründungen gesperrt. Die Grenze ist erreicht, wenn der Versorgungsgrad zehn Prozent über einem bundeseinheitlichen Normwert liegt, was als Überversorgung angesehen wird.

Mehr als 95 Prozent der fachärztlichen Planungsbereiche haben diese Schwelle überschritten und sind wegen Überversorgung gesperrt. Von den hausärztlichen Planungsbereichen sind demgegenüber weniger als ein Drittel gesperrt.

Für die hausärztliche Versorgung gibt es landesweit 104 Planungsbereiche, für die allgemeine fachärztliche Versorgung 44 und 13 für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (Anästhesisten, Fachinternisten und Radiologen).

REGIONALE VERSORGUNGSGRAD (NACH PLANUNGSBEREICHEN)

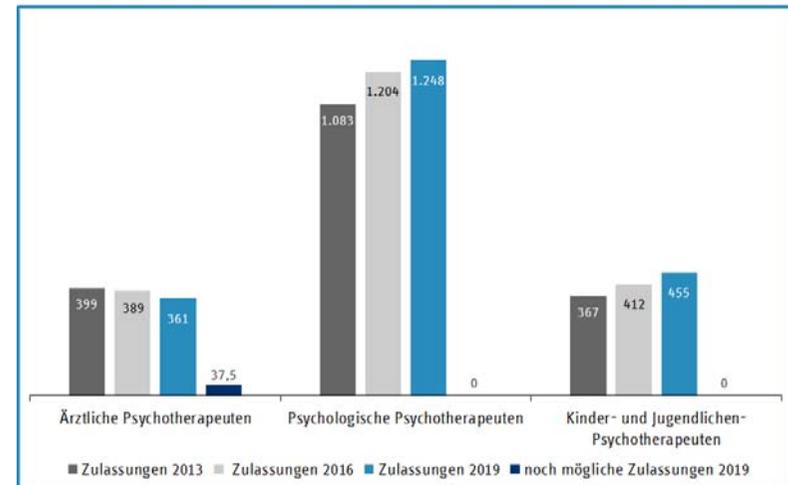


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung, 1. Fortschreibung 2019

Die Versorgungsgrade der Planungsbereiche zeigen sowohl die regionalen Disparitäten als auch die Unterschiede zwischen den Arztgruppen. Während 18 Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 90 Prozent haben, weisen 143 Bereiche mit mehr als 140 Prozent eine deutliche Überversorgung auf, weitere 22 Bereiche liegen sogar bei mehr als 200 Prozent. Die mit mehr als 140 Prozent deutlichen Überversorgungssituationen betreffen ausschließlich fachärztliche Bereiche.

Für einen konsequenten Abbau von Überversorgung und eine möglichst ausgewogene Verteilung der Arztpraxen soll das 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sorgen. Dieses sieht vor, dass Arztsitze nicht nachbesetzt werden sollen, wenn der Versorgungsgrad 140 Prozent beträgt. In der Realität ist diese Regelung bislang allerdings ohne Wirkung geblieben. Mit Hinweis auf die örtliche Versorgungssituation können die Zulassungsausschüsse nämlich von der Bestimmung abweichen. Dafür reichen die Stimmen der Ärztevertreter in den Ausschüssen aus.

NIEDERGELASSENE PSYCHOTHERAPEUTEN

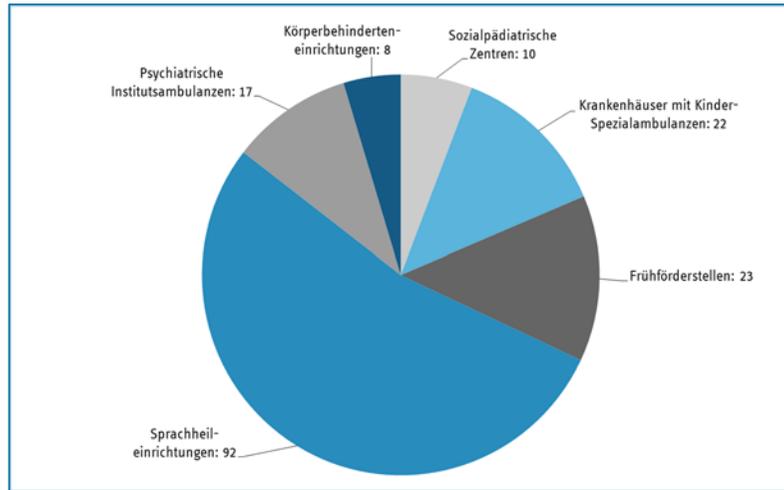


Quelle: Vertragsärztliche Bedarfsplanung

Seit 1999 werden Neuzulassungen von Psychotherapeuten nur noch bedarfsabhängig genehmigt. Dabei sind mindestens 20 Prozent der Sitze Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie 25 Prozent psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten. Für psychologische Psychotherapeuten gilt keine Mindestquote. Wie in der Abbildung zu sehen ist, sind ausschließlich bei den ärztlichen Psychotherapeuten noch – einige wenige – Zulassungen möglich. Insgesamt hat das psychotherapeutische Versorgungsangebot zugenommen.

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

Spezielle ambulante Versorgungsangebote für Kinder

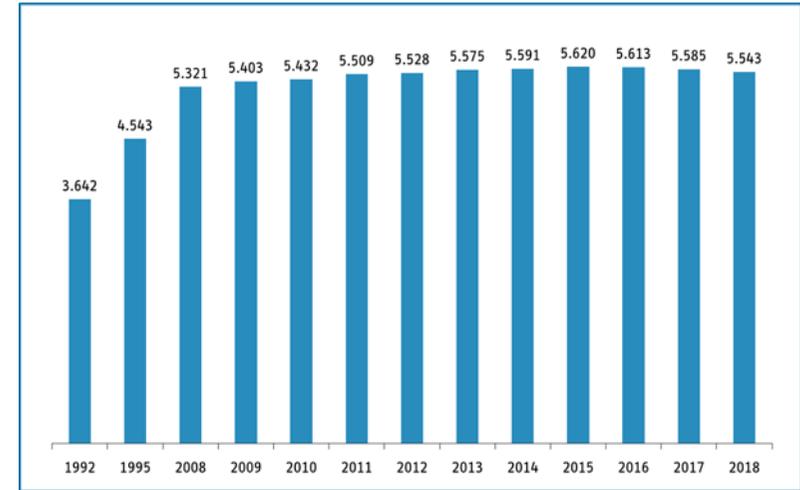


Quelle: vdek, Stand: 2019

Neben der Versorgung durch Kinderärzte und Heilmittelerbringer sowie stationäre Einrichtungen gibt es zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder bei Kindern ambulante Versorgungsangebote mit besonderer Spezialisierung. Diese gehen über die Angebote niedergelassener Fachärzte hinaus. Zu jenen 172 Einrichtungen gehören etwa Frühförderstellen für behinderte oder entwicklungsauffällige Kinder, Spezialambulanzen an Krankenhäusern und Sozialpädiatrische Zentren. Erreichen die Patienten die Volljährigkeit, können sie in Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB) interdisziplinär weiterbehandelt werden.

An den Kosten der speziellen Versorgungsangebote beteiligen sich neben den Krankenkassen auch andere Kostenträger wie etwa die Kommunen.

Zahnärzte

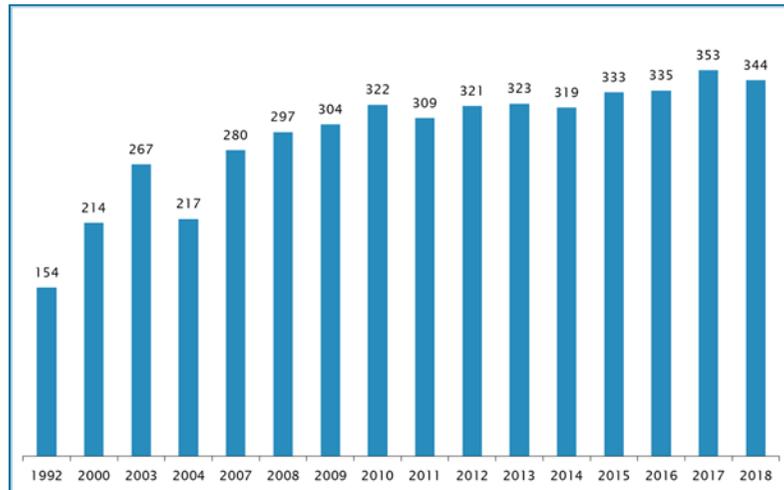


Inkl. angestellte Zahnärzte

Quelle: Vertragszahnärztliche Bedarfsplanung

Der Gesetzgeber hat die Zulassungssperren in überversorgten Städten und Landkreisen 2007 ersatzlos abgeschafft. Als Folge lässt sich seitdem eine Konzentration von Zahnärzten in städtischen Regionen und eine damit einhergehende tendenzielle Verknappung des Angebots in ländlichen Gegenden beobachten.

KIEFERORTHOPÄDEN



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

Die Zahl der Kieferorthopäden hat sich seit 1992 mehr als verdoppelt, während die der Kinder gesunken ist. Dabei spielt neben einem gestiegenen Bewusstsein für Zahnfehlstellungen auch eine verstärkte Leistungserbringung durch kieferorthopädisch tätige Allgemeinzahnärzte eine Rolle. Diese werden in der Statistik anteilig erfasst.

Der Rückgang 2004 resultierte aus Zulassungsrückgaben einer Gruppe von Vertragskieferorthopäden, die mit diesem Schritt Patienten in die Privatabrechnung zwingen wollten. Nach dem Scheitern des Versuchs kehrten diese Kieferorthopäden, zum Teil nach Ablauf einer sechsjährigen Sperre, in das Vertragssystem zurück.

Anfang 2019 sorgte eine vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie für Wirbel, nach der der medizinische Nutzen von Zahnspangen nicht eindeutig belegbar ist.

KAPITEL 2

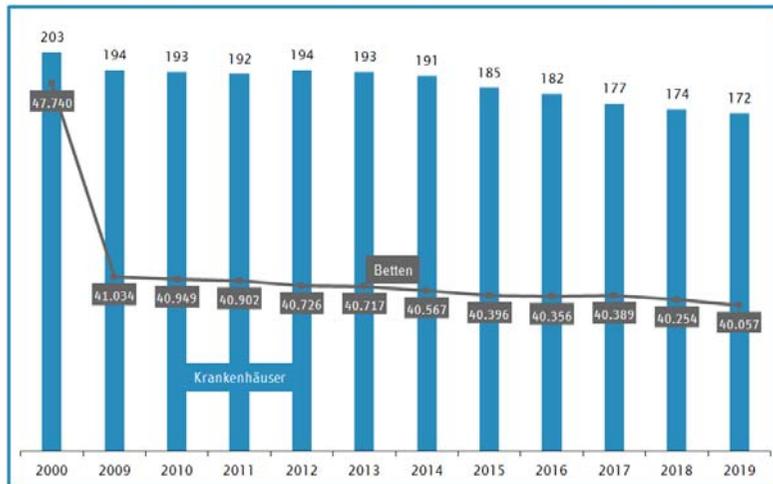
STATIONÄRE  
VERSORGUNG

Kann ein Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung erreicht werden, wird ein Patient vollstationär in einem Krankenhaus versorgt. Bei Krankheit oder nach einem Unfall soll die medizinische Rehabilitation zu einem selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Leben beitragen. Spezielle Formen der Rehabilitation sind Mutter/Vater-Kind-Kuren und Mütterkuren.

Die Umstellung der Finanzierung somatischer Krankenhausleistungen von Tagessätzen auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) 2005 führte zu deutlich kürzeren Verweildauern und einem Abbau überflüssiger Betten, die Zahl der Krankenhäuser blieb aber dennoch bis 2014 nahezu konstant. In den folgenden Jahren hat dann die Debatte um den Handlungsbedarf zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen Fahrt aufgenommen und zu einem Ausscheiden von kleinen Krankenhäusern beigetragen. Die Versorgung der Patienten wurde dabei von größeren, leistungsfähigeren Einheiten übernommen.

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Kliniken steigen kontinuierlich. Sie sind der größte Kostenblock der GKV.

KRANKENHÄUSER UND BETTENKAPAZITÄT

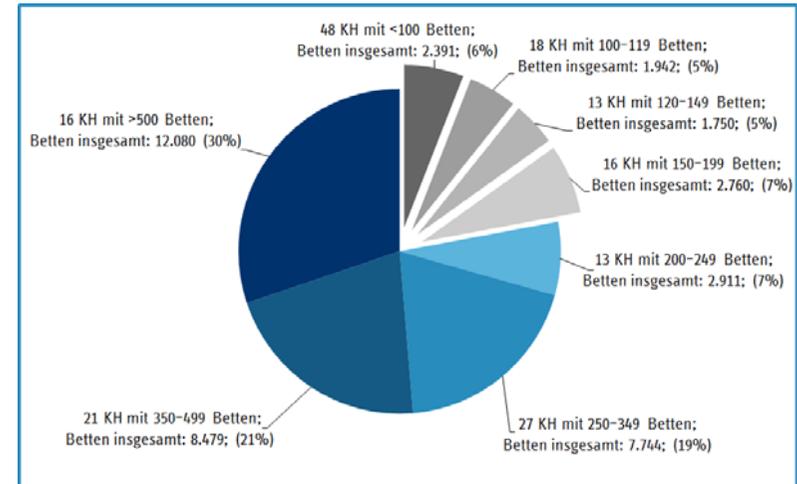


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Die Zahl der Krankenhausbetten ist seit 2000 um etwa 16 Prozent und damit stärker gesunken als die Zahl der Häuser. Der Abbau von Überkapazitäten auf diese Weise führt dazu, dass Krankenhäuser und ihre Abteilungen kleiner werden. Eine höhere Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit setzen hingegen eine stärkere Konzentration von Versorgungsangeboten an größeren, leistungsfähigen Standorten voraus.

Etwa ab 2014 ist dann allerdings auch ein Trend zu Standortreduzierungen erkennbar. Dazu beigetragen hat wirtschaftlicher Druck auf Klinikträger, aber auch die Diskussion um notwendige Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft. Diese Strukturveränderungen bedeuten nicht die Aufgabe des Anspruchs auf eine flächendeckende stationäre Versorgung bei guter Erreichbarkeit.

Krankenhausbetten nach Größenklassen der Häuser

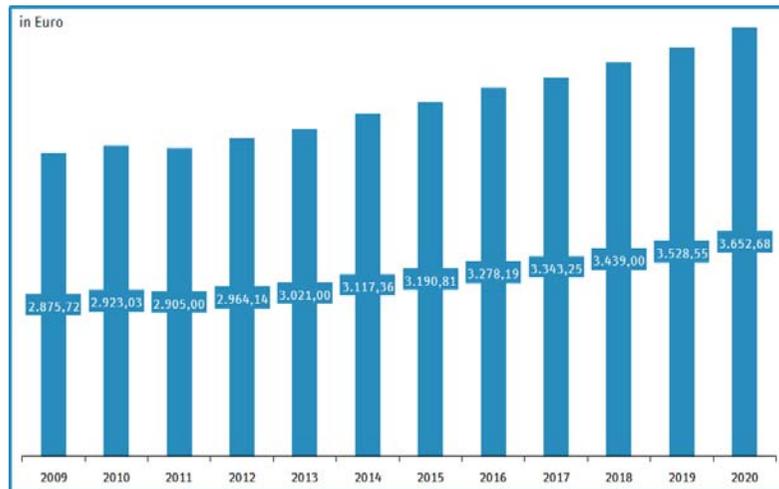


Stand: 2019  
Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Das Schaubild zeigt die Zerfaserung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen: 95 der 172 Krankenhäuser haben jeweils weniger als 200 Betten. In vielen Regionen bestehen damit nach wie vor Parallelstrukturen kleiner und kleinster Krankenhäuser und Abteilungen. Dabei ist der Versorgungsanteil der kleinen Häuser gerade in der jüngeren Vergangenheit immer weiter gesunken. Gemeinsam halten diese 95 Häuser weniger als ein Viertel der gesamten Bettenkapazitäten im Land vor.

Der weit überwiegende Teil der Versorgungsleistung wird von den größten Krankenhäusern erbracht. Allein die 37 größten Krankenhäuser halten zusammen mehr als die Hälfte der Behandlungskapazitäten vor.

VERGÜTUNG: LANDESBASISFALLWERT



Quelle: Landesvereinbarungen

Der Landesbasisfallwert ist seit 2005 Grundlage für die Abrechnung der Patientenbehandlungen. Er entspricht dem rechnerischen Durchschnittspreis aller somatischen Krankenhausbehandlungen und gilt für alle Kliniken im Land gleichermaßen. Zur Abrechnung einer Leistung wird dieser Basiswert mit einem Bewertungsfaktor multipliziert, dessen Höhe sich nach dem Aufwand der jeweiligen Leistung richtet.

Der Landesbasisfallwert wird zwischen den Krankenkassenverbänden und der Krankenhausgesellschaft jährlich neu vereinbart. Er ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Bei der Bemessung werden nicht nur die allgemeine Lohnentwicklung, sondern auch darüber hinausgehende Tarifsteigerungen an den Krankenhäusern sowie Sonderprogramme wie etwa für Pflegekräfte und Hygienemaßnahmen berücksichtigt. Zusätzlich zum Landesbasisfallwert konnten die Krankenhäuser von 2014 bis 2017 je Leistung einen Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent abrechnen. Seit 2017 wird dieser als sogenannter Pflegezuschlag krankenhaushausindividuell fortgeführt.

EINNAHMEN DER KRANKENHÄUSER (DRG-ERLÖSVOLUMEN)

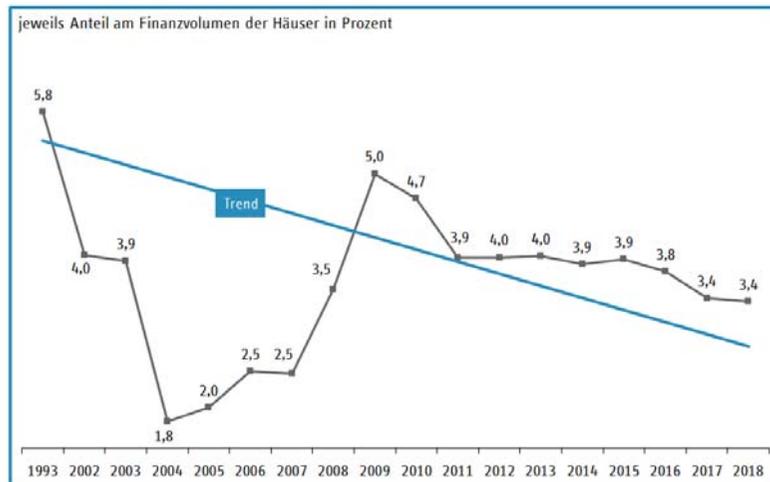


Inkl. Beitragsschuldengesetz, Versorgungszuschlag 1 % ab 1.8.2013  
Quelle: Vereinbarungen Landesbasisfallwert und eigene Berechnungen

Der Landesbasisfallwert ist die Preiskomponente für die Einnahmen der Krankenhäuser. Weil auch die Menge der Leistungen als zweite Komponente gestiegen ist, liegt der Zuwachs des tatsächlichen Erlösvolumens der Krankenhäuser über der Steigerung des Landesbasisfallwerts. Dieses Erlösvolumen für somatische Behandlungen ist von 2005, dem Beginn der Finanzierung durch Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG), bis 2019 um rund 63 Prozent (2,47 Milliarden Euro) gestiegen. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen als Kostenträger haben in diesem Zeitraum demgegenüber um 27 Prozent zugenommen.

Zu berücksichtigen ist, dass die tatsächlichen Einnahmen der Krankenhäuser zum Teil deutlich über den hier dargestellten Werten liegen, weil die Kliniken darüber hinaus weitere, nicht vereinbarte Leistungen erbringen und abrechnen.

KRANKENHAUS-FÖRDERMITTEL DES LANDES

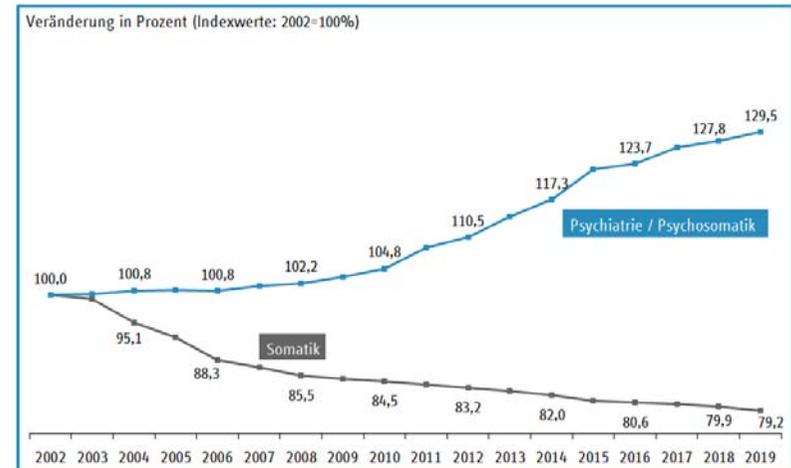


von 2004 - 2007 Auslagerung der Einzelförderungsansätze  
Quelle: Niedersächsische Haushaltsansätze KHG-Mittel lt. Einzelplan 5, eigene Berechnungen

Während die Krankenkassen für die Behandlungskosten ihrer Versicherten aufkommen, ist das Land für Bau-, Renovierungs- und Modernisierungsmaßnahmen der Kliniken zuständig. Dieser Anteil von Landesmitteln am Finanzvolumen der Häuser ist im Laufe der Zeit tendenziell gesunken und deckt nicht einmal die Hälfte des tatsächlichen Investitionsbedarfs. Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft geht von einem Investitionsstau in Milliardenhöhe aus. Solange das Land seiner Verpflichtung nicht ausreichend nachkommt, sehen sich die Krankenhäuser gezwungen, Investitionsmaßnahmen aus Mitteln für die Patientenbehandlungen und damit zulasten der Krankenkassenbudgets zu finanzieren.

Das Land hat 2017 ein kreditfinanziertes Sondervermögen für Investitionsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Mit dem dadurch generierten zusätzlichen Volumen von rund 600 Millionen Euro konnten seit Jahren geplante Maßnahmen durchgeführt werden. Eine nachhaltige Reduzierung oder gar Auflösung des Investitionsstaus ist durch einen solchen Einmaleffekt aber nicht möglich. Dies würde eine dauerhafte und signifikante Anhebung der Landesmittel voraussetzen.

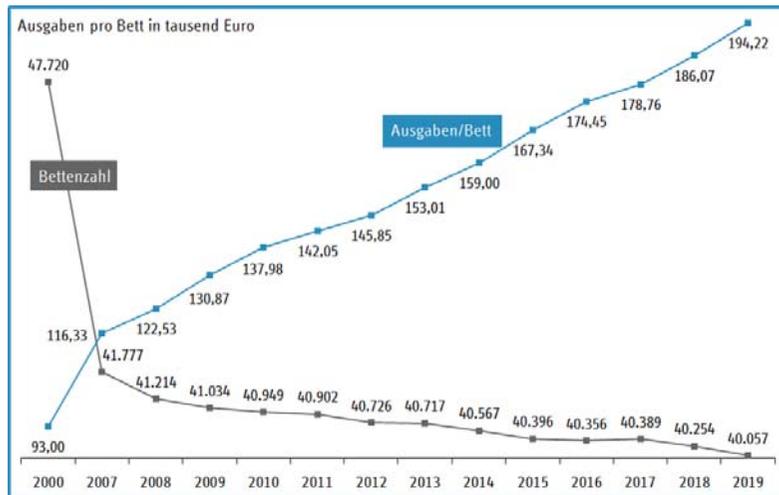
ENTWICKLUNG BETTENZAHL



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan, eigene Berechnungen

Die Zahl der Betten für somatische Behandlungen ist seit 2002 aufgrund sinkender Auslastung um mehr als 20 Prozent zurückgegangen. Demgegenüber ist die Zahl der Betten in Psychiatrien und psychosomatischen Einrichtungen um 30 Prozent gestiegen. Dieser Zuwachs spiegelt einerseits einen höheren Bedarf, vor allem aber auch das wirtschaftliche Interesse der Einrichtungsträger an einer Ausweitung dieses Sektors wider. Träger scheinen davon auszugehen, gerade in diesem Bereich sichere Erträge und hohe Gewinnspannen erreichen zu können.

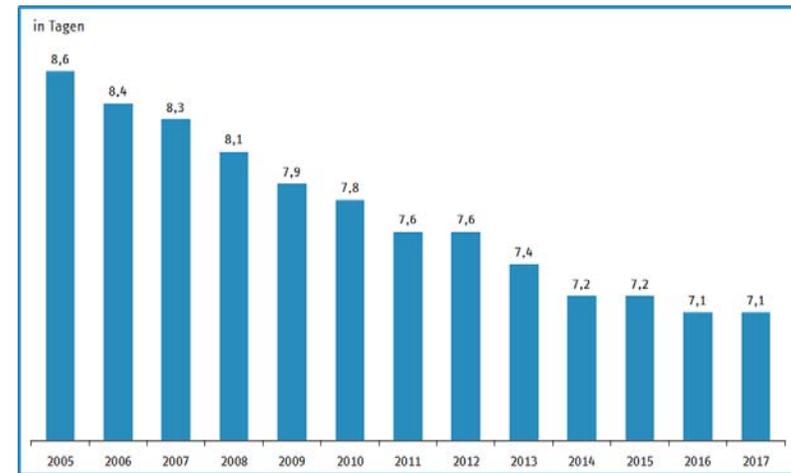
BETTENZAHL UND AUSGABEN



Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan, eigene Berechnungen

Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer bei Krankenhausbehandlungen hat zu einem Abbau überflüssiger Bettenkapazitäten geführt. Dabei steigen die Ausgaben der Krankenkassen pro Bett weiter an. Der Betrag erhöhte sich zwischen 2000 und 2019 von 93.000 Euro auf 194.000 Euro. Er hat sich damit mehr als verdoppelt. Die Versorgung ist durch den bisherigen Bettenabbau somit nicht günstiger geworden.

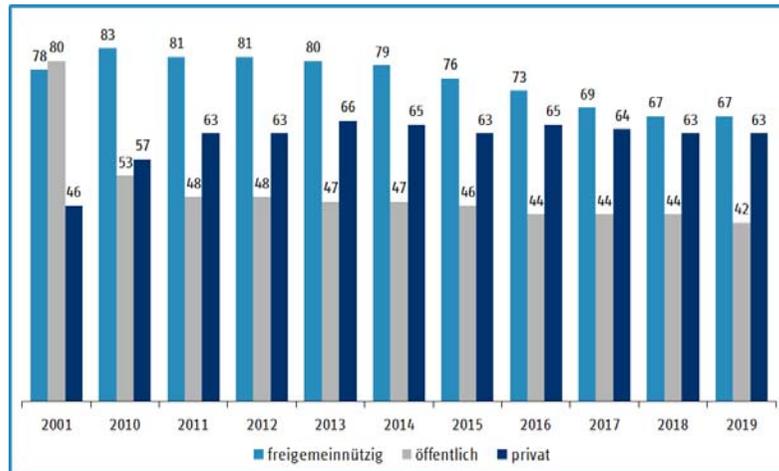
DURCHSCHNITTLICHE VERWEILDAUER



Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

Seit 2005 werden stationäre Krankenhausleistungen nicht mehr durch Tagessätze, sondern durch Fallpauschalen vergütet. Dadurch ist es für Krankenhäuser finanziell nicht mehr attraktiv, Patienten möglichst lange im Krankenhaus zu behalten. In der Folge ist die durchschnittliche Verweildauer von 8,6 auf 7,1 Tage gesunken. Im internationalen Vergleich ist dieser Wert immer noch hoch. Eine betriebswirtschaftliche Auslastung der Betten versuchen die Kliniken nunmehr durch höhere Behandlungszahlen zu erreichen.

KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT

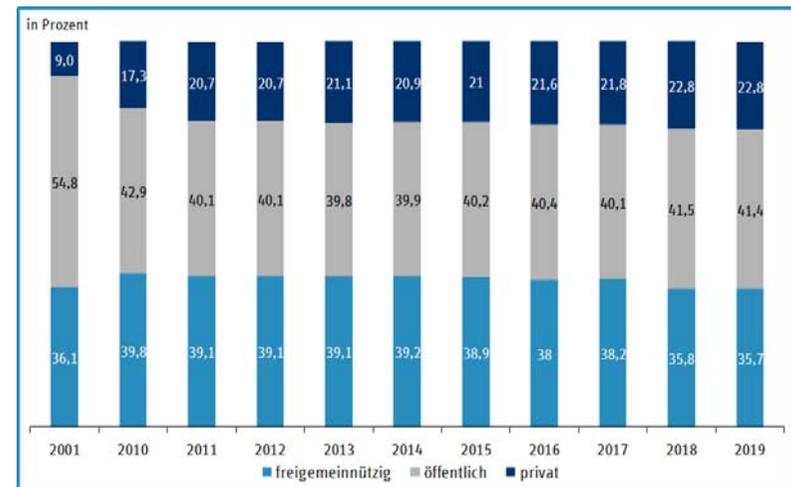


Erhebung jeweils zum 1. Januar eines Jahres  
Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Die Zahl von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist seit 2001 von 80 auf 42 deutlich zurückgegangen. Weniger stark gesunken ist die Anzahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser (von 78 auf 67). Demgegenüber stieg die Anzahl der privaten Kliniken um 17 an.

Im Zuge der aktuellen Diskussion um öffentliche Daseinsvorsorge gibt es allerdings auch Forderungen nach einer Rekommunalisierung von Krankenhäusern. Erste Häuser wurden bereits zurückgekauft. Dies schlägt sich allerdings nicht in der Statistik nieder, da diese Häuser in der Regel trotz faktisch kommunaler Trägerschaft durch ausgelagerte Gesellschaften geführt werden.

KRANKENHAUSBETTEN NACH TRÄGERSCHAFT

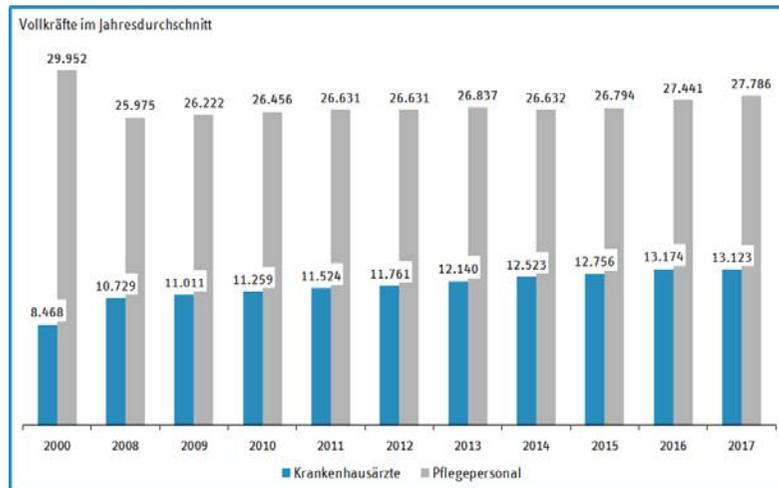


Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan

Der Anteil der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft hat sich zwischen 2001 und 2019 von neun auf rund 23 Prozent mehr als verdoppelt. Demgegenüber ist der Anteil von Betten in öffentlicher Trägerschaft von 55 auf 41 Prozent zurückgegangen. Gleichzeitig stellen insbesondere öffentliche Träger große, besonders leistungsfähige Häuser.

Der deutliche Trend zur Privatisierung in den Nullerjahren gehört der Vergangenheit an. Seit 2011 sind die Anteile relativ stabil.

KRANKENHAUSÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL

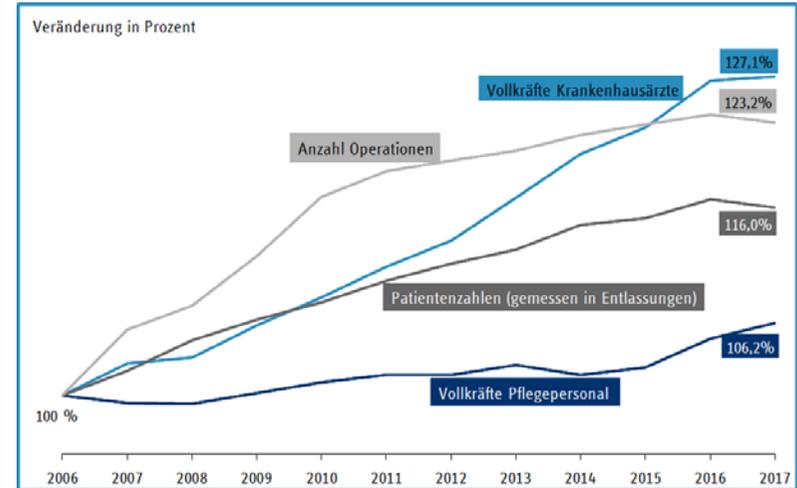


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Infolge des Rückgangs der Pfl egetage und des damit verbundenen Bettenabbaus beschäftigen die Krankenhäuser weniger Pflegekräfte. Sie sparen bei diesen Personalkosten, um die Mittel anderweitig einzusetzen, etwa für Investitionsmaßnahmen. Der leichte Anstieg ab 2015 ergibt sich aus der Bereitstellung zusätzlicher Mittel der Krankenkassen aufgrund eines erneuten Sonderprogramms für Pflegekräfte. Die Zahl der Ärzte in den Kliniken ist demgegenüber seit 2000 um rund 55 Prozent gestiegen. Dieser Zuwachs resultiert aus veränderten Arbeitszeitregelungen, spiegelt aber auch die Strategie der Krankenhäuser wider, zusätzliche Erlöse durch Mehrleistungen zu erzielen. Die ärztliche Leistung löst die Fallpauschalen aus.

Seit 2019 gelten erstmalig verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. Diese sollen den Patientenschutz gewährleisten und das Pflegepersonal entlasten. Im Zuge der Corona-Pandemie wurden die Untergr enzen vorläufig ausgesetzt. Damit Krankenhäuser nicht zu Lasten der Pflege sparen, hat der Gesetzgeber die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser seit 2020 aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert. Diese werden nun von den Krankenkassen gesondert finanziert.

PATIENTEN- UND OPERATIONSZAHLEN, ÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL

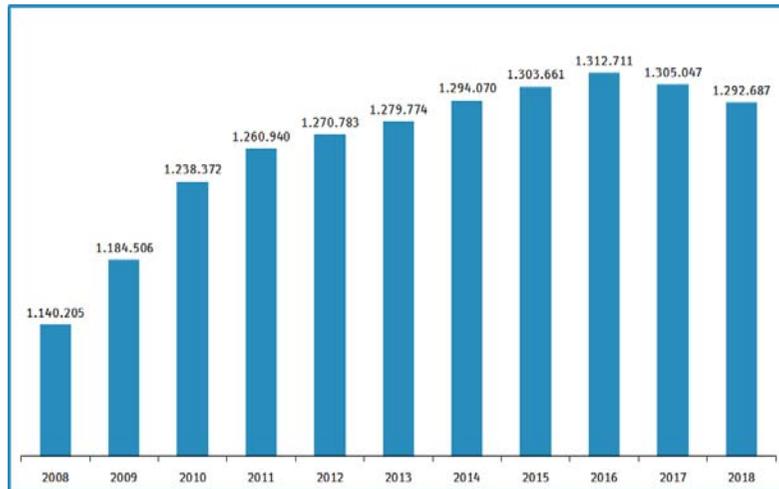


Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Einführung der Finanzierung durch Fallpauschalen 2005 hat zu einem starken Anstieg der Zahl der Krankenhausärzte und, damit verbunden, der Zahl der Patienten und der Operationen geführt. Hintergrund ist die finanzielle Anreizwirkung, dass Krankenhäuser zusätzliche Einnahmen nicht mehr durch längere Liegezeiten, sondern durch mehr Behandlungsfälle erzielen. Auch die Zahl der Pflegekräfte ist gestiegen, allerdings relativ gering.

VOLLSTATIONÄRE OPERATIONEN

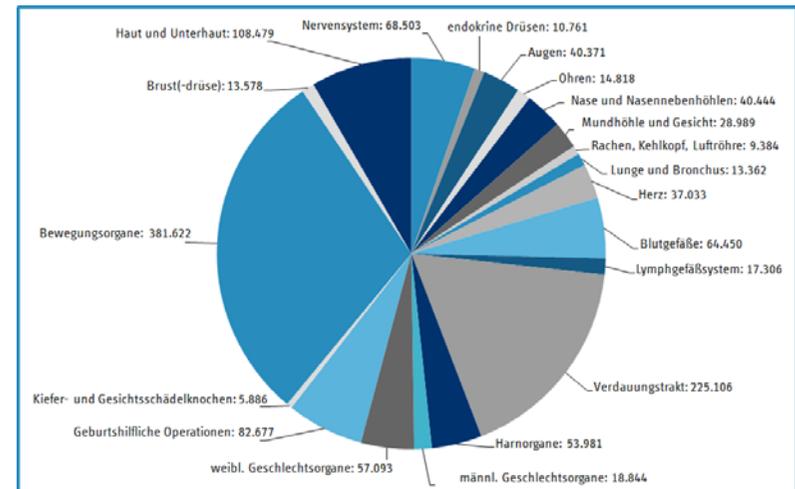


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Anzahl vollstationärer Operationen in Niedersachsen ist von 2008 bis 2018 um mehr als 13 Prozent auf 1,3 Millionen gestiegen. Das bedeutet, dass 2018 rechnerisch etwa jeder sechste Einwohner des Landes einmal operiert wurde. Die medizinische oder demografische Entwicklung kann als Erklärung für den Anstieg nur bedingt dienen. So ist etwa der Anteil der über 65-Jährigen an der niedersächsischen Bevölkerung im selben Zeitraum lediglich um 1,3 Prozentpunkte gestiegen.

Der leichte Rückgang der Operationen ab 2017 deutet darauf hin, dass die von den Krankenhäusern verfolgte Strategie der Mengenausweitung an ihre Grenzen gerät. Um den wirtschaftlichen Anreiz für Mengenausweitungen zu reduzieren, wurden 2017 niedrigere Fallpauschalen für bestimmte Leistungen vereinbart, die wie etwa Hüftgelenkersatz im internationalen Vergleich besonders häufig erbracht werden.

VOLLSTATIONÄRE OPERATIONEN NACH BEREICHEN

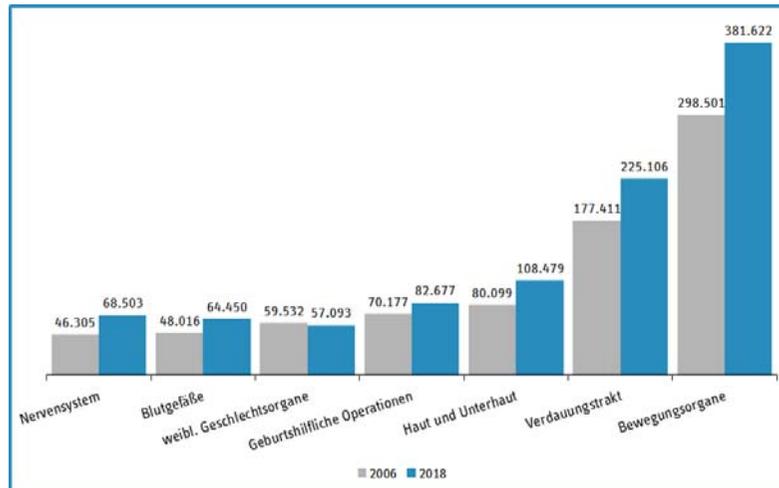


Stand: 2018

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Bei 30 Prozent aller Operationen in Niedersachsen erfolgt der Eingriff an einem Bewegungsorgan. Dazu zählen unter anderem Operationen zum endoprothetischen Gelenkersatz, das Richten von Knochenbrüchen und arthroskopische Gelenkeingriffe. Operationen am Verdauungstrakt (Magen, Darm, Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse) machen 17 Prozent aller Eingriffe aus, gefolgt von Eingriffen an Haut und Unterhaut (acht Prozent).

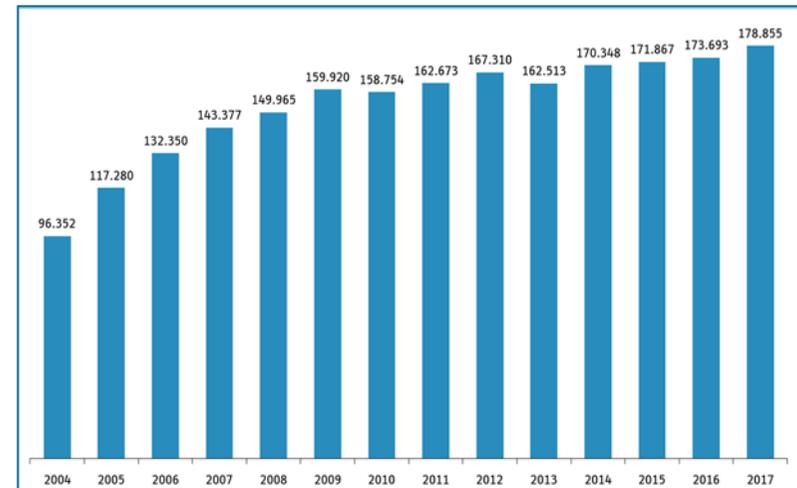
ENTWICKLUNG ANZAHL HÄUFIGER OPERATIONEN



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der häufigsten Operationen nach Bereichen. Im Vergleich zum Ausgangsjahr 2006 haben Krankenhäuser vor allem an den Bewegungsorganen und am Verdauungstrakt eine deutlich höhere Anzahl an Operationen vorgenommen.

AMBULANTE OPERATIONEN IN KRANKENHÄUSERN

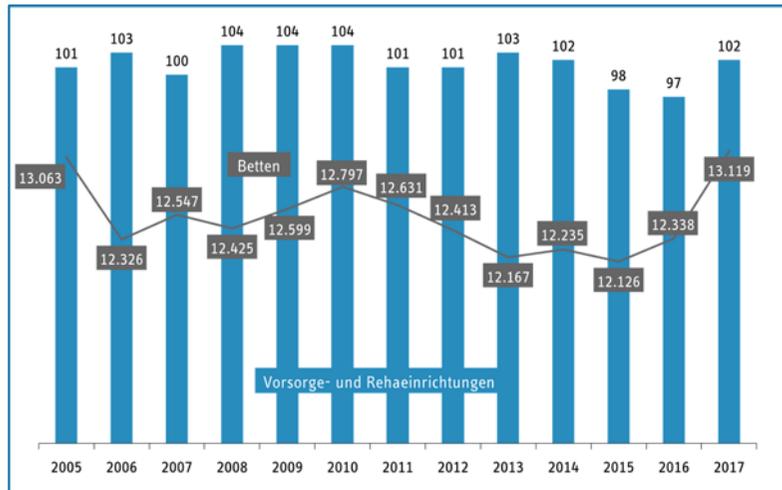


Nach § 115b SGB V inklusive sonstiger stationersetzender Eingriffe  
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Zahl ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe in Krankenhäusern ist zwischen 2004 und 2009 stark, danach nur noch leicht gestiegen. Der entsprechende Leistungskatalog umfasst mittlerweile mehr als 400 Indikationen. Die Entwicklung zeigt eine zunehmende Aufhebung sektoraler Grenzen. Die Verlagerung von Operationen aus dem ambulanten Bereich hat auch zu einem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten geführt.

Einen neuen Impuls gibt das seit 2020 geltende MDK-Reformgesetz, durch das der Katalog für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe an Krankenhäusern noch einmal erweitert wird.

VORSORGE- UND REHA-EINRICHTUNGEN

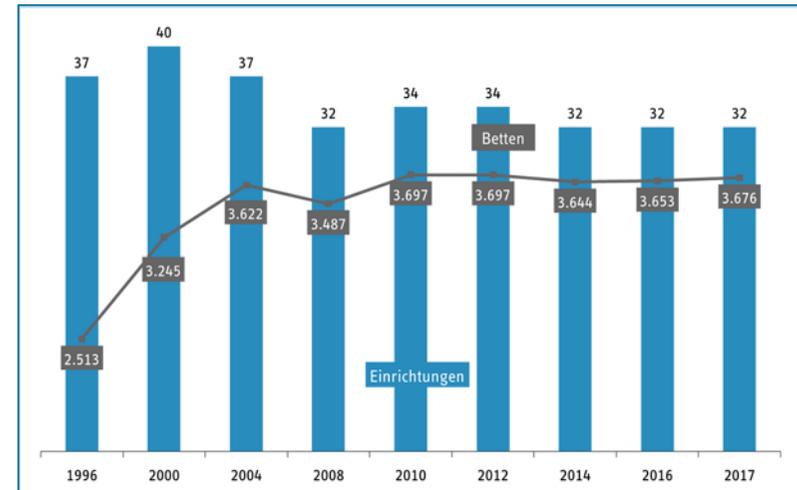


Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Die Zahl der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §111 SGB V ist über die Jahre weitgehend konstant geblieben. Die Zahl der Betten ist zwischenzeitlich leicht gesunken, liegt jetzt aber wieder auf dem Niveau von 2005.

Innerhalb des Leistungsspektrums gibt es einen Rückgang der allgemeinen Rehabilitation und Vorsorge und eine Ausweitung der Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalten.

MÜTTERGENESUNG: EINRICHTUNGEN UND BETTENZAHL

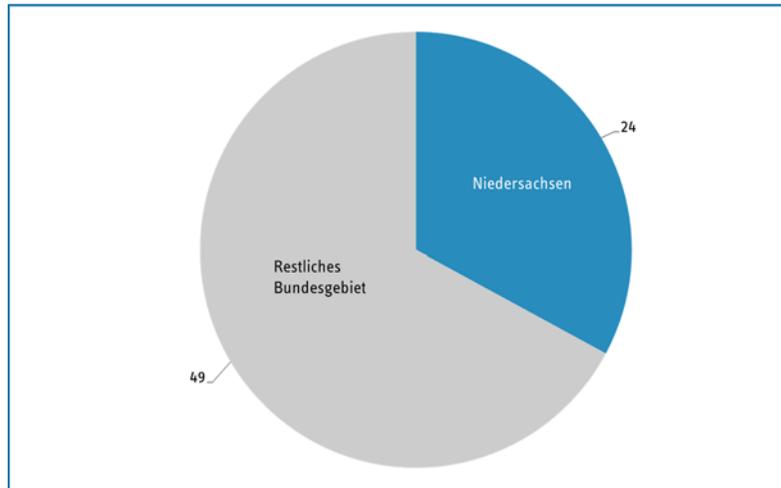


Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Im Bereich der Müttergenesung ist die Zahl der Betten seit 1996 deutlich gestiegen. Weil gleichzeitig weniger Leistungsanträge gestellt wurden, ging die Auslastung in vielen Häusern zurück. In der Folge kam es ab 2004 auf hohem Versorgungsniveau zu leichten Kapazitätsanpassungen. Durch dann wieder zunehmende Antragszahlen und eine entsprechende Entwicklung der Belegung sind die Kapazitäten seitdem wieder erweitert worden und befinden sich seit 2010 auf dem alten Höchststand.

Parallel zu dieser Entwicklung ist die Zahl der Einrichtungen seit 1996 leicht gesunken. Damit verteilen sich heute mehr Betten auf etwas weniger Häuser. Im Ergebnis sind die Einheiten tendenziell größer und leistungsfähiger geworden.

EINRICHTUNGEN DES MÜTTERGENESUNGSWERKS



Ohne gleichartige Einrichtungen und Einrichtungen für behinderte Menschen. Stand: Juni 2019  
Quelle: vdek, eigene Berechnungen

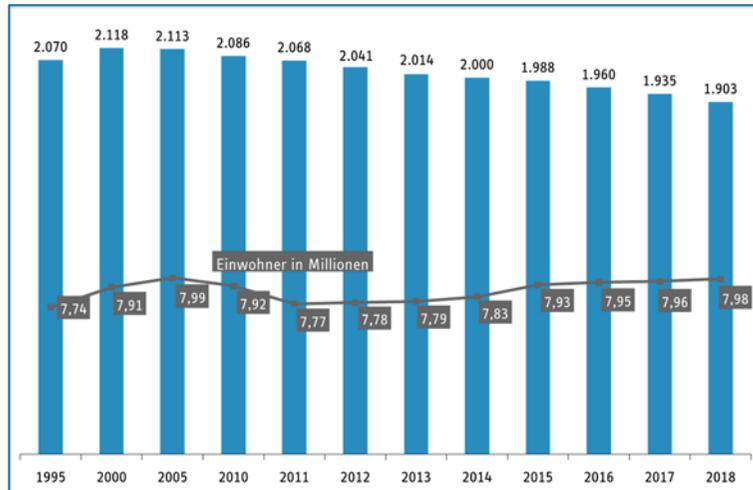
Niedersachsen hat überproportional viele Mütter- und Mutter/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehaeinrichtungen: Obwohl der Landesanteil an der Bevölkerung der Bundesrepublik nur rund zehn Prozent beträgt, befindet sich ein Drittel der Einrichtungen des Müttergenesungswerks zwischen Harz und Nordsee. Damit wird in Niedersachsen mit seinen attraktiven Standorten wie etwa an der Küste ein erheblicher Teil der Versorgungskapazitäten auch für Versicherte aus anderen Bundesländern vorgehalten.

KAPITEL 3

WEITERE  
LEISTUNGSERBRINGER

In diesem Kapitel werden Entwicklungen etwa der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln dargestellt. Heilmittel umfassen Krankengymnastik, Ergotherapie, logopädische Maßnahmen und Massagen. Hilfsmittel sollen durch Krankheit oder Behinderung bedingte Einschränkungen kompensieren. Dazu zählen unter anderem Hör- und Sehhilfen, Rollstühle, Gehhilfen und Blutzuckermessgeräte. Die Zahl der Heil- und Hilfsmittelerbringer ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen.

APOTHEKEN

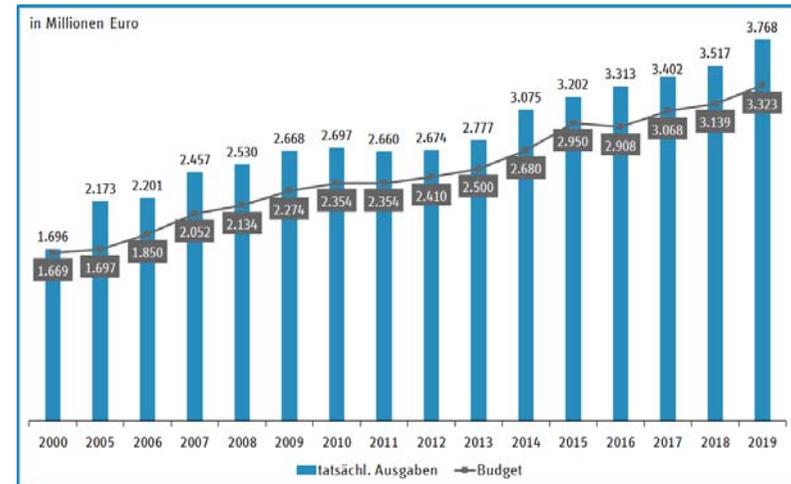


Quelle: ABDA, Die Apotheke: Zahlen-Daten-Fakten; Niedersächsisches Landesamt für Statistik

Die insgesamt hohe Zahl der Apotheken ist in längerfristiger Betrachtung leicht zurückgegangen. 1995 gab es 2.070 Apotheken in Niedersachsen, 2018 waren es 1.903. Rechnerisch versorgte 2018 jede Apotheke in Niedersachsen im Schnitt 4.190 Einwohner. In den größeren Städten ist die Dichte an Apotheken deutlich höher als in den ländlichen Regionen Niedersachsens.

Auch mit der leicht gesunkenen Zahl der Apotheken ist die Vor-Ort-Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln weiterhin sicher gewährleistet. Von einem allgemeinen „Apothekensterben“ kann nicht die Rede sein.

ARZNEIMITTELAUSGABEN

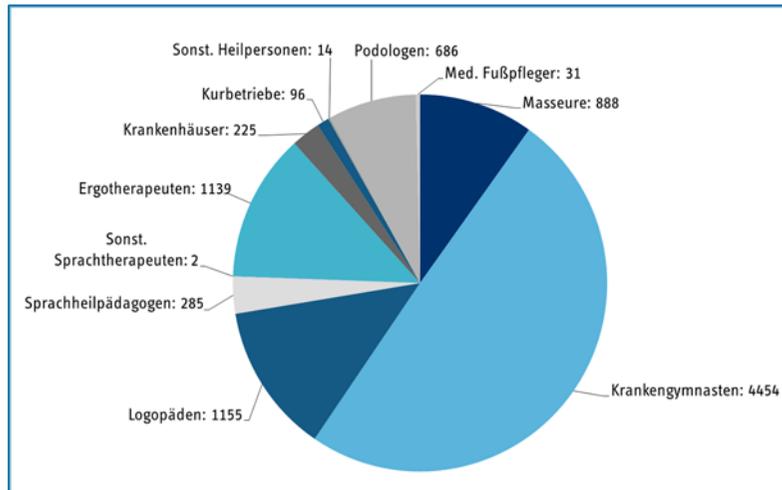


Inkl. Verbandmittelausgaben – Ausgabenwert 2019 vorläufig  
Quelle: GKV-Daten, Budgetvereinbarungen zwischen KVN und Verbänden der GKV

Die Arzneimittelausgaben haben sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt. Während die Ärzte das jährliche Arzneimittelbudget bis 2000 unterschritten oder weitgehend einhielten, wird es es seitdem regelmäßig deutlich überschritten. Die Entwicklung in den letzten Jahren ist zum Teil mit hochpreisigen Medikamenten wie etwa Zytostatika zu erklären, sie zeigt aber gleichwohl die weiterhin bestehende Notwendigkeit eines kostenbewussten Ordnungsverhaltens.

Der mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) beabsichtigte Kostendämpfungseffekt ist nicht eingetreten. In Niedersachsen werden mit der Festlegung von Arzneimittelquoten Begrenzungen erreicht, eine grundsätzliche Trendumkehr bei der Ausgabenentwicklung ist aber nicht erkennbar.

HEILMITTELERBRINGER

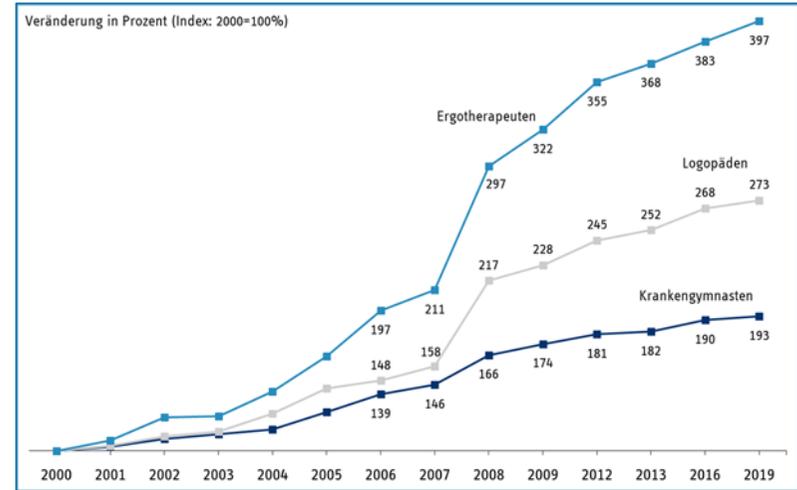


Stand 2019 - Quelle: vdek

Die größte Gruppe unter den knapp 9.000 Heilmittelerbringern (zugelassene Praxen) sind die Krankengymnasten, die etwa die Hälfte der Anbieter stellen.

Seit 1. September 2019 werden die Zulassungen von Heilmittelerbringern durch regionale Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ausgesprochen. Bislang mussten die Leistungserbringer für die Zulassung in der Regel mehrere Verbände der Krankenkassen kontaktieren. In Niedersachsen ist die ARGE bei der vdek-Landesvertretung angesiedelt.

HEILMITTELERBRINGER: ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER GRUPPEN

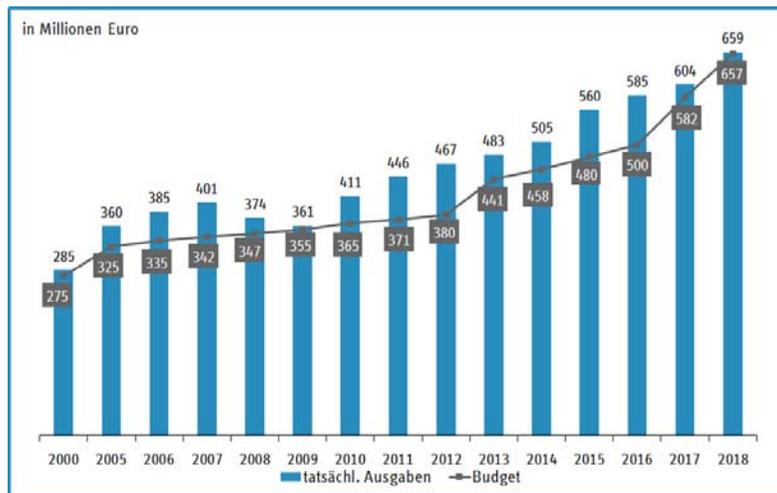


Quelle: vdek, eigene Berechnungen

Die Zahl der für die Heilmittelerbringung zugelassenen Praxen ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen, allein die der Ergotherapeuten hat sich seit 2000 fast vervierfacht.

Für Heilmittelerbringer besteht anders als bei Ärzten keine Bedarfsplanung: Jeder Anbieter, der über entsprechende Qualifikationen und Praxisräumlichkeiten verfügt, kann Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Damit ist es bei der Heilmittelversorgung nicht möglich, Bezirke bei Überversorgung für Neuzulassungen zu sperren. Der damit verbundene Anstieg der Anbieterzahlen korrespondiert mit erheblichen Ausgabenzuwächsen.

HEILMITTELAUSGABEN

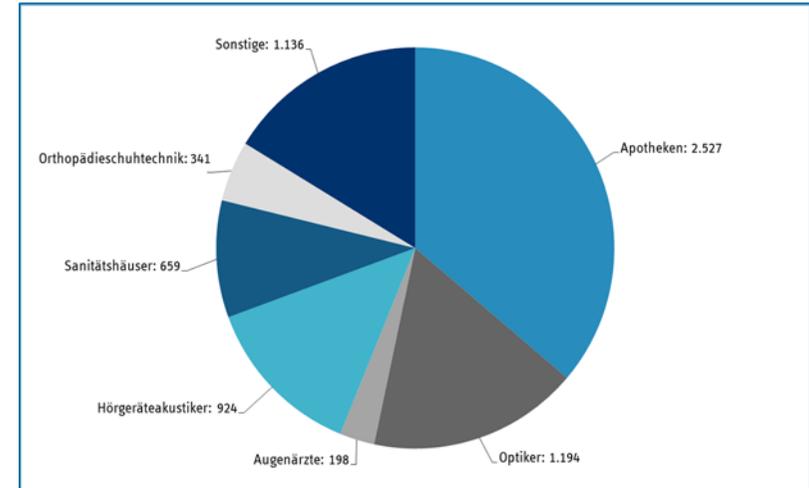


Quelle: GKV-Daten, Budgetvereinbarungen zwischen KVN und Verbänden der GKV

Die Ausgaben für Heilmittel sind über die Jahre immer weiter gestiegen. Seit 2000 haben sie sich weit mehr als verdoppelt.

Die Ärzte überschreiten mit ihren Verordnungen die vereinbarten Jahresbudgets erheblich, in der Spitze bis zu 87 Millionen Euro. Für die Ärzteschaft insgesamt bleiben diese Überschreitungen ohne Konsequenzen.

HILFSMITTELERBRINGER

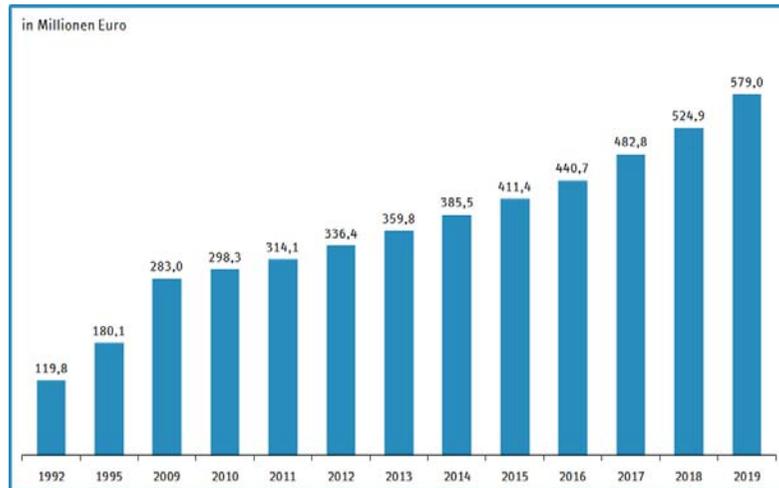


Stand: Mai. 2019 - Quelle: vdek

Mit landesweit rund 7.000 Hilfsmittelerbringern hat der Verband der Ersatzkassen (vdek) Verträge geschlossen. Die größte Gruppe darunter ist die der Apotheken. Unter den „sonstigen“ Hilfsmittelerbringern finden sich vor allem Pflegeheime (Abgabe von Inkontinenzartikeln) und Friseurbetriebe für Haarersatz.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 dürfen Hilfsmittel nur noch auf Grundlage von Verträgen an Versicherte abgegeben werden. Vor Vertragsabschluss haben Leistungserbringer gegenüber der jeweiligen Krankenkasse ihre persönliche und fachliche Eignung nachzuweisen. Um den Aufwand für alle Beteiligten zu begrenzen, können Leistungserbringer ein Präqualifizierungsverfahren durchlaufen. Die dabei festgestellte Eignung wird dann von allen Krankenkassen anerkannt.

RETTUNGSDIENST: AUSGABEN DER KRANKENKASSEN

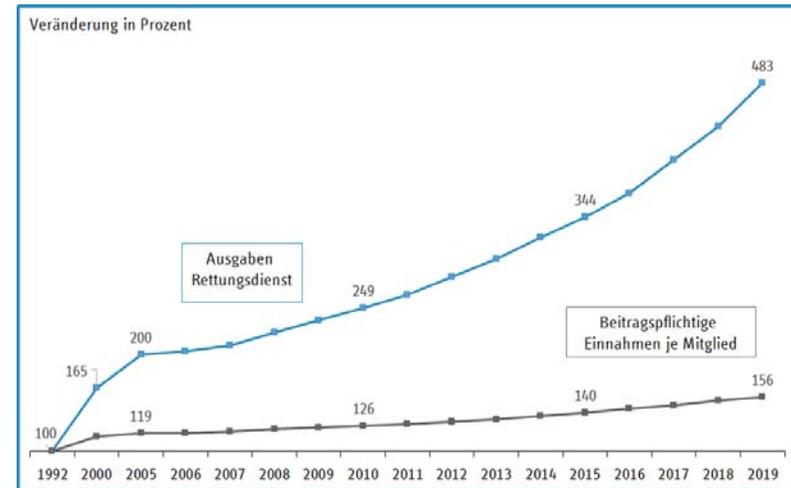


Ohne Ausgaben für Luftrettung und genehmigte Unternehmen – für 2019 Hochrechnung  
Quelle: Träger des Rettungsdienstes

Die Ausgaben der Krankenkassen für den Rettungsdienst (inklusive Krankentransport) haben sich seit 1992 nahezu verfünffacht. Allein von 2018 auf 2019 betrug der Anstieg mehr als 50 Millionen Euro oder zehn Prozent. Der Hauptgrund für die Kostenexplosion liegt in fehlenden gesetzlichen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung.

Zusätzlich zu den hier dargestellten öffentlichen Vorhaltekosten müssen die Kassen auch noch die Einsätze sogenannter genehmigter Organisationen bezahlen. Dabei handelt es sich um private Krankentransport-Anbieter oder Rettungsdienstorganisationen, die außerhalb der öffentlichen Beauftragung Krankentransportleistungen erbringen.

AUSGABEN RETTUNGSDIENST UND EINNAHMEN DER KRANKENKASSEN



Ausgabenwert 2019 Hochrechnung  
Quelle: Träger des Rettungsdienstes und BMG, KJL, eigene Berechnungen

Die Ausgaben für den Rettungsdienst steigen seit Jahren um ein Vielfaches stärker als die Einnahmen der Krankenkassen. Sie tragen damit tendenziell zu einer Steigerung der Beitragssätze bei. Vorrangig verantwortlich dafür sind zentrale Schwächen des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes, die auch durch verschiedene Novellierungen nicht behoben wurden. So fehlt weiterhin eine gesetzliche Begrenzung der Ausgabendynamik durch Anbindung an die Einnahmen der Krankenkassen. Auch orientieren sich Zuschnitt und Größe von Rettungsdienstbereichen nach wie vor grundsätzlich an kommunalen Grenzen, obwohl größere Einheiten versorgungstechnisch sinnvoll und deutlich günstiger wären.

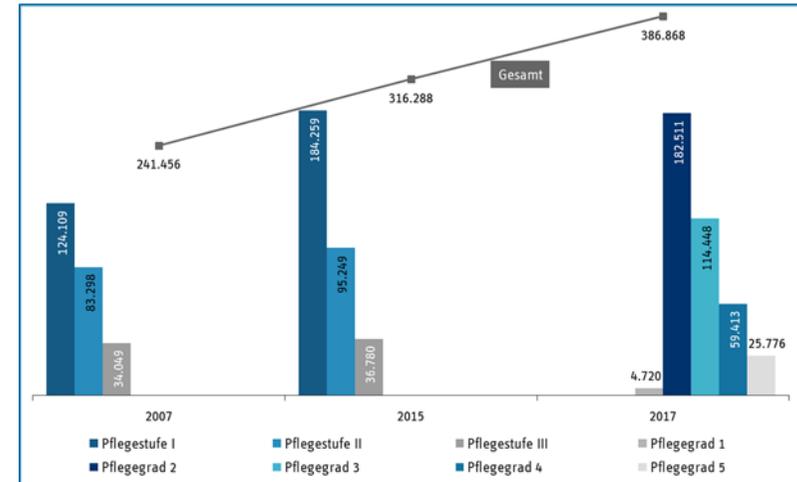
Seit 2013 müssen die Krankenkassen zudem Vorhaltekosten für die Bewältigung von Großschadensereignissen berücksichtigen und seit 2014 die Kosten für die Aus- und Weiterbildung zum Notfallsanitäter tragen. Weiterer Grund für die Ausgabenzuwächse sind steigende Zahlungen für Notarztendienste.

# KAPITEL 4

## PFLEGE

Pflegebedürftig sind Menschen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem Maße Hilfe im Alltag benötigen. Diese Definition ist 2017 durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) um psychische und kognitive Einschränkungen erweitert worden. Ausschlaggebend für die Pflegebedürftigkeit ist das verbleibende Maß an Selbstständigkeit. Je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit können ambulante und stationäre Pflegeangebote in Anspruch genommen werden. Durch die demografische Entwicklung ist eine weitere Zunahme an Pflegeeinrichtungen und -plätzen zu erwarten.

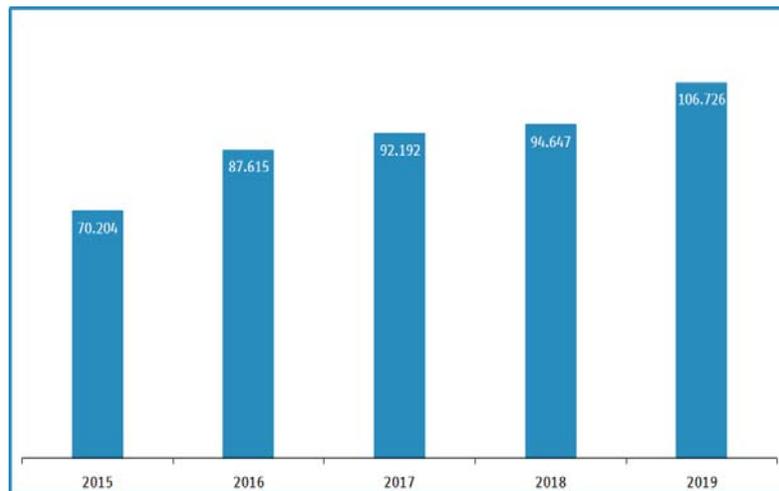
### PFLEGEBEDÜRFTIGE NACH PFLEGESTUFEN



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist zwischen 2007 und 2017 von rund 241.500 auf 387.000 gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von 60 Prozent. Gründe dafür sind unter anderem die Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade, mehr Antragstellungen aufgrund der höheren Medienpräsenz durch die Pflegestärkungsgesetze und der demografische Wandel. Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen hat den Pflegegrad 2, rund 30 Prozent haben den Pflegegrad 3.

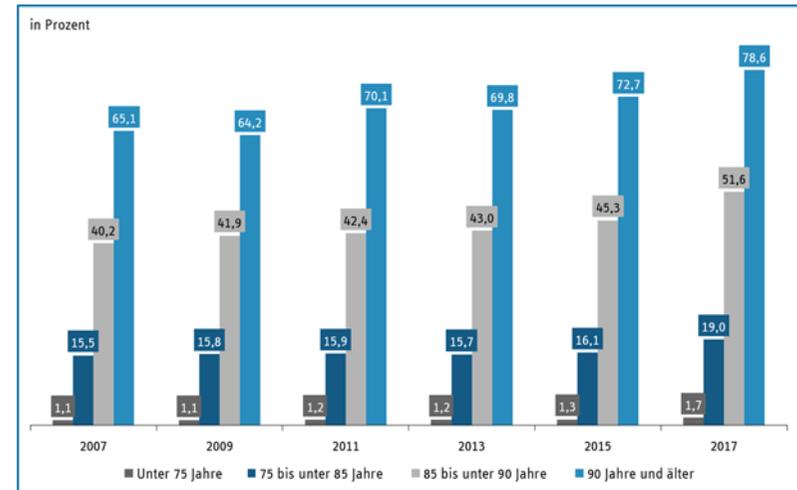
AUFTRAGSEINGÄNGE ERSATZKASSEN PFLEGE-EINZELFALLGUTACHTEN



Quelle: MDKN

Ein Antrag auf Pflegeleistungen wird bei der eigenen Pflegekasse gestellt. Diese beauftragt dann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens über die Pflegebedürftigkeit. Die Auftragseingänge bei den Ersatzkassen sind seit 2015 um 52 Prozent gestiegen.

PFLEGEQUOTEN



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Pflegequoten beziffern den Anteil der Pflegebedürftigen an einer Altersgruppe. Dieser Anteil steigt mit zunehmenden Lebensjahren: So waren 2017 in Niedersachsen 19 Prozent der 75- bis 84-jährigen auf Pflege angewiesen, bei den 85- bis 89-jährigen waren es mehr als die Hälfte und bei den über 90-jährigen mehr als drei Viertel.

Der Anteil der über 90-jährigen an den Pflegebedürftigen insgesamt liegt allerdings nur bei 16 Prozent. Die unter 75-jährigen und die 75- bis 84-jährigen stellen jeweils rund ein Drittel der Pflegebedürftigen.

Im Vergleich zu 2007 sind die Pflegequoten aller Altersgruppen gestiegen.

PFLEGEINRICHTUNGEN

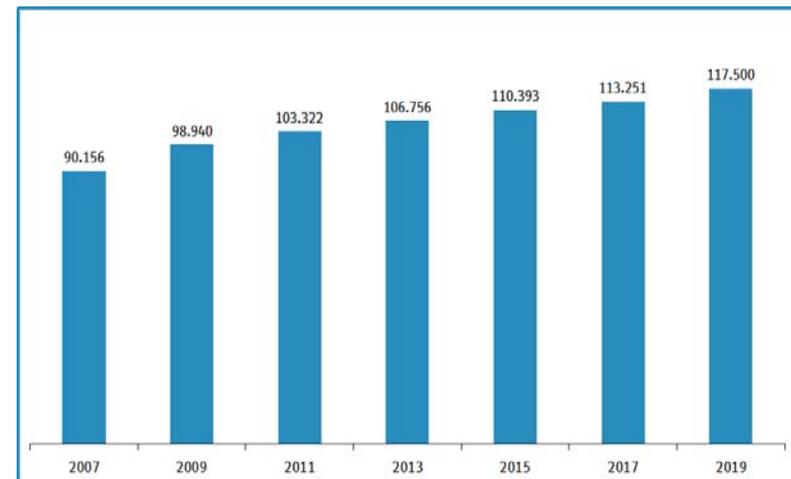


Quelle: Verbände der Pflegekassen

Die Zahl der Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Bei den stationären Einrichtungen geht der Zuwachs vor allem auf eine deutliche Steigerung bei der Tagespflege zurück. Dieser Ausbau teilstationärer Angebote folgt der Intention des Gesetzgebers, gerade die häusliche Pflege zu stärken, um die dauerhafte vollstationäre Versorgung so lange wie möglich zu vermeiden. In diesem Sinne stellen die Pflegekassen ihren pflegebedürftigen Versicherten seit 2016 auch weitere zusätzliche Geldleistungen zur Verfügung, indem teilstationäre Tagespflegeangebote zusätzlich zu ambulanten Pflegeleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden können.

Stärker als die Zahl der Pflegeheime ist die der ambulanten Pflegedienste gestiegen. Der Zuwachs beträgt seit 2007 mehr als 20 Prozent.

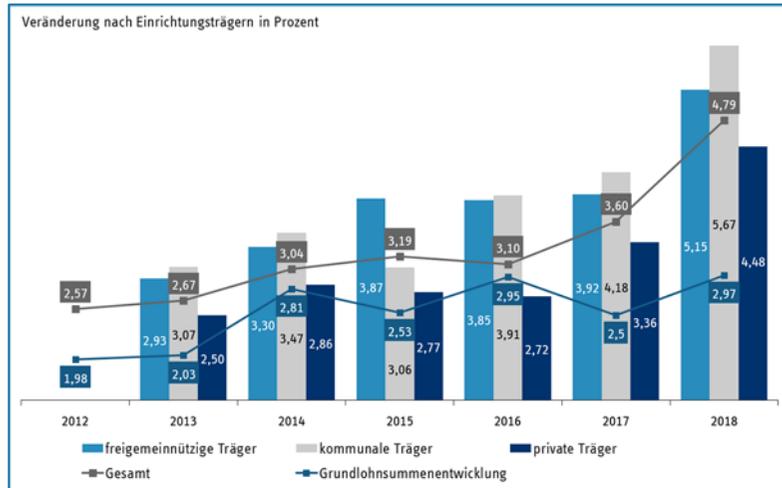
PFLEGEPLÄTZE STATIONÄR



Einschließlich teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege  
Quelle: Verbände der Pflegekassen

Das Angebot an Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen steigt kontinuierlich. Der Zuwachs seit 2007 beträgt 30 Prozent. Über die Eröffnung neuer Einrichtungen hinaus erweitern etablierte Pflegeheime ihr Angebot durch Aus- und Umbaumaßnahmen. Gleichzeitig steigt auch die Auslastung, da der Bedarf an stationärer Pflege zunimmt.

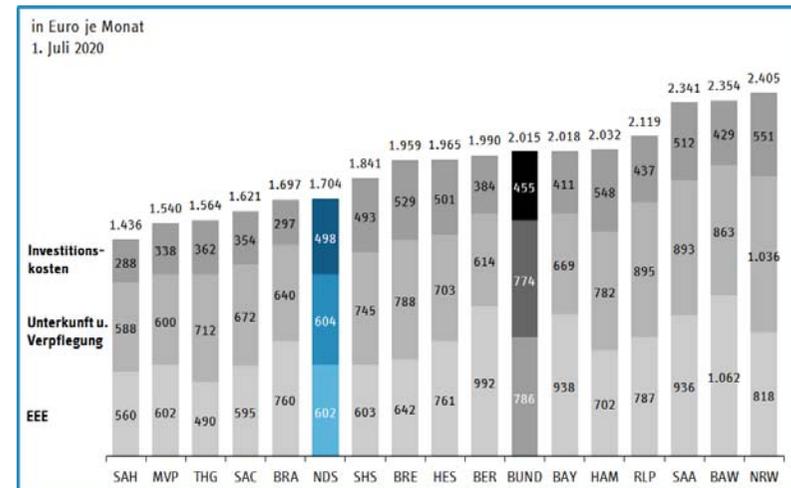
VERGÜTUNGSENTWICKLUNG PFLEGEHEIME



Jeweils Veränderung gegenüber dem Vorjahr  
Quelle: Nds. Landespflegeausschuss

Die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Vergütungen der Pflegeheime werden zwischen der einzelnen Einrichtung und den Pflegekassen verhandelt. Im Ergebnis sind die Preise seit 2012 zum Teil deutlich oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung gestiegen. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede nach Trägerschaft. So liegen die Steigerungen der freigemeinnützigen Träger jedes Jahr klar über dem Landesdurchschnitt. Hintergrund: Die Pflegekassen berücksichtigen bei den Verhandlungen, wenn Heimträger als Arbeitgeber die Pflegekräfte nach Tarif bezahlen. Diese Praxis entspricht geltender Rechtslage und wurde vom vdek in einer gemeinsamen Erklärung mit dem Land Niedersachsen noch einmal bekräftigt. Auch in der Kooperationsvereinbarung der „Konzertierten Aktion Pflege Niedersachsen“ (KAP.Ni) haben sich alle Beteiligten zu diesem Grundsatz bekannt.

FINANZIELLE BELASTUNG PFLEGEHEIMBEWOHNER



Durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten  
EEE= Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (für Pflegegrade 2 bis 5)  
Quelle: vdek

Pflegebedürftige erhalten je nach Pflegegrad einen vom Gesetzgeber bundesweit einheitlich festgesetzten Geldbetrag aus der Pflegeversicherung. Dieser ist aber nur ein Zuschuss: Die Differenz zu dem tatsächlichen Preis eines Heims für die Pflege müssen die Bewohner über den „einrichtungseinheitlichen Eigenanteil“ (EEE) selber tragen. Darüber hinaus zahlen sie für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten der Anbieter.

Durchschnittlich tragen Bewohner eines Pflegeheims in Niedersachsen einen monatlichen Eigenanteil von 1.704 Euro (Stand: 1. 7. 2020), das sind 200 Euro mehr als zu Beginn des Vorjahrs.

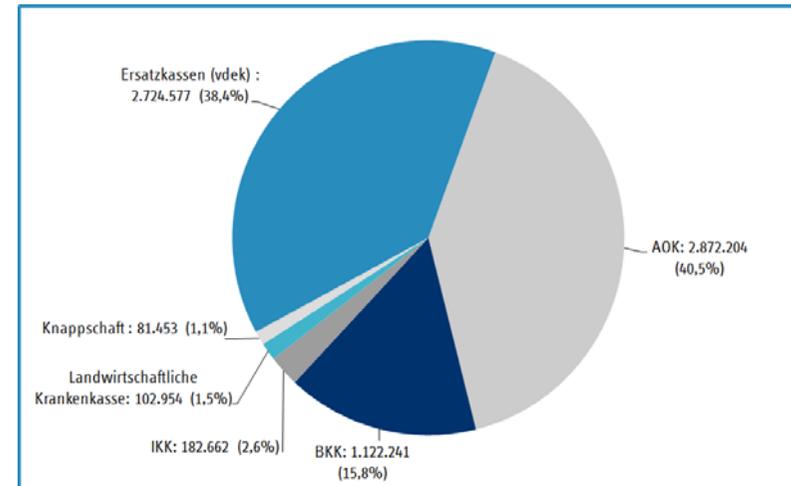
Der Zuwachs beim Eigenanteil liegt vor allem an gestiegenen Personalkosten der Pflegeheime sowie einem höheren Personalschlüssel.

# KAPITEL 5

## DIE ERSATZKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist ein Zusammenschluss der sechs Ersatzkassen in Deutschland: Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse. Zusammen haben die Ersatzkassen in Niedersachsen mehr als 2,7 Millionen Versicherte und damit einen Marktanteil von 38 Prozent innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versichertenzahl setzt sich zusammen aus den beitragspflichtigen Mitgliedern und deren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

### VERSICHERTE NACH KASSENARTEN

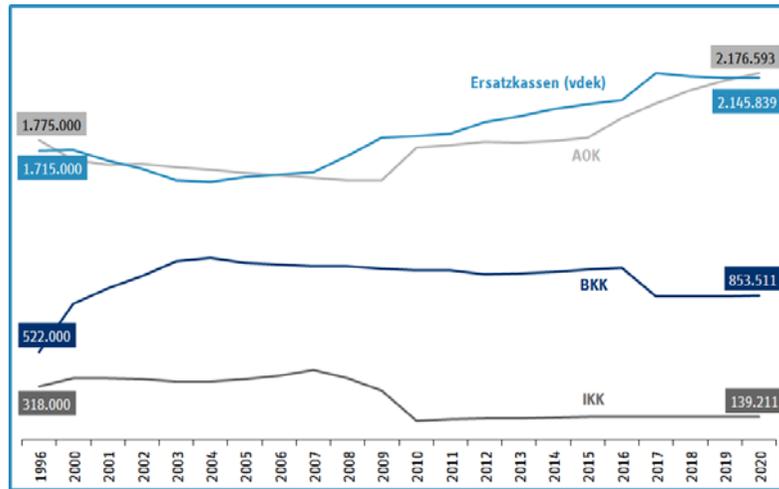


Stand: 1. Juli 2020  
Quelle: BMG, KM6

Die Ersatzkassen betreuen in Niedersachsen 2,72 Millionen Menschen, das entspricht gut 38 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten. Die Versichertenzahl setzt sich zusammen aus 2,1 Millionen Mitgliedern, die die Beiträge aufbringen, und deren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

Als Verband einer großen Kassenart trägt der vdek eine besondere Verantwortung. Das Ziel dabei bleibt eine hochwertige, effiziente und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

MITGLIEDERENTWICKLUNG NACH KASSENARTEN



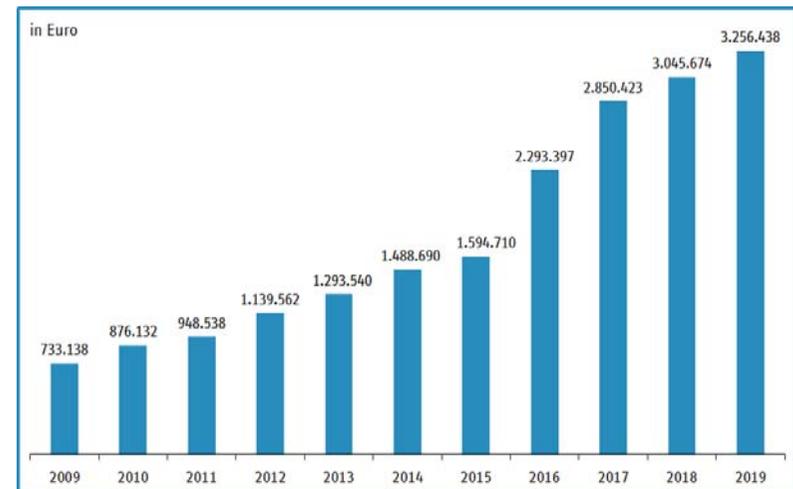
Quelle: BMG, KM6

Die Ersatzkassen waren bis 2019 viele Jahre mitgliederstärkste Kassenart in Niedersachsen, auch infolge von Fusionen in jüngerer Vergangenheit. Gleichzeitig hat sich im Wettbewerb immer stärker die massive Benachteiligung der Ersatzkassen und anderer Kassenarten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) gezeigt.

Durch die bisherige Form des Morbi-RSA erhielt eine Kassenart deutlich mehr Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Andere Krankenkassen wie die Ersatzkassen bekamen deutlich weniger Mittel als erforderlich. Das hat den gewünschten Wettbewerb in der GKV verzerrt.

Der Gesetzgeber hat diesen Kernfehler des Morbi-RSA erkannt und 2020 durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz eine Korrektur beschlossen. Es ist zu erwarten, dass damit finanzielle Überdeckungen auf der einen und Unterdeckungen auf der anderen Seite reduziert werden.

ENGAGEMENT DER ERSATZKASSEN: FÖRDERUNG AMBULANTER HOSPIZDIENSTE



Quelle: vdek

Die Ersatzkassen haben ambulante Hospizdienste in Niedersachsen in den vergangenen Jahren immer stärker unterstützt. Das Volumen lag 2019 bei rund 3,3 Millionen Euro. Das Geld floss an landesweit 100 Hospizdienste mit 4.140 ehrenamtlichen Helfern. Diese begleiten jährlich rund 4.500 schwerstkranken Menschen bis zum Tod.

Bei der ambulanten Hospizarbeit unterstützen ehrenamtliche Kräfte Menschen, die die letzte Zeit ihres Lebens in gewohnter häuslicher Umgebung verbringen möchten.

ENGAGEMENT DER ERSAZKASSEN: FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE



Quelle: vdek

Die Übersicht zeigt die deutlich gestiegenen Förderbeträge der Ersatzkassen für die Selbsthilfe seit 2010. Unterteilt werden die Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung in eine krankenkassengemeinsame Pauschalförderung und eine kassenindividuelle Förderung einzelner Projekte. 2019 haben die Ersatzkassen die Selbsthilfe mit rund 1,7 Millionen Euro Pauschalfördermitteln und 400.000 Euro für Projekte unterstützt.

Die Kassen fördern 46 Landesverbände von Selbsthilfeorganisationen, rund 1.500 vor Ort aktive ehrenamtliche Selbsthilfegruppen sowie 44 Kontaktstellen, die Betroffene an Selbsthilfegruppen vermitteln und Hilfestellung zur Gruppengründung geben.

DIE LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN DES VDEK

Die Landesvertretung Niedersachsen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) nimmt als Bevollmächtigte der Ersatzkassen alle relevanten gesetzlichen Verbandsaufgaben im Land wahr. Sie gestaltet dabei für die Mitgliedskassen die Verträge mit Leistungsanbietern auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung und vertritt sie in zahlreichen politischen Gremien und Ausschüssen. Insgesamt stellt sie sicher, dass die Sozialgesetzgebung regional umfassend umgesetzt wird.

Zu den operativen Aufgaben gehören die Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen. Die Landesvertretung ist Partner des Landes bei der Krankenhausplanung und verantwortet die Bedarfsplanung für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit. Sie lässt für die gesetzliche Krankenversicherung sonstige Leistungserbringer wie Krankengymnasten, Masseure und Logopäden zu und prüft dabei deren Qualifikation.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die gesetzliche Pflegeversicherung. Die Landesvertretung schließt mit Heimen und ambulanten Diensten Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen und organisiert Qualitätsprüfungen von Einrichtungen, deren Ergebnisse sie auch veröffentlicht.

Durch eine Vielzahl differenzierter Verträge ermöglicht sie weitere umfassende Gesundheitsangebote, von der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Schulen und Projekten zur Gesundheitsförderung im Wohnumfeld über die Beratung der Versicherten in Pflegestützpunkten bis hin zur palliativmedizinischen Versorgung. Sie organisiert die gemeinschaftliche Förderung der Selbsthilfe und ambulanter Hospizdienste.

### **COPYRIGHT:**

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig.

Darüber hinaus ist die kostenfreie Nutzung durch (Online-)Redaktionen von Medien (z. B. Zeitungen, Zeitschriften, Fernseh-/Radiosender und Webseiten) erlaubt. Nicht zulässig ist hingegen die Verwendung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes durch kommerzielle Internetportale zum Zwecke der Veröffentlichung gegen Entgelt.

### **ALLGEMEINER HINWEIS:**

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber in der Regel nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

# MITGLIEDSKASSEN



**BARMER**



## IMPRESSUM

### HERAUSGEBER:

vdek-Landesvertretung Niedersachsen  
Schillerstraße 32  
30159 Hannover

Telefon: 05 11 / 3 03 97 - 0

Telefax: 05 11 / 3 03 97 - 99

E-Mail: [lv-niedersachsen@vdek.com](mailto:lv-niedersachsen@vdek.com)

[www.vdek.com](http://www.vdek.com)

### VERANTWORTLICH:

Jörg Niemann

### REDAKTION:

Hanno Kummer, Till Sommer

### SATZ UND LAYOUT:

vdek, Abteilung Kommunikation, Berlin, und vdek-Landesvertretung  
Niedersachsen

### BILDNACHWEIS:

Lankarte Umschlagseite 1: Agentur Schön & Middelhaufe, Berlin

Foto Jörg Niemann, Seite 3: Georg. J. Lopata, Berlin

### DRUCK:

solid earth, Berlin