

report bayern

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Dez. 2009

ersatzkassen

Finanzierungslücke schließen!

Die Bundestagswahlen sind gelaufen, der Machtwechsel ist vollzogen und die neue Bundesregierung steht vor einem alten Problem, nämlich der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Hiobsbotschaft kam während der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU/CSU und FDP. Der GKV-Schätzerkreis verkündete, dass den Krankenkassen im kommenden Jahr 7,5 Milliarden Euro fehlen werden. Erweitert um das vom GKV-Spitzenverband bezifferte Defizit für 2009 von 2,6 Milliarden bedeutet das eine Finanzlücke von insgesamt über 10 Milliarden Euro.

Diese desolante Finanzsituation dürfte eigentlich niemanden überraschen. Denn der Gesundheitsfonds war bereits bei seiner Etablierung unterfinanziert, was die Ersatzkassen seinerzeit auch nachdrücklich kritisierten. Vor dem Hintergrund politisch gewollter GKV-Ausgabensteigerungen durch die ärztliche Honorarreform (plus 2,5 Milliarden Euro) und im Krankenhaussektor (plus 3,5 Milliarden Euro) war der Fonds von Anfang an defizitär. Erschwerend hinzu kam die Finanz- und Wirtschaftskrise, die die Einnahmeseite der Gesetzlichen Krankenversicherung erheblich belastete.

Problemlösung verschoben

Die Große Koalition fand keine nachhaltige und dauerhafte Lösung für das Finanzierungsproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie beschränkte sich auf die Einführung des Gesundheitsfonds, der in jeder Hinsicht ein politischer Kompromiss war und als reine Umverteilungsinstrument letztlich keine befriedigende Antwort auf die zentrale Frage der nachhaltigen Finanzierung der GKV geben konnte. Umso spannender wird nun die Frage sein, wie und vor allem wie schnell die neue Bundesregierung das Finanzierungsproblem lösen wird.

In dieser Ausgabe:

■ Pflegenoten – Pro und Contra

- Vertrauen ist gut – Transparenz ist besser!
- Trügerische Transparenz

■ www.pflegelotse.de

Ersatzkassen haben neue Suchmaschine

Der Blick in die Koalitionsvereinbarung hilft nicht wirklich weiter. Die Koalitionäre äußern sich zu diesem Problem sehr vage und nennen keine konkreten Termine. Unter der Überschrift „Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes“ ist zu lesen: „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest“.

Festschreiben des Arbeitgeberanteils

Am deutlichsten ist das politische Ziel formuliert, den Arbeitgeberanteil zur Gesetzlichen Krankenversicherung festzuschreiben. Derzeit liegt er bei 7 Prozentpunkten. Eine Festlegung darauf, den Arbeitgeberbeitrag genau auf dieser Höhe festzuschreiben, ist damit nicht verbunden: es könnte auch mehr, aber auch weniger werden. Neben der Höhe der Festschreibung ist ihre Dauer von großer Wichtigkeit. Wird der Arbeitgeberbeitrag künftig dynamisiert und bei der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds entsprechend angepasst oder wird er für immer und ewig eingefroren? Der Hinweis auf eine „weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten“ deutet eher auf die zweite Variante hin. Dies ist per se schon politisch brisant, denn eine weitgehende Entkoppelung könnte auch nur der erste Schritt sein, dem die endgültige Entkoppelung folgen würde.

Unabhängig davon, wann und in welcher Form das Festschreiben des Arbeitgeberanteils erfolgt, erteilen die Ersatzkassen diesem Vorhaben der Bundesregierung eine Absage. Schon bislang litt die paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung unter einem schleichenden Abbau durch die Einführung verschiedener Zuzahlungen, die Praxisgebühr, den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkte u.ä., was dazu führte, dass die von den Arbeitnehmern allein getragene Last immer schwerer wurde. Das intendierte Festschreiben des Arbeitgeberanteils würde auf Dauer die endgültige Auflösung der Parität bedeuten. Die Kosten des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels würden die Versicherten allein tragen müssen. Dazu darf es nach fester Überzeugung der Ersatzkassen nicht kommen.

Die Entlassung der Arbeitgeber aus der paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet aber auch deren Entlassung aus der Verantwortung für ein effizientes Gesundheitswesen. Bislang waren die Arbeitgeber als Beitrags-

zahler sehr daran interessiert, dass das Beitragsgeld wirksam im Gesundheitswesen eingesetzt wurde. Bei der abnehmenden Finanzverantwortung der Arbeitgeber wird ihr Interesse für die Gestaltung eines modernen und zukunftsorientierten Gesundheitswesens spürbar nachlassen. Im Übrigen besteht ein nicht nachvollziehbarer Widerspruch zwischen dem Ziel der Bundesregierung, einerseits den Arbeitgeberanteil festzuschreiben, und ihrem Wunsch, die Verwaltungsräte aller Krankenkassen paritätisch mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern zu besetzen.

Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge

Zu den zentralen Zielen ihrer Gesundheitspolitik zählt die Bundesregierung die Einführung der einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträge. Hinter der sperrigen Bezeichnung verbirgt sich die Kopfpauschale. Keine neue Idee! Die Kopfpauschale wurde im Vorfeld der letzten Gesundheitsreform ausführlich diskutiert und teilweise scharf kritisiert. Der Koalitionsvertrag enthält keine präzisen Angaben zur Gestaltung der künftigen Kopfpauschale und nennt keinen konkreten Zeitpunkt für ihre Einführung. Dennoch, der wesentliche Kritikpunkt ist und bleibt: Die Kopfpauschale ist sozial ungerecht, da sie die Bezieher niedrigerer Einkommen überproportional belastet.

Um diesen Nachteil der Kopfpauschale abzufedern, bedarf es eines neuen Ausgleichssystems, das aus Steuermitteln, gespeist werden soll. Es geht um viel Geld. Die Schätzungen bewegen sich jährlich zwischen 20 und 30 Milliarden Euro. Abgesehen davon, dass die Steuereinnahmen von der Wirtschaftsentwicklung direkt abhängen und in Krisenzeiten zurückgehen, was die stete Finanzierung des Gesundheitswesens gefährden könnte, ist die Frage erlaubt, wozu braucht man einen neuen Umverteilungsmechanismus, wenn der vorhandene bestens seinen Zweck erfüllt. Das Solidarprinzip in der heutigen Gesetzlichen Krankenversicherung sorgt dafür, dass jeder Beitragszahler entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der GKV beiträgt. Der Sozialausgleich findet innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung statt! Niemand ist im derzeitigen System finanziell überfordert. Durch die gerechte Bemessung der finanziellen Möglichkeiten der Versicherten wird ihre Gleichbehandlung sichergestellt.

Funktionierendes System nicht aufs Spiel setzen

Das seit Jahrzehnten erfolgreich funktionierende System des solidarisch finanzierten Krankheits-

schutzes ist bislang auch ein Garant für den sozialen Frieden und den wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands gewesen. Dies sollte man nicht ohne Not aufs Spiel setzen. Das bewährte Modell soll laut Koalitionsvertrag durch ein Mischfinanzierungssystem ersetzt werden, zu dessen Bestandteilen der festgeschriebene Arbeitgeberanteil, die einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträge, die vermutlich den gegenwärtigen Arbeitnehmeranteil plus Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten enthalten, eventuelle Zusatzbeiträge, direkte Steuermittel zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen sowie indirekte Steuermittel für den Sozialausgleich gehören. Eine bessere Alternative zum bestehenden Modell sieht sicher anders aus. Daher fordern die Ersatzkassen: Das bestehende System der solidarischen Finanzierung mit seinem sozialen Ausgleichsmechanismus weiterzuentwickeln und auf die Pauschalierung des Arbeitgeberanteils aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit zu verzichten.

Wann die oben skizzierten Pläne der Umgestaltung der GKV-Finanzierung in Angriff genommen werden, ist ungewiss. Folglich müssen die akuten Finanzprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem derzeit geltenden Recht bewältigt werden. Die Auswahl der Lösungsinstrumente ist bescheiden. Zum einen ist die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds theoretisch möglich, aber angesichts der momentan extrem schwierigen Wirtschaftslage nur schwer durchsetzbar.

Staatshilfe vonnöten

Zum zweiten könnte der Einsatz von Steuergeldern erhöht werden. 2009 wurde der normale Bundeszuschuss für die versicherungsfremden Leistungen (4 Milliarden Euro) um weitere 3,2 Milliarden Euro als Gegenfinanzierung für den zum 01.07.2009 abgesenkten allgemeinen Beitragssatz ergänzt. Hinzu kamen 2,3 Milliarden Euro als ein 2011 rückzahlbares Darlehen, um die konjunkturbedingten Mindereinnahmen der GKV zu kompensieren. Da die Rückzahlung eine schwere Belastung für die Krankenkassen darstellt, appellieren die Ersatzkassen an die Bundesregierung, das Darlehen in einen Zuschuss umzuwandeln.

Den Plan der Bundesregierung, einen Extrazuschuss in Höhe von 3,9 Milliarden Euro wegen der Finanz- und Wirtschaftskrise der GKV zu gewähren, begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Doch dieser dürfte bei weitem nicht ausreichen, um die Finanzierungslücke von 7,5 Milliarden Euro zu schließen. Das bedeutet, dass die Differenz von 3,6 Milliarden Euro im Jahr 2010 über Zusatzbeiträge finanziert

werden müsste.

Nach geltendem Recht können die Krankenkassen einen individuellen Zusatzbeitrag entweder als Pauschale von mindestens 8 Euro oder als prozentualen Beitrag erheben. Maximal darf der Zusatzbeitrag die Grenze von einem Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten. Hiermit könnten die Zusatzbeiträge der Krankenkassen im Jahr 2010 zwischen 8 und 37,50 Euro liegen. Für die Erhebung des individuellen Zusatzbeitrags müssten die Krankenkassen bis zu 60 Millionen Versicherungskonten einrichten.

Vorschläge der Ersatzkassen

Diesen Regelungen stehen die Ersatzkassen sehr kritisch gegenüber. Wenn schon die Zusatzbeiträge im kommenden Jahr unvermeidlich sein sollten, dann muss ihre Erhebung sozial gerecht und ohne Entstehung von unnötigen Verwaltungskosten erfolgen. Die Vorschläge der Ersatzkassen dazu sind klar und eindeutig. Die Einrichtung von Versicherungskonten kostet bis zu 500 Millionen Euro. Dieses Geld sollte besser in die medizinische Versorgung investiert werden. Die Ersatzkassen schlagen daher vor, den pauschalen Zusatzbeitrag abzuschaffen und den Zusatzbeitrag nur als prozentualen Aufschlag auf den heutigen Sonderbeitrag der Versicherten (0,9 Prozentpunkte) zu gestalten. Der in dieser Weise erhöhte Sonderbeitrag könnte als Teil des gesamten Krankenversicherungsbeitrags in bewährter Form im Quellenabzugsverfahren von den Arbeitgebern und den anderen Beitrag zahlenden Stellen (insbesondere Rentenversicherung und Bundesagentur) eingezogen werden. Ein weiterer Vorteil des prozentualen Zusatzbeitrages ist seine soziale Gerechtigkeit, weil er die Leistungsfähigkeit der Versicherten berücksichtigt.

Die Ersatzkassen plädieren außerdem für die Abschaffung der Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten. Das Festhalten an der Ein-Prozent-Grenze birgt die Gefahr in sich, dass die Krankenkassen mit einer überproportional hohen Zahl an Geringverdienern nicht in der Lage sein werden, das nötige Finanzvolumen über den Zusatzbeitrag zu akkumulieren. Damit würde sich das Insolvenzrisiko für die Krankenkassen erheblich erhöhen.

Die dramatische finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung verlangt nach schnellen und wirksamen Eingriffen der Politik. Die Vorschläge der Ersatzkassen stellen mögliche Sofortmaßnahmen dar, die im Rahmen eines beschleunigten Gesetzgebungsverfahrens noch bis zum Jahresende zu realisieren wären.

Pflegenoten – Pro...

Vertrauen ist gut – Transparenz ist besser!

Von Jürgen Brüggemann, Leiter des Fachgebietes Qualitätsmanagement Pflege beim MDS

Transparenz in der Pflege tut Not! Bis zum Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hatten wir es in Deutschland im Pflegesektor mit einem semi-transparenten Markt zu tun: Pflegebedürftige und Angehörige konnten sich zwar über die Kosten von Pflegeeinrichtungen informieren. Doch welche Qualität sie für ihr Geld erhalten, darüber gab es wenig Informationen! Um sich ein Bild zu machen, musste jeder „von Pontius nach Pilatus“ laufen, wie es die frühere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt einmal formuliert hat, oder war auf Mund-zu-Mund-Propaganda angewiesen. Seit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 ist die Veröffentlichung von Prüfergebnissen, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung erhoben hat, verpflichtend. Erstmals bekommen die Verbraucher mit den Pflegenoten zusätzliche Entscheidungshilfen. Mittelfristig wird damit der Qualitätswettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen gefördert.

Noten sind für Laien verständlich

Welche Kriterien veröffentlicht werden und nach welcher Systematik diese Kriterien zu bewerten sind, ist in den „Pflege-Transparenzvereinbarungen“ für die stationäre und die ambulante Pflege festgelegt worden. Zur einheitlichen Darstellung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik nach Noten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ entschieden. Noten kennt jeder aus eigener Erfahrung und weiß sie einzuordnen. Außerdem begegnen Verbraucher den Qualitätsurteilen der Stiftung Warentest in Form von Noten auf Schritt und Tritt – und zwar nicht nur für Produkte, sondern auch für Dienstleistungen. Noten werden in Zukunft für mehr Transparenz über die Angebote von Pflegeeinrichtungen sorgen.

Versorgungsqualität steht im Zentrum

Von den insgesamt 82 Prüfkriterien in der stationären Pflege – ambulant 49 Kriterien – sind 26 Kriterien einrichtungsbezogen und 56 bewohnerbezogen, d.h. diese 56 Kriterien sagen etwas über die Qualität aus, die bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ankommt. Das bedeutet, dass die Qualität der Versorgung ganz zentral in den Fokus der Veröffentlichung der Prüfergebnisse gerückt wird. Dies ist eine weitere Stärke der Transparenzvereinbarungen.

Überblick UND Details – auf einen Klick!

Die in der Transparenzvereinbarung abgestimmte „Maske“ für die Veröffentlichung im Internet sieht vor, dass der Nutzer zunächst das Gesamtergebnis und die Ergebnisse aus den einzelnen Qualitätsbereichen sieht.

Der Verbraucher kann also anhand überschaubarer Informationen Pflegeeinrichtungen einer Region miteinander vergleichen. Klickt er dann auf einen der Qualitätsbereiche, z.B. „Pflege und medizinische Versorgung“, kann er auch die Noten zu allen 82 Einzelkriterien einsehen. Der Nutzer entscheidet also selbst, an welchen Qualitätsinformationen er sich bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung orientieren und in welcher Tiefe er sich informieren möchte.

Alle Noten kommen vor

Die Transparenzvereinbarungen sind heftig kritisiert worden, noch bevor überhaupt erste Ergebnisse vorlagen, geschweige denn veröffentlicht waren. Dabei wurde unter anderem gemutmaßt, dass es keine schlechten Einrichtungen geben wird. Diese Einschätzung ist jedoch falsch! In einer ersten Auswertung von über 1.300 MDK-Prüfungen bundesweit hat sich gezeigt, dass die Prüfergebnisse für die stationäre Pflege das gesamte Notenspektrum abbilden. Die Transparenzvereinbarungen sind also vom Grundsatz her geeignet, die Verbraucher über die Qualität einer Pflegeeinrichtung zu informieren.

Externe Gutachter – ein Novum im Pflegesystem

Die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen, die von externen Gutachtern erhoben werden, ist ein Novum im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem – und für die Verbraucher ein Quantensprung in Sachen Transparenz. Bei der Einführung eines solchen Systems mag



Jürgen Brüggemann,
Leiter des Fachgebietes
Qualitätsmanagement
Pflege beim MDS

es möglicherweise noch an der einen oder anderen Stelle knirschen. Deshalb ist es wichtig und richtig, dass man es – wie übrigens andere Systeme auch – evaluiert und bei Bedarf weiterentwickelt. Ergibt sich dabei Änderungsbedarf, müssen die Transparenzvereinbarungen angepasst werden.

Fatal wäre es allerdings, wenn wir – aus Sorge, im Moment noch nicht ein optimales Instrument zu haben – das Rad wieder zurückdrehen würden. Das wäre ein Schlag ins Gesicht von Einrichtungen, die sich um die Verbesserung der Pflegequalität bemühen, und von Verbrauchern gleichermaßen. Deshalb gilt: Vertrauen ist gut – Transparenz ist besser.

... und Contra

Trägerische Transparenz

Von Christine Haderthauer, Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Wenn ich eine Waschmaschine kaufe, verschaffe ich mir zunächst einen Überblick über alle Angebote. Sie sollte nicht nur preisgünstig sein, sondern auch ihren Preis „wert sein“. Dabei orientiere ich mich an den Noten der Stiftung Warentest.

Mit Schulnoten informiert Stiftung Warentest Verbraucher über die Qualität von Produkten. Dasselbe Ziel verfolgt das Transparenzkonzept des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Pflegebedürftige und Angehörige sollen „auf einen Blick“ die Qualität einer Pflegeeinrichtung erkennen. Hierfür wird nun jährlich jede Pflegeeinrichtung geprüft und benotet. Dies ist im Grundsatz zu begrüßen. Doch das Ziel mit dem der MDK antreten ist, wurde bereits beim Startschuss verfehlt.

Der Hauptgrund liegt darin, dass stationäre Einrichtungen anders zu bewerten sind als Elektrogeräte, Körperpflegemittel oder Kindernahrung. Während eine Waschmaschine auf einige wenige Aspekte wie Energie- und Wasserverbrauch geprüft wird, ist die Beurteilung einer Pflegeeinrichtung vielschichtig und komplex. Bei Stiftung Warentest wird darüber hinaus jeder einzelne Artikel auf Herz und Nieren getestet bevor eine Beurteilung veröffentlicht wird, während sich die Note bei der Transparenzvereinbarung aus einigen Stichproben bei fragwürdigen Fragestellungen ergibt.

Gefahr der Transparenzverschleierung

Dies führt zu der paradoxen Situation, dass das Transparenzkonzept – statt Transparenz zu schaffen – dazu beitragen kann zu verschleiern. Es verkennt, dass bei der Wahl einer stationären Einrichtung andere Faktoren eine Rolle spielen als bei einer Waschmaschine. Schließlich geht es um individuelle Bedürfnisse, und die können ganz unterschiedlich sein. So soll für den einen die Einrichtung in räum-

licher Nähe zu den Angehörigen liegen, für andere spielt es eine Rolle, ob sie über ein spezielles Pflegekonzept für an Demenz erkrankte Menschen verfügt. Und natürlich ist auch die Qualität der Einrichtung relevant. Doch so wie der Spanienurlauber bei der Auswahl der Reise keine Informationen über das kulturelle Angebot in Helsinki braucht, will der Bürger – egal ob aus Berlin oder München – wissen, wie die Ergebnis- und Lebensqualität der Einrichtung vor Ort ist und nicht welche Einrichtungen in Köln, Kiel oder Leipzig die gleiche Note erzielt haben. Genau diese künstliche Vergleichbarkeit will das Transparenzkonzept aber um jeden Preis erreichen.

Auf Kosten einer ehrlichen Qualitätsprüfung

Der Preis, der für eine bundesweite Vergleichbarkeit der Pflegeeinrichtungen gezahlt wird, geht auf Kosten einer ehrlichen Qualitätsprüfung. So bleibt etwa das zentrale Thema „Lebensqualität“ weitgehend auf der Strecke. Hilfs- und pflegebedürftigen Menschen wird in einem Heim oft eine große Anpassung an den Tagesablauf und die Gegebenheiten der Einrichtung abverlangt. Umso wichtiger ist es, dass ihre Selbstständigkeit gewahrt und gefördert wird. Aber lassen sich Bemühungen einer Einrichtung, die Autonomie ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken, durch die Frage: „Können Sie jederzeit Besuch empfangen?“ abbilden? Mit Sicherheit nicht! Genau dies aber suggeriert das Transparenzkonzept. Die Wirklichkeit wird zusätzlich durch eine höchst fragwürdige Bewertungssystematik verzerrt.



Christine Haderthauer, Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Bei der Bewertung der Kriterien kann der Prüfer zwischen „erfüllt“ und „nicht erfüllt“ wählen, d. h. eine Abstufung ist so gut wie nie vorgesehen. Da die Bewertungskriterien alle gleich gewichtet werden und ausgeglichen werden können, lässt sich etwa eine schlechte Bewertung der Flüssigkeitsversorgung leicht durch Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Erster Hilfe neutralisieren. Kann eine Waschmaschine noch als ökologisch bezeichnet werden, die einen etwas höheren Energieverbrauch, dafür aber einen extrem niedrigen Wasserverbrauch hat, so verbietet sich ein solcher Ausgleich bei der Beurteilung pflegerischer Versorgung.

Problematische Art der Prüfung

Problematisch ist zudem die Art der Prüfung. Bei Waschmaschinen ist die Stichprobenprüfung eine sinnvolle Methode, um sich ein Bild über ihre Qualität zu machen. Wenn 500 Stück in einem

Herstellungsprozess vom Fließband rollen, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, ein aussagekräftiges Ergebnis zu bekommen. Verfare ich bei der Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Bewohnerinnen und Bewohner ebenso, d. h. verzichte ich auf eine risikoorientierte Auswahl, können bekannte Pflegeprobleme nicht aufgegriffen und auch nicht dem Verbraucher zugänglich gemacht werden.

Klar muss sein: Weit wichtiger als eine einheitliche und bundesweite Darstellung ist die Wiedergabe der tatsächlichen Qualität, die nicht nur die Schwarzen Schafe entlarvt, sondern auch die Pflegeeinrichtungen herausstellt, die eine hervorragende Qualität bieten. Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen und damit die Qualität, die bei ihm ankommt, die ihm dient und nicht die abstrakte Struktur der Pflegequalität.

DER KOMMENTAR



Dr. Ralf Langejürgen,
Leiter der vdek-Landes-
vertretung Bayern

Licht ins Dunkel

Mit der Veröffentlichung der Pflegenoten steht erstmals im deutschen Gesundheitswesen ein transparentes und vergleichendes Bewertungssystem zur Verfügung. Sicherlich könnte man sich ein besseres System wünschen. Dieses entstand auf dem Verhandlungswege und enthält viele Kompromisse. Es ist jetzt an der Zeit, die Pflegenotenbewertung zu testen, kritisch zu hinterfragen und konstruktiv weiterzuentwickeln.

Wie groß und bedeutend dieser Schritt bei der Schaffung der Transparenz ist, wird deutlich, wenn man sich in die Rolle der Pflegebedürftigen selbst versetzt. Bis vor kurzem tappten sie und ihre Angehörigen in Fragen der Pflegequalität im Dunkeln. Die Pflegeeinrichtungen wurden zwar geprüft, die Prüfberichte wurden aber für die Verbraucher nicht zugänglich. Der Status quo ante sollte von niemandem als ernsthafte Alternative zum neuen System gesehen werden.

Menschen, die Pflege brauchen, erhalten durch die Pflegenoten zum ersten Mal neutrale Qualitätsinformationen in verständlicher und vergleichbarer Form. Die Veröffentlichung der Noten im Internet ist verbraucherfreundlich und schafft eine bisher nicht vorhandene Transparenz. Im Übrigen sucht diese IT-Lösung national wie international ihresgleichen und macht das System der Pflegenoten überhaupt erst praktisch nutzbar.

Wir begrüßen die Veröffentlichung der Pflegenoten für die Pflegeeinrichtungen, weil sie nicht nur die Transparenz schafft, sondern auch den Qualitätswettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen fördert. Von großer Bedeutung ist die Mitwirkung der Einrichtungen bei der Benotung. Sie sind keine unmündigen Prüfobjekte, sondern können sich zu den Prüfergebnissen kritisch äußern.

Die veröffentlichte Benotung der pflegerischen und sozialen Leistungen der Pflegeeinrichtungen bringt endlich Licht ins Dunkel. Und das ist gut so, denn es hilft unmittelbar den betroffenen Menschen.

www.pflegelotse.de

Ersatzkassen haben eine neue Suchmaschine

Wer auf der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung für sich oder seine Angehörigen ist, dem hilft künftig die neue Suchmaschine der Ersatzkassen www.pflegelotse.de. Die von ihrem Verband – vdek – entwickelte Suchmaschine wird zukünftig stets aktuell und neutral über rund 12.700 ambulante und 10.300 stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und Informationen über die Größe, Kosten, Ausstattung und Lage sowie über die Anschriften zur Verfügung stellen. Voraussichtlich im Dezember 2009 werden weitere wichtige Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtungen – die Pflegenoten – im www.pflegelotse.de veröffentlicht.

Der Pflegelotse ist einfach zu bedienen und leistungsstark. Er ermöglicht die bundesweite Suche von Pflegeeinrichtungen nach Ort, Postleitzahl und speziellen Angeboten. Wer zum Beispiel eine spezielle Pflege für Wachkoma-Patienten (Beatmungspflicht) oder für Demenzkranke benötigt, wird entsprechende Angebotsinformationen erhalten. Die in die engere Wahl gezogene Einrichtung kann anschließend genauer betrachtet werden. Abgebildet werden die einzelnen Vergütungsbestandteile wie Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung oder das Gesamtheimergelt. Zudem wird angezeigt, wie hoch der Anteil der Pflegekasse und der Eigenanteil

des Versicherten ist. Ebenso besteht die Möglichkeit, einfach und schnell ausgewählte Pflegeeinrichtungen miteinander zu vergleichen.

Bis Ende des kommenden Jahres sollen die Transparenzberichte für alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland vorliegen. Danach werden sämtliche Pflegenoten im vdek-Pflegelotse zu finden sein. Dann wird es auch möglich sein, die Pflegenoten als Suchkriterium zu nutzen. Der Verbraucher kann sich beispielsweise sämtliche Einrichtungen einer Region anzeigen lassen, die eine bestimmte Durchschnittsnote aufweisen.

Der vdek-Pflegelotse soll als wichtige Informationsquelle für Pflegebedürftige und deren Angehörigen weiter ausgebaut und den Bedürfnissen der Nutzer angepasst werden. Damit fördern die Ersatzkassen einen zielgerichteten Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen, bei dem auch der Verbraucher künftig darüber mitbestimmt, welche Einrichtung am Markt bestehen bleibt. Zudem entwickelten die Ersatzkassen ein umfassendes Qualitätskonzept, um die umfangreichen Informationen rund um die Pflegenoten und MDK-Qualitätsberichte gezielt auszuwerten und für Qualitätsverbesserungsprozesse nutzbar zu machen.

Auf einen Blick und leicht verständlich ermöglicht

die benutzerfreundliche Veröffentlichung der Pflegenoten, Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtung zu erhalten. Auch wenn der vdek-Pflegelotse eine qualifizierte Pflegeberatung seitens der Ersatzkasse im Einzelfall keinesfalls ersetzen kann und soll, so ist er doch eine wichtige Entscheidungshilfe auf dem Weg zur gewünschten Pflegeeinrichtung.

Pflegebedürftig zu werden ist für jeden Menschen ein einschneidender Schritt im Leben. Ganz wichtig ist es dann, eine gute Pflege oder Pflegeeinrichtung zu finden. Die Ersatzkassen unterstützen ihre Versicherten und der Pflegelotse leistet eine wertvolle Hilfe dabei.

Herzlich Willkommen beim vdek Pflegelotse

Sie suchen eine passende ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung?
Sie möchten sich über Kosten, Lage und Qualität der Einrichtung informieren?

Der Pflegelotse hilft Ihnen oder Ihren Angehörigen bei Ihrer Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung im gesamten Bundesgebiet. Sie finden Information z.B. über die Größe, die Kosten, die Ausstattung, besondere Versorgungsformen, die Lage sowie die Anschriften der Einrichtungen. Auch ein Vergleich ausgesuchter Einrichtungen ist möglich.

Der Pflegelotse gibt Ihnen einen schnellen Überblick über das Angebot der Einrichtungen – er ersetzt jedoch in keinem Fall eine ausführliche Pflegeberatung durch die zuständige Pflegekasse.

Finden Sie Ihre individuelle Versorgungsform!

[zur Suchmaske](#)

Hilfe
Die Hilfestationen führen Sie durch die einzelnen Punkte der Suchmaske.

[Benutzerhinweise](#) | [Impressum](#) | [Haftungsausschluss](#) | [Glossar](#)

Pflege-Google der Ersatzkassen

BÜCHER



Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb

Hrsg.: Roman Böckmann. 2009, 234 S., Broschur, € 29,90, ISBN 978-3-531-16206-5. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Das Solidarprinzip im Gesundheitswesen erfährt in weiten Teilen der Bevölkerung große Zustimmung. Gleichzeitig haben in den vergangenen Jahren wettbewerbliche Steuerungsinstrumente in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zugenommen. Die Wettbewerbslogik scheint jedoch der Forderung nach Solidarität grundsätzlich entgegenzustehen. In diesem Band wird das Spannungsverhältnis von Solidarität und Wettbewerb am Beispiel verschiedener Akteure und Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens diskutiert. Dabei werden nationale Reformbemühungen ebenso berücksichtigt wie der zunehmende Regulierungseinfluss der Europäischen Union. In ausgewählten Beiträgen wird der Frage nachgegangen, wie sich das Verhältnis von Solidarität und Wettbewerb gewandelt hat, welche Konsequenzen sich daraus ergeben und wie möglicherweise die Vorteile beider Koordinationsformen miteinander kombiniert werden können.



Die Integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ein Leitfaden von Bernd Wiegand, Prof. Dr. Eberhard Jung und Volker Heuzeroth. 2009, 305 S., kartoniert, € 39,80, ISBN 978-3-503-11232-6.

Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Die Integrierte Versorgung erlaubt den Krankenkassen, eine sektorenübergreifende Versorgung und eine ge-

sonderte Vergütung mit einzelnen Leistungserbringern zu vereinbaren. Das bedeutet mehr Vertragsfreiheit und Wettbewerb in der GKV, Förderung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Verbesserung der Qualität und Reduzierung der Kosten bei der Gesundheitsversorgung. Dieser Leitfaden bietet alles, was für Verträge über Integrierte Versorgungsformen benötigt wird: ausführliche Erläuterungen zu Entwicklung, Gestaltung, Umsetzung und Bewertung von Integrationsverträgen, detaillierte Kommentierung der §§ 140a-d SGB V, umfassende Informationen zur aktuellen Rechtslage unter Berücksichtigung ausgewählter, bislang zur Integrierten Versorgung ergangener Rechtsprechung, praxisnaher Überblick zur Vorgehensweise bei der Gestaltung von IV-Verträgen und qualitätsgeprüfte Original-Musterverträge mit zahlreichen Anlagen.



Präventive Bonusprogramme

Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas von Viviane Scherenberg und Wolfgang Greiner. Programmbereich Gesundheit. 2008, 172 S., 34 Abb., 20 Tab., Kt, € 34,95, ISBN 978-3-456-84603-3.

Verlag Hans Huber, Bern.

Anreizsysteme zur Verhaltenssteuerung sind bei Krankenkassen beliebt, weil sie das ökonomische Interesse der Kundenbindung mit dem gesetzlichen Auftrag verbinden, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Theoretisch können sie auch zur Überwindung des Präventionsdilemmas beitragen – aber nur, wenn sie so zielgruppengerecht gestaltet sind, dass die Wirkungen auf Risikogruppen die Mitnahmeeffekte bei den „guten Risiken“ überschreiten. Das Buch beschreibt anhand von 157 Krankenkassen-Bonusprogrammen die Ausgestaltungsmöglichkeiten derartiger Anreize.



Wir wünschen unseren Lesern ein fröhliches Weihnachtsfest und ein gutes Neues Jahr!

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bayern des vdek
Arnulfstr. 201 a · 80634 München
Telefon: 0 89 / 55 25 51-0
Telefax: 0 89 / 55 25 51-14
E-Mail: LV_Bayern@vdek.com
Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen
Redaktion: Dr. Sergej Saizew