

report nordrhein-westfalen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Sept. 2009

ersatzkassen

Ersatzkassen positionieren sich zur Bundestagswahl

In der nächsten Legislaturperiode wird es vordringlich darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern. Nur gering steigende Reallöhne, der Abbau von bisher freiwillig gezahlten Gehaltsbestandteilen, steigende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen schon heute die Einnahmen bröckeln. Die Bundesregierung musste bereits zusätzliche Steuermittel in Höhe von vier Milliarden Euro für Liquiditätsdarlehen in ihrem Nachtragshaushalt 2009 berücksichtigen. Im nächsten Jahr könnte die Deckungslücke auf zehn Mrd. Euro anwachsen und weitere Darlehen auslösen. Darlehen müssen zurückgezahlt werden und lösen von daher die Unterfinanzierung im Gesundheitsfonds nicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen sollten sie deshalb in einmalige Steuerzuschüsse umgewandelt werden. Daneben sollten die für die kommenden Jahre geplanten Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds vorgezogen werden, damit angesichts der aktuellen Krise auch tatsächlich ausreichend Mittel zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Arbeitgeber wieder stärker in die Pflicht nehmen

Die Ersatzkassen kritisieren in einem kürzlich in Berlin vorgestellten Positionspapier auch, dass sich

In dieser Ausgabe:

- **Honorarreform Ärzte**
Schluss mit den Protesten!
- **Schulnoten für Pflegeheime**
Riesenschritt zu mehr Transparenz
- **Spezialisierte Palliativversorgung**
Flächendeckende Verträge in NRW
- **Versorgung Demenzkranker**
Stetiger Ausbau der Angebote

die Belastungsverteilung in der Krankenversicherung in den letzten Jahren deutlich zuungunsten der Versicherten verschoben hat. Durch Zusatzbeiträge drohen weitere Verschiebungen. Klein- und Geringverdiener wird dies am stärksten treffen. Zur Vermeidung besonderer Härten sollten die Zusatzbeiträge deshalb ausschließlich als prozentualer Aufschlag auf den Sonderbeitrag erhoben werden. Das würde auch Kosten vermeiden, da keine separaten Versichertenkonten eingerichtet werden müssten. Geld sollte nicht in überflüssige Bürokratie, sondern in die Versorgung der Versicherten fließen. Nach den Vorstellungen der

Ersatzkassen sollten die Arbeitgeber wieder stärker zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Nur eine angemessene – paritätische – Beteiligung der Arbeitgeber sichert die breite gesellschaftliche Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung. Daneben wird das Interesse der Arbeitgeber an einer guten und effizienten medizinischen Versorgung wachgehalten.

Heute die medizinische Versorgung von morgen planen

Die Gestaltung bedarfsgerechter und zukunftstauglicher Versorgungsstrukturen stellt eine zweite große Herausforderung für die nächste Bundesregierung dar. Notwendig sind Reformen, die ihren Namen verdienen und den notwendigen Umbau der bestehenden Strukturen einleiten. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Diesen Status muss sich Deutschland aber immer wieder neu verdienen. Insbesondere die demografische Entwicklung und mit ihr eine wachsende Zahl an alten Menschen und chronisch Kranken unterstreicht die Notwendigkeit des Umdenkens. Heute werden Systemfragen häufig auf sektorale und berufsständische Besitzkämpfe reduziert. Künftig muss die Versorgung stärker prozesshaft begriffen, sektoren- und berufsübergreifend organisiert und an den veränderten Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft ausgerichtet werden. Die Versorgungsforschung soll hierzu in Zukunft einen größeren Beitrag

leisten. Vielfach fehlen heute noch die Kenntnisse darüber, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung der Betroffenen tatsächlich nachhaltig verbessern. Die damit einhergehende Ressourcenverschwendung ist nicht zu akzeptieren. Die Ersatzkassen richten ihre Vertragspolitik bereits heute an den sich verändernden Bedingungen aus. Als gutes Beispiel hierfür gilt der Mustervertrag zur hausärztlichen Versorgung, der insbesondere auch die Ärzte fordert, sich für die Versorgung älterer Menschen besser zu qualifizieren.

Gute Versorgung braucht fairen Wettbewerb

Gute Verträge brauchen Raum. Kreative Köpfe können sich nur beweisen, wenn ein Instrumentarium zur Erprobung neuer Ideen zur Verfügung steht. Selektivverträge erfüllen diese Funktion und können gezielt für die Suche nach besseren Versorgungskonzepten eingesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung sollte weiterhin über kollektivvertragliche Regelungen sichergestellt und durch flexible Rahmenbedingungen – z. B. praxistaugliche Bereinigungsregelungen für die Arzt- und Krankenhausbudgets – ergänzt werden. Der Vertragswettbewerb darf aber auch nicht auf den Kopf gestellt werden, wie es aktuell im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung geschieht. Hier ist ein Hausärztemonopol in die Lage versetzt worden, gleiche Leistungen zu höheren Preisen abzurechnen. Eine bessere



Andreas Hustadt
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

DER KOMMENTAR

Abwahl eines Monopols

Gesundheitsreformen nach Bundestagswahlen lösen in der Regel keine Begeisterungstürme aus. Selten gibt es eindeutige Gewinner. Versicherte und Patienten müssen sich meist auf finanzielle Mehrbelastungen oder Leistungseinschränkungen einstellen. Jedoch könnte es nach der September-Wahl ein Reform-Bonbon geben, das allen Partnern und Institutionen im Gesundheitswesen schmecken dürfte: die Abschaffung des hausärztlichen Vertragsmonopols nach § 73 b SGB V. Hier wurde eine Machtkonzentration auf Seiten der Hausarztverbände geschaffen, die eine qualitative Verbesserung der Versorgung verhindert und von den Versicherten teuer bezahlt werden soll.

In Nordrhein-Westfalen hat sich gezeigt, dass die Hausärzteverbände Einkommensmaximierung um jeden Preis erreichen wollen. Dafür politisieren sie nicht nur die Arztpraxen zulasten der Patienten, sondern listen auch „Allgemeinmediziner“ für die hausärztliche Versorgung, die gar keine sind, nur um einen Monopolanspruch gegenüber Kassen und Aufsichten durchzusetzen. Mit Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung hat das nichts zu tun. Den Verbänden geht es lediglich um mehr Geld, das sie außerhalb der KV verwalten und verteilen wollen. Und dieses Geld wird dort fehlen, wo es für eine bessere Gesundheitsversorgung gebraucht wird. Deshalb haben wir uns dem Vertragsdiktat nicht unterworfen und werden alles daran setzen, dass die Versorgungssicherheit für unsere Versicherten zu bezahlbaren Honoraren erhalten bleibt.

Die kommende Bundesregierung steht in der Pflicht den Fehler im Gesetz zu korrigieren. Das Motto für eine Regierung jeglicher Farbenkombination muss lauten: Schnellstmögliche Aufhebung der Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V. Um in unserer solidarischen GKV eine verbesserte Ressourcensteuerung durch kreative Konzepte zu erreichen, müssen Monopole aufgehoben und nicht geschaffen werden.

hausärztliche Versorgung der Menschen wird auf diesem Wege nicht erreicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen muss eine der ersten Aufgaben der neuen Bundesregierung darin bestehen, dies wieder rückgängig zu machen.

Daneben brauchen die Krankenkassen gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen. Heute noch bestehende Vergütungsunterschiede, wie im zahnärztlichen Bereich, wirken unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds noch stärker wettbewerbsverzerrend als in der Vergangenheit und müssen beseitigt werden. Die Ersatzkassen fordern gleichlange Spieße. Das schließt auch die nach wie vor unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Bundesversicherungs-

amt und Länderaufsicht ein. Im Rahmen der letzten Gesundheitsministerkonferenz im Juni dieses Jahres haben sich die Länder darauf verständigt, zu wesentlichen Versorgungsfragen Stellung zu beziehen und wieder mehr Einfluss in der Gesundheitspolitik geltend zu machen. Dies soll eine praktikable Teilung der Aufgaben zwischen Bundes- und Länderaufsicht einschließen. Nach Meinung der Ersatzkassen ist dabei auf mehr Wettbewerbsneutralität hinzuwirken. Die „Unwuchten“ im Kassenwettbewerb sollten endlich der Vergangenheit angehören.

Die gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen finden Sie unter www.vdek.com/Standpunkte

Was wollen die Parteien?

Gesundheitspolitische Aussagen zur Finanzierung der GKV

	<p>Die CDU will den Gesundheitsfonds beibehalten. Er bilde den Grundstein für ein neues, transparentes, gerechteres und nachhaltigeres Finanzierungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die im Gesundheitsfonds vorgesehene Festsetzung des Arbeitgeberbeitrages bliebe erhalten und sei ein erster Schritt zu einer Abkoppelung der Sozial- von den Arbeitskosten. Versicherungsfremde Leistungen sollen über Steuern und kassenindividuelle Wettbewerbsbeiträge finanziert werden. Ausgeweitet werden sollen individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Versicherten bei unterschiedlichen Versorgungsangeboten.</p>
	<p>Die SPD fordert die Bürgerversicherung. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen sich an der Finanzierung des Gesundheitswesens nach ihrer Leistungsfähigkeit beteiligen. Eine Finanzierung über angemessene Beiträge und über Steuern sorgte auf Dauer für eine gerechte und stabile Finanzierung. Ob gesetzlich oder privat: Alle Versicherten sollen künftig in den Risikoausgleich einbezogen werden. Das soll schrittweise erfolgen, denn die erworbenen Rechte der privat Versicherten sollen gewahrt bleiben. Voraussetzung sind vergleichbare Spielregeln für alle Krankenkassen und Versicherungsunternehmen.</p>
 Die Liberalen	<p>Die FDP will den Gesundheitsfonds abschaffen. Die Finanzierung der GKV soll auf ein Prämiensystem umgestellt werden. Der Versicherte habe zukünftig die Möglichkeit eine Mehrkostenregelung abzuschließen, wenn eine gewünschte Therapie teurer ist als der Erstattungsbetrag der Krankenkasse. Der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung soll Bestandteil des Lohns werden.</p>
	<p>Die Linke will eine solidarische und soziale Bürgerversicherung. Der Morbi-RSA soll ausgebaut werden. Alle Einkommensarten sollen in die Beitragsbemessung einbezogen werden. Steuermittel sollen nur für versicherungsfremde Leistungen zur Verfügung stehen.</p>
	<p>Bündnis 90/Die Grünen wollen eine Bürgerversicherung und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches. Privatversicherte sollen zukünftig in den Solidaritätsgleich einbezogen werden. Außerdem sollen alle Einkommensarten in die Beitragsbemessung einbezogen werden.</p>

Vergütungsreform Ärzte 2009

Der Honorarnebel lichtet sich

Mit Start der Honorarreform 2009 zu Beginn des Jahres fegte ein Proteststurm über die Republik hinweg: Tausende von niedergelassenen Ärzten auch in NRW gingen gegen die Reform auf die Straße, Patienten standen vor geschlossenen Praxen und manche Ärzte verlangten Vorkasse für Behandlungen und verschoben Termine. Spätestens mit der Veröffentlichung der tatsächlichen Honorarzahlen an die Ärzte im Juli/August steht fest, dass die Honorarreform weit besser ist als ihr Ruf und zahlreiche Ärzte zu Unrecht gejammert und Patienten verunsichert haben: Seit 2007 sind bundesweit fast 4 Mrd. € mehr an Honorar durch die GKV an die niedergelassenen Ärzte geflossen, schon in den Jahren 2002 bis 2007 gab es nach Angaben des Statistischen Bundesamtes durchschnittliche Zuwächse beim Reinertrag von über 12 Prozent pro Mediziner und im Vergleich des 1. Quartals 2009 zu 2008 haben ein Großteil der Ärzte auch in NRW Umsatzsteigerungen verbucht.

Zentrale Forderungen der Ärzte erfüllt

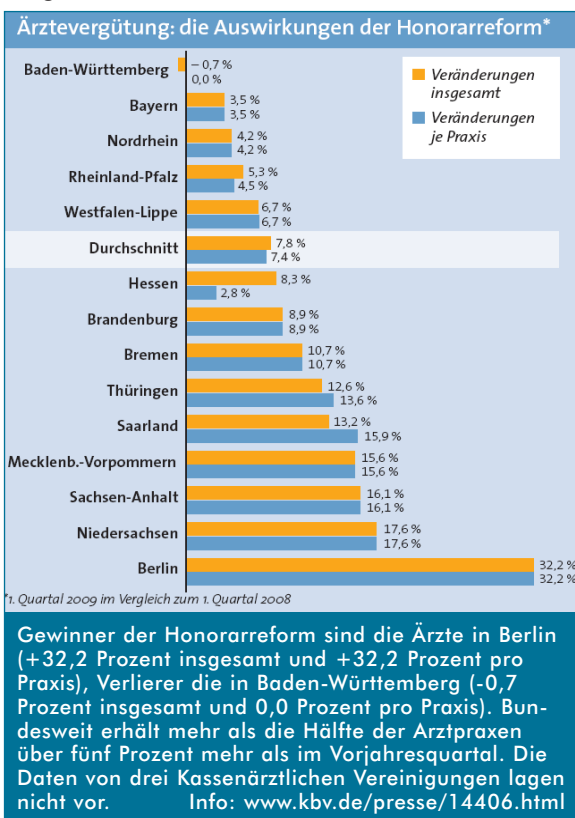
Blickt man bei der Honorardebatte noch mal zurück auf die grundlegenden Ziele der Reform, so lässt sich feststellen, dass die drei zentralen Forderungen der Ärzte uneingeschränkt erfüllt und gesetzlich umgesetzt wurden:

1. Die bisherige Honorarbemessung durch leistungsunabhängige Kopfpauschalen wurde beendet. Der Preis der Leistung ist nun nicht mehr abhängig von der im aktuellen Abrechnungszeitraum erbrachten Menge und stellt sich nicht mehr erst im Nachhinein heraus, sondern wird bereits im Voraus in Form eines bundesweit einheitlichen Punktwertes (fester Euro-Wert) festgelegt.
2. Der jeder einzelnen Leistung zugrunde liegende Bedarf wurde unter maßgeblicher Beteiligung der KBV grundlegend überarbeitet und systematisiert. Die neue Eurogebührenordnung wurde im Dezember 2008 bekannt gegeben, zusammen mit dem in jeder Praxis zum festen Preis abrechenbaren Regelleistungsvolumen. Dieses bemisst sich an der bisherigen Patientenzahl und dem arztgruppenspezifischen Leistungsbedarf je Patient.
3. Für die vertragsärztliche Versorgung wurde insgesamt ein höheres Vergütungsvolumen bereitgestellt. Damit sollte kompensiert werden, dass die einnahmenorientierte Budgetierung die unterstellte alterungsbedingte Zunahme des Leistungsbedarfs bislang nicht berücksichtigt hat.

Diese festen Gebührensätze, ein transparentes Vergütungssystem mit einer leistungsgerechten Honorarverteilung und der kräftig aufgestockte Honorarpotopf lösten leider kein Aufatmen bei den Ärzten aus. Lautstark wurde die Abwertung oder der Wegfall einzelner Gebührenpositionen beklagt, die von den Honorarexperten der KBV als überbewertet eingestuft oder in eine Komplexpauschale integriert worden waren. Die transparente Honorarverteilung löste einen Proteststurm derjenigen Arztgruppen aus, die bisher von den starren Verteilungsrelationen zwischen den Arztgruppen profitiert hatten und nunmehr relativ weniger angehoben wurden. Selbst die kräftige Aufstockung der Gesamtvergütung wurde als unzureichend bemängelt und so interpretiert, dass dies lediglich ein erster Abschlag auf den Ausgleich der Lasten der Vergangenheit sein könne.

Einkommen der Ärzte

Basis der ärztlichen Kritik an der bisherigen Budgetierung war die Behauptung, diese habe zu einer wachsenden Finanzierungslücke zwischen morbiditätsbedingtem Behandlungsbedarf und verfügbarem Finanzvolumen geführt. Die Politik hat sich diese These zu eigen gemacht, ohne sich ihre Berechtigung empirisch nachweisen zu lassen. Zum Ausgleich der angeblichen Finanzierungslücke hat der Erweiterte Bewertungsausschuss im August und Oktober 2008 eine



Anhebung der ärztlichen Vergütung 2009 um 2,74 Mrd. Euro gegenüber 2007 beschlossen. Damit war die Anhebung politisch gesetzt und von der GKV nicht mehr weg zu verhandeln. Das diese beschlossene Anhebung faktisch in eine Honoraranhebung von bundesweit fast 4 Mrd. € mündete, ist angesichts der allgemeinen Wirtschaftskrise äußerst bemerkenswert und verleiht den Protesten einiger Teile der Ärzteschaft eine noch üblere Note.

Auch zeigen neueste Kostenstrukturhebungen des Statistischen Bundesamtes, dass entgegen der Klagen vieler Ärztesfunktionäre es auch in den vergangenen Jahren keine Honorareinbußen bei den Niedergelassenen gegeben hat. So lag das Bruttoeinkommen (=durchschnittlicher Reinertrag nach Abzug der Praxiskosten für Personal, Miete etc.; vergleichbar mit dem Bruttogehalt) eines niedergelassenen Arztes 2007 bei 142.000 €, 2002 bei 126.000 €. Dies ist im Vergleich ein Plus von 12,7 Prozent bei einer durchschnittlichen Zuwachsrate von 2,42 %. Der Honoraranstieg durch die Reform 2009 ist hier noch gar nicht mitgerechnet, ebenso nicht die Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten sowie aus „Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)“.

Diese Einkommensentwicklung ist durch eine relative Entlastung bei den Praxiskosten befördert worden. Die Praxiskosten (Personal, raumbezogene Kosten, Abschreibungen auf Anlagen usw.) sind von 53,6 % in 2002 auf 51,7 % in 2007 gefallen. Hinter dieser Entwicklung verbirgt sich ein dynamischer Wandel der Betriebsstruktur. Mit dem Zusammenschluss in Berufsausübungsgemeinschaften und neuen Betriebsformen lässt sich die relative Belastung der Honorarsumme mit fixen Kosten senken.

Veränderungen in NRW

Betrachtet man die Honorarzuwächse in den beiden KV-Bezirken Nordrhein und Westfalen-Lippe, so lässt sich auch hier feststellen, dass die Mehrheit der Ärzte von der Honorarreform profitiert. Für den Bereich Westfalen-Lippe beträgt die durchschnittliche Steigerung im ersten Quartal 2009 gegenüber dem Vorjahreszeitraum 6,7 Prozent (rund 35 Mio. €), in Nordrhein nach Angaben der KBV 4,2 Prozent. Die KV Nordrhein berichtet sogar von einem Plus von 9,4 Prozent (rund 75 Mio. €) für die Ärzte in ihrem Bereich. Diese erhöhte Honorarsteigerung führte allerdings KV-seitig zu einem Defizit in Höhe von 34 Mio. €. Aufgrund von Fehlschätzungen der KV Nordrhein wurden zu hohe Regelleistungsvolumen gebildet, die – nach Bekanntgabe gegenüber den Ärzten – auch entspre-

Arztgruppe	Westfalen-Lippe	Nordrhein
Allgemeinmediziner / hausärztlich tätige Internisten	7 %	9 %
Kinderärzte	10 %	8 %
Anästhesisten	7 %	10 %
Augenärzte	2 %	6 %
Chirurgen	9 %	9 %
Frauenärzte	9 %	3 %
Hautärzte	12 %	17 %
HNO-Ärzte	-3 %	5 %
Nervenärzte*	9 %	22 %
Neurologen	2 %	
Orthopäden	-5 %	-5 %
Urologen	4 %	12 %
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	2 %	2 %
Kardiologen	19 %	34 %
Gastroenterologen	15 %	11 %
Pneumologen	8 %	

Veränderung des Honorars 1/2009 zu 1/2008 je Arztgruppe in NRW * ggf. höchstens 30 % Psychotherapie-Anteil
Quelle: KBV 2009

chend auszus zahlen waren. Jetzt fordert die KV diesen Fehlbetrag sowie weitere 6 Mio. €, die durch die Stützung von Ärzten zustande kam, damit diese keine Honorarverluste von mehr als 5 % hinnehmen mussten, von den Krankenkassen ein. Da jedoch die Vergütungen mit befreiender Wirkung gezahlt werden, ist hier ein neues Konfliktfeld entstanden, über das noch zu verhandeln ist.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass rund zwei Drittel der Arztpraxen mit der Honorarreform mehr Geld als vorher erhalten. Bezogen auf einzelne Facharztgruppen gibt es in beiden Landesteilen eigentlich nur die Orthopäden, die in dem genannten Vergleichszeitraum Honorareinbußen hinnehmen müssen, sowie in Westfalen-Lippe die HNO-Ärzte. Ansonsten können alle anderen Facharztgruppen teilweise erhebliche Zuwächse von über 10 Prozent verbuchen, Kardiologen sogar von über 30 und Lungenärzte von 25 Prozent.

Wie geht's weiter?

Derzeit laufen schon die Verhandlungen mit der KBV zur Honorarreform 2010. Die Ärztevertreter haben erkennen lassen, dass sie den Honorartopf noch immer nicht für voll genug halten und weitere Honorarsteigerungen für zwingend notwendig halten. Aus Sicht der GKV wird es vorrangiges Ziel sein, eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler unter allen Umständen zu vermeiden. Das Klagelied der zu niedrigen Einkommen darf auch bei der Politik keinesfalls mehr verfangen. Die Versicherten jedenfalls werden die Litanei vom geschöpften Arzt nicht noch einmal glauben – dafür werden sich die Ersatzkassen einsetzen.

Noten für Pflegeeinrichtungen

Qualität der Versorgung wird transparent

Stehen Betroffene und ihre Angehörigen in der Situation, die pflegerische Versorgung einem ambulanten Pflegedienst zu übertragen oder ist ein Einzug in ein Pflegeheim nicht mehr zu vermeiden, stellt sich ihnen eine wichtige Frage: Welche Pflegeeinrichtung ist am besten geeignet und bietet die beste Qualität? Diese Fragen konnten in der Vergangenheit häufig nicht zufriedenstellend beantwortet werden, weil die nötigen Informationen fehlten. Den Pflegekassen war eine Beratung über die Qualität der Versorgung trotz vorliegender Qualitätsprüfungsberichte der Medizinischen Dienste in Nordrhein-Westfalen nicht möglich, weil einrichtungsfreundliche gesetzliche Datenschutzregelungen dies verhinderten. Dieser Misstand wurde – auch auf Druck der Ersatzkassen – mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beseitigt. Es ermöglicht, nachdem die erforder-

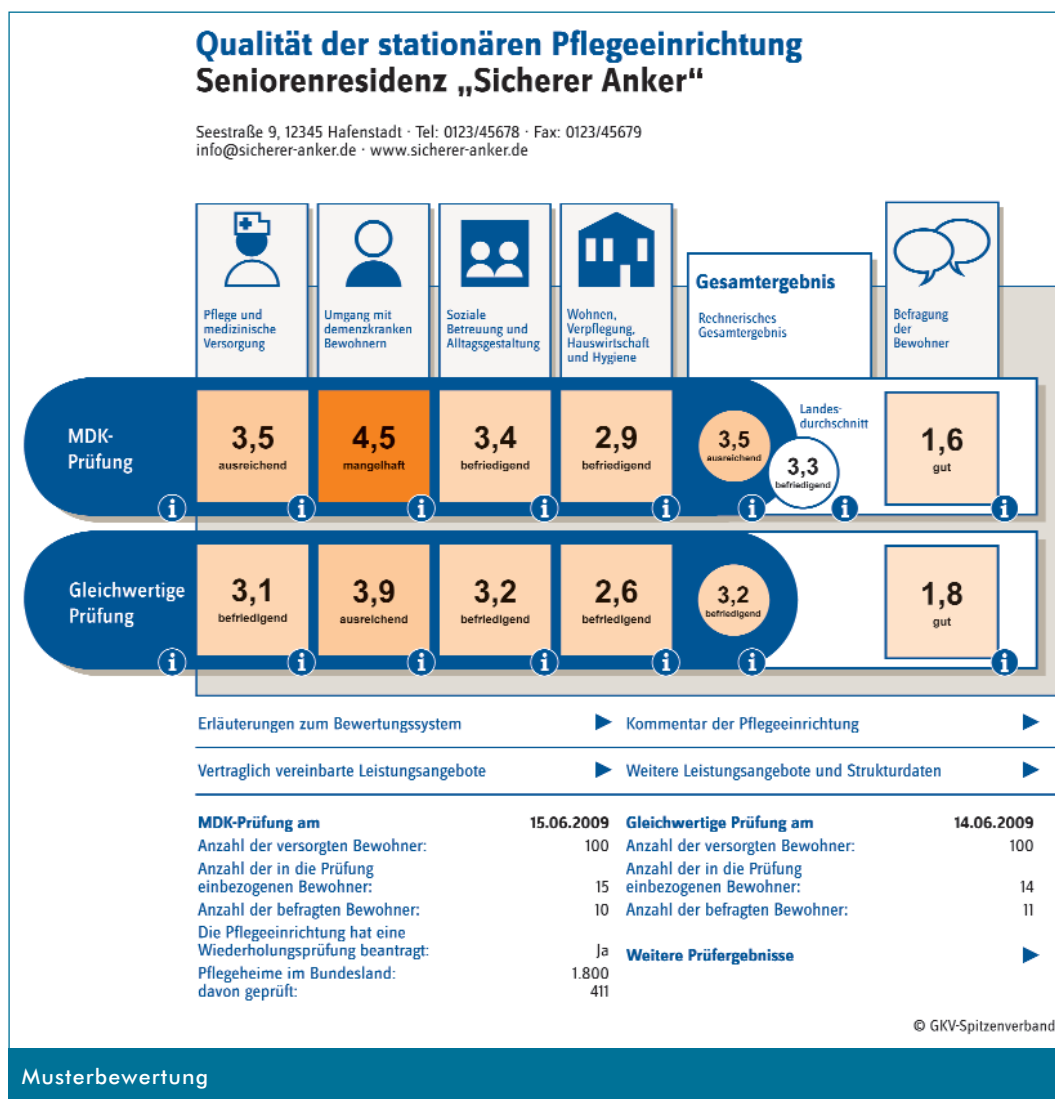
lichen Rahmenbedingungen für eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse zwischen den Pflegekassen, den Sozialhilfeträgern und den Verbänden der Leistungserbringer auf der Bundesebene abgesprochen wurden, künftig die Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Hierfür wurden 82 Kriterien für die Beurteilung der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen und 49 Kriterien für ambulante Pflegeeinrichtungen festgelegt.

Für die Benotung stehen Werte zwischen 1 (sehr gute Qualität) und 5 (mangelhafte Qualität) zur Verfügung. Die Medizinischen Dienste gewährleisten dabei eine einheitliche und neutrale Beurteilung. In das Gesamtergebnis fließen alle Kriterien der z. B. bei den Pflegeheimen zu prüfenden 5 Bereiche (s. Kasten) ein. Der Schwerpunkt der Bewertungskriterien liegt dabei auf

der Qualität der Pflege und der medizinischen Versorgung. Wegen der vorherrschenden subjektiven Eindrücke bleiben einzig die Ergebnisse der Bewohnerbefragung hiervon ausgenommen.

Passgenaue Beratung durch die Ersatzkassen

Für die gesetzliche Verpflichtung der Pflegekassen, die Transparenzberichte im Internet zu veröffentlichen, haben die Ersatzkassen inzwischen ein verbraucherfreundliches, einheitliches Internetportal, den „Pflegetlotsen“ eingerichtet. Hier werden alle Berichte der durch die Medizinischen Dienste geprüften Pflegeeinrichtungen eingestellt. So wird, verknüpft mit den



weiteren Beratungsmöglichkeiten der Ersatzkassen vor Ort, eine den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entsprechende Auswahl der geeigneten Pflegeeinrichtung mit guter Versorgungsqualität erstmals möglich.

Nachdem nun weitere Verfahrensfragen auf der Bundesebene geklärt sind, werden Ende September in Nordrhein-Westfalen die ersten „Transparenzberichte“, zunächst für die stationären Pflegeeinrichtungen, zur Verfügung stehen. Zu den insgesamt über 2.600 Pflegeheimen werden in einem ersten Schritt voraussichtlich bereits ca. 500 Transparenzberichte veröffentlicht. Bis Ende 2010 werden für weitere ca. 1.250 Pflegeheime und für ca. 1.250 ambulante Pflegeeinrichtungen die Berichte vorliegen. Ab 2011 werden alle ca. 5.100 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen jährlich qualitätsgeprüft, sodass sich die Versicherten der Ersatzkassen dann umfassend und aktuell informieren können. Die Angabe eines Landesdurchschnitts der Prüfergebnisse erleichtert ergänzend die Orientierung.

Pflegemarkt gerät in Bewegung

Erste Stichproben, bezogen auf die Bewertungskriterien, zeigen, dass ca. 70 bis 80 % der stationären Pflegeeinrichtungen eine sehr gute bis zufriedenstellende Qualität anbieten. Die Veröffentlichung der Transparenzberichte ermöglicht es nun dem Verbraucher, die Pflegeeinrichtungen, die eine nicht zufriedenstellende oder sogar mangelhafte Qualität anbieten, ohne Mühe zu identifizieren. Außerdem müssen geprüfte Einrichtungen eine

Zusammenfassung der Ergebnisse gut sichtbar aushängen. Davon unabhängig bleibt es bei der Regelung, dass Heime Bescheide erhalten, mit denen sie aufgefordert werden, identifizierte Mängel abzustellen.

Bei der praktischen Nutzung durch den Verbraucher sollte gleichwohl ein gewisses Maß an Bereitschaft vorhanden sein, ein wenig Zeit in die Informationssuche zu investieren und sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. So setzt sich zum einen die Gesamtnote als Durchschnitt aus Einzelnoten zusammen, sodass hier gewisse Schwächen ausgeglichen werden können; zum anderen kann auch ein hoher Punktwert bedeuten, dass ein Fehler gemacht wurde – in einem sensiblen Bereich wie der Pflege. Für die Ersatzkassen ist somit ganz klar, dass der Goldstandard hier noch nicht erreicht ist und die Bewertungssystematik ein lernendes System ist, das laufend angepasst werden muss.

Insgesamt werden aber schlechte Einrichtungen mit einem massiven Rückgang an „Neukunden“ rechnen müssen. Gelingt es ihnen nicht innerhalb kurzer Zeit, das angebotene Qualitätsniveau deutlich zu verbessern, werden sie keine Chance haben, sich weiter am Markt zu behaupten. Diese abzusehende Existenzgefährdung nehmen bereits heute verschiedene Betreiber von Pflegeeinrichtungen zum Anlass, massive rechtliche Schritte gegen die Veröffentlichung der Transparenzberichte anzudrohen. Die verbraucherfreundliche Einführung der Transparenz in der Qualität der pflegerischen Versorgung wird sich hiervon jedoch nicht aufhalten lassen.

82 KRITERIEN ZUR BEWERTUNG VON PFLEGEHEIMEN

- **Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)**
Beispiel: Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
- **Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)**
Beispiel: Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
- **Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)**
Beispiel: Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
- **Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)**
Beispiel: Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten?
- **Befragung der Bewohner (18 Kriterien zur Lebensqualität und Selbstbestimmung, die nicht in die Gesamtnote einfließen)**
Beispiel: Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen

Hilfen aus einer Hand

Mit der Veröffentlichung der Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten am 5.6.2009 wurde auch für NRW der Grundstein für den Aufbau sowie die Errichtung von Pflegestützpunkten gelegt. Grundlage für diese Allgemeinverfügung ist eine zwischen dem Land NRW, den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie den kommunalen Spitzenverbänden geschlossene dreiseitige Rahmenvereinbarung, in der die wesentlichen Eckpunkte zur Errichtung von Pflegestützpunkten geregelt sind.

Doppelstrukturen vermeiden

Aufbauend auf den bereits vorhandenen und bewährten Beratungsstrukturen sollen im Rahmen einer 2-jährigen Start- und Erprobungsphase grundsätzlich drei Pflegestützpunkte je Kreis bzw. kreisfreie Stadt eingerichtet werden. Dabei soll ein Pflegestützpunkt in Anbindung an die Kommune und zwei Stützpunkte in Anbindung an die Pflege-/Krankenkassen eingerichtet werden. Insbesondere in ländlich strukturierten Kommunen und in Ballungsräumen mit hoher Einwohnerzahl können mehr als drei Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Die Entscheidung über die Errichtung treffen die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Pflegekassen vor Ort gemeinsam.

In der Start- und Erprobungsphase soll die Personalausstattung grundsätzlich aus zwei MitarbeiterInnen bestehen. Die entstehenden Personal- und Sachkosten werden von den jeweiligen Trägern der Pflegestützpunkte übernommen, ein Ausgleichsverfahren findet nicht statt. Die Anschubfinanzierung aus Bundesmitteln beträgt einmalig 45.000 € pro Stützpunkt. Zur fachlichen Unterstützung der Pflegestützpunkte wird gemeinsam von den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Land NRW ein Landeszentrum für Pflegeberatung eingerichtet.

Aufgaben der Pflegestützpunkte

Die Pflege- und Krankenkassen halten schon heute ein umfassendes enges Beratungsnetz bereit und werden dies auch weiter tun, gleiches gilt auch für die kommunalen Beratungsstrukturen. Jedoch steht außer Frage, dass die bislang bestehenden Schnittstellenprobleme durch eine enge Zusammenarbeit der zuständigen Kostenträger im Interesse der Pflegebedürftigen minimiert werden sollten. Pflegestützpunkte sollen demnach dazu beitragen, dass auf der örtlichen Ebene die Beratungs- und Begleitstrukturen

wirksam vernetzt und trotz der Gliederung des sozialen Hilfesystems den pflegebedürftigen Menschen Hilfen aus einer Hand ermöglicht werden. Sie sollen ein unabhängiges, neutrales und wohnortnahes Beratungsangebot anbieten.

Die Beratung erfolgt im Pflegestützpunkt selbst, telefonisch und bei Bedarf auch zu Hause. In den Pflegestützpunkten arbeiten die MitarbeiterInnen der Pflege- und Krankenkassen und der Kommunen eng zusammen, insbesondere bei der Vorbereitung und Umsetzung von Versorgungsplänen. Leistungsentscheidungen werden jedoch nicht getroffen. Zur besseren Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte für Ratsuchende soll darüber hinaus eine landesweit einheitliche Telefon-Servicenummer eingerichtet werden.

Erste Pflegestützpunkte in diesem Jahr

Die ersten Pflegestützpunkte werden noch in diesem Jahr eingerichtet. Die Rahmenvereinbarung in NRW ist von dem gemeinsamen Gedanken geprägt, Pflegestützpunkte bedarfs- und ressourcenorientiert in Teilschritten aufzubauen. Da kaum Erfahrungswerte zur Inanspruchnahme bei einer flächendeckenden Umsetzung vorliegen, vertreten die Ersatzkassen die Auffassung, dass ein niedrigschwelliger Start mit einer sukzessiven Steigerung insbesondere der personellen Ressourcen beim Aufbau der Pflegestützpunkte ein effizienter und richtiger Weg ist. Problematisch ist dabei die Forderung des Landes NRW nach einem gegenseitigen Personalaustausch bereits in der Start- und Erprobungsphase. Dies dürfte dazu führen, dass nicht in allen Kreisen und kreisfreien Städten Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Ob dort durch den geplanten Abschluss von Kooperationsvereinbarungen eine engere Form der Zusammenarbeit erreicht werden kann, bleibt abzuwarten.

Ausblick

NRW ist auf dem richtigen Weg. Der Aufbau der Pflegestützpunkte als Marke mit Wiedererkennungseffekt und eigenem Logo, ein vorsichtiger Einstieg hinsichtlich der Anzahl der Stützpunkte aufbauend auf den bisherigen Strukturen, eine sukzessive Anpassung insbesondere der personellen Ressourcen sowie eine pragmatische Finanzierungsregelung sind die richtigen Bausteine, damit die Pflegestützpunkte ein Erfolgsmodell werden. Bis Ende 2010 werden die Vertragspartner einvernehmlich anhand der bis dahin vorliegenden Erfahrungen über eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung entscheiden – selbstverständlich im Sinne der Betroffenen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Neue Strukturen entstehen

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist die Palliativmedizin „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung in der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, andere Krankheitsbeschwerden, psychologische, soziale und spirituelle Probleme höchste Priorität besitzt.“

Es geht bei der Palliativversorgung also nicht um eine Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis, sondern die Lebensqualität – die Wünsche, Ziele und das Befinden der Patienten in der letzten Lebensphase stehen im Vordergrund der Behandlung.

Die meisten Menschen möchten ihre letzten Lebensstage Zuhause verbringen. Diesem verständlichen Wunsch wurde bislang häufig nicht entsprochen, da die dafür notwendigen unterstützenden Strukturen nicht vorhanden bzw. nur ungenügend organisiert waren.

Neue Versorgungsformen gesetzlich verankert

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 wurde eine neue Versorgungsform gesetzlich verankert – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Ein aufeinander abgestimmtes Miteinander von Ärzten, ambulanten Hospizdiensten und besonders qualifizierten Pflegediensten schafft hier ein

Netz, das dem sterbenden Menschen, seinen Angehörigen und Freunden die Hilfen bietet, die notwendig sind, diese schwierige Situation Zuhause zu meistern.

Abgestimmtes Vorgehen unter den verschiedenen Leistungserbringern

Der Hausarzt oder ein Krankenhausarzt verordnet die SAPV auf Antrag des Patienten und entscheidet nach einer ersten Einschätzung, welche der vier Leistungsarten (Beratung, Koordination, additive Teil- oder Vollversorgung) benötigt wird. Der Patient bzw. seine Angehörigen suchen sich dann ein Palliativ-Care-Team aus. Die nächsten Schritte zur optimalen häuslichen Versorgung des Palliativpatienten werden im Rahmen eines Besuches durch das Team geplant und unter Einbindung des behandelnden Haus- oder Facharztes umgesetzt. Durch regelmäßige Fallbesprechungen der einzelnen Akteure wird eine den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechende Behandlung gesichert.

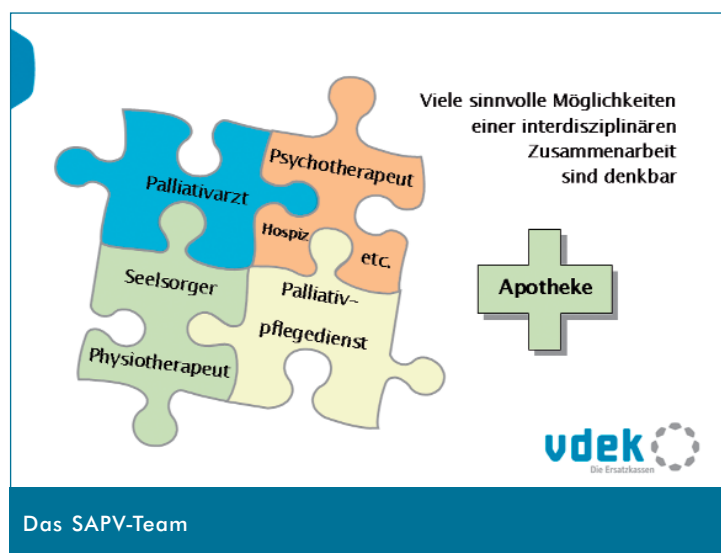
Der Einsatz eines einheitlichen Dokumentationssystems soll im Rahmen einer bundesweiten Evaluation Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung ermöglichen.

NRW startete mit dem bundesweit ersten flächendeckenden Vertrag

In NRW wird nicht bei Null gestartet. In Anlehnung an das Rahmenprogramm Palliativversorgung des Landes NRW bauten die Kassen schon seit 2006 durch flächendeckende Verträge mit Pflegediensten und Ärzten kontinuierlich ambulante Versorgungsstrukturen für unheilbar erkrankte Menschen auf. Diese erfolgreichen Strukturen werden nun weiterentwickelt und sind Grundlage einer neuen Vertragsgestaltung auf der Basis der bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben.

Westfälische Besonderheit

In Westfalen-Lippe wurde der bestehende Vertrag zur Palliativversorgung weitergeführt und um die spezialisierte ambulante Palliativmedizinische Versorgung erweitert. Dadurch bleibt der behandelnde Haus- bzw. Facharzt erster Ansprechpartner des Patienten und kann im Bedarfsfall ergänzend einen spezialisierten Palliativdienst hinzuziehen. Voraussetzung ist lediglich, dass der Arzt an dem Vertrag teilnimmt. Der Weg über Palliativ-Care-Teams und Krankenkasse ist für die Patienten hier nicht vorgesehen.



Landesinitiative Demenz

Breite Basis geförderter Aktivitäten in NRW

In Nordrhein-Westfalen leben ca. 485.000 pflegebedürftige Menschen. Bei schätzungsweise 300.000 von ihnen besteht eine demenzielle Erkrankung, in deren Verlauf ein zunehmender Bedarf an Betreuung und pflegerischer Versorgung entsteht. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die eine starke Zunahme von Menschen mit Demenz erwarten lässt, ist es wichtig, bei gleichzeitig knapper werdenden Ressourcen zielgenaue Versorgungsstrukturen für diese größte Gruppe Pflegebedürftiger zu schaffen. Die Landesinitiative Demenz in Nordrhein-Westfalen mit ihren zahlreichen Akteuren, u.a. dem vdek, hat sich diese Aufgabe zum Ziel gesetzt.

Die in der Landesinitiative Demenz Nordrhein-Westfalen gebündelten Aktivitäten werden zentral durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und die Landesverbände der Pflegekassen, für diese federführend durch die vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, gesteuert und durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln koordiniert.

Entwicklung der Landesinitiative

Verstärkte Aktivitäten zur Versorgung von Menschen mit Demenz wurden bereits in den 90er-Jahren in Nordrhein-Westfalen entwickelt, auch wenn zunächst keine größeren Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung zur Verfügung standen. Gleichwohl hatten sich bis 2002 z. B. bereits über 200 Angebote niedrigschwelliger Betreuungsleistungen entwickelt. Hierbei handelt es sich um ehrenamtliche Helfer, die mit Unterstützung einer Pflegefachkraft ambulant versorgte Menschen mit Demenz einzeln oder in Gruppen stundenweise betreuen, etwa in Form von Spaziergängen, Vorlesen oder Singen in Gruppen.

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz konnte ab 2002 über die Einführung des § 45 c SGB XI eine regelhafte Finanzierung von Modellprojekten greifen, die die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige zum Ziel hatten. Die vorgeschriebene Kofinanzierung seitens des Landes, der Kommunen oder der Arbeitsagenturen einerseits und der Pflegekassen andererseits kam in NRW als einem der ersten Bundesländer erstmals durch die Einstellung eines Betrages in Höhe von 1 Millionen € in den Landeshaushalt 2004 zustande. Der gleiche Betrag wurde von den Landesverbänden der Pflegekassen zur Verfügung gestellt. Hiermit wurde in gr-

ößerem Umfang eine Förderung von Modellprojekten möglich, die sich gezielt mit dem Ausbau von Betreuungsleistungen, der Verbesserung der Pflegeberatung und der Unterstützung der Angehörigen von Menschen mit Demenz auseinandersetzen.

Thematische Schwerpunkte

Ein weiterer Schwerpunkt wurde mit der Schaffung von zunächst 8 überregionalen Demenz-Servicezentren gesetzt. Deren Hauptaufgabe liegt im Aufbau sowie der Vernetzung von Unterstützungs- und Beratungsangeboten, der Qualifizierung ehrenamtlicher Helfer und der Verbesserung der medizinischen Versorgung. Ihre Zahl wurde inzwischen auf 11 erhöht. Zur Sicherstellung der Wohnberatung für Pflegebedürftige, die einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zum Ziel hat, wurden ab 2004 die notwendigen Finanzmittel zum Betrieb von 36 Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen seitens des Landes, der Kommunen und der Landesverbände der Pflegekassen zur Verfügung gestellt.

Eine Liste der Demenz-Servicezentren und der Wohnberatungsstellen sowie Informationen zu ihren vielfältigen Aktivitäten ist im Internet unter www.demenz-service-nrw.de und unter www.wohnberatungsstellen.de zu finden.

Ausblick

Die Versicherten der Ersatzkassen mit demenziellen Erkrankungen und ihre Angehörigen können in Nordrhein-Westfalen inzwischen auf eine gute Infrastruktur der Versorgungs- und Beratungsangebote zurückgreifen. Die Zahl der niedrigschwelligen Betreuungsangebote hat sich beispielsweise seit 2002 auf nahezu 1.000 fast verfünffacht. Neue Themenfelder, wie z. B. die der Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten dienenden demenzspezifischen Bewegungsangebote oder die Förderung demenzspezifischer Medien ergänzen das bereits bestehende breite Angebot. Ein weiterer Ausbau der Beratungsangebote ist ebenfalls geplant. Ob allerdings die Kommunen, die zunehmend in die Kofinanzierung eingebunden werden sollen, vor dem Hintergrund der sich verschlechternden Haushaltssituation im gewünschten Maße aktiv werden, ist heute noch nicht abschließend einschätzbar. Die Ersatzkassen jedenfalls werden ihr Engagement im Sinne ihrer Versicherten aufrechterhalten und bedarfsbezogen ausbauen.

Präventionskonzept NRW

Aktualisierte Handlungsgrundlage vorgelegt

Im Jahr 2005 wurde das „Präventionskonzept NRW – Eine Investition in Lebensqualität“ auf der 14. Landesgesundheitskonferenz unter Beteiligung des vdek (damals noch VdAK/AEV) erstmals beschlossen. Die Handlungsgrundlage für das Präventionskonzept wurde nun in einer aktualisierten und erweiterten Form vorgelegt. Durch das Präventionskonzept werden im Rahmen der gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen Schwerpunkte in zunächst vier Landesinitiativen gesetzt. Diese sind:

- **Gesundheit von Mutter und Kind**

Hier werden Maßnahmen initiiert, die insbesondere die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und der Kinder im ersten Lebensjahr fördern. U.a. werden Baby-schlafsäcke zur Vermeidung des plötzlichen Kindstods ausgegeben.

- **Leben ohne Qualm**

Im Fokus stehen jugendgerechte Aktivitäten mit dem Ziel den Anteil von jugendlichen Raucherinnen und Rauchern weiterhin zu senken. U.a. wird ein jährlicher Hip-Hop-Wettbewerb durchgeführt. Die Gesamtkoordination liegt bei der Landeskoordinationsstelle für Suchtvorbeugung „ginko-Stiftung für Prävention“ in Mülheim (siehe: www.loq.de).

- **Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter**

Diese Initiative zielt auf Maßnahmen zur Primärprävention von Übergewicht im Kindesalter ab. Erstes Projekt ist der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“, das seinerzeit federführend vom vdek entwickelt wurde. Hier werden interessierte Kindergärten/Kitas mit einem hohen Anteil an Kindern aus sozial benachteiligten Familien angesprochen. Die Erzieherinnen haben die Möglichkeit sich zu qualifizieren



und das Prinzip „Bewegung und Ernährung“ im pädagogischen Konzept der Tageseinrichtung zu verankern.

- **Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren**

Die Vermeidung von sturzbedingten Verletzungen insbesondere von Hüftfrakturen (Oberschenkelhalsbrüchen) ist das Ziel dieser Aktion. Heime und Pflegeeinrichtungen, die nach dem allgemein anerkannten nationalen Expertenstandard arbeiten und sich dies auf freiwilliger Basis von unabhängigen Experten bestätigen lassen, können den Landesbutton „Sturzpräventive Einrichtung NRW“ erwerben.

Verstärkt verzahnt werden

soll das Präventionskonzept NRW mit den Aktivitäten des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Regionaler Knoten NRW“. Dieses Projekt soll den Zugang von sozial Benachteiligten zu den Angeboten der Gesundheitsförderung verbessern. Des Weiteren sollen Informationen über die Ursache von Krankheit und zum Erhalt der Gesundheit vermittelt und die Akteure in diesem Themenfeld stärker miteinander vernetzt werden (siehe:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Das Präventionskonzept mit seinen Landesinitiativen und das Projekt „Regionaler Knoten NRW“ werden zu einem großen Teil finanziert durch die gesetzlichen Krankenkassen. Zusätzlich können sich Krankenkassen und andere Präventionsträger auf der Grundlage bestimmter Qualitätskriterien auch mit weiteren Maßnahmen engagieren. Diese Projekte können in das Präventionskonzept NRW aufgenommen werden und die Landesinitiativen erweitern – Informationen hierzu erhalten Sie bei der vdek-Landesvertretung NRW (Tel.: 0211/ 38410-0) oder beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA.NRW) Tel.: 0211/ 3101-0. Dort können Sie auch die aktuelle Broschüre bestellen oder unter www.praeventionskonzept.nrw.de herunterladen.

Selbsthilfeförderung in NRW

Der Bundestag hat die Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen zum 1.1.2008 neu geregelt. Nun müssen die Krankenkassen 56 Cent pro Versicherten (2009 = 57 Cent) verpflichtend für die Selbsthilfeförderung aufwenden: 50 Prozent davon in Form einer kassenartenübergreifenden Pauschalförderung – 50 Prozent verbleiben den Krankenkassen zur Unterstützung individueller Projekte. Diese gesetzliche Neuregelung erforderte in Teilen auch eine komplette Neuorganisation des Förderverfahrens. Die hat sowohl den Krankenkassen als auch den Selbsthilfegruppen auf allen Ebenen zahlreiche Diskussionen und Abstimmungsnotwendigkeiten abverlangt. (siehe Ersatzkassen-Report NRW 1/2008).

Pauschalförderung 2009 abgeschlossen

Nun ist die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung) für das Jahr 2009 abgeschlossen. Das Verfahren wurde optimiert und läuft inzwischen reibungslos. Die Zusammenarbeit mit den VertreterInnen der Selbsthilfe ist vertrauensvoll und hat sich auf allen Ebenen sehr gut entwickelt.

In NRW erhielten:

- die Landesorganisationen der Selbsthilfe 847.503,36 €
- die 37 Kontaktstellen mit ihren 14 Selbsthilfebüros 1.525.506,05 €
- die örtlichen Selbsthilfegruppen 1.140.277,25 €
- die Bundesorganisationen der Selbsthilfe, die ihren Sitz in NRW haben rund 1,5 Millionen €

Zusätzlich finanzieren die Krankenkassen Selbsthilfeprojekte in gleicher Höhe. Gefördert wurden hier Seminare, Tagungen, Informationsflyer, der Erwerb von Info-Ständen und weitere öffentlichkeitsbezogene Aktivitäten.

Antragsverfahren zur Projektförderung auf Landesebene wird vereinfacht

Kritik aus den Reihen der Selbsthilfe gibt es allerdings wegen der parallelen Förderstruktur. Sie bedeutet für die Selbsthilfegruppen, dass sie einen Antrag für die Pauschalförderung stellen müssen und daneben bis zu acht Anträge bei den verschiedenen Krankenkassen für die Förderung ihres Projektes. Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich deshalb entschlossen, den Landesorganisationen der Selbsthilfe die Arbeit zu erleichtern. Für das Förderjahr 2010 muss nur noch ein Antrag an den Federführer der Krankenkassen gesandt werden. Im nächsten Jahr ist dies die Signal-Iduna-IKK mit Sitz in Dortmund. Die dortigen MitarbeiterInnen werden dann den Antrag an die anderen Kassen weiterleiten. Die Bewilligung der Projekte nimmt jede Kasse selbst vor. Damit diese Koordination funktioniert, sollten die Projektanträge jedoch bis spätestens zum 30.4.2010 eingegangen sein.

Höchstförderung in 2008 fast erreicht

Zum 30.6.2009 liegen nun auch die amtlichen Statistiken der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen 2008 vor. Danach wurden im letzten Jahr rund 38,5 Millionen € für die Selbsthilfe in Deutschland ausgegeben – nahezu eine Punktlandung. Das Bundesministerium für Gesundheit begrüßt es, dass die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nachgekommen sind. Nur rund 700.000 € fehlen zur gesetzlich festgelegten Höchstförderung. Diese nicht verausgabten Fördermittel werden der Selbsthilfe jedoch nicht entzogen, sondern 2010 zusätzlich der Gemeinschaftsförderung zugeführt. Wie viel von diesem Geld in die Landesförderung NRW einfließt, wird in Kürze auf Bundesebene geklärt.



Jörg Münstermann, Referatsleiter für Versorgungsoptimierung in der vdek-Landesvertretung NRW, beendete nach fast 40 Jahren seine Berufstätigkeit und ging an seinem 65. Geburtstag in den wohlverdienten Ruhestand. Vor seiner Tätigkeit beim vdek ab 1995 in den Bereichen Stationäre Versorgung und Versorgungsmanagement war Herr Münstermann lange Jahre beim MDS und davor als selbstständiger Berater tätig. Auf die Frage nach seinen Vorsätzen für die Rentenzeit antwortete Münstermann: „Ich habe meiner Frau versprochen nicht mehr als zwei Marathons pro Jahr zu laufen.“ Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Verbandes wünschen dem menschlich und fachlich sehr geschätzten Kollegen viel Gesundheit und alles Gute!

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des vdek
Graf-Adolf-Straße 67-69 · 40210 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 3 84 10-0 · Telefax: 02 11 / 3 84 10-20
Verantwortlich: Andreas Hustadt
Redaktion: Dirk Ruiss, Bärbel Brünger