

# report thüringen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Nov. 2009

# ersatzkassen

## Für den Erhalt einer solidarischen Krankenversicherung

„Neue Besen kehren gut“ – zumindest mit dieser Aussage dürfte die Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung sehr gespannt sein auf das, was auf Bundes- und Landesebene derzeit alles „zusammen“-gekehrt wird.

Die Lage ist nicht rosig. Das wissen auch die neu gebildeten Regierungen in Berlin und Erfurt. Aber auch angesichts der schwierigen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung haben Schwarz-Gelb auf Bundes- und Schwarz-Rot auf Landesebene deutliche Signale gesendet: Deutschland hat eines der besten Gesundheitswesen und dieses gilt es nicht nur zu erhalten, sondern auch weiterzuentwickeln.

Die Absicht von Union und FDP lassen hoffen, über ein schnelles Hilfeprogramm konjunkturbedingte Finanzlücken zu schließen. Doch wie wird es weitergehen? In welche Richtung wird sich das deutsche Gesundheitswesen bewegen?

Gesundheit ist für die Menschen in unserem Land ein sehr hohes Gut. Unsere Lebensqualität wird auch dadurch bestimmt, welchen Zugang wir zu den Gesundheitsleistungen haben. Die gesetzliche Krankenversicherung muss dabei den Anforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft Rechnung tra-

### In dieser Ausgabe:

- Qualitätssicherung in der Rehabilitation
- Impfvereinbarung gegen die neue Influenza A (H1N1)
- Der [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) der Ersatzkassen
- Pflegenoten für Pflegeeinrichtungen
- Förderung der Selbsthilfe
- Neujahrsveranstaltung der Landesvertretung

gen und für alle Generationen und Bevölkerungsschichten und -gruppen tragbar bleiben. Angemerkt sei, dass die gesetzliche Krankenversicherung mit bereits jetzt schon über vier Millionen Beschäftigten auf dem Arbeitsmarkt eine Zukunftsbranche darstellt.

„Gesundheit und Pflege“ nehmen deshalb zu Recht in dem zwischen CDU, CSU und FDP verabschiedeten Koalitionsvertrag eine maßgebende Rolle ein.

Die Bildung einer Regierungskommission, welche sich in den nächsten Monaten mit konkreten Ge-

„Wir haben ein solidarisch paritätisch finanziertes Krankenversicherungssystem, in dem die Jungen für die Alten und die Gesunden für die Kranken aufkommen.“

staltungsmöglichkeiten befasst wird, ist deshalb aus Sicht der Ersatzkassen begrüßenswert. Überprüft werden

sollen wichtige Instrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung. Und dass die Regierung dabei auf Gründlichkeit statt auf Schnelligkeit setzt, lässt alle Beteiligten hoffen. Die neue Reform soll eine Reform sein, die mit weitsichtigen und finanziell abgesicherten Regelungen, die auch mittel- und langfristig halten, aufwartet.

Der Weg in eine „Einheitskasse“ und in ein „zentralistisches“ Gesundheitssystem – da sind sich die Regierungspolitiker einig – ist der falsche Weg, um die zukünftigen Herausforderungen bürgernah zu bewältigen.

Ob diese Abkehr vom bisherigen Weg jedoch auch eine Stärkung des derzeit solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystems bedeutet, bleibt abzuwarten. Denn nur ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zeichnet sich dadurch aus, dass es Versicherte nicht überfordert und diese unabhängig von ihrem individuellen Beitrag gleiche medizinische Leistungen erhalten. Auch künftig sollte deshalb gelten, dass diejenigen, die mehr verdienen, diejenigen angemessen unterstützen, welche weniger verdienen und dass junge und gesunde Versicherte für Alte und Kranke durch ihren Solidarbeitrag sorgen.

Alles hat seinen Preis, aber alles muss auch bezahlbar sein. Unter dem Aspekt der Einnahmen – und Ausgabensituation werden alle im Gesundheitssystem

Beteiligten helfen müssen, die derzeit bestehenden Probleme im Gesundheitswesen zu lösen. Jeder sollte dabei an seinem Platz mitwirken.

Die Ersatzkassen stellen sich der politischen Forderung nach mehr Wettbewerb. Ganz in diesem Sinne begrüßen sie die geplante Stärkung der Finanzautonomie der einzelnen Krankenkassen. Qualität und Wettbewerb sind ein wichtiges Signal für die Ersatzkassen. Hier sollte sich der Gesetzgeber jedoch für einen Wettbewerb auf gleicher Augenhöhe auch bei den Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenhäusern einsetzen. Wer Wettbewerb will, darf beispielsweise auch im Versorgungsverbereich mit den Hausärzten keine Monopole errichten! Zahnarztvergütungen bedürfen für gleiche Leistungen gleichen Geldes und Krankenplanung kann künftig nur noch nach Leistungs- und Qualitätsanforderungen vorgenommen werden.

„Die hohe Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung beruht im Wesentlichen auf dem Solidarprinzip.“

Ein wettbewerblicher Weg ist der Weg in die richtige Richtung. Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem braucht effektive Steuerungsinstrumente, um beim Wettbewerb eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung sowohl ambulant als auch stationär zu gewähren.

Dem werden sich die Ersatzkassen auch künftig stellen.

Die bis heute gültigen Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, das Solidar- und Bedarfsprinzip, das Sachleistungsprinzip, Pluralität und die Selbstverwaltung, dürfen bei allen Vorhaben nicht auf der Strecke bleiben.



Michael Domrös,  
Leiter der vdek-  
Landesvertretung  
Thüringen

## DER KOMMENTAR

Das deutsche Gesundheitswesen soll wieder einmal neu ausgerichtet werden. Die jüngsten Reformen der letzten Bundesgesundheitsministerin, wie z.B. Gesundheitsfonds, Morbiditätsrisikostrukturausgleich und die Installation des Spitzenverbandes Bund werden hinterfragt und sollen mehr als nur etwas nachjustiert werden.

Sieht man die Entwicklungen und Auswirkungen dieser letzten Reformen, kann man auch nur sagen, die Gesundheitspolitik ist in den letzten Jahren immer mehr in eine finanzielle, organisatorische und inhaltliche Schieflage geraten und bedarf wirklich dringend einer Korrektur. Aber bitte nicht von einer Schieflage in die nächste!

Wenn wir die Qualität und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mindern wollen, kann dies nur auf der Basis einer solidarischen Finanzierung geschehen. Arbeitnehmer und Arbeitgeber haben hier zu gleichen Teilen ihren angemessenen Beitrag zu leisten. Die Zukunftslasten der gesetzlichen Krankenversicherung allein den Arbeitnehmern aufzubürden, ist nicht nur unfair, sondern wird letztendlich an der Substanz der Qualität und Subsidiarität in negativer Weise ihre Auswirkungen zeigen müssen. Auch Arbeitgeber profitieren von der Weiterentwicklung der Medizin und von gesunden Arbeitnehmern; sie sollten wissen, dass sie sich nicht aus der Verantwortung stellen. Also bitte all ihr Politiker von nah und fern: Erhaltet uns die solidarische Krankenversicherung, denn sie ist das Rückgrat unseres Sozialstaates.

## Impfvereinbarung gegen die neue Influenza A (H1N1)

Wenn die Prognosen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Robert-Koch-Institutes zutreffen, rollt auf Deutschland eine beispiellose Grippewelle zu. Täglich berichten Medien über die Influenza A (H1N1), die auch umgangssprachlich „neue“ Grippe, Mexikogrippe oder Schweinegrippe genannt wird. Ob die schlimmsten Szenarien eintreten werden, bleibt abzuwarten.

Unabhängig davon haben die Krankenkassen in Thüringen gemeinsam mit dem Sozialministerium vorgesorgt. Rechtzeitig vor Beginn der landesweiten Impfkation am wurde die Thüringer Impfvereinbarung zur Influenza A (H1N1) geschlossen.

Thüringen hatte damit bundesweit als eines der ersten Länder die erforderliche Impfvereinbarung auf den Weg gebracht. Der Freistaat Thüringen hat sich darin zu seiner Gesamtverantwortung für die Impfung der Bevölkerung, insbesondere zur Koordinierung der durchzuführenden Impfung, bekannt. Konkret bedeutet dies die starke Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Allerdings wäre eine effiziente Impfstrategie in Thüringen nicht durchsetzbar gewesen, ohne die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte. Von den über 2.000 Ärzten im Freistaat mit der erforderlichen Impfberechtigung haben sich ca. 1.400 Ärzte bereit erklärt, sich mittels Verträgen mit dem Sozialministerium in die Impfkation einbinden zu lassen.



Informationen und Hinweise zur neuen Influenza A (H1N1) in Thüringen sind im Internet unter [www.thueringen.de](http://www.thueringen.de) abrufbar. Weitere Informationsmöglichkeiten: Landesweites Info-Telefon Schweinegrippe/Hotline 0361/37 743 099 (Von Montag bis Freitag, außer an Feiertagen, von 8.00-17.00 Uhr)

In der ersten Phase wurden sogenannte „Schlüsselpersonen“ geimpft, also Ärzte, Krankenschwestern, Polizisten und Feuerwehrleute. Danach ist die verstärkte Impfung von Risikopatienten vorgesehen. Aber selbstverständlich besteht auch für alle anderen Personen die Möglichkeit, sich gegen die Grippe impfen zu lassen. Eine Vielzahl von Ärzten führen sogenannte Impfsprechstunden durch, damit der normale Praxisbetrieb durch die Massenimpfungen nicht belastet wird.

Die Impfung ist für alle Versicherten kostenfrei. Die Regelungen zur entsprechenden Kostentragung wurden zwischen den Krankenkassenverbänden und dem Sozialministerium vereinbart. Auch sonstige Kostenträger, wie z.B. die Sozialämter, haben sich zu ihren finanziellen Verpflichtungen bekannt. Die Aufwendungen für jeden zu impfenden Versicherten sind entsprechend den Abstimmungen auf der Bundesebene grundsätzlich mit 28,- € kalkuliert. Zum Zeitpunkt der Verhandlungen gingen die Partner davon aus, dass eine Zweifachimpfung erforderlich sein wird. Da sich abzeichnet, dass bei den meisten Versicherten wohl eine Einfachimpfung ausreichend ist, werden nochmalige Verhandlungsgespräche erforderlich werden. Eine entsprechende ausdrückliche Regelung ist vorausschauend vereinbart worden. Offen ist noch, wie die Resonanz auf die angebotenen Grippeimpfungen unter der Thüringer Bevölkerung sein wird und ob die in anderem Zusammenhang des Öfteren beklagte vermeintliche Impfmüdigkeit die Impfraten nach „unten“ drückt. In Thüringen wird derzeit davon ausgegangen, dass max. 30 Prozent der Bevölkerung das Impfangebot annehmen werden.

In entsprechendem Umfang hat das Land den Impfstoff bestellt und dementsprechend ist die Kostentragung durch die Krankenkassen und die sonstigen Kostenträger vorgesehen. Sollten diese Planungen von der Realität überholt werden, sind weitere Verhandlungen angesagt.

Die Ersatzkassen erinnern hierbei bereits vorsorglich an die Absprachen mit der damaligen Gesundheitsministerin, wonach sie die Kostenbeteiligung der Kassenseite auf 50 % ihrer Versicherten beschränkt. Davon wollte das Sozialministerium bislang in den Verhandlungen nichts wissen.

# Qualitätssicherung in der Rehabilitation – welche Ziele haben die Ersatzkassen

Während früher Rehabilitationsleistungen oft nur den Charakter eines Urlaubs mit begleitenden medizinischen Maßnahmen hatten bzw. langläufig als Kuren bezeichnet wurden, hat die Rehabilitation heute einen völlig anderen Stellenwert erreicht. Medizinische Leistungen der Rehabilitation sind Bestandteil eines komplexen Behandlungsprozesses. Leistungen der Rehabilitation werden in verschiedenen Formen erbracht, dazu gehören u.a. Maßnahmen der stationären Rehabilitation, der Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt und Maßnahmen der Vorsorge. Die Leistungsanbieter haben sich auf verschiedene Behandlungsangebote spezialisiert.

## Reha-Einrichtungen

In Thüringen existieren 32 vollstationäre Rehabilitationseinrichtungen und neun ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Für die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter stehen vier Einrichtungen zur Verfügung. Angeboten werden alle notwendigen Indikationen – von der klassischen Orthopädie und Stoffwechselerkrankungen – bis hin zur komplexen Rehabilitation von neurologischen Erkrankungen.

## Stellenwert der Rehabilitation

Der gewachsene Stellenwert der (medizinischen) Rehabilitation führt zwangsläufig zu einem verstärkten Interesse der Transparenz der Leistungserbringung durch alle Beteiligten. Ziel ist es, die Art und Weise, sowie die Güte der erbrachten Leistungen zu beurteilen. Die Beteiligten am Rehabilitationsprozess haben ein gemeinsames Interesse an der Erbringung qualitativ hochwertiger Rehabilitationsleistungen. Dieses Interesse lässt sich aus der jeweiligen Sicht beschreiben:

## Qualitätsorientierte Leistungserbringung

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ein großes Interesse an einer hohen Ergebnisqualität der Behandlung. Sie hat eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen. Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind integraler Bestandteil der Krankenbehandlung und sind damit ein Instrument zur Heilung, zur Ver-

hütung oder zur Linderung der Krankheitsbeschwerden beim Versicherten. Aus der Sicht des Patienten spielt die qualitätsorientierte Leistungserbringung in den Rehabilitationseinrichtungen eine entscheidende Rolle. Der Patient vertraut dem Arzt und den Einrichtungen, die richtigen Behandlungen auszuwählen und anzuwenden. Existieren Mängel in Bezug auf die Leistungserbringung, führt dieses im ungünstigsten Fall zu Unzufriedenheit beim Patienten, schlimmer sind ein verzögerter bzw. nicht eintretender Behandlungserfolg bzw. sogar Behandlungsfehler. Aus der Sicht der Rehabilitationseinrichtungen ist ebenfalls ein starkes Interesse an einer qualitätsorientierten Leistungserbringung festzustellen. Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Voraussetzung dafür, sich gegenüber Wettbewerbern zu differenzieren und am Markt langfristig zu bestehen.

## Qualitätssicherungsmaßnahmen

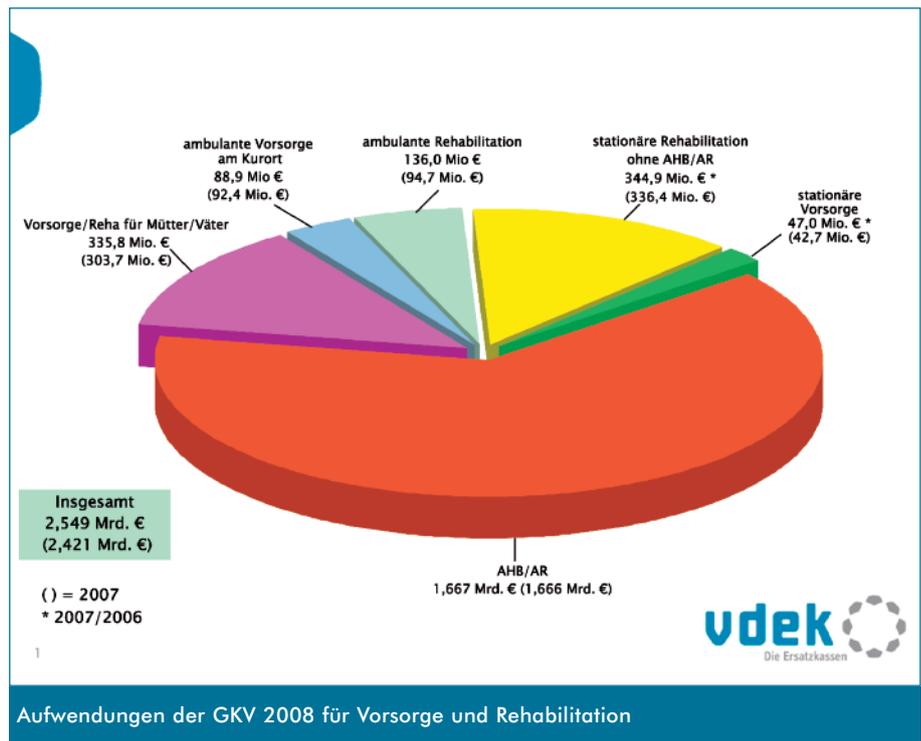
Die Bedeutung der Qualitätssicherung für den Bereich der Rehabilitation hat auch der Gesetzgeber erkannt. Im Rahmen des § 135a SGB V werden die Erbringer von Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Die Rahmenbedingungen wurden im § 20 SGB IX konkretisiert. Qualitätssicherungsmaßnahmen können grundsätzlich in interne und externe Maßnahmen unterteilt werden. Maßnahmen der internen Qualitätssicherung sind Aufgabe des Leistungserbringers. Es sichert die Arbeitsweise nach anerkannten Richtlinien und Standards. Die dabei angestrebte hohe Prozessqualität ist Voraussetzung, um Leistungen in hoher Qualität zu erbringen. Die Kostenträger sind zuständig für die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.

Unter Federführung des vdek wurde auf der Bundesebene das QS-Reha®-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt und in der Routine erprobt. Aufgrund der gewonnenen Erfahrungen wird dieses Verfahren derzeit weiterentwickelt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten der Datenauswertung für die externe Qualitätssicherung zu tragen. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass eine neutrale Auswertungsstelle gemeinsam von den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und dem GKV-Spitzenverband auszuwäh-

len ist. Hierzu bedarf es einer europaweiten Ausschreibung. Die o.a. Änderungen haben zu einer Unterbrechung der routinemäßigen Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens geführt.

### Sehr gute Leistungen in Thüringer Einrichtungen

Diese Umsetzungspause haben die Leistungsträger in Thüringen nicht untätig verstreichen lassen. Sie haben vielmehr die Gelegenheit genutzt, um sich mit einer separaten Befragung einen Überblick über die Rehabilitationseinrichtungen des Landes zu verschaffen.



Hierzu wurden an alle stationären Rehabilitationseinrichtungen in Thüringen, welche Leistungen für Erwachsene erbringen, Strukturhebungsbögen übersandt. Überprüft wurden die Strukturvoraussetzungen, d.h. die räumlichen Gegebenheiten, die medizinisch-technische Ausstattung, die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, das Schulungsangebot sowie die durchgeführten Maßnahmen der Patientenbetreuung. Daneben wurden die personellen Voraussetzungen überprüft, inwieweit diese den sozialmedizinischen Anforderungen an eine stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß den Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V entsprechen. Die Krankenkassenverbände wurden in medizinischen und inhaltlichen Fragen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Thüringen e.V. (MDK) unterstützt. Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass in der Mehrzahl der Einrichtungen die grundlegenden Voraussetzungen für die Erbringung hochwertiger Leistungen vorhanden sind. Darüber hinaus waren in Einzelfällen detaillierte Prüfungen notwendig und Übergangslösungen zu vereinbaren. Eines der Hauptprobleme besteht darin, qualifiziertes fachärztliches Personal längerfristig zu binden bzw. neu zu gewinnen.

Die Einrichtungen selbst haben ein großes Interesse festgestellte Mängel schnellstmöglich zu beheben. Im Falle einer dauerhaften Nichterfüllung wichtiger struktureller Voraussetzungen droht ansonsten die Kündigung des Versorgungsvertrages.

### Gemeinsam orientieren

Für die nächsten Jahre wird durch die Ersatzkassen eine noch engere Zusammenarbeit mit den Kliniken und der Rentenversicherung angestrebt, beispielsweise durch eine Optimierung des Informationsaustausches.

Die Thüringer Rehabilitationseinrichtungen benötigen zusätzlich zur guten Qualität, zur Stärkung ihrer Wettbewerbsfähigkeit einen weiteren infrastrukturellen Ausbau der Kurorte.

Dazu gehören eine gute Verkehrsanbindung der Orte, eine leistungsstarke Gastronomie, gute Einkaufsmöglichkeiten sowie ein ausgebautes Netz von Freizeitangeboten.

Ziel ist es, Thüringen als klassischen Standort der Rehabilitation zu stärken und weiterzuentwickeln.

### Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden: In Thüringen existiert ein gut ausgebautes Netz von Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen in guter Qualität erbringen und damit gute Chancen im Wettbewerb haben. Qualitätssicherung wird aktiv gelebt und führt zu einer stetigen Verbesserung der erbrachten Leistungen.

# Der [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) der Ersatzkassen ist online

## Neues Internetportal bietet Pflegebedürftigen und Angehörigen wertvolle Hilfe bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung

Wer auf der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung für sich oder seine Angehörigen ist, dem hilft das neue Internetportal der Ersatzkassen [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) weiter. Der vom Verband der Ersatzkassen entwickelte Pflegelotse informiert aktuell und bundesweit über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und stellt Informationen über die Größe, Kosten, Ausstattung, Lage sowie Anschriften der Einrichtungen zur Verfügung. Zudem finden Leser auf diesen Seiten weitere wichtige Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtungen – die sogenannten Pflegenoten.

### Wie wird der Pflegelotse bedient?

Der Pflegelotse ist eine einfach zu bedienende und leistungsstarke Suchmaschine. Diese ermöglicht die bundesweite Suche von Pflegeeinrichtungen nach Ort, Postleitzahl und speziellen Angeboten.

Wer beispielsweise auf der Suche nach einer speziellen Pflege für Wachkomapatienten (Beatmungspflicht) oder für Demenzkranke ist, findet hier entsprechende Angebote. Die in die engere Wahl gezogene Einrichtung kann anschließend detaillierter betrachtet werden. Abgebildet werden können beispielsweise einzelne Vergütungsbestandteile wie Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung oder das Gesamtheimgelt.

Zudem ist nachlesbar, wie hoch der Anteil der Pflegekasse und der Eigenanteil des Versicherten ist.

Mithilfe des Pflegelotsen besteht die Möglichkeit, einfach und schnell ausgewählte Pflegeeinrichtungen miteinander zu vergleichen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Pflegelotse eine wertvolle Hilfe für Pflegebedürftige und deren Angehörige bietet. Dennoch ersetzt auch der Pflegelotse nicht den persönlichen Eindruck, den sich Pflegebedürftige oder deren Angehörige von der Einrichtung im Rahmen von Besuchen, Gesprächen und Begehungen machen sollten.

Interessierte finden den Pflegelotsen neben dem Internetzugang über [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) auch auf den Internetseiten aller anderen Ersatzkassen.

**Herzlich Willkommen beim vdek Pflegelotsen**

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

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

Grafik/Präsentation des neuen Internetauftrittes des vdek

## Pflegenoten für Pflegeeinrichtungen

Am 2. November 2009 fiel der Startschuss für die bundesweite DatenClearingStelle (DCS) Pflege. Alle Pflegeverbände können damit künftig Pflegenoten für die Pflegeeinrichtungen in Deutschland veröffentlichen.



Versicherte und ihre Angehörige können sich mit Hilfe der Pflegenoten bereits im Vorfeld ein Bild über die Pflegeeinrichtung machen.

Damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung mehr Transparenz in der Pflege gemacht, denn nun haben die Verbände der Pflegekassen eine leistungsfähige und länderübergreifende IT-Lösung konzipiert und umgesetzt, welche eine schnelle und unbürokratische Veröffentlichung der Pflegenoten sicherstellt.

Mit Hilfe der DCS sammeln die Landesverbände der Pflegekassen die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen online ein. Die Ergebnisse von über 1.000 Einrichtungen liegen dort bereits vor,

zukünftig werden jährlich die Transparenzdaten von mehr als 20.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen über die DCS laufen.

Aus den Qualitätsprüfungsberichten werden die Pflegenoten ermittelt und an die Landesverbände der Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen weitergeleitet. Bevor die Pflegenoten einer Einrichtung veröffentlicht werden, hat diese vier Wochen Zeit, das Prüfergebnis zu kommentieren und zusätzliche Angaben, zum Beispiel zu speziellen Angeboten der Einrichtung, zu machen. Hierfür haben auch die Pflegeeinrichtungen Zugriff auf die DCS. Nach Abschluss dieses Verfahrens leiten die Landesverbände die sogenannten Transparenzberichte zur Veröffentlichung weiter. Unter Berücksichtigung der Vier-Wochen-Frist werden die ersten Pflegenoten voraussichtlich ab Dezember 2009 im Internet veröffentlicht.

Die Inbetriebnahme der DCS erfolgt schrittweise nach einem festgelegten Roll-out-Plan.

Jedes Pflegeheim und jeder ambulante Pflegedienst wird zukünftig mindestens einmal jährlich geprüft und das aktuelle Ergebnis mit Hilfe der DatenClearingStelle veröffentlicht.

Hintergrund sind die neuen gesetzlichen Regelungen, wonach die Landesverbände der Pflegekassen sicherstellen müssen, dass die Qualität von Pflegeeinrichtungen zukünftig kostenfrei im Internet veröffentlicht wird.

## Förderung der Selbsthilfe wird transparenter

Laut Veröffentlichungen des Bundesgesundheitsministeriums wurden im letzten Jahr bundesweit 38,5 Mio. Euro zur Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgegeben. Das entspricht einer fast 98-prozentigen Ausschöpfung der Fördergelder.

In Thüringen wurden durch die Krankenkassen allein im Rahmen ihrer Gemeinschaftsförderung rd. 475.000 Euro zur Verfügung gestellt. Insgesamt erhielten damit 33 Landesselbsthilfeorganisationen, 20 Selbsthilfekontaktstellen und 656 Selbsthilfegruppen Fördergelder.

Die Ersatzkassen im Freistaat Thüringen haben mit den zur Verfügung stehenden Fördergeldern eine Punktlandung vollzogen. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe kann in vielfältiger und wirksamer Weise

die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzen. Genau aus diesem Grunde unterstützen und fördern auch die Thüringer Ersatzkassen die vielen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -verbände des Freistaates Thüringen.

Um die Transparenz der Förderpraxis auch auf Seiten der Krankenkassen zu erhöhen, wurde der seit einigen Jahren vorliegende Leitfaden zur Selbsthilfeförderung erneut überarbeitet. Zudem konkretisiert der neue Leitfaden die krankenkassenindividuelle Förderung im Hinblick auf förderfähige Aktivitäten und Projekte auf der Bundes- und Landesebene.

Zu finden ist der neue Leitfaden auch im Internet auf den Seiten der vdek-Landesvertretung: [www.vdek.com/LVen/THG/index.htm](http://www.vdek.com/LVen/THG/index.htm)

# Unser Veranstaltungshinweis

## Gesundheitspolitische Perspektiven unter neuer Regierung

Die politischen Würfel sind mit der Bundes- und der Landtagswahl gefallen. Jetzt heißt es Farbe zu bekennen.

Welches Gesundheitswesen haben und welches Gesundheitswesen wollen wir?

### ÄNDERUNGEN BEI DEN ERSATZKASSEN

Zum 1. Januar 2010 fusionieren die Barmer Ersatzkasse und die GEK. Damit entsteht eine der größten Krankenkassen Deutschlands. Künftig gehören dem Verband der Ersatzkassen damit folgende Mitgliedskassen mit über 24 Mio. Versicherten an:

- Barmer Ersatzkasse/GEK
- Techniker Krankenkasse
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse
- KKH-Allianz
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

Haben wir mit der neuen Bundesregierung einen gesundheitspolitischen Wechsel zu erwarten?

Der Ersatzkassenverband sieht die Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung als zentrale Herausforderung für die neue Bundesregierung. Dazu zählen:

- der Erhalt der Solidarität,
- die Sicherung des medizinischen Fortschritts,
- die nachhaltige Finanzierung und
- der Wettbewerb um die beste Versorgung.

Doch vor allem stellt sich die Frage: Wer soll das finanzieren und vor allem wie?

In einem Neujahrsgespräch stellt sich der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Thüringen diesen wichtigen Fragen.

Mittwoch, 20. Januar 2010, 17.00 Uhr  
VBG Verwaltungs-Berufsgenossenschaft,  
Sitzungssaal, 99084 Erfurt, Koenbergstraße 1

### GRÜSSE ZUM JAHRESENDE

Wir nähern uns mit riesigen Schritten der Adventszeit und vor der Tür steht damit schon das neue Jahr 2010.

Die wohlverdienten Feiertage geben uns gewiss ein wenig Zeit und Muße, über das Vergangene nachzudenken und uns auf Neues vorzubereiten.

Eine gesundheitspolitisch turbulente Zeit liegt hinter uns und schon stehen erneut große Herausforderungen bevor.

In der gesetzlichen Krankenversicherung heißt es wieder einmal umdenken: die Schwarz-Gelb geführte Bundesregierung ruft wichtige Instrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Prüfstand. Die Schwarz-Rot geführte Thüringer Landesregierung will sich mit ihrer Koalitionsvereinbarung wichtigen Vorhaben im Gesundheitsbereich widmen.

Alles in allem bleibt es spannend.

Wir wünschen allen unseren Lesern eine gute Adventszeit und einen guten Rutsch in das neue Jahr!

Die Redaktion des Länderreportes aus Thüringen



#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung des vdek Thüringen  
Lucas-Cranach-Platz 2 · 99099 Erfurt  
Telefon: 03 61 / 44 25 20 · Telefax: 03 61 / 44 25 228  
Verantwortlich: Michael Domrös · Redaktion: Kerstin Keding