

report brandenburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2008

ersatzkassen

Reform der ärztlichen Vergütung 2009 – was wird aus der Dauergroßbaustelle?

„Es“ ist noch nicht da, aber neben Fachleuten beschäftigt es bereits zunehmend die Tagespresse.

„Es“ ist das neue ärztliche Vergütungssystem und beinhaltet, was und wie viel Honorar in Euro und Cent die ambulant tätigen Ärzte für die Behandlung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ab Januar 2009 erhalten.

Mit der letzten großen Gesundheitsreform im Jahr 2007 verkündete die Bundesregierung u. a. folgende ehrgeizigen Ziele:

- Abschaffung der bisherigen Budgetierung im ärztlichen Honorarbereich
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und einer Mengensteuerung
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- Gewährung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung

Seit Wochen und Monaten ist die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassenvertretern damit befasst, die diffizilen Vorgaben der Politik umzusetzen – dies unter sehr ambitionierten zeitlichen Zwängen nach den Vorstellungen der Legislative. Nach dem Scheitern der Verhandlungen

In dieser Ausgabe unter anderem:

- Stellung und Aufgaben des MDK Berlin-Brandenburg
Interview mit Dr. Rolf-Gerd Matthesius
- Mobile geriatrische Rehabilitation in Brandenburg
Gastkommentar von Dr. Rainer Neubart
- Umsetzung Komplexleistung Frühförderung

zwischen den Vertragspartnern ist nunmehr ein Schlichtungsgremium aktiv, das schnellstmöglich eine Lösung herbeiführen soll.

Die Heftigkeit, mit der die Auseinandersetzungen geführt werden, kann nicht verwundern, geht es doch darum, ob die Gelder in Höhe von derzeit jährlich 27,4 Mrd. Euro, welche die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit für die ärztliche Behandlung ihrer Versicherten ausgeben, pro Kalenderjahr um ca. 2 Mrd. Euro, 2,5 Mrd. Euro oder gar – wie von Gruppen ärztlicher Standesvertreter lautstark gefordert – mindestens um 4,5 Mrd. Euro erhöht werden. Die letzten Forderungen der KBV lagen bei 6,3 Mrd. Euro. Wie wird diese Forderungsspirale wohl enden?

Das Ergebnis dieses Disputs hat nicht nur Folgewirkungen auf die Einnahmesituation der Ärzte und die Haushalte der Krankenkassen, sondern

wirkt sich letztlich auf jeden Beitragszahler und die Volkswirtschaft insgesamt aus: Eine Erhöhung der Ausgaben der ärztlichen Vergütung um jährlich 2,5 Mrd. Euro hätte zur Folge, dass die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen allein dafür um 0,25 v. H. angehoben werden müssten.

Ob die Bundesregierung bereit ist, dem in Zeiten des sich abzeichnenden Wahlkampfes um Mehrheiten, Mandate und Macht Rechnung zu tragen, darf gespannt abgewartet werden. Sie hat in ihrer Gesundheitsreform 2007 ja auch festgelegt, dass ab 2009 für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz gilt und dieser von der Bundesregierung im Herbst dieses Jahres festgelegt wird.

Die Ersatzkassen erwarten von der Bundesregierung unter anderem, dass bei der Beitragsfestsetzung die finanziellen Folgewirkungen der Reform der ärztlichen Honorierung berücksichtigt werden, ebenso die aktuellen Ausgabensteigerungen für Arzneimittel und absehbaren Mehrausgaben infolge der anstehenden Reform des Krankenhausbereiches sowie die weiteren Verschiebepflichten zu Lasten der Sozialversicherung.

Die mit der Reform der ärztlichen Vergütung angestrebten Ziele, wie z. B. die Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der

ärztlichen Leistungen und die angestrebte Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten werden von den Ersatzkassen intensiv unterstützt. Die Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung würde endlich eine langjährige Forderung der Ersatzkassen „gleiches Geld für gleiche Leistung“ erfüllen.

Die – hoffentlich umsetzbare – Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten soll dazu führen, dass bei gleicher Arbeitsintensität beispielsweise der HNO-Arzt am Chiemsee oder in Stuttgart für die Behandlung seiner gesetzlich versicherten Patienten das gleiche Honorarvolumen wie sein Kollege aus Pritzwalk erhält. Da aber der Zufluss frischen Geldes in den Arzthonorartopf bundesweit begrenzt ist, muss zwangsläufig auch eine innerärztliche Umverteilung zwischen den Bundesländern erfolgen. Dies erzeugt aktuell bei Ärzten und deren Standesvertretern erhebliche Befürchtungen, die zu Aktionismus, Populismus und negativer Kreativität bis hin zu Streikandrohungen des Hartmann-Bundes führen.

Nach Auffassung der Ersatzkassen wird auch diese Reform der ärztlichen Vergütung nicht alle Probleme und Schwachstellen beseitigen, könnte aber einen Schritt auf dem Weg zu mehr innerärztlicher Honorargerechtigkeit darstellen. Die in der ambulanten Medizin aktuell bestehenden Versorgungsprobleme, die sich durch den demographischen



Monika Puhmann,
Leiterin der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Brandenburg

DER KOMMENTAR

An einem Strang – von beiden Seiten?

Ja – es ist so wie beim Tauziehen: Alle ziehen an einem Seil – aber jeder Vertragspartner in eine andere Richtung. Beim Tauziehen gewinnt i. d. R. die körperlich stärkere Mannschaft...

Wie wird dieses Tauziehen um Honorarzuwächse 2009 wohl ausgehen? Es ist wohl doch zu einfach, zu sagen: „Die Kassen werden immer gegen uns arbeiten“ – wie vor einigen Tagen ein brandenburgischer Arzt in einem Leserbrief seinen Unmut kundtat.

Wenn die Politik den Ärzten Versprechen gibt, die diese nun einfordern, muss sie die entsprechenden Gelder aus Steuermitteln bereitstellen. Wie anders sollen die Krankenkassen die Honorarforderungen der Ärzte realisieren??

Die Mehrausgaben für ambulante Medizin sind nur eine finanzielle Komponente, die die Krankenkassen mit den zukünftig von der Politik zugewiesenen begrenzten Mitteln schultern sollen. Daneben stehen Forderungen aus dem stationären Bereich, ständig weiter steigende Arzneimittelausgaben, Sicherung des medizinisch-technischen Fortschritts und und und...

Auch die gerade wieder durch die Medien gehende polemische (Neid-)Diskussion um einzelne Gehälter von Kassenvorständen macht hier wenig Sinn, da erstens eine Vielzahl von KV-Vorständen höhere Bruttoeinkommen realisieren und selbst die Summe aller Kassenvorstandsgehälter den ärztlichen Punktwert nur unmerklich anheben würde...

Die einzige Möglichkeit, die Kuh vom Eis zu bekommen, ist Kompromissfähigkeit auf beiden Seiten – d. h. aufeinander zuzugehen. Abbruch von Verhandlungen und Streik sind keine probaten Mittel, um seine Maximalforderungen umzusetzen.

Die Zeche zahlt am Ende der Versicherte – im doppelten Sinne: finanziell und durch Vertrauensverlust in unser – nach wie vor – sehr gutes Gesundheitssystem.

Faktor insbesondere in einigen Regionen der neuen Bundesländer massiv darstellen, bedürfen weiterer Lösungsansätze, wie der differenzierten Honorierung in Abhängigkeit vom bestehenden Versorgungsgrad der jeweiligen Region oder der Einbeziehung des stationären Versorgungssystems, aber auch der verstärkten Etablierung anderer nichtärztlicher Professionen (z. B. der Gemeindegeschwister) in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

In Brandenburg begleiten die Ersatzkassen ein solches Modellprojekt des Gesundheitsministeriums aktiv und konstruktiv. Die von anderen Akteuren im Gesundheitswesen verfolgte und – in Zeiten begrenzter Ressourcen – allein auf zusätzliche finanzielle Mittel fokussierte Strategie wird von den Ersatzkassen als Erfolgsmodell bezweifelt!

Mobile Rehabilitation in Brandenburg

Ein modernes Strukturelement zur Patientenversorgung setzt sich durch



Dr. Rainer Neubart, Leiter des Mobilen Rehabilitationsdienstes Woltersdorf (MRDW) und Chefarzt der Abt. Innere Medizin III – Geriatrie im Sana-Klinikum Berlin-Lichtenberg

In unserer letzten Ausgabe berichteten wir unter „Kurz gemeldet“ über einen Vertragsabschluss zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation. Damit waren wir bundesweit die ersten Vertragspartner!

Der folgende Artikel ist ein Gastkommentar des Leiters des Mobilen Rehabilitationsdienstes Woltersdorf (MRDW), Dr. Rainer Neubart.

Das Phänomen ist allgemein bekannt: In Deutschland gibt es ein hochgerüstetes und auf hohem Niveau arbeitendes Gesundheitssystem, aber viele Patienten leiden trotzdem unter Versorgungslücken.

Insbesondere ältere Patienten, die unter mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden („Multimorbidität,“) werden von vielen Spezialisten therapiert, ohne dass eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung erkennbar wäre. Außerdem funktionieren viele Behandlungskonzepte zwar in der Klinik, aber noch lange nicht im Wohnumfeld des Patienten. So kommt es immer wieder zu erneuten (vermeidbaren!) Krankenhauseinweisungen. Dieser gefürchtete „Drehtüreffekt“ stellt eines der Hauptprobleme unseres Gesundheitssystems dar und kostet letztendlich viel Geld.

Eine Strategie zur Stabilisierung dieser meist älteren Patienten mit den beschriebenen Gesundheitsproblemen im häuslichen Umfeld ist die „Mobile Rehabilitation“. Ein multiprofessionelles Team trägt den Rehabilitationsprozess in die Wohnung des Patienten und löst die täglichen Probleme dort, wo sie auftreten: Im Bad, in der Küche, auf der Treppe zur Woh-

nung oder im Wohnzimmer. Es nützt nichts, wenn ein Patient mit dem Rollator auf dem Stationsflur des Krankenhauses vorwärts kommt, er muss in der eigenen Wohnung mobil sein. Sonst drohen Muskel- und Herzschwäche, Stürze und die gefürchtete „Abwärts-Spirale“, die zu Immobilität und Folgeproblemen bis hin zum Tod der Patienten führen kann.

Die Mobile Rehabilitation ist eine spezielle Versorgungsform für rehabilitationsbedürftige Patienten, die unter zentraler Koordination und ärztlicher Leitung vom Therapeutenteam in der eigenen Wohnung behandelt werden. Das Team besteht in der Regel aus folgenden Berufsgruppen:

Arzt, Pflegedienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychologie und Sozialarbeit. Die Behandlungsfrequenz richtet sich nach dem individuellen Problemprofil des Patienten. Sie beträgt in der Regel zwischen 5 und 10 Therapien pro Woche. Die Behandlungsdauer ist ebenfalls individuell festzulegen. Erfahrungsgemäß ist für eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme ein Umfang von 6 – 12 Wochen erforderlich.

Zur Durchführung der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation wurde im Mai 2007 eine bundesweit gültige Rahmenempfehlung formuliert. Der erste Vertrag auf dieser Grundlage in Deutschland zwischen einem Team der mobilen Rehabilitation und einem Krankenkassenverband wurde im Frühjahr diesen Jahres zwischen dem VdAK/AEV Brandenburg und dem Mobilen Rehabilitationsdienst Woltersdorf (Landkreis Oder-Spree) geschlossen. Inzwischen wurde eine ganze Reihe von Patienten therapiert.

Aber um ehrlich zu sein, die Zusammenarbeit, insbesondere mit den Krankenkassen, zeigt noch deutlichen Optimierungsbedarf. Doch der tägliche Dialog bringt ein verbessertes gegenseitiges Verständnis.

Wichtig ist:

Die Patienten sind begeistert und die meisten Hausärzte auch.

Das mobile Rehabilitationsteam ist gut ausgelastet und die Kommunikation spielt sich ein – aller Anfang ist eben schwer.

Die Logik der mobilen Rehabilitation setzt sich durch. Wir können nur alle unsere Partner bitten, sich konstruktiv und kommunikativ an der weiteren Umsetzung zu beteiligen.

Für Informationen steht das Rehabilitationsteam jederzeit zur Verfügung: Telefon-Nr.: 03 62 / 77 95 26

Der MDK Berlin-Brandenburg im System der Gesundheitsversorgung des Landes Brandenburg



Dr. Rolf-Gerd Matthesius,
Geschäftsführer des MDK
Berlin-Brandenburg e. V.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind per Gesetz in allen Bundesländern autonome Prüf- und Beratungsinstitutionen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sie spielen auch im System der Gesundheitsversorgung der Länder Berlin und Brandenburg eine wesentliche Rolle.

Dr. Rolf-Gerd Matthesius ist langjähriger Geschäftsführer des MDK Berlin-Brandenburg e. V. und der beiden Vorgänger-MDKen.

▼ **Herr Dr. Matthesius, vor nunmehr acht Jahren fusionierten die MDK Berlin und Brandenburg. Welche Veränderungen und Auswirkungen auf Ihre Arbeit haben sich durch die gemeinsame Zuständigkeit ergeben?**

▲ Zentrales Ziel der Fusion war die Erhöhung der Leistungsfähigkeit des MDK in der Region Brandenburg-Berlin durch Bündelung der Kompetenzen beider Vorgänger-MDKen. Der MDK Berlin-Brandenburg bietet heute höhere Produktivität, ein breiteres Kompetenzprofil und mehr Flexibilität.

Ein weiterer Aspekt: Die Gesundheitswirtschaft beider Länder ist immer vernetzter. Leistungserbringer nutzen die Chancen, die unsere Hauptstadtregion bietet, offensiv. Hier kann ein grenzübergreifender MDK seine Kunden bestens beraten.

Und: Wo gibt es in Deutschland sonst regelmäßige länderübergreifende Treffen der Vorstandsebenen von Kranken-/Pflegekassen und MDK? Wo gibt es sonst – inzwischen vier – länderübergreifende Steuerungsgremien der Fachebene für einen effektiven MDK-Einsatz?

▼ **Mit der jüngsten „Gesundheitsreform“ durch das GKV-WSG wurden auch neue Akzente für die Arbeit des MDK gesetzt. Welche sind das?**

▲ In unserem Leistungsgeschäft standen eindeutig die Umsetzung der 6-Wochen-Frist für die Anzeige der Prüfung der Krankenhausabrechnung sowie die Vermeidung der neuen Aufwandspauschale (besser „Strafabgabe“) bei Prüfung ohne Minderung des Abrechnungsbetrages im Rahmen der DRG-Begutachtung im Vordergrund. Beides ist erfolgreich gelungen. Ein herzliches Dankeschön richte ich hier an die Fachebene der Krankenkassen. Die frühzeitigen Festlegungen unseres „Steuerungsgremiums stationäre Versorgung“ haben entscheidend zu diesem Erfolg beigetragen und gleichzeitig beispielhaft gezeigt, welchen Herausforderungen wir gewachsen sind, wenn wir an einem Strang ziehen.

Im Krankenhausgeschäft, welches über die Hälfte unserer Arbeit im Bereich der GKV ausmacht, ist die Inanspruchnahme durch die Krankenkassen ungeboren. Dies ist positiv, weil es in hohem Maße dazu beiträgt, die Versichertengemeinschaft finanziell zu entlasten. Die Fallauswahl auf Seiten der Kassen konnte übrigens stark verbessert werden und trägt an dieser Entwicklung einen wesentlichen Anteil.

Wir unterstützen deshalb die Qualifizierung der Mitarbeiter auf Seiten der Krankenkassen, wo wir können. Denken Sie nur an unser exklusives Fortbildungsangebot sowie unsere Arbeitshilfen, beispielsweise zum Thema DRG.

Um es auf den Punkt zu bringen: Den enormen Herausforderungen in der stationären Begutachtung wurde trotz der Verschärfung durch das GKV-WSG erfolgreich begegnet. Ich wünsche mir, dass dieses erfolgreiche Miteinander von Kassen und MDK in Zukunft beispielgebend in Erinnerung bleibt.

▼ **Verändert sich dadurch das Aufgabenspektrum grundsätzlich? Kommen sowohl Aufgaben hinzu und fallen andererseits Aufgaben weg? Müssen Sie Schwerpunkte neu definieren?**

▲ Die Definition der Aufgabenschwerpunkte erfolgt bei uns im engen Dialog mit unseren Kunden – Stichwort Koordinierungsgremium und Steuerungsgremien.

Seit unserer Gründung haben wir unser Leistungsangebot in dieser Weise enorm verbreitert und im Sinne der Kunden differenziert. Regelmäßig wird überprüft, die eine oder andere Leistung vermindert erbringen zu lassen. Es wird auf Seiten der Kassen gute Gründe geben, darauf bislang zu verzichten.

Aktuell beobachten wir wieder einen steigenden Bedarf im Bereich Arbeitsunfähigkeits-Begutachtung. Der Hilfsmittelsektor entwickelt sich spannend, gerade im Bereich Vertragsberatung. Die Rehabilitation könnte in Folge des GKV-WSG wieder stärker in den Vordergrund rücken. Die geplante Einführung von Fallpauschalen im ambulanten Sektor dürfte auch für den MDK relevant werden. Insgesamt werden für den MDK voraussichtlich der Krankenhaussektor und natürlich die Pflege weiter dominant bleiben.

▼ **Welche mittel- und langfristigen Auswirkungen erwarten Sie aus den geänderten Regelungen des SGB V, wonach für nicht konkret bestimmte Gutachter- und Kontrollaufgaben durch die Krankenkassen auch andere Gutachterdienste beauftragt werden können?**

▲ „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein“ ist einer der bekannten Leitsätze des Qualitätsgedankens, dem wir verpflichtet sind. Daher stehen

wir einem fairen Wettbewerb aufgeschlossen gegenüber. Denn er spornt an und bietet aufgrund von Vergleichsmöglichkeiten Chancen zum Lernen. Quantitativ wird sich der Wettbewerb voraussichtlich nur langsam entfalten. Trotzdem sehe ich auf Seiten der Kassen in jedem Fall positive Konsequenzen. Denn Wahlfreiheit für die Kunden ist generell gut und vom MDK Berlin-Brandenburg dürfen sie weiter wettbewerbsfähige Angebote erwarten.

Erlauben Sie mir ein Wort zu Grenzen des Wettbewerbs. Die Umlagefinanzierung ist bei Begutachtungen zu individuellen Leistungsentscheidungen nach meiner Auffassung weiter unverzichtbar. Ohne die bereits angesprochene Legitimation und Akzeptanz, die ihre Basis in der fachlichen Unabhängigkeit des MDK hat, wären unsere Gutachten nur noch von äußerst beschränktem Wert für die Kranken- und Pflegekassen.

▼ **Stichwort Pflege: Der Reformkurs im Bereich der Pflegeversicherung ist seit Juli im Pflegeweiterentwicklungsgesetz verankert und stellt auch den MDK vor neue Herausforderungen. In zwei zentralen Bereichen wurden Ihnen Bearbeitungsfristen gesetzt: die 1-, 2- und 5-Wochenfrist zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Antragstellern und der Auftrag der jährlichen Prüfung aller zugelassenen Pflegeheime und -dienste. In welchem Bereich sehen Sie die größere Herausforderung?**

▲ In Sachen Qualitätsprüfungen und in Sachen Pflegeeinstufung hat unser Steuerungsgremium Pflegeversicherung ein ehrgeiziges Konzept entwickelt, welches jetzt umgesetzt wird. Für uns ist damit beispielsweise eine Halbierung der Bearbeitungszeit für reguläre Pflegegutachten verbunden, was den Grad der Herausfor-

STICHWORT

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Er wirkt an ihrer Seite mit seiner sozialmedizinischen Kompetenz an der Gestaltung des Gesundheitswesens mit.

Der MDK Berlin-Brandenburg ist ein modernes Dienstleistungsunternehmen und als Dienstleister ein gutachterlich unabhängiger Partner der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der mit seinem Know-how die Kassen wesentlich darin unterstützen kann, ihre Versicherten zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit qualifiziert zu beraten sowie effektiv und wirtschaftlich zu versorgen.

Tätigkeitsfelder sind auch die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, zum Beispiel mit Hilfe der Vertragsberatung, der Bewertung innovativer Versorgungsformen oder sozialmedizinischer Analysen.

Was so nicht wörtlich im Gesetz steht: Der MDK als Partner kann den Kranken- und Pflegekassen – insbesondere bei Vertragsverhandlungen mit Leistungsanbietern – im Bedarfsfall als neutraler Berater zur Seite stehen. Die fachliche Neutralität des MDK bildet darüber hinaus auf Seiten der Versicherten gleichzeitig eine zentrale Grundlage für die Akzeptanz von Leistungsentscheidungen der Kassen und sichert langfristig zugleich die politische Legitimation der beiden entsprechenden Sozialversicherungszweige.

derung sowie unser zentrales aktuelles Verbesserungspotenzial gut beschreibt.

Für die jährlichen Pflegequalitätsprüfungen hat uns der Gesetzgeber immerhin noch bis zum Jahr 2011 Zeit gegeben.

▼ **Künftig sind die Ergebnisse der von Ihnen geprüften Pflegedienste und -heime im Sinne des Verbraucherschutzes zu veröffentlichen. Halten Sie das für eine gute Sache? Müssen Sie dafür im Vergleich zur heutigen Situation Ihre Arbeitsweise ändern?**

▲ Die Veröffentlichung unserer Prüfergebnisse entspricht einer langjährigen Forderung der MDK-Gemeinschaft. Gemeinsam mit dem MDS hatte der MDK Berlin-Brandenburg zudem die zuständige Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft mit der Entwicklung eines modellhaften Konzepts zur allgemeinverständlichen Präsentation von MDK-Prüfergebnissen beauftragt, welches jetzt vorliegt. Darüber hinaus wirken wir an der Brandenburger Pflegeinitiative sowie an der Berliner Transparenzoffensive mit.

▼ **Pflegeheime werden ja auch von der staatlich organisierten Heimaufsicht geprüft. Wie charakterisieren Sie hier das Zusammenspiel von MDK und Heimaufsicht?**

▲ Mit Blick auf zu pflegende Menschen geht die Bereitschaft des MDK zur Kooperation seit jeher über die formalen Anforderungen der Heimgesetze beider Bundesländer hinaus. Trotz jüngster Verbesserungen ist aus MDK-Sicht ein noch engeres Miteinander notwendig, speziell im Land Brandenburg. Nur gemeinsam können wir eine optimale Intensität und Wirksamkeit der Qualitätsprüfungen sicherstellen. Der optimale Einsatz der Prüfressourcen von Heimaufsicht und MDK hängt ebenfalls wesentlich davon ab.

▼ **Herr Dr. Matthesius, zurück zur grundsätzlichen Struktur der MDKen, die auch einer**

ständigen Anpassungsnotwendigkeit unterliegt. Wie gestaltet sich das Verhältnis zwischen den MDKen der einzelnen Bundesländer – Konkurrenz oder Kooperation? Wo steht der MDK Berlin-Brandenburg im internen Leistungsvergleich?

▲ Die MDK-Gemeinschaft hat jüngst die Chance zu einer Neuorientierung genutzt. Sie hat sich in eine Vertragsgemeinschaft mit verbindlicheren und effizienteren Entscheidungsstrukturen sowie einer besseren Vernetzung gewandelt. Gleichzeitig werden die MDKen weiter dafür Sorge tragen, dass die gutachterliche Arbeit nach einheitlichen wissenschaftlichen Maßstäben erfolgt. Die MDK-Gemeinschaft steht einem fairen Wettbewerb untereinander positiv gegenüber.

Die Leistungs- und Kostentransparenz der MDK-Gemeinschaft zeigt, dass unser MDK nicht billig ist. Wir werden jedoch auch überdurchschnittlich in Anspruch genommen, bieten hohe Produktivität und niedrige Produktkosten.

Ungeachtet dessen müssen wir unsere Prozesse noch effizienter gestalten, um Kosten und Laufzeiten senken zu können, nicht nur hinsichtlich der bereits angesprochenen Pflegebegutachtung.

Für eine sachgerechte Bewertung der „Leistungs- und Kostentransparenz“ bedarf es der Einbeziehung von zwei zusätzlichen Komplexen: Erstens der fachlichen Qualität, letztlich auch der damit verbundenen „Gerichtsfestigkeit“. Zweitens: Welchen Nutzen ziehen die Kunden aus den Leistungen? Die Bewertung des konkreten Preis-Leistungsverhältnisses des MDK ist aufgrund der dafür notwendigen Daten nur den Kranken- und Pflegekassen möglich. Die mir vorliegenden Signale dazu sind positiv.

Sehr geehrter Herr Dr. Matthesius, vielen Dank für das Interview.

Öffnung der Krankenhäuser zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen

Das GKV-WSG ermöglicht es Krankenhäusern, (hochspezialisierte) Leistungen auch ambulant zu erbringen (Neuregelung § 116 b Abs. 2 SGB V).

Diesbezügliche Anträge der Krankenhäuser müssen beim zuständigen Landesministerium gestellt werden. Die Entscheidung über den Antrag des Krankenhau-

ses trifft in Brandenburg die Landeskongferenz zur Krankenhausplanung. Sie besteht aus Vertretern der Landeskrankenhausesgesellschaft Brandenburg (LKB), der Kommunalen Spitzenverbände sowie der Kostenträger (Verbände der Krankenkassen und PKV). Den Vorsitz dieses Gremiums führt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF), das letztlich auch die Entscheidung zu treffen hat,

sofern es im Gremium kein Einvernehmen gibt.

In unserem Bundesland stellen im ersten Halbjahr 2008 insgesamt acht Krankenhäuser rund vierzig Zulassungsanträge. Davon wurden bisher fünf Anträge zweier Krankenhäuser behandelt und positiv beschieden.

Ziel der gesetzlichen Neuregelung ist es, die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen, besonderen Krankheitsverläufen und hochspezialisierten Leistungen zuzulassen.

Eine gute Idee – es entstehen zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten.

In Brandenburg erbringen allerdings alle zugelassenen Krankenhäuser diese Leistungen bereits über sog. Ermächtigungen von Krankenhausärzten. Neu



Copyright-Hinweis © Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

ist nunmehr die Form der Vergütung. Die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Ärzte erfolgt aus dem „Honoraropf“ der ambulanten Vertragsärzte. Die Vergütung der Leistungen aufgrund der Neuregelung nach § 116 b SGB V erfolgt zwar analog der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen – muss allerdings nunmehr durch die Kassen zusätzlich aufgebracht werden...

Neu ist auch, dass die Möglichkeit, diese Leistungen ambulant zu erbringen, damit nicht mehr auf den Antrag stellenden Arzt (und ggf. seine Vertretung) beschränkt ist. Das ist für das Krankenhaus ein entscheidender Fortschritt.

Ob damit in der Praxis die medizinische Versorgung in Brandenburg entscheidend verbessert wird, bleibt abzuwarten.

Das Engagement der (Ersatz)Kassenverbände allein reicht nicht... Umsetzung der Frühförderungsverordnung im Land Brandenburg

Die gesetzlichen Krankenkassen unter Federführung der Ersatzkassenverbände verstehen sich seit Jahren als Teil des Motors bei der Umsetzung interdisziplinärer Frühförderungsstrukturen in Brandenburg.

Mit der Unterzeichnung der Landesrahmenvereinbarung Früherkennung/Frühförderung verbanden die Vertragspartner (Krankenkassenverbände, Kommunale Spitzenverbände und Verbände der Leistungserbringer) im Sommer des vorigen Jahres die Zuversicht, zügig mit interessierten und geeigneten Einrichtungen sowie den jeweils zuständigen Sozialhilfeträgern regionale Vergütungsvereinbarungen für die Komplexeleistung schließen zu können.

Ziel ist es, den betroffenen Kindern und ihren Eltern heilpädagogische Leistungen und medizinisch-therapeutische Leistungen unter ärztlicher Leitung im Komplex bieten zu können.

Die Bilanz nach einem Jahr fällt eher ernüchternd aus: Entgegen den Erwartungen der Krankenkassenverbände hielt sich die Bereitschaft der regio-

nalen Träger der Leistungserbringer und der kreisfreien Städte und Landkreise in Grenzen. Zwischenzeitlich wurden zwar zahlreiche Gespräche mit insgesamt 9 Einrichtungen und deren zuständigen Sozialhilfeträgern geführt – allerdings überwiegend zu inhaltlichen Aspekten der Landesrahmenvereinbarung. Themen, die nach Wahrnehmung der Kassen auf Landesebene längst ausdiskutiert waren...

Da drängt sich die Frage auf: Woran liegt das zögerliche Interesse unserer Vertragspartner? An unzureichender Kommunikation von der Landesebene in die Regionen? An einem hohen Maß an Unsicherheit, bedingt durch unvollständige Kommunikation zwischen den Partnern (Leistungserbringer und Sozialhilfeträger) in den Regionen? An der Sorge, mit einem zügigen Vertragsabschluss andere Verhandlungen zu präjudizieren? Die Erklärung liegt sicher irgendwo in der Mitte.

Im Ergebnis der Fachtagung am 14.12.2007 in Potsdam, zu der die Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen und der Patientinnen und Patienten geladen hatten, waren sich

die Beteiligten darüber einig, mögliche Vorurteile und Gräben zu überwinden und regionale Verhandlungen aufzunehmen, um im Ergebnis den betroffenen Kindern und deren Eltern die erforderlichen Leistungen, die sie heute überwiegend in einer Reihe von Einzeltherapien erhalten, als Komplexleistung anzubieten.

Bisheriges Fazit: Es wurden Verhandlungen mit einer Einrichtung und dem zuständigen Landkreis

aufgenommen, drei weitere Einrichtungen stehen in den Startlöchern.

Die Initiativen der (Ersatz)Kassenverbände laufen ungebrochen weiter: Die Ersatzkassen im Land Brandenburg sind intensiv bestrebt, die erste Verhandlung zu einem tragfähigen Abschluss zu führen. Ob der Stein dadurch ins Rollen kommt, bleibt abzuwarten...

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

■ Selbsthilfeförderung unbürokratisch und transparent

Für 2008 stellen die Krankenkassen den Selbsthilfeinstitutionen in Brandenburg im Rahmen der Gemeinschaftsförderung insgesamt 507.000 Euro zur Verfügung. Der Beitrag der Ersatzkassen beträgt hierbei aufgrund des erfreulich hohen Versichertenanteils ca. 40 Prozent. Die Kassen beweisen sich damit auch nach der Gesetzesänderung durch das GKV-WSG (Einführung der Förderung als Pflichtleistung) als verlässliche Partner. Gemeinsam mit den Vertretern der Selbsthilfe wurde über die Mittelvergabe beraten und entschieden. Gemeinschaftlich gefördert wurden in diesem Jahr 820 Selbsthilfegruppen, 21 Kontaktstellen und 21 Landesorganisationen.

■ Ersatzkassen erhöhen erneut finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste

22 ambulante Hospizdienste im Land erhielten für 2008 allein von den Ersatzkassen 278.960 Euro (das sind 14.600 Euro mehr als 2007). Damit sind die Ersatzkassen wiederum Hauptfinanzier, denn ihr Anteil beträgt fast 42 Prozent des Gesamtbetrages aller Krankenkassen in Brandenburg in Höhe von 670.457 Euro. Die Anzahl der geförderten Einrichtungen hat sich seit Förderbeginn 2002 mehr als verdoppelt – die Höhe der Förderung ist auf mehr als das Dreifache des Ausgangswertes gestiegen. Damit konnte der flächendeckende Ausbau der häuslichen Sterbebegleitung einen sehr guten Stand erreichen.

■ Neues Rettungsdienstgesetz

Am 18.07.2008 ist das neue Rettungsdienstgesetz in Kraft getreten. Mit der Etablierung neuer Kostenpositionen kann von einer weiteren Ausgabensteigerung in diesem Leistungsbereich ausgegangen werden. Die Gelegenheit, den Krankenkassen ein qualifiziertes Mitspracherecht bei der Ermittlung der Benutzungsgebühren einzuräumen, das deren Rolle als Hauptkostenträger gerecht wird, wurde dabei wieder einmal vertan. Die Gründe für die ablehnende Haltung der Landesregierung mögen vielfältig sein, sind aber nicht überzeugend. Das Land Brandenburg bleibt damit weiterhin eines der wenigen Bundesländer, das nicht willens und bereit ist, den Krankenkassen ein Verhandlungsrecht zu gewähren.

NEU: BERATUNGS- UND BESCHWERDETELEFON "PFLEGE IN NOT"



Seit Juli existiert im Land Brandenburg eine zentrale Telefonnummer, die bei auftretenden Konflikten in der Pflege älterer Menschen angewählt werden kann.

Alle Anrufer – Pflegebedürftige, Angehörige, Nachbarn und auch Pflegekräfte – werden (auf Wunsch anonym) zu ihrem Problem kompetent beraten und erhalten auch qualifizierte Unterstützung bei Beschwerden.

Im ersten Monat gab es bereits mehr als 200 Anrufe, was eine gute Annahme dieses Angebotes zeigt.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Brandenburg des VdAK/AEV
Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam
Telefon: 03 31 / 289 92-0 · Telefax: 03 31 / 289 92 13
E-Mail: LV-Brandenburg@vdak-aev.de
Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank
Verantwortlich: Monika Puhlmann