

report baden-württemberg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Nov. 2008

ersatzkassen

Krankenhausplanung in Baden-Württemberg – Versorgung der Frühgeborenen wird nicht verbessert!

Bereits am 1. Januar 2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen ein vierstufiges Versorgungskonzept für die Versorgung von Frühchen festgelegt. Babys mit höchstem Risiko sollten nur noch von sogenannten Perinatalzentren der Stufe 1 betreut werden. Damit sind Babys gemeint mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm, Geburtstermin vor der 29. Schwangerschaftswoche, sowie Zwillinge mit weniger als 33 Schwangerschaftswochen und alle höhergradigen Mehrlinge.

In dieser Ausgabe:

- Krankenhausplanung in Baden-Württemberg – Versorgung der Frühgeborenen wird nicht verbessert!
- Interview mit Herrn Dr. Siebig vom Gemeinsamen Bundesausschuss
- Regionaler Knoten Baden-Württemberg
- Pflegekassen und MDK ziehen an einem Strang

vdak

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

Auch die Ansprüche an solche Zentren wurden formuliert. Die neonatologische Intensivstation muss mindestens sechs Therapieplätze haben, deren Leitung von einem als Neonatologen anerkannten Arzt übernommen wird, Entbindungs- und Intensivstation müssen direkt nebeneinander liegen, um kürzeste Transportwege sicherzustellen. Insgesamt umfasst der Katalog elf Punkte.

Die weiteren Stufen sind ebenfalls festgelegt: das Perinatalzentrum der Stufe 2 (für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Patienten mit hohem Risiko), der perinatale Schwerpunkt (in Krankenhäusern, die eine Geburtsklinik mit angeschlossener Kinderklinik vorhalten) sowie Geburtskliniken (für Schwangere ohne zu erwartende Komplikationen).

Ziel dieser Vereinbarung war es, die Versorgung von Frühchen auf wenige Kompetenzzentren zu begrenzen, um so eine exzellente Qualität zu sichern.

Wer nun dachte, dass es zu einer zentralisierten und damit qualitativ höherwertigen Versorgung kommt, sah sich schnell getäuscht. Das Gegenteil war der Fall. Statt die Versorgung von Frühgeborenen abzugeben, haben viele Kliniken Anstrengungen unternommen, um den Anforderungen zu genügen. Damit erfolgte wieder keine Konzentration dieser sensiblen und medizinisch höchst

anspruchsvollen Behandlungsfälle an kompetente Zentren. Warum unternahmen die Krankenhäuser diese Anstrengungen? Babys, die zu früh geboren werden, sind finanziell sehr lukrativ und daher sowohl medizinisch, als auch ökonomisch heftig umkämpft. Pro Fall können 90.000 Euro und mehr abgerechnet werden. Nicht umsonst wettete der SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Karl Lauterbach Mitte letzten Jahres: „Hunderte von Babys werden der Gier von Kliniken und Chefarzten geopfert“ und forderte massiv die Konzentration von Behandlungsfällen zur Qualitätssteigerung.

Da der Gemeinsame Bundesausschuss jedoch keine Mindestmengenregelung festgesetzt hat, haben die Kassenverbände in Baden-Württemberg das Ministerium für Arbeit und Soziales, als zuständige Institution für die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg aufgefordert, sich der Sache anzunehmen. Denkbar wäre aus Sicht der Ersatzkassen, die Zentren der Stufen 1 und 2 im Krankenhausplan festzulegen und auszuweisen. Die ersten Aussagen des Ministeriums gaben Grund zur Hoffnung. Es habe die rechtliche Kompetenz zur Festlegung eigener Planungsgrundlagen und habe die Verpflichtung, eine qualitativ gute und wirtschaftliche Krankenhausversorgung sicherzustellen. Doch zu früh gefreut. Nach den letzten Aussagen aus dem Ministerium gibt es zwar Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen



Walter Scheller, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg

DER KOMMENTAR

Während die Zahl der Geburten insgesamt sinkt, nimmt der Anteil der Frühgeburten zu. In Deutschland kommen etwa neun Prozent aller Neugeborenen zu früh, also vor der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt. Ein Prozent dieser Kinder sind besonders unreif und wiegen sogar weniger als 1.500 Gramm. Der adäquaten medizinischen Versorgung von Frühgeborenen kommt somit eine immer größere Bedeutung zu. In anderen Industrieländern ist die medizinische Versorgung von Frühgeborenen an dafür spezialisierten Krankenhäusern konzentriert. In Deutschland besteht dagegen noch deutlicher Nachholbedarf.

Eine Studie der fünf größten baden-württembergischen Kliniken kommt zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit von Kindern, die vor der 26. Schwangerschaftswoche in kleinen Krankenhäusern geboren werden, mehr als doppelt so hoch ist wie in spezialisierten Krankenhäusern. Angesichts dieser drastischen Qualitätsunterschiede ist es dringend erforderlich, Maßnahmen zu ergreifen, um für alle Frühgeborenen die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Wir fordern die Landesregierung auf von der Planungshoheit des Landes Gebrauch zu machen. Die Ersatzkassen bieten ihre Kompetenz und Unterstützung an, um krankenhauplanerische Auswahlentscheidungen zu treffen.

mit geringem Geburtsgewicht, aber es gäbe trotz allem derzeit keine Hinweise, die auf drohende Verschlechterung der Versorgungsqualität hindeuten.

Das Ministerium hat sich damit dem Druck der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) gebeugt, die in Vertretung der Krankenhäuser das Ministerium aufgefordert hat, von krankenhauplanerischen Eingriffen abzusehen.

Die Ersatzkassen und ihre Verbände werden jedoch nicht aufgeben, für die von vielen Studien belegte Qualitätssteigerung durch Konzentration der Behandlung von Frühgeborenen zu kämpfen. Die Aufforderung an das Ministerium ergeht nach wie vor: Übernehmen Sie die krankenhauplanerische Verantwortung und sorgen Sie für eine Begrenzung der Anzahl der Perinatologischen Zentren. Wir sind zu einer Zusammenarbeit bereit.

Verbandsdirektor der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) wechselt zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Zur Person:

Dr. Josef Siebig, geboren 1950 in Mannheim, studierte in Konstanz Volkswirtschaft. Er ist seit 1980 bei der BWKG, seit 1989 als Verbandsdirektor. Seit 2003 ist er Mitglied im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft und in vielen Gremien aktiv.



Dr. Josef Siebig

▼ Herr Dr. Siebig, ab 1.10.2008 sind Sie hauptamtlich unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zuvor waren Sie 19 Jahre lang Verbandsdirektor der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft. Wie empfanden Sie die Zusammenarbeit mit den Vertretern der

gesetzlichen Krankenversicherung in all den Jahren?

▲ Die persönlichen Beziehungen zu allen Vertretern der GKV waren von gegenseitiger Wertschätzung geprägt und auf dieser Basis haben immer harte, aber faire Verhandlungen stattgefunden. Es gelang gemeinsam einen baden-württembergischen Weg zu beschreiten, der – wenn auch als Gratwanderung zwischen Kostendämpfung und Leistungsfähigkeit – das Ziel hatte, mit Sachverstand, Engagement und dem richtigen Augenmaß nicht mit durchschnittlichen Lösungen zufrieden zu sein, sondern es ganz einfach besser machen zu wollen. Dies zeigt sich beispielsweise bei den Ergebnissen der Krankenhausplanung und auch der Krankenhausfinanzierung.

▼ Wie stellt sich die Situation der baden-württembergischen Krankenhäuser im Bundesvergleich dar?

▲ Baden-Württemberg liegt in der preislichen Vergütung über dem Bundesdurchschnitt, aber in den Gesamtausgaben darunter und kann damit effizienzmäßig den Spitzenplatz unter den Bundesländern beanspruchen. Besonders hervorzuheben ist auch, dass wir beim Landesbasisfallwert uns immer zu reinen Verhandlungslösungen durchgerungen haben und die Verantwortung nie der Schiedsstelle abgegeben haben.

▼ Welche Herausforderungen kommen beim G-BA auf Sie zu?

▲ Für die Arbeit im G-BA zählt Fachkompetenz, Weitblick und der Mut, das Richtige zu tun. Als unparteiisches Mitglied stelle ich mich ab 1. Oktober hauptamtlich dieser Herausforderung. Dies gilt insbesondere für die Qualitätssicherung und die sektorenübergreifende Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten. Bei diesen Aufgaben des G-BA werde ich als Vorsitzender der entsprechenden Unterausschüsse die Prozessverantwortung tragen.

▼ Welche Fachkompetenz bringen Sie mit ein?

▲ Fachkompetenz bringe ich insofern ein, als diese Themen von mir schon im Rahmen meiner bisherigen Funktion über viele Jahre verantwortungsvoll begleitet wurden. Mit der Qualitätssicherung bin ich seit über 10 Jahren befasst, sei es als Mitglied des Lenkungsgremiums in Baden-Württemberg oder des ehemaligen Bundeskuratoriums für Qualitätssicherung, quasi eines Vor-Vor-Läufers des heutigen G-BA.

▼ Was reizt Sie an der neuen Tätigkeit?

▲ In meiner beruflichen Zielkurve möchte ich noch mal eine Steigerung erleben, von deren Sinnhaftigkeit und Reiz ich überzeugt bin. Die Bedeutung meiner neuen Aufgabe für das Gesamtsystem

Gesundheitswesen ist mir bewusst. Sowohl in der Qualitätssicherung als auch bei der sektorenübergreifenden Versorgung gilt es, Prozesse voranzutreiben und nicht auf der Stelle stehen zu bleiben. In einem Umfeld, in dem der Besitzstandsschutz hoch im Kurs steht, erfordert dies Mut. Ebenso ist Weitsicht verlangt, damit eher weniger als mehr Aktivitäten auf den Weg gebracht, diese dafür aber in die richtigen Bahnen gelenkt werden.

▼ **Was haben Sie sich als Ziel gesetzt?**

▲ Ich möchte in den nächsten vier Jahren zwei Impulse setzen: Erstens werde ich darauf hinarbeiten, bei der Qualitätssicherung zu einer von allen Beteiligten gemeinsam getragenen Philosophie zu kommen. Wenn es gelänge, eine solche Gemeinsamkeit zu etablieren, gäbe es in dem Entwicklungsprozess von Richtlinien weniger Reibungsverluste als bisher. Es müsste nicht bei jedem Beratungspunkt neu über die Richtigkeit der zugrunde liegenden Konzepte diskutiert werden. Ich kann dies konkret an folgenden Fragen verdeutlichen: Gehen wir bei der Qualitätssicherung weiter den Weg in Richtung noch höherer Regelungsdichte, oder gibt es intelligentere Lösungen, die auf mehr Transparenz und mehr Patientensouveränität als bisher setzen und die Lotsenfunktion des Vertragsarztes beleben?

Zweitens werde ich darauf hinarbeiten, bei der sektorenübergreifenden Versorgung zu einem gemein-

sam getragenen ordnungspolitischen Leitbild zu kommen – beispielsweise beim Thema ambulante Behandlung im Krankenhaus. Gelingt es nun, die Trennung der Versorgungssektoren zu überwinden, über die seit über 50 Jahren in Gesetzestexten mehr oder weniger folgenlos geschrieben wird? Die Aufhebung der Trennung gelingt nur, wenn die Beteiligten sich auf einen gemeinsamen Weg verständigen.

▼ **Sie haben Ihre Ziele sehr hoch gesteckt. Es gibt viele Widerstände zu brechen und Hürden zu überwinden. Was ermutigt Sie an der Erreichung der Ziele weiterzuarbeiten?**

▲ Mit Blick auf die bestehenden Positionierungen liegt da ein sehr großer Stein, ja geradezu ein Felsblock auf dem Weg. Dennoch verströme ich angesichts der kommenden Herausforderungen Zuversicht, und so wie Michelangelo in Carrara den Marmor gemeißelt hat, wird mich die Vision nicht loslassen, dass aus dem Stein ein schönes Bild werden kann. Sie hören es, dass ich aus Baden-Württemberg komme. In der Nähe der Bergstraße, wo ich geboren und aufgewachsen bin, scheint fast immer die Sonne. Sonne ist ein Sinnbild für Energie. Also bin ich damit gut ausgestattet und kann dies in meine Arbeit in Berlin und Siegburg einbringen.

▼ **Sehr geehrter Herr Dr. Siebig, vielen Dank für das Interview und viel Erfolg bei Ihrer künftigen Tätigkeit.**

Regionaler Knoten Baden-Württemberg

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Menschen, die sozial benachteiligt sind, dabei zu unterstützen, gesundheitliche Chancengleichheit zu verwirklichen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die gesetzlichen Krankenkassen leisten ihren Beitrag dazu, indem sie gezielt gesundheitspolitische Prävention bei sozial Benachteiligten betreiben. Um durch Verhaltens- und Verhältnisprävention im privaten und öffentlichen Leben mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen, haben vor einigen Jahren mehr als 40 Organisationen auf Bundesebene den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet. Ziel dieses Kooperationsverbundes ist die Veröffentlichung von bereits durchgeführten Präventionsprojekten bei sozial Benachteiligten. Diese können in der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de nach verschiedenen Stichworten recherchiert werden. Ziel dieser Datenbank ist es, Institutionen, die ein neues

Projekt ins Leben rufen wollen, Hinweise zu geben, welche anderen, ähnlichen Projekte bestehen und welche Erfahrungen dort gemacht wurden. Dadurch soll den Interessenten eine Hilfestellung gegeben werden, erfolgreiche Aspekte aus anderen Projekten auf ihre Arbeit zu übertragen.

Regionaler Knoten-Schaltstelle für die Gesundheitsförderung

Auf Länderebene wurden 2004 die ersten sogenannten Regionalen Knoten gegründet und Baden-Württemberg war von Anfang an mit dabei. Mittlerweile gibt es in jedem Bundesland einen Regionalen Knoten. Der Regionale Knoten Baden-Württemberg wird je zur Hälfte finanziert aus Landesmitteln sowie von den Krankenkassen Baden-Württembergs. Die Geschäftsstelle des Regionalen Knotens ist beim Regie-



Christine Volk-Uhlmann, Koordinatorin
Regionaler Knoten, Walter Scheller,
Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

rungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, angesiedelt.

Der Regionale Knoten ist ein Teil des bundesweiten Netzwerkes und zugleich eine Art Schaltstelle für die Gesundheitsför-

derung bei sozial Benachteiligten auf Landesebene. Seine Hauptaufgabe ist es, Projekte und Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei sozial Benachteiligten in Baden-Württemberg zu identifizieren und bekannt zu machen. Darüber hinaus unterstützt der Regionale Knoten den Meinungs- und Erfahrungsaustausch unter den an der Prävention Beteiligten, unter anderem durch die Veranstaltung von Fachtagungen, Konferenzen und Netzwerkgesprächen. Die Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg sind an Netzwerktreffen und Arbeitsgruppen aktiv beteiligt.

Eine weitere Aufgabe der Regionalen Knoten ist die Identifikation von Beispielen guter Praxis. Projekte, die sich hinsichtlich bestimmter Aspekte besonders bewährt haben, können als Good Practice-Projekte ausgezeichnet werden, wenn sie bestimmten Kriterien genügen. Zur Identifikation solcher Projekte kann einerseits die oben genannte Datenbank verwendet werden, oft sind den Regionalen Knoten jedoch aus ihrer Arbeit auch Projekte bekannt, die nicht in der Datenbank verzeichnet sind, die die entsprechenden Merkmale jedoch auch aufweisen.

Das Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit sozial Benachteiligter zu erhöhen, ist ohne Zweifel eine komplexe Aufgabe, die nur langfristig gelingen kann. Eine große Hürde auf dem Weg zur Verwirklichung der gesundheitlichen Chancengleichheit ist die Erreichbarkeit der Betroffenen. Zwar gibt es viele, meist jedoch lokal begrenzte Aktivitäten, die aus eben diesem Grund Insellösungen bleiben. Daher sind alle Mitwirkenden aufgerufen, ihre Kräfte zu bündeln. Hierzu zählen nicht nur die Krankenkassen, sondern auch öffentliche Gesundheitsdienste, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfeorganisationen u. a.. Nur wenn sie alle an einem Strang ziehen, kann die gesundheitliche Situation sozial Benachteiligter verbessert werden. Darauf setzen die Ersatzkassen in Baden-Württemberg ihre Hoffnung.

KURZ GEMELDET

Qualitätsförderpreis Baden-Württemberg

Zum siebten Mal wurde der „Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg“ gemeinsam vom Ministerium für Arbeit und Soziales und den im Gesundheitsforum Baden-Württemberg zusammengeschlossenen Repräsentanten des baden-württembergischen Gesundheitswesens vergeben. Er verfolgt das Ziel, den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen um die besten Ideen und Konzepte nachhaltig zu fördern und die Vorstellung besonders gelungener Projekte zu ermöglichen. Insgesamt wurden 23 Qualitätsprojekte eingereicht, die einen weiten Bogen über viele Bereiche des Gesundheitswesens spannen. Zum Sieger erklärte die Jury, in der u.a. die VdAK/AEV-Landesvertretung vertreten war, das Projekt „Nachtcafé im Pflegeheim“ der Seniorenresidenz Sillenbacher Markt in Stuttgart. Der Preis ist mit einem Preisgeld von 7.000 Euro verbunden. Platz 2 und das Preisgeld in Höhe von 4.000 Euro ging an das Projekt „Rehabilitation bei Patienten mit Lungenhochdruck“ der Reha-Klinik Königstuhl, der Thoraxklinik Heidelberg, sowie des Selbsthilfevereins ph e.V. Den dritten Platz teilen sich mit jeweils 2.000 Euro die Projekte „Landesweiter Qualitätszirkel für Mukoviszidose“ der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Tübingen und „Sektor- und kostenträgerübergreifende Prävention für Erwerbstätige“ der Reha-Klinik Übersruh in Isny.

Tag der Zahngesundheit in Karlsruhe am 24. September 2008

Die Kinder im Südwesten sind Weltmeister der Zahnpflege, konstatierte Udo Lenke, Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg zum Auftakt des landesweiten Tags der Zahngesundheit in Karlsruhe. Unter Beteiligung der Ersatzkassenverbände wurde bei der Auftakt-Presskonferenz das Motto der diesjährigen Veranstaltung präsentiert: „Gesund beginnt im Mund – aber mit Geduld und Spucke“. Im Vordergrund der Kampagne stand hierbei, neben Prävention und Mundhygiene, die Bedeutung des Speichels.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Pflegekassen und MDK ziehen an einem Strang



Dr. Waltraud Hannes

Von Dr. Waltraud Hannes, Leiterin des Referats Pflege des MDK Baden-Württemberg

MDK und Pflegekassen in Baden-Württemberg haben gemeinsam Regeln vereinbart, um die neuen Anforderungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu erfüllen.

Zwei Kernanliegen verfolgt der Gesetzgeber mit dem neuen Pflege-

Weiterentwicklungsgesetz, das zum 1. Juli 2008 in Kraft trat. Zum einen sollen pflegebedürftige Menschen so schnell wie möglich erfahren, welche finanzielle Unterstützung sie erhalten – spätestens fünf Wochen nach Antragstellung –, zum anderen möchte der Gesetzgeber eine hohe Pflegequalität in ambulanten und stationären Einrichtungen sicherstellen. Auf beiden Feldern hat sich der MDK Baden-Württemberg in den zurückliegenden Monaten neu aufgestellt, um den Forderungen des Gesetzgebers gerecht zu werden. Dies geschah in enger Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen.

35-Tage-Frist für Einzelfallbegutachtungen

Im Bereich der Einzelfallbegutachtung stellte das neue Gesetz die Pflege-Gutachter des MDK vor allem vor eine große Herausforderung: Wie gelingt es, die neue, vom Gesetzgeber geforderte 35-Tage-Frist einzuhalten? Im ersten Schritt vereinbarten MDK und Kassen eine Aufteilung der Frist. Für einen Begutachtungsfall stehen dem MDK 28 Tage und der Pflegekasse sieben Tage an Bearbeitungszeit zur Verfügung. Um nun auf Seiten des MDK die vereinbarten 28 Tage einhalten zu können, haben wir drei zentrale Maßnahmen ergriffen:

- Zusätzliche Pflegefachkräfte. Der Verwaltungsrat des MDK Baden-Württemberg genehmigte für den Bereich der Einzelfallbegutachtungen 24 neue Stellen, die inzwischen alle besetzt sind.
- Mobile Pflege. Im Zuge des Projektes „Mobile Pflege“ haben wir die Pflegegutachter mit Laptops und spezieller Software ausgestattet, sodass sie in der Lage sind, das Gutachten gleich nach dem Hausbesuch selbst fertigzustellen und elektronisch an die Beratungsstelle zu übermitteln. Wie das Projekt zeigte, lässt sich die Zeit zwischen Hausbesuch und Versand

des Gutachtens auf diese Weise um acht bis zehn Tage verkürzen. Bis Ende Januar 2009 wird die Mobile Pflege landesweit eingeführt sein.

- Externe Gutachter. Um die 28-Tage-Frist auch bei Engpässen infolge von Krankheit oder Urlaub oder bei Auftragsspitzen einzuhalten, greifen wir auch auf externe Gutachter zurück. Die ersten vier Interessenten sind bereits eingearbeitet. Maximal sollen 10 bis 15 Prozent der Begutachtungsaufträge von externen Gutachtern erledigt werden.

Dank der neuen Mitarbeiter erledigt der MDK Baden-Württemberg inzwischen (Stand Mitte September 2008) 83 Prozent der Begutachtungsaufträge innerhalb der vorgegebenen 28 Kalendertage – vor einem Jahr waren es nur 50 Prozent. Mit der mobilen Pflege und dem Einsatz externer Kräfte sind wir sicher, bis Ende Januar das 28-Tage-Ziel vollständig zu erreichen.

Natürlich kommt es auch in Zukunft vor, dass ein Antrag aus den unterschiedlichsten Gründen eine Zeitlang liegen bleibt. Tritt dieser Fall auf Seiten der Pflegekasse ein, markiert der Kassenmitarbeiter den Antrag, bevor er ihn an den MDK weiterleitet. Der MDK wird den verspäteten Antrag dann bevorzugt erledigen, damit Pflegekasse und MDK gemeinsam die 35-Tage-Frist trotzdem einhalten können. Auch der Fall, dass auf Seiten des MDK die Frist nicht eingehalten wird, ist klar geregelt. Hierzu gehört vor allem, dass der MDK immer die Gründe dokumentiert und auf Wunsch auch der Pflegekasse mitteilt. Der MDK ist damit in der Lage, im Falle einer Beschwerde jederzeit die Ursachen für die Verzögerung zu benennen.

Geht das Problem tiefer und häufen sich bei einer Kasse oder einer MDK-Beratungsstelle die liegen gebliebenen Anträge, so ist auch dieser Fall klar geregelt: Dann treffen sich der Teamleiter der Pflegekasse und der Leiter des MDK-Dienstleistungsbereichs Pflege zu einem Gespräch. Gemeinsam klären sie den Sachverhalt, beheben das Problem und informieren anschließend ihre Vorgesetzten. Das Problem wird also auf der Ebene der lokalen Ansprechpartner gelöst.

Auch für die weiteren gesetzlichen Vorgaben im Bereich der Einzelfallbegutachtungen haben wir strukturierte Vorgehensweisen festgelegt und im Einzelnen mit den Pflegekassen abgestimmt. Die betrifft die Begutachtung für die Betreuungsleistungen nach Paragraph 45a SGB XI, neue gesetzlichen Vorgaben bei

den Reha-Empfehlungen und die Regelung zusätzlicher Eilfälle.

Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Die Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Einrichtungen oblagen bislang einem Team, das aus neun Pflegefachkräften und fünf Assistentinnen, davon zwei Halbtagsstellen, bestand. Dieses Team prüfte seit 1997 alle ambulanten Pflegeeinrichtungen im Dreijahresabstand – und wird damit auch der neuen Regelung gerecht. Im Bereich der stationären Einrichtungen hatte der MDK dagegen nur den Auftrag, maximal 50 Einrichtungen pro Jahr in Baden-Württemberg anlassbezogen zu prüfen. Nach dem neuen Gesetz muss der MDK jedoch bis Ende 2010 alle Heime einmal prüfen. Dies bedeutet, dass wir in den Jahren 2009 und 2010 noch insgesamt 1200 Einrichtungen prüfen müssen.

Die vorgesehene Regelprüfung erfasst – wie es im Gesetz heißt – „insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege und Betreuungsmaßnahmen“. Damit legt der Gesetzgeber fest, dass sich die MDK-Gutachter vor allem auf die Prüfung der Ergebnisqualität beschränken. Im Kern geht es um die Frage, ob die Bewohner eines Heims fach- und sachgerecht versorgt werden.

Doch auch diese, auf die Ergebnisqualität beschränkte Regelprüfung verlangt die notwendige Zeit. Wir können eine Einrichtung nur dann wirklich beurteilen, wenn unsere Gutachter Gespräche mit Heimbewohnern führen. Auch wenn diese Gespräche sich auf die ganz elementaren Dinge – nämlich Essen, Trinken, soziale Kommunikation und Betreuung – konzentrieren, sind sie doch recht zeitaufwändig. Das Gutachterteam benötigt für eine Prüfung etwa fünf Personentage, wenn ganz überwiegend die Ergebnisqualität geprüft wird.

Vor diesem Hintergrund bestand auch im Bereich der Qualitätsprüfung für stationäre Einrichtungen ein erheblicher zusätzlicher Personalbedarf, den der Verwaltungsrat auch genehmigte. 18 zusätzliche Stellen, davon 14 Pflegefachkräfte und 4 Assistenzkräfte, wurden geschaffen. Der MDK-Prüfanleitung folgend erstellten wir zunächst ein fachliches Konzept für die Regelprüfungen und schrieben zeitgleich die Stellen für die neuen Gutachter aus. Inzwischen sind alle Vorstellungsgespräche geführt, die neuen Mitarbeiter beginnen zwischen 1. Dezember 2008 und 31. März 2009. Das neue Team wird dann aus 32 Mitgliedern – nämlich 24 Pflegefachkräften und 8 Assistenzkräften – bestehen. Die

Gruppe ist auf die Standorte Stuttgart, Karlsruhe und Lahr verteilt.

Bei der Vorgehensweise unserer Prüfer gibt es eine Besonderheit, die uns von der Vorgehensweise anderer medizinischer Dienste unterscheidet. Zusätzlich zu den standardisierten Antworten des Fragenkatalogs aus der MDK-Prüfanleitung beschreibt der Gutachter mit eigenen Worten seine wesentlichen Beobachtungen. Dies geschieht nach einer festen Systematik: Im Prüfbericht werden jeweils die erbrachten Leistungen („Was ist passiert?“) und die in diesem Punkt fach- und sachgerechte Pflege („Was hätte gemacht werden müssen?“) einander gegenübergestellt. Wie uns die Pflegekassen bestätigen, erlangt der Prüfbericht gerade hierdurch die notwendige Aussagekraft, um die Verhältnisse in einer Pflegeeinrichtung schnell erfassen und beurteilen zu können.

Auf Seiten der Pflegekassen liegt nun die Herausforderung, nach jeder Prüfung – auf Grundlage des Prüfberichts – eine Anhörung durchzuführen, um bei Bedarf schnell zu reagieren. Im Bereich der ambulanten Einrichtungen können wir belegen, dass zwölf Jahre Qualitätsprüfungen mit anschließender Anhörung zu einer deutlichen und dauerhaften Qualitätsverbesserung geführt haben. Das gemeinsame Ziel von Pflegekassen und MDK liegt jetzt darin, diesen Erfolg auch im stationären Bereich zu erzielen.

Qualitätssicherung der Regelprüfungen

Der MDK legt großen Wert darauf, die Qualität seiner Prüfungen zu kontrollieren und kontinuierlich zu verbessern. Eine Arbeitsgruppe der MDK-Gemeinschaft hat hierzu ein Qualitätssicherungskonzept ausgearbeitet, das wir ab Januar 2009 – von der ersten Regelprüfung an – einsetzen werden. Dies geschieht mit Hilfe von drei unterschiedlichen Fragebögen: Den ersten Fragebogen erhält die Einrichtung vom Gutachter, der sie prüft – nach dem Motto: Wir prüfen Sie, Sie bewerten uns. Der zweite und dritte Fragebogen bezieht sich auf den Prüfbericht: Sowohl die Pflegeeinrichtung als auch die Pflegekasse erhalten die Gelegenheit, den Bericht und seine Aussagekraft zu beurteilen.

Für den MDK Baden-Württemberg ist das strukturierte Feedback der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen ein wichtiges Instrument, um die Qualität der Prüfungen zu sichern und weiter zu verbessern. Denn pflegebedürftige Menschen, die in einem Heim wohnen, haben das Recht auf eine würdevolle Begleitung in ihrer letzten Lebensphase. Darin liegt der Auftrag des Gesetzgebers, für den sich das Gutachterteam des MDK mit Engagement einsetzt.

Gesetzliche Krankenversicherung wird 125 Jahre

Kassen schreiben Wettbewerb für Schulen aus

Mitmachen und gewinnen: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) feiert dieses Jahr ihren 125. Geburtstag. Aus diesem Anlass hat die GKV einen Ideenwettbewerb ausgeschrieben. Lehrer und Schüler sind aufgefordert gemeinsam Unterrichtsprojekte zum Thema Krankenversicherung zu entwerfen und zu dokumentieren. Die besten Ideen belohnen die Kassen mit einem Preisgeld von insgesamt 5.000 Euro.

Vor 125 Jahren – im Mai 1883 – verabschiedete der Reichstag auf Initiative des damaligen Reichskanzlers Otto von Bismarck das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ und beschloss damit die Einführung der GKV.

Auch wenn ein solches Jubiläum immer Anlass für einen Rückblick in die Geschichte ist, soll es bei den Aktivitäten zum 125-jährigen Jubiläum der GKV auch darum gehen, den Blick auf die Zukunft

zu richten. Deshalb haben die Spitzenverbände im Zusammenhang mit dem 125-jährigen Jubiläum der GKV einen Jugendwettbewerb initiiert.

Ziel des Wettbewerbs ist es, Jugendlichen die Bedeutung der GKV nahe zu bringen.

Gemeinsam mit dem Zeitbild Verlag haben die gesetzlichen Krankenkassen 13 Arbeitsblätter entwickelt, die auf www.125-jahre-gesundheit.de kostenlos heruntergeladen werden können. Die Arbeitsblätter führen in das Thema ein und bieten Hilfestellung.

Gesucht wird das beste didaktische Konzept für eine jugendgerechte Aufbereitung des Themas Krankenversicherung im Unterricht. Bis 8. Dezember 2008 können pädagogische Konzepte, Projekte, Best-Practice-Beispiele, Videofilme oder Websites eingereicht werden.



125 Jahre Gesundheit, großer Ideenwettbewerb – Unterrichtskonzepte gesucht
Mitmachen und gewinnen beim Ideenwettbewerb

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Baden-Württemberg des VdAK/AEV
Christophstraße 7 (Eberhard Passage) · 70178 Stuttgart
Telefon: 07 11 / 2 39 54-19 · Telefax: 07 11 / 2 39 54-16
E-Mail: Uwe.Maier@vdak-aev.de
Verantwortlich: Walter Scheller · Redaktion: Uwe Maier, S. Im Wolde