

bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

April 2004

Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Mehr Transparenz und Qualität

DER BEGRIFF DER WIRTSCHAFTLICHKEIT ZIEHT SICH WIE EIN ROTES FADEN DURCH DIE FÜR DIE KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN GELTENDEN BESTIMMUNGEN DER SOZIALGESETZBÜCHER. DIE RECHTSGRUNDLAGE FÜR DIE WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG IN DER PFLEGE SCHAFFT § 79 SGB XI. DANACH KÖNNEN DIE PFLEGEKASSEN DIE WIRTSCHAFTLICHKEIT UND WIRKSAMKEIT DER AMBULANTEN, TEILSTATIONÄREN UND VOLLSTATIONÄREN PFLEGELEISTUNGEN DURCH VON IHNEN BESTELLTE SACHVERSTÄNDIGE PRÜFEN LASSEN. DIE TRÄGER DER PFLEGE-EINRICHTUNGEN SIND VERPFLICHTET, DEM SACHVERSTÄNDIGEN AUF VERLANGEN DIE FÜR DIE WAHRNEHMUNG SEINER AUFGABEN NOTWENDIGEN UNTERLAGEN UND AUSKÜNFTE ZU ERTEILEN. DAS PRÜFUNGSERGEBNIS IST IN DER NÄCHSTMÖGLICHEN VERGÜTUNGSVEREINBARUNG FÜR DIE ZUKUNFT ZU BERÜCKSICHTIGEN.

Seit geraumer Zeit entwickeln die Pflegekassenverbände in Bayern ein System zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zunächst in stationären Pflegeeinrichtungen. Auf Erfahrungen aus anderen Bundesländern konnte dabei nicht zurückgegriffen werden. Bayern ist hier wieder einmal der Vorreiter. Nachdem geeignete Prüfer gefunden waren, die als ersten Schritt mit zwei verschiedenen Prüfungssystemen antraten, folgte eine erste Testphase. Da es im Verhältnis zu den Pflegeheimen noch keine vertraglichen Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung gibt, waren die Pflegekassen auf die freiwillige Teilnahme von Pflegeeinrichtungen angewiesen. Letztlich konnten die ersten Erfahrungen an einer ausreichenden Zahl von Pflegeheimen gesammelt werden.

Neues Prüf-instrument Aus diesen Erfahrungen heraus wurden die beiden Prüfungsansätze zusammgeführt. Ergänzend wurden die Regelungen zu einer Wirksamkeitsprüfung der erbrachten Pflegeleistungen in das Prüfinstrument integriert, die durch das Gesetz ebenfalls vorgesehen ist und durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern erarbeitet wurde. Das so geschaffene Instrument zur Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfung wurde in der Folge in einem Pretest in zehn freiwillig gemeldeten Pflegeheimen erprobt und evaluiert.

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wurden die Ist-Kosten einer Pflegeeinrichtung sowohl intern mit den bestimmten Referenzwerten als auch extern mit den Daten der anderen Marktteilnehmer auf Umkreis-, Bezirks- und Landesebene verglichen. Bei der Bewertung der Ergebnisse war der Abweichungsgrad des Prüfergebnisses von den angelegten Maßstäben (ausgedrückt in Prozentzahlen der geltenden Pflegesätze) entscheidend. Als wirtschaftlich gelten danach die Pflegeheime mit einem Abweichungsgrad von $< - 3\%$. Durchschnittliche Ergebnisse liegen in der Bandbreite von $- 3\%$ bis $+ 3\%$. Unwirtschaftlich gilt eine Pflegeeinrichtung mit dem Abweichungsgrad von $> + 3\%$.

Messkriterien der Wirksamkeit Die Messung der Wirksamkeit der Pflege ist ohne Zweifel viel schwieriger, da man mit einem Kostenvergleich nicht weiter

kommt. Der Medizinische Dienst entwickelte dafür zunächst 23 Ergebnisindikatoren, die unterschiedlich gewichtet in sechs Bereichen zusammgeführt werden: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Mobilität, psychosoziale Betreuung und Behandlungspflege. Nach den Erfahrungen des Pretests wurde die Zahl der Indikatoren später auf 14 optimiert. Weiterhin wurde eine Bewertungsmatrix erstellt. Diese unterscheidet vier Qualitätsstufen: defizitäre, passivierende, aktivierende und ganzheitlich aktivierende Pflege. Diese Qualitätsstufen werden mit dem jeweiligen Indexwert auf der Skala 1 bis 4 verbunden. Als Durchschnittsindexwert gilt 2,5 CPM (care performance meter), der bei der Evaluation der Prüfergebnisse als Maßstab angewendet wurde. Werte über 2,5 CPM entsprechen aktivierender oder ganzheitlich aktivierender Pflege.

Die Pretestergebnisse lassen schlussfolgern, dass die Prüfinstrumente durchaus zweckmäßig und praktikabel sind. Die von manchen Trägern der Pflegeeinrichtungen, die an dem Pretest teilgenommen haben, geäußerte Kritik ist nachvollziehbar und zu begrüßen, wenn sie zielführend ist. Das gemeinsame Ziel der Pflegekassen und der Pflegeheime soll es sein, Defizite in der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflege durch die gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen aufzudecken und zu beseitigen. Dafür braucht man auch die entsprechenden Prüfinstrumente.

Nutzen der Prüfungen Für die zu prüfenden Pflegeeinrichtungen ist die Wirtschaftlichkeits- und die Wirksamkeitsprüfung von großem Nutzen. Die externen Prüfer, in der Regel öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige, sind neutral und weisungsfrei. Sie helfen den Pflegeheimen, Probleme und Defizite zu erkennen, die man in der täglichen Arbeit leicht übersehen kann. Die Prüfer sind zugleich auch die Berater, die Hinweise und Anregungen zur Optimierung der Betriebsabläufe geben. Die Prüfung hilft, die innerbetriebliche Transparenz zu schaffen und die Positionierung auf dem Markt zu erkennen.

Für die Pflegekassen als Kostenträger der Einrichtungen schafft die Wirtschaftlichkeitsprüfung mehr Transparenz. Es entsteht ein differenziertes und detailliertes Bild der Pflegelandschaft. Die festgestellten Qualitätsunterschiede unter den Pflegeheimen



müssen folglich bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden. Das müssen nicht zwangsläufig Strafsanktionen für die geprüften Pflegeeinrichtungen sein, eher handelt es sich um die verstärkte Motivation, die aufgedeckten Defizite zu beseitigen und mit den vorhandenen Finanzmitteln effizienter umzugehen.

Nicht zu verkennen ist auch der Nutzen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, die auch einen Teil der Kosten tragen. Mit dem zunehmenden Wettbewerb unter den Pflegeheimen wird die Transparenz und Pflegequalität an Gewicht deutlich gewinnen.

Mit flächendeckender Prüfung beginnen! Die in Bayern erprobte neue Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist

bundesweit ohne Beispiel und daher sehr innovativ. Ein wirksames Instrument zur Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfung steht den Pflegekassen zur Verfügung. Aus der Sicht der Ersatzkassen müsste eine flächendeckende Umsetzung baldmöglichst erfolgen. Den Trägerverbänden der Pflege wurden bereits Formulierungsvorschläge unterbreitet, um die notwendige vertragliche Regelung zu vereinbaren. Die Ersatzkassen gehen davon aus, dass sich auch die Verbände der Leistungserbringer ihrer Verantwortung für das gesamte Versorgungssystem bewusst sind und zu einer schnellstmöglichen Verständigung beitragen werden. Die Pflege muss besser werden. Das schulden die Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen den Betroffenen und ihren Angehörigen.

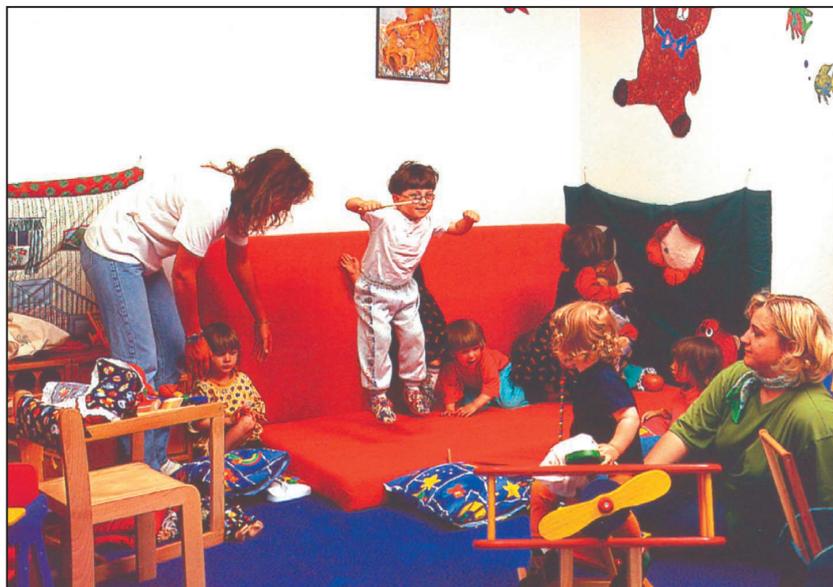
Mutter-Kind-Kuren

Neue Vertragsgrundlage

OFT LÄSST EIN KURZ GEFASSTER PARAGRAF IM SOZIALGESETZBUCH AUF DEN ERSTEN BLICK NICHT ERKENNEN, WELCHE NEUEN HERAUSFORDERUNGEN UND AUFGABEN AUF DIE KRANKENKASSEN ZUKOMMEN. IN UNSERER KONSUMORIENTIERTEN GESELLSCHAFT IN ZEITEN EINER BREIT ANGELEGTE SPARDISKUSSION ZÄHLT ANSCHEINEND NUR NOCH DIE FRAGE, WAS DIE KASSE ZAHLT. FÜR VIELE MENSCHEN BLEIBT DIE TATSACHE VERBORGEN, DASS EINE KRANKENKASSE NICHT NUR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN BEZAHLT, SONDERN EIN ANGEBOT AN WIRTSCHAFTLICHEN UND HOCH QUALITATIVEN VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND –EINRICHTUNGEN STÄNDIG ZU ORGANISIEREN HAT. SO IST ES AUCH IM FALLE DER IM VOLKSMUND GENANNTE MUTTER-KIND-KUREN.

Mehr Wirksamkeit und Qualität Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge- und Rehabilitation für Mütter und Väter im

Sommer 2002 wurde ein neues Kapitel in diesem wichtigen Bereich aufgeschlagen. Um mehr Qualität und Wirksamkeit bei diesen medizinischen Leistungen zu erreichen, sieht das Gesetz unter anderem vor, dass diese künftig nur noch in Einrich-



tungen des Müttergenesungswerkes, gleichartigen Einrichtungen oder in den für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbracht werden dürfen. Die Krankenkassen müssen mit diesen Einrichtungen neue Versorgungsverträge nach § 111 a SGB V schließen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und 26 Spitzenorganisationen der Leistungserbringer haben unter fachlicher Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger die „Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen“ verabschiedet. Die Partner der Empfehlung haben den vom Gesetzgeber eingeräumten Gestaltungsspielraum genutzt und zunächst die Grundprinzipien der Vorsorge und Rehabilitation einheitlich und zukunftsorientiert definiert.

Rahmenempfehlungen schaffen Klarheit

Eine wesentliche Aufgabe der Rahmenempfehlung besteht darin, die Voraussetzungen, Inhalte und Ziele der Vorsorge und Rehabilitation zu definieren und diese von der kurativen Medizin klarer abzugrenzen. Außerdem wurden weitere Aussagen zu Indikationen, Konzeptionen, Dauer, Sicherung des Vorsorge- und Rehabilitationserfolges, Zusammenarbeit, Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung gemacht. Danach sind Vorsorge und Rehabilitation notwendige und anerkannte Bestandteile einer umfassenden modernen medizinischen Versorgung. Eine effektive Kooperation und Koordination zwischen Vorsorge, Rehabilitation und kurativer Behandlung ist unerlässlich.

Wesentliche Aufgabe von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sind die Verhinderung bzw. Bekämpfung von chronischen Krankheiten, Krankheitsfolgen und Behinderungen. Bei der Einleitung und Durchführung entsprechender Leistungen ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Besonders sind die entwicklungs-spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.

Bayerischer Struktur-erhebungsbogen

Die klar definierten Vorgaben der Rahmenempfehlung stellen eine zuverlässige Grundlage für die weiteren Schritte bei der Umsetzung des Gesetzes dar. Auf dieser Grundlage entwickelte die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern einen Struktur-

erhebungsbogen, der an über 30 bestehende Einrichtungen im Freistaat verschickt wurde. Ziel der Datenerhebung ist es, zunächst die Strukturqualität der vorhandenen Kapazitäten zu prüfen. Die Mutter-Kind-Einrichtungen, die an dem Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 a interessiert sind, sollen ein medizinisches Konzept vorlegen, das die Prüfung der indikationsspezifischen Behandlungsabläufe ermöglicht.

Die Feststellung der Strukturqualität ist der erste Schritt bei der umfassenden Qualitätssicherung der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die schrittweise auf alle Indikationen, Leistungsformen und Zielgruppen ausgedehnt werden soll. Die Mutter-Kind-Einrichtungen verpflichten sich, sich künftig nach § 135 a Abs. 2 SGB V an dem Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beteiligen und ein Qualitätsmanagement intern einzuführen und weiterzuentwickeln. Nur durch das ergebnisorientierte Qualitätssicherungsverfahren können die rehabilitativen Strukturen für Mutter und Kind ihre Zukunft sichern. Das bedeutet für die Mutter-Kind-Einrichtungen auch, dass sie sich künftig in einem qualitätsorientierten Wettbewerb behaupten werden müssen.

Vertragsverhandlungen aufgenommen

Der Rücklauf der Strukturhebungsbögen dokumentiert erwartungsgemäß, dass die existierenden Mutter-Kind-Einrichtungen sowohl Stärken als auch Schwächen ausweisen. Doch seitens der Einrichtungen wurde die Bereitschaft zum Ausdruck gebracht, die vorhandenen Defizite schnellstens zu beheben. Auch die ersten medizinischen Konzepte wurden bereits vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet. Folglich konnte die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern die Verhandlungen mit den Trägern der Einrichtungen aufnehmen, mit dem Ziel, die Versorgungsverträge nach § 111 a SGB V abzuschließen.

Vor dem Hintergrund der mit den Trägern der Mutter-Kind-Einrichtungen geführten Gespräche gehen die Ersatzkassen davon aus, dass die bayerischen Mutter-Kind-Einrichtungen im Laufe der nächsten Monate alle geforderten Strukturen schaffen werden. Somit wird in Bayern eine hochqualitative Versorgungsstruktur im Mutter-Kind-Bereich entstehen. Profitieren davon werden die betroffenen Eltern und Kinder, denen ein modernes und qualitätsgesichertes Angebot an medizinischen Leistungen zur Verfügung gestellt wird.

Glosse

Alles klar, Herr Staatskommissar? oder Eine Erklärung, die zu wenig erklärt

AM 04.04.04 STÜRMTEN LAUT PRESSEBERICHTEN HUNDERT VON HEIRATSWILLIGEN PAAREN DIE STANDESÄMTER IN DEUTSCHLAND, UM AN DIESEM NUMERISCH GESEHEN DENKWÜRDIGEN TAG DEN BUND FÜRS LEBEN ZU SCHLIESSEN. ZUR GLEICHEN ZEIT IN MÜNCHEN BETRATEN LAUT AUGENZEUGEN DIE AM ASCHERMITTWOCH ENTMACHTETEN VORSTÄNDE DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS (KZVB) DAS MENSCHENLEERE UND UNBELEUCHTETE GEBÄUDE DES SOZIALMINISTERIUMS IN DER WINZERERSTRASSE, UM DIE KAPITULATIONSRURKUNDE NACH DER VERLORENEN SCHLACHT GEGEN DAS GELTENDE RECHT ZU UNTERSCHREIBEN.

„...jetzt und in Zukunft...“

Der Sozialministerin Stewens gegenüber erklärten die Besucher feierlich „jetzt und in Zukunft rechtskonform“ handeln zu wollen. Für einen Unbeteiligten klingt solch ein Versprechen aus dem Munde der Vorstände einer Körperschaft des öffentlichen Rechts ziemlich merkwürdig. Doch gerade das zeigt, wie weit es die bayerischen Zahnarztfunktionäre mit dem Rechtsbruch getrieben haben. Das erklärte strategische Ziel der KZVB-Spitze war der Ausstieg aus der zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten. Die dazu passende Taktik bestand in der Weigerung, das jüngste Gesundheitsreformgesetz umzusetzen. Konkret zeigte sich das in den unberechtigten Erhebungen von Praxisgebühr bei Vorsorgeuntersuchungen, in der Ablehnung der Krankenversichertenkarte seitens mancher Kieferorthopäden, in der Niederlegung der gutachterlichen Tätigkeit von dazu bestellten Zahnärzten, in einem unzulässig ausgeübten Druck auf die Patienten, sich auf Privatrechnung behandeln zu lassen u.ä..

Man vermisst in der unterschriebenen Erklärung eine klare und eindeutige Absage der KZVB-Führung an ihre bisherige Strategie, die Zahnheilkunde für die gesetzlich Versicherten zu privatisieren. Stattdessen enthält die Präambel der Erklärung viel – ziemlich deplatziert lautende - Lyrik über eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versor-

gung der Bevölkerung, weitere Strukturreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die medizinisch und technologisch innovative Zahnheilkunde. All das hat weder mit dem Einsatz des Staatskommissars an der Spitze der KZVB noch mit der Beendigung seiner Tätigkeit zu tun. Und beim Lesen des zweiten Punktes der Erklärung glaubt man den eigenen Augen nicht mehr: „Die KZVB betont, dass sie auch in der Vergangenheit rechtskonform gehandelt habe und keinen Grund für die Einsetzung eines Beauftragten nach § 79a SGB V sehe“. Die viel zu kurze Entmachtung des KZVB-Vorstandes hat bei ihm anscheinend weder einen Sinneswandel noch Schuldgefühle ausgelöst.

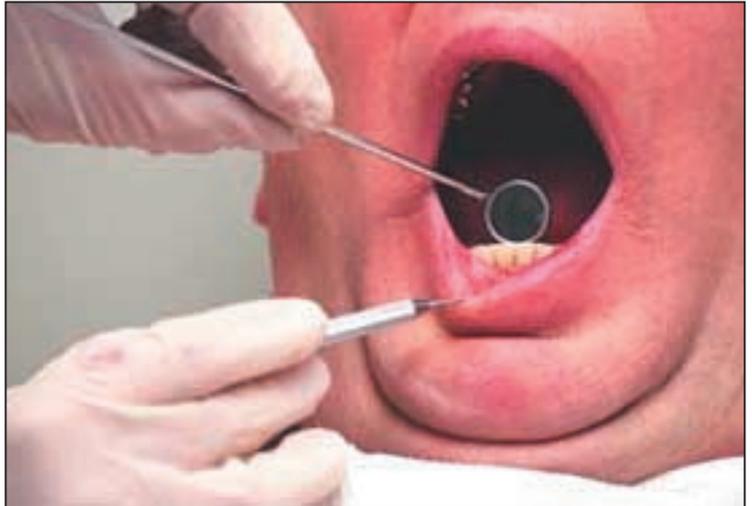
Eindeutig zu wenig für Patienten

Die Erklärung macht einen fast surrealen Eindruck. Man ist kurz davor sich zu fragen „War da überhaupt was?“. Mit keinem einzigen Wort werden in der Erklärung die finanziell geprellten Patienten erwähnt, welche die Praxisgebühr bei Vorsorgeuntersuchungen bezahlen, die überhöhten Privatrechnungen zahlen mussten, keine Behandlungstermine erhielten oder wochenlang auf ihren Zahnersatz warten mussten, weil kein Gutachten vom Zahnarzt an die Krankenkasse verschickt wurde. Das sind die Verlierer der letzten Wochen. Die KZVB-Funktionäre waren nicht Manns genug, sich in der Erklärung bei diesen Menschen zu entschuldigen, geschweige denn die Zahnärzte zu verpflichten, das zu viel gezahlte Geld den betroffenen Patienten zu erstatten. Mit der unterschriebenen Erklärung wird sozusagen der Status quo ante wiederhergestellt. Für die KZVB-Spitze, die Amt und Würde zurückbekommt, mag es reichen. Doch für die Patienten ist es eindeutig viel zu wenig.

Image-Schaden bei Zahnärzten

Zu den Verlierern der letzten Monate gehören auch die Zahnärzte, die täglich in ihrer Praxis zum Wohle und im Interesse ihrer Patienten den Beruf ausüben. Das Image der bayerischen Zahnärzteschaft hat wegen der rigorosen Vorge-

hensweise der KZVB-Funktionäre bei der Durchsetzung egoistischer standespolitischer Interessen arg gelitten. Es wurde nicht nur der alte, vom Volksmund geprägte Vorwurf, Zahnärzte würden den Hals nicht voll kriegen, aufgefrischt. Zusätzlich kam die neue Facette der Rechtsuntreue hinzu. Bei weitem nicht alle Zahnärzte standen und stehen hinter der ideologisch verblendeten KZVB-Führung. Wenn schon die KZVB dem Sozialministerium im Punkt 5 der Erklärung „die Einhaltung der Grundsätze der verbandspolitischen Neutralität einer Körperschaft des öffentlichen Rechts“ zusagt, dann wäre der nächste logische Schritt, sich bei den Zahnärzten für den hinzugefügten Image-Schaden zu entschuldigen und zu versprechen, künftig nicht allein die Interessen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, sondern die von allen bayerischen Zahnärzten nach außen zu vertreten.



Kurzzeitige Wirkung des Staatskommissars

And the winner is... Keiner! Nicht einmal der Staatskommissar, der tapfer für die Wiederherstellung von Recht und Ordnung kämpfte. Dafür danken ihm die Ersatzkassen an dieser Stelle, da auch die anerkennenden Worte an seine Adresse in der Erklärung fehlen. Seine Aufgaben waren zu groß und die Amtszeit viel zu kurz, um am Ende eine glänzende Bilanz vorweisen zu können. Nach vierzig Tagen des Staatskommissariats schaut die Bilanz durchgewachsen aus. Während das von der KZVB künstlich geschaffene Problem mit der Praxisgebühr gelöst wurde, konnten nicht alle rebellierenden Kieferorthopäden zurück auf den Boden des Gesetzes geholt werden. Noch schwieriger erwies sich die Problematik der zahnmedizinischen Gutachter, die

ihre Tätigkeit niederlegten. Dafür musste er schriftliche Androhungen von Rechtsverfahren mancher Zahnärzte und wüste wie unverschämte Beschimpfungen von durchgedrehten Demonstranten quittieren. Unbeeindruckt davon setzte er sich für die Schaffung der Rechtssicherheit für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen und in den bayerischen Zahnarztpraxen ein.

KZVB-Vorstand beim Wort nehmen

Die gesammelten Erfahrungen als Staatskommissar wird der im „zivilen“ Beruf die Rechtsaufsicht über die KZVB habende Ministerialdirigent hoffentlich nicht so schnell vergessen und die KZVB-Führung künftig strenger beobachten. Die Maxime „Wehret den Anfängen!“ gilt unverändert weiter. Ob die von der KZVB-Spitze unterschriebene Erklärung zur Normalisierung in der zahnmedizinischen Versorgung der bayerischen Bevölkerung führen wird, bleibt abzuwarten. Die Ersatzkassen haben da ihre Zweifel. Dennoch nehmen sie den KZVB-Vorstand beim Wort.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
 Arnulfstr. 201a · 80634 München
 e-mail: LV_Bayern@VdAK-AEV.de
 Telefon (0 89) 55 25 51 -0 · Telefax (0 89) 55 25 51 -14
 Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Christian Bredl