



Thema:	Experten-Workshop Kostenträger	Protokolldatum:	31.01.2005
Von:	Garbe (mit Hilfe von Niemeyer)	Termin:	27.02.2005
Ort:	<b>Pflegezentrum p&amp;w Heimfeld, Haus W, Café</b>	Zeit:	18.30 – 21.30 Uhr
Teilnehmer:	Maija Garbe (MGA), Gyde Jungjohann (GJU), Beate Kassner (BKA), Gabi Kruse (GKR), Sascha Linzer (SLI), Regina Möllenberg (RMÖ), Barbara Mollenhauer (BMO), Anna Niemeyer (NIE), Jens Prager (JPR), Tanja Tietjens (TTI), Hans Heiner Stöver-Ramien (HHS), Achim Rogge (ARO), Klaus Stelter (KST), Heiner Westphely (HWE) Gäste: Dr. Ralf Krämer (BKK Landesverband Nord), Klaus Rupp (TK Hauptverwaltung, Fachreferat für Case Management) Abwesend: Hendrik van den Bussche (vdB), Mathias Mohrmann, AOK Hamburg		

*Korrigierte Version (Korrekturen sind kursiv und unterstrichen dargestellt)*

Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
Vorstellung aller Anwesenden	
Begrüßung	Nach der Begrüßung stellen sich die anwesenden Projektmitglieder und Gäste vor.
Vorstellung SEAMAN	Es folgt eine Kurzpräsentation von Frau Niemeyer über das Projekt SEAMAN und den aktuellen Stand der Dinge im Projektverlauf.
Vorstellung BKK	<p>Herr Dr. Krämer stellt die Zielvorstellung der BKK Nord vor. Der Landesverband vertritt 220 BKK ganz unterschiedlicher Größe und Kultur                      Herr Dr. Krämer ist zuständig für den stationären Bereich.                      Ziel ist es pauschalierte Wege zu realisieren, dies betrifft auch die integrierte Versorgung. Hier ist es seiner Ansicht nach erstrebenswert eine „Kopfpauschale“ zu verankern, die sich die stationären und ambulanten Leistungserbringer teilen. Die Verantwortung läge so bei den Leistungserbringern. Für die hausärztliche Praxis müsse hier jedoch noch nach kreativen Lösungen gesucht werden.                      In der Diskussion wird dieser Vorstellung entgegengesetzt, dass eine derartige Pauschalierung für die Hausärzte nachteilig sei, da sie das Mortalitätsrisiko zu tragen haben und das notwendige Budget in der Hausarztpraxis aufgrund der Vielfältigkeit nicht zu errechnen sei.                      Interesse der BKK Nord allgemein ist es gute Qualität für Versicherte sicherzustellen und dabei auf die Kosten zu achten.                      SEAMAN                      hat die richtigen Ansatzpunkte identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikation unter Leistungserbringern: z.B. Abstimmung Medikamenten-Verordnung prä- und poststationär</li> <li>- Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern</li> </ul> <p>Es bestehe Interesse gemeinsam mit SEAMAN die Qualität der Kommunikation zu steigern. Vom Kostengewinn sollten alle Beteiligten profitieren, für eine zusätzliche Vergütung stehen keine Kapazitäten zur Verfügung. Der Vorschlag des maschinellen Datenaustausches sei interessant, müsse jedoch im Einzelnen geprüft werden.</p>
Vorstellung TK	<p>Herr Rupp stellt die Ansätze zur Förderung sektorübergreifender Zusammenarbeit vor (Präsentation wird nachgereicht). TK ist bundesweit vertreten. Die TK versteht sich nicht nur als Kostenträger sondern auch als Interessenvertretung der Patienten und ist daher an der Gestaltung von Versorgung beteiligt.                      Interesse der TK ist es die Qualität und Effektivität der Versorgung zu steigern und dabei die Kosten zu senken. Weiterhin soll mehr shared-decision-making zwischen P. und Arzt realisiert werden. Der Patient soll in die Lage versetzt werden die eigene Versorgung mitzugestalten, daher gibt es den medizinischen Beratungsdienst der TK: Medizin und Gesundheit                      Reha-Berater: 270 Mitarbeiter steuern den Versorgungsprozess</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medizinisches Laienverständnis; Beratung und Entscheidungskompetenz: medizinische Leitlinien als Definition einer optimalen Versorgung sind hinterlegt; keine Sachbearbeitung</li> <li>- Mediziner im Hintergrund</li> <li>- Sachbearbeiter: kein medizinisches Verständnis; keine Beratung; administrative Aufgaben</li> <li>- Krankenhaus-Center in Hannover</li> <li>- Reha-Berater vor Ort</li> </ul>



Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
	<p>Vorteil einer Krankenkasse im Rahmen der Steuerung von Versorgungsprozessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KK bekommt Versorgungswege und Patientenkarriere mit</li> <li>- P. ist lange bekannt und wird begleitet</li> <li>- Versorgungsverlauf, -situation sind bekannt. Reha-Motivation, Compliance und Copingverhalten können besser eingeschätzt werden, als vom KH, dass den P. nur für einen kurzen Zeitraum sieht</li> </ul> <p>Reha-Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sektorübergreifende Begleitung der Behandlung und Rehabilitation</li> <li>- in Kommunikation mit P. und / oder Leistungserbringern</li> <li>- schalten sich dann ein, wenn es nicht läuft</li> <li>- wenn Leistungserbringer der Versorgungsprozess optimal gestalten entsteht kein Handlungsbedarf</li> <li>- Ziel: rechtzeitig Folgeversorgung organisieren und ggf. beschleunigen</li> <li>- P. können die TK direkt beauftragen den Reha-Prozess zu gestalten</li> </ul> <p>Zahlen:</p> <p>Über 50% Wiederaufnahmen bei chronisch Kranken (es interessieren Wiederaufnahmen innerhalb von 12 Monaten). 1 Mio Krankenhausfälle - in 25% der Fälle ist TK in irgendeiner Weise beteiligt (Ist KH-Aufenthalt notwendig?; lange Arbeitsunfähigkeit: Ursachen?; Vorgehen und Entscheidungen sind einzelfallorientiert)</p> <p>Integrierte Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es müssen indikationsorientiert und dann Schritt für Schritt Standards und Pauschalen entwickelt werden</li> <li>- <u>zur Zeit gibt es schon viele Indikationsverträge („u.a. zu ambulanten Operationen“)</u></li> <li>- Es sind noch andere und mehr Kommunikationsebenen nötig</li> </ul> <p>SEAMAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elektronischer Datenaustausch mit den Leistungserbringern wäre sehr wünschenswert</li> <li>- Ausschnitt aus dem Überleitungsdokument könnte Eckdaten für die Prüfung und Bewilligung liefern</li> <li>- wichtig sind Piloten, die sich bundesweit ausrollen lassen und weniger Insellösungen</li> <li>- Wunsch: vor Aufnahme mehr eingebunden werden</li> <li>- „Ohne Koffer zur OP“, P. werden überzeugt und für eine ambulante OP mit Erfolg gewonnen</li> </ul> <p><u>Bereits viele entsprechende Kooperationen mit KH (wenn diese P. vorstationär sehen), bislang keine Zusammenarbeit mit Niedergelassenen. Projekte für die nachstationär Versorgung gibt es noch nicht</u></p>
Fragen und Diskussion	
<p>Konvergenz und Steuerung von Patienten zwischen den Sektoren</p>	<p><b>BKK/Krämer:</b> Konvergenz wird wohl eher 7-10 Jahre als 5 dauern.</p> <p><b>(Um-)Steuerung von Patienten?</b> Wann sind Kostenträger daran interessiert / dabei?</p> <p><b>TK/Rupp:</b> Umsteuerung zurzeit eher von stationär zu ambulant, Steuerung in bestimmte Häuser ist derzeit nicht möglich. Qualitätsberichte sind (noch) nicht ausreichend etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umsteuerungspotenzial ist unterschiedlich</li> <li>- Eingegrenzter Indikationsbereich</li> <li>- Vorlauf muss lang genug sein, damit KK sich einschalten kann</li> <li>- KK muss über entsprechende Beratungskompetenz verfügen</li> </ul> <p><b>BKK/Krämer:</b> Umsteuerung durch Kassen: Nein, die Verantwortung liegt bei den Häusern, die ihre Quoten erfüllen müssen. Wenn KK sich einschaltet bedeutet das nur <u>zusätzliche</u> Bürokratie und Verunsicherung des P. Für kleine Kassen rechnet sich so was nicht.</p> <p><b>TK/Rupp:</b> Einbezug der KK vor Aufnahme und damit die Möglichkeit zur Umsteuerung in den ambulanten Bereich <u>erspart</u> Bürokratie. Wichtig sind aber auch die integrierte Versorgung und</p>



Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
	<p>korrespondierende Verträge</p> <p>Es gibt ein Projekt der TK über den VDAK zur Entwicklung einer neuen Einweisungsverordnung, an AEP-Kriterien orientiert (Kriterien, die zur Beurteilung der Notwendigkeit eines KH-Aufenthalts zu prüfen sind) ist.</p> <p>Einweisung zurzeit über 301; muss innerhalb von 3 Werktagen bei der KK sein: dann ist nichts mehr zu beraten oder zu steuern</p> <p><b>Vorschlag:</b> Wird die TK im Vorfeld beteiligt, kann die des MDK hinterher durch eine Kostenübernahmeerklärung der TK vermieden werden (wenn sich an AEP nichts ändert). Der Vorschlag wird von ARO und GJU interessiert aufgenommen.</p>
Pflegeverordnung	<p><b>Wer soll Pflegeverordnung erstellen? HA oder KH/Reha-Arzt?</b></p> <p>Optimal wäre, wenn alle (HA, AP, KH) beteiligt wären, um den tatsächlichen Bedarf bestmöglich zu erfassen</p> <p><b>TK/Rupp:</b></p> <p>Entlassung am Wochenende ist bei den Ersatzkassen kein Problem, denn werden nur die Arbeitstage (Mo-Fr) gezählt.</p> <p>In den Richtlinien für häusliche Pflege ist viel Gestaltungsraum für ein telematisches Modell. 12er Verordnung elektronisch zu übertragen ist erstrebenswert.</p> <p><b>BKK/Krämer:</b></p> <p>Zunächst muss sachlich festgelegt werden, was in der Pflege nachstationär notwendig ist.</p>
Wiederaufnahme (Frage an SEAMAN)	<p><b>Wie kommt es zu Wiederaufnahmen und wie können sie weitestgehend vermieden werden?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lassen sich bestimmte Hauptdiagnosen identifizieren?</li> <li>- Bestimmte Zeiträume?</li> <li>- Sind es überwiegend Onko-DRGs (dann verständlich)?</li> <li>- Mögliche Ursachen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Blutige Entlassung</li> <li>o Mangelnde Kommunikation</li> <li>o Schlechte Versorgung häuslich</li> <li>o Mangelnde Info</li> </ul> </li> <li>- Könnte Daten-/Infotransfer durch <b>SEAMAN</b> da helfen?</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	
Weiterer Verlauf	<p>Bei beiden Vertretern und den Mitgliedern der Projektgruppe besteht ein großes Interesse an einer weitergehenden und intensivierten Zusammenarbeit</p> <p><b>BKK/Krämer:</b></p> <p>Beim nächsten Treffen sollten zwei BKK Vertreter mit konträren Sichtweisen teilnehmen, damit Konflikte vorher und nicht hinterher auftreten. Im Gespräch mit der IKK soll geklärt werden, ob eine Teilnahme erwünscht ist.</p> <p><b>TK/Rupp:</b></p> <p>Ein Pilot sollte erstmal mit der TK und nicht mit dem gesamten VdaK durchgeführt werden. Wenn es gut funktioniert, sind sicherlich auch die anderen Ersatzkassen interessiert - ein guter Pilot verbreitet sich von selbst -. Der Pilot sollte erst mal Kooperations- und nicht Vertragscharakter haben.</p>
Ziel	<p>Abstimmung der Datensätze und zeitnahe elektronische Information der Kostenträger</p> <p>Konsequenz für <b>SEAMAN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genehmigung von Pflegeverordnung vor Entlassung</li> <li>- Verringerung / Vermeidung von MDK- oder Kostenträger-Anfragen nach Leistungserbringung</li> </ul>
Vorgehen	<p><b>TK/Rupp:</b> stellt Reha-Anfragenkatalog und grundsätzliche Entlassungsfragen zur Verfügung sowie die beiden AEP Bögen (einen von der KV, einen von den Spitzenverbänden der KK). Es muss noch definiert werden, was vor Entlassung heißt und wie viel Vorlauf die Kostenträger brauchen</p> <p><b>SEAMAN</b> entwirft einen gemeinsamen Überleitungsbogen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostenträger prüfen und melden Änderungs-/Ergänzungsbedarf an bzw. definieren den eigenen Informationsbedarf</li> <li>- Vorstellung der Inhalte und Kommunikationswege beim HDSB</li> <li>- Anschließend erneutes Treffen mit den Kostenträgern</li> </ul>