Medizinischer Dienst Nord

Jahresbericht 2022 / Ausblick 2023

Inhalt

PDF-Download des Online-Jahresberichtes 2022 / Ausblick 2023

Grußwort der Ärztekammer SH	2
Vorwort des Verwaltungsrates	3
Vorwort Vorstand/Ärztliche Leitung	4
Personalien	5
Pandemie-Gefahren im Blick behalten	6
Abteilung Krankenhaus	7
Interview zu 2022: Prüfungen StrOPS und G-BA	7
Interview zu Krankenhaus-Reform 2023	9
Vorabanfragen bei NUB möglich	12
Teamassistenz jetzt komplett digital	13
Start der PPP-Richtlinien-Prüfung 2023	14
Abteilung Pflegeversicherung	16
Pflege-Antragsplus erfordert neue Wege	16
Rollenwechsel von Pflege zur Begutachtung	17
Prüfungen unter Corona-Bedingungen	18
Abteilung Ambulante Versorgung	19
Nicht nur die Frist im Blick	19
Erstmals AKI-Prüfungen im Jahr 2023	20
Mit dem Dienstplanungstool besser steuern	21
Interview zu Reha in der Pandemie	23
Zahlen und Daten 2022 / Team Controlling	25
Übersicht aller Zahlen 2022	25
Leistungen für die GKV	26
Leistungen für die SPV	27
Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung	28
ZEBRA erfasst besondere Zeitaufwände	29
Abteilungen Service / Personal und Finanzen	30
Viel Teilzeit ist möglich, Reisekosten digital	30
Neubau in Hamburg wird geplant	31
Multifunktions-Arbeitsplatz ist neuer Standard	32
Impressum	33

Grußwort der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Damen und Herren,

wieder liegt ein spannendes und herausforderndes Jahr hinter Ihnen. Die Corona-Pandemie hat uns alle noch in Beschlag genommen. Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes Nord haben auf verschiedenen Ebenen aktiv geholfen, die Auswirkungen zu reduzieren, zum Beispiel durch ihren Einsatz in Gesundheitsämtern und beim Impfen. Dafür gilt mein ausdrücklicher Dank, denn nur gemeinsam können wir die Pandemie bewältigen.

Darüber hinaus ist das Jahr 2022 das erste volle Jahr in der neuen Organisationsform des MD Nord als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts gewesen. Wir als Ärztekammer schätzen diese Form der Selbstverwaltung seit vielen Jahrzehnten sehr, um demokratisch legitimiert und fachlich unabhängig unsere gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen. Diese Form der Selbstverwaltung und Selbstgestaltung ist ein wertvoller gesellschaftlicher Beitrag und wichtig für unser Land. Wir freuen uns, dass der pflegerische und ärztliche Bereich, letzterer durch Repräsentanten der Ärztekammer, in den Gremien des MD Nord vertreten sind, obgleich wir nicht stimmberechtigt sind. Wir können aber unsere Ansichten aktiv in den Verwaltungsrat einbringen und ein Votum abgeben, was wir sehr begrüßen.

Dies gilt in einer Zeit, in der wir zunehmenden Einfluss Dritter wahrnehmen und immer mehr Vorgaben durch den Normgeber verzeichnen, um so mehr. Wir müssen gemeinsam darauf achten, dass die fachliche Unabhängigkeit der Selbstverwaltung gewahrt bleibt und wir einen starken MD haben. Ein Beispiel sind die Strukturprüfungen, die vermehrt durch den MD durchgeführt werden. Dabei muss es sinnvolle Vorgaben des Normgebers geben, die einen relevanten Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität haben. Hier kann sich der MD mit seiner pflegerischen und ärztlichen Kompetenz im Vorwege stark einbringen, um die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit zu verbessern.

Positiv ist in diesem Zusammenhang die hohe Teilnahme von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen des MD Nord in dem Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ in Bad Segeberg. Insgesamt mehr als 30 Mitarbeitende des MD Nord haben diesen 200-Stunden-Kurs absolviert und können damit die entsprechende Zusatzweiterbildung erwerben. Es werden

Foto: ÄKSH

Prof. Dr. Henrik Herrmann

weitere Aufgaben auf den MD Nord zukommen, sei es in der Begutachtung oder in der Krankenhausfinanzierung und -planung. Die ersten Entwürfe dazu liegen vor, hier wird über das Ausmaß bundesweiter Vorgaben und landesrechtlicher Regelungshoheit zu diskutieren sein. Der MD Nord kann sich mit seiner Expertise konstruktiv in diesen Diskurs einbringen und Versorgungsstufen mit dazugehörigen Leistungsgruppen begutachten.

Es gibt also für den MD Nord auch zukünftig viel zu tun. Er hat sich in seiner neuen Organisationsstruktur gut etabliert und ist für die Versorgungsrealität in Schleswig-Holstein und Hamburg unerlässlich. Dahinter stehen viele Mitarbeitende, ein Verwaltungsrat und ein Vorstandsvorsitzender, die für die Menschen in den beiden Bundesländern aktiv sind. Für deren hohes Engagement und tägliche Arbeit möchte ich mich herzlichst bedanken, hoffe auf eine weitere positive Entwicklung und wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Erfüllung Ihrer Aufgaben.

Prof. Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Vorwort des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Druck auf das deutsche Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahren immer höher geworden und damit auch die Belastung aller Beteiligten. Nicht vergessen werden darf dabei die ebenfalls steigende finanzielle Belastung der Beitragszahler. In den vergangenen fast drei Jahren hatte die Corona-Pandemie einen hohen Anteil daran, also auch im Jahr 2022. Nun lässt sie nach – doch viele Problembereiche bleiben. Die Probleme, die bereits vor der Pandemie bestanden haben, rücken außerdem verstärkt in den Fokus. Einer dieser Problembereiche ist die Pflege: Wir sehen, dass jedes Jahr mehr Menschen im Norden einen Antrag auf Pflegeleistung stellen, weil diese Anträge in der Regel direkt einen Auftrag zur Pflegebegutachtung auslösen. Der Gesetzgeber hat bisher keine Begründung vorgesehen, die Versicherte dafür vorlegen müssen. Allein im Januar 2023 sind bereits rund 20 Prozent mehr solcher Aufträge beim Medizinischen Dienst Nord eingegangen als noch im Vorjahresmonat. Wie soll das zu schaffen sein? Mehr Personal wäre nötig, was der MD Nord seit Jahren mit dem Anwerben weiterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versucht. Doch diese würden dann im System fehlen. Es muss der Mut da sein, neue Wege in der Begutachtung zu wagen!

Mirko Knappe

Jürgen Reimer

Neue Wege will der Gesetzgeber offenbar nicht gehen. Die in der Pandemie bewährte Begutachtung mit Telefon-Unterstützung wäre eine Hilfe, die die Bundespolitik aber nach Ende der Infektionsschutz-Maßnahmen nicht dauerhaft zulässt. Sie will am Hausbesuch als Regelfall offensichtlich nicht rütteln. So kann es nicht weitergehen, wenn das System nicht kollabieren soll. Positiv sehen wir das Modellprojekt der zukünftigen Unterstützung per Video in der Begutachtung. Ohne weitere Veränderung sind die Versicherten jedenfalls die Leidtragenden, wenn die Medizinischen Dienste unlösbare Aufgaben übertragen bekommen.

Ein weiterer Problembereich ist der Krankenhaussektor. Durch ökonomische Fehlanreize innerhalb des Systems sind Überkapazitäten geschaffen worden. Doch kaum ist seit Anfang des Jahres ein Reformvorschlag auf dem Tisch, beginnen die Verteilungskämpfe. Viele der Akteure wollen von „ihrem“ Krankenhaus nicht lassen, obwohl es allen klar sein muss, dass es so nicht weitergehen kann. Positiv ist, dass der Medizinische Dienst ebenfalls eine feste Größe in der Krankenhaus-Begutachtung ist und seine Rolle als Teil der Reform gestärkt werden soll, wenn die Qualität der stationären Versorgung im Vordergrund stehen muss. Es darf jetzt nicht passieren, dass diese Reform erneut verwässert wird, weil einzelne Interessenverbände ihre Pfründe sichern wollen – was wieder zu Lasten der Versicherten geht.

Maßgeblich für die Vorschläge zur Finanzierung der Krankenhäuser muss jedoch die Qualität der Krankenhaus-Leistung sein. Die Prüfungen der Strukturqualität in den Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst Nord haben bereits gezeigt: Dieser kritische Blick von außen ist wichtig und muss weiter unabhängig von finanziellen und politischen Interessen sein. Das kann der Medizinische Dienst nur leisten, wenn nicht von außen eingegriffen wird.

Es geht um die Sicherheit und Gesundheit von Menschen, die sich als Patienten unserem Gesundheitssystem anvertrauen – und es als gesetzlich Versicherte auch selbst tragen. Wir wollen, dass sich alle auch weiterhin auf eine unabhängige Prüfung durch den Medizinischen Dienst verlassen können. Den mehr als 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes Nord an den Standorten in Hamburg und Schleswig-Holstein hat der Gesetzgeber für 2023 bereits weitere, teils neue Aufgaben übertragen. Dazu gehören umfangreiche Prüfaufträge in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der ambulanten Versorgung, von denen Sie ebenfalls in diesem Jahresbericht lesen werden.

Im Namen des Verwaltungsrates danken wir allen Beschäftigten, die diese Herausforderungen täglich annehmen. Dieses Gremium der Selbstverwaltung wird sich weiterhin intensiv dafür einsetzen, dass sie ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen können.

Jürgen Reimer und Mirko Knappe,
alternierende Vorsitzende des
Verwaltungsrates

Vorwort des Vorstandes und der Ärztlichen Leitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie halten erstmals keinen gedruckten und gebundenen Jahresbericht in den Händen. Schon früher gab es den Jahresbericht zum Download auf unserer Webseite. Um Umwelt und Ressourcen zu schonen, sind wir jetzt auf eine rein digitale Darstellung gewechselt. Diese Form unseres Jahresberichtes ist Ausdruck einer fortschreitenden Digitalisierung des gesamten Medizinischen Dienstes Nord. Konsequente Digitalisierung hilft unserem Dienst dabei, die stetig steigende Anzahl von Aufträgen zu bewältigen, die die Gutachterinnen und Gutachter für die Versicherten in Hamburg und Schleswig-Holstein leisten.

2022 war das dritte Jahr der Corona-Pandemie. Die Medizinischen Dienste unterlagen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Der MD Nord war dank der eigenen Impfkampagne bestens darauf vorbereitet: 99,4 Prozent der Beschäftigten waren zu jedem geforderten Zeitpunkt vollständig immunisiert, sowohl Mitte März als auch Ende September.

Zum Schutz der Versicherten und zum Eigenschutz haben wir alle Impf- und Hygienemaßnahmen während der gesamten Pandemiezeit sehr ernst genommen. Und obwohl seit Anfang 2023 die gesetzlich geregelten Corona-Maßnahmen Schritt für Schritt zurückgenommen werden, achten wir in der täglichen Begutachtung weiterhin auf den Schutz vor einer Corona-Ansteckung und auf eine konsequente Hygiene im Umgang mit Kranken und Pflegebedürftigen.

Auch im MD Nord macht sich der Fachkräftemangel immer deutlicher bemerkbar, insbesondere im Bereich Pflege. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben bei der Vergütung von Pflegefachkräften spürbar nachgelegt. Das macht es unter den gegebenen Rahmenbedingungen zunehmend schwierig, geeignetes Personal zu finden, um die gleichzeitig stark steigenden Auftragszahlen in der Pflegebegutachtungen zu bewältigen. Alternative digitale Begutachtungsformen bei der Pflegebegutachtung, die sich in der Pandemie bewährt haben, wären weiterhin ein gutes ergänzendes Instrument, um die Laufzeiten in der Pflegebegutachtung zu verkürzen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert. Um zu sachgerechten gesetzlichen Änderungen zu kommen, stehen die Medizinischen Dienste in engem Kontakt mit anderen fachkompetenten Playern des Gesundheitswesens aus diesem Bereich. Das Telefoninterview mit den Versicherten sollte dauerhaft als eine Möglichkeit der Pflegebegutachtung möglich sein.

Peter Zimmermann

Botho Müller

Dr. Bernhard van Treeck

Personalgewinnung und Personalbindung bleiben zentrale Herausforderungen des Dienstes. Zur Unterstützung der Gutachterinnen und Gutachter und unserer Auftraggeber treibt der Medizinische Dienst Nord die Digitalisierung stetig voran. Was die Kolleginnen und Kollegen der administrativen Bereiche, vor allem der IT, leisten, verdient großes Lob.

Arbeit und Freizeit bestmöglich in Einklang zu bringen, war zudem immer schon unser Anspruch. Homeoffice und mobiles Arbeiten bieten neben der Tatsache, dass Wochenenden und Feiertage immer der Familie gehören – anders als im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen – dafür gute Voraussetzungen.

Die Pandemie hat Videokonferenzen nicht nur aus dem Homeoffice zur Normalität werden lassen. Die Kolleginnen und Kollegen nehmen diese Möglichkeiten gerne an. Positiver weiterer Effekt: Der MD Nord muss zunehmend weniger Mietfläche vorhalten. In den Standorten wird – passend zum Ausbau von Homeoffice – sukzessive das Raumkonzept auf buchbare, moderne Multifunktions-Arbeitsplätze umgestellt. Das spart Kosten – ganz im Sinne der Versichertengemeinschaft.

Was unsere Gutachterinnen und Gutachter mit Unterstützung der administrativen Abteilungen im Jahr 2022 inhaltlich und quantitativ dankenswerterweise geleistet haben, das können Sie diesem Jahresbericht entnehmen. Wir wünschen viel Vergnügen beim Lesen!

Peter Zimmermann,
Vorstandsvorsitzender

Botho Müller,
Stellv. Vorstandsvorsitzender

Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt

Personalien

Botho Müller, seit vielen Jahren Leiter der Abteilung Personal und Finanzen, wurde vom Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nord mit Wirkung zum 1. April 2022 zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden ernannt. Die Ausweitung auf einen zweiköpfigen Vorstand ist zuvor mit dem MDK-Reformgesetz eingeführt worden. Seine Funktion als Abteilungsleiter nimmt er weiterhin wahr. Außerdem wurde Botho Müller bereits 2021 von der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste zum Leiter der bundesweiten Arbeitsgruppe O 1 (Organisationsgruppe 1) bestellt, in der die Leitungen der Finanzbereiche aller Medinischen Dienste zusammenarbeiten und sich in regelmäßigen Treffen austauschen.

Dr. Bernhard van Treeck ist erneut als Experte des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) berufen worden. Der Leitende Arzt des Medizinischen Dienstes Nord wurde außerdem als Sprecher der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste im Amt bestätigt. In dieser Funktion arbeitet er in Arbeitsgruppen mit, die Richtlinien der Medizinischen Dienste erarbeiten und nimmt am Grundsatzausschuss, dem Lenkungsgremium „Effizienzsteigerung in der Pflege“ und den Konferenzen der Vorständinnen und Vorstände teil.

Dr. Krokotsch, Leiter der Abteilung Krankenhaus, ist als Experte seines Gebietes bundesweit anerkannt. An vorderster Stelle arbeitet er seit vielen Jahren in der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 4 mit, als fachlicher Leiter der AG StrOPS (Arbeitsgemeinschaft OPS-Strukturprüfungen). Im Jahr 2022 war er erneut stark als Referent gefragt, wie auf dem Nationalen „DRG-Forum“ und im kontroversen Diskurs mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhausgesellschaft sowie des Bundessozialgerichtes bei der Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik.

Thomas Rädisch war, wie auch seine Kollegin und Kollegen in der Stabsstelle Controlling, in erheblichem Umfang im Jahr 2022 mit den vom Gesetzgeber neu eingeführten Personalbedarfs-Richtlinien befasst. Zur Unterstützung einer belastbaren Datenbasis als Grundlage einer sachgerechten Personalbemessung werden von den Medizinischen Diensten bundeslandübergreifend Produkte und Daten auditiert. Thomas Rädisch war als Mitglied der UAG (Unterarbeitsgruppe) „Produkte“ der Organisationsgruppe 3 (O 3), die von Dr. van Treeck geleitet wird, zentral an den umfassenden Vorbereitungen der Audits 2023 auf Bundesebene beteiligt.

Priv.-Doz. Dr. Anja Lemke ist von den mehr als 18.000 Hamburger Ärztinnen und Ärzten zur Delegierten des Hamburger Ärztekammer gewählt worden. Von den 57 gewählten Delegierten kommen damit jetzt zwei Vertreter vom Medizinischen Dienst Nord. Denn auch der seit 2014 im Hamburger Ärzteparlament vertretene Leitende Arzt, Dr. Bernhard van Treeck, wurde wiedergewählt.

Tim Wulf, Medieninformatiker in der Stabsstelle Controlling, hat die Neu- und Weiterentwicklung von IT-Projekten für den Medizinischen Dienst Nord vorangetrieben. In den Bereichen Softwarearchitektur, Konzeption und Planung, Programmierung, Tests und Produktivsetzung war er im vergangenen Jahr schwerpunktmäßig mit der technischen Unterstützung von Struktur- und GBA-Prüfungen befasst. Dadurch wird den Strukturprüfern die Arbeit erheblich erleichtert. Weitere Schwerpunktthemen von Tim Wulf waren und sind die (Weiter-)Entwicklung von Begutachtungssoftware im Bereiche Pflege, der elektronische Datenaustausch zwischen dem MD Nord und den Krankenkassen sowie das Leistungserbringerportal.

Im dritten Corona-Jahr: Pandemie-Gefahren im Blick behalten

„Keine Maskenpflicht mehr im Büro. Das ist für uns der erste Schritt“, so beschreibt Lutz Remshardt den vorsichtigen Ausstieg aus dem Corona-Schutz beim Medizinischen Dienst Nord. Für den Beauftragten für Arbeitsschutz klingen Anfang 2023 fast drei Jahre Corona-Pandemie-Schutz langsam ab. „Selbsttests und Maske-Tragen bleiben aber noch bestehen, wenn wir direkten Kontakt mit Versicherten haben“, schränkt Dr. Martin Schünemann ein, der als Corona-Beauftragter bis Ende 2022 die Maßnahmen innerhalb des Dienstes medizinisch begleitet hat. Ein Ende aller Schutzmaßnahmen scheint aber absehbar.

Vor einem Jahr sah das noch ganz anders aus: Die Erst- und Zweitimpfungen gegen das Coronavirus hatten 2021 ihre Wirkung gezeigt. Die Zahl der tödlichen Krankheitsverläufe ging Anfang 2022 überall zurück. COVID-19 aber blieb und infizierte auch die Beschäftigten des MD Nord mit leichterem oder schwerem Verlauf. „Ist meine Immunität ausreichend? Wie soll ich mich verhalten, wenn ich Kontaktperson war? Wann muss ich einen PCR-Test machen?“, zählt Dr. Martin Schünemann einige der vielen Fragen von Kolleginnen und Kollegen auf, die er vergangenes Jahr in mehr als 100 Beratungsgesprächen beantwortet hat. „Auf die persönliche Situation einzugehen, war mir wichtig, weil es oft auch um Vorerkrankungen ging“, erklärt Dr. Schünemann, der vor Übernahme der Leitung der Abteilung Pflegeversicherung jahrelang im Krankenhaus tätig war. Als Corona-Beauftragter hat er insgesamt rund 300 Telefonate geführt; mehr als 600 Meldungen im Zusammenhang mit Coronainfektionen erreichten ihn und Remshardt insgesamt.

Durch die eigene Impfaktion war der Medizinische Dienst Nord bei der später eingeführten einrichtungsbezogenen Impfpflicht im Vorteil: „Lange vor der gesetzlichen Auflage hatten wir bereits auf Freiwilligkeit der Kolleginnen und Kollegen bei der Mitteilung des eigenen Impfstatus’ gesetzt – was sehr gut angenommen wurde“, betont Lutz Remshardt, der auch die Abteilung Service leitet. Bereits seit der ersten Impfkampagne im zweiten Quartal 2021 wurde der Impfstatus der Beschäftigten auf freiwilliger Basis kontinuierlich dokumentiert, auch derer, die sich woanders impfen ließen. So hat das abteilungsübergreifende Impfteam immer diejenigen informieren können, die für die zweite Impfaktion in Frage kamen, später für den „Booster“ sowie die vierte (Omikron-)Impfung im Herbst 2022. „Wichtig war es, die Gefahr von Ansteckungen ständig im Blick zu haben, an den Standorten, in Büroräumen und bei den persönlichen Begutachtungen von Versicherten“, so Remshardt, „wir waren also zu jedem Zeitpunkt aussage- und handlungsfähig.“ Möglich gewesen sei das alles nur durch die hohe Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die gute Zusammenarbeit mit dem Personalrat, betont er.

2022 hat sich das ausgezahlt: „Nur noch zwanzig Prozent“, so beziffert Lutz Remshardt den Anteil der – vor allem neu eingestellten – Beschäftigten, die mit Einführung der gesetzlich verpflichtenden einrichtungsbezogenen Impfpflicht zu ihrem Impfstatus abzufragen waren. „Viele andere Firmen hatten Probleme, weil sie nicht vorbereitet waren und weder die Doppelimpfung noch den Booster ihrer Belegschaft nachweisen konnten. Wir dagegen waren frühzeitig und umfassend vorbereitet.“

Dass der Gesetzgeber die Pflicht zum Nachweis der vollständigen Immunisierung bis zum 15. März 2022 auch auf die Medizinischen Dienste ausweitete, hatten die beiden Beauftragten für Arbeitsschutz und Corona erwartet. So war auch die gesetzliche Frist bis zum 30. September kein Problem, bis zu der außerdem eine Boosterimpfung zur erweiterten vollständigen Immunisierung nachzuweisen war. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Nord konnten gezielt daran „erinnert“ werden. Die interne Impfquote lag sowohl Mitte März als auch Ende September bei 99,4 Prozent.

2023 beginnt der vorsichtige Ausstieg aus den Corona-Schutzmaßnahmen, die die Vorjahre bestimmt haben.

Die hauseigenen Impfkampagnen von 2021 und 2022 und der große Aufwand von Beratung, Organisation und Verwaltung hatten einen doppelten Grund: Für Dr. Schünemann war der Impfschutz der Beschäftigten auch ohne gesetzliche Verpflichtung die Voraussetzung dafür, „dass wir die vulnerablen Gruppen, mit denen wir in der Begutachtung zu tun haben und um die es in erster Linie geht, vor Ansteckung schützen konnten und können“. Schließlich sei es wissenschaftlich belegt, dass Geimpfte deutlich seltener eine Infektion weitergeben.

Auch Anfang 2023 wird weiterhin selbst getestet und Maske getragen, wenn Gutachtende im direkten Kontakt mit Versicherten auftreten. „Vielleicht können wir erst von Mai an darauf verzichten“, erwartet Dr. Schünemann, „sollte die Pandemie dann soweit abgeflacht sein.“ ◊

Abteilung Krankenhaus

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Die Abteilung Krankenhaus begutachtet und prüft alle stationär in Krankenhäusern erbrachten Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Interview zu 2022

"Es führt zu mehr Qualität, weil nachgebessert wird"

Gelockerte Pandemie-Regeln, ein anderer Turnus: beides hätte das zweite Jahr der OPS-Strukturprüfungen beim Medizinischen Dienst Nord etwas entspannter machen können als das Vorjahr. Während die OPS-Strukturprüfungen weitgehend planmäßig verlaufen sind, brachten die Qualitätskontroll-Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) jedoch unerwartete zusätzliche Herausforderungen mit sich, berichtet Dr. Pawel Dube, der Fachbereichsleiter Strukturprüfungen, im Interview.
(Begriffserklärung siehe Seite 8 unten)

Dr. Pawel Dube

Herr Dr. Dube, wir hatten 2022 ein sogenanntes „kleines Jahr" in der OPS-Strukturprüfung. Heißt das, dass Sie weniger zu tun hatten?

Oh nein, so war das sicher nicht. Bei den OPS-Strukturprüfungen werden manche der OPS-Kodes jedes Jahr geprüft, andere dafür aber alle zwei Jahre. Da wir in 2022 das zweite Prüfjahr seit der Einführung der OPS-Strukturprüfung hatten, mussten wir vornehmlich nur die einjährigen Kodes prüfen. 2023 sind wieder alle OPS-Kodes dran. Hinzu kommt, dass die Corona-Ausnahmeregelungen nach derzeitigem Stand für die OPS-Struk-turprüfungen nicht verlängert worden sind und somit auch Strukturmerkmale, die wir noch nie geprüft haben, im Jahr 2023 auch mit zu prüfen sind. Und das zum allerersten Mal. Trotzdem war 2022 voller Arbeit. Wir sind ja nicht nur für OPS-Strukturprüfungen zuständig, sondern auch für die rechtlich anders aufgehängten G-BA-Prüfungen. Auf Basis von G-BA-Richtlinien kamen im vergangenen Jahr 77 Qualitätskontrollen hinzu.

Sind die Strukturprüfungen im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr anders verlaufen?

Ja, das war so. Wir hatten 2021 die OPS-Strukturprüfungen aufgrund der Corona-Pandemie als Dokumenten-prüfung bearbeitet. Das heißt, wir hatten uns alle Unterlagen zum Medizinischen Dienst schicken lassen und sind nicht in die Krankenhäuser gegangen. Das war im vergangenen Jahr anders und wird auch in diesem Jahr anders sein. Das heißt, wir werden einen großen Teil der OPS-Struktur-prüfungen in den Krankenhäusern vor Ort leisten.

Wie war denn im vergangenen Jahr die Zusammenarbeit mit den Kranken-häusern?

Gut. Die Prüfungen vor Ort machen vieles einfacher. Wir haben dadurch zwar Fahrzeiten, weil die Kolleginnen und Kollegen natürlich zum Kranken-haus fahren müssen. Allerdings ist es so, dass wir uns zum einen über den Dialog vor Ort mit den Krankenhäusern freuen, weil sich insbesondere viele Struk-turmerkmale so deutlich besser prüfen lassen. Und vieles, was man in einer Dokumentenprüfung zunächst auch nicht gleich verstanden hat, lässt sich vor Ort sehr gut klären.

Hinzu kommt, dass wir vor allem die Infrastruktur deutlich einfacher prüfen können – zum Beispiel, ob ein Computertomograph vorhanden ist oder ein MRT vor Ort ist – als in einer Dokumentenprüfung. 2021 hatten wir die etwas unglückliche Lage, dass uns die Krankenhäuser auch die Infra-strukturmerkmale als Dokumente belegen mussten. Und das ist natürlich für die Krankenhäuser kompliziert. Da ist die Begehung vor Ort einfach deut-lich effektiver und besser für beide Seiten.

(Fortsetzung von Seite 7)

Eine zweite Aufgabe sind die G-BA-Qualitätsprüfungen, die noch einen ganz anderen Aufwand bedeuten.

Ich glaube, das kann man so sehen. Die G-BA-Kontrollen sind meistens umfangreicher als die OPS-Strukturprüfungen, weil viele der G-BA-Vorgaben vom Inhalt her deutlich komplexer sind. Das heißt, die jeweilige Prüfung, die wir in den allermeisten Fällen wirklich vor Ort gemacht haben, dauert halt einfach länger und ist umfangreicher. Allerdings konnten wir genauso wie bei den OPS-Strukturprüfungen beobachten, dass sich, so wie wir, auch die Krankenhäuser zunehmend professionalisiert haben und immer besser auf solche Prüfungen vorbereitet sind. Das erleichtert die Arbeit. Insgesamt war die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sehr gut. Und wir konnten diese Prüfungen tatsächlich sehr gut machen.

Es gab ein „Hüh und Hott" durch die Pandemie bei der Planung dieser Kontrollen. Wie ließ sich das organisieren?

Wir hatten natürlich 2022 noch die Herausforderung, dass der G-BA sehr kurzfristig im zweiten Quartal Kontrollen nochmals ausgesetzt hat, die wir bereits geplant oder zum Teil schon vor Ort abgeschlossen hatten. Damit hatten wir nicht gerechnet. Das erforderte für uns damals tatsächlich massive Umplanungen, was anstrengend und aufwendig war. Aber auch das konnten wir zum Glück gemeinsam mit den Krankenhäusern alles gut hinbekommen – und haben diese Kontrollen mittlerweile weitestgehend auch nachgeholt.

Sie hatten jetzt erstmals Unterstützung durch ein Programm, das das Controlling intern für diese Aufgaben erstellt hat. Wobei hilft es?

Das ist ein Programm, mit dem wir die OPS-Strukturgutachten und auch die G-BA-Kontrollberichte sehr komfortabel erstellen können. Wir haben es QDok genannt, ein Akronym aus Qualität und Dokumentation. Die großen Vorteile liegen darin, dass wir alle administrativen Daten zu den Strukturprüfungen nicht mehr mühsam einzeln abtippen müssen, sondern diese aus unserer Steuerungssoftware automatisch übernommen werden.

Hinzu kommt, dass wir in der Gutachtensoftware QDok auch den Kolleginnen und Kollegen sehr komfortabel viele Hinweise zur Begutachtung geben können. Und es steht eine Funktion zur Verfügung, die praktisch ist, um dort, wo es möglich ist, mit Textbausteinen zu arbeiten.

Können Sie schon sagen, ob und wie sich die Strukturprüfungen auf die Qualität ausgewirkt haben?

OPS-Strukturprüfungen führen zu einer besseren Strukturqualität, da diverse Strukturmerkmale bereits nachgebessert worden sind. Das wird auch zu einer besseren Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten beitragen. Daher sind OPS-Strukturprüfungen durch die Medizinischen Dienste weiterhin und dauerhaft sinnvoll.

Nach dem „kleinen Jahr" 2022 kommt ein „großes Jahr". Was erwarten Sie?

Sind beide Prüfarten für alle bereits zur Routine geworden?

Was sicherlich noch nicht Routine ist und was in diesem Jahr wirklich spannend wird, ist die Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen, die bisher durch die Corona-Pandemie und entsprechende Ausnahmeregelungen nicht Gegenstand der Prüfung waren. Dabei sind auch einige Strukturmerkmale, die möglicherweise nicht trivial zu erfüllen sein werden, wie zum Beispiel die Behandlungsleitung und die erforderliche Qualifikation in der aufwendigen Intensivbehandlung. Wir werden sehen, ob die Krankenhäuser diese Kriterien erfüllen.

Ich hoffe, dass es in der langsam auslaufenden Corona-Pandemie den Krankenhäusern möglich sein wird, diese Vorgaben zu erfüllen. Daher wird es noch mal spannend sein. Ich glaube insgesamt aber, dass aufgrund der Prüfungen vor Ort, die wir wieder machen können, die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern weiterhin sehr gut sein wird.

Und ich denke, dass wir durch unsere eigenen IT-Entwicklungen und Fortschritte in der Digitalisierung wie mit QDok wirklich sehr gut aufgestellt sind und unsere ärztlichen und pflegerischen Ressourcen auf die eigentliche Prüfung konzentrieren können und nicht auf administrative Aufgaben. Das wird uns gemeinsam mit den Krankenhäusern sicher gut gelingen.

Herr Dr. Dube, ich danke Ihnen für das Gespräch. ◊

Was OPS-Strukturprüfungen sind

Die Medizinischen Dienste haben auf Antrag bestimmte Anforderungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel, kurz OPS, in den Krankenhäusern zu prüfen. Dies geschieht in Strukturprüfungen, die der Gesetzgeber als Teil des sogenannten MDK-Reformgesetzes mit dem Paragrafen 275d des fünften Sozialgesetzbuches eingeführt hat. Geprüft wird, ob ein Krankenhaus die Voraussetzungen laut OPS-Katalog erfüllt, was Geräte, Personal und Organisation angeht. Nur dann darf es bestimmte Leistungen anbieten.

Interview zur Krankenhausreform 2023

"Genug Personal – aber verteilt auf zuviele Krankenhäuser"

Seit Jahren wird ein Wandel in der deutschen Krankenhauslandschaft gefordert. Nun liegt ein Reformentwurf des Bundesgesundheitsministers vor. Er soll die Probleme lösen, die auch die derzeitige Finanzierung ausschließlich durch Fallpauschalen, den DRG (Diagnosis Related Groups), mit sich bringt. Wie diese Reformideen aussehen, erläutert Dr. Andreas Krokotsch, der Leiter der Abteilung Krankenhaus, im Interview. Er skizziert auch, was sie für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Nord bedeuten könnte.

Herr Dr. Krokotsch, wie sieht das geplante neue System aus?

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Welche Behandlungen sollen künftig wo möglich sein? Das ist ein Thema der Krankenhausreform 2023.

Geplant ist eine Krankenhausreform, die gemäß der Ankündigung des Bundesgesundheitsministers die größte Krankenhausreform seit der Einführung der DRG 2004 werden soll. Eine Regierungskommission hat in ihrer dritten Stellungnahme ein Konzept vorgestellt, das aus drei Kernbestandteilen besteht.

Erster Kernbestandteil ist die bundeseinheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen, von sogenannten Levels. Diese bundeseinheitlichen Levels sollen nicht nur eine lokale, sondern auch eine überregionale Versorgungsplanung ermöglichen.

Zweiter Kernbestandteil ist die Einführung von Leistungsgruppen. Leistungsgruppen muss man sich wie erweiterte OPS-Kodes vorstellen, die feiner granuliert sind als das Ausweisen einer Fachabteilung, aber gröber granuliert sind als die derzeitigen rund 1.330 DRG.

Dritter Kernbestandteil ist die erstmalige Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Denn eines der Hauptprobleme, das seit Einführung der DRG immer offensichtlicher wurde, ist, dass Krankenhäuser aufgrund der ausschließlichen Finanzierung aus den fallbezogenen DRG-Erlösen angehalten sind, viele Fälle zu behandeln und dass in diesem Zuge auch viele unnötige Krankenhausbehandlungen stattfinden.

Zum ersten Punkt: Von der Regierungskommission ist die Einführung von drei Levels geplant. Erstens die Basisversorgung, die in zwei Levels unterteilt wird. Die Basisversorgung besteht aus Krankenhäusern zum einen mit Schwerpunkt auf integriert ambulant-stationäre Versorgung mit ärztlicher Versorgung nur tagsüber, die aber über Betten verfügt. Diese Versorgungszentren können durch qualifizierte Pflegefachkräfte geleitet werden. Auch Angehörigen-Pflege kann dort stattfinden. Hier soll eine Überwindung der Sektorengrenze zwischen ambulantem und stationärem Sektor stattfinden. Das wäre Level I „i“, für integriert. Level I „n“ dagegen benennt Krankenhäuser, die zusätzlich über eine Notfallaufnahme verfügen. Diese Level I n-Häuser sind angedacht für die Notfallversorgung in eher dünn besiedelten Regionen und weiten Distanzen zu großen Krankenhäusern.

Level II entspricht ungefähr den derzeitigen Schwerpunkt-Kliniken, die nicht nur über eine durchgängig besetzte Notfallaufnahme verfügen, sondern zusätzlich mehrere Fachabteilungen vorhalten.

Level III schließlich bezeichnet die sogenannten Maximalversorger, die neben einer hochwertigen Notfall- und intensivmedizinischen Versorgung zudem ein umfassendes Angebot an Fachabteilungen und entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten bieten.

Als weiterer Kernbestandteil sind von der Regierungskommission 188 Leistungsgruppen vorgesehen. Diese enthalten klar vorgegebene Strukturmerkmale, die von den Krankenhäusern erbracht werden müssen. Die Leistungsgruppen sind den jeweiligen Levels zugeordnet. Leistungsgruppen für komplexere Behandlungen können lediglich Level II- oder Level III-Häuser erbringen.

Die Regierungskommission hat in ihrem Konzept vorgesehen, dass der Medizinische Dienst die Einhaltung dieser Strukturvoraussetzungen prüfen und bestätigen muss, ähnlich wie jetzt bei den GBA-Qualitätsprüfungen und den Strukturprüfungen. Aufgabe der Bundesländer, zuständig für die Landeskrankenhausplanung, ist es, auf Grundlage der Levels und Leistungsgruppen dann landesbezogen die Krankenhausversorgung zu planen. Bleibt zu hoffen, dass das im Grundsatz sinnvolle Prinzip von Interessengruppen nicht noch aufgeweicht wird. Erste Tendenzen dazu sind bereits erkennbar.

Wie sollen die sogenannten „Vorhaltekosten“ finanziert werden, also von jemand anderem getragen werden als von den Krankenhäusern selbst?

(Fortsetzung von Seite 9)

Die Regierungskommission schlägt vor, dass 40 Prozent der bisherigen kalkulierten Kosten der Krankenhausbehandlung als Vorhalte-Finanzierung vorzusehen ist. Das würde bedeuten, dass der Mengenanreiz durch die DRG reduziert würde, wenn nur noch ein Teil der Kosten über DRG finanziert wird. Wenn man dies zu Ende denkt, ist das Risiko zu sehen, dass Häuser zwar eine Vorhalte-Finanzierung bekommen, aber keinen einzigen Patienten einer Leistungsgruppe behandeln. Um dem entgegenzutreten, schlägt die Regierungskommission Mindestmengen in den Leistungsgruppen und eine Verknüpfung mit der Qualität der Behandlungsergebnisse vor.

Wie bewerten Sie die Pläne der Regierungskommission?

Der Fehlanreiz, dass Krankenhäuser mengengetrieben Erlöse erzielen, bleibt in abgeschwächter Form erhalten, so dass es auch zukünftig möglicherweise unnötige stationäre Krankenhausbehandlungen geben wird. Dennoch finde ich die Idee der Regierungskommission sinnvoll, den Mengenanreiz zu reduzieren, aber nicht komplett herauszunehmen. Ich sehe hier einen Vorteil für Hamburg, wo sehr viele Experten sehr hochwertige „Metropol-Medizin“ anbieten. So könnten diese Experten über die Vorhalte-Investitionen getragen werden und müssen sich nicht allein durch die Menge der Behandlungen refinanzieren.

Wovon wird bei der Reform ausgegangen: Dass die Versorgung schlecht ist, oder dass zu wenig Personal vorhanden ist?

Ich denke, beides sind Ausgangspunkte der Reform. Wir haben die Besonderheit in Deutschland, dass wir im internationalen OECD-Vergleich die meisten Krankenhausbetten pro Bundesbürger haben und mit die höchsten Ausgaben im Krankenhaussektor. Dennoch steht es um die Ergebnisqualität, soweit Zahlen verfügbar sind, nicht besonders gut. Da sind wir eher Mittelmaß. Wohlgemerkt, obwohl wir so viele Krankenhausbetten und so viel Geld in diesem Bereich investieren. Es besteht in Deutschland das Problem, dass wir zu viele Krankenhäuser haben und sich qualifiziertes Fachpersonal, aber auch

Dr. Andreas Krokotsch

die Behandlungsfälle, über zu viele Krankenhäuser verteilen.

Haben Sie ein Beispiel?

Es ist bekannt, dass in Deutschland Herzinfarkt-Patienten in Krankenhäusern ohne Herzkatheter-Möglichkeit behandelt werden, ebenso Schlaganfallpatienten in Krankenhäusern ohne Stroke-Unit. Das ist aus qualitativer Sicht nicht gut. Hier ist ein Ansatz der Regierungskommission, durch eine Zentralisierung solcher Behandlungen auf weniger Krankenhausstandorte mit dann höheren Behandlungsfallzahlen zu besserer Struktur- und Behandlungsqualität zu kommen.

Und der Fachkräftemangel?

In der öffentlichen Debatte wird davon ausgegangen, dass wir nicht genügend qualifiziertes Personal in Krankenhäusern haben – sowohl Pflegepersonal als auch ärztliches Personal betreffend. Diese Annahme ist falsch. Die Regierungskommission stellt in Ihrem Konzept fest, dass es im internationalen Vergleich in Deutschland sogar ausgesprochen viel qualifiziertes Pflegepersonal bezogen auf die Bundesbürger gibt. Dieses verteilt sich jedoch über zu viele Krankenhäuser. Das heißt, auch der in der Öffentlichkeit diskutierte Pflegemangel ist ein relativer Mangel, der durch eine Reduktion auf weniger Krankenhausstandorte zu dann ausreichendem qualifiziertem Pflegepersonal an einzelnen Standorten führen würde.

Wie beurteilen Sie diese Situation in beiden Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein?

Im Einzugsgebiet des Medizinischen Dienstes Nord sehen wir in der Metropole Hamburg ohne jeden Zweifel eine stationäre Überversorgung. In Schleswig-Holstein gibt es neben Maximalversorgern in Großstädten auch Regionen mit einer regionalen Unterversorgung, wo bereits jetzt mit Sicherstellungs-Zuschlägen eine Versorgung gestützt werden muss. In Schleswig-Holstein sind Krankenhäuser zudem bereits in erheblicher finanzieller Schieflage. Wenn jetzt die Vorhaltekosten von den Behandlungsfallzahlen entkoppelt wären, käme es zu mehr Gerechtigkeit gegenüber Krankenhäusern mit höheren Levels. Die Maximalversorger leiden seit Einführung des DRG-Systems darunter, dass sie auch für seltene, komplexe Notfälle hochqualifiziertes Personal vorhalten müssen. Sie konnten aber nur die seltenen Einzelfälle vergütet bekommen. Das war nicht ausreichend finanziert.

Wie sähe eine Umsetzung der Reform konkret für Schleswig-Holstein aus?

Wir haben in Schleswig-Holstein medizinische Versorgung sowohl in Großstädten als auch in der Fläche. In den Großstädten ist die Frage zu stellen, wie weit es sinnvoll ist, dass sich nahe beieinander liegende Krankenhäuser untereinander Konkurrenz machen und das vielleicht mit jeweils noch zu wenig Personal. Hier sind sicherlich Synergieeffekte in Richtung einer Zentralisierung realisierbar.

Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass in der Fläche die erforderliche medizinische Versorgung angeboten. Das wird aber in Konsequenz dessen, was die Regierungskommission vorschlägt, dazu führen, dass wir in der Summe weniger Krankenhäuser in der Fläche haben werden. Das heißt, die Patienten müssen sich tendenziell auf weitere Fahrtwege zu Krankenhäusern einstellen. Dann treffen sie aber auf eine qualitativ höherwertigere medizinische Versorgung. Unter dem Strich das richtige Konzept, von dem die Patienten und Patienten profitieren werden.

Die Vergangenheit hat allerdings gezeigt, dass die Öffentlichkeit sich

(Fortsetzung von Seite 10)

gerne für den Erhalt ihres regionalen Kleinkrankenhauses eingesetzt hat. Hier vermisse ich oft die Ehrlichkeit in der Debatte. Denn die, die sich für den Erhalt des Krankenhauses „um die Ecke“ stark machen, fahren, sobald sie ernsthaft erkrankt sind, selbst dann nicht selten bis zum nächsten Maximalversorger eine weite Strecke.

Ließe sich diese „Bereinigung“ mit den derzeitigen Krankenhausstandorten in Schleswig-Holstein überhaupt erreichen? Führt das zum Konzept Großkrankenhaus auf der grünen Wiese?

Also man kann nicht einfach nur ein paar Krankenhausstandorte schließen und annehmen, dass dann alles passt. Hier werden tatsächlich erhebliche Investitionen erforderlich sein, um einige neue Großkrankenhäuser als zentralisierte Standorte zu schaffen. Die könnten durch Ausbau an einem Standort entstehen, an dem jetzt bereits ein Krankenhaus steht. Im Einzelfall kann sinnvoller sein, eine neue Zentralklinik an einem neuen Standort zu planen. Dies alles muss in ein landesbezogenes Gesamtkonzept eingebunden werden und letztendlich vom Land, idealerweise länderübergreifend mit Einbeziehung der schleswig-holsteinischen Patienten in Hamburg, geplant werden. Woher das Geld für diese Investitionen kommen soll, ist für mich dem Konzept der Kommission nicht klar zu entnehmen.

Wie kann sich das am Ende auf die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Nord auswirken?

Die derzeitigen Pläne der Regierungskommission sehen vor, dass alle Begutachtungen, wie wir sie durch den Medizinischen Dienst Nord heute leisten, weiterhin erfolgen. Denkt man die Pläne der Regierungskommission zu Ende, ist aber zu vermuten, dass Einzelfallabrechnungsprüfungen perspektivisch weiter an Bedeutung verlieren und Strukturprüfungen von Krankenhäusern, jetzt neu von Levels und Leistungsgruppen, an Bedeutung gewinnen werden. Ich

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Wieviele Krankenhaus-Leistungen in den kommenden Jahren geprüft werden, steht noch nicht fest.

erwarte somit in der Abteilung Krankenhaus einer Ressourcenverlagerung von Einzelfallabrechnungsprüfungen hin zu Strukturprüfungen. Das wäre für uns ohne Probleme leistbar, da wir keine harte Grenze zwischen beiden Prüfarten haben, und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sowie Kodierfachkräfte für beides qualifiziert sind.

Wird es insgesamt zu weniger oder zu mehr Aufgaben für die Medizinischen Dienste kommen?

Das hängt davon ab, was am Ende im Gesetz steht. Was die Quantität angeht, kann das dem derzeitigen Konzept der Regierungskommission, das noch kein Gesetz ist, nicht eindeutig entnommen werden. Wie hoch tatsächlich der jeweilige Prüfaufwand sein wird, ist noch nicht klar, da weder die Anzahl der zu prüfenden Strukturmerkmale noch die Frequenzen der Prüfungen derzeitig bekannt sind. Ich gehe nicht davon aus, dass der Prüfaufwand des Medizinischen Dienstes Nord sich reduzieren wird.

Wie ist der weitere Werdegang der geplanten Reform?

Wenn das Reformvorhaben so umgesetzt wird, werden die Medizinischen Dienste die Einhaltung der Voraussetzungen der Levels als auch der Leistungsgruppen überprüfen. Auf dieser Grundlage planen die Bundesländer. Das ist eine große Verantwortung für den Medizinischen Dienst. Diese nehmen wir als fachlich unabhängiger Prüfdienst gerne an. Durch die große Erfahrung aus den vergangenen Jahren in dem Bereich sind wir als einzige Institution qualifiziert und vorbereitet.

Ferner stellt der Medizinische Dienst bundesweit eine einheitliche und unabhängige Begutachtung sicher. Auch vor der Erwartung einer bundesweit einheitlichen Gesundheitsversorgung kann eigentlich nur der nicht interessengeleitete Medizinische Dienst die Levels und Leistungsgruppen prüfen, wenn sie denn nun kommen. Wir freuen wir uns auch auf diese neuen Herausforderungen. Zunächst muss aber erstmal der weitere Werdegang des Reformvorhabens und der konkrete Gesetzesentwurf abgewartet werden. Bis dahin ist es noch ein weiter Weg.

Herr Dr. Krokotsch, ich danke Ihnen für das Gespräch. ◊

Vorabanfragen bei NUB, wenn es teuer wird und unklar ist

Komplexe Eingriffe und teure Medikamente bei lebensbedrohlichen Krankheiten können heutzutage hunderttausende Euro und mehr kosten. Obwohl Vorabprüfungen in der stationären Versorgung eigentlich nicht vorgesehen sind, ist es verständlich, wenn Krankenhäuser per Vorabprüfung wissen möchten, ob die Kosten einer teuren Behandlung übernommen werden. Gutachterinnen und Gutachter der Abteilung Krankenhaus tragen damit auch dazu bei, dass Betroffene mit lebensbedrohlichen Erkrankungen die Behandlung bekommen, die sie benötigen. Mögliche Risiken werden dabei abgewogen.

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Eine Vorabanfrage beim Medizinischen Dienst ist auch bei Krankenhaus-Leistungen möglich.

„Zolgensma“ ist das mit rund 1,9 Millionen Euro pro Spritze derzeit teuerste Medikament. Auch eine Car-T-Zell-Therapie kann mit bis zu 300.000 Euro für die gesamte Behandlung ein Krankenhaus-Budget belasten. Beides sind Beispiele, bei denen Krankenhäuser wissen wollen, ob Krankenkassen diese Kosten übernehmen. Diese geben die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit solcher Behandlungen und möglicher Alternativen in der Regel zum Medizinischen Dienst. „Bei solch hochpreisigen Therapien wird unsere fachliche Expertise fast immer benötigt“, sagt Dr. Jan Scherlitz, der mit seinem Team seit Anfang 2023 die Vorabanfragen für Krankenhaus-Behandlungen bearbeitet.

Hierbei geht es meistens um sogenannte „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, kurz NUB, die noch nicht allgemein anerkannt sind und noch nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in das DRG-System aufgenommen wurden.

Dr. Jan Scherlitz

Krankenhäuser berufen sich dabei immer noch oft auf die landläufig „Nikolausurteil“ genannte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005. Damals hatte das Bundesverfassungsgericht erstmals geregelt, unter welchen Voraussetzungen schwer kranke Versicherte ausnahmsweise Anspruch auf Behandlungsmethoden haben, deren Wirksamkeit nicht hinreichend belegt ist.

„Das Urteil ist allerdings in eine Regelung im fünften Sozialgesetzbuch übernommen worden, was ich dann auch mitteile“, so Scherlitz, denn mit dem Paragrafen 2 Absatz 1a des fünften Sozialgesetzbuches aus 2012 sei der Anspruch mittlerweile klar geregelt. Er besagt wörtlich: „…Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine (….) abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“ Dass bei Vorabanfragen wegen der Schwere der Erkrankungen viel schneller zu begutachten ist, als bei der nachträglichen Abrechnungsprüfung, ist allen bewusst.

„Hier geht es oft um lebensbedrohlich Erkrankte, bei denen die Entscheidung für die richtige Therapie schnell fallen muss“, hebt Dr. Scherlitz hervor. Deshalb habe das Team eine „erhöhte personelle Verfügbarkeit aufgebaut“, wie er sagt. Das bedeutet: „Unser Ziel ist es, in dringenden Fällen innerhalb von zwei Tagen eine Vorabanfrage annehmen, begutachten und beantworten zu können.“ Eine Gruppe von Gutachterinnen und Gutachtern sowie Kodierfachkräften sei immer für solche Aufträge eingeteilt, die jederzeit über die Krankenkassen eingehen können.

Allerdings „hake“ es oft bei den zur Begutachtung notwendigen Unterlagen, die von Patienten oder Krankenhäusern nicht mitgeschickt würden. „Dann telefonieren wir meistens hinterher und fordern nach, damit es nicht länger dauert und die Versicherten nicht darunter leiden müssen.“

Beim Thema Zeitfaktor weist seine Teamkollegin und Neurologin Dr. Christine Fock auf einen weiteren Aspekt hin: „Letztlich tragen immer die Ärztinnen und Ärzte der Krankenhäuser die Verantwortung für die Versorgung ihrer Patienten. Für akute, lebensbedrohliche Fälle ist die Vorabanfrage beim Medizinischen Dienst also ungeeignet. Im Zweifel ist es ärztliche Pflicht zu behandeln, auch ohne dass die Kostenübernahme geklärt ist.“

Dr. Jan Scherlitz warnt abschließend davor, künftig jede noch so einfache Frage zur eigenen finanziellen Absicherung per Vorabanfrage vom Medizinischen Dienst beantworten zu lassen. Das könne die Gutachter-Ressourcen überlasten, anderes verzögern und am Ende den Versicherten schaden. ◊

Papierlos arbeiten schafft Raum für neue Aufgaben

Sie ist so etwas wie das Eingangsportal der Krankenhaus-Begutachtung: die Teamassistenz, die Aufträge verarbeitet, Akten und Unterlagen aus Kliniken anfordert. Rund 106.000 Aufträge haben die 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Teamassistenz allein im Jahr 2022 bis zur Begutachtung organisiert, mit allem was dazu gehört. „Ansprechpartner der Krankenhäuser sind wir, sowie Vermittler in die Abteilung", ergänzt Dorothea Thun, die Leiterin der Teamassistenz. Lange Zeit waren es Kisten voller Papierakten, die hier das Bild bestimmt haben. 2022 konnte die Teamassistenz auf eine digitale Arbeitsweise umstellen.

Von Aktenkisten zur digitalen Datenannahme und deren Verarbeitung: die Teamassistenz hat 2022 ihre Arbeitsweise komplett umgestellt.

Den Weg dahin geebnet hat die Verpflichtung für Krankenhäuser zur digitalen Datenlieferung über das LE-Portal, das Leistungserbringer-Portal. Grundlage dafür war, dass sich 2021 der GKV-Spitzenverband mit der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) auf die „elektronische Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung" (eVV) verständigte. Verbindlich ist die digitale Datenlieferung für alle Krankenhäuser seit dem 1. Januar 2023.

Parallel dazu startete die Teamassistenz ihre digitale Daten-Erfassung bereits im Sommer 2021 mit einem Pilotprojekt im BBZ Lübeck. Anfangs lief es noch zweigleisig auf Papier und digital, „was für die Umstellung wichtig war, weil wir sie damit schrittweise implementieren konnten", betont Dorothea Thun, die die Leitung des Teams mit rund 20 Kolleginnen und Kollegen übernommen hat.

Im Laufe des vergangenen Jahres lernte die Teamassistenz schnell die Vorteile des neuen digitalisierten Systems zu schätzen: „Jetzt konnten wir auf dem Portal die Aufträge mit den zugehörigen Unterlagen per Index heraussuchen", beschreibt Dorothea Thun, „wir können sie nun filtern und haben mit einem Ampelsystem in einer Übersicht auch noch die Fristen im Blick", ist die gelernte Pflegefachkraft begeistert, die 20 Jahre Erfahrung in der Pflege mitgebracht hat, darunter im Qualitätsmanagement und in der Geschäftsführung einer Pflegeeinrichtung.

Dorothea Thun

Beschleunigt hat die digitale Umstellung das Zusammenstellen der Terminplanung, der „Begehungspläne". Den mehr als 90 Gutachterinnen und Gutachtern sowie 44 Kodierfachkräften müssen nicht nur die Unterlagen zugewiesen werden, sondern auch ihre Termine in und mit Krankenhäusern. „Dieses Puzzle sieht aus wie ein Stundenplan, den wir sechs Wochen im Voraus möglichst passgenau zusammenstellen", erklärt Dorothea Thun. Denn hierbei gehe es auch darum, wem welcher Auftrag zugeordnet wird.

Die Aufgabe: Nach Absprache mit der jeweiligen ärztlichen Teamleitung die Begutachtungsaufträge an die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter zu verteilen. „Wir arbeiten am Teamplan immer im Vier-Augen-Prinzip, um sicherzustellen, dass nichts übersehen wird, ob zum Beispiel jemand vielleicht doch Urlaub hat oder in einer Fortbildung ist."

Viel besser als jedes Papier bietet die digitale Plattform den tagesaktuellen Überblick über die Verplanung. Die ist bei rund 500 Begutachtungen und 15 Begehungen jeden Tag und in zwei Bundesländern sehr komplex. Die Teamassistenz hat im Blick, wenn sich auf der einen oder anderen Seite etwas ändert: Meldet sich jemand ungeplant abwesend, kann sie umplanen, noch bevor die Gutachterinnen und Gutachter am Morgen den Laptop anschalten und auf den Einsatzplan sehen: „Meistens rufen wir die Kolleginnen oder Kollegen der Vertretungsgruppe an und leiten sie dann um, damit ein Begehungstermin im Krankenhaus nicht abgesagt werden muss", erläutert die Teamleiterin. Begutachtungen nach Aktenlage, also am Schreibtisch und vielleicht im Homeoffice, können dann später bearbeitet werden.

„Die Digitalisierung schafft für uns in der Teamassistenz jetzt den Raum für die neuen Aufgaben", sagt Dorothea Thun, und meint damit die vielen Herausforderungen im Rahmen der Strukturprüfungen, die ebenfalls verplant werden müssen. ◊

Bewegung und künstlerischer Ausdruck können Teil einer Therapie sein, wie diese Fotos aus einer psychiatrischen Einrichtung zeigen.

Prüfstart unter Zeitdruck

Wieviel Personal ist für psychisch Erkrankte da?

Menschen geben sich gegenseitig Halt. Das ist in der Behandlung psychisch Erkrankter umso wichtiger. Klinikpersonal, das therapiert und pflegt, hat hier einen viel höheren Stellenwert als in Krankenhäusern, in denen körperliche Gebrechen geheilt werden. Deshalb soll die vorhandene Personal-Ausstattung solcher Einrichtungen im Jahr 2023 bundesweit erstmals vor Ort festgestellt werden, fordert eine neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie schreibt für Schleswig-Holstein und Hamburg eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst Nord vor. Bereits 2022 waren umfangreiche Vorarbeiten erforderlich. Für Krankenhäuser wie Medizinische Dienste eine Herausforderung.

Sie besteht darin, in maximal 16 Wochen eine große Zahl von Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu prüfen ist. Wieviele genau, steht Anfang des Jahres noch nicht fest, weil die G-BA-Richtlinie zur „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“, kurz PPP-Richtlinie, eine jährliche Stichprobe vorschreibt: Dafür sind bundesweit 20 Prozent dieser Einrichtungen für die Prüfung zu ziehen. „Bei statistisch gleicher Verteilung ergäbe das 18 Standorte in unseren beiden Bundesländern. Es könnten weniger sein, aber auch mehr“, rechnet Dr. Anita Zeller vor, die als Teamleiterin der Abteilung Krankenhaus die Prüfungen fachlich begleiten wird. In diesem ersten Jahr wird die Ziehung auf psychiatrische Kliniken begrenzt.

Die Stichproben-Ziehung ist Ende April, der Prüfstart Ende Mai. 16 Wochen sind anschließend wenig Zeit für ein Verfahren, das noch für beide Seiten ungewohnt ist. Denn anders als das Vorgängersystem der Psychiatrie- und Personalverordnung (PsychPV) sieht das neue System vor, dass es vergütungsrelevante sogenannte Mindestpersonal-Untergrenzen gibt. Krankenhäuser müssen sie als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Behandlung einhalten. Nichteinhalten wird nun aktiv mit Sanktionen belegt.

Die Gutachterteams haben in den 16 Wochen – vereinfacht gesagt – bei den Häusern der Stichprobe zu prüfen, welche Betroffenen mit welcher Erkrankung und welchem Schweregrad behandelt worden sind. Daraus berechnen sie, wieviel Personal es erfordert hätte – und stellen dem gegenüber, wieviel tatsächlich vorhanden war. „Konkret bedeutet das, dass wir uns dafür eine Stichprobe von Fällen ansehen, um festzustellen, ob die Patientinnen und Patienten dem Schweregrad nach von der Klinik richtig eingestuft worden sind“, beschreibt die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie das Verfahren.

„Entscheidend ist dann, wieviel Personal in einem ganzen Quartal laut der Ist-Dienstpläne tatsächlich anwesend war“, erklärt Dr. Zeller. Die Prüfung erfolge dabei „retrograd“, also jeweils quartalsweise rückwirkend. „Außerdem müssen wir die Unterlagen zu jeder und jedem einzelnen Angestellten an dem Standort sichten und prüfen, ob die geforderte Qualifikation überhaupt vorhanden ist. Und das in sechs Berufskategorien!“

Die einzelnen Behandlungsfälle haben sich die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter deshalb so genau anzusehen, weil die PPP-Richtlinie einen höheren Personalschlüssel für schwer Erkrankte fordert. „In der Gerontopsychiatrie ist zum Beispiel der Anteil der Pflegefachkräfte deutlich höher bewertet. Das ist auch sinnvoll, weil die Betroffenen hier altersbedingt multimorbide

(Fortsetzung von Seite 14)

und dementielle Erkrankungen haben, oft bettlägerig sind und inkontinent. Das bedeutet einen viel höheren Aufwand beim Waschen, Ankleiden und Essen, wodurch sie insgesamt mehr Personal, auch Pflegepersonal, benötigen“, erläutert Dr. Zeller, die selbst viele Jahre im Krankenhaus gearbeitet hat. Der jeweilige Zeitaufwand für Pflege und Therapie pro Fall werden nach festen Minutenwerten beziffert, die eine Tabelle des G-BA vorgibt und die sich an Erfahrungswerten orientiert.

Eine Klinik, die den Schwerpunkt Gerontopsychiatrie hat, müsste deshalb laut Richtlinie mehr Pflegepersonal vorhalten als andere psychiatrische Einrichtungen, in denen sich die Versicherten in der Regel selbst versorgen können. Allein für die künftige Überprüfung der Schweregrade setzt Dr. Zeller einen hohen Zeitaufwand zur Prüfung an: „Rechnen wir mit einer Klinik, in der wir uns 130 digitale Fallakten ansehen müssen und pro Fall zehn bis 15 Minuten benötigen, dann dauert das schon seine Zeit.“

Zwei Erleichterungen für Krankenhäuser hat der G-BA zur Einführung des neuen Systems vorgesehen: Im ersten

Dr. Anita Zeller

Prüfjahr müssen die Krankenhäuser die Personalvorgaben nur zu 90 Prozent erfüllen. Diese Quote soll in Schritten in den kommenden Jahren angehoben werden. Dr. Zeller sieht das als „Schonfrist, damit Kliniken Zeit haben, ihren Personalbestand weiter aufbauen zu können.“ Auch mögliche Sanktionen sind bei Prüfungen bis einschließlich 2023 ausgesetzt. Was die Prüfung durch die Medizinischen Dienste angeht, schreibt die PPP-Richtlinie sie zwingend vor Ort in der Klinik vor. Prüfungen per Aktenlage oder virtuell in einer Videokonferenz sind nicht zulässig.

Dr. Anita Zeller bemisst danach auch die eingesetzten Teams, die je nach Standortgröße aus bis zu acht ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sowie dafür ausgebildeten Kodierfachkräften bestehen werden. Ihre Hoffnung für die Prüfungen in diesem ersten Jahr: „Hier geht es um Untergrenzen, die einzuhalten sind. Also nur den Mindestwert, der aber jederzeit überschritten werden darf. Mehr wäre im Sinne der Versicherten, die in ihren Krisen oft intensive Hilfe benötigen.“

Den ersten Kontakt mit der neuen PPP-Richtlinie hatte die Abteilung Krankenhaus bereits 2022. „Ein Auftrag der Krankenkassenverbände aus dem Dezember hat zu einer anhaltsbezogenen Prüfung einer Einrichtung Ende März 2023 geführt“, so Dr. Zeller. „Dies war die bundesweit erste Prüfung nach der neuen Richtlinie. So konnten wir schon frühzeitig erste Erfahrungen sammeln.“ ◊

Auf welcher Grundlage geprüft wird

Die Grundvoraussetzung zur Prüfung der PPP-Richtlinie ist der Abschnitt 5 im Teil B der MD-QK-RL (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Paragraf 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach Paragraf 275a SGB V).

Im „Teil B“ legt der Paragraf 56 fest, dass die Stichprobe von 20 Prozent erstmalig im Jahr 2023 gezogen und geprüft werden soll. Darüber hinaus sind ergänzende anlass- und anhaltsbezogene Kontrollen möglich.

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Die Abteilung Pflegeversichtung begutachtet Anträge auf Pflegeleistungen und prüft Pflegeanbieter für die soziale Pflegeversicherung (SPV)

Pflege-Antragsplus heißt neue Wege wagen

Der Bedarf an Pflegeleistungen steigt von Jahr zu Jahr. Das haben im dritten Jahr der Pandemie erneut die Zahlen der Begutachtungsanträge aus Hamburg und Schleswig-Holstein gezeigt: Mit rund 190.000 Anträgen im Jahr 2022 waren es rund 3.000 mehr als im Vorjahr. Das Problem ist, dass zusätzlich der Fachkräftemangel auch die Pflegebegutachtung erreicht hat. Verlässliche Alternativen zur zeitaufwendigen Begutachtung im Hausbesuch werden dadurch immer wichtiger.

„Wer Pflege benötigt, soll sie bekommen. Und das möglichst schnell“, sagt Dr. Martin Schünemann, der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung. Um das zu ermöglichen, kam ihm im ersten Halbjahr der weiterhin erforderliche Infektionsschutz zu Hilfe. Wie schon in den beiden Vorjahren erlaubte der Paragraf 147 Absatz 1 des elften Sozialgesetzbuches die Begutachtung per Telefonbefragung, „womit wir mittlerweile viel Erfahrung haben, um verlässlich und schnell den Pflegegrad zu ermitteln“, betont Schünemann. Versicherte und Gutachterinnen und Gutachter waren damit vor Ansteckung geschützt. Bei rund 2.000 Terminen jede Woche sparten die rund 150 Gutachterinnen und Gutachter außerdem viel Fahrzeit ein, die sie zur Begutachtung weiterer Versicherter nutzen konnten.

„Es ging auch in der Pandemie immer darum, wie ich als Gutachter genug Informationen bekomme, um eine Entscheidung treffen zu können“, so Dr. Schünemann. „Wenn das nur persönlich und vor Ort möglich war, haben wir selbstverständlich immer einen Hausbesuch gewählt“, betont er. Die Mehrzahl der Pflegeanträge ließe sich jedoch nach seinen Erfahrungen mit hoher Genauigkeit aber anders begutachten. Mitte des Jahres, mit dem Auslaufen der Sonderregelung des Infektionsschutzgesetzes, wurde der Hausbesuch wieder zur Regel. „Das bedeutet mehr Zeit pro Begutachtung, unabhängig davon, ob der Hausbesuch inhaltlich notwendig ist oder nicht“, kritisiert Dr. Schünemann.

Alle bisherigen Versuche aus der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, die Bundespolitik davon zu überzeugen, alternative Begutachtungsformen dauerhaft zuzulassen, seien noch nicht erfolgreich gewesen, bedauert er. Auf Landesebene hätten jedoch die Regierungsparteien zum Beispiel in Schleswig-Holstein die Situation erkannt. Das Ziel: Gemeinsam mit anderen Ländern eine Änderung über den Bundesrat zu erreichen.

Erschwerend kam ab Mitte 2022 hinzu, dass allein im dritten Quartal die Antragszahlen auf Leistungen der Pflegeversicherung um bis zu acht Prozent, verglichen mit dem Vorjahresquartal, stiegen. Der zunehmende Fachkräftemangels verstärkt das Problem. Trotz vieler Neueinstellungen konnten bis über das Jahresende hinaus 30 offene Gutachterstellen in der Abteilung Pflegeversicherung nicht besetzt werden. „Und dass, obwohl wir die Anwerbung durch unser Recruiting ständig verbessern und beschleunigen konnten“, so der Abteilungsleiter.

Dr Martin Schünemann

„Wir suchen Spezialisten auf ihrem Gebiet. Ausgebildete Pflegefachkräfte, die bisher zwar noch keine Gutachterin oder Gutachter sind, die es aber werden wollen und eine interessant neue Herausforderung suchen“, beschreibt Dr. Schünemann diese Aufgabe. Eine interessante Tätigkeit, „die auch mit einigen Arbeitszeitvorteilen verbunden ist, wenn man es mit der Arbeit in der Pflege am Patienten vergleicht“. Seine Anforderungen an die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen sind: „kommunikationsstark, lebenserfahren, geistig flexibel und entscheidungsstark sollten Bewerbende sein“. Dafür bietet die Abteilung

Bereit zum Rollenwechsel? Einarbeitung in die Einzelfall-Begutachtung

Von der Pflegefachkraft zur Gutachterin oder zum Gutachter: Dieser Berufswechsel erfordert einen Rollenwechsel, der wesentlicher Teil der weiteren Qualifizierung beim Medizinischen Dienst Nord ist. Das Einarbeitungskonzept für alle neu eingestellten Einzelfall-Gutachterinnen/-Gutachter in der Abteilung Pflegeversicherung sieht dafür eine etwa sechsmonatige Ausbildung vor, welche modular auf die verschiedenen Inhalte der Begutachtungen vorbereitet. Teil der Einarbeitung sind unter anderem:

- Grundlagen des elften Sozialgesetzbuches
- Technik- und EDV-Einführung
- Begutachtung im persönlichen Kontakt
- Begleitung über mehrere Wochen persönlich und/oder digital

Workshops zu ausgewählten pflegefachlichen Themen wie: Demenz, Kommunikation, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Pflege-Hilfsmittel, Rehabilitation und Betreuungsrecht.

Der Beginn der theoretischen Einarbeitung dauert zwischen drei und vier Tagen. In dieser Zeit werden neben den Grundkenntnissen der Datenbankanwendung und der gutachtenerstellenden Software insbesondere die gesetzlichen Grundlagen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gemäß des elften Sozialgesetzbuches vermittelt. Es folgen Tage der praktischen Anwendung.

Anschließend begleiten Mentoren die Neueinsteiger über mehrere Wochen bei der Begutachtung. Anfangs persönlich begleitend in der Begutachtungssituation, später durch Gegenlesen und Diskussion der vom neu eingestellten Beschäftigten erstellten Gutachten. Alle wesentlichen theoretischen und praktischen Aspekte der Ermittlung einer Pflegegradempfehlung an die Pflegekassen sind Teil der intensiven Einarbeitung.

Wer über die zusätzliche Qualifikation eines Kinderkrankenpflegers oder einer Kinderkrankenschwester verfügt, wird im Anschluss an die erste Einarbeitung zusätzlich für die speziellen Anforderungen der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen geschult.

So wird sichergestellt, dass alle Gutachtenden, die im Fachbereich § 18 SGB XI des Medizinischen Dienstes Nord ihre Arbeit aufnehmen, gut für diese anspruchsvolle und für die Versorgung der Versicherten wichtige Aufgabe vorbereitet sind.

(Fortsetzung von Seite 16)

Pflegeversicherung ein umfassendes Einarbeitungskonzept, das in rund sechs Monaten zur Qualifizierung führt (siehe oben).

Die Begutachtung im Zeitalter der Digitalisierung ist nicht nur per Telefon möglich, sondern wird in der Zukunft auch per Video machbar sein. Um das zu testen, hat der Fachbereich Paragraf 18 SGB XI des Medizinischen Dienstes Nord im vergangenen Jahr an einer Studie teilgenommen, unter Leitung des Medizinischen Dienstes Bund in Zusammenarbeit mit weiteren Medizinischen Diensten. Das Ergebnis: Bei Vergleich von Begutachtungen zuerst per Video und anschließend im zweiten Durchlauf durch persönliche Begutachtung waren beim MD Nord die Ergebnisse stets deckungsgleich hinsichtlich der Pflegegrad-Empfehlung, „was einen deutlichen Hinweis für eine valide (…) Durchführbarkeit der Videobegutachtung darstellt“, folgert der Abschlussbericht. Für Dr. Schünemann ist diese Studie zur Video-begutachtung allerdings nur ein erster Schritt. „Es wird sicherlich noch etwas dauern, bis die technischen Möglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen und bei den meisten in der Regel älteren Versicherten vorhanden sind. Tablets, Smartphones und ausreichende WLAN-Verbindungen wären dafür überall erforderlich.“

Sollte es politisch gewollt sein, hätte – wie das Telefon – diese Methode auch den Vorteil, dass Gutachterinnen und Gutachter künftig viel flexibler einsetzbar wären, von Hamburg aus in Flensburg, Itzehoe oder umgekehrt. So könnten etwa Terminabsagen vermieden und Versicherte zügiger begutachtet werden, um ihre Pflegeleistungen zu bekommen. Nebenbei profitiert die Umwelt davon, dass viele tausend Kilometer pro Jahr nicht unnötig mit dem Kraftfahrzeug gefahren werden müssen. ◊

Kein Tag ohne Corona — die Qualitätsprüfung der Pflege 2022

Ist eine Prüfung möglich oder nicht? Diese Frage und die Anfang 2022 dominierende, hochansteckende Omikron-Variante haben die Planung und Umsetzung der Qualitätsprüfungen geprägt. Während die Prüfungen im Jahr zuvor zeitweise gesetzlich ausgesetzt waren, sollten 2022 nach Vorstellungen des Gesetzgebers wieder alle Pflegeinrichtungen geprüft werden. Dafür hatte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die Regeln in Pandemiezeiten festgelegt.

Oberstes Ziel dieser Regelungen war es, pflegebedürftige Menschen, Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen und Prüferinnen und Prüfer vor einer Corona-Infektion zu schützen. Angesichts der dynamischen Entwicklung der Infektionszahlen — gerade zu Beginn des Jahres 2022 — und unter Berücksichtigung der Regelungen, wurden die Einrichtungsprüfungen von Mitte Januar an erneut ausgesetzt. Die Prüferinnen und Prüfer des Fachbereiches § 114 SGB XI unterstützten in dieser Zeit die Pflege-Einzelfallbegutachtung.

Wie können Prüfeinsätze geplant werden, unter den Bedingungen der Pandemie? Vor diesem Problem standen Fachbereichsleiterin Elise Coners und ihre Teams fast jeden Tag. Von März an gingen die Infektionszahlen etwas zurück, sodass es möglich war, Qualitätsprüfungen unter Berücksichtigung des allgemeinen Infektionsschutzes wieder aufzunehmen. „Das Ausschlusskriterium für eine Einrichtungsprüfung war ein positiv getesteter Fall in der Einrichtung innerhalb der vergangenen 14 Tage bei Bewohnern oder Beschäftigten“, so Elise Coners, „und den gab es täglich in vielen Fällen.“

Die tägliche Planung der Einsätze wurden damit zur fast unlösbaren Aufgabe, beschreibt die Fachbereichsleiterin: „Wir haben den Einrichtungen am Vortag eine Anmeldung gesendet, in

Elise Coners

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Viele Pflegeeinrichtungen konnten 2022 erst nach mehrmaligem Umplanen geprüft werden.

der wir gebeten haben, mitzuteilen, ob sie Coronafälle in der Einrichtung haben. Diese haben sich dann zwischen 11 und 15 Uhr gemeldet und die Infektionslage vor Ort beschrieben.“ Das Ergebnis: „An manchen Tagen hatten wir zwölf Prüfungen geplant und zwölfmal musste abgesagt und ersatzweise Prüfungen anderer Einrichtungen neu geplant werden. Immer in der Hoffnung, dass in diesen Pflegeeinrichtungen keine Bewohner und Bewohnerinnen oder Mitarbeitende mit Corona infiziert waren. Gegebenenfalls mussten wir ein drittes Mal planen und anmelden.“

Die Auswahl der zu prüfenden Einrichtungen folgt Bedingungen, zum Beispiel der Beantwortung der Frage, ob der einjährige Abstand zur vergangenen Prüfung eingehalten würde, sowie ob und wann die Daten für die vorgeschriebenen Plausibilitätsprüfung an die Datenauswertungsstelle übermittelt worden sind.

Mit den sinkenden Infektionszahlen zum Sommer folgten Anpassungs-Regelungen durch den GKV-SV, wonach Prüfungen auch zulässig waren, wenn mehrere Bewohnende oder Mitarbeitende der Pflegeeinrichtung positiv auf das Corona-Virus getestet waren.

Die neuen Regularien brachten auf der einen Seite Erleichterungen bei der Planung der Prüfungen, bedeuteten auf der anderen Seite aber immer eine Abwägung, ob angesichts der Zahl der gemeldeten Infektionsfälle eine Prüfung zu vertreten ist oder nicht, betont Coners. Insgesamt betrachtet, habe es in 2022 keinen Tag gegeben, in dem die Qualitätsprüfungen in der Pflege in Hamburg und Schleswig-Holstein unbeeinflusst von der Pandemie waren, blickt sie zurück.

Alle Regeln zur Umsetzung betrafen auch die Prüfungen der ambulanten Pflegedienste wie der Tagespflege-Einrichtungen. In Letzteren kam als Neuerung außerdem die neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) Tagespflege hinzu, nach der seit Anfang vergangenen Jahres auch die rund 200 Einrichtungen im Gebiet des Medizinischen Dienstes Nord geprüft wurden – wenn eine Prüfung denn möglich war.

Das dritte Jahr der Pandemie wirkt in der Pflege weiterhin nach: Während Anfang 2023 im öffentlichen Raum Schutzmaßnahmen gelockert oder aufgegeben werden, gilt für Elise Coners und die Prüfteams vorerst weiterhin: viermal in der Woche testen und den ganzen Tag FFP2-Maske tragen, um die Pflegebedürftigen zu schützen. ◊

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Die Abteilung Ambulante Versorgung begutachtet alle ambulanten Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Nicht nur die Frist im Blick, auch die Versicherten

Was gut gemeint war, hatte ungeahnte Auswirkungen: Mit dem Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz, kurz GVWG, hat der Gesetzgeber den Aufwand der Begutachtung für die Medizinischen Dienste deutlich erhöht. Die Folge: Die Abteilung Ambulante Versorgung hat in 2022 immer wieder Fälle vorziehen müssen, die einer gesetzlichen Bearbeitungsfrist unterlagen. Nicht fristgebundene Fälle hatten deshalb allerdings längere Begutachtungszeiten.

Das Mitte 2021 in Kraft getretene GVWG soll den Schutz von Versichertendaten bei den Krankenkassen verbessern und die Transparenz der Daten für die Versicherten erhöhen. „Im Ergebnis ist dadurch jedoch das für uns schlanke und effiziente Begutachtungs-Instrument der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) eingeschränkt worden“, erklärt Dr. Barbara Mörchen, die Abteilungsleiterin. Mit der SFB hatten bis dahin viele Versicherten-Anträge in kurzer Zeit vor Ort bei den Krankenkassen besprochen und abschließend begutachtet können. „Seitdem das so nicht mehr möglich ist, haben sich die Aufwände für die Begutachtungen und die Laufzeiten erhöht, weil wir nicht mehr Personal haben als zuvor – und wir auch nicht in der erforderlichen Anzahl neue Gutachterinnen und Gutachter anwerben können“, beschreibt Dr. Mörchen die Herausforderung. Die nun immer schriftliche Bearbeitung aller Begutachtungsaufträge, egal ob mehr oder weniger ausführlich, benötige mehr Zeit als die früher mögliche mündliche Fallberatung.

Eine weitere Auflage des GVWG hat das Problem noch verschärft: die eingeschränkte Befugnis der Krankenkassen, zugehörige Gesundheitsdaten ihrer Versicherten abzufragen. Somit können Fälle nicht mehr ausreichend von den Krankenkassen vorbereitet werden. Dies ist nun ebenfalls Aufgabe des Medizinischen Dienstes. „Verstärkt mussten wir in der Folge den Fokus auf alle Fälle legen, die mit einer Frist belegt sind“, so Dr. Mörchen. Das betraf Anträge zur Begutachtung laut Patientenrechtegesetz (PRG) mit Fristen von maximal fünf Wochen, sowie die Frist bei Anträgen zur Rehabilitation von 14 Tagen.

Die Folge: Damit sind im Jahr 2022 zwangsläufig Laufzeiten von Begutachtungen gestiegen, die nicht fristgebunden waren. „Aber da es hierbei nicht um lebenswichtige Entscheidungen ging, sondern wie bei Fällen von Arbeitsunfähigkeit und bei Widersprüchen meistens um Geld, war die Verzögerung vertretbar“, begründet Dr. Mörchen. Und das Geld sei den Versicherten später nicht verloren gegangen.

Außerdem hätten die Gutachterinnen und Gutachter im vergangenen Jahr viele Aufträge wie „Fristfälle“ bevorzugt bearbeitet, obwohl sie eigentlich keine waren. „Damit haben wir den Krankenkassen in der Startphase des komplexen Verfahrens die Arbeit erleichtert“, so Dr. Mörchen, was die Abteilung 2023 „nun auf das notwendige Maß zurückschrauben wird, um auch den Aufträgen mit längeren Laufzeiten wieder mehr Raum zu geben“, kündigt sie an.

„Der Wunsch der Gutachterinnen und Gutachter ist es, alle Fälle zeitnah zu bearbeiten, und nicht nur die mit gesetzlich vorgegebenen Fristen. Sie sehen als Ärztinnen und Ärzte schließlich hinter den Anträgen auch die vielen Einzelschicksale und die oft medizinische Dringlichkeit von Entscheidungen hinter jedem Fall.“ Das könne eine benötigte Haushaltshilfe sein oder zum Beispiel bei Fragen zu Hilfsmitteln etwas, das über den unmittelbaren Behinderungsausgleich hinausgehe: „Viele dieser Versicherten benötigen oft Prothesen oder Rollstühle, um am Alltagsleben teilzuhaben, was vom Medizinischen Dienst deshalb auch zügig begutachtet werden sollte“, erklärt Dr. Mörchen. „Es ist uns allen bewusst, dass die Versicherten auf diese Leistungen warten.“ ◊

Missbrauch vorbeugen, Schäden abwenden

Es ist eine der aufwendigsten Versorgungen schwer Erkrankter: die künstliche Beatmung von Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich. Bis zu 30.000 Euro im Monat kosten einzelne Beatmungsplätze, die einen großen Anteil an der außerklinischen Intensivpflege, kurz AKI, ausmachen. Hohe Kosten, die die Versichertengemeinschaft tragen muss. Mit Hausbesuchen müssen die Medizinischen Dienste in diesem Jahr erstmals die Qualität dieser Versorgung vor Ort überprüfen. Ziel ist es unter anderem, Missbrauch vorzubeugen und Schäden von Betroffenen durch eine zu lange Beatmung abzuwenden.

Nach ersten Angaben der Krankenkassen betrifft die AKI mehr als 720 Versicherte in Hamburg und Schleswig-Holstein. Es sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene, bei deren Versorgung jeden Tag und unvorhersehbar lebensbedrohliche gesundheitliche Situationen auftreten können. Viele dieser Patientinnen und Patienten sind kaum ansprechbar, andere komatös, psychisch erkrankt oder organisch so gehandicapt, dass sie die gesundheitlichen Notfälle nicht erkennen und/oder sich nicht bemerkbar machen können. Sie werden im eigenen Haushalt, in Pflegeeinrichtungen oder noch häufiger in sogenannten „Beatmungs-Wohngemeinschaften (WGs)“ versorgt.

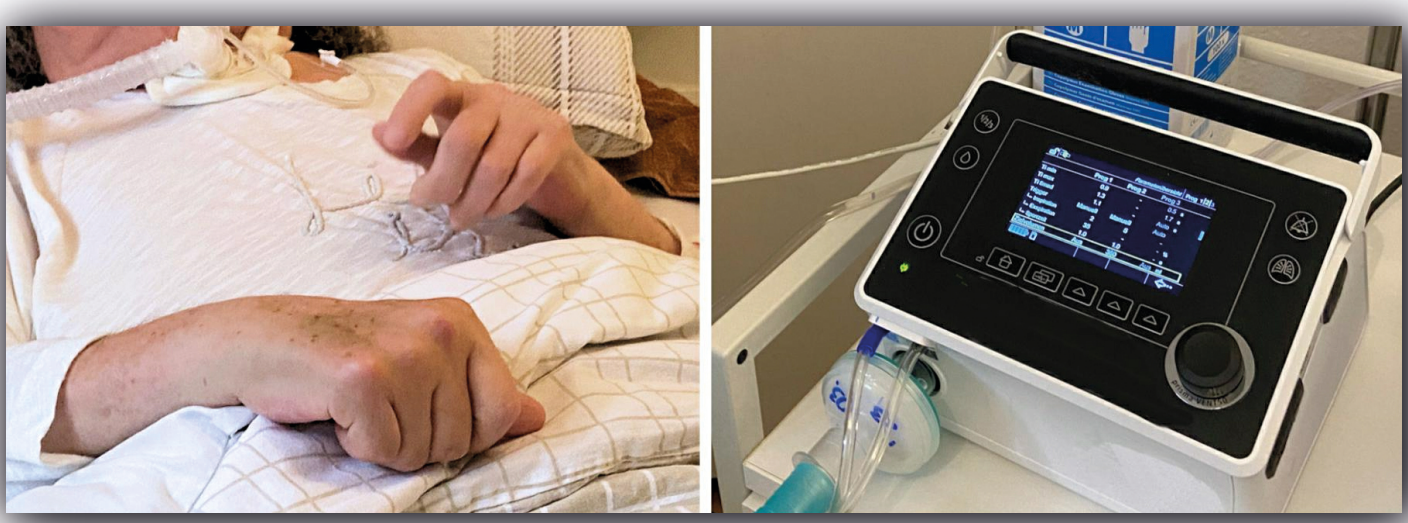
„Die Begutachtung dieser anspruchsvollen Gesundheitsleistung sahen Gesetzgeber und Richtlinie bisher nur nach Aktenlage vor, was wir bereits seit Jahren leisten“, erläutert Dr. Barbara Mörchen, die Leiterin der Abteilung Ambulante Versorgung. Neu sei für die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter jetzt der Hausbesuch, den der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Auftrag des Gesetzgebers laut Paragraf 37c des fünften Sozialgesetzbuches als eigenständige sogenannte „AKI-Richtlinie“

Dr. Barbara Mörchen

geregelt hat. „Mit der persönlichen Begutachtung soll sichergestellt werden, dass die Versicherten auch wirklich adäquat versorgt und betreut werden, und dies nicht nur auf dem Papier“, beschreibt Dr. Mörchen den Auftrag.

Der mögliche Grund dafür könne sein, dass in der Vergangenheit offenbar die „existierenden Versorgungsformen Zweifel an der Qualität aufkommen ließen“. Die Richtlinie verpflichtet zum Besuch jedes beatmeten AKI-Patienten einmal Jahr, was bei mehr als 720 Betroffenen im Norden künftig einen hohen zeitlichen Arbeitsaufwand bedeuten werde, rechnet die Abteilungsleiterin. „Aber der Aufwand dafür ist gerechtfertigt. Es geht hier schließlich um Menschen, die sich nicht wehren können, wenn sie falsch oder schlecht versorgt werden.“

Zu einem Hausbesuch der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter gehört auch die Beantwortung der Frage, ob eine weitere Beatmung überhaupt noch notwendig ist. Denn bei dieser Behandlung gilt kein „je länger, desto besser“, sondern anders herum: je länger ein Patient beatmet wird, desto schwieriger wird seine Entwöhnung. „Eine so hochpreisige Versorgung hat im Laufe der Jahre mögliche Fehlanreize bei Leistungserbringern gesetzt, die kein Interesse an einer Entwöhnung haben“, stellt Dr. Mörchen fest. Die Ergebnisse des ersten Prüfjahres erwartet sie mit Spannung. ◊



Fotos: privat

Erkrankte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, sind oft auf Beatmungsgeräte angewiesen, wie diese privaten Fotos zeigen.

Mit dem Dienstplanungstool koordinieren die Kolleginnen vom BBZ Lübeck aus die Begutachtungen der Abteilung Ambulante Versorgung.

Mit dem Planungstool besser auslasten und steuern

Wer hat Zeit für die Begutachtung? Wer hat die richtige Fachkompetenz? Telefonate und E-Mails mit solchen Fragen zwischen einzelnen Standorten gehören in der Abteilung Ambulante Versorgung inzwischen der Vergangenheit an. Mit dem neu entwickelten Dienstplanungstool können seit 2022 alle Aufträge zielgenau standortübergreifend zugeordnet werden. Das neue Tool sorgt so dafür, dass medizinische und technische Fachkenntnisse innerhalb der Abteilung optimal eingesetzt werden.

Rund 108.000 ambulante Begutachtungsaufträge auf rund 75 Gutachterinnen und Gutachter zu verteilen – dieses Beispiel des Jahres 2022 wäre auch analog möglich. Doch die Zuordnung zu den passenden Gutachterinnen und Gutachtern erforderte bisher viel Koordinationsaufwand zwischen der Großstadt Hamburg und den Standorten in Schleswig-Holstein. „Wir haben schon vor längerer Zeit erkannt, dass es nicht zeitgemäß ist, in jeder Beratungsstelle und jedem Beratungs- und Begutachtungszentrum Personal mit den gleichen Fähigkeiten vorzuhalten. Erst recht nicht bei dem heutigen Fachkräftemangel“, erklärt Abteilungsleiterin Dr. Barbara Mörchen die Grundüberlegung.

„Überregional denken, nicht regional“, beschreibt Lutz Remshardt, der Abteilungsleiter Service, den nächsten Schritt, der zum Konzept und 2020 zum gemeinsamen Aufbau des Dienstplanungstools durch beide Abteilungen geführt hat. Die dafür notwendige IT-Anwendung ließen die Abteilungen extern programmieren und füllen sie seitdem mit Daten. „Damit es funktioniert, benötigten wir zuerst die komplette Übersicht aller Gutachterinnen und Gutachter der Abteilung“, schildert Remshardt den Aufbau. „Erfassen mussten wir nicht nur, wo sie arbeiten und wie ihre Teil-Arbeitszeiten sind, sondern auch ihre speziellen Begutachtungsthemen, ihre Skills.“ Nach einer Testphase im Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) Hamburg, konnten erstmals in 2022 alle Aufträge der Abteilung Ambulante Versorgung mit dem Dienstplanungstool zugewiesen werden. „Wenn zum Beispiel am Standort Hamburg alle Gutachterinnen und Gutachter ausgelastet sind, dann zeigt das System auch überregional an, wer wo die fachlichen Voraussetzungen hat, um einen Auftrag zu übernehmen“, beschreibt Remshardt.

Die dadurch erreichte gleichmäßige Auslastung aller Standorte hat einen weiteren Vorteil, den Dr. Mörchen betont: „So harmonisieren wir die Laufzeiten der Gutachten über die Standorte hinweg.“ Vorher konnten diese je nach Auftragsbelastung und Gutachterressource an den Standorten unterschiedlich sein. Das war für nicht-fristgebundene Aufträge bedeutend.

Die Möglichkeiten dieser neu eingeführten IT-Anwendung gehen noch weiter: Mit Hilfe des Dienstplanungstools können die Aufträge jetzt leichter nach fachlichen Erfordernissen den passenden Gutachtenden zugeordnet werden. Denn anders als in anderen Abteilungen mit überwiegend gleichen Begutachtungsaufträgen hat die Abteilung Ambulante Versorgung sehr viele unterschiedliche: Hilfsmittel, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und Vorsorge, Behandlungsfehler, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel – insgesamt sind es sechs organisierte Fachbereiche und noch einige andere Begutachtungsanlässe.

„Damit die Zuordnung der verschiedenen Aufträge richtig funktioniert, planen wir Dienstpläne so, dass für alle benötigten ‚Skills´ immer ausreichend Gutachtende im Dienst sind“, erklärt Anne Tasch, die zusammen mit ihrer Kollegin Yvonne Segner als Koordinatorin mit dem Tool eine Art Steuerungszentrale bedient. „Es ist ein System, das durch unsere Eingaben so präzise wie möglich ermittelt, wer für welche noch so spezielle Fragestellung gut geeignet ist“, erklärt Yvonne Segner. Vom BBZ Lübeck aus koordinieren beide über diese Schnittstelle für alle

(Fortsetzung von Seite 21)

Yvonne Segner (l.), Anne Tasch

Standorte ebenfalls die Abwesenheiten der rund 75 Fachleute. Sie geben verblockte Zeiten ein, wenn jemand beispielsweise wegen Begutachtungen im persönlichen Kontakt, Dienstreisen, Fortbildungen, Einarbeitungen, Teamsitzungen und Gremienarbeit nicht verfügbar ist. Nur so kann das zuständige Serviceteam für die Verplanung der Aufträge immer eine aktuelle Personalübersicht nutzen.

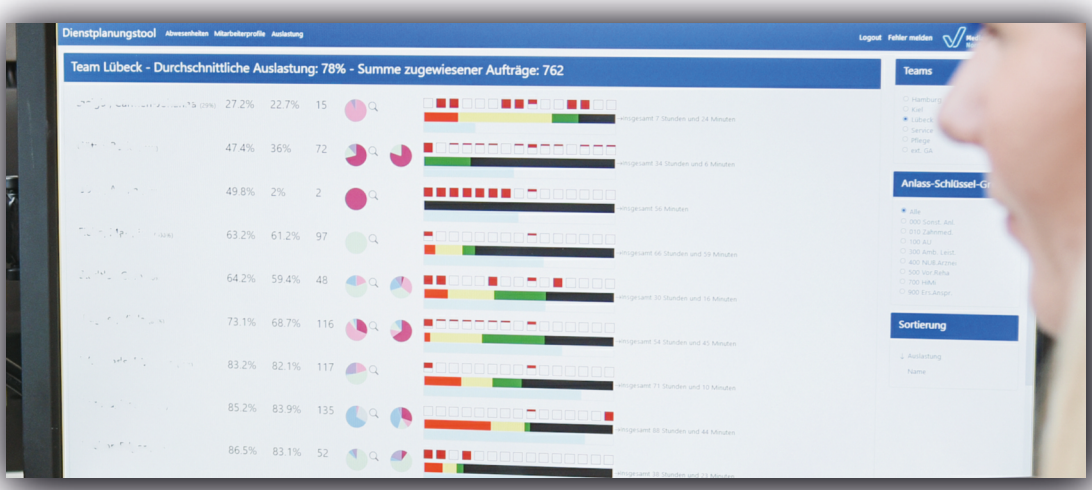
Wichtig ist Abteilungsleiterin Dr. Mörchen, dass sie durch diese exakte Zuordnungsmöglichkeit den Wünschen ihrer Gutachterinnen und Gutachter weitgehend entsprechen kann, einen sogenannten „Fall-Mix“ zu bekommen, der mit ihren fachärztlichen Richtungen und Kenntnissen übereinstimmt. Das sei zwar immer schon analog geplant worden, durch die Digitalisierung ist es jetzt aber viel schneller, einfacher und präziser möglich: „Wir können perspektivisch sogar steuern, dass jemand zum Beispiel 40 Prozent Hilfsmittel- und 20 Prozent Arbeitsunfähigkeits-Begutachtungen bekommen soll, wenn er oder sie es so möchte. Vorausgesetzt natürlich, dass diese Wünsche insgesamt zur Auftragslage passen.“

Ein weiterer Vorteil ist die Urlaubsplanung, die früher Aufgabe der Teamleiter vor Ort war. Durch das Dienstplanungstool muss nicht mehr im BBZ Kiel, im BBZ Lübeck oder in der Beratungsstelle Flensburg sichergestellt werden, dass die Besetzung jederzeit ausreichend ist. Jetzt reicht es, wenn das standortübergreifend in der gesamten Abteilung der Fall ist.

Zusätzlich erleichtert das Tool der Abteilungsleiterin das Anwerben neuer Fachkräfte: „Bis auf die persönlichen Begutachtungen ist es jetzt unerheblich geworden, wo jemand seinen Arbeitsplatz hat. Wir können an den Standorten einstellen, an denen neue Kolleginnen und Kollegen für uns arbeiten möchten.“

„Die Pandemie war letztendlich der Beschleuniger dieser ganzen Entwicklung“, blickt Lutz Remshardt zurück. Sie habe zur 100-prozentigen Digitalisierung der Prozesse in der Abteilung Ambulante Versorgung geführt. Die heute erreichte Flexibilität sei früher nicht möglich gewesen, „solange Unterlagen wie medizinische Befunde und Berichte auf Papier hin und her transportiert werden mussten“. Und um die neuen Möglichkeiten durch das Dienstplanungstool jetzt noch besser zu nutzen, hat Remshardt begonnen, die zuarbeitenden Serviceteams seiner Abteilung umzustellen: Statt sie wie zuvor an jedem Standort jeweils alle Aufträge für alle Fachgebiete annehmen und vorbereiten zu lassen, bildet er mehrere sogenannter „Profiteams“.

In Anlehnung an die Zentren bei den Krankenkassen, bereiten diese Profiteams künftig nur jeweils ein Thema wie Arbeitsunfähigkeit oder Hilfsmittel zur Begutachtung vor, sind dafür aber fachlich vertieft damit vertraut. „Diese Teams werden damit die zentralen Ansprechpartner der Auftraggeber in den Zentren der Krankenkassen“, plant Remshardt. So könne die Fallbearbeitung von der Annahme vor, bis zum Versand nach der Begutachtung „quasi aus einer Hand“ von einem Serviceteam gesteuert werden. ◊



Das Dienstplanungstool sorgt für einen schnellen Überblick, auch mit Grafiken und Farben.

Reha in der Pandemie

"Besser überstanden als befürchtet"

Zu einer Therapie gehört der persönliche Kontakt zwischen Menschen – ein Problem in einer Pandemie mit Kontakt-Beschränkungen. In der öffentlichen Wahrnehmung waren Einrichtungen der Rehabilitation besonders von Infektionsschutz-Maßnahmen betroffen. Doch stimmt dieser Eindruck? Die Begutachtungszahlen zur Rehabilitation waren für Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2022 ähnlich hoch wie in den Vorjahren, soweit diese Zahlen aufgrund gesetzlicher Änderungen vergleichbar sind. Wie das bewertet werden kann, erläutert Dr. Sieglinde Bog-Radigk im Interview. Sie ist die Fachbereichsleiterin Vorsorge und Rehabilitation der Abteilung Ambulante Versorgung:

Frau Dr. Bog-Radigk, wie hat die Pandemie die Rehabilitation in Hamburg und Schleswig-Holstein beeinflusst?

Zunächst waren während des Lockdowns im April 2020 alle Einrichtungen geschlossen. Als sie nach zumeist einem Monat wieder öffnen durften, gab es Probleme durch Corona-Ausbrüche und nicht alle Therapieeinheiten durften angeboten werden. So gab es vor allem keine Gruppentherapien und es wurde vermehrt auf Einzeltherapien umgestellt, um Infektionsrisiken zu minimieren. Zudem hatten Einrichtungen Aufnahme-Beschränkungen und Besuchsverbote. Was durchgehend weiterlief, waren die Anschlussrehabilitation und die sogenannte „Entwöhnung“, also die Suchttherapie.

Gab es jemals das Risiko, dass die rehabilitative Versorgung langfristig Schaden nimmt?

Nein, die Rehabilitation war grundsätzlich niemals in Gefahr. Abgesehen von den kurzzeitigen Schließungen und Einschränkungen wegen Corona waren die Einrichtungen nach Mitte 2020 wieder im regulären Betrieb. Auch einen Einbruch bei den Antragszahlen haben wir von 2020 bis 2022 nicht bemerkt.

Was war und ist weiterhin auffällig in der Coronazeit?

Was wir ganz erheblich feststellen, sind vermehrt Anträge auf psychosomatische Rehabilitation für Kinder. Betroffen sind vorwiegend Mädchen in der Pubertät, vorrangig mit Essstörungen wie Anorexia nervosa, also Magersucht, deren Zahl sich erhöht hat.

Die jungen Mädchen hatten ein bis zwei Jahre weniger direkte Kontakt zu Gleichaltrigen, bei gleichzeitig gesteigertem Internetkonsum. Und das scheint Ihnen — wie auch Studien ergeben haben — nicht gut getan zu haben. Das ist etwas, das ich bei den Einzelfällen in der Begutachtung sehe. Es gibt aber auch beispielsweise Kinder, die massiv zugenommen haben und jetzt unter Adipositas leiden, weil sie in der Pandemie fast nur noch vor dem Computer saßen und sich nicht mehr bewegt haben. Aber die Essstörungen durch Anorexie sind deutlich häufiger.

Schon jüngere Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren sind durch die Pandemie psychisch beeinträchtigt. Verstärkt wird das Problem nicht nur durch steigende Fallzahlen, sondern auch dadurch, dass die ambulanten Therapieplätze bei Kinder- und Jugendtherapeuten absolute Mangelware sind. Ob das dadurch bedingt ist, dass es so viele Erkrankte mehr gibt, kann ich nur vermuten. Insgesamt sind das auf jeden Fall auch Folgen der Pandemie.

Sind Fälle von Long COVID ebenso häufig in der Begutachtung wie in der öffentlichen Diskussion?

Wenn man die Presse liest, hat man das Gefühl, es sei ein häufig auftretendes Phänomen. Bislang ist es zumindest bei uns kein Problem, Anträge kommen nur sporadisch. Allerdings gibt es auch andere Leistungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung. Einige Kliniken machen zwar Werbung dafür, dass sie Long- und Post COVID behandeln, allerdings ohne ein Konzept dafür vorgelegt zu haben. Es kann schon sein, dass Long COVID etwas ist, das mit Verzögerung in der Begutachtung auch auf uns zukommt.

Werden häufig unzulängliche oder keine Konzepte zur Behandlung von Long COVID vorgelegt?

Dr. Sieglinde Bog-Radigk

Ja, wir haben in der SEG 1, der zuständigen bundesweiten Sozialmedizinischen Expertengruppe, dazu im Februar 2022 erhoben, in welchen Bundesländern und in welchen Kliniken spezielle Reha-Konzepte für Long- und Post COVID vorgelegt wurden. Und es gab praktisch keine -- oder nur einige, die nicht genehmigt werden konnten, weil sie völlig unzulänglich waren. Hier in Hamburg hatten wir auch eine Einrichtung, die ein Konzept vorlegte, das aber auch in keiner Weise den rechtlichen Vorgaben entsprach. Das war eine orthopädische ambulante Rehabilitationseinrichtung, die Long COVID behandeln wollte. Sie verfügte aber weder über die entsprechenden Fachärzte, noch über die sonstige dafür notwendige Personalausstattung im Rehabilitationsteam. Offenbar sind viele Leistungserbringer noch auf der Suche nach geeigneten Konzepten. Es gibt jedenfalls noch kaum von den Medizinischen Diensten überprüfte und als qualitativ ausreichend bewertete Reha-Konzepte für Long- oder Post COVID.

Was müsste denn ein solches Konzept beinhalten?

Die BAR, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, hat im November 2022 den Auftrag vom Sachverständigenrat bekommen, rehaspezifische Forschung zu Long- und Post COVID zusammenzustellen. Daraus sollen dann Vorgaben für die Reha-

(Fortsetzung von Seite 23)

bilitation bei diesem Krankheitsbild erstellt werden.

…die wann zu erwarten sind?

Hoffen wir mal, dass sie in diesem Jahr noch kommen. Aber so lange dieses Krankheitsbild noch nicht richtig erforscht, ja noch nicht einmal richtig definiert ist, ist es natürlich schwierig, dafür Reha-Konzepte anzubieten. Wir wissen bis jetzt, dass manche Erkrankte kognitive Einschränkungen haben, manche Lungen-Einschränkungen. Und dann gibt es offensichtlich noch neurologische oder psychische Ausfälle im Sinne eines chronischen Fatigue-Syndroms, also CFS, bei dem aber auch noch keiner weiß, ob dies nun Folge einer Covid-Erkrankung ist oder eine Folge depressiver Vorerkrankungen. Dazu wird noch geforscht. Insbesondere die Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen, die es immer schon in der psychosomatischen Rehabilitation gab, ist im Einzelfall schwierig.

Was hat die Pandemie denn für die Zukunft mit sich gebracht?

Neben den verstärkten Hygiene-Maßnahmen in den Einrichtungen hat sich in der Digitalisierung sehr viel getan. Neu ist das Digitale Versorgungsgesetz, DVG, mit dem Telemedizin und Videosprechstunden gestärkt worden sind. Darin wurde zum Beispiel festgelegt, dass Physiotherapie, Reha-sport und sozialmedizinische Nachsorge für schwerkranke Kinder auch per Tele- oder Videomedizin erbracht werden können.

Was davon sehen Sie bereits in der Begutachtung?

Die ersten Konzepte für Patienten-schulungs-Programme im Online-Verfahren werden jetzt bei uns zur Konzeptprüfung vorgelegt. Meistens werden bestehende Konzepte lediglich auf ein Online-Verfahren übertragen. Ein Beispiel ist ein Konzept zur Patien-tenschulung von Versicherten mit Depression.

Funktioniert das?

Ja, überwiegend gut. Das Problem ist nur, dass gerade ältere Patienten noch Schwierigkeiten haben, diese digitalen Angebote anzunehmen. Das wird sich aber mit zunehmender digitaler Kompetenz sicher noch bessern.

Insgesamt kann man sagen, dass die Rehaeinrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein die Pandemie besser überstanden haben, als zunächst zu befürchten war. Zu sehen ist auch, dass es neben den negativen Folgen, wie vermehrten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, auch positive Entwicklungen für die Zukunft gibt, wie die Verbesserung digitaler Angebote.

Frau Dr. Bog-Radigk, vielen Dank für das Gespräch. ◊

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Leistungen zur Rehabilitation waren unter den Bedingungen der Pandemie anfangs eingeschränkt, später wieder möglich.

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Team Stabsstelle Controlling

Das Team der Stabsstelle Controlling ist zuständig für Datenintegration, die Leistungszahlen und deren interne und externe Darstellung

Übersicht aller Zahlen, Leistungen nach Abteilungen

Medizinischer Dienst Nord

Zahlen des Medizinischen Dienstes Nord 2022

383.210 versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen
733 abgeschlossene Strukturprüfungen
840 Prüfungen der Qualität in der Pflege
13.055 Stunden Grundsatzberatung, davon 4.940 mit externem Auftrag

Gesamtzahlen der Abteilungen*

versichertenbezogene Stellungnahmen

Abteilung	*Auftragseingang gesamt*	*Auftragserledigung mit gutachtlichem Einsatz*	
		Ausgang gesamt	*Ausgang fallabschließend*
Ambulante Versorgung	**107.506**	**101.052**	76.177
Krankenhaus	**106.291**	**122.898**	111.759
Pflegeversicherung	**189.543**	**159.260**	152.012
Gesamt	**403.340**	**383.210**	339.948

**) Im Gegensatz zur Darstellung nach GKV und SPV, welche die Betrachtung nach Begutachtungsanlass vorsehen, werden in den Gesamtzahlen der Abteilungen der Input und Output der einzelnen Abteilungen ausgewiesen.*

Medizinischer Dienst Nord

Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

2022

versichertenbezogene Stellungnahmen

fallsteuernd (nicht fallabschließend)	36.082
fallabschließend	188.249
Gesamt	**224.331**

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Anlassgruppe	*Anzahl*	*Anteil*
Arbeitsunfähigkeit	22.157	11,8 %
Stationäre Leistungen	107.518	57,1 %
Ambulante Leistungen	9.590	5,1 %
NUB/Arzneimittelversorgung	5.537	2,9 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	23.170	12,3 %
Hilfsmittel GKV	13.833	7,4 %
Ansprüche gegenüber Dritten (inklusive Behandlungsfehler)	1.504	0,8 %
sonstige Anlässe	4.940	2,6 %
Gesamt	**188.249**	**100,0 %**

Beratungen mit externem und internem Auftrag

Art der Beratung	*Stunden*	*Anteil*
Projekt	802	6,5 %
Expertise	2.349	18,9 %
Schulung	1.034	8,3 %
Gremien/Ausschüsse	2.769	22,3 %
Qualitätsprüfung inklusive internes QSKV-Prüfverfahren (außer geleisteter Prüfungen)	997	8,0 %
sonstige Beratungstypen (wie interne Arbeitsaufträge)	4.351	35,0 %
Sonstiges	124	1,0 %
Gesamt	**12.426**	**100,0 %**

Medizinischer Dienst Nord

Leistungen im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

2022

versichertenbezogene Stellungnahmen

fallsteuernd (nicht fallabschließend)	7.180
fallabschließend	151.699
Gesamt	**158.879**

fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Begutachtungsart	*Anzahl*	*Anteil*
Erstbegutachtung	76.347	50,3 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	60.535	39,9 %
Widerspruchsbegutachtung	14.817	9,8 %
Gesamt	151.699	**100,0 %**

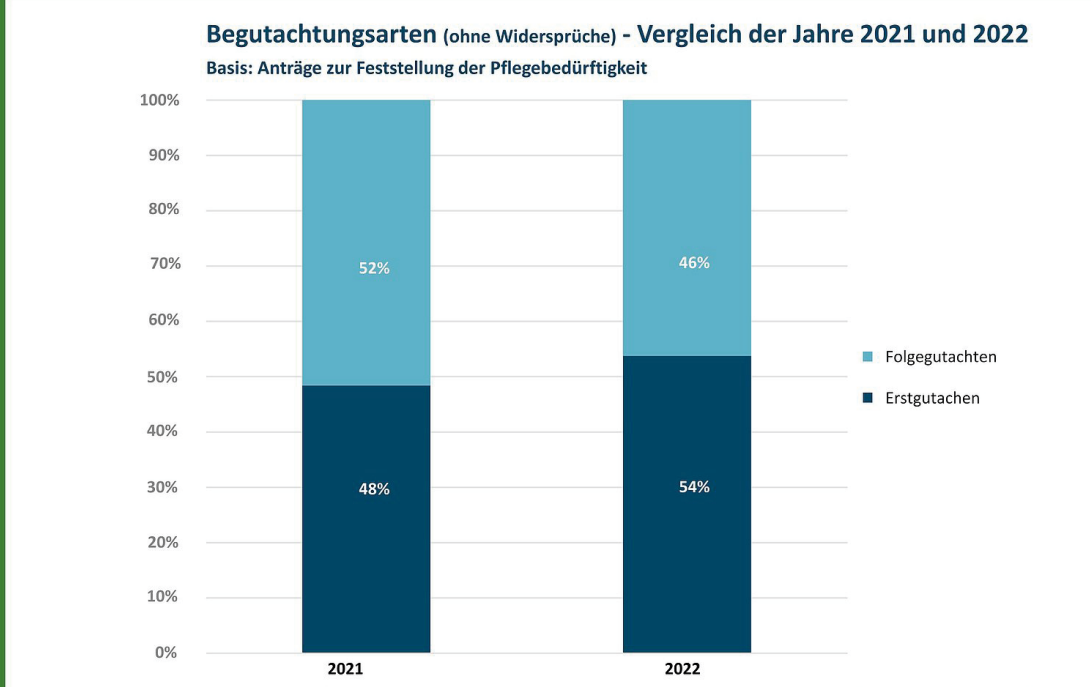
Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Art der Prüfung	*ambulant und HKP*	*teilstationär/ stationär*	*gesamt*
Regelprüfung	83	718	801
Anlassprüfung	10	27	37
Wiederholungsprüfung	0	2	0
Gesamt	**93**	**747**	**840**

Beratungen

Art der Beratung	*Stunden*	*Anteil*
Projekt, Expertise	78	12,3 %
Schulung	112	17,8 %
Gremien/Ausschüsse	315	50,0 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung § 114	116	18,3 %
sonstige Beratungstypen	10	1,6 %
Gesamt	**630**	**100,0 %**

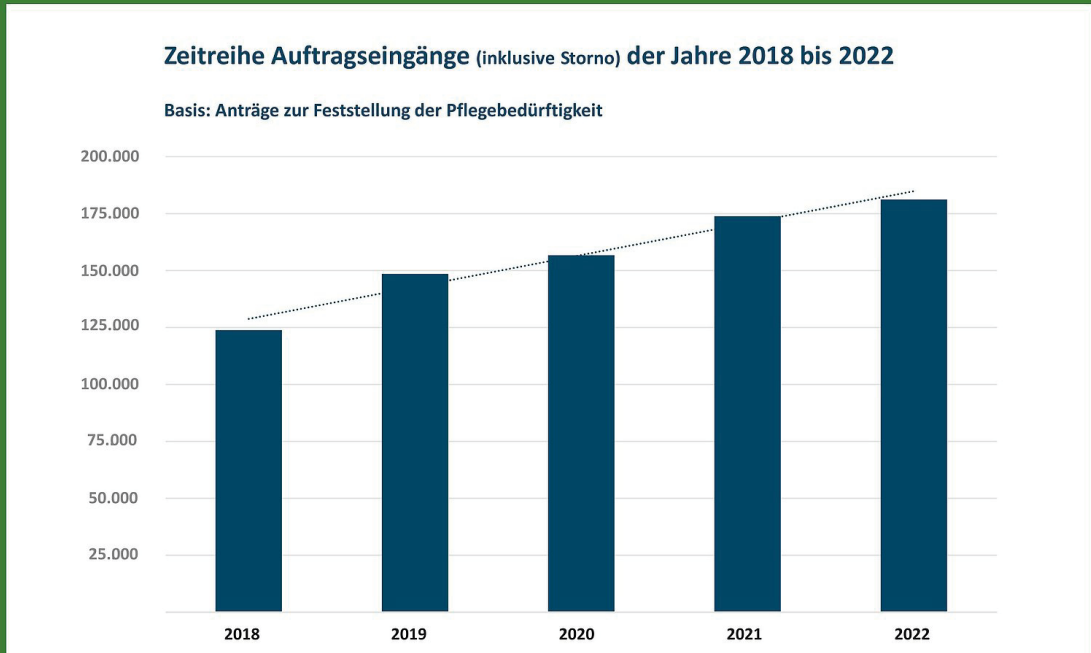
Vergleich der Pflegebegutachtungen 2021/2022



Erläuterung: 2022 haben überdurchschnittliche viele Versicherte einen Erstantrag auf Pflegeleistungen gestellt.

Quelle/Rechte: Medizinischer Dienst Nord

Anstieg der Anträge auf Pflegeleistungen 2018 bis 2022



Erläuterung: Der deutliche Auftragsanstieg lässt sich nicht allein durch den demografischen Anteil einer alternden Bevölkerung erklären.

Quelle/Rechte: Medizinischer Dienst Nord

Das Team der Stabsstelle Controlling: (v. l.) Tim Wulf, Hana Koban, Thomas Rädisch, Dr. Dirk Melcher

ZEBRA erfasst besondere Zeitaufwände

Der Begriff „besondere Aufwände“ bezeichnet im Medizinischen Dienst Nord alle nicht-versicherten und nicht-auftragsbezogenen Zeitaufwände der Mitarbeitenden, welche über die versichertenbezogenen Stellungnahmen (Einzelfallbegutachtung) beziehungsweise auftragsbezogenen Prüfungen (zu § 114 SGB XI, Häusliche Krankenpflege, Strukturprüfung) hinaus erbracht werden.

Zur Erfassung dieser Zeitaufwände dient die MD Nord-eigenentwickelte Datenbank ZEBRA. Die Abkürzung ZEBRA steht für „**Z**eit**E**rfassung von **B**esonde**R**en **A**ufwänden“.

Für das Jahr 2022 wurden hier insgesamt 19.600 Stunden verschiedener Beratungsformen dokumentiert.

Davon wurden rund 15.600 Stunden für medizinisch-pflegerische Themen von Mitarbeitenden der drei gutachterlichen Abteilungen Ambulante Versorgung, Krankenhaus und Pflegeversicherung deklariert.

Innerhalb dieser Partien wird unterschieden zwischen…

- der Grundsatzberatung im Sinne der MD-übergreifenden Definition, deren Summe sich im Jahr 2022 auf rund 13.000 Stunden beläuft. Hierbei handelt es sich um Tätigkeiten wie Projekt, Expertise, Schulung, Gremienarbeit, Tätigkeit in Kompetenzeinheiten, QSKV und sonstige Qualitätssicherung, Stellungnahmen und Anhörungen zu § 114 SGB XI, nicht-prüfungsbezogene Zeitaufwände der Strukturprüfung, mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten. Allein für die Gremienarbeit und Tätigkeit in Kompetenzeinheiten mit interner oder externer Beauftragung sind im Jahr 2022 insgesamt rund 3.100 Stunden angefallen, davon 2.000 Stunden für die Mitarbeit in den Sozialmedizinischen Expertengruppen (SEG). Die genaue inhaltliche Zusammensetzung siehe "Zahlen des Medizinischen Dienstes Nord 2022" auf Seite 25.

- Zeitaufwänden, die für den MD Nord wichtig sind, die aber nicht ins Berichtswesen übernommen werden können, da sie die Voraussetzungen einer Grundsatzberatung nicht erfüllen. Als Beispiel können hier die Teilnahme an internen Fortbildungen / Schulungen und nicht-prüfungsbezogene Zeitaufwände der Kodierfachkräfte wie zum Beispiel Wissenstransfer genannt werden. Deren Umfang wurde mit rund 2.600 Stunden beziffert.

4.000 Stunden entfielen auf Beratung im Bereich der Organisation mit nicht-medizinischen Inhalten, vor allem auf die MD-übergreifenden organisatorischen Gruppen (O-Gruppen), Medien-Gruppen und weitere Arbeitsgruppen. Auch diese Art der Beratungstätigkeit ist kein Bestandteil der bundesweiten Berichterstattung.

Symbolfoto: Medizinischer Dienst

Viel Teilzeit und Homeoffice sind gefragt und möglich

Bewerbungsgespräche ohne Händeschütteln, ohne Sitzungen in engen Räumen – im dritten Coronajahr kannten sich bereits alle damit aus. „Bewerbungsgespräche per Videokonferenz und aus dem Homeoffice heraus waren 2022 längst Normalität“, hebt Botho Müller, Leiter der Abteilung Personal und Finanzen, hervor. „Das ermöglichte auch Gespräche, für die sich Bewerberinnen und Bewerber keinen Arbeitstag frei nehmen mussten, weil sie die Gespräche auch zuhause in die Mittagspause legen konnten.“ So habe die Abteilung ihr Recruiting im vergangenen Jahr weiter straffen können, erklärt Botho Müller. Wie im Vorjahr gab es rund 1.100 Bewerbungen, die erneut zu rund 80 Einstellungen geführt haben – ebenfalls wie 2021.

Dabei sei die Möglichkeit, im Homeoffice zu arbeiten, immer wieder ein wichtiges Kriterium der Bewerbenden, betont der Personalchef. „Und da können wir viel anbieten“, sagt Botho Müller. So galt 2022 weiterhin eine interne Corona-Dienstvereinbarung, die seit Beginn der Pandemie möglichst viel Homeoffice ohne Begrenzung vorsah. Diese galt länger als in vielen anderen Unternehmen.

Mit dem Jahreswechsel und der weiteren Rücknahme gesetzlicher Infektionsschutz-Regelungen ist seit Anfang 2023 eine Dienstvereinbarung in Kraft, die allen Beschäftigten Arbeitsmodelle mit Homeoffice/mobilem Arbeiten und Präsenzarbeit anbietet. Diese Vereinbarung hatten Vorstand und Personalrat bereits 2021 ausgehandelt. Eine Weiterentwicklung ist geplant. Die Regelung nach dem vielfach

Botho Müller

üblichen 40/60-Muster sieht vor, dass im Regelfall 40 Prozent der Arbeitszeit im Homeoffice gearbeitet werden kann. Bei einer Vollzeitbeschäftigung wären das zwei Tage pro Woche im Homeoffice.

Diese Verteilung sei allerdings nur ein Richtwert, so Botho Müller. Mehr Homeoffice ginge auch. „Wir wollen das flexibel handhaben und an die Erfordernisse von Beschäftigten und Arbeitgeber anpassen. Die Pandemie hat aber auch gezeigt, dass es ein Bedürfnis gibt, sich wieder mit Kolleginnen und Kollegen am Standort auszutauschen“, begründet Müller, warum es in der Regel nicht sinnvoll sei, zu 100 Prozent im Homeoffice zu arbeiten.

Wichtige Erfahrungen aus der Pandemie würden nun außerdem als Standard übernommen: Teamsitzungen oder Arbeitsgespräche in Videokonferenzen oder Hybrid-Sitzungen, also eine Kombination aus „Viko“ und Anwesenheit, gehören nun fest zur neuen Arbeitswelt des Medizinischen Dienstes Nord. Die Standorte sind mit der erforderlichen Technik bereits seit Beginn der Pandemie ausgerüstet. ◊

Reisenkosten digital abrechnen

Wer tausende Gutachten schreibt, muss Versicherte besuchen, zu Pflegeeinrichtungen fahren oder in Krankenhäuser. Die Abrechnung dieser Dienstfahrten wird seit April 2022 digital bearbeitet. Bei bis zu 30.000 solcher Fahrten jedes Jahr sei dies eine große Entlastung für alle, betont Personalchef Botho Müller. Für rund 350 Gutachterinnen und Gutachter verschiedener Abteilungen fällt damit die bisher zum Teil noch übliche Abrechnung ihrer Fahrten auf Papiervorlagen weg. Wie es in vielen Unternehmen noch Standard ist, mussten sie zuvor Dienstreiseanträge und später Reisekosten-Abrechnungsvordrucke ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben lassen, einscannen und senden. Andere Kolleginnen mussten diese wiederum händisch bearbeiten.

„Mit dem neuen Reisekosten-Programm ‚WinTrip‘ sind wir jetzt papierlos und schonen damit die Umwelt“, so Botho Müller, „die Beschäftigten können jetzt auch von jedem Standort sowie aus dem Homeoffice ihre Abrechnungen im Programm bearbeiten und über den Genehmigungsweg weiterleiten.“ Das gelte ebenso für die Reiseanträge und deren Abrechnungen, wenn Beschäftigte außerhalb Schleswig-Holsteins und Hamburgs unterwegs sind.

Umzug in Hamburg in Planung: Ein Neubau voller eigener Ideen

Ein Umzug bietet immer Chancen, vor allem, wenn es ein Neubau ist. Der Medizinische Dienst Nord kann seine Arbeitswelt neugestalten, wenn er mit dem Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) und Hauptsitz aus der Nähe zur Hamburger City in den Nachbar-Stadtteil Rothenburgsort zieht. Das wird im Jahr 2026 rund 340 Hamburger Beschäftigte betreffen. Wie ihre zukünftigen Büros und Begegnungsflächen im Zeichen der Digitalisierung aussehen, planen die Abteilungen in diesem Jahr.

Der Medizinische Dienst Nord hat – wie seine Vorgänger-Körperschaften MDK Nord und MDK Hamburg – seit 1998 seine Büroräume am Berliner Tor gemietet, in einem der markanten Hochhäuser am Eingang zur Hammerbrookstraße. Der Grund für den Umzug ist die komplette Überplanung des Areals Berliner Tor in den kommenden Jahren, wofür der MD Nord alle seine Mietflächen auf elf Etagen räumen muss, bevor die bis zu vier Jahre Bauzeit am zurzeit genutzten Gebäude beginnen. „Deshalb freuen wir uns, dass wir mit dem Neubau in Rothenburgsort auch ein finanziell attraktives Angebot bekommen haben“, sagt Peter Zimmermann, der Vorstandsvorsitzende des MD Nord. So könne der MD Nord als Körperschaft öffentlichen Rechts mit diesem Umzug auch weiterhin einen sparsamen Umgang mit den Mitteln der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung gewährleisten.

Grafik: Bauträger

Eine Bauskizze zeigt die Frontansicht des neuen Gebäudes.

Der Neubau entsteht am Rande der geplanten „neuen Speicherstadt“ Billebogen, einem Teil des Stadtentwicklungs-Projektes „Stromaufwärts an Elbe und Bille“. Auf den rund 6.350 Quadratmetern des neuen BBZ können auf vier Ebenen je nach Anforderung Einzelbüros, Teambereiche und Multifunktions-Arbeitsplätze eingerichtet werden. „Da wir die ausschließlichen Nutzer sein werden, können wir die Innenflächen auch nach eigenen Ideen und Anforderungen unterteilen“, hebt Lutz Remshardt hervor, der als Abteilungsleiter Service auch die Neubauplanung verantwortet. Ein variabler Zuschnitt der Flächen sei ebenso möglich wie eine spätere Teilung zur Weitervermietung, falls weniger Raum benötigt wird. „Diese Flexibilität ist wichtig, weil mittlerweile über 70 Prozent unserer Beschäftigten in Hamburg teilweise im Homeoffice oder mobil arbeiten. Eine Entwicklung, die wir im Sinne der Beschäftigten weiter vorantreiben“, bekräftigt der Vorstandsvorsitzende Peter Zimmermann.

Lutz Remshardt

Die Digitalisierung hat auch die Raum-Anforderungen verschoben: „Für ruhiges, konzentriertes Arbeiten werden die Kolleginnen und Kollegen künftig weniger ins Büro kommen, dafür aber mehr für Besprechungen“, fasst es Lutz Remshardt zusammen. Deshalb wolle man im Erdgeschoss einen Bereich mit großen und kleineren Besprechungsräumen vorsehen, die intern wie extern zugänglich sind. Ein Highlight werde hier zusätzlich die Nutzung von MD-internen Hofflächen sein. Jede Etage soll kleinere Sitzungsräume bekommen, sowie „Begegnungsbereiche“, wie er sie nennt, also Bereiche mit Teeküche und Sitz- oder Stehmöglichkeiten für den kreativen Austausch und die Pause.

Alle Konferenzräume werden außerdem „hybridfähig“ ausgestattet, gemeint ist, dass sie eine Mischung aus Präsenz und Videokonferenz zulassen, wie es im MD Nord während der Corona-Pandemie zum Standard geworden ist. Bei der Bürogestaltung setzt Remshardt auf das System der Multifunktions-Arbeitsplätze, wie sie bereits jetzt an allen Standorten eingeführt werden.

Die genaue Raumplanung wollen die Abteilungen und der Personalrat in einer Arbeitsgruppe abstimmen und bis Mitte dieses Jahres festlegen. Der Baubeginn ist noch 2023 vorgesehen, der Einzug für Anfang 2026.

Direkte Nachbarn in diesem Quartier für zukünftiges Gewerbe und Wohnen sind das Amt für Gesundheit der Hamburger Sozialbehörde und die Verwaltung der Hamburger Feuerwehr. Mit dem öffentlichen Personen-Nahverkehr wird der neue Hauptsitz des MD Nord über eine S-Bahn-Verbindung ähnlich gut angebunden sein wie das jetzige Gebäude am Berliner Tor. Zwei Haltestellen bis zum Hauptbahnhof sorgen künftig für kurze Wege. Eine Tiefgarage, eine Fahrradgarage sowie E-Ladestationen sind ebenfalls vorgesehen. ◊

Arbeitsplatz modern ist buchbar und multifunktional

Saskia Schmook aus der Abteilung Service an einem der rund 300 neuen Multifunktions-Arbeitsplätze.

Doppelbildschirme, Andockstationen und hubfähige Tische – mit der Digitalisierung zieht auch viel neue Technik in die Büros des Medizinischen Dienstes Nord ein. Das Umstellen auf Homeoffice und mobiles Arbeiten erfordert ein komplett neues Konzept für Räume und Technik, das jetzt stringent in allen Dienstgebäuden umgesetzt wird. Es geht um rund 300 Büros. Ziel ist es, dass die Beschäftigten ihre Arbeitsmittel überall optimal nutzen können.

Die Zeit der eigenen Zimmerpflanze ist auch in Hamburg und Lübeck bald vorbei: Anfang 2023 räumen Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Service an den beiden größten Standorten nach und nach Büros aus, die ehemals persönlich zugeordnet waren, oft bestückt mit Bildern, Bücherregalen und viel Privatem auf den Tischen. Es folgt eine einheitliche Büroausstattung, die Multifunktions-Arbeitsplätze. Hier wird es bald so aussehen wie an den Standorten Flensburg und Kiel, die bereits 2022 umgerüstet worden sind.

„Diesen Weg hatten wir bereits Ende 2019 eingeschlagen, ohne zu ahnen, dass Monate später die Corona-Pandemie alles beschleunigen würde“, berichtet Lutz Remshardt, der Abteilungsleiter Service, von den Anfängen der Planung. Damals stand er kurz davor, weitere Flächen anzumieten, weil die Büroräume an mehreren Standorten für die stetig wachsende Belegschaft nicht mehr ausreichten. Doch dem kam die Homeoffice-Dienstvereinbarung zuvor, die zu dem Zeitpunkt mit dem Personalrat verhandelt wurde. Bereits der erste Zuspruch der Beschäftigten eröffnete Remshardt neue Möglichkeiten: Zu 40 Prozent im Homeoffice arbeiten und nur noch zu 60 Prozent im Büro sah die Vereinbarung als Regel vor, was für Remshardt auf einmal eine deutlich reduzierte Raumbelegung bedeutete. „Dabei war unser Ziel anfangs gar nicht, unbedingt Räume einzusparen. Aber da wir alles mit Versichertengeldern finanzieren, sollten wir auf Dauer nichts bezahlen, was wir nicht benötigen.“

Doch wie sollte ein neues Konzept aussehen? Von vornherein stand fest, dass die Raumaufteilung mit Einzel- und Doppelbüros bleiben soll. „Großraumbüros, wie sie noch vor einigen Jahren in Mode waren, standen bei uns nie zur Debatte. Denn hier muss man konzentriert arbeiten können“, betont Remshardt. Seine Recherchen und Berechnungen haben aber auch gezeigt, dass ein neues Konzept nur mit „Desksharing“ gelingen kann. „Die Kolleginnen und Kollegen müssen also auf ihre oft sehr persönlich eingerichteten eigenen Büros verzichten, damit wir die Fläche insgesamt reduzieren und optimal auslasten können.“ Dafür kann der Abteilungsleiter Service im Gegenzug einen höheren Standard der Einrichtung bieten. Jeder Multifunktions-Arbeitsplatz wird so eingerichtet, dass die Nutzer nur ihren Laptop und wenige persönlichen Geräte mitbringen müssen, um sofort losarbeiten zu können.

Kernstück ist eine „Docking-Station“, über die sie per USB-Kabel ihren Laptop verbinden. Das schließt sie an die Doppelbildschirme an, die per Gasdruckfederung individuell einstellbar sind, ebenso wie an das Netzwerk. Steckdosen an der Station ermöglichen den Anschluss von Ladekabeln. Eine Webcam für Videokonferenzen ist ebenfalls integriert. Hygienisch sensible Zusatzgeräte wie Tastatur, Maus und Headset gehören dagegen zur persönlichen Ausrüstung und sind mitzubringen. In einem eigenen Schrankfach auf dem Gang können sie platzsparend „geparkt“ werden. „Persönliche Rollcontainer haben wir ebenfalls geprüft, aber dann doch darauf verzichtet, weil sie zu umständlich und groß sind, wenn man die Stockwerke wechseln muss“, gibt Remshardt zu bedenken. „Am Ende nutzt die dann doch keiner.“

Zur Büroausstattung gehören außerdem elektrisch höhenverstellbare Arbeitstische, die Nutzern mit verschiedenen Körpergrößen die perfekte Sitzhöhe bieten. Sie können sogar als Steharbeitstisch angehoben werden, „was eine wechselseitige Arbeitshaltung möglich macht“, ergänzt Remshardt, der auch Arbeitgeberbeauftragter für den Arbeitsschutz ist.

Der neue Weg zum Bürotag beim MD Nord beginnt jetzt mit einer Online-Buchung, ähnlich wie im Hotel. Über ein

Für alle Verbindungen wird nur der ...

... eigene Datenträger benötigt, der über...

... eine Docking-Station angeschlossen wird.

(Fortsetzung von Seite 32)

Buchungsprogramm können die Nutzer sich Tage oder auch nur Stunden vorher einen freien Raum aussuchen und buchen. Eine App auch für das privaten Handy erleichtert die Buchung auch von unterwegs. Ein System der Raumzuweisung stellt sicher, dass vorrangig Kolleginnen und Kollegen einer Abteilung einen Bürobereich belegen.

Rückblickend habe die Corona-Pandemie mit dem Lockdown von 2020 und der anschließenden Gewöhnung an das mobile Arbeiten alle darin bestätigt, dass das neue Raumkonzept der richtige Weg sei, sagt Remshardt. Mehr als 70 Prozent der rund 600 Kolleginnen und Kollegen nehmen mittlerweile an der Homeoffice-Dienstvereinbarung teil. Tendenz steigend.

Ganz kahl und ausschließlich funktional sollen die neuen Multifunktions-Arbeitsplätze übrigens nicht bleiben, verrät Service-Chef und Bauplaner Remshardt: „An etwas Ambiente mit Bildern zu verschiedenen Themen wollen wir auch denken. Und wem ein Raum und seine Gestaltung besonders gefällt, wird ihn sicher öfter buchen.“ ◊

Impressum

Veröffentlichung: 30.03.2023

Herausgeber V.i.S.d.P: Peter Zimmermann, Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Nord

Texte: Jan Gömer, Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit / Pressesprecher

Redaktion, Gestaltung/Layout Website und Download, Videos, Infografiken: Jan Gömer

Weitere Autoren:

Dr. Bernhard van Treeck, Personalien

Hana Koban / Thomas Rädisch, Zahlen und Daten 2022 sowie ZEBRA-Erläuterung

Fotos:

Sandrina ven Undin, Fotos MD Nord und Titel

Oliver Tjaden, (Symbol-)Fotos: Medizinischer Dienst