



JAHRESBERICHT  
2023

# Inhalt

- 01 **Vorwort des Präsidenten der Ärztekammer Hamburg**
- 02 **Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, das ist der Anspruch der Versicherten. Ohne den Medizinischen Dienst geht es nicht!**
- 04 **Rückblick des Führungsteams auf das Jahr 2023**
- 06 **Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) regelt Vieles – und sie wirft Fragen auf**
- 08 **Qualitätssicherung und Arzneimittelanalysen finden international Beachtung**
- 09 **Personalien**
- 10 **Die „Babyboomer“ kommen - und mit ihnen wachsen die Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung**
- 13 **We want you – wie der MD Nord neue Mitarbeitende in der Einzelfallbegutachtung gewinnt!**
- 14 **Pflegebegutachtung von Kindern – eine verantwortungsvolle Tätigkeit beim Medizinischen Dienst Nord**
- 16 **Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen – der Weg zur Normalität**
- 18 **Straffungsoperationen nach Gewichtsabnahme? „Die Gefahren blenden viele einfach aus“**
- 21 **Personalien**
- 22 **LifeVest – wichtiges Hilfsmittel mit begrenztem Einsatzgebiet**
- 24 **Cannabinoide als Medizin**
- 29 **Personalien**
- 30 **Außerklinische Intensivpflege**
- 33 **Was ist aus den geplanten Reformen in der deutschen Krankenhauslandschaft geworden?**
- 37 **Das StrOPS-Antragsportal – Digitalisierung hebt Effizienzreserven und steigert die Akzeptanz für Prüfungen**
- 39 **Personalien**
- 40 **Zahlen und Daten 2023**
- 44 **Bedeutung der Zeiterfassung in Zeiten der PBE-RL**
- 46 **Personalgewinnung – eine zentrale Herausforderung für den Medizinischen Dienst**
- 48 **Abwehrkrieg im Stillen – IT-Sicherheit beim MD Nord**
- 50 **Beschwerdemanagement – wichtiger Teil der Qualitätssicherung**
- 53 **Impressum/Bildnachweise**



Dr. Pedram Emami, MBA

## Nutzen für die Versorgung ist entscheidend

Sehr geehrte Damen und Herren,

befragt man Patientinnen und Patienten – und die sollten im Gesundheitswesen immer im Mittelpunkt stehen –, welcher Aspekt für sie bei der Wahl ihrer Ärztin bzw. ihres Arztes oder ihres Krankenhauses entscheidend ist, dann steht ein Thema ganz oben: Qualität. Die Menschen wollen in die Praxis, in das Krankenhaus oder in die Pflegeeinrichtung, wo sie die beste Behandlung erwarten können. Und dieser Wunsch ist nachvollziehbar und berechtigt. Der Medizinische Dienst Nord leistet als Teil der hiesigen Selbstverwaltungs-Landschaft einen wichtigen Beitrag, um die Arbeit im Gesundheitswesen zu überwachen, Fehler zu dokumentieren und damit: Qualität zu sichern.

Dass der Medizinische Dienst dabei auch immer wieder den Finger in die Wunde legt und nicht zuletzt uns Beschäftigten im Gesundheitswesen zeigt, wo wir besser werden müssen, gehört zum Geschäft. Daher danke ich dem MD Nord für seine Arbeit im Jahr 2023, die in diesem Jahresbericht zusammengefasst wird.

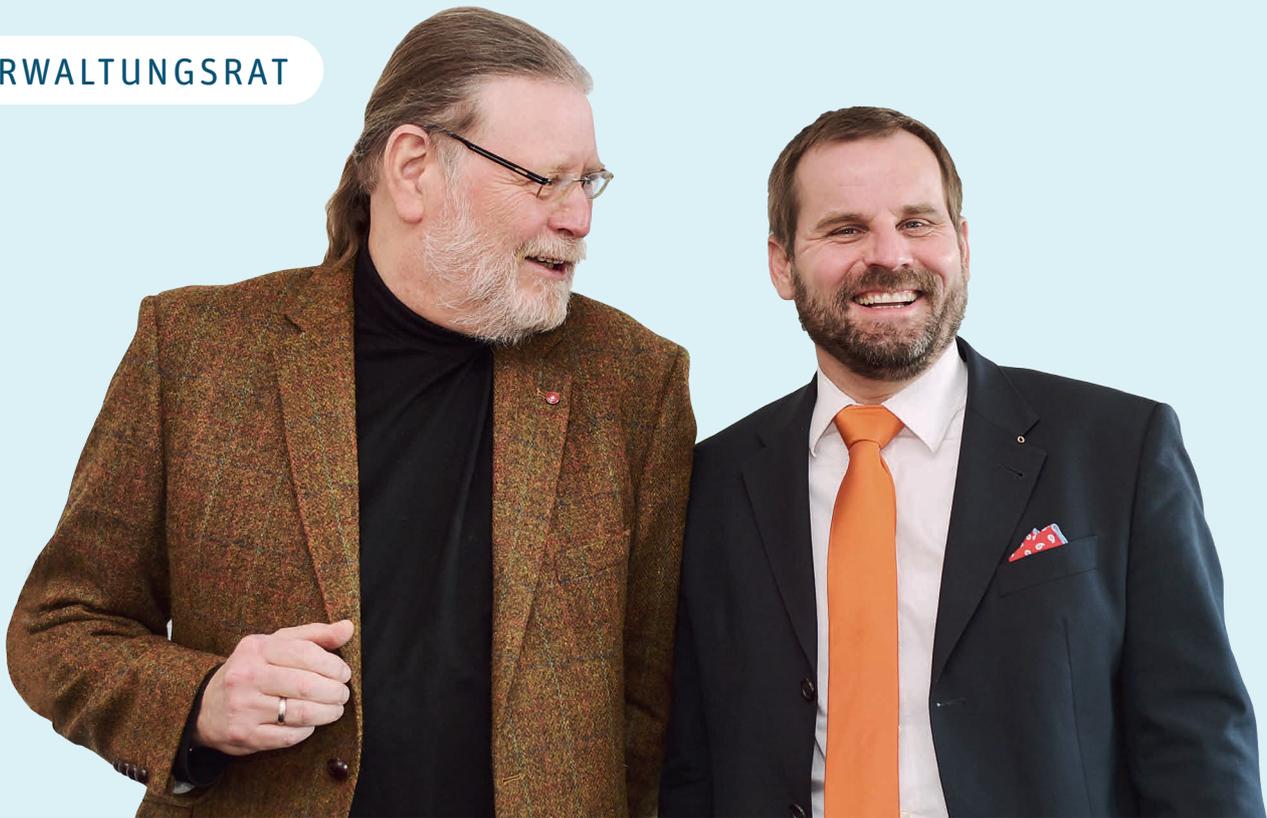
Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Im vergangenen Jahr stand mit den Diskussionen um die Krankenhausreform der stationäre Sektor im Vordergrund. Wir werden sehen, wohin die Reise mit unserem Gesundheitsminister diesbezüglich geht. Klar ist aber: Es wird und kann in der Krankenhauslandschaft nicht so bleiben, wie es ist. Aber auch im ambulanten Bereich kündigen sich Veränderungen an.

Ich bin überzeugt, dass alle Organe der Selbstverwaltung gut daran tun, diese Reformprozesse konstruktiv zu begleiten. Wir haben damit die Chance, unsere Expertise einzubringen und unser Gesundheitswesen, das ja auch unser Arbeitsplatz ist, mitzugestalten. Diese Gelegenheit sollten wir nutzen. Das bedeutet für uns alle aber auch: Dass sich alle Institutionen selbstkritisch fragen müssen, wieviel Bürokratie und wieviel Kontrolle noch im Gesundheitswesen nötig ist und ob wir damit auch wirklich für mehr Qualität sorgen können. Wir müssen auch den Begriff „Qualität“ klarer (und v. a. ehrlicher) definieren, agiler werden, bürokratischen Ballast abwerfen und Prozesse immer wieder auf ihren Nutzen für eine gut funktionierende Versorgung der Patientinnen und Patienten überprüfen. Ein Jahresbericht wie dieser ist eine gute Grundlage, um sich genau darüber Gedanken zu machen.

Ich würde es begrüßen, wenn wir alle diese Herausforderung annehmen. Allen Beschäftigten des Medizinischen Diensts Nord wünsche ich in diesen herausfordernden Zeiten eine glückliche Hand bei der Erfüllung ihrer wichtigen Aufgaben. Und ich freue mich auf eine weitere konstruktive Zusammenarbeit im Interesse einer guten Gesundheitsversorgung.

Herzlichst

Ihr Dr. Pedram Emami, MBA  
Präsident der Ärztekammer Hamburg



Jürgen Reimer und Mirko Knappe – alternierende Verwaltungsratsvorsitzende des MD Nord

## Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, das ist der Anspruch der Versicherten. Ohne den Medizinischen Dienst geht es nicht!

Das Geld der Versichertengemeinschaft sinnvoll und sachgerecht auszugeben und die Patientinnen und Patienten vor schädlicher Behandlung zu schützen, das ist Aufgabe des Medizinischen Dienstes. Unnötige Bürokratie soll von Versicherten nicht bezahlt werden. Und auch wenn Bürokratieabbau als Wort in 2023 erneut in aller Munde war: Hier ist viel Luft nach oben.

Beim Medizinischen Dienst verbringen hochqualifizierte und hochbezahlte Mitarbeitende viel Zeit mit Vorgaben, bei denen sich die Frage stellt, ob der Nutzen die dafür notwendigen Ausgaben von Versichertengeldern rechtfertigt. In Zeiten von zunehmendem Fachkräftemangel muss hierüber mehr denn je nachgedacht werden.

Beispiel Pflegebegutachtung: In der Pandemie hat sich das Instrument des Telefoninterviews gut als Alternative zum Hausbesuch bewährt. Nicht in allen aber in vielen Fällen ist es die ressourcenschonendere Alternative. Warum überlässt man hier nicht dem Pflegegutachter die Wahl, wie begutachtet wird? Bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern ist die freie Produktwahl immer schon selbstverständlicher Teil der gutachtlichen Freiheit.

Außerdem könnte, nein muss das Gutachten erheblich verschlankt und der komplette Antragsprozess digitalisiert werden. Weiteres dazu findet sich weiter hinten im Jahresbericht. Und wir benötigen umfangreichere Mitwirkungspflichten für die Versicherten bei der Antragsstellung.

Die Vorgaben für Sozialmedizinische Stellungnahmen im Rahmen des Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetzes (GVWG) sind ein weiteres Beispiel unnötiger Bürokratie. Seitdem müssen in jeder MD-Stellungnahme Dinge dokumentiert werden, die nur in sehr seltenen Fällen wirklich benötigt werden. Das verbraucht unnötig Ressourcen und kostet Geld und Fachkräfte. Wenn man Transparenz zur Begutachtung für Versicherte will, wäre es ausreichend, nur für den Einzelfall, in dem tatsächlich vom Versicherten nachgefragt wird, eine Anspruchsvoraussetzung zu den jetzt noch für alle Gutachten geforderten Punkten zu schaffen. Das wäre sinnvoller Bürokratieabbau.

Ein weiterer Punkt sind die zahlreichen, mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Richtlinien. Insbesondere die Personalbedarfs-Richtlinien nach § 283 (2) binden in großem Umfang Ressourcen in den Medizinischen Diensten und sie passen nicht in die föderale Struktur der MD. Ähnlich wie die Richtlinien zur Qualitätssicherung, Statistik und Berichterstattung in diesem Paragraphen sollten sie mangels nennenswertem Mehrwert als Beitrag zum Abbau unnötiger Bürokratie ersatzlos wieder gestrichen werden.

Auch extern gehört alles auf den Prüfstand. Die Prüfungen der Medizinischen Dienste im Krankenhaus verhindern – zumindest teilweise – den ungerechtfertigten Griff der Krankenhauskonzerne in das Portemonnaie der Versicherten. Und sie sind wichtiger Teil der Qualitätssicherung und damit der Patientensicherheit.

Qualitätsprüfungen nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, Strukturprüfungen und zukünftig die Prüfungen der Leistungsgruppen sind wichtige Beiträge zur Erhöhung der Patientensicherheit. Aber geht das auch schlanker und mit weniger Ressourceneinsatz?

Der MD Nord meint ja. Und er arbeitet daran, die Prozesse auch im Sinne der Krankenhäuser effektiver zu machen und den nötigen Ressourceneinsatz zu senken. Schlank und digital muss Bürokratie sein. Der MD Nord hat deshalb ein digitales Antragsportal entwickelt, weiteres finden Sie im entsprechenden Beitrag im Jahresbericht bei der Abteilung Krankenhaus.

Auch zum Thema Krankenhausreform positioniert sich der MD Nord klar: Die Reform muss kommen. Transparenz für Versicherte ist wichtig und zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen und ausreichenden Qualität braucht es zwingend den fachlich unabhängigen, föderal organisierten Medizinischen Dienst als Prüfer der Leistungsgruppen.

Last, but not least: Allen Mitarbeitenden des MD Nord gilt unser ausdrücklicher Dank für alles, was sie in 2023 für die Versichertengemeinschaft geleistet haben und was sie in 2024 noch leisten werden. Wir sind stolz auf Sie!

Viel Vergnügen beim Lesen dieses Jahresberichtes wünschen



Jürgen Reimer



Mirko Knappe



Reiner Botho Müller

Dr. Bernhard van Treeck

Peter Zimmermann

## Immer mehr als nur ein Job

Das Jahr 2023 hat es allen Akteuren im Gesundheitswesen nicht leicht gemacht, auch nicht dem Medizinischen Dienst. Es war in vielerlei Hinsicht ein Jahr besonderer Herausforderungen.

Der Anstieg von Anträgen auf Leistungen zur Pflegeversicherung setzte sich fort bei gleichzeitig enger werdendem Markt der für die Begutachtung notwendigen Fachkräfte. Der MD Nord steuerte mit Anwerbung von 48 neuen Mitarbeitenden im Bereich der Einzelfallbegutachtung nach § 18 SGB XI und dem Einsatz alternativer Begutachtungsformen wie Telefoninterviews und Begutachtungen nach Aktenlage gegen. Trotz unserer massiven Anstrengungen waren die Laufzeiten in diesem Bereich der Begutachtung in 2023 nicht zufriedenstellend. Demographie und Entwicklung des Arbeitsmarktes lassen zudem erwarten,

dass diese Problematik nicht nur nicht verschwinden, sondern sich im Gegenteil noch beschleunigen wird, wenn der Gesetzgeber nicht endlich beherzt gegensteuert. Vorschläge dazu finden sich im ersten Artikel der Abteilung Pflegeversicherung.

Weiterer Aufbau von Bürokratie durch neue gesetzliche Vorgaben, insbesondere durch das MDK-Reformgesetz und hier zuvorderst die Personalbedarfs-Richtlinien (PBE-RL), war ein anderes, das vergangene Jahr stark prägendes Thema. Der dadurch bedingte Ressourcenaufwand für die Dienste war enorm, der Nutzen fraglich. Es wurde deutlich, dass eine PBE-RL zur föderalen Struktur der MD mit sehr unterschiedlicher Größe der Dienste und unterschiedlich agierenden Leistungserbringern, Krankenkassen und Aufsichten nicht wirklich passt.

Gut gemeint ist eben noch lange nicht gut gemacht. Zu einem Abbau von Bürokratie mit Augenmaß haben die alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des MD Nord, Jürgen Reimer und Mirko Knappe, in ihrem Vorwort Vorschläge formuliert.

Gute Politik zeichnet sich durch klare Linien, Verlässlichkeit und transparente Kommunikation aus. Die von Karl Lauterbach initiierte Krankenhausreform ist dringend notwendig. Doch trotz langer Vorlaufzeit sind nur wenige Eckpunkte klar. So wird der Medizinische Dienst mit seiner Kompetenz und vor allem seiner fachlichen Unabhängigkeit die Leistungsgruppen als Basis der Krankenhausplanung prüfen. Das ist gut, denn nur eine nicht interessengeleitete Begutachtung kann die Basis für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung der Länder sein, auf die die Bürgerinnen und Bürger einen Anspruch haben.

Unklar ist allerdings, in welchen Intervallen die Leistungsgruppen geprüft werden und in welcher Eindringtiefe und was im Weiteren mit Abrechnungsprüfungen, Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen geschehen wird. All das macht eine belastbare Personal- und Haushaltsplanung nicht einfacher.

2024 wird für den MD Nord ein Jahr weiterer Umbrüche. Das Verfahren zur Nachbesetzung des Vorstandsvorsitzenden, der in Ruhestand geht, wurde 2023 eingeleitet. Der Leitende Arzt des MD Nord verlässt nach fast 25 Jahren den Medizinischen Dienst, um als unparteiisches Mitglied zum Gemeinsamen Bundesausschuss zu wechseln. Beide werden mit Wehmut und Dankbarkeit auf die gemeinsame Zeit beim MD zurückblicken.

Die Arbeit hier war für uns immer mehr als nur ein Job.

Aber das Feld ist gut bestellt. Für beide Positionen wurden inzwischen gut qualifizierte, menschlich integre Nachfolger gefunden. Wir sind sicher, dass sie gut in das Team des Medizinischen Dienstes Nord mit seinen wertschätzenden flachen Hierarchien passen. Unterstützt von Reiner Botho Müller und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden sie den MD Nord in eine gute Zukunft führen. Lassen Sie sich überraschen, wer es werden wird.

Freuen können Sie sich zudem darauf, dass es nach der Pandemie endlich wieder einen Kongress der Medizinischen Dienste geben wird: Wir sehen uns am 06. Juni 2024 in Berlin!

Freuen können Sie sich zudem darauf, dass es nach der Pandemie endlich wieder einen Kongress der Medizinischen Dienste geben wird: Wir sehen uns am 06. Juni 2024 in Berlin!

## **Gute Politik zeichnet sich durch klare Linien, Verläss- lichkeit und transparente Kommunikation aus**



**Peter Zimmermann**  
Vorstandsvorsitzender



**Reiner Botho Müller**  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



**Dr. Bernhard van Treeck**  
Leitender Arzt

## Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) regelt Vieles – und sie wirft Fragen auf ...

### Wie unabhängig ist der Medizinische Dienst?

Mit dem MDK-Reformgesetz war 2019 beabsichtigt, dass der Medizinische Dienst unabhängiger, transparenter und effektiver arbeiten soll.

War die Reform nötig? Eigentlich nicht – immer schon hat der Medizinische Dienst fachlich unabhängig gearbeitet gemäß § 275 (5) SGB V. Bei der Begutachtung der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen war und ist das Selbstverständnis der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste, dass sie im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten handeln, und auch ganz konkret im Interesse der einzelnen Versicherten.

### Warum überhaupt MD-Abrechnungsprüfungen?

Bei einem im Wettbewerb stehenden System sind fachlich unabhängige Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus alternativlos. Nur dadurch ist sichergestellt, dass sich niemand auf Kosten der Versicherten sachgrundlos bereichert.

Eine sachgerechte Vergütung von Krankenhausbehandlung ist Voraussetzung dafür, dass komplexe und hochaufwendige Behandlungen weiterhin finanziert werden können. Eine zu hohe Bezahlung von einzelnen Behandlungen würde dazu führen, dass perspektivisch für notwendige Behandlungen keine ausreichenden finanziellen Mittel vorhanden sind. Eine zu niedrige Bezahlung von komplexen Behandlungen hätte zur Folge, dass diese Behandlungen von Krankenhäusern gar nicht angeboten werden.

### Die PrüfvV – derzeit Vertrag zu Lasten Dritter?

In Folge der Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch das MDK-Reformgesetz waren Änderungen in der Prüfverfahrensvereinbarung

(PrüfvV) gemäß § 17c (2) KHG erforderlich. Eine neue Prüfverfahrensvereinbarung wurde zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband nach einem Schiedsstellenverfahren geschlossen. Die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) trat zum 01.01.2022 in Kraft.

Strukturelles systematisches Problem: Der MD, dessen Arbeit sie regelt, ist bislang an der Erstellung der PrüfvV nicht beteiligt. Die vom Gesetzgeber intendierte Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste ist in den Regelungen zur Prüfverfahrensvereinbarung offenbar noch nicht angekommen. Wurde das schlicht übersehen? Hier muss der Gesetzgeber unseres Erachtens nachsteuern und den MD zum Verfahrensbeteiligten der Vereinbarung machen.

### Prüfgegenstand muss allein Entscheidung des fachlich unabhängigen MD sein!

Im § 2 (4) der PrüfvV heißt es, dass die Inhalte dieser Vereinbarung für die Krankenkassen, den MD – der anders als die Kassen und die Krankenhäuser derzeit noch keine Vertragspartei ist – und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sind.

§ 6 (2), Satz 5 der PrüfvV sagt „Eine Beschränkung der MD-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht.“ Das ist gut und richtig. Die Prüfverfahrensvereinbarung stellt dann allerdings unter § 7 (4) die Begutachtung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst bei aus unabhängiger medizinischer Sicht notwendiger Erweiterung des Prüfgegenstandes unter einen Genehmigungsvorbehalt durch den Kostenträger. Dies schränkt die gutachterliche Freiheit ein – entspricht das dem Willen des Gesetzgebers und der höchstrichterlichen Rechtsprechung?



Kommt unnötige Bürokratie auf unsere Teamassistenten zu, wenn die PrüfvV im Erörterungsverfahren den MD zur Poststelle der Krankenhäuser macht?

### **Das BSG sagt: Kein Verwertungsverbot bei MD-Prüfungen!**

Aus guten Gründen hat das Bundessozialgericht schon vor Jahren festgelegt, dass es kein Verwertungsverbot bei MD-Prüfungen gibt. Dass die Krankenkasse festlegt, was der MD prüft und was nicht, ist also weder sinnvoll noch zulässig.

### **Genehmigungsvorbehalt passt nicht zur gutachtlichen Unabhängigkeit**

Doch genau das macht die PrüfvV. Hier ist eine Änderung notwendig, dass der MD eigenständig und ohne Bestätigung der Krankenkasse den Prüfgegenstand erweitern darf. Einige Kostenträger haben das Problem erkannt und erteilen dem Medizinischen Dienst die Genehmigung für die Erweiterung des Prüfauftrages quasi als Generalauftrag unmittelbar zusammen mit dem Prüfauftrag. Das ist gut.

Sachgerechter wäre allerdings eine Streichung der Wörter „nach Bestätigung durch die Krankenkasse“ in § 7 (4) PrüfvV. Das Vorhandensein eines Genehmigungsvorbehaltes ist mit einer Unabhängigkeit der Begutachtung schlicht nicht vereinbar.

### **Die Versicherten müssen vertrauen können, dass ihre Daten beim MD bleiben**

Für die Begutachtung der Krankenhausbehandlung ist es notwendig, dass der Medizinische Dienst Teile der Patientenakte einsieht und speichert. Die Gutachterinnen und Gutachter gehen mit diesen Informationen sorgfältig um. Eine Weitergabe sensibler medizinischer Daten findet nicht statt. Bei der Erstellung der Gutachten wird sehr genau darauf geachtet, dass nur Informationen an den Kostenträger gelangen, die für die Abrechnung der Krankenhausbehandlung unbedingt notwendig sind. Z. B. werden der Krankenversicherung keine genetisch bedingten Erkrankungen mitgeteilt.

In § 17c (2b) Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist festgelegt, dass der Medizinische Dienst alle erhobenen Daten, insbesondere die Teile der Patientenakte oder im Einzelfall die vollständige (!) Patientenakte an den Kostenträger übermittelt. Der MD gibt damit in großem Umfang medizinische Daten an Krankenkassen weiter. Das passt nicht zur Rolle des MD, der unabhängig von Krankenkassen und Krankenhäusern ist und sensibel mit Patientendaten umgeht.

### **Sozialdatenschutz muss beachtet werden**

Unsere Prüfungen sind Aufträge lediglich zur Rechnungsprüfung. Das Erheben und Speichern von Gesundheitsdaten geschieht ausdrücklich nur in diesem Zusammenhang. Kein Versicherter hat der Weitergabe seiner Daten zugestimmt, er weiß noch nicht einmal davon. Das widerspricht der gängigen Rechtsprechung zum Sozialdatenschutz.

### **Fazit**

§ 17c (2b) Satz 5 KHG passt, wie dargestellt, nicht in das Gefüge des SGB V und muss geändert werden. Die aktuelle Prüfverfahrensvereinbarung wirft ebenfalls Fragen auf. Sie ist mit einer unabhängigen Begutachtung im Interesse der Versichertengemeinschaft in Teilen nicht vereinbar. Sie bedarf dringend einer Überarbeitung unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die zukünftig Verfahrensbeteiligte werden sollten.

# Qualitätssicherung und Arzneimittelanalysen finden international Beachtung



Prof. Reinhard Schuster auf dem HealthInf-Kongress

Das von Prof. Reinhard Schuster, MD Nord, programmierte Portal zur fachlichen Qualitätssicherung der Gutachten (QSKV) der MD-Gemeinschaft ist inzwischen gut etabliert. Auch international findet unsere Qualitätssicherung Beachtung. In 2023 gab es dazu auf der Internationalen Konferenz zur Informatik in der Medizin (HealthInf) in Lissabon und der Tagung für Arzneimittelanalyseforschung und Arzneimittel-epidemiologie in Köln (GAA) gleich zwei Tagungsbeiträge. Auf der EuroDurg (European Drug Utilization Research Group, europäische Arzneimittel-tagung) wurde von Veränderungen in der Verordnung von Psychopharmaka vor, während und nach der Corona-Pandemie berichtet.

Der MD Nord hat in enger Abstimmung mit der Qualitätskonferenz – einer Arbeitsgruppe der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste – das

Portal zur Qualitätssicherung in der Krankenversicherung (QSKV) erstellt und hostet es seitdem. Eine durch das BMG genehmigte Richtlinie des MD Bund, die auf der Basis von der Konzeption von QSKV entwickelt wurde, regelt jetzt den Rahmen.

Über das QSKV-Portal erfolgt online eine interaktive Zusammenarbeit der Mitarbeiter aller Medizinischen Dienste. Damit ist in der Qualitätssicherung sowohl eine MD-interne und wie eine MD-übergreifende Perspektive auf anonymisierte Gutachten und deren Qualitätsprüfung möglich. So etwas gab es international vorher in dieser Form nicht.

Zum Thema wurde durch Mitarbeiter des MD Nord und des MD Nordrhein ein vielbeachteter Tagungsbeitrag auf der internationalen HealthInf-Konferenz in Lissabon gehalten: IT-Structures and Algorithms for Quality Assurance in the Medical Advisory Service Institutions in Germany. Step 2: To err is Human. Consensus-Conferences.

Auf der GAA in Köln wurde in einem gemeinsamen Beitrag vom MD Nord und dem MD Nordrhein QSKV speziell für Arzneimittelgutachten der MD bundesweit vorgestellt (<https://www.egms.de/static/de/meetings/gaa2023/23gaa20.shtml>). Als ein weiteres Thema gab es einen Vortrag zu Antibiotika-Verordnungen vor, während und nach der Pandemie. Ein zentraler Punkt ist hierbei die Vermeidung der Bildung von Resistenzen als ein Qualitätsmerkmal (<https://www.egms.de/static/de/meetings/gaa2023/23gaa25.shtml>).

In Bologna 2023 stand die Versorgung von Patienten mit Psychopharmaka im Mittelpunkt, ein Thema, das sich aus den Analysen zu den Beratungen der Krankenkassen zu Zielvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein ergeben hat. Diese Beratungen durch den Medizinischen Dienst zur Arzneimitteltherapie haben im Norden eine lange Tradition.

**Mareike Burmester verstärkt Biometrisches Zentrum**

Seit Ende 2023 unterstützt die 25-jährige Mathematikerin Mareike Burmester das Biometrische Zentrum des MD Nord. Sie arbeitet dort mit Prof. Reinhard Schuster zusammen bei der Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen und am Portal zur Qualitätssicherung auf Bundesebene (QSKV). Beide Systeme müssen kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt werden.



Mareike Burmester verstärkt Biometrisches Zentrum

**Neuer Vorsitzender des Sachverständigenrats der Ärzteschaft gewählt**

Dr. Bernhard van Treeck, wurde am 24. März 2023 zum neuen Vorsitzenden des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gewählt. Er trat damit die Nachfolge von Prof. Wolfgang Seger an, der dieses Amt viele Jahre innehatte. Schon früher hatte van Treeck an Rahmenempfehlungen der BAR mitgearbeitet.

Die BAR mit Sitz in Frankfurt ist in Trägerschaft der Reha-Leistungsträger, der KBV, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesländer und setzt sich für die trägerübergreifende Verbesserung der Teilhabe und der Rehabilitation in Deutschland ein.



Dr. Bernhard van Treeck, Vorsitzender des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und ab 01. Juli 2024 unparteiisches Mitglied des G-BA.

**MD-Arzt wird neues unparteiisches Mitglied beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**

Der Leitende Arzt des MD Nord, Dr. Bernhard van Treeck, wurde 2023 zum neuen Unparteiischen Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. Darauf hatten sich die vier Trägerorganisationen des G-BA – die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der GKV-Spitzenverband – geeinigt. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages und das Bundesministerium für Gesundheit hatten keine Einwände.

Damit tritt van Treeck zum 01. Juli 2024 die Nachfolge von Dr. Monika Lelgemann an, die in Ruhestand geht. Seine Stellvertreter werden Jörg Niemann, früher Leiter des vdek Niedersachsen, und Dr. Lili Grell, ehemalige Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 6. Prof. Josef Hecken und Karin Maag wurden in ihren Ämtern bestätigt.



## Die „Babyboomer“ kommen - und mit ihnen wachsen die Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung

### **Steigende Auftragszahlen**

Letztes Jahr lautete die Überschrift an dieser Stelle „Pflege-Antragsplus heißt neue Wege wagen“. Angesichts der seit Jahren kontinuierlich steigenden Anzahl von Leistungsanträgen und der Zahl der Pflegebedürftigen wurden damals alternative Begutachtungsformen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gefordert.

Mittlerweile erreichen die Begutachtungsaufträge im Fachbereich Einzelfallbegutachtung die Zahl von fast

200.000 im Jahr 2023. Ein Ende ist angesichts der Babyboomer-Generation, die jetzt das Rentenalter erreicht, nicht absehbar.

Es scheint mehr als an der Zeit, gesellschaftspolitisch darüber nachzudenken, wie zukünftig mit der steigenden Zahl der Leistungsempfänger umgegangen werden soll. Natürlich – zunächst bedarf es einer fachlich unabhängigen, nicht interessengeleitet kompetenten Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Hier haben die Medizinischen Dienste seit 1995 gute Ar-

beit geleistet, was sich auch an den sehr guten Ergebnissen der Versichertenbefragung ablesen lässt. Dennoch stehen wir vor großen Problemen.

### **Herausforderung Fachkräftemangel**

Der demographische Wandel in unserer Gesellschaft bedingt nicht nur steigende Zahlen von Leistungsempfängern, sondern auch eine Verringerung sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse. Es gibt immer weniger Einzahlende ins System und es herrscht ein zunehmender Fachkräftemangel. So bedeutet der seit Jahrzehnten absehbare Mangel an Pflegefachkräften nicht nur für den Medizinischen Dienst Nord, sondern auch die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und nicht zuletzt die Pflegebedürftigen selbst – die weniger von Angehörigen und noch weniger professionell Pflegenden gepflegt werden können – zunehmend für Schwierigkeiten.

Den Pflegefachkraftmangel wird man weder kurz- noch mittelfristig beseitigen können. Es stehen schlicht zu wenig Menschen zur Verfügung, die bei dem allgemeinen Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte ZUSÄTZLICH den Pflegeberuf ergreifen müssten. Fantasien, die „20.000“ gut qualifizierten Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste könnten in steuernder Funktion in die „praktische Pflege“ zurückkehren, zeigen nur die Ahnungslosigkeit derer, die sich so äußern. Die Medizinischen Dienste beschäftigen bundesweit insgesamt nur etwa 4.500 Pflegefachkräfte. Diese wiederum erstellen jährlich fast 3.000.000 Gutachten und Stellungnahmen, um die angemessenen Pflegegrade zu bestimmen. Im Vergleich zu den (je nach Quelle) geschätzt 200.000 – 500.000 bereits heute schon fehlenden Pflegefachkräften ist das ein Tropfen auf den heißen Stein. Und natürlich muss auch der Pflegegrad weiterhin sachgerecht ermittelt werden.

### **Pflegegradermittlung muss unabhängig erfolgen!**

Überlegungen des Bundesgesundheitsministeriums, Begutachtungen im Rahmen von Modellprojekten an Leistungserbringer zu delegieren, die die Pflegegradermittlung dann anhand sogenannter „Pflegegradrechner“ durchführen sollen, sind u.a. wegen der da-



Dr. Martin Schünemann.  
Leiter der Abteilung Pflegeversicherung

mit verbundenen Interessenkonflikte nicht zielführend. Die Kosten der Pflegeversicherung würden bei Eröffnung dieser Möglichkeit der Selbstbedienung absehbar steigen.

Aufzugreifen – wenn auch nicht so radikal mit „Pflegegradrechner“ – ist aber der Gedanke einer Verschlankung des Begutachtungsverfahrens.

### **Sachgerechte Verschlankung des Pflegegutachtens**

Hier bieten sich zahlreiche Möglichkeiten an, z.B., wenn schon bei Antragstellung analog zu anderen Sozialleistungen wesentliche Informationen – vorzugsweise online – mitgeteilt werden müssten, die ggf. direkt nach Prüfung ins Gutachten übernommen würden. Dies hätte nicht nur den Vorteil, gutachterliche Zeit für Datenerhebungen zu reduzieren. In vielen Fällen wäre ein Hausbesuch entbehrlich, weil vorab bereits anhand dieser Unterlagen erkennbar wäre, ob andere Begutachtungsformen sinnvoll genutzt werden könnten oder ggf. kein Leistungsanspruch besteht.

Darüber hinaus kann, nein: muss das Gutachten selbst verschlankt werden. Die Klärung versicherungsfremder Leistungen (Pflegezeiten pflegender Angehöriger) ist keine Aufgabe, die gutachtliche Ressourcen verschwenden muss. Beim Thema Prävention und Rehabilitation sind die behandelnden Ärzte der Pflegebedürftigen primäre Ansprechpartner und nicht die Pflegegutachter – auch dieser Teil sollte im Gutachten ersatzlos gestrichen werden. →

### → **Strafzahlungen abschaffen!**

Zum Thema strafzahlungsbewehrter Begutachtungsfristen: Wer glaubt eigentlich, dass Gutachten ohne Grund mit zeitlicher Verzögerung erstellt werden? Es ist neben der schieren Menge an Aufträgen eben auch der derzeit gesetzlich vorgegebene Umfang der Gutachten! Und wer zahlt eigentlich die „Verfristungsgelühren“ an die Versicherten? Ja, es sind die Pflegekassen – nur wer finanziert diese? Die gesetzlich Versicherten! Man verschiebt also das Geld der Versicherten ohne jede Steuerungswirkung. Und es kommt noch schlimmer: Statt diese sinnfreien Strafzahlungen endlich abzuschaffen, werden vom Gesetzgeber mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) neue Fristen bei der Begutachtung nach bereits erstelltem Gutachten bei Überleitung von z.B. Krankenhauspflege in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung eingeführt. Weltfremd!

### **Digitalisierung ist die Zukunft**

Zurück zur letztjährigen Überschrift „Pflege-Antragsplus heißt neue Wege wagen“: Der Fachkräftemangel reduziert die Möglichkeit weiterer Personalgewinnung. Insofern bleibt als Alternative neben der dringend notwendigen Verschlankung der Begutachtung und Digitalisierung des Antragsverfahrens das Beschreiten neuer Wege wie der sogenannten digitalen „ortsungebundenen Begutachtung“ – besser bekannt als „Video- und Telefonbegutachtung“. Video- und Telefonbegutachtung spart Ressourcen.

Diese Begutachtungen mit video- oder telefontestützter Informationsgewinnung sind eine niedrigschwellige Begutachtungsform, die umweltschonend Fahrzeiten spart und Ausfälle – z.B. durch Erkrankung des Antragstellers leichter kompensieren lässt. Auch Angehörige können besser in die Informationsgewinnung eingebunden werden. Schaut man in das PUEG, erkennt man, dass zwar eine derartige Begutachtungsform grundsätzlich möglich sein soll. Zugleich lassen die gesetzlichen Regelungen erkennen, wie wenig die politisch Verantwortlichen davon überzeugt sind. Die Politik will das Instrument der Telefonbegutachtung, das sich in der Pandemie bewährt hat, unverändert nur in Ausnahmefällen zulassen. Warum eigentlich?

Sicher eine Stufe höher angesiedelt sind videogestützte Begutachtungen, auch hier scheint – neben den selbstverständlich zu lösenden technischen und logistischen Voraussetzungen – Überzeugungskraft erforderlich. Alle Entwicklungen im Bereich Gesundheit geht in Richtung Digitalisierung, aber in der Begutachtung werden diese Instrumente nicht gefördert, sondern eher behindert? Immerhin – im Jahr 2024 wird eine wissenschaftlich begleitete Studie zur videogestützte Begutachtung erfolgen.

### **Freie Wahl der Begutachtungsart ist Teil der gutachterlichen Freiheit**

Es ist Teil des gutachterlichen Selbstverständnisses, die geeignete Form der Begutachtung frei zu wählen. Dieser Grundsatz hat sich im Bereich der Begutachtungen mit Fragestellungen des SGB V bewährt. Nur in der Pflegebegutachtung darf die Gutachterin bzw. der Gutachter das nicht? Wo ist sie hier, die Gleichstellung und Stärke der Pflege? Traut man den qualifizierten Pflegefachkräften der Medizinischen Dienste nicht zu, was für ärztliche Gutachterinnen und Gutachter selbstverständlich ist: eigenständige sachgerechte Entscheidungen?

Es wird allerhöchste Zeit, die systematisch bestehenden Probleme der Pflegeversicherung und deren Finanzierung ernsthaft anzugehen. Jetzt!



# We want you – wie der MD Nord neue Mitarbeitende in der Einzelfallbegutachtung gewinnt!

Der Fachkräftemangel stellt eine seit Jahren zunehmende Herausforderung dar, der sich auch der Medizinische Dienst Nord stellen muss. Insbesondere Pflegefachkräfte sind begehrt und der Dienst konkurriert mit Anbietern im Gesundheitssektor, die in den letzten Jahren die Vergütungen für diese Fachkräfte deutlich angehoben haben.

## **Gutachter beim Medizinischen Dienst – eine neue Herausforderung**

Dabei lohnt sich der Wechsel zum MD nicht nur wegen der geregelten Arbeitszeiten und den freien Wochenenden und Feiertagen.

Die Aufgaben einer Einzelfallgutachterin bzw. eines Einzelfallgutachters zur Beurteilung aller mit Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang stehenden Fragen sind eine spannende, abwechslungsreiche und herausfordernde Aufgabe. Der Rollenwechsel von der „Pflege am Bett“ zur Gutachterin bzw. zum Gutachter bedeutet das Erlernen eines neuen Berufs und kann wesentlicher Grund sein, sich für diese Aufgabe zu interessieren. Es geht am Ende darum, die bisher erworbenen fachlichen Fertigkeiten in ein neues Tätigkeitsfeld zu transferieren und somit zu einem wichtigen Baustein bei der Sicherstellung einer gerechten Verteilung von Pflegeleistungen zu werden.

## **Passen wir zusammen? Finden wir es heraus!**

Dem wachsenden Bedarf an Pflegekräften in der Begutachtung begegnet der Medizinische Dienst Nord mit einem Assessment Center, welches Bewerberinnen und Bewerbern einen tieferen Einblick an die Erwartungen und Anforderungen an die Gutachterrolle bietet. Dieses Verfahren zur Mitarbeitergewinnung wurde wesentlich durch die beiden Teamleitungen der Abteilung Pflegeversicherung in Hamburg und Itzehoe Kerstin Schütte und Nicole Paeschke entwickelt.

„Das Assessment-Center bietet uns die Möglichkeit, mehr über die Motivation, Fachlichkeit und Belastbar-



Teamleitungen Kerstin Schütte und Nicole Paeschke – Entwicklerinnen des Assessmenttools § 18 SGB XI

keit sowie die sozialen Kompetenzen der Bewerbenden zu erfahren“ erklärt Kerstin Schütte. „Zudem können wir uns als Vertreterinnen der Abteilung Pflegeversicherung über dieses mehrstündige Verfahren mit einem EDV-gestützten Test, individuellen Vorstellungen und Rollenspielen von den Bewerbenden einen besseren und vor allem einen Eindruck unter verschiedenen Bedingungen verschaffen“ ergänzt Nicole Paeschke. „Wichtig ist zu wissen, ob man zueinander passt – das gilt für beide Seiten“.

Erste Auswertungen des Assessment Centers stimmen positiv, auch in einem schwierigen „Arbeitsmarkt“ die besten Pflegefachkräfte anzuwerben. Natürlich ist dennoch „Luft nach oben“: gerade bei der gesetzlich vorgegebenen Qualifikation „Kinderkrankenschwester/-pfleger“ fehlt es noch an Bewerbungen.

## **Einarbeitung mit hohem Stellenwert**

Nach dem Assessment Center ist vor der Qualifikation. Hier hat die Abteilung Pflegeversicherung ein ausgefeiltes Einarbeitungskonzept. Wir wollen, dass alle gut vorbereitet ihre neue Aufgabe wahrnehmen.

Initiativbewerbungen sind übrigens jederzeit möglich und erwünscht.

# Pflegebegutachtung von Kindern – eine verantwortungsvolle Tätigkeit beim Medizinischen Dienst Nord

## **Pflegebedürftigkeit – nicht nur ein Problem des Alters**

Von jüngeren Menschen wird das Thema Pflegebedürftigkeit weitgehend ausgeblendet, denn üblicherweise tritt Pflegebedürftigkeit erst im höheren Lebensalter ein. Aber bundesweit sind immerhin mehr als 214.000 Kinder unter 15 Jahren pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021). Sie werden fast alle zu Hause versorgt.

Selbstverständlich müssen auch hier mögliche Ansprüche auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung geprüft werden. Für die gesetzlich versicherten Personen übernehmen die Medizinischen Dienste diese Aufgabe. Die Begutachtungen werden durch hierfür besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter durchgeführt – in der Regel Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger.

## **Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern**

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist immer ein belastender Umstand – besonders bei Kindern. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes werden deswegen zusätzlich intensiv hinsichtlich der nötigen fachlichen und sozialen Kompetenz auf die Herausforderungen dieser besonders sensiblen Aufgabe der Kinderbegutachtung vorbereitet.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit folgt den allgemeinen Grundsätzen der Begutachtung gemäß der verbindlichen Begutachtungsrichtlinien zur Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI, einsehbar auf der Internetseite des MD Bund. Durch den Begutachtenden ist dabei der Grad der Selbstständigkeit und damit verbunden der über das Ausmaß des Bedarfs eines nicht beeinträchtigten Kindes hinausgehenden Unterstützungsbedarf des Kindes zu ermitteln.

## **Entwicklungsstand muss berücksichtigt werden**

Weil eine richtlinienkonforme Beurteilung des Pflegegrades sich dadurch nicht immer mit den Erwartungen der betroffenen Eltern deckt, kann bei manchen Eltern der Eindruck entstehen, die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste würden den Pflegeaufwand der Kinder nicht angemessen beurteilen.

Säuglinge zum Beispiel sind immer zu 100 % auf Unterstützung angewiesen – hier besteht nur äußerst selten ein Anspruch auf Pflegeleistungen. Ob ein Kind z.B. eine Trisomie 21 hat, wirkt sich in diesem Alter bezüglich des Anspruchs auf Pflegeleistungen noch selten aus. In der weiteren Entwicklung mit zunehmendem Alter des Kindes kann sich aber der Unterstützungsbedarf abweichend entwickeln. Das Kind mit der Trisomie 21 benötigt dann mehr Unterstützung als ein gleichaltriges Kind ohne diese Beeinträchtigung und es entsteht Anspruch auf eine Pflegeleistung. Später wiederum kann sich auch dieses Kind selbst anziehen, waschen und essen und der Anspruch auf Pflegeleistungen kann entsprechend wieder entfallen oder zumindest kleiner werden.

Die Variabilität aller Entwicklungsschritte der normalen kindlichen Entwicklung ist ein wesentliches, immer zu berücksichtigendes Merkmal der Begutachtung von Kindern. Gerade das macht dieses Begutachtungsfeld so spannend und anspruchsvoll.

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes arbeiten fachlich unabhängig, natürlich unter Beachtung der Begutachtungsrichtlinien. Darüber hinaus sind sie ausschließlich ihrer Fachlichkeit und ihrem Gewissen unterworfen.



Diana Ehlers ist ausgebildete Kinderkrankenschwester. Seit 2009 arbeitet sie als Gutachterin beim Medizinischen Dienst Nord. Seit 2019 leitet sie zusammen mit zwei Kollegen die Teams der Pflege-Einzelfallbegutachtung in Lübeck, Kiel und Flensburg.

### Ein Beispiel zur Kinderbegutachtung aus ihrer Praxis:

„Julian (Name geändert) wurde nach einer belasteten Schwangerschaft bei Drogenabhängigkeit der Mutter mit Komplikationen unter der Geburt in der 38. Schwangerschaftswoche mit einem Gewicht von 2300 g spontan geboren. Zunächst erfolgte die Behandlung des deutlich unterentwickelten Kindes in der Kinderklinik aufgrund eines Drogenentzugsyndroms. Anschließend wurde das Kind in Obhut des zuständigen Jugendamtes genommen.

Die persönliche Begutachtung von Julian erfolgt bei dessen Großmutter, bei der er seit der Krankenhausentlassung lebt. Dabei zeigen sich deutliche Entwicklungsverzögerungen bei dem zwischenzeitlich zweieinhalbjährigen Jungen. Die Sprachentwicklung ist verzögert, er spricht nur wenige Worte in deutlich verwaschener Artikulation.

Zusätzlich bestehen Verhaltensauffälligkeiten mit motorischer Unruhe und Störung der Impulskontrolle. Die Nahrungsaufnahme erfolgt selbstständig, allerdings überwiegend mit den Fingern. Die Großmutter berichtet, dass alle Pflegehandlungen von ihr vollständig übernommen werden müssen. Sie wäscht ihn, wickelt ihn, kleidet ihn. Da der Junge den Sinn von Handlungen oft nicht versteht, fehlt es an aktiver Mithilfe. Wiederholt zeigt sich Abwehrverhalten auch beim Wickeln. Nachts schläft er unruhig und muss immer wieder beruhigt werden. Eine Kontinenz wurde bisher nicht erreicht, Julian muss immer noch gewickelt werden.

Ein Platz in einem integrativen Kindergarten ist beantragt. Einmal pro Woche erhält Julian zu Hause Frühförderung, darüber hinaus erfolgen regelmäßige Vorstellungen in einem sozialpädiatrischen Zentrum. Kontakte zur leiblichen Mutter alle 4 Wochen werden durch das Jugendamt beaufsichtigt.

Dieses Beispiel beschreibt ein typisches Geflecht aus Krankheitsfolgen und Behinderung in Verbindung mit schwierigen sozialen Gegebenheiten. Gutachterinnen und Gutachter müssen diese zahlreichen Facetten erfassen und bewerten. Das macht ihre Aufgabe einerseits fachlich und emotional herausfordernd, andererseits aber interessant und abwechslungsreich. Gutachterinnen und Gutachter müssen sich mehrfach täglich auf unterschiedlichste Situationen und Krankheitsbilder einlassen und dann den sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarf ableiten.

Daraus wird dann der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt und darüber hinaus Aussagen zu den möglicherweise erforderlichen Präventions- und ggf. Rehabilitationsempfehlungen, zur Hilfsmittelversorgung und nötigenfalls Anpassungen des Wohnumfeldes getroffen. Damit legt der Gutachter die Basis dafür, dass die Versicherten bedarfsgerecht mit Pflegeleistungen versorgt werden – eine sinnstiftende Tätigkeit“.

# Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen – der Weg zur Normalität

In den vorangegangenen drei Jahren der Corona-Pandemie ging es zentral um den Schutz der gesundheitlich besonders gefährdeten Pflegebedürftigen vor Infektionen. Mit dem Ende der Pandemie konnte der Fachbereich Qualitätsprüfungen und Beratung von Pflegeeinrichtungen endlich wieder in Richtung Normalität seiner Prüftätigkeit zurückkehren. Der Schutz vor möglichen Qualitätsproblemen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen trat wieder in den Vordergrund.

## **Das Virus ist nicht verschwunden**

Weiterhin unverändert lautet aber die Vorgabe, dass bei den am Vortag anzukündigen Regelprüfungen von den Pflegeeinrichtungen Informationen über die aktuelle Situation bezüglich vorliegender Infektionen mit dem SARS-COV-2 erbeten werden. Auch wenn in der öffentlichen Wahrnehmung das Thema „Corona“ immer weiter in den Hintergrund rückt, bleibt es in Pflegeeinrichtungen weiterhin präsent. Weiterhin gibt es zum Beispiel personelle Engpässe durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Corona.

## **Versorgung von Pflegebedürftigen besitzt Priorität**

Da die Versorgung der Pflegebedürftigen selbstverständlich auch aus Sicht des MD-Nord Priorität besitzt, wurden in solchen Fällen nach Prüfung des Einzelfalls bereits angemeldete Prüfungen des Medizinischen Dienstes nötigenfalls verschoben. Die erforderliche längerfristige Planung von Qualitätsprüfungen war vor diesem Hintergrund dann leider nur bedingt möglich und erforderte für die Mitarbeitenden des Fachbereichs ein hohes Maß an Flexibilität.

Trotz solcher Herausforderungen konnten Qualitätsprüfungen im Jahr 2023 insgesamt in 1040 Pflegeeinrichtungen beziehungsweise ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden.

## **Keine Verschlechterung der Pflegequalität feststellbar**

Die Ergebnisse der Prüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zeichneten ein mit den Jahren vor der Corona Pandemie vergleichbares Bild. Wesentliche Ergebnismängel wurden in etwa 20% der geprüf-





Elise Coners,  
Leiterin des  
Fachbereichs  
§ 114 SGB XI

ten Einrichtungen festgestellt. Im Einzelfall handelte es sich um in der Einrichtung entstandene Druckgeschwüre oder Körpergewichtsverluste mit der Entstehung eines Untergewichtes der Pflegebedürftigen.

Bei den ambulanten Prüfungen zeigen sich hingegen bei rund 30 % der geprüften Dienste Hinweise auf Unregelmäßigkeit in der Abrechnung von Leistungen. Das ist ein Hinweis darauf, wie wichtig nicht nur ein Blick auf die Qualität der Leistungen sondern auch auf die Korrektheit der Abrechnungen von unabhängiger Seite ist.

### **Qualitätsprüfungen – Fachwissen und Flexibilität sind gefragt**

Pflegebedürftige Personen können sowohl vollstationär, teilstationär oder ambulant versorgt werden. Die Gutachterinnen und Gutachter haben unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsformen spezielle Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) mit den einschlägigen spezifischen Ausgestaltungen anzuwenden. Sie haben neben den unterschiedliche Personengruppen, der Anzahl der einzubeziehenden pflegebedürftige Personen auch unterschiedliche vertragliche Regelungen zu berücksichtigen.

### **Neue Richtlinien und neue Technik**

Die Pandemie, nahezu jährliche Anpassungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien und der Start der Branchensoftware MDConnect haben in den vergangenen Jahren die Arbeit des Fachbereichs wesentlich geprägt. Im Jahr 2023 startete Einsatz von MDConnect

im sogenannten 114er-Modul. Hierzu mussten die Mitarbeitenden intensiv geschult werden. Für das Jahr 2024 ist von einem flächendeckenden Einsatz der EDV-Anwendung auszugehen.

Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) hat weitere Anforderungen an die Qualitätsprüfungen im Bereich häusliche Krankenpflege gestellt. Im Zuge dessen wurden umfassende Änderungen der dazugehörigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR-HKP) erforderlich. Wie auch in der Vergangenheit war der Medizinische Dienst Nord mit seiner Expertise aktiv an der Erstellung und Bearbeitung dieser Qualitätsprüfungs-Richtlinien beteiligt.

Mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (QPR-HKP und AKI) werden auch im Jahr 2024 neue bzw. abgepasste Prüfvorgaben umzusetzen sein. Dabei werden bei der Umsetzung erst Erfahrungen gesammelt werden müssen, noch ist unklar, wie viele Pflegeeinrichtungen nach diesen Richtlinien zu prüfen sind und welchen Aufwand dies mit sich bringt.

### **Unterstützung des Fachbereichs**

#### **Einzelfallbegutachtung**

Um den Auftragszuwachs im Fachbereich Einzelfallbegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu bewältigen, erfolgte seit August 2023 regelmäßig der Einsatz von Mitarbeitern des Fachbereichs in der Einzelfallbegutachtung. Dies erforderte ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft, welches Anerkennung verdient.

#### **Fazit**

Die Notwendigkeit für Veränderungen und Flexibilität sieht der Fachbereich. Gleichwohl ist ein wachsendes Bedürfnis nach Kontinuität wahrnehmbar. Befragt nach Wünschen für das neue Jahr ist von den Mitarbeitenden häufiger zu hören: „Mal wieder ein Jahr ohne Richtlinienänderung, einmal wieder ein Jahr ohne wesentliche Veränderung der Arbeitsprozesse“.



## Straffungsoperationen nach Gewichtsabnahme? „Die Gefahren blenden viele einfach aus“

**Fast jeder fünfte Erwachsene in Deutschland gilt als adipös (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>). Wer es geschafft hat, drastisch abzunehmen, beantragt oft danach bei seiner Krankenkasse die Kostenübernahme für Straffungsoperationen der Haut. Die Krankenkassen beauftragen dann den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung.**

„Mein Arzt hat´s empfohlen, der Medizinische Dienst aber nicht befürwortet – wie kann das sein?“ fragen sich Betroffene häufig, wenn die gewünschten Ein-

griffe von den Krankenkassen mit Verweis auf die sozialmedizinische Beurteilung des Medizinischen Dienstes nicht übernommen werden. Der MD Nord begutachtete in 2023 insgesamt 3680 Fälle dieser Art. Gutachter wie der Sozialmediziner Dr. Nils-Ole Wendler aus der Abteilung ambulante Versorgung treffen ihre Entscheidungen dabei nicht subjektiv, sondern nach klaren Kriterien und Vorgaben, die den Versicherten und auch manch behandelndem Arzt aber nicht unbedingt bekannt sind.

## Rechtlicher Rahmen

Versicherte haben eine oft langwierige Abnehmphase mit erheblichem Gewichtsverlust hinter sich und wollen nun überschüssige Hautlappen und Fettschürzen operativ straffen lassen. Die Rechtsgrundlagen für eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sehen dafür verbindliche Bedingungen vor, damit eine Kostenübernahme als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist: Es muss ein krankhafter Zustand vorliegen oder eine Entstellung. „Beides ist durch die Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit eng definiert“, betont Dr. Wendler.

Einen alleinigen psychischen Leidensdruck schließt das Bundessozialgericht (BSG) als Grund aus. „Dennoch wird dies oft als Begründung vorgebracht“, berichtet er aus der täglichen Praxis. „Ein sogenannter Krankheitswert oder eine Entstellung gemäß der BSG-Definition muss gutachterlich objektiv überprüfbar und reproduzierbar, also schlüssig und plausibel nachvollziehbar sein.“ Ansonsten darf der Medizinische Dienst die medizinische Notwendigkeit nicht bestätigen, die Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen.

Für ihre Begutachtung nutzen die Medizinischen Dienste bundesweit gültige Begutachtungsleitfäden, die sich an der aktuellen Rechtsprechung der Sozialgerichte und dem anerkannten Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse orientieren. Ein neuer Begutachtungsleitfaden „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“, an dem Dr. Wendler mitarbeitet, soll im Laufe des Jahres 2024 veröffentlicht werden.

## Mit oder ohne Krankheitswert?

Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse zahlt, ist das Vorliegen eines krankhaften Zustands. Mit „krankhaft“ ist hier zum Beispiel gemeint: Die überschüssige Haut, die nach einem erheblichen Gewichtsverlust von zum Beispiel 50 oder mehr Kilogramm am Körper herunterhängen kann, muss eine „krankhafte Funktionsbehinderung“ auslösen. „Das passiert zum Beispiel, wenn eine Fettschürze am Bauch weit bis auf die Oberschenkel herabhängt und

man sich dadurch nicht mehr richtig bewegen kann“, erklärt Dr. Wendler.

Hiervon abzugrenzen sind sogenannte „Befindlichkeitsstörungen“ oder kosmetische Wünsche ohne Krankheitswert, wie z. B. ein alleiniges Berühren überschüssiger Haut in den Oberschenkelinnenseiten. Viele Fälle, in denen eine plastische Operation gewünscht werde, würden den von der Rechtsprechung geforderten Krankheitswert nicht erfüllen oder keine OP-Indikation begründen, da die Funktionsstörungen vorrangig nicht operativ, sondern konservativ zu behandeln seien. Beispielsweise müsse entzündete Haut unter Hautlappen zuerst längere Zeit vom Hautarzt erfolglos behandelt worden sein, bevor ein operativer Eingriff von der Kasse bezahlt werde.

Auch was „entstellend“ ist, werten Betroffene subjektiv oft anders als die Sozialgerichte. Rechtlich gilt, dass die körperliche Auffälligkeit in einer solchen Ausprägung vorhanden sein muss, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi „im Vorbeigehen“ bemerkbar macht und regelmäßig zur Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt, also zum Gaffen reizt und Betroffene bei ihrer Teilhabe am Leben einschränken würde.

## » Straffungsoperationen sind keine minimalinvasiven Eingriffe ... «

„Mit alltäglichen Situationen ist in der Regel der bekleidete Zustand gemeint, nicht eine besondere Situation, wie am FFK-Strand“, schränkt Dr. Wendler ein. „Daher können wir häufig die medizinische Indikation zur gewünschten Ganzkörper-Straffung in solchen Fällen nicht bestätigen.“

## Risiken werden oft ausgeblendet

In vielen Jahren der Begutachtung ist dem erfahrenen Sozialmediziner eines besonders aufgefallen – dass Betroffene bei ihrem Wunsch nach einer OP oft die operativen Risiken ausblenden. Er warnt: „Straffungsoperationen sind keine minimalinvasiven Eingriffe wie beispielsweise Arthroskopien, sondern sind oft verbunden mit langen Hautschnitten von über einem halben Meter Länge und somit großen Wundflächen. →

→ Eine Garantie auf Erfolg gibt es nicht. Die Gefahr von Komplikationen, insbesondere von Infektionen und Wundheilungsstörungen und deren Folgen wie unschöne Narben und Schlimmeres blenden viele einfach aus.“

### **Operation als Selbstzahlerleistung**

Wenn jemand dennoch unbedingt operiert werden will, ist eine ästhetisch-plastische Operation zur Änderung des äußerlichen körperlichen Erscheinungsbildes als Selbstzahlerleistung immer möglich, sofern ärztlicherseits keine Kontraindikationen festgestellt werden. Aber: Wenn es jedoch nach einer solchen Operation zu Komplikationen kommt, wie z. B. einer operativ behandlungsbedürftigen Wundheilungsstörung, ist dies oft mit weiteren Kosten für die betroffenen Patienten verbunden.

Dr. Wendler dazu: „Vielen Betroffenen ist nicht bewusst, dass in einer solchen Konstellation das Sozialgesetzbuch V im Paragraphen 52 eine Leistungsbeschränkung vorsieht. Die Krankenkasse hat laut diesem Gesetz die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern. Diese gesetzlich verankerte Leistungsbeschränkung gilt übrigens auch für Krankheiten, die sich Versicherte durch ein Piercing oder eine Tätowierung zugezogen haben.“ Dr. Wendler empfiehlt, diese Problematik und mögliche Folgekosten im Vorfeld einer geplanten ästhetisch-plastischen Operation mit dem Operateur zu besprechen. Um sich gegen das finanzielle Restrisiko zu schützen, besteht zudem die Möglichkeit eine Folgekostenversicherung abzuschließen.

### **Fazit**

Zusammenfassend sind Straffungsoperationen keine kleinen Eingriffe. Nur im Einzelfall zahlt die gesetzliche Krankenkasse. Versicherte sollten sich um Vorfeld intensiv Gedanken machen zu Nutzen und Risiken, bevor sie eine Entscheidung treffen.



Dr. Nils-Ole Wendler, Teamleiter Abteilung Ambulante Versorgung

**PD Dr. Psathakis übernimmt die Abteilung Ambulante Versorgung**

Bedingt durch die berufliche Neuorientierung von Frau Dr. Mörchen musste diese Position zum 30. September 2023 neu besetzt werden. Ihre Nachfolge hat Herr Privatdozent Dr. Dimitrios Psathakis, ein langjährig erfahrener und auch auf Bundesebene geschätzter Kollege übernommen.

Herr Dr. Psathakis ist Facharzt für Chirurgie, besitzt die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement und zudem einen MBA im Fachbereich Wirtschaft- und Sozialwissenschaften der Universität Lüneburg. Nach seiner klinischen Ausbildung an der Universitätsklinik Lübeck kam PD Dr. Psathakis bereits 2000 zum Medizinischen Dienst. Er kennt die sozialmedizinischen Begutachtungsbereiche der Ambulanten Abteilung wie Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Hilfsmittel und Behandlungsfehler aus langjähriger eigener gutachterlicher Erfahrung.



PD Dr. Dimitrios Psathakis,  
Leiter Abteilung Ambulante  
Versorgung

**Leitungswechsel im Fachbereich plastische und bariatrische Operationen**

Zum Jahreswechsel 2023/2024 übernahm Dr. Christina Krause die Aufgaben von Dr. Nils-Ole Wendler im Fachbereich plastische und bariatrische Operationen. Frau Dr. Krause ist Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie und besitzt zusätzlich einen Master of Health Business Administration. Sie bringt durch ihre chirurgische Ausbildung im Bereich der plastischen Chirurgie eine hohe fachliche Expertise mit.

Seit 2015 ist sie für den MD Nord tätig. Neben den allgemeinen Begutachtungsanlässen Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit ist Frau Dr. Krause bereits von Beginn an mit der Begutachtung von plastischen und bariatrischen Fragestellungen beauftragt worden. Ebenso hat sie in der Bearbeitung von Anträgen bei Transsexualität langjährige Erfahrungen.



Dr. Christina Krause, Leiterin  
Fachbereich plastische und  
bariatrische Operationen

**Neue Leitung des Fachbereichs Behandlungsfehler**

Durch den Wechsel von PD Psathakis in die Leitung der Abteilung Ambulante Versorgung, musste die Leitung des Fachbereichs Behandlungsfehler/Ersatzansprüche neu besetzt werden. Zum 01. November 2023 hat mit Frau Dr. Silke Zellmer-Stoll eine erfahrene Gutachterin des MD Nord seine Nachfolge angetreten.

Während ihrer Tätigkeit als Chirurgin im Allgemeinen Krankenhaus Eilbek, heute Schön Klinik Hamburg Eilbek, hat sie berufsbegleitend ein Studium zur Managerin im Sozial- und Gesundheitsmanagement absolviert. Weitere Qualifikationen sind Sozialmedizin, Verkehrsmedizinische Begutachtung, Psychotherapie und Ernährungsmedizin. Zum Medizinischen Dienst wechselte sie 2003. Dort begutachtete sie ein breites Feld von Anlässen, unter anderem Behandlungsfehler. Zum Zeitpunkt ihrer Berufung zur Fachbereichsleitung war sie zudem Personalratsvorsitzende des MD Nord.



Dr. Silke Zellmer-Stoll

# LifeVest – wichtiges Hilfsmittel mit begrenztem Einsatzgebiet

Der plötzliche Herztod (PHT) ist – trotz Senkung der allgemeinen Sterblichkeit durch Herz-Kreislaufkrankungen in den letzten Jahren – mit ca. 100.000 Fällen pro Jahr in Deutschland weiterhin ein großes Problem. Bei Personen mit Herzkrankheiten und einer deutlichen Einschränkung der Herzfunktion ist bei zusätzlichen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit eines plötzlichen Herztodes erhöht.

Werden diese Personen mit einem implantierbaren Defibrillator (ICD) versorgt, senkt dies das Risiko. Die ICD-Langzeittherapie ist allerdings mit möglichen Komplikationen, Lebensqualitätseinschränkungen und hohen Kosten assoziiert, so dass die Indikation für eine solche Therapie sehr genau geprüft werden muss. Die sogenannte Defibrillatorweste (LifeVest) kann hier als Brückentherapie bis zur Entscheidung über eine ggf. dauerhafte Implantation eines ICD zum Einsatz kommen.

Beim MD Nord begutachten Spezialisten wie Dr. Frank Noack, Herzchirurg und Fachbereichsleiter Hilfsmittel, diesen Bereich. Dr. Noack stellt im Folgenden die Grundlagen der Begutachtung dar:

## Was leistet die LifeVest?

„Die LifeVest kann Herzrhythmusstörungen erkennen und gezielt lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen durch eine elektrische Kardioversion therapieren. Sie besteht aus einer tragbaren Weste mit vier Erkennungs- sowie drei Defibrillationselektroden und wiegt ca. 600 g. Die LifeVest wird mit zwei Akkus ausgeliefert, die jeweils mindestens über eine 24-h-Kapazität verfügen, sodass ein kontinuierliches Tragen der Weste möglich ist.

Nach Erkennen einer behandlungsbedürftigen Herzrhythmusstörung wird der Patient durch Vibration der Defibrillationselektroden und durch akustische Warnungen darauf hingewiesen. In dieser Phase kann der Patient selber entscheiden, ob die LifeVest elektri-

sche Impulse abgeben soll. Unterbindet der Patient nach Aufforderung des Gerätes durch Drücken von Tasten diese Alarmsequenz nicht, geht das Gerät von einem bewusstlosen Patienten aus und setzt elektrische Impulse zur Unterbrechung der Herzrhythmusstörung. Parallel informiert die LifeVest ggf. umstehende Personen durch Sprachnachrichten zur Notfallsituation und fordert auf, den Notarzt zu rufen. Gleichzeitig wird der behandelnde Arzt per Internet (LifeVest-Network®) informiert.

Die Compliance der Patienten ist wesentlich für die Effektivität der LifeVest-Versorgung. Gemäß der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ist eine intensive Aufklärung und Schulung des Patienten erforderlich. Online kann der behandelnde Arzt dann jederzeit über einen passwortgeschützten Zugang auf die Daten seiner Patienten jederzeit zugreifen. Unter anderem kann er sehen, ob der Patient die LifeVest täglich trägt.

## LifeVest nur als Brückentherapie

Die LifeVest ist aber immer nur Brückentechnologie bei vorübergehender Kontraindikation für die Implantation eines ICD beispielsweise bei Infektion wie z. B. Abszessen, Sepsis, Endokarditis, einer Elektrodeninfektion, bei einer laufenden oder geplanten Strahlen- oder Chemotherapie sowie einer relevanten Gerinnungs- oder Blutbildungsstörung. Für solche Indikationen ist die LifeVest seit 2005 im für die Begutachtung verbindlichen Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes gelistet.

## G-BA erweitert den Indikationsbereich

Wichtig für die Begutachtung ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18.04.2019. Dort wird festgestellt, dass es sich bei der Verordnung einer LifeVest außerhalb der bisher im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Indikationen nicht um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt. Damit waren alle Indikationen, die im Be-

reich der Primärprophylaxe gestellt wurden gemeint. In den tragenden Gründen heißt es: „Aufgrund der krankheitsbedingt erhöhten Gefahr für einen durch Arrhythmien ausgelösten PHT ist bei diesen Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Überwachung der Herzaktivität und bei Auftreten entsprechender Arrhythmien eine Defibrillation angezeigt. Im Moment der Feststellung der Diagnose besteht jedoch formal (noch) keine Indikation für eine unmittelbare Implantation eines ICD, welcher dies dauerhaft ermöglichen würde“.

#### **Hilfsmittelverzeichnis musste angepasst werden**

Daraufhin wurde am 03.07.2019 das Hilfsmittelverzeichnis durch den GKV-SV um einige Indikationen erweitert. Für die Begutachtung bedeutete der G-BA-Beschluss und die Änderung des Hilfsmittelverzeichnisses, dass weitere Indikationen, v.a. im Bereich der Primärprophylaxe, die Leistungspflicht der GKV begründen.

#### **Leitlinien: Wenig Evidenz**

Das Einsatzgebiet der LifeVest ist aber weiterhin begrenzt. Die nationalen und internationalen Leitlinien geben bisher keine generelle Empfehlung für den Einsatz, da aktuell kein Nutzenbeleg für einen Einsatz der LifeVest vorliegt. Die einzige aktuell verfügbare RCT (Vest Studie) zeigte keine Überlegenheit eines zusätzlichen Einsatzes der LifeVest bei Patienten nach Myokardinfarkt. Es sind weitere Studien erforderlich zur erweiterten Anwendung der LifeVest.

Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund einer wirtschaftlichen Versorgung ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bei Anträgen auf Versorgung mit einer LifeVest sinnvoll. Zunächst

muss das Risiko für Herzrhythmusstörungen eingeschätzt werden und die Patient compliance. Die Leitlinien empfehlen initial eine Pharmakotherapie von drei Monaten zur Behandlung der Herzinsuffizienz. Erst wenn das nicht ausreicht, soll die Notwendigkeit der ICD Implantation geprüft werden.

#### **Sozialmedizin muss immer auf den Einzelfall schauen**

In der sozialmedizinischen Begutachtung muss immer der Einzelfall gesehen werden. Bei einem hohen Risiko für einen plötzlichen Herztod wäre eine Kontrolluntersuchung erst nach drei Monaten z.B. nicht vertretbar. Seitens der Fachgesellschaften wird das auch nicht empfohlen, zumal meist Anpassungen der medikamentösen Herzinsuffizienztherapie notwendig sind. Die nationale Versorgungsleitlinie „chronische Herzinsuffizienz“, die auch für die Begutachtung eine Richtschnur ist, empfiehlt als orientierenden Zeitpunkt für eine Re-Evaluation des Therapieeffektes – bei Fortbestehen der Symptomatik – sechs Wochen. LifeVest-Verordnungen erfolgen z. T. aber von vornherein für 3 Monate, was nicht sinnvoll ist. Bei Behandlungskosten von ca. 3000 € pro Monat entstehen so erhebliche und medizinisch nicht begründbare Kosten für die Solidargemeinschaft.

Ein Tragen der LifeVest über einen Zeitraum von drei Monaten hinaus ist ebenfalls in der Regel nicht notwendig, da hier gemäß der Leitlinienempfehlungen bereits die Entscheidung über eine ICD Therapie gefallen sein sollte, und daher die LifeVest Therapie beendet werden kann. Es gibt nur wenige Konstellationen, bei denen eine LifeVest Therapie länger als drei Monate indiziert ist.

---

## **LifeVest - Begutachtungsergebnisse MD Nord 2023**

Im Medizinischen Dienst Nord wurden 2023 bei 984 Versicherten LifeVest-Versorgungen begutachtet. Bei insgesamt 92 % der Versorgungen, d.h. bei 905 Versicherten wurde die Indikation bestätigt und die Versorgung empfohlen. Allerdings war bei 431 (47,6 %) Versicherten die Versorgungsempfehlung nicht für den gesamten Zeitraum gegeben. Bei 79 (8 %) Versicherten wurde die Indikation für eine LifeVest-Versorgung nicht bestätigt.



## Cannabinoide als Medizin

Vor fast sechs Jahren gelangte Cannabis als damals neu verordnungsfähiges Fertig- und Rezepturarzneimittel gemäß § 31 Absatz 6 SGB V in den gutachterlichen Alltag des Medizinischen Dienstes.

Nach einer anfänglich erwartungsgemäß hohen Zahl von Anträgen auf Kostenübernahme, die im Jahr 2018 bis zu 250 Anträge pro Monat erreichte, hat sich das Antragsverfahren mittlerweile eingespielt. Aktuell gehen beim MD Nord etwa 100 bis 150 Anträge pro Monat ein, die von speziell geschulten Gutachterinnen und Gutachtern bearbeitet werden. Die aktuelle Situation beim MD Nord inkl. der wesentlichen Änderungen seit 2017 und was sich durch die im Rahmen des Cannabisgesetz (CanG) vorgesehene Legalisierung ändern würde, wird in diesem Artikel beschrieben.

Die im Jahr 2017 vorherrschende, in weiten Teilen nicht nachvollziehbare Euphorie – insbesondere auch

das therapeutische Potenzial von Cannabinoiden betreffend – ist mittlerweile einer ernüchterten Betrachtung gewichen. Aktuelle Beobachtungen im MD Nord zeigen, dass der Anteil von Anträgen auf Kostenübernahme einer Behandlung mit Cannabisblüten seit 2017 bis zum heutigen Zeitpunkt um mehr als die Hälfte – insbesondere zugunsten von standardisierten Vollspektrumextrakten – zurückgegangen ist.

### **Antragsqualität besser geworden**

Die Qualität der Anträge auf eine Kostenübernahme von Cannabis seitens der verordnenden Ärztinnen und Ärzte hat sich im Laufe der vergangenen Jahre signifikant verbessert. Die Anträge werden mehr und mehr durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte mit einschlägigen Facharztbezeichnungen und entsprechenden Schwerpunkten gestellt. Das erleichtert im MD Nord die Erstellung sozialmedizinisch belastbarer sozialgerichtsfester Begutachtungen, die ohne weitere

Nachfragen bzw. Nachforderung von Unterlagen durchgeführt werden können.

Bewährt hat sich dabei die für den Geltungsbereich der GKV von den MD entwickelte verbindliche Begutachtungsanleitung „Sozialmedizinische Begutachtung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V“, an deren Entwicklung und Aktualisierung auch der MD Nord über die „Sozialmedizinische Expertengruppe Arzneimittelversorgung“ (SEG 6) beteiligt war bzw. ist.

Diese Begutachtungshilfe trat erstmals im Juli 2017 in Kraft und ist Grundlage einer bundesweit einheitlichen Begutachtung. Diese Begutachtungsanleitung wurde immer wieder überarbeitet, zuletzt wegen des im Juli 2023 in Kraft getretenen „Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz“ (ALBVVG), der Aufnahme der Cannabinoide in die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) im selben Jahr sowie mehrerer richtungsweisender Urteile des Bundessozialgerichts (BSG, s. u.) aus November 2022. Die aktuelle Version der Begutachtungsrichtlinie inklusive eines aktualisierten Arztfragebogens ist auf der Internetpräsenz des MD Bund verfügbar.

### **Evaluation ist wichtig – leider fehlen bislang belastbare Ergebnisse**

Je unklarer der mögliche Nutzen und die potentiellen Risiken einer Behandlung sind, umso genauer muss evaluiert werden. Schließlich soll Schaden von den Patienten abgewendet und unwirksame Maßnahmen nicht zu Lasten der Versicherten abgerechnet werden.

Im Juli 2022 veröffentlichte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) den mit Spannung erwarteten Abschlussbericht für die von März 2017 bis März 2022 laufende Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln. Diese Untersuchung war die Grundlage für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), um die Übernahme der Behandlungskosten im Rahmen einer Therapie mit Cannabisarzneimitteln einheitlich und abschließend zu regeln.

Problematisch bei der Evaluation ist, dass die verordnenden Ärztinnen und Ärzte gesetzlich zwar ver-

pflichtet waren, an der Begleiterhebung teilzunehmen. Die Teilnahme wurde aber nicht überprüft, geschweige denn die Nichtteilnahme sanktioniert.

Letztlich gingen nur insgesamt 16.809 verwertbare Datensätze in die Erhebung ein. Das BfArM geht in seinem Abschlussbericht jedoch davon aus, dass schon allein bei den mitgliederstärksten Krankenkassen der GKV bis Ende des Jahres 2020 etwa 70.000 Anträge auf Genehmigung einer Therapie mit medizinischem Cannabis gestellt wurden. Darüber hinaus konnten aus methodischen Gründen abschlägig beschiedene Kostenübernahmeanträge oder die Daten von selbstzahlenden Patientinnen und Patienten, die einschlägigen Schätzungen zufolge sogar mehr als die Hälfte der Verordnungen von Cannabinoiden ausmachen könnten, nicht berücksichtigt werden.

Aus diesem Grund räumte das BfArM ein, dass die Begleiterhebung in ihrer Aussagekraft begrenzt sei und doppelt verblindete Placebo-kontrollierte Studien in keiner Weise ersetzen könne. Auch ein Beleg der Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln könne laut BfArM nicht erbracht und insbesondere ein Placeboeffekt, der in allen bislang durchgeführten relevanten klinischen Studien eine bedeutsame Rolle spielte, nicht ausgeschlossen werden.

### **Bei welchen Krankheiten wurde verordnet?**

In seinem Abschlussbericht erläutert das BfArM, dass 76,4 % aller Verordnungen von Cannabinoiden im Zeitraum bis März 2022 Schmerzdiagnosen betrafen.

Cannabisblüten wurden vorwiegend für die Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), entzündlicher Darmerkrankungen, einer Multiplen Sklerose bzw. einer Spastik mit unterschiedlichsten Ursachen verordnet.

Das Patientenkontext, das keine Cannabisblüten erhielt, war durchschnittlich 57 Jahre alt und zu 54 % weiblich, wohingegen das Patientenkontext, welchem Cannabisblüten verordnet wurde, durchschnittlich 45,5 Jahre alt war und nur zu 32,5 % weibliche Patientinnen betraf. →

→ Eine solche Verteilung war auch in den dem MD Nord zur Begutachtung vorgelegten Fällen zu beobachten.

Bemerkenswert ist auch der Umstand, dass gemäß des Abschlussberichtes die mittlere Tagesdosis von Tetrahydrocannabinol (THC) mit 249 mg bei Cannabisblüten um ein Vielfaches höher ist als z. B. bei Cannabis-Vollspektrumextrakten oder Dronabinol. Bei diesen betrug die mittlere Tagesdosis von THC weniger als 15 mg.

### **Therapieabbrüche**

In rund einem Viertel der Behandlungsfälle wurde die Therapie mit Cannabis vor Ablauf eines Jahres abgebrochen. Eine ausbleibende bzw. nicht zufriedenstellende Wirkung war hierbei die häufigste Ursache für einen Therapieabbruch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) traten unter der Therapie mit Cannabinoiden vergleichsweise häufig auf, von denen Frauen häufiger als Männer betroffen waren. Am häufigsten wurde über Müdigkeit berichtet, gefolgt von Schwindel, Übelkeit, Mundtrockenheit und kognitiven Störungen. Etwas seltener traten eine Gewichtszunahme, eine Appetitsteigerung sowie euphorische aber auch depressive Stimmungsschwankungen auf.

### **Rausch zu Lasten der Versicherten-gemeinschaft?**

Raum für Interpretation lässt die Beobachtung, dass unter einer Therapie mit Cannabisblüten im Vergleich zu den anderen Cannabisarzneimitteln mit Ausnahme der euphorisierenden Wirkung deutlich weniger UAW gemeldet wurden. In seiner zusammenfassenden Bewertung des Abschlussberichts äußerte sich das BfArM sehr kritisch zu der immer noch großen Bedeutung von Cannabisblüten: „... Nicht ohne Sorge sehen wir die Ergebnisse zu den Cannabisblüten. Das vergleichsweise geringe Alter, der hohe Männeranteil, die auf THC bezogen hohe Dosis, bei gleichzeitig fehlenden Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Publikationen zu Wirksamkeit und Sicherheit bei solchen Dosierungen, wirft die Frage nach Abgrenzung zwischen tatsächlich therapeutischen Effekten und er-

lebter Steigerung des Wohlbefindens bei hoher Abhängigkeitsgefahr auf. Dies gilt es von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten stets im Blick zu halten, um Fehlentwicklungen vorzubeugen. Die Sorge wird durch die noch nicht abgeschlossene Analyse einer Stichprobe von Verschreibungen mit Cannabisarzneimitteln verstärkt. Unter Einbeziehung von Privatrezepten, die Patientinnen und Patienten außerhalb der Begleiterhebung betreffen, zeigt sich ein noch höherer Männeranteil und ein noch geringeres Durchschnittsalter bezüglich der Verschreibung von Cannabisblüten...“

### **Sonderregelungen in der Palliativmedizin**

Mit Inkrafttreten der bereits erwähnten Gesetzesänderungen haben sich im Vergleich zu 2017 einige wichtige Änderungen von Fristen für die Bearbeitung von Anträgen auf Kostenübernahme bei den Krankenkassen ergeben. So ist der Genehmigungsvorbehalt im Rahmen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V vollständig entfallen.

**"Nicht ohne  
Sorge sehen wir  
die Ergebnisse  
zu den Cannabis-  
blüten."**

Das ist nachvollziehbar, weil bei der palliativen Behandlung todkranker Menschen ein nur geringes Missbrauchspotential zu vermuten ist und schnelle Entscheidungen besonders dringlich sind. Erfolgt ein Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) oder einer Behandlung mit Cannabinoiden im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, gilt in diesen Fällen nach § 45 Abs. 2 Satz 2 AM-RL eine verkürzte Frist von drei Tagen, in denen die betreffende Krankenversicherung eine Entscheidung zu treffen hat.

### **Weitere Begutachtungsfristen**

In allen anderen Fällen ist - übrigens abweichend von § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V - von der Krankenkasse über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Sofern eine gutachtliche Stellungnahme eines MD eingeholt wird, ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu



Dr. Marc  
Heidbreder

entscheiden. Der betreffende MD hat in diesen Fällen innerhalb von zwei Wochen Stellung zu dem Antrag zu nehmen.

### **Wegweisende BSG-Urteile**

Hohe Wellen schlugen die vom BSG am 10. November 2022 verkündeten vier Urteile, in welchen erstmals höchstrichterlich über den Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabinoiden zu medizinischen Zwecken entschieden wurde. Das BSG hat in diesen Urteilen zu den einzelnen Tatbestandsvoraussetzungen und der erforderlichen Genehmigung der Erstverordnung ausführlich Stellung bezogen und an deren Erfüllung hohe Anforderungen geknüpft, wobei die Einschätzungsprärogative des Arztes in den Vordergrund gestellt wurde.

In diesem Zusammenhang hat das BSG auch erstmalig die Begrifflichkeit der schwerwiegenden Erkrankung inhaltlich konkretisiert, welche wiederum wahrscheinlich auch Auswirkungen auf die Rechtsprechung im Zusammenhang mit der ‚off-label‘-Anwendung von Arzneimitteln haben dürfte. Als § 31 Abs. 6 im März 2017 in Kraft trat, wurde der Begriff der schwerwiegenden Erkrankung seinerzeit vom damaligen Gesetzgeber mangels eindeutiger und belastbarer Definitionen bewusst vage gefasst und bis November 2022 juristisch nicht abschließend gefüllt. Dementsprechend wurden die Voraussetzungen auf den Anspruch einer Therapie mit Cannabinoiden seit 2017 lange nur in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes erörtert. Erst Jahre später fielen Entscheidungen in verschiedenen Hauptverfahren und schließlich vor zwei Jahren erreichten Revisionsverfahren das BSG.

Ein anderes bemerkenswertes Detail der Entscheidungen des BSG ist die Darlegung, dass ein potenzieller Cannabismissbrauch nicht zur Ablehnung der Genehmigung berechtigt, weil insoweit nur außerhalb der Anspruchsvoraussetzungen liegende Umstände einen Ausnahmefall begründen können. Ein bereits stattfindender Cannabiskonsum muss aber von der verordnenden Ärztin/vom verordnenden Arzt sachgerecht bei seiner Einschätzung berücksichtigt werden. Weitere Ausführungen würden den Rahmen dieser Aktualisierung sprengen, jedoch sei angemerkt, dass die Urteile des BSG auch für den mit der Thematik Cannabis eher nur am Rande befassten Personenkreis durchaus lesenswert sind (Az. B 1 KR 21/21 R, B 1 KR 28/21 R, B 1 KR 9/22 R, B 1 KR 19/22 R, alle vom 10.11.2022).

### **Gemeinsamer Bundesausschuss nimmt Cannabinoide in Arzneimittel-Richtlinie auf**

Nach der Veröffentlichung des bereits erwähnten Abschlussberichtes des BfArM begann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Aufnahme von Cannabis in die Arzneimittel-Richtlinie. Die Änderungen traten im Juni 2023 in Kraft und umfassten die Regelung der Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln im § 4a AM-RL sowie im Abschnitt N der AM-RL in §§ 44 und 45.

Erwähnenswert ist die in § 31 Abs. 6 SGB V nicht explizit festgelegte Regelung, dass eine Verordnung von Cannabisblüten gemäß § 44 AM-RL gesondert zu begründen ist. Weiterhin wird in § 44 Abs. 4 AM-RL gefordert, dass die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung mit Cannabinoiden innerhalb der ersten drei Monate engmaschig und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen ist. Darüber hinaus sind laut G-BA Art, Dauer und therapeutisches Ergebnis des Einsatzes von Cannabis von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt in der entsprechenden Patientenakte sorgfältig zu dokumentieren.

Kritisiert wurde mit Bekanntwerden des Entwurfs zur Aufnahme von Cannabis in die AM-RL im März 2023 von vielen Seiten, dass vom G-BA keine Regelungen in Bezug auf die Verordnung von Cannabis-basierten Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche getroffen wurden. →

→ Lediglich in den Tragenden Gründen zu dem besagten Beschluss findet sich der Hinweis, dass eine Anwendung von Cannabisarzneimitteln bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einer besonders sorgfältigen Abwägung des zu erwartenden Nutzens und der spezifischen Nachteile im Einzelfall bedarf. Dies ist insbesondere mit Hinblick auf die schädlichen neurobiologischen Effekte von Cannabis und der bis zu einem Alter von Mitte 20 noch nicht abgeschlossenen Hirnentwicklung sinnvoll und wichtig.

Abschließend ist anzumerken, dass der G-BA mit Beschluss von November 2023 (zum Zeitpunkt der Er-

stellung dieses Artikels noch nicht in Kraft getreten) eine Ergänzung des § 45 AM-RL um einen Abs. 3 und damit verbunden die Einführung einer Anlage XI mit Regelungen zu erforderlichen Qualifikationen für einen Ausnahme vom Genehmigungsvorbehalt vorgenommen hat. In Anlage XI werden bestimmte Leitindikationen benannt sowie die zu dieser Indikation gehörigen Anforderung an die ärztliche Qualifikation (Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen nach [Muster-] Weiterbildungsordnung 2018 [in der Fassung vom 25.06.2022]). Gutachterlich ist das zu begrüßen.

---

## Königsweg Legalisierung?

Die Einführung des § 31 Abs. 6 SGB V mit dem damit verbundenen und bewusst in Kauf genommenen Systembruch, nicht in Studien untersuchte und nicht zugelassene Cannabis-basierte Arzneimittel in das System der GKV einzubringen, ist einem Urteil des 3. Senat des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) aus dem Jahr 2016 geschuldet. In diesem Urteil wurde dem Kläger, der an Multipler Sklerose litt und bereits zuvor alle Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit und im Anschluss alle Instanzen der Verwaltungsgerichtsbarkeit durchlaufen hatte, erlaubt, Cannabis in seiner Wohnung anzubauen, zu ernten und zum medizinischen Zweck seiner Behandlung zu verwenden. Konkrete Überlegungen in Richtung einer allgemeinen Legalisierung von Cannabis wurden von der seinerzeit regierenden großen Koalition (Kabinett Merkel III) nicht angestellt.

Erst 2021 vereinbarten die Koalitionsfraktionen, bestehend aus der SPD, dem Bündnis 90/Die Grünen und der FDP in ihrem Koalitionsvertrag die Einführung einer kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken. Ziel der Vereinbarung waren eine kontrollierte Qualität, die Verhinderung der Weitergabe verunreinigter Substanzen, der Jugendschutz und der Gesundheitsschutz für Konsumentinnen und Konsumenten. Eine Evaluierung des im Dezember 2023 noch immer nicht in Kraft getretenen Cannabisgesetzes (CanG) auf gesellschaftliche Auswirkungen sollte nach vier Jahren erfolgen. Aufgrund der weiterhin bestehenden Unklarheiten wird mittlerweile nur noch der Begriff der „Entkriminalisierung“ von Cannabis verwendet. Und die Erfahrungen mit der Evaluation von Cannabinoiden als Medizin lassen wenig Gutes für weitere Evaluationen erwarten.

Derzeit sieht der aktuelle Gesetzesentwurf u. a. vor, dass Personen, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben, der Besitz von bis zu 25 g Cannabis zum Eigenkonsum erlaubt ist. Erwachsene dürfen darüber hinaus im Geltungsbereich dieses Gesetzes an ihrem Wohnsitz oder an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt (unklar ist, ob dazu auch der Arbeitsplatz zählt) bis zu drei lebende Cannabispflanzen besitzen.

Ein wesentliches ungeklärtes Problem stellen die in Bezug auf § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) unklaren Grenzwerte dar, da bislang – im Gegensatz zu Alkohol – keine belastbaren Grenzwerte, die das Führen eines KFZ unter Einfluss von Cannabis nicht mehr zulassen würden, definiert wurden. Von einem möglichen Einfluss des CanG auf die Versorgung mit medizinischem Cannabis gemäß § 31 Abs. 6 ist aktuell nicht auszugehen, da Artikel 2 des CanG („Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken“, Medizinal-Cannabisgesetz [MedCanG]) eine Vermischung der entsprechenden Tatbestände nicht vorsehen würde. Als gesichert gilt jedoch die Entfernung von Cannabis bzw. THC aus der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Das Gesetz wurde trotz Widerständen verabschiedet und tritt zum 01. April 2024 in Kraft.

### Neue Teamleiterinnen der Abteilung Krankenhaus in Kiel

Nachdem Dr. Heike Voss als langjährige Teamleiterin in den wohlverdienten Ruhestand gewechselt ist, wurde das über die Jahre angewachsene Team geteilt. Seit dem 01. Juni 2023 leiten Frau Dr. Neuenfeldt und Frau Dr. Poelzig die beiden Teams. Dr. Karoline Neuenfeldt arbeitet seit 2016 beim Medizinischen Dienst, ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und verfügt über die Zusatzbezeichnungen Ärztliches Qualitätsmanagement und Sozialmedizin. Dr. Stephanie Poelzig ist Fachärztin für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin und Sozialmedizin und arbeitet seit 2017 beim Medizinischen Dienst.



Dr. Karoline Neuenfeldt



Dr. Stephanie Poelzig

### Beteiligung des MD Nord bei MD Bund-Seminaren

Die Medizinischen Dienste haben den Anspruch, dass bundesweit fachlich in gleicher Weise begutachtet wird. Diesem Zweck dienen unter anderem Seminare, die der Medizinische Dienst Bund koordiniert und deren Referentinnen und Referenten vor allem aus den Medizinischen Diensten rekrutiert werden. Dem MD Nord ist die Bedeutung dieser Seminare bewusst. Deshalb tragen seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig aktiv zu deren Gelingen bei.

Frau PD Dr. Anja Lemke zum Beispiel war 2023 erneut als Referentin zu den Themen ‚Therapie des kindlichen nephrotischen Syndroms‘ und ‚Aktuelles aus dem Bereich der Nierentransplantation‘ bei MD-Bund-Seminaren tätig. Weitere Unterstützung der MD Bund-Seminare erfolgte in 2023 durch Dr. Edgar Bachor und Mandy Brose (beide: Seminar zu Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde), Elise Coners (Multiplikatorenseminar Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen), Dr. Pawel Dube, Dr. Andreas Krokotsch und Julia Zeitz (Qualitätskontrollen im Krankenhaus), Dr. Frank Noack und Dr. Marie-Christine Korthorst (Begutachtung spezieller Hilfsmittel im Rahmen verschiedener Therapiekonzepte), und Andreas Tonnemacher (Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Abgrenzung zur Pflege-/Hilfsmittelverordnung).

Alle diese Zeiten werden seit dem Jahreswechsel 2023/2024 selbstverständlich mit dem Konzept Zeiterfassung für Kompetenzeinheiten und Arbeitsgruppen auf Bundesebene in ZEBRA erfasst – mehr dazu weiter hinten im Jahresbericht.



Andreas Tonnemacher



Dr. Frank Noack



## Außerklinische Intensivpflege

**„Wir haben eine verantwortungsvolle Aufgabe übernommen“. Mit diesen Worten eröffnet Dr. Armin Kalmbach unser Gespräch über den Begutachtungsbereich Außerklinische Intensivpflege (AKI). Berufliche Qualifizierung und persönliches Interesse haben den erfahrenen Facharzt für Anästhesie und langjährigen Gutachter der Abteilung Krankenhaus in eine neue Rolle im Medizinischen Dienst Nord geführt, die eine besondere Herausforderung darstellt.**

**Ist diese Art der Begutachtung neu für den Medizinischen Dienst Nord?** An dieser Stelle muss ich etwas weiter ausholen. Bis zur Gesetzesnovellierung gab es den Vorläufer der außerklinischen Intensivpflege als häusliche Krankenpflege nach Ziffer 24. Auch hier ist bereits eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt, aber nach anderen Kriterien. Eine Neuaufstellung kam mit dem IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) mit dem



Dr. Armin Kalmbach



Das AKI-Team der Abteilung Krankenhaus bei der Begutachtung eines beatmeten Patienten

neugeschaffenen § 37c SGB V und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL). Ziel der Gesetzgebung war die Qualität der Versorgung zu stärken und die Finanzierung zu vereinheitlichen. Die MD-Begutachtung vor Ort wurde verpflichtend. Da die Abteilung Krankenhaus bereits viel Erfahrung mit Qualitätsprüfungen hat, wurden in 2023 die AKI-Prüfungen als neue Aufgabe von der Abteilung Ambulante Versorgung an die Abteilung Krankenhaus übertragen.

#### Dessen fachlicher Leiter des Begutachtungsbereiches in der Abteilung Krankenhaus Sie jetzt sind.

Ja, ich bin seit dem 01.08.2023 als fachlicher Leiter dieses Begutachtungsbereiches außerklinische In-

tensivpflege (AKI) benannt. Ich kenne das Thema gut, habe lange Zeit im Krankenhaus leitend im Bereich Intensivmedizin und Weaning gearbeitet.

#### Was versteht man unter Außerklinischer Intensivpflege?

Das ist eine besonders intensive Pflege, aber eben außerhalb eines Krankenhauses. Außerklinische Intensivpflege bekommen Versicherte, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft erforderlich ist und bei denen eine pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist. Wobei die genauen Zeitpunkte

und das Ausmaß dieser pflegerischen Intervention nicht im Voraus bestimmt werden können.

#### Haben Sie ein Beispiel aus Ihrer Begutachtungspraxis?

Wir haben zum Beispiel einen Mann begutachtet, der seit einem Unfall an einer hohen Querschnittslähmung leidet (mit kompletter Lähmung von Armen, Beinen und der Atemmuskulatur). Er braucht dauerhafte Atemunterstützung durch eine Beatmungsmaschine, er kann nicht husten und das Hustensekret muss mit einer Pumpe und einem dünnen Schlauch abgesaugt werden. Bei einem Ausfall der Beatmungsmaschine wäre dieser Mann binnen weniger Minuten tot. Wir haben also eine dauerhafte Erkrankung, die die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft erfordert.

#### Wie viele Fälle gibt es denn in Hamburg und Schleswig-Holstein?

Wir rechnen mit ca. 750 Begutachtungen pro Jahr in Schleswig-Holstein und Hamburg. Dafür haben wir ein hochmotiviertes und qualifiziertes Team aus derzeit 13 Ärztinnen und Ärzten und 14 Pflegefachkräften. Beim ärztlichen Personal setzen wir überwiegend Fachärztinnen und Fachärzte der Anästhesiologie oder Inneren Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin oder Notfallmedizin für die Begutachtung ein. Die Pflegefachkräfte haben entweder die Fachweiterbildung Kinderintensivmedizin oder Anästhesie und Intensivmedizin erworben oder besitzen profunde Erfahrung in der außerklinischen Intensivpflege. →

### → Wie wird begutachtet?

Das Gesetz fordert die Begutachtung am Ort der hauptsächlichen Leistungserbringung. Dies kann die Häuslichkeit, eine Beatmungswohngemeinschaft, eine stationäre Einrichtung aber auch eine Schule oder ein Kindergarten sein. Es sind immer eine Ärztin oder ein Arzt und eine Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes vor Ort im Einsatz.

### Können Sie einen Begutachtungsablauf kurz beschreiben?

Erster Schritt ist immer die Beauftragung durch die Krankenkasse. In der Regel bekommen wir gleichzeitig mit dem Auftrag Unterlagen über ein elektronisches Portal zu der versicherten Person. Das sind zum Beispiel die ärztliche Verordnung der außerklinischen Intensivpflege, Arztbriefe, Krankenberichte und Pflegedokumentationen. Nach Sichtung der Unterlagen erfolgt dann die Terminabsprache. Zum Termin kommen wir immer zu zweit. Wir sprechen mit allen anwesenden Personen, also in der Regel mit der versicherten Person, eventuell anwesenden Angehörigen und natürlich den Pflegekräften und gleichen unsere medizinischen Vorabinformationen mit dem Gehörten und Gesehenem ab. Wir sehen uns die vorhandenen Hilfsmittel an und informieren uns über laufende therapeutische Unterstützung wie Logopädie, Ergo- und Physiotherapie. Das kann an dieser Stelle nur ein grober Überblick sein, es kommt doch sehr auf den Einzelfall an. Wir sind je nach Situation 45-90 Minuten vor Ort.

Danach wird beim MD vom Team das Gutachten erstellt und an die beauftragende Kasse versandt.

### Welchen Zeitbedarf planen Sie für eine komplette Begutachtung einschließlich Vor- und Nachbereitung?

Zurzeit benötigen wir für die Vorabsichtung, Wege- und Fahrtzeiten, die eigentliche persönliche Begutachtung vor Ort und die Gutachtenerstellung 11 bis 12 Stunden für das Team je Fall. Das ist ein sehr aufwändiges Verfahren. Aber das lohnt sich. Wir tragen damit erheblich zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität bei.

### Können Sie von ersten Erfahrungen berichten?

Uns sind viele unterschiedliche und hochwertige Pflegesituationen begegnet. In allen Konstellationen war ein hoher Einsatz von pflegerischer Expertise und persönlichem Einsatz sichtbar. Aus den Erfahrungen mit Qualitätsprüfungen im Krankenhaus wissen wir aber, dass so ein Verfahren sich erst einmal einspielen muss. Durch Hinweise aus unserer Begutachtung an die Krankenkassen und darüber an die Leistungserbringer erwarten wir Verbesserungen der Pflegesituation in der außerklinischen Intensivpflege, sofern diese nicht jetzt schon gut ist.

Herr Dr. Kalmbach, vielen Dank für Ihre Zeit.



AKI-Team bei einer Besprechung

Interview mit Dr. Andreas Krokotsch, Leiter Abteilung Krankenhaus,  
zur beabsichtigten Krankenhaus-Reform

## „Was ist aus den geplanten Reformen in der deutschen Krankenhauslandschaft geworden?“

**Fragen wir Herrn Dr. Andreas Krokotsch, den Leiter der Abteilung Krankenhaus. Er wirft im Interview einen Blick auf den Stand der Entwicklung und nutzt die Gelegenheit, deren Bedeutung sowohl für den Medizinischen Dienst Nord wie auch für die Versicherten herauszustellen.**

**Herr Dr. Krokotsch, die Verhandlungen zwischen dem Bund und den Ländern zur geplanten Krankenhausreform ziehen sich. Brauchen wir eigentlich eine grundlegende Krankenhausreform?**

Uneingeschränkt: Ja. Wir haben in Deutschland im internationalen Vergleich bekanntermaßen deutlich zu viele Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten bezogen auf die Einwohnerzahl. Es wird viel zu häufig stationär behandelt, wo andere Länder ambulant therapieren. Entgegen anderslautender Behauptungen gibt es in Deutschland derzeit auch noch eine ausreichende Zahl an Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal. Wir stehen im internationalen Vergleich relativ gut da. Das eigentliche Problem ist, dass dieses Personal sich über zu viele Krankenhäuser verteilt und daher ein relativer Personalmangel



Dr. Andreas Krokotsch, Leiter der Abteilung Krankenhaus

in einzelnen Kliniken besteht. Die Folge sind Qualitätsprobleme und die Gefährdung der Patientensicherheit.

Ein weiteres Problem der jetzigen Krankenhauslandschaft kommt dazu: Mangelnde Spezialisierung und Zentrenbildung. Je komplizierter eine Behandlung ist, umso mehr Erfahrung muss eine Klinik damit haben, damit die Behandlungsqualität stimmt. Insbesondere in kleineren Kliniken werden hochkomplexe Behandlungen teilweise zu selten und dadurch nicht nach den medizinisch gebotenen Standards durchgeführt. Ein aus

Patientensicht unhaltbarer Zustand. Regionen sind hiervon in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. Flächenländer wie z. B. Schleswig-Holstein sind von diesen Risiken insgesamt stärker betroffen als z. B. Großstädte wie Hamburg.

Hinzu kommen unnötig hohe Kosten, die von der Solidargemeinschaft der Versicherten bezahlt werden müssen. Im OECD-Vergleich sind – bezogen auf die Einwohnerzahl in Deutschland – die Kosten für den Krankenhausbereich sehr hoch und der Outcome, d. h. die Ergebnisse der Behandlung nur durchschnittlich. Wollen und können wir uns das weiter leisten? In einigen Bereichen, wie z. B. der 30-Tage-Sterblichkeit nach Herzinfarkt, sind wir in Deutschland im OECD-Vergleich sogar unterdurchschnittlich. Ein Grund dafür: Kleinere Kliniken behandeln teilweise Herzinfarktpatienten, ohne über eine Notfall-Herzkathetermöglichkeit zu verfügen.

**Das klingt dramatisch.**

Das ist es, aber man kann das den Krankenhäusern nicht wirklich vorwerfen. Die Kliniken folgen in einem im Wettbewerb stehenden System den Regeln der Ökonomie. →



→ Vorhaltekosten, z. B. im Bereich der Notfallversorgung und bei seltenen aber hochkomplexen Leistungen, werden bislang nicht angemessen abgebildet. Die Folge ist, dass diese Leistungen derzeit teilweise nur dann wirtschaftlich angeboten werden können, wenn am Personal und der Qualität gespart wird.

Wir brauchen eine Finanzierungsreform, die Vorhaltekosten besser berücksichtigt UND eine Strukturreform, die zu weniger aber dafür besser ausgestatteten Krankenhäusern führt. Nur so können wir zukünftig in Deutschland ausreichend qualifiziertes Krankenhauspersonal und eine angemessene Behandlungsqualität mit angemessenen Kosten sicherstellen.

#### Was ist der aktuelle Stand zur Krankenhausreform?

Im Dezember 2022 hatte die Regierungskommission eine erste detaillierte Stellungnahme vorgelegt. Mitte 2023 hatten sich der Bund und die Länder auf ein Eckpunktepapier zur Krankenhausreform verständigt. Im März 2024 lag dann endlich der Referentenentwurf vor.

Er sieht eine Vorhaltevergütung bei allen Diagnosis Related Groups (DRG) und Leistungsgruppen (LG) vor, orientiert an den bestehenden Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen (NRW).

#### Was genau ist eine Leistungsgruppe?

Bisher erfolgt die Landeskrankenhausplanung überwiegend durch die reine Ausweisung von Fachabteilungen und dazugehöriger Anzahl an Betten ohne weitere inhaltliche Kriterien. DRGs beschreiben medizinische Leistungen zwar sehr differenziert – bei mehr als 1.000 bestehenden DRGs wären diese jedoch für eine Krankenhausplanung schlicht nicht praktikabel. Bundes einheitlich definierte LG mit Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung sollen den Ländern für ihre Krankenhausplanung eine geeignete praktikable Grundlage bieten und unterschiedliche Versorgungsstufen berücksichtigen.

#### Wie hoch sind denn die Anforderungen zur Erfüllung der Leistungsgruppen?

Nicht besonders hoch und sie betrachten auch nur Ausschnitte der angebotenen Leistungen. LG sind primär Instrumente zur Krankenhausplanung nicht zur Sicherung der Qualität. Die Anforderungen der LG aus Nordrhein-Westfalen sind im Vergleich zu den vorbekannten Strukturanforderungen aus OPS-Kodes deutlich geringer. Während z. B. beim Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-98f „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ werktags tagsüber eine Intensivmedizinerin bzw. ein Intensivmediziner auf der Intensivstation verfügbar sein muss, dazu eine Magnetresonanztomographie (MRT), minimalinvasive Verfahren wie Akut-PTCA sowie Möglichkeiten zur Hirndruckmessung und Fachgebiete wie z. B. Kardiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Gefäßchirurgie etc. den Intensivpatientinnen und -patienten binnen 30 min zur Verfügung stehen müssen, gibt es bei der entsprechenden NRW-Leistungsgruppe „hochkomplexe Intensivmedizinische Versorgung“ keine entsprechenden Vorgaben.

Zudem erfordert die Erfüllung des OPS-Kodes z. B. die Präsenz einer Intensivmedizinerin bzw. eines Intensivmediziners auf jeder einzelnen Intensivstation.

Bei der NRW-LG reicht hingegen die Anwesenheit einer ärztlichen Berufsanfängerin bzw. eines Berufsanfängers pro Standort. Es muss nicht auf jeder Intensivstation eine Ärztin oder ein Arzt mit Qualifikation vorhanden sein. Intensivmediziner können in einer häuslichen Rufbereitschaft verbleiben. Die Leistungsgruppen sind also definitiv nicht geeignet, die bereits bestehenden Qualitätsvorgaben des G-BA oder die Strukturvorgaben der OPS-Kodes zu ersetzen, sondern können diese allenfalls als zusätzliches Planungstool für die Länder ergänzen.

Glücklicherweise sieht der Referentenentwurf ein Fortbestehen von G-BA-Prüfungen und StrOPS-Prüfungen vor. Alles andere wäre im Sinne der Patientensicherheit ein Schritt zurück. Die Prüfungen der Leistungsgruppen durch den MD sind eine gute Ergänzung der bestehenden Verfahren.

#### Was ist von den Ausnahmeregelungen der Länder zu halten?

Für die Länder sind Ausnahmeregelungen bei der Umsetzung der Leistungsgruppen vorgesehen, damit auch eine Versorgung in der Fläche gewährleistet ist. Die Versorgung auf dem Land erfordert manchmal Kompromisse. Ausnahmen sollten aber, wie der Name schon sagt, die absolute Ausnahme bleiben. Niemand will ohne Not in einer Klinik behandelt werden, in der die Qualität nicht stimmt. Es

gibt einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf eine bundesweit angemessene Behandlungsqualität – auch auf dem Land.

#### Können Sie jetzt noch bitte erklären, was die Level sind, über die so viel gestritten wird und warum?

Jedes Krankenhaus hält unterschiedliche medizinische Fachabteilungen in unterschiedlicher Anzahl vor. Diese unterschiedlichen medizinischen Fachabteilungen können auch innerhalb eines Krankenhauses die Anforderungen unterschiedlicher Leistungsstufen erfüllen. In manchen Bundesländern werden planerisch bereits drei oder vier Versorgungsstufen, mit 1 bis 3 oder 1 bis 4 nummeriert, ausgewiesen. Manche Bundesländer nutzen für die Versorgungsstufen statt Zahlen Bezeichnungen wie „Regelversorgung“, „Schwerpunktversorgung“ und „Maximalversorgung“.

Die Versorgungsstufen sind von Land zu Land unterschiedlich definiert. Dies ist historisch und regional unterschiedlich gewachsen. Die Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung sowie die Abrechnungsvoraussetzungen von Krankenhausleistungen (z. B. OPS-Strukturmerkmale) sind jedoch bundeseinheitlich. Das passt nicht zusammen. Neben den definierten Leistungsgruppen hatte die Regierungskommission zusätzlich die Einführung von drei bundeseinheitlichen Krankenhaus-Leveln von einer stationären Grundversorgung bis hin zu einer Universitätsmedizin vorgeschlagen. Zwei dieser Level sollten noch in jeweils zwei Sub-Level unterteilt werden.

#### Warum sind die Länder gegen diese Level?

Die Länder lehnen die Einführung bundeseinheitlicher Level ab, weil sie diese als unzulässige Einmischung in ihre Landeskrankenhausplanung sehen. Formaljuristisch haben die Länder hier recht, da die Krankenhausplanung den Ländern obliegt. Da viele Länder aber seit vielen Jahren eine Einstufung nach Leveln und Stufen bereits vornehmen, nur halt von Land zu Land unterschiedlich, frage ich mich, was dagegenspricht, dass die Länder sich untereinander auf einheitliche Level verständigen. Dies würde auch den Patientinnen und Patienten eine bundeseinheitliche Orientierung beim Aufsuchen der geeigneten Klinik erleichtern.

#### Was bedeutet die Krankenhausreform für den MD Nord?

Auch im Referentenentwurf ist der Medizinische Dienst als einziger Prüfdienst für Zuordnung von Krankenhäusern zu den neuen Leistungsgruppen vorgesehen. Das ist gut. Die Länder sollen auf Grundlage der MD-Prüfungen ihre Entscheidungen bei der Krankenhausplanung fällen.

Den Ländern kommt eine entscheidende Rolle bei der Krankenhausreform zu: Die Länder müssen die erforderlichen Veränderungen ihren Wählerinnen und Wählern vermitteln, welche schwierigen Abwägungen zwischen Behandlungsqualität und Erreichbarkeit bei der Krankenhausplanung zu treffen sind. →

→ Den Bürgerinnen und Bürgern muss klar sein, dass bei einem im Wettbewerb stehenden Gesundheitswesen die Prüfungen des fachlich unabhängigen Medizinischen Dienstes unabdingbar sind zur Sicherstellung ausreichender Behandlungsqualität.

### Bürokratieabbau ist auch ein Ziel des Gesetzes – sind die Ansätze dazu gut?

Neu im Referentenentwurf ist, dass Zertifikate von Fachgesellschaften bei den Prüfungen vom MD akzeptiert werden sollen, um Bürokratie zu reduzieren. Ich halte dies für problematisch, da nicht alle Akteure in medizinischen Fachgesellschaften unabhängig und neutral agieren. Oft sind es leitende Krankenhausangestellte. Persönlich habe ich leider mehrfach die schmerzliche Erfahrung machen müssen, dass Fachgesellschaften sich nicht nur für Qualität, sondern auch für ökonomische Aspekte ihrer Fachabteilungen bzw. Fachgebiete interessieren. Eine Zertifizierung durch eine Fachgesellschaft kann für einen Prüfungstag mitunter € 15.000 betragen. Auch dies wirft Fragen hinsichtlich des Zertifizierungsprozesses auf. Der Gesetzgeber muss daher zwingend darauf achten, dass ökonomische Interessen von Krankenhäusern nicht via Fachgesellschaften über die Interessen der Patienten gestellt werden.

Eine Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften ist gut aber die letztendliche Entscheidung über Qualitätsvorgaben in der Richtlinie muss im Sinne der Patientensicherheit immer beim fachlich unabhängigen MD liegen. Bemerkens-

werte Neuerung im Referentenentwurf: Neben den StrOPS-Prüfungen wird der MD in seiner Richtlinie auch das Prüfverfahren zu den LG-Prüfungen vorgeben.

Die G-BA-Qualitätskontrollen sollen nach dem Referentenentwurf unverändert bleiben. Der Gesetzgeber will aber die bisher getrennten StrOPS-, G-BA-Prüfungen LG-Prüfungen in einen neuen gemeinsamen § 275a SGB V überführen. Ziel ist eine „Entbürokratisierung“, da zukünftig Erkenntnisse aus allen Prüfbereichen jeweils für aktuelle Prüfungen heranzuziehen sind. Dies ist ein sehr sinnvoller Schritt. In diesem Zusammenhang soll der MD Bund zukünftig eine Ergebnisdatenbank zu allen Prüfbereichen führen und die Zugriffsrechte auf diese Ergebnisdatenbank in einer Richtlinie regeln.

### Auch bei den Abrechnungsprüfungen soll Bürokratie abgebaut werden?

Das stimmt. Ab 01.01.2027 soll ein Wechsel von Einzelfallabrechnungsprüfungen hin zu Stichprobenprüfungen erfolgen. Der Bereich wird damit aus dem Wettbewerb der Krankenkassen genommen, die Menge der Prüfungen neu reguliert. Der MD erhält den Auftrag, ein Konzept für diese Stichprobenprüfungen zu erstellen. Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband vereinbaren Stichprobenprüfungen auf Grundlage dieses Konzeptes. Offenbar hat der MD mit seiner StrOPS-Richtlinie einen so guten Eindruck hinterlassen, dass man ihm mehr zutraut.

Ich persönlich halte den Wechsel auf Stichprobenprüfungen für rich-

tig. Insbesondere aufgrund der Schwierigkeiten der aktuellen Prüf-vV – z. B. sind aufgrund der komplizierten und teilweise nicht ermöglichten Prüferweiterung kaum noch tatsächliche Rechenkorrekturen möglich – befinden sich die Abrechnungsprüfungen aktuell in einem schwierigen Fahrwasser.

### Was bedeutet die Krankenhausreform für die Versicherten?

Sofern es gesteuert zu weniger, aber besser ausgestatteten Krankenhausstandorten kommt, werden Patientinnen und Patienten von einer besseren Behandlungsqualität profitieren. Dafür müssen Patientinnen und Patienten zukünftig aber teilweise weitere Wege in Kauf nehmen.

Die Diskussion um die Fahrtwege kommt mir oft vorgeschoben vor. Aktuell protestieren Bürgerinnen und Bürger für den Erhalt kleiner von Insolvenz bedrohter Krankenhausstandorte. Zur Ehrlichkeit in der Diskussion gehört: Die gleichen Personen meiden jedoch bei einer ersten Erkrankung genau diese Klinik und nehmen gerne weite Anfahrtswege bis zur nächsten Universitätsklinik in Kauf, weil sie dort die Behandlungsqualität erwarten, die sie sich wünschen und die sie mit gestärkten und geprüften qualitätsorientierten Krankenhausstrukturen auch bekommen werden.

Bei diesem Referentenentwurf handelt es sich aber, wie der Name schon sagt, um einen Entwurf. Änderungen sind bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens immer möglich! Der weitere Verlauf ist abzuwarten.

# Das StrOPS-Antragsportal – Digitalisierung hebt Effizienzreserven und steigert die Akzeptanz für Prüfungen



Dr. Pawel Dube, Fachbereichsleiter  
Strukturprüfungen

Krankenhäuser müssen seit 2021 bei bestimmten Leistungen eine OPS-Strukturprüfung beim Medizinischen Dienst (MD) beantragen und bestehen, bevor sie die entsprechende Leistung abrechnen können. Vom MD wird dabei geprüft, ob sie die Strukturmerkmale für bestimmte Leistungen erfüllen. Die zu prüfenden Strukturmerkmale sind in Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach § 301 Absatz 2 SGB V festgelegt, der jährlich vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben wird.

Um das Verfahren zu erleichtern, hat der MD Nord ein digitales Antragsportal entwickelt. Daran beteiligt: Dr. Pawel Dube, Fachbereichsleiter Strukturprüfungen und Dr. Dirk Melcher, Fachbereichsleiter der Stabsstelle Controlling und Datenintegration.

## Welche Vorteile bietet das digitale Antragsportal?

**Dube:** Die bisherige Beantragung der Krankenhäuser per Papier oder E-Mail brachte zahlreiche Verzögerungen im Ablauf mit sich: Die Antragsdaten mussten alle manuell bei uns erfasst werden. Die Krankenhäuser haben dadurch teils erst binnen 14 Tagen nach Antragstellung die Bestätigung bekommen, dass der Antrag angekommen ist und angenommen wurde. Sie konnten vorher nie sicher sein, dass der Antrag angekommen ist oder ob er fehlerhaft war. Jetzt bekommen die Krankenhäuser sofort nach Antragstellung eine Eingangsbestätigung.

**Melcher:** Die Antragsteller werden durch einen strukturierten Dialog im Portal geführt, der sicherstellt, dass der Antrag korrekt gestellt wird. Das Formular wird zunächst von unserer Software auf wesentliche Inhalte validiert. Der Antrag kann erst abgeschickt werden, wenn alle notwendigen Angaben gemacht worden sind und keine formalen Implausibilitäten gefunden wurden. Die zu prüfenden OPS-Kodes werden dabei aus einer Drop-down-Liste gewählt und um den OPS-Text ergänzt. So werden Fehleingaben vermieden. Der Antrag ist danach ohne Zeitverzug beim Medizinischen Dienst einsehbar und der Antragsteller erhält

per E-Mail eine Kopie seines Antrages zugeschickt, so dass er immer den Überblick darüber behält, was er beantragt hat.

## Woher wussten Sie, wie Sie das Portal am besten umsetzen?

**Dube:** „Wir haben besonders von den Krankenhäusern und natürlich auch von intern viele Rückmeldungen zur Verbesserung des Antragsverfahrens erhalten. Ein zentraler Wunsch der Krankenhäuser war zum Beispiel eine sofortige Eingangsbestätigung.

Bei den Papieranträgen waren die Bezeichnungen der Krankenhäuser und Standorte häufig nicht korrekt, was zu vielen Rückfragen und Verzögerungen im Verfahren geführt hat. Beides konnten wir durch das elektronische Antragsportal gut lösen.“

## Es müssen doch trotzdem die gleichen Daten eingegeben werden? Was ist jetzt einfacher?

**Melcher:** Der vielleicht größte Vorteil liegt darin, dass man bei turnusgemäß erneuter Prüfung dem Antrag automatisch ausfüllen lassen kann. Dahinter steckt eine Funktion, die in einer Datenbank nachschaut, welche OPS-Kodes in der Vergangenheit geprüft wurden und im aktuellen Jahr neu geprüft werden müssen. Diese OPS-Kodes werden dann automatisch in das Formular eingetragen. →

→ Der Antrag kann dann manuell nachgearbeitet werden, wenn beispielsweise OPS-Kodes im Vergleich zum letzten Jahr weggefallen sind oder im aktuellen Jahr neu beantragt werden. Das ist eine große Arbeiterleichterung bei der Antragstellung und stellt vermutlich für den Antragsteller den größten Vorteil bei der Nutzung des Antragsportals dar.

Durch die Validierungsmechanismen im Antragsportal wird sichergestellt, dass der Medizinische Dienst einen formal korrekten Antrag erhält. Damit entfallen Rückfragen und Korrekturschleifen. Der Antrag liegt bereits in strukturierter digitalisierter Form vor. Es braucht nichts mehr händisch erfasst zu werden. Der Antrag landet direkt in unserer Auftragsverwaltung.

#### Ist das Verfahren denn „sicher“ und datenschutzrechtlich geprüft?

**Melcher:** Natürlich. Für jeden Standort bzw. für jede Standortnummer wird ein sechsstelliger Code erzeugt. Dieser Code wird postalisch jedem Antragsteller zur Verfügung gestellt. Der Antragsteller muss sich dann mit diesem Code im Antragsportal autorisieren. Durch den postalischen Versand erreichen wir ein hohes Sicherheitsniveau, so dass Missbrauch ausgeschlossen werden kann.

#### Wer hat die technische Umsetzung durchgeführt?

**Dube:** Wir waren in der glücklichen Lage, die nötige Fachkompetenz im Dienst zu haben. Die Software und die Eingabemaske haben wir komplett selbst entwickelt. Die sehr gute Zusammenarbeit zwi-

schen der Stabstelle Controlling, die letztendlich das Programmieren übernommen hat, und der Fachbene, welche die Inhalte und notwendigen Prozesse beigetragen hat, hat dabei hervorragend funktioniert. Die selbstständige Umsetzung solcher Projekte trägt zu unserer IT-Kompetenz und Unabhängigkeit von Drittanbietern bei. Lediglich bei der Schnittstelle zu unserer Software zur Planung der eigentlichen Prüfungen war ein externer Dienstleister eingebunden.

#### Für die IT-interessierten: Welche Prozessschritte finden bei der Antragstellung statt und welche Software-Komponenten wurden verwendet?

**Melcher:** Zunächst: es war uns ein Anliegen, frei verfügbare sogenannte open-source-Software zu nutzen. Das hat nicht nur finanzielle Gründe: Für open-source-Software fallen keine Lizenzkosten an. Viele open-source-Komponenten bieten eine hohe Qualität und sind gleichzeitig zukunftssicher. Technisch werden Daten nach Eingabe im Webformular zunächst in einen Datensatz geschrieben. Es wird eine E-Mail sowohl an den Antragsteller als auch an eine E-Mail-Adresse des MD Nord generiert. Beide E-Mails enthalten den Datensatz als Anhang. Die E-Mail an den Antragsteller enthält darüber hinaus den Antrag als Klartext. Die E-Mail an den MD-Nord gelangt in eine mail-in Datenbank, in der der Datensatz aus der E-Mail ausgelesen wird und anschließend eine manuelle Sichtung des Antrages ermöglicht. In der manuellen Sichtung können noch Anträge



Dr. Dirk Melcher

ausgesondert werden bevor sie in unsere Auftragsverwaltung gelangen, beispielsweise wenn es sich um doppelt gestellte Anträge handelt. In der Regel kann dann der Antrag mit einem Mausklick in unsere Auftragsverwaltungssoftware übertragen werden. Es müssen keine Antragsinformationen mehr händisch eingetragen werden.

#### Hat alles bisher so funktioniert wie geplant?

**Dube:** Es hat alles bemerkenswert gut geklappt. Inzwischen werden fast nur noch Anträge online gestellt, wir haben kaum mehr Anträge in Papierform oder per E-Mail. Die Akzeptanz ist sehr hoch. Wir hatten nur wenige technische Probleme. Da die Antragsdaten nicht mehr händisch erfasst werden müssen und viel weniger Rücksprache mit den Krankenhäusern notwendig ist, können wir deutlich schneller als bisher in die medizinische Begutachtung einsteigen. Weiterer positiver Effekt: Die Teamassistenz konnte sich dadurch auch intensiver um die Planung der Prüftermine kümmern.

### Wissen Sie schon, was Sie als Nächstes angehen werden?

**Dube:** Wir sehen weiterhin bei den Strukturprüfungen gewissen unnötigen Mehraufwand. Zum Beispiel wiederholen sich in Strukturprüfungen Qualifikationsnachweise, d. h. wir müssen bei verschiedenen Prüfungen immer wieder die Qualifikationen von den gleichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser prüfen und diese muss das Krankenhaus immer wieder neu belegen. Das ist unnötige Bürokratie.

Wir suchen deshalb gerade nach geeigneten rechtssicheren Wegen, die Häufigkeit dieser Nachweise zu reduzieren. Das würde den Krankenhäusern und uns weitere Arbeitserleichterungen im Sinne einer „Entbürokratisierung“ bringen.

**Der MD Nord hat pragmatisch ein funktionierendes Tool entwickelt zur Effizienzsteigerung, was sicher auch die Akzeptanz bei den Krankenhäusern und der Politik für unsere Prüfungen steigert. Kommt irgendwann eine Bundeslösung?**

**Melcher:** Perspektivisch wäre natürlich gut, ein bundesweit zu nutzendes Portal zu entwickeln und dann am besten gleich gemeinsam für Strukturprüfungen, Qualitätsprüfungen und, wenn das Gesetz so kommt wie geplant, die in Zukunft von den Medizinischen Diensten durchzuführenden Prüfungen von Leistungsgruppen. Voraussetzung muss sein, dass es mindestens so leistungsfähig ist wie unser StrOPS-Portal – das ist klar.

## → PERSONALIEN

### Julia Zeitz bei der Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene aktiv

Frau Julia Zeitz, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, wurde 2023 als Mitglied der bundesweiten Fachkommission Gynäkologische Operationen beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für das Stimmverfahren der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI-RL), erlassen vom Gemeinsamen Bundesausschuss, benannt.

Diese verantwortungsvolle Aufgabe nimmt sie ergänzend zur Fachkommissionstätigkeit auf Länderebene in Schleswig-Holstein und Hamburg der externen Qualitätssicherung nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sowie der regelhaft durchzuführenden internen und externen Qualitätsprüfungen im Krankenhaus wahr.

Zudem vertrat sie im Juni 2023 in ihrer Funktion als Qualitätssicherung in der Krankenversicherungsbegutachtung (QSKV)-Themenpatin auf Bundesebene für das Modul Stationäre Begutachtung den MD Nord bei der – erstmals seit Ende der Pandemie – wieder in Präsenz stattfindenden Konsensuskonferenz in Köln.



Julia Zeitz, Fachbereichsleiterin Qualitätsprüfungen der Abteilung Krankenhaus



Stabsstelle Controlling

## Statistischer Kurzbericht

### 1. Leistungen des MD Nord

**371.454** versichertenbezogene gutachtliche Stellungnahmen

**1.008** abgeschlossene Strukturprüfungen

**1.039** Prüfungen der Qualität in der Pflege

**15.319** Stunden sozialmedizinische Beratung

## 1.1. Im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen		
Fallsteuernd (nicht fallabschließend)		31.856
Fallabschließend		<b>153.169</b>
<b>gesamt</b>		<b>185.025</b>
Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen		
<b>Anlassgruppe</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil</b>
Arbeitsunfähigkeit	13.704	8,9 %
Stationäre Leistungen	76.992	50,3 %
Ambulante Leistungen	11.412	7,4 %
NUB/Arzneimittelversorgung	6.057	4,0 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	23.589	15,4 %
Hilfsmittel GKV	14.688	9,6 %
Ansprüche gegenüber Dritten (Regress)	1.615	1,1 %
sonstige Anlässe	5.112	3,3 %
<b>gesamt</b>	<b>153.169</b>	<b>100,0 %</b>

Beratungen mit externem und internem Auftrag		
<b>Art der Beratung</b>	<b>Stunden</b>	<b>Anteil</b>
Projekt	528	3,6 %
Expertise	2.644	18,3 %
Schulung	2.109	14,5 %
Gremien/Ausschüsse, Tätigkeit in Kompetenzeinheiten und Arbeitsgruppen auf Bundesebene	2.839	19,6 %
Qualitätsprüfung inkl. internes QSKV-Prüfverfahren (außer durchgeführten Prüfungen)	1.016	7,0 %
Sonstige Beratungstypen (Strukturprüfung außer durchgeführten Prüfungen, int. Arbeitsaufträge Abt. KH, ...)	4.937	34,1 %
Sonstiges	422	2,9 %
<b>gesamt</b>	<b>14.495</b>	<b>100,0 %</b>

## 1.2. Im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen		
Fallsteuernd (nicht fallabschließend)		7.197
Fallabschließend		<b>179.232</b>
<b>gesamt</b>		<b>186.429</b>
Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen		
<b>Begutachtungsart</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil</b>
Erstbegutachtung	95.089	53,1 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	68.730	38,3 %
Widerspruchsbegutachtung	15.413	8,6 %
<b>gesamt</b>	<b>179.232</b>	<b>100,0 %</b>

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen			
Art der Prüfung	Ambulant und HKP	Teil- und Stationär	gesamt
Regelprüfung	446	552	998
Anlassprüfung	16	17	33
Wiederholungsprüfung	3	5	8
<b>gesamt</b>	<b>465</b>	<b>574</b>	<b>1.039</b>

Beratungen			
Art der Beratung		Stunden	Anteil
Projekt, Expertise		48	5,8 %
Schulung		64	7,7 %
Gremien/Ausschüsse, Tätigkeit in Kompetenz-einheiten		549	66,7 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung § 114 SGB XI		163	19,8 %
Sonstige Beratungstypen		0	0,0 %
<b>gesamt</b>		<b>824</b>	<b>100,0 %</b>

## 2. Aus den Abteilungen\*\*

Versichertenbezogene sozialmedizinische Stellungnahmen (Produktgruppen I und II) und sozialmedizinische Beratung (Produktgruppe III)					
Abteilung	Versichertenbezogene Stellungnahmen		Sozialmedizinische Beratung		
	Auftrags- eingang brutto*	Auftrags- erledigung mit gut- achtlichem Einsatz	Anzahl Prüfung der Pflege- einrichtun- gen nach § 114 SGB XI	Anzahl KH- Prüfungen (StrOPS und G-BA-RLJ)	Stunden Beratun- gen mit internem und externem Auftrag
Ambulante Versorgung	106.183	93.337			3.526
Krankenhaus	92.627	89.265		1.008	10.825
Pflegeversicherung	199.726	186.852	1.039		968
<b>gesamt</b>	<b>400.536</b>	<b>371.454</b>	<b>1.039</b>	<b>1.008</b>	<b>15.319</b>

\* Da Stornierungen bis zu mehreren Monaten nach Auftragseingang erfolgen können, entstehen bei einer Netto-Betrachtung (ohne Storno) abhängig vom Datenstand differente Eingangszahlen. Um dies zu vermeiden, werden die Auftragseingänge inklusive der stornierten Aufträge seit Januar 2018 gezählt.

\*\* Im Gegensatz zum Kapitel 1, welches die Betrachtung nach Begutachtungsanlass vorsieht, werden im Kapitel 2 der Input und Output der einzelnen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten ausgewiesen.

# Bedeutung der Zeiterfassung in Zeiten der PBE-RL

## **Solide Stellenplanung benötigt belastbare Daten**

Eine solide Haushaltsplanung benötigt belastbare Zahlen – anders geht es nicht. Die Erfassung aller Zeiten, die Mitarbeitende zur Erledigung ihrer Arbeit benötigen, ist daher unabdingbar. Ein Thema, das in Zeiten der Personalbedarfsermittlungs-Richtlinien (PBE-RL) immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Der MD Nord verfügt dazu über gute Instrumente. Unser Dienst bringt sich außerdem intensiv in die Arbeit der O3 Controlling ein, die hier zentralen Beitrag bei der Konzept- und Weiterentwicklung in der MD-Gemeinschaft leistet.

## **Die PBE-Richtlinien – verbindliche Normen für alle MD**

Man kann die PBE-RL wegen des damit verbundenen Aufwands kritisch sehen. Aber sie sind verbindlich und die Absicht des Gesetzgebers war hehr. Ziel der PBE-RL ist die angemessene Ausstattung der Medizinischen Dienste mit gutachtlich tätigem Personal, damit die Begutachtungsaufgaben sachgerecht wahrgenommen werden können.

Ein zentraler Baustein für die Berechnung des Personalbedarfs im Rahmen der Richtlinien sind einheitlich erhobene aufgabenbezogene Richtwerte. Unter Richtwerten versteht man die durchschnittlichen Zeitaufwände, die bundesweit für ein gutachterliches Produkt aufgebracht werden müssen. Damit diese Richtwerte ermittelt werden können, sind von den einzelnen Medizinischen Diensten einheitlich die realen Bearbeitungszeiten für die im Produktkatalog definierten Produkte zu erheben und jährlich an den Medizinischen Dienst Bund zu melden. Die Zeiten der Gutachterinnen und Gutachter in den einzelnen MD sollen dabei nicht nur vollständig und ohne Redundanzen erfasst werden. Sie müssen – zumindest perspektivisch – bundesweit auch nach der gleichen Systematik erfasst werden und das möglichst digital.

Die PBE-RL haben auch in 2023 erhebliche Ressourcen des Controllings gebunden – sowohl intern wie auch bei der Arbeit auf Bundesebene. Denn die PBE-RL sind nicht statisch: Die Richtlinien müssen nach dem Wunsch des Bundesgesundheitsministeriums evaluiert, angepasst und weiterentwickelt werden.

Grundlage dafür ist ein für alle MD verbindlicher Konvergenzplan, der die einzelnen Schritte der weiteren Anpassung vorgibt. Hierdurch wurden umfangreiche Arbeiten notwendig u.a. im Bereich Zeiterfassung, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden.

## **Zeiterfassung produktbezogener Bearbeitungszeiten**

Schon vor der PBE-RL hatte die UAG (=Unterarbeitsgruppe) Produkte der O3 ein von den Vorständinnen und Vorständen abgenommenes Konzept zur Zeiterfassung bei der Begutachtung entwickelt, das als Grundlage der einheitlichen Erfassung produktbezogener Bearbeitungszeiten in allen MD dient. Dieses Konzept ist seitdem wichtiger Baustein der Haushaltsplanung.

An der Erarbeitung und ständigen Weiterentwicklung des von Anfang an gut angenommenen, schlanken Konzeptes waren vom MD Nord Thomas Rädisch, Hana Koban und Dr. Dirk Melcher vom Controlling sowie Dr. Bernhard van Treeck als Leiter der UAG Produkte maßgeblich beteiligt.

Einer der Meilensteine des oben erwähnten Konvergenzplans zur PBE-RL sah vor, dass in 2023 das „Konzept Zeiterfassung produktbezogener Bearbeitungszeiten“ (KZP) überarbeitet werden musste. Dies ist durch die UAG Produkte erfolgt. Neu ist unter anderem jetzt, dass Wegezeiten und die eigentliche Begutachtungszeit getrennt erfasst werden. Das ermöglicht eine differenziertere Betrachtung – insbesondere im Bereich der Pflegebegutachtung.

## **Zeiterfassung in Kompetenzeinheiten und Arbeitsgruppen auf Bundesebene**

Ein weiterer Meilenstein des Konvergenzplans zur PBE-RL betrifft die sogenannten Zusammenhangstätigkeiten. Darunter subsumiert sind unter anderem die Tätigkeiten der MD auf Bundesebene. Bislang wurden diese Tätigkeiten auf Bundesebene nur teilweise und nicht durchgehend systematisch erfasst – ein aus Sicht des Controllings nicht zufriedenstellender Zustand.

Der Konvergenzplan PBE-RL sieht deshalb perspektivisch eine differenzierte Erfassung der Zusammenhangstätigkeiten ab dem 2. Halbjahr 2024 vor. Das war Ausgangspunkt dafür, dass die UAG Produkte in 2023 – unter intensiver Beteiligung der Kompetenzeinheiten und des MD Bund – ein Konzept „Zeiterfassung Kompetenzeinheiten/Arbeitsgruppen auf Bundesebene“ (KZK) entwickelt hat. Dieser Konzeptvorschlag ist ein Teil des noch zu entwickelnden umfassenderen Konzepts über alle Zusammenhangstätigkeiten und bildet eine erste solide Basis zu dessen Umsetzung.

Auf der Grundlage dieses Konzeptes können jetzt alle Tätigkeiten auf Bundesebene nach einem einheitlichen Schema erfasst und gemeldet werden. Untererfassung und Doppelerfassung werden so vermieden. Zudem erleichtert die einheitliche Systematik des KZK die Berichterstattung der MD bzw. des MD Bund.

### **Umsetzung beim MD Nord**

Die Sozialmedizinischen Expertengruppen (SEG) arbeiten bereits seit 01.01.2024 mit den Schlüsseln des KZK. Auch der MD Nord setzt ab Anfang 2024 Schritt für Schritt das KZK um.

In 2024 sind seitens des Controllings beim MD Nord weitere kleine Umsetzungsschritte zum KZK notwendig: Die ZEBRA-Datenbank des MD Nord, entwickelt von Tim Wulf als ein Instrument zur „ZeitErfassung von BesondereN Aufwänden“, wurde im letzten Jahresbericht bereits vorgestellt. In ZEBRA erfolgt die Erfassung der Zeiten auf Bundesebene beim MD Nord schon länger rein digital. ZEBRA wird in 2024 auf die neue Schlüsselssystematik des KZK umgestellt.

Damit ist eine für die Gutachterinnen und Gutachter aufwandsarme und außerdem unmittelbar verarbeitbare Zeiterfassung möglich – jetzt nach den neuen Schlüsseln des KZK.

### **Zeiterfassung sichert Stellen**

Den Gutachterinnen und Gutachtern den Sinn der Zeiterfassung deutlich zu machen, war einfach: Die Zeiterfassung hilft perspektivisch Stellen zu sichern. Dass die Zeiterfassung der Aufwände für die Bundesebene dank der ZEBRA-Datenbank zudem anwenderfreundlich und aufwandsarm ist, steigert zusätzlich die Akzeptanz.

All das war nur möglich durch ein weit überdurchschnittliches Engagement der UAG Produkte und – was die konkrete Umsetzung beim MD Nord angeht – unseres Controllings. So ist der MD Nord bei der Haushaltsplanung zukunftsfähig aufgestellt.



UAG Produkte tagt zum Konzept Zeiterfassung – hier unter Einbeziehung der Leiterin der SEG 1

## Personalgewinnung – eine zentrale Herausforderung für den Medizinischen Dienst



Laura Simon, Abteilung Personal und Finanzen

### **Erfolgreiches Personalwachstum in schwierigem Marktumfeld**

Die Gewinnung geeigneten Personals ist in Zeiten zunehmenden Fachkräftemangels eine zentrale Herausforderung für die Medizinischen Dienste. Der MD Nord ist hier erfolgreich. Nachdem bereits 2021 und 2022 jeweils etwa 80 Beschäftigte aller Berufsgruppen pro Jahr neu beim Medizinischen Dienst Nord angefangen hatten, wurde in 2023 mit 114 Neueinstellungen eine um zusätzlich fast 50 % gesteigerte Personalanwerbung erreicht.

### **Gutachter ist ein neuer Beruf**

Der Schwerpunkt lag naturgemäß wegen der steigenden Aufgaben im Begutachtungsgeschäft bei Pflegefachkräften und Ärzten. Aber auch andere Beschäftigte wurden trotz des Fachkräftemangels erfolgreich angeworben. Dabei stellt der Fachkräftemangel für den MD eine besondere Herausforderung dar, denn die Anforderungen für die Tätigkeit beim MD sind hoch: Beschäftigte, die für eine Gutachtertätigkeit eingestellt werden, müssen neben ihrer vorhandenen medizinischen bzw. pflegerischen Qualifikation die Aufgaben einer Gutachterin bzw. eines Gutachters völlig neu erlernen. Das bedeutet nicht nur für die neu eingestellten Kolleginnen und Kollegen einen erheblichen Aufwand, sondern auch für die vorhandenen Beschäftigten, die die Einarbeitung und Mentorentätigkeit übernehmen. Diese Ressourcen fehlen in der Begutachtung.

Die Abteilung Personal und Finanzen managt die entsprechende Anwerbung und Einarbeitung durch ein vollelektronisches Bewerbungsverfahren, das eine Bewerbung über viele Kanäle beim MD Nord ganz problemlos macht. Die Vorstellungsgespräche werden – auch nach Ende der Corona-Pandemie – in Teilen als Videokonferenz durchgeführt, z.B. um den Bewerbenden gegebenenfalls längere Anreisen zu ersparen.

### **Verändertes Marktumfeld erschwert Personalgewinnung**

Dabei spürt der MD Nord ein verändertes Marktumfeld: Als Teil des öffentlichen Dienstes und Mitglied der Tarifgemeinschaft der Medizinischen Dienste bietet unser Tarifvertrag attraktive Konditionen, jedoch führt der Fachkräftemangel in einigen Marktsegmenten, insbesondere im Pflegebereich, zu schwierigen Situationen durch besser bezahlende konkurrierende Anbieter.

Insbesondere im Bereich der Pflegefachkräfte in der Einzelfallbegutachtung werden die Medizinischen Dienste tariflich voraussichtlich nachlegen müssen, wenn sie am Markt weiter erfolgreich sein wollen.

### **Home Office steigert Attraktivität und senkt Kosten**

Gleichwohl wächst der MD Nord weiter. Auch in 2024 werden wir eine erhebliche Zahl von Neueinstellungen vornehmen. Nach Ende der Corona Pandemie zeigt sich, dass sich die schon ab 2020 vorgesehenen und dann in Corona-Zeit voll genutzten Home Office-Möglichkeiten so bewährt haben, dass sie unverändert beibehalten worden sind und sowohl zu einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit führen wie zu Ressourceneinsparungen für den MD Nord, weil trotz der steigenden Mitarbeiteranzahl weniger Raumbedarf besteht.

### **Fortschreitende Digitalisierung in der Abteilung Personal und Finanzen**

Die Abteilung Personal und Finanzen hat dem steigenden Mitarbeiterbestand Rechnung getragen



Reiner Botho Müller, Leiter der Abteilung Personal und Finanzen

und ihre Strukturen angepasst, so dass auch nach der Anwerbung und Einstellung durch den Bereich Recruiting die Mitarbeitenden durch den Bereich Personalmanagement und den Bereich Gehaltsabrechnung fortlaufend gut betreut werden können. Dazu trägt auch die fortschreitende Digitalisierung bei, die durch die zeitnah vorgesehene Einführung der elektronischen Personalakte und eines elektronischen Postfaches die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Personalabteilung noch weiter verbessern und beschleunigen wird.

### **Flexible Arbeitszeitmodelle machen den Dienst attraktiv**

Der MD Nord kommt den Mitarbeitenden schon seit vielen Jahren durch eine flexible und großzügige Gestaltung der jeweiligen Arbeitszeit entgegen, soweit dieses mit den jeweiligen Aufgaben vereinbar ist. Es besteht eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen, die individuell auf die Wünsche der Beschäftigten und den jeweiligen Arbeitsbereich abgestimmt werden.

---

### **Stellvertretender Vorsitzender leitet O1 auf Bundesebene**

Reiner Botho Müller, Abteilungsleiter der Doppelabteilung Personal und Finanzen und stellvertretender Vorstandsvorsitzender des MD Nord, ist zudem Leiter der bundesweiten Arbeitsgruppe der Finanzleitungen der Medizinischen Dienste O1. Neben dem wichtigen intensiven regelmäßigen Informationsaustausch auf Bundesebene werden hier Arbeitshilfen, Handlungsempfehlungen und Muster-Arbeitsanweisungen für die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste erarbeitet.

## Abwehrkrieg im Stillen – IT-Sicherheit beim MD Nord

In der heutigen digitalen Welt ist die Sicherheit sensibler Daten von größter Bedeutung. Dies ist auch für den MD Nord ein wichtiges Thema. Bei Cyberangriffen beobachtet das BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) in jüngerer Vergangenheit, dass nicht mehr nur große, zahlungskräftige Unternehmen angegriffen werden, sondern zunehmend auch kleine und mittlere Organisationen sowie staatliche Institutionen und Kommunen. Nach den Zahlen des BSI wurden im Jahre 2023 an jedem Tag etwa 250.000 neue Varianten bereits bekannter Schadsoftware gefunden. Eine unfassbare Zahl, der es mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen gilt.

IT-Sicherheit soll sicher stellen, dass Cyberangriffe keine Chance haben. Kommt es dennoch zum Akutfall gilt es, Angreifer direkt zu entdecken und mit geeigneten Maßnahmen so schnell zu reagieren, dass Schäden auf ein Minimum begrenzt werden. IT-Sicherheit ist somit eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe und permanent im Wandel. Cybersicherheit ist für den MD Nord von zentralem Interesse. Eine Schadprogramm kann im schlechtesten Fall in kurzer Zeit die gesamte Produktion lahmlegen.

Im MD Nord existieren nur wenige Break-Out-Points, also Übergänge aus dem internen Netzwerk des MD Nord ins Internet, sodass das Team IT gezielt an diesen wenigen kritischen Punkten ansetzen kann. Es kommen verschiedene technische und organisatorische Maßnahmen zum Einsatz, beginnend mit dem Einsatz einer sogenannten Firewall, die den Datenverkehr aus dem Internet in den MD Nord und aus diesem heraus regelt und überwacht.

Dienste und Server, die nicht nur aus dem internen Netz des MD Nord nutzbar sein sollen, sondern auch von und nach außen, sind zusätzlich in einem eigenen



Lutz Remshardt, Leiter der Abteilung Service

Netzsegment, der sogenannten DMZ (Demilitarisierte Zone), gekapselt. Die vorgenannte Firewall, kümmert sich ebenfalls um den Zugriff auf diese DMZ. Dies gilt für Zugriffe von außerhalb des MD Nord, also aus dem Internet, wie auch auf Zugriffe aus den anderen bereits genannten getrennten Netzwerken, sodass die Firewall intern wie auch zwischen DMZ und Internet abschirmt.

Die Systemanmeldung an den Endgeräten wird aktuell auf eine Multi-Faktor-Authentifizierung umgestellt. Hierbei werden quasi mehrere Passworte, die sich zum Teil auch permanent ändern und an verschiedenen Stellen und auf verschiedenen Geräten erzeugt werden, zum Zugang benötigt. Selbst wenn eines dieser Passworte einmal für Angreifer bekannt werden sollte, reicht dies bei diesem Verfahren nicht, um sich Zugang zu verschaffen.

Alle durch den MD Nord eingesetzten Endgeräte, sowie Server und andere Knotenpunkte nutzen eine sich

selbstständig aktualisierende Virenschutzsoftware, die Vorfälle zentral an das Team IT meldet. Selbst wenn hier einmal Schadsoftware ihren Weg in den MD Nord finden sollte, nicht freigegebene Software ausgeführt wird oder die Software ungewöhnliche Aktionen auf Geräten registriert, werden diese und das Endgerät zuverlässig blockiert und das Team IT kann reagieren.

Ein sogenanntes Webgateway überprüft bei Internetzugriffen aus dem MD heraus außerdem, ob der Mitarbeiter zum Aufruf einer speziellen Seite überhaupt berechtigt ist und sperrt ggf. den Zugriff. Zum anderen werden alle übertragenen Internetseiten auf Schadsoftware gescannt. Das Webgateway scannt zudem alle Downloads aus dem Internet per Virens Scanner auf schadhafte Komponenten und sperrt auch hier ggf. den Download.

Die E-Mail-Kommunikation mit Auftraggebern und Leistungserbringern des MD Nord erfolgt ausschließlich über verschlüsselte E-Mail-Kommunikation. Alle E-Mails werden hierbei vor der Weiterleitung in das interne Netz des MD Nord auf Schadsoftware überprüft und ggf. blockiert. Auch werden unerwünschte Anhänge in E-Mails gar nicht erst in das Netzwerk des MD Nord gelassen.

Selbstverständlich werden alle Mitarbeiter des MD Nord zum Thema „IT-Sicherheit“ durch Hinweise zum achtsamen Umgang beim Internetzugriff, mit E-Mails unbekannter Absender und mit vertraulichen Daten, sowie Anmerkungen zu Phishing-Mails und Anrufen, sensibilisiert. Eine hundertprozentige Sicherheit gegen Angriffe auf IT-Infrastrukturen und softwaregesteuerte Geräte kann es in einer umfassend vernetzten Gesellschaft trotzdem nicht geben.

All diese genannten Maßnahmen nehmen einen immer größeren Teil der Arbeit ein. Kaum ein System kann heutzutage noch isoliert betrachtet werden. Alles funktioniert nur im Zusammenspiel vieler einzelner IT-Verfahren und Funktionalitäten, sodass ein wichtiger Faktor auch das ‚Miteinander‘ der Kollegen im Team IT der Abteilung Service ist. Und das funktioniert. In den vergangenen Jahren gab es keine Sicherheitsvorfälle beim Medizinischen Dienst Nord.

---

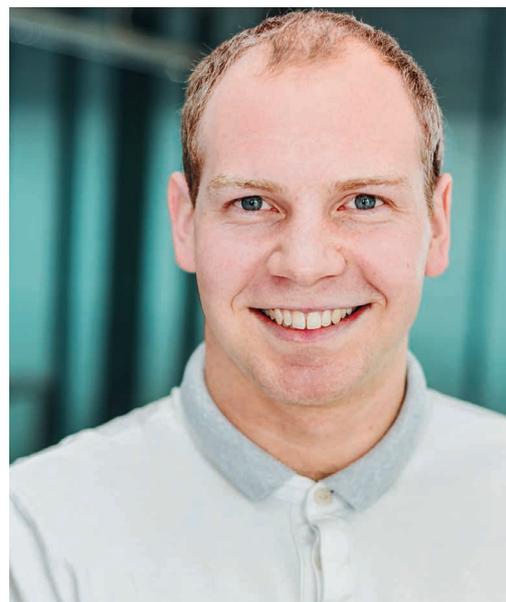
## Mitarbeitersteckbrief

„Ich wollte mich mit Mitte 20 nochmal etwas Neues trauen“, sagt Espen Matschl.

Seine Begeisterung für Elektrotechnik und Computer führte ihn zu einer Ausbildung als Fachinformatiker für Systemintegration. „Ich mag Herausforderungen“, sagt der 27-jährige Hamburger und findet im Medizinischen Dienst Nord jede Menge davon.

Der Einstieg fiel ihm leicht, da er als Laborant bereits aus dem naturwissenschaftlichen Bereich kam. Als Auszubildender im zweiten Lehrjahr im Team IT des MD Nord lernt er verschiedenste Themengebiete kennen.

Aktuell ist er hauptsächlich mit der Netzwerktechnik betraut. Hier arbeitet er eng mit den Kollegen des 12-köpfigen Teams zusammen und fungiert zugleich als Mentor für den jüngeren Azubi im Team.



## Beschwerdemanagement – wichtiger Teil der Qualitätssicherung

**Das Beschwerdemanagement besitzt eine zentrale inhaltliche Bedeutung für den Medizinischen Dienst Nord, daher ist die Beschwerdestelle beim Leitenden Arzt angesiedelt. Jede Beschwerde, egal auf welchem Wege sie eingeht, wird erfasst, beantwortet und statistisch ausgewertet.**

Wir sprachen mit Katja Claus, die bei der Beantwortung von Beschwerden beim MD Nord eine wichtige Rolle einnimmt. Sie recherchiert den Sachverhalt, informiert sich bei den beteiligten Mitarbeitern und formuliert – in Absprache mit den Abteilungsleitungen – die Antworten auf Beschwerden vor, die dann von dem Leitenden Arzt abschließend redigiert und freigegeben werden.

**Beschwerdemanagement ist aufwendig und oft auch mit Ärger verbunden, was ist der Nutzen?**

Ärger muss Gehör finden, um sich auflösen zu können und jedes engagierte Unternehmen nutzt berechtigte Kritik, um sich zu entwickeln und Prozesse zu verbessern. Das Beschwerdemanagement bietet uns zudem die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen unserer Arbeit zu erklären. Längst nicht jedem Beschwerdeführer ist klar, welche Kompetenzen bei uns liegen oder



Katja Claus, Beschwerdemanagement

dass der MD Nord nicht in einem Büro bei seiner Kranken- oder Pflegekasse sitzt, sondern ein eigenständiges und unabhängiges Unternehmen ist. Nicht zuletzt ist es Aufgabe des Beschwerdemanagements, Schaden von den Mitarbeitern abzuwenden, wenn sich unsachliche Behauptungen gegen sie richten.

**Wie viele Beschwerden gab es in 2023 und wie verteilen sie sich auf die Abteilungen?**

Die Beschwerden haben seit 2020, also dem Beginn der Pandemie kontinuierlich zugenommen. 2023 waren es knapp 300 Fälle. In Relation zur Gesamtzahl der erstellten Gutachten bewegen wir uns allerdings immer noch im Promillebereich.

Zu erwähnen ist auch die zusätzlich notwendige Bearbeitung von Vorgängen, die einen problematischen Inhalt haben, jedoch keine Beschwerde darstellen. Das kann z.B. die Bitte um eine beratende Unterstützung sein, aber auch der Hinweis auf eine Überforderung oder Lebenskrise. Im Jahr 2023 gingen aus der Abteilung PV 115, vom Service 86 und von der Abteilung AV 33 solcher Fälle im Beschwerdemanagement ein. Lässt die Mitteilung eine Krise vermuten, greifen wir in der Regel sofort zum Telefonhörer und erfragen die Situation.

Hinzu kommen diverse telefonische Anfragen oder Rückrufbitten, die interne Weiterleitung von Informationen oder auch Rückmeldungen, wenn wir für das betreffende Anliegen nicht der richtige Ansprechpartner sind. Hier koordiniert das Sekretariat der Beschwerdestelle in Person von Frau Meyer in bewährter Weise die Beantwortung zeitnah.

**Und wie lange dauert es etwa, bis der Beschwerdeführer eine Antwort erhält?**

Wir streben eine Beantwortung innerhalb von 25 Arbeitstagen an, was uns aus verschiedenen Gründen leider nicht immer gelingt.

### Was sind denn die häufigsten Beschwerdegründe?

Beschwerden gibt es zum Beispiel, wenn sich das Ergebnis einer Begutachtung nicht mit der Erwartung des Beschwerdeführers deckt. Dann heißt es, der Gutachter habe keine Ahnung, sei voreingenommen oder er wolle nur Geld für die Kranken-/Pflegekasse sparen. Ferner werden vermeintlich oder real zu lange Wartezeiten bemängelt oder das Verhalten der Kollegen in der Begutachtung oder im telefonischen Kontakt.

Meistens ist es eine Gemengelage von verschiedenen Gründen und auch wenn die Beschwerdegründe im ersten Vergleich unter den Abteilungen sehr unterschiedlich wirken, geht es letztlich fast immer um das Gefühl, ungerecht behandelt worden und „unterlegen“ zu sein.

### Und wie viele Beschwerden sind berechtigt?

Wenn es um „nachweisbare Fehler“ geht, ist der Anteil der berechtigten Beschwerden tatsächlich erfreulich gering. Häufig handelt es sich bei einer Beschwerde jedoch um ein „Empfinden“, dass man weder widerlegen, noch beweisen kann oder die betreffenden Mitarbeitenden widersprechen der Darstellung der Beschwerdeführenden.

### Da stelle ich mir die Beantwortung schwierig vor. Sie waren ja bei der Begutachtung nicht dabei. Wie gehen Sie vor?

Ich lasse die Kritik auf mich wirken, bitte die beteiligten Kollegen, oft auch mit ergänzenden Fragen, um eine Stellungnahme zu deren Sicht auf die Ereignisse und entscheide

dann über das weitere Vorgehen.

Eine Möglichkeit der Beantwortung einer Beschwerde kann die schriftliche Erläuterung gegenüber dem Beschwerdeführer aus unserer Sicht sein. Der Gutachter muss zum Beispiel immer wieder in seinen Laptop schauen und das Gesagte dokumentieren, das geht nicht anders. Manche Versicherte empfinden dies als unhöflich und beschweren sich darüber.

Falls wir als MD Nord einen Fehler gemacht haben, rufe ich den Beschwerdeführer gern an, erkläre den Sachverhalt und bitte um Entschuldigung. Ob das persönliche Gespräch in Form eines Telefonates sinnvoll ist, kann ich oft schon an den Formulierungen in der Beschwerde erkennen. Ist der Ton ruppig oder gar beleidigend und nicht sachlich, bringt ein Telefonat in der Regel nichts. Die meisten Angerufenen freuen sich über die persönliche Rückmeldung.

Eine Entschuldigung per Telefonat wirkt authentischer als in einer schriftlichen Antwort. Wir kommen in einen Dialog und der zuvor oft als „Apparat“ empfundene MD Nord wirkt plötzlich menschlich. Solches Feedback bekomme ich regelmäßig in diesen Telefonaten.

### Was passiert, wenn der Name eines Mitarbeiters häufiger im Beschwerdemanagement auftaucht? Dann liegt ja möglicherweise ein Problem auf Seiten des MD Nord vor.

Eine wesentliche Aufgabe des Beschwerdemanagements ist es, die Ursachen der Beschwerde auszuwerten und für die Verbesserung unserer Arbeit und Prozesse im Unternehmen nach Möglichkeit zu nutzen.

Bei Mitarbeitern reflektiere ich die Gesamtsituation. Jemand der 50 Telefonate am Tag führt, läuft rein statistisch natürlich Gefahr häufiger eine Beschwerde zu bekommen, als jemand der im Monat zwei Hausbesuche durchführt.

Ähneln sich die Beschwerden über einen Kollegen jedoch inhaltlich? Dann setze ich dort an. Vorrangig nehme ich Kontakt zu dem Kollegen auf, erörtere die möglichen Ursachen und das Potential für Veränderungen. Bleibt die Situation gleich, würde ich den jeweiligen Vorgesetzten einbinden, was aber nur sehr selten erforderlich ist.

In der Abteilung Pflegeversicherung begleite ich ggf. auch den Gutachter im Hausbesuch, spiegele ihm meinen Eindruck seines Verhaltens in der Begutachtung und coache ihn hinsichtlich einer Veränderung. Ich selbst verfüge u.a. über eine langjährige Erfahrung als Gutachterin in der Pflegeversicherung und bin auch ausgebildeter systemischer Coach. Dadurch kann ich die Probleme aus verschiedenen Perspektiven hinterfragen.

### Ein Problem sind sicher die aktuellen Laufzeiten in der Pflegebegutachtung. Da kann man vermutlich nur sagen, ja, wir haben Verständnis für Ihren Ärger, oder?

Ja, genau! Verständnis für die Kritik und unser eigenes Bedauern hinsichtlich der Situation sind die Eckpunkte unserer Antwort. Selbstverständlich erläutern wir auch, warum es zu diesen verlängerten Laufzeiten kommt, deren Ursachen der MD ja nur teilweise beeinflussen kann. →

→ Sie arbeiten seit 2014 im Beschwerdemanagement? Was hat sich seitdem geändert?

Die Beschwerden haben sich inhaltlich sehr verändert. Der Ton wird rauer, die Schreiben unsachlicher. Dies bildet in Teilen wohl den allgemeinen gesellschaftlichen Wandel und die zunehmende Ich-Bezogenheit vieler Menschen ab.

Oft wird der Gutachter als ein „Sekretär“ angesehen, der die Angaben und das angestrebte Ergebnis des Versicherten nur 1:1 verschriftlichen soll. Bewertet der Gutachter eigenständig und richtlinienkonform, was ja genau seine Aufgabe ist, kann das bereits Gegenstand der Beschwerde sein.

Ehrverletzende, herabsetzende Formulierungen gegenüber unseren Kollegen nehmen leider zu. Manch Versicherter fordert völlig unreflektiert einerseits Respekt für sich ein, verhält sich selbst aber ausgesprochen respektlos. Einige wenige

schrecken auch vor einer Gewaltandrohung nicht zurück.

Und wie reagieren Sie? Hier geht es ja dann unter anderem um den Schutz der Mitarbeiter vor Verleumdung.

Die Kollegen fühlen sich von solchen Vorwürfen in der Beschwerde natürlich herabgesetzt. Sie erwarten zu Recht, dass der Arbeitgeber sich hier schützend vor sie stellt. Wir reagieren im Beschwerdemanagement mit sehr klaren Worten und stellen durchaus für den Wiederholungsfall auch eine Strafanzeige in Aussicht. In manchen Fällen kann hier sogar ein freundlicher Anruf sehr zielführend sein, um unsere Haltung zu verdeutlichen.

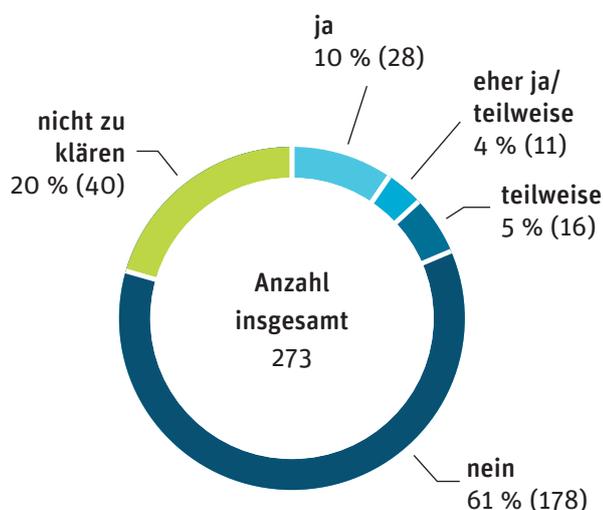
Können Sie noch etwas zur Zusammenarbeit mit der Fachebene sagen? Hier ist ja enge Kooperation zwingend nötig.

Was sich in meiner Wahrnehmung

wirklich gut entwickelt hat, ist die vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit der Abteilungen mit dem Beschwerdemanagement. Kollegen bitten mich häufig um einen Hinweis im Umgang mit schwierigen Situationen oder sprechen mich bereits an, wenn ihnen eine Beschwerde lediglich angedroht wurde. Auch bekommen wir positive Rückmeldungen von den Kollegen zu unseren Beschwerdeantworten.

Im Beschwerdemanagement muss man sich ständig in neue Themen, Sachverhalte und Regelungen der einzelnen Abteilungen einarbeiten und ich bekomme seit nunmehr fast 10 Jahren wirklich immer freundliche und hilfreiche Antworten, wenn ich die Kollegen um ihre Unterstützung bitte. Auch ist die Zusammenarbeit mit dem Leitenden Arzt sehr unkompliziert und konstruktiv. Ich erfülle meine Aufgabe wirklich ausgesprochen gern!

### Verteilung der Beschwerden nach Bewertung



### Anteil Beschwerden bezogen auf 1.000 schriftliche fallabschließende Produkte





## Impressum

### Herausgeber:

Medizinischer Dienst Nord  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

Telefon: 040/25169-0

E-Mail: [info@md-nord.de](mailto:info@md-nord.de)

Internet: [www.md-nord.de](http://www.md-nord.de)

### Bilder:

Dr. Bernhard van Treeck: Titel Elbstrand in Hamburg/Rückseite Travemünde  
Priwall, S. 8, S. 9 oben, S. 13 rechts, S. 20, S. 27, S. 45, S. 53 Außenalster

Dr. Andreas Krokotsch: S. 30 unten

Privat: S. 13 links, S. 15, S. 21 mitte und unten, S. 29 oben und mitte, S.31,  
S. 32, S. 49, S.50

Ärztchammer Hamburg: S. 1

Medizinischer Dienst: S. 10, S. 12, S. 16, S. 18, S. 30 oben, S. 34

Medizinischer Dienst Nord: S. 2, S. 4, S. 7, S. 9 unten, S. 11, S. 17, S. 21 oben,  
S. 29 oben und unten, S. 33, S. 37, S. 38, S. 39, S. 40, S. 46, S. 47, S. 48, S. 49

### Redaktion:

Dr. Bernhard van Treeck

### Satz, Bearbeitung, Grafische Gestaltung:

Tino Nitschke, [www.einundalles.net](http://www.einundalles.net)



## **Gemeinsam für Demokratie und Vielfalt**

**Der Medizinische Dienst tritt für eine weltoffene, freie und demokratische Gesellschaft ein. Wir stehen uneingeschränkt zu Toleranz, Chancengleichheit, Vielfalt und Inklusion.**

**Als unabhängige Begutachtungs- und Beratungsinstitution stehen wir im Dienste unseres demokratischen Sozialstaates. Unsere Werteorientierung ist unser Kompass: Wir behandeln alle Menschen respektvoll – unabhängig von ihrer Herkunft, Hautfarbe, Religion, Ethnizität oder anderen persönlichen Merkmalen.**



Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

Telefon 040/25169-0  
E-Mail [info@md-nord.de](mailto:info@md-nord.de)  
Internet [www.md-nord.de](http://www.md-nord.de)