



Medizinischer Dienst
Nord



JAHRESBERICHT 2024

Das Logbuch aus Hamburg und Schleswig-Holstein

Kompetenz für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung

Inhalt



- | | | | |
|----|---|----|--|
| 02 | Grußwort der Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein | 28 | Personalien |
| 04 | Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden | 29 | Die Entwicklung der DRG-Einzelfallabrechnungsprüfung seit dem MDK-Reformgesetz |
| 06 | Vorwort des Führungsteams | 34 | Die Verschlinkung von Krankenhausstrukturprüfungen beginnt jetzt: QDoK-Base |
| 08 | Bekannte Herausforderungen in der sozialen Pflegeversicherung – wer traut sich, etwas zu verändern? | 36 | Erste AKI-Begutachtungsergebnisse |
| 10 | Das KHVVG ist beschlossen. Kommt nun die Krankenhausreform? | 40 | Personalien |
| 14 | Unterscheiden sich die Ergebnisse von telefongestützten Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit von denen im Hausbesuch? | 44 | Zahlen und Daten 2024 |
| 17 | Abschied von Altbewährtem – ein neues Softwarezeitalter hat begonnen | 48 | Stabile Strukturen in der Personalarbeit |
| 18 | Personalien | 50 | Dem Fachkräftemangel entgegenwirken: Wir bilden selber aus! |
| 19 | Welche besondere Hilfe und Unterstützung bekomme ich am Lebensende? | 52 | Personalien |
| 23 | Personalien | 56 | Der Medizinische Dienst Nord im Spannungsfeld der Gesellschaft |
| 24 | Arbeitsunfähigkeit – ein unverändert zentraler Begutachtungsbereich des Medizinischen Dienstes | 58 | 22 Jahre Kompetenz-Centrum Geriatrie – Rückblick und Ausblick |
| 27 | Arbeitsunfähigkeit und § 51.1 SGB V – ein Fallbeispiel | 66 | Personalien |
| | | 69 | Impressum/Bildnachweise |



GRUSSWORT

Die nächsten Schritte gehen – für eine zukunftsfähige Zusammenarbeit in der Krankenhausplanung

Das Gesundheitswesen steht seit vielen Jahren vor großen und zahlreichen Herausforderungen. Insbesondere im Zuge der Krankenhausreform und mit dem Ende 2024 in Kraft getretenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ist absehbar, dass vor allem in der stationären Versorgung ein tiefgreifender Wandel ansteht. Die Umstellung der Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen wird erhebliche strukturelle Veränderungen in der Organisation der Krankenhauslandschaft nach sich ziehen. Diese Umstellungen betreffen nicht nur die Krankenhäuser, sondern alle beteiligten Akteurinnen und Akteure: die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, die Medizinischen Dienste, die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, deren Dachorganisationen und viele andere mehr.

Eine Umstellung dieser Größenordnung ist mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden, sodass sich die Beteiligten und Betroffenen viele Fragen stellen. Umso wichtiger ist es daher, sich gut und umfassend auf die anstehenden Veränderungen vorzubereiten und dabei die Expertise aller Beteiligten von Anfang an einzubeziehen, um die Strukturen gemeinsam bestmöglich weiterzuentwickeln.

Der Medizinische Dienst Nord wird dabei als neuer Partner der Krankenhausplanungsbehörden eine besondere Rolle einnehmen. Er wird im Auftrag der Länder die Leistungsgruppen, also das Kernstück der neuen bundesweiten Krankenhausplanung, prüfen. In dieser neuen Partnerschaft liegt ein großes Potenzial, denn wenn diese klug und transparent ausgestaltet wird, lassen sich aus der Zusammenarbeit innovative Prozesse entwickeln und zugleich ein hohes Maß an Akzeptanz für die zu treffenden Entscheidungen gewinnen.

Krankenhausplanung ist und war schon immer ein komplexer und dynamischer Prozess, der auf vielen verschiedenen Ebenen stattfindet und unterschiedliche Interessengruppen zusammenbringt. Indem künftig mit Leistungsgruppen geplant wird, sind neue Formen der Zusammenarbeit erforderlich. Notwendig werden Schärfungen und Veränderungen bisheriger Strukturen. Zudem muss die Art und Weise des Vorgehens anders konzipiert werden. Nicht zuletzt bedarf es der Weiterentwicklung von Kenntnissen und Fertigkeiten bei denjenigen, die diesen Prozess begleiten und vorantreiben. Und bei all dem geht es keineswegs nur um die technischen und verfahrensmäßigen Aspekte der Planung, sondern auch und vor allem um Kommunikation und gegenseitige Unterstützung.

Die Implementierung von Leistungsgruppen bedeutet konkret, dass Krankenhäuser ihre Kapazitäten und Ressourcen künftig im Hinblick auf spezifische Leistungsbereiche organisieren müssen. Dies wird die tägliche Arbeit verändern. Gerade deshalb ist es wichtig, von Anfang an darauf hinzuwirken, dass sowohl der Prüf- als auch der Planungsprozess nicht nur kurz-, sondern auch langfristig funktionieren.

Ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Umsetzung dieser Veränderungen ist die Investition in eine durchdachte und nachhaltige Planung. Es geht darum, Ressourcen sinnvoll einzusetzen, die richtigen Partner einzubinden und die Möglichkeiten der digitalen Transformation zu nutzen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Einführung einer digitalen Lösung für das Antragsverfahren der Krankenhäuser auf die künftigen Leistungsgruppen.

Kerstin von der Decken,
Gesundheitsministerin des
Landes Schleswig-Holstein



Diese digitale Anwendung soll so konzipiert sein, dass sie den Arbeitsalltag aller Beteiligten erleichtert und keine zusätzlichen Hürden schafft, um ein möglichst effektives Arbeiten aller sicherzustellen. Sie muss ein Werkzeug sein, das den Prozess der Krankenhausplanung vereinfacht und gleichzeitig die Anforderungen an Transparenz und Nachvollziehbarkeit erfüllt. Sie muss flexibel genug sein, um die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der beteiligten Krankenhäuser und Institutionen zu berücksichtigen, ohne dabei den Kern der Planung zu verwässern.

Das Antragstool und die nachfolgenden Schnittstellen sind deshalb nicht bloß als technische Werkzeuge, sondern als integraler Bestandteil eines umfassenden Veränderungsprozesses zu betrachten. Ihr Erfolg hängt stark davon ab, wie gut sie in bestehende Strukturen integriert oder an neue Strukturen angepasst werden und wie zielführend die Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren verläuft. Dabei ist es entscheidend, alle Beteiligten frühzeitig in den Planungsprozess einzubeziehen. Denn die Akzeptanz der digitalen Lösung ist der Schlüssel für ihren langfristigen Erfolg.

Bei der Ausgestaltung der neuen Schnittstellen und Prüfmechanismen darf ein ganz fundamentales Ziel nicht aus den Augen verloren werden: der Bürokratieabbau. Es ist richtig und wichtig, dass sowohl quanti-

tative als auch qualitative Voraussetzungen nicht nur eingehalten, sondern auch sorgfältig geprüft werden müssen. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass das Verhältnis zwischen Dokumentation der Arbeit an der Patientin und am Patienten einerseits und der tatsächlichen Arbeit am und mit den Patientinnen und Patienten andererseits in ein Missverhältnis gerät. Fakt ist: Prüfung und Planung sind kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck der bedarfsgerechten Krankenversorgung.

Der Medizinische Dienst Nord verfügt über eine große Expertise und nimmt als unabhängiger Dienst mit seinen vielfältigen Aufgaben in der Pflege und in der ambulanten Begutachtung eine wichtige Rolle ein. Deshalb bin ich überzeugt, dass es gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Nord, dem neuen Partner an der Seite der Krankenhausplanungsbehörden, gelingen wird, auch und gerade in diesen herausfordernden Zeiten im Gesundheitswesen innovative Ansätze zu entwickeln und den anstehenden Wandel in der Krankenhauslandschaft konstruktiv zu begleiten.

Ihre

Kerstin von der Decken
Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein



VERWALTUNGSRAT

Der Medizinische Dienst Nord ist eine unverzichtbare Säule unseres Gesundheitssystems!

Auf unser solidarisches und beitragsfinanziertes Gesundheitssystem in Deutschland dürfen wir stolz sein. Allen gesetzlich Versicherten steht jede medizinisch notwendige Leistung zu. Mag eine Zolgensma®-Infusion auch zwei Millionen Euro kosten – ist sie medizinisch erforderlich, wird sie von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen und kommt den Patientinnen und Patienten zugute. Damit unser gesetzliches Gesundheitssystem sein Leistungsversprechen auch vor dem Hintergrund zukünftiger Herausforderungen und knapper Kassen unverändert einhalten kann, brauchen wir einen starken, unabhängigen und hochqualifizierten Medizinischen Dienst. Nur wenn weiterhin auf der einen Seite mit medizinischem Sachverstand geprüft wird, was wirklich erforderlich ist, kann auf der anderen Seite sichergestellt werden, dass sämtliche wirklich notwendigen Leistungen – von Hilfsmitteln, innovativen Medikamenten bis hin zu Medizinprodukten und Transplantationen – allen Betroffenen zur Verfügung stehen. Wir sehen es als eine Herausforderung für die Zukunft, hierfür die Akzeptanz sowie das Vertrauen aller Beteiligten zu gewinnen.

Entbürokratisierung ist wichtig und wird vom Medizinischen Dienst Nord proaktiv vorangetrieben, etwa durch das Web-Antragsportal für OPS-Strukturprüfungen oder auch die neue Informationsdatenbank QDoK-Base (siehe entsprechender Artikel in diesem Jahresbericht). Die berechtigte Verschlinkung von Prüfungen darf jedoch nie dazu führen, dass hierbei erforderliche Qualitäts- oder Abrechnungsprüfungen oder gar der Patientenschutz auf der Strecke bleiben.

Der in der Öffentlichkeit immer wieder vermittelte Eindruck, der Medizinische Dienst „entziehe“ mit seinen Pflegefachgutachtern dem Gesundheitssystem Pflegekräfte, lässt sich leicht widerlegen: Ein Blick in das Statistikportal und in unsere Personalstatistik zeigt, dass lediglich 0,34% des Pflegepersonals in Hamburg und Schleswig-Holstein beim MD Nord tätig ist (bezogen auf die zuletzt veröffentlichten Pflegedaten der Länder vom 31.12.2022). In Anbetracht der beeindruckenden Anzahl geleisteter Begutachtungen (siehe Controlling-Zahlen in diesem Jahresbericht) untermauert dies im Gegenteil, wie effizient und schlank der MD Nord seinen gesetzlichen Aufgaben nachkommt.

Und dabei könnte der Medizinische Dienst ausgerechnet im Bereich der Pflegebegutachtung noch deutlich aufwandsärmer arbeiten, wenn der Gesetzgeber auch hier endlich erlauben würde, was sich bei den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern längst bewährt hat: Begutachtungen im Rahmen von Telefoninterviews und Videobegutachtungen, wo diese von den Beteiligten für sinnvoll gehalten werden.

Aus unserer Sicht ist es als Sündenfall zu bezeichnen, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes den Pflegediensten selbst die Begutachtung von Ansprüchen auf Pflegeleistungen überlassen wollte. Hiermit wäre erstmals die Trennung von Leistungserbringung und Prüfung der Leistungsansprüche durchbrochen worden. So gesehen war es gut, dass das Gesetz in den Wirren des Koalitionsbruchs nicht mehr zustande gekommen ist.

Jürgen Reimer und Mirko Knappe – alternierende Verwaltungsratsvorsitzende des MD Nord



Das Jahr 2024 hielt nicht nur in der Politik Neues bereit, sondern auch beim Medizinischen Dienst Nord: Im Dezember verabschiedeten wir nach 22 Jahren Herrn Peter Zimmermann als Vorstandsvorsitzenden in den wohlverdienten Ruhestand. Wir möchten Herrn Zimmermann sehr herzlich für seinen unermüdlichen Einsatz und seinen Verdienst um den Medizinischen Dienst Nord danken!

Ebenso möchten wir dem Leitenden Arzt, Herrn Dr. Bernhard van Treeck, der als unparteiisches Mitglied zum Gemeinsamen Bundesausschuss gewechselt hat, unseren herzlichen Dank für seine ebenfalls langjährige Arbeit und sein unermüdliches Engagement aussprechen.

Wir wünschen beiden alles Gute auf ihrem zukünftigen Lebensweg!

Wir freuen uns sehr, dass wir mit Herrn Helge Neuwirk einen versierten Kenner unseres Gesundheits-

systems als neuen Vorstandsvorsitzenden gewinnen konnten. Mit Herrn Dr. Andreas Krokotsch hat ein ebenfalls schon langjährig erfahrener Kollege und Experte die Aufgabe als Leitender Arzt übernommen. Wir wissen damit den Medizinischen Dienst Nord in besten Händen, um die aktuellen Herausforderungen zu meistern. Auch das begrüßen wir sehr.

Beiden neuen Mitgliedern im Führungsteam wünschen wir viel Erfolg und gutes Gelingen!

Zu guter Letzt möchten wir uns von Herzen bei allen Mitarbeitenden des MD Nord für Ihren Einsatz und Ihre professionelle Arbeit bedanken, ohne die der MD seine wichtige Aufgabe nicht bewerkstelligen könnte. Ihnen gebühren die Anerkennung und die Wertschätzung aller Versicherten, Kostenträger, Leistungserbringer sowie der Politik!

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen des Jahresberichts.

Jürgen Reimer

Mirko Knappe



VORWORT DES FÜHRUNGSTEAMS

Moin, wir sind „die Neuen“!



Wir freuen uns sehr, als neues Team den Medizinischen Dienst Nord führen zu dürfen. Wir schätzen uns glücklich, ein so gut bestelltes Haus übernehmen zu dürfen. Herrn Peter Zimmermann und Herrn Dr. van Treeck danken wir für ihre großartige Arbeit sehr herzlich.

Uns allen ist bekannt, vor welchen Herausforderungen wir stehen:

Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung steigt die Zahl der Anträge auf Leistungen bzw. Pflegegrade bereits seit Jahren über ein demographisch erklärbares Maß. Verglichen mit dem Jahr 2018 hat sich die Zahl der Begutachtungsaufträge um mehr als 40% erhöht. Es ist kein Geheimnis, dass alle Medizinischen Dienste hier mit der Bearbeitung in den Rückstand geraten

sind. Uns ist es dennoch gelungen, die Wende hinzubekommen. Insbesondere unter Einsatz alternativer Begutachtungsmethoden wie Telefoninterviews und Begutachtungen nach Aktenlage konnten wir die Laufzeiten verkürzen und befinden uns aktuell auf einem guten Weg. Für diese starke Leistung möchten wir uns bei allen beteiligten Kolleginnen und Kollegen sehr herzlich bedanken!

Damit die Medizinischen Dienste zukünftig die weiter steigenden Pflegeaufträge effizient und aufwandsarm bearbeiten können, muss die Politik uns die dafür erforderlichen Begutachtungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Diesem dringenden Anliegen widmet sich Herr Dr. Schünemann näher in einem Beitrag un-

ter „Politik und Recht“ sowie gemeinsam mit Herrn Dr. Melcher in der Rubrik „Abteilung Pflegeversicherung“. Um die von uns benötigten Stellen auch mit qualifiziertem Pflegefachpersonal besetzen zu können, müssen wir konkurrenzfähig sein. Mit unserem neuen Tarifvertrag wurde hier ein richtiges Signal gesetzt: Kolleginnen und Kollegen in der Einzelfallbegutachtung werden hier zukünftig gemäß einer höheren tariflichen Eingruppierung vergütet. Das ist eine wichtige Voraussetzung dafür, unseren gesetzlichen Auftrag vor dem Hintergrund der demographischen Herausforderungen auch in Zukunft erfüllen zu können.

Mit der Krankenhausreform, dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), hat die Politik uns eine neue wichtige Aufgabe zugewiesen: Zukünftig werden wir im Auftrag unserer Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein die Einhaltung von Qualitätskriterien von Leistungsgruppen begutachten. Damit unterstützen wir die Bundesländer bei ihrer zukünftigen Landeskrankenhausplanung mit unserer langjährig erworbenen Expertise im Bereich der Krankenhausversorgung. Wir freuen uns sehr auf die Zusammenarbeit mit den Bundesländern und werden ein zuverlässiger und guter Partner sein. Unsere Vorbereitungen für diese Leistungsgruppenprüfungen haben daher bereits lange vor dem Inkrafttreten des KHVVG begonnen, und wir freuen uns sehr über den konstruktiven Dialog mit unseren neuen Auftraggebern, den Bundesländern.

Unseren Medizinischen Dienst Nord zeichnet bereits seit vielen Jahren die Besonderheit aus, dass wir im Bereich der IT dort innovative Eigenlösungen entwickeln, wo es noch keine bundesweiten Systeme gibt. Dabei verfügen wir über einen besonderen Schatz: unsere eigenen Kolleginnen und Kollegen, die mit ihren kreativen Ideen und ihrer Kompetenz so effiziente und praktikable Lösungen wie unsere neue Krankenhaus-Strukturdatenbank QDoK-Base ermöglichen. Der gemeinsame Beitrag in diesem Jahresbericht hierzu ist überaus lesenswert.

Prozesse müssen in unserem Gesundheitssystem verschlankt werden, ohne dass dabei die Patientensicherheit gefährdet wird oder Falschabrechnungen nicht mehr erkannt werden können. Hierfür sind klar vorgegebene bundeseinheitliche digitale Schnittstellen zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst eine Grundvoraussetzung. Das muss von der Politik durchgesetzt werden.

In der Öffentlichkeit ist vielen nicht bekannt, warum unser Gesundheitssystem einen unabhängigen professionellen medizinischen Begutachtungsdienst benötigt und wie wir arbeiten. Wir wollen daher zukünftig in der Öffentlichkeit sichtbarer werden und mehr über die wichtige und qualifizierte Arbeit des MD Nord informieren.

Überdies möchten wir noch stärker den Dialog mit allen Akteuren unseres Gesundheitssystems suchen. Auch in diesem Zusammenhang konnten wir bereits in den Bereichen Presse und Öffentlichkeitsarbeit sowie unserem neuen Content-Bereich und im Qualitätsmanagement erste Weichenstellungen bzw. frühzeitige Nachbesetzungen vornehmen.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen für ihren wertvollen Einsatz in allen Bereichen sehr herzlich bedanken. Unser ganz besonderer Dank gilt dabei allen, die sich im persönlichen Kontakt mit Versicherten befinden. Sie sehen sich teilweise einer zunehmenden Verrohung im persönlichen Umgang im Zusammenhang mit ungerechtfertigten Leistungserwartungen ausgesetzt. Wir danken Ihnen für Ihren professionellen Umgang bei der Erfüllung Ihrer gesetzlichen Aufgaben. Sie dürfen den Ihnen gebührenden Respekt erwarten. Hierfür werden wir uns weiter einsetzen.

Zusammen sind wir bestens aufgestellt, um alle anstehenden Herausforderungen professionell und mit Augenmaß zu meistern.

Helge Neuwerk
Vorstandsvorsitzender

Reiner Botho Müller
Stellv. Vorstandsvorsitzender

Dr. Andreas Krokotsch
Leitender Arzt



POLITIK UND RECHT

Bekannte Herausforderungen in der sozialen Pflegeversicherung – wer traut sich, etwas zu verändern?

In den letzten Jahren wurden jährlich neue Höchststände an Leistungsanträgen in der sozialen Pflegeversicherung verzeichnet, daran hat sich auch im Jahr 2024 nichts geändert. Erstmals wurden beim Medizinischen Dienst Nord deutlich mehr als 200.000 Anträge registriert, das entspricht einer Steigerung von erneut 3,9% gegenüber dem Vorjahr. Seit dem Jahr 2018 haben sich damit die Begutachtungsaufträge in Hamburg und Schleswig-Holstein von mehr als 147.000 in 2018 zu aktuell 208.000 um 41,5% erhöht.

Diese Steigerung kann, trotz zunehmenden Eintritts der geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter, nicht allein auf die demografische Veränderung zurückgeführt werden, die mit jährlich ungefähr einem Prozent ihren Anteil hat. Stattdessen scheinen andere Faktoren, wie sozioökonomische Unsicherheitsfaktoren (Inflation, wirtschaftliche Stagnation/Rezession und auch kriegerische Auseinandersetzungen), wesentliche „Trigger“ dieser Entwicklung zu sein. Auch wenn die Zahlen für das Jahr 2023 hinsichtlich eines demografisch bedingten Zuwachses pflegebedürftiger Menschen von Herrn Minister Prof. Lauterbach (50.000) deutlich von denen von Herrn Prof. Rothgang (250.000) abweichen, erklären sie nur zum Teil die tatsächlich gewachsene Anzahl von 360.000 zusätzlichen Leistungsempfängern.

Die Prognose des Statistischen Bundesamtes hierzu mit 5,4 Millionen pflegebedürftigen Personen war schon Ende 2023 mit 5,7 Millionen überholt! Es treffen also zunehmend mehr Leistungsanträge auf begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen der sozialen Pflegeversicherung, für die es zwingend Lösungen zu finden gilt.

Eine wesentliche praktische Auswirkung auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen stellt der seit Jahr(zehnt)en bekannte und sich spätestens seit der Corona-Pandemie verstärkt manifestierende Mangel an Pflegefachkräften dar. Dieser wird – sofern sich keine wesentlichen Änderungen ergeben – zu einer noch erheblicheren Versorgungslücke pflegebedürftiger Menschen, spätestens mit Beginn der 2030iger Jahre führen. Erste zaghafte Ansätze wurden bereits wissenschaftlich empfohlen („Rothgang-Studie“), allein bis heute ist jedoch keine echte Umsetzung erkennbar.

Daneben scheint auch der durchaus ehrenwerte Ansatz, mehr Geld in die Pflegeversicherung einzubringen, begrenzten finanziellen Ressourcen gegenüber zu stehen. Ende 2024 wurde von einer möglichen Zahlungsunfähigkeit der Pflegeversicherung ab Februar 2025 berichtet – auch wenn Minister Lauterbach diesem Bericht umgehend widersprochen hat. Die kürzlich erfolgte Beitragssatzerhöhung der Pflegeversicherung um 0,2% wird nach Meinung vieler Sachkundiger nicht ausreichen, um alle zukünftigen, womöglich noch ausgeweiteten, Leistungsansprüche zu befriedigen.

Soweit es den MD Nord betrifft, macht sich auch hier der Fachkräftemangel bei der Begutachtung bemerkbar. Dabei steht man, insbesondere in Metropolregionen wie Hamburg, in einem scharfen Wettbewerb um qualifizierte Pflegefachkräfte. Erfreulicherweise wurden hier Verbesserungen im Wettbewerb durch den neuen Tarifvertrag der Medizinischen Dienste geschaffen. Allein das wird aber nicht ausreichen, um bei unveränderten Rahmenbedingungen in der Fest-



Dr. Martin Schünemann, Leiter der Abteilung Pflegeversicherung

stellung von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI die oben beschriebene steigende Menge an Leistungsanträgen zu bewältigen.

Lösungsvorschläge hierfür wurden in der Vergangenheit schon einige vorgetragen, bisher schien jedoch der gesetzgeberische Wille zu fehlen, diese umzusetzen. Die im letzten Entwurf des „Pflegekompetenzgesetzes“ genannten Regelungen dürften jedenfalls den Mangel an Pflegefachkräften in allen Bereichen kaum lindern, allein weil es einerseits demografiebedingt gar nicht genügend Bewerbende für die Ausbildung zur Pflegefachkraft geben kann, andererseits aktuell und in den nächsten Jahren Pflegefachkräfte altersbedingt in den Ruhestand gehen. Wenn man dann leistungsbegründende gutachterliche Empfehlungen

durch angestellte Pflegefachkräfte der Leistungserbringer erstellen lassen will – im Rahmen eines Modellprojektes mag das ja noch funktionieren – darf die wahrscheinliche Kostenwirkung nicht außer Acht bleiben.

Lösungsvorschläge

Will man ernsthaft das Problem wachsender Leistungsempfängerzahlen und die damit verbundenen Kosten im Griff behalten, wird man einen breiten Handlungsansatz wählen müssen, der auf eine Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit abzielen muss. Denn mehr professionell Pflegende als jetzt – zu Zeiten eines akzeptierten Pflegefachkraftmangels – wird es nicht mehr geben. So gilt es, anhand statistischer Gesundheitsdaten frühzeitig ein Case Management einzuführen, welches **auch** den potentiellen zukünftigen Pflegebedarf im Auge behält. Weiterhin bedarf es einer **neutralen und nicht durch Erlösanreize getriggerten Feststellung eines Pflegebedarfes**.

Um auch den Personalbedarf für die Begutachtungen zu begrenzen, sollten wie bei anderen beantragbaren Sozialleistungen auch, wesentliche Informationen im Vorwege digital vorgelegt werden. Damit können zur weiteren Fallbearbeitung (z. B. der Prüfung der Rentenversicherungspflicht) erforderliche Informationen direkt und ohne aufwändigen Umweg an den zuständigen Sozialleistungsträger übermittelt werden.

Angesichts immer knapper werdender personeller Ressourcen dürfen digital unterstützte Begutachtungsformate nicht mehr die Ausnahme bleiben, sondern müssen zur Regel werden. Die fachkompetente Vorauswertung vorliegender Unterlagen könnte dabei die Wahl des geeigneten Begutachtungsverfahrens unterstützen. Nicht zuletzt wird man zeitnah auch an die Möglichkeiten eines Einsatzes von künstlicher Intelligenz zur Unterstützung der Gutachtenden denken müssen.

Das KHVVG ist beschlossen. Kommt nun die Krankenhausreform?

Interview mit Dr. Andreas Krokotsch, Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes Nord

Herr Dr. Krokotsch, Sie verfolgen seit vielen Jahren intensiv die Entwicklungen der Krankenhauslandschaft. Haben Sie damit gerechnet, dass das KHVVG, also das Gesetz zur Krankenhausreform, den Bundesrat passiert?

Damit habe ich natürlich nicht fest gerechnet, das Abstimmungsverhalten der Länder war ja bis zuletzt nicht sicher vorhersehbar. Ich kann mich nicht erinnern, dass wir in den letzten 20 Jahren eine vergleichbar spannende Konstellation hatten. Das Besondere hier war, dass das KHVVG einen Bund-Länder-Konflikt um den richtigen Weg der zukünftigen Krankenhausplanung widerspiegelte und die Länder aufgrund ihrer jeweiligen politischen Koalitionsverhältnisse entsprechend individuelle Ziele verfolgten. Trotzdem habe ich, um ehrlich zu sein, schon eher mit einer knappen Zustimmung zur Reform gerechnet. Nicht weil ich glaube, dass das KHVVG viele „Fans“ hat – ganz im Gegenteil. Ich kenne niemanden, der das KHVVG rundum gelungen findet. Bei der Anrufung des Vermittlungsausschusses wäre der Ausgang jedoch unkalkulierbar gewesen. Vor diesem Hintergrund haben sich vermutlich viele lieber „mit dem Spatz in der Hand als der Taube auf dem Dach“ zufrieden gegeben.

Was sind nun die Perspektiven, die das KHVVG bietet und wird es tatsächlich zur viel beschworenen „Entbürokratisierung“ kommen?

Das KHVVG eröffnet jetzt den Ländern die Möglichkeit, eine zukunftsfähige Landeskrankenhausplanung vorzunehmen. Die bisherige Planung aufgrund von Krankenhausabteilungen ist aus der Zeit gefallen, da von der Existenz einer bestimmten Fachabteilung heutzutage kein sicherer Rückschluss mehr auf das tatsächliche Leistungsangebot getroffen werden kann. Es kann sich eine breite Spannweite zwischen einer konservativen Behandlung bis hin zu einer hochinterventionellen Therapie in einer Abteilung verbergen. Die DRGs, also die mehr als 1000 Fallpauschalen zur Abrechnung von Krankenhausbehandlungen, hingegen wären als Instrument der Krankenhausplanung „zu fein granuliert“ und haben ebenfalls keinen eindeutigen Zusammenhang zu einem Fachgebiet. Bei den Leistungsgruppen stehen insbesondere verfügbares fachärztliches Personal sowie Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund halte ich die Leistungsgruppen für einen richtigen Schritt hin zu einer bedarfsorien-

tierten Landeskrankenhausplanung.

Spannend ist, dass die neuen Leistungsgruppen nicht nur eine neue Planungsgröße sind, sondern mit ihren Qualitätskriterien und zukünftigen Mindestmengen auch die Qualität in der Versorgung weiterentwickeln sollen. Da die Leistungsgruppen gleichzeitig auch noch die Grundlage für die neue Vorhaltevergütung und eine Abrechnungsvoraussetzung für einzelne DRG-Behandlungsfälle sein werden, haben sie zahlreiche, ganz unterschiedliche Funktionen. Es ist aber ganz klar, dass ab sofort die Leistungsgruppen im Mittelpunkt der Planungen auf allen Seiten stehen werden. Eine weitere zentrale Rolle wird der neue Leistungsgruppen-Grouper des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) spielen. Dieser wird vorgeben, welche DRGs mit welcher Leistungsgruppe abgerechnet werden dürfen. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Grouper im Alltag bewähren wird. Bei der Aufwandsbewertung ist zunächst ganz sachlich festzustellen, dass mit den Leistungsgruppenprüfungen neben bereits bestehenden OPS-Strukturprüfungen („StrOPS“) und den Qualitätsprüfungen auf Grundlage von G-BA-Richtlinien ein zusätzlicher Prüfbereich hinzugekommen ist.



Dr. Andreas Krokotsch, Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes Nord

Eine Aufwandsreduktion soll über andere Mechanismen stattfinden: Insbesondere die Leistungsgruppen- und StrOPS-Prüfungen sollen „harmonisiert“ werden, sich auf der praktischen Ebene also zunehmend nach „nur einer Prüfung“ anfühlen. Dies soll über die neue Richtlinie, die der Medizinische Dienst Bund erstellen wird, geregelt werden. Der größte Wurf des KHVVG zur Aufwandsreduktion ist sicherlich, dass mit dem KHVVG alle drei Prüfbereiche, also die OPS-Strukturprüfungen, die Qualitätsprüfungen von G-BA-Richtlinien und die Leistungsgruppenprüfungen, in einen gemeinsamen Rechtskreis zusam-

mengeführt worden sind und Nachweise und Erkenntnisse aus allen Prüfbereichen nun jeweils wechselseitig herangezogen werden können. Dies wird tatsächlich zu einer spürbaren Entlastung der Krankenhäuser führen. Vorstellbar ist, dass z. B. einmal vorgelegte Facharzturkunden, egal aus welchem Prüfbereich, zukünftig nicht mehr neu für jede Prüfung vorgelegt werden müssen und Geräte, die an einem Krankenhausstandort belegt wurden, ebenfalls nicht mehr für jede Prüfung neu nachgewiesen werden müssen. Dies hat das Potenzial für eine wirkliche Aufwandsreduktion.

Per KHVVG ist ebenfalls der Prüfzyklus von OPS-Strukturprüfungen von derzeit ein bis zwei Jahren auf zukünftig in der Regel nur noch alle drei Jahre verlängert worden. Eine weitere nicht zu unterschätzende Verbesserung durch das KHVVG ist die klare Ansage für einen rein digitalen Austausch aller Akteure. Aktuell halten zwar die Krankenhäuser alle erforderlichen Nachweise und Belege digital vor und der Medizinische Dienst Nord arbeitet bereits seit Jahren papierlos. Aufgrund fehlender standardisierter digitaler Schnittstellen werden jedoch viele Informationen als PDFs, also quasi als Fotos, unstrukturiert versandt. Um eine Aufwandsreduktion zu erreichen, ist sowohl für die Krankenhäuser als auch für die beauftragenden Länder und nicht zuletzt den MD selbst eine maschinenlesbare, strukturierte Datenübermittlung wichtig. Die digitalen Systeme aller Beteiligten müssen endlich „miteinander sprechen“ können!

Offenbart das KHVVG aus Ihrer Sicht auch Baustellen?

Ja. Vor dem Hintergrund der angestrebten Aufwandsentlastung verstehe ich nicht, warum bei einigen Leistungsgruppen nun ein EKG-, Ultraschall- oder klassisches Röntgengerät an einem Krankenhausstandort zu prüfen ist. Dies sind Geräte, die aus meiner Sicht an jedem Krankenhausstandort vorausgesetzt werden können und nicht geprüft gehören. Ein ganz besonders wichtiger Bestandteil für eine Aufwandsreduktion sind eindeutige Vorgaben. >

> Denn uneindeutige, auslegungsfähige Qualitätskriterien können zu Auslegungskonflikten bis hin zu hochteuren Rechtsstreitigkeiten führen, die auf allen Seiten mehr Arbeit als die eigentliche Prüfung produzieren. Leider finden sich in Leistungsgruppen gleich mehrere uneindeutige Qualitätskriterien: Was ist z. B. mit „intensivmedizinischer Erfahrung“ oder „kinderanästhesiologischer Kompetenz“ gemeint? Dass man bei der geriatrischen Leistungsgruppe die Verfügbarkeit der häufigsten Geriater, nämlich Internisten mit geriatrischer Zusatzqualifikation, außenvorge lassen hat, ist sicherlich die bedeutsamste Baustelle, die unbedingt bereits in diesem Jahr behoben werden muss, um die geriatrische Versorgung nicht zu gefährden. Diese Beispiele zeigen, wie wichtig es ist, dass bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen unbedingt der Medizinische Dienst beratend eingebunden wird. Der MD kann aufgrund seiner langjährigen Prüferfahrung darauf aufmerksam machen, falls Qualitätskriterien nicht eindeutig oder nur mit sehr hohem Prüfaufwand nachzuweisen sind. Eine weitere Baustelle ist die für den Medizinischen Dienst zu kurze Prüffrist von 10 Wochen. Die Krankenhäuser haben innerhalb dieses Zeitraums bis zu sechs Wochen Zeit für die Unterlagenbereitstellung. Der MD ist sowohl vor der Unterlagenanforderungen angehalten, die bereits vorhandenen Nachweise und Erkenntnisse zu prüfen als auch nach Erhalt

der Unterlagen diese zu begutachten und ein Gutachten zu erstellen. In der Summe ist die vorgesehene Gesamtbearbeitungszeit von zehn Wochen schlicht zu kurz, insbesondere wenn viele Leistungsgruppen zeitgleich zu prüfen sind.

Wie bereitet sich der Medizinische Dienst Nord auf die neuen Leistungsgruppenprüfungen vor?

Nun, das Wichtigste ist bereits vorhanden: Die Krankenhausabteilung verfügt über sehr qualifizierte und strukturprüfungserfahrene ärztliche sowie pflegefachliche Prüferinnen und Prüfer und ist daher bestens aufgestellt. Es sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass in 2025 neben den Leistungsgruppenprüfungen auch die StrOPS- und die regulären G-BA-Richtlinienprüfungen durchzuführen sind. Wir haben aber vorausschauend geplant und verfügen über genügend qualifiziertes Personal. Damit sollten wir es schaffen! Auf eine weitere wichtige Voraussetzung sind wir ganz besonders stolz: Bereits bevor der Referentenentwurf zum KHVVG bekannt wurde, hatten wir uns beim MD Nord entschieden, alle aus Strukturprüfungen bekannten relevanten Informationen zu Personal, Geräten und Prozessen krankenhausbetrieben in einer Datenbank bei uns abzulegen. Damit wollten wir gewissermaßen „virtuelle Krankenhausstandorte“ aus den uns verfügbaren Daten erstellen, die uns für jede zukünftige Prüfung die Arbeit erleichtert hätten. Während unserer fortgeschrittenen

Programmierarbeiten kamen dann der Referentenentwurf sowie das KHVVG, welches mit der wechselseitigen Nutzung von Erkenntnissen genau dieses Erfordernis nun ohnehin stellt. Damit haben wir beim MD Nord einen wichtigen zeitlichen Vorsprung, der uns in 2025 sehr helfen wird. Darüber hinaus stehen wir bereits seit längerer Zeit in einem sehr guten regelmäßigen fachlichen Austausch mit unseren beauftragenden Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein, um die Leistungsgruppen-Prüfungen gemeinsam vorzubereiten. Sobald die neue Prüfungsrichtlinie halbwegs spruchreif ist, werden wir allen Akteuren in Hamburg und Schleswig-Holstein selbstverständlich, wie schon bei den StrOPS-Richtlinien, entsprechende Informationsveranstaltungen anbieten. Diese Info-Veranstaltungen, sowie ein enger Dialog während der Prüfungen selbst, haben sich seit den sogenannten StrOPS-Prüfungen sehr bewährt. Die Vorbereitungen laufen also bereits seit einem Zeitpunkt auf Hochtouren, als das KHVVG noch gar nicht beschlossen war.

Wird es nun zu einer Krankenhaus-Reform kommen?

Das ist schwer zu sagen. Die personellen und gerätetechnischen Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen sind nach meiner Einschätzung nicht besonders hoch.

Die Leistungsgruppen bieten den Ländern nun die Möglichkeit, strukturelle Änderungen einzuleiten. Am Ende liegt es an der zu-

ständigen Behörde bzw. am zuständigen Ministerium, ob bzw. in welchem Ausmaß es zu Änderungen der Krankenhauslandschaft, z. B. im Sinne einer Bündelung von Expertise, kommen wird oder nicht. Wirkliche Änderungen an der bestehenden Leistungserbringung hängen schlicht von den bedarfsorientierten Erfordernissen und dem gestalterischen Mut der Länder ab. Eine wichtige Rolle wird die Öffentlichkeit spielen, der der Sinn und Zweck etwaiger Änderungen gut erklärt werden muss, was auch möglich ist. In Schleswig-Holstein als Flächenland ist im Gegensatz zu Hamburg auch die zukünftige Sicherstellung der Versorgung in der Fläche ein wichtiges Thema, welches nicht vernachlässigt werden darf. Gerne steht der Medizinische Dienst aufgrund seiner Expertise bei dem Prozess der zukünftigen Leistungsplanung zur Verfügung. Das KHVVG räumt den Krankenhäusern sehr umfassende Möglichkeiten zu Kooperationen ein.

Das klingt erstmal zweckmäßig und gut. Kooperationen sollen nach meinem Verständnis durch eine sinnvolle Bündelung von Kompetenzen die Qualität verbessern. Im KHVVG gehen die Kooperationsmöglichkeiten jedoch teilweise so weit, dass an einem Standort, an dem Operationen durchgeführt werden, keine eigene Intensivstation für Notfälle vorgehalten werden muss. Diese kann durch einen Kooperationspartner an einem beliebigen Ort erbracht werden. Die weitläufigen Kooperationsmöglichkeiten, die das KHVVG vorsieht, helfen der Versorgungsqualität nicht und begünstigen eine Dezentralisierung statt der mit dem KHVVG intendierten Zentralisierung. Ich freue mich sehr, dass der Gesetzgeber die Rolle des Medizinischen Dienstes gestärkt und uns die Aufgabe der Leistungsgruppenprüfungen übertragen hat. Der MD wird durch seine unabhängige und neutrale Begutachtung dazu beitragen, dass die Um-

setzung des KHVVG gelingen wird. Wir sind sehr strukturprüfungserfahren und hierfür bestens aufgestellt. Als Besonderheit verfügt der MD Nord bereits über eine Datenbank, in die wir nun mit dem Inkrafttreten des KHVVG Erkenntnisse selbst aus zurückliegenden StrOPS- und G-BA-Richtlinien-Prüfungen einpflegen können. Somit setzen wir die Impulse des KHVVG für aufwandsärmere Prüfungen und Entbürokratisierung bereits in 2025 um. Auch wenn ich zu bedenken geben möchte, dass sich sicherlich einige Abläufe erst etablieren müssen, so ist doch klar, dass diese Synergieeffekte von Jahr zu Jahr zunehmen werden. Zusammenfassend lässt sich also sagen: Der MD Nord wird die Prüfungen mit unabhängigem medizinischen Sachverstand, Verantwortungsbewusstsein und mit Augenmaß durchführen und seiner Rolle für Qualitätssicherung und Patientensicherheit gerecht werden.





ABTEILUNG PFLEGEVERSICHERUNG

Unterscheiden sich die Ergebnisse von telefongestützten Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit von denen im Hausbesuch?

Zusammenfassung

Die Medizinischen Dienste werden von den Pflegekassen beauftragt, Versicherte hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI zu begutachten.

Bis zum Beginn der Corona-Pandemie erfolgten diese Begutachtungen nahezu ausschließlich im Hausbesuch. In der Zeit während der Corona-Pandemie war das aufgrund des Infektionsrisikos für die überwiegend älteren antragstellenden Personen nicht mehr möglich. Deswegen wurden in dieser Zeit Begutachtungen telefonisch mittels eines strukturierten Interviews eingeführt.

Aufgrund der dabei gewonnenen Erfahrungen und zugleich steigender Antragszahlen wurden in einem gesetzlich definierten Rahmen telefongestützte Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit fortgesetzt.

Auf der Basis von 57.010 Begutachtungen zeigen die Ergebnisse unserer vergleichenden Untersuchung die Gleichwertigkeit telefongestützter Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit mit denen im Hausbesuch.

Seit der Corona-Pandemie erfolgen im Rahmen gesetzlicher Regelungen zu einem gewissen Teil die Begutachtungen noch per Telefon, um den weiter steigenden Antragszahlen zu begegnen (ressourcensparender Gutachtereinsatz u. a. durch Wegfall der Fahrtzeiten zum Versicherten). Mittlerweile ist die Begutachtung per Telefon auch in den Richtlinien zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes Bund als Begutachtungsart aufgenommen worden. In der Öffentlichkeit wurden wiederholt Befürchtungen und Sorgen geäußert, die Begutachtung per Telefon könne sich im Ergebnis für die Versicherten nachteilig auswirken (Hypothese: geringerer Pflegegrad bei telefonischer Begutachtung als bei Begutachtung vor Ort).

Diese Annahme sollte durch statistische Vergleiche der Begutachtungsergebnisse überprüft werden. Hierzu wurde von uns untersucht, ob sich aus den Daten des Medizinischen Dienstes Nord statistisch signifikante Unterschiede in der Verteilung der Pflegegrade zwischen den Begutachtungsarten ergeben.

Für unsere Untersuchung wurden die Daten aus Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes Nord



Dr. Dirk Melcher, Fachbereichsleiter Stabsstelle Controlling und Datenintegration

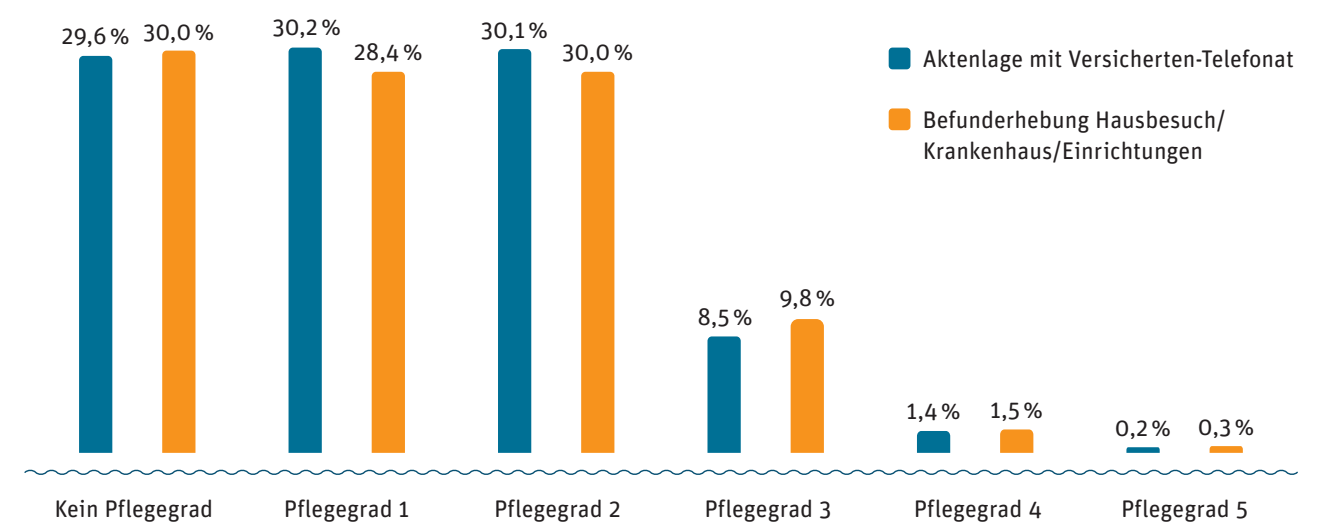
aus dem Jahr 2023 verwendet. Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden nur Fallkonstellationen betrachtet, bei denen typischerweise sowohl eine Begutachtung durch telefongestützte Informationserhebung als auch eine Begutachtung vor Ort hätten durchgeführt werden können.

Dies sind „ambulante Begutachtungen“, also Begutachtungen von Versicherten, die nicht in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben. Die Verteilungen der Pflegegrade bei telefongestützter Informationserhebung und Begutachtung in der Häuslichkeit wurde zunächst mit ihrer relativen Häufigkeit dargestellt.

Auf den ersten Blick erscheinen die Unterschiede in der Verteilung der Pflegegrade gering auszufallen. Unterschiede in der Verteilung wurden mit einem statistischen Test geprüft. Dieser Test wies zwar Unterschiede in der Verteilung auf (was bei der Stichprobengröße nicht überrascht), aber die Korrelation zwischen dem Pflegegrad und der Begutachtungsform – Hausbesuch bzw. telefongestützte Begutachtung – fiel mit 3,8% sehr gering aus.

Außerdem wurde erhoben, ob sich die Anzahl der durch die Versicherten geäußerten Widersprüche bei der telefonischen Informationserhebung von der Begutachtung in der Häuslichkeit unterscheidet. Es ergab sich bei den 40.157 vor Ort durchgeführten Gutachten eine Widerspruchsquote von 10,44% (absolut 4.191), bei 16.853 durchgeführten telefongestützten Gutachten betrug die Widerspruchsquote 10,53% (absolut 1.744). Das bedeutet, dass die Akzeptanz der Versicherten bei telefongestützter Begutachtung ähnlich hoch ist wie bei Hausbesuchen.

Vergleich Pflegegrade bei Hausbesuch und Telefonat



> Dieses Ergebnis korrespondiert auch mit einer repräsentativen Versichertenbefragung, die der Medizinische Dienst Bund im Jahr 2022 durchführen ließ.

Wie der Medizinische Dienst Bund in einer Pressemitteilung ausführt, zeigten die Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung, bei der eine unabhängige wissenschaftliche Stelle rund 43.000 anonymisierte Fragebögen (von 86.000 versendeten Fragebögen) aus dem Jahr 2022 ausgewertet hat, eine Zufriedenheit der Versicherten. Demnach gaben 85,6 % der Befragten an, zufrieden mit der telefonischen Begutachtung zu sein. Teilweise zufrieden waren 9,9%. 4,5 % der Befragten gaben an, unzufrieden zu sein.

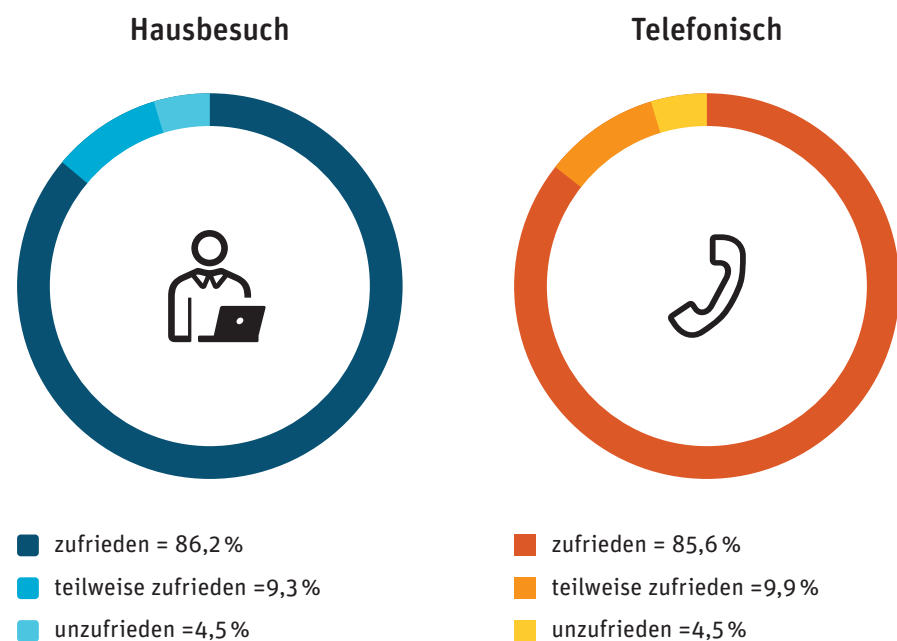
Die telefonische Begutachtung schneidet damit ebenso gut ab wie die Begutachtung im Hausbesuch. Hierbei zeigten sich 86,2 % zufrieden, 9,3 % teilweise zufrieden, 4,5 % der Befragten unzufrieden.

„Die Ergebnisse zeigen, dass das Telefoninterview eine gleichwertige Alternative zum Hausbesuch ist.

Insbesondere bei Höherstufungsanträgen sollte das Telefoninterview eingesetzt werden, um den zeitnahen Zugang zu den Pflegeleistungen für die Versicherten trotz steigender Begutachtungszahlen sicherstellen zu können. Das ist derzeit nicht möglich. Die Flexibilisierung der Begutachtungsformate sollte deshalb gesetzlich ermöglicht werden“, sagte Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund.

Damit stimmen die Ergebnisse der Befragung des MD Bund mit unseren eigenen Untersuchungen überein. Diese Arbeit wurde auf der 69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am 10.09.2024 präsentiert („Vergleich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zwischen telefonischer Pflegebegutachtung und Pflegebegutachtung beim Versicherten vor Ort“, Melcher, D. und Burmester, M., <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2024/24gmds186.shtml>).

Zufriedenheit der Befragten mit der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst



Ausgewertete Fragebögen
22.488 Hausbesuch,
16.189 telefonische
Begutachtung

Quelle: Medizinischer
Dienst Bund, Versicherten-
befragung 2022

Abschied von Altbewährtem – ein neues Softwarezeitalter hat begonnen

Im Jahr 2024 wurde als erstes Modul der neuen Gemeinschaftssoftware MDconnect eine neue Prüfsoftware im Fachbereich Qualitätssicherung und Beratung von Pflegeeinrichtungen der Abteilung Pflegeversicherung eingeführt. Die bis dahin genutzte ISmed Software wurde 2006, kurz nach der Fusion der Medizinischen Dienste von Hamburg und Schleswig-Holstein, eingeführt und nun nach zahlreichen Anpassungen an neue gesetzliche Regelungen nach 18 Jahren durch das Begutachtungsmodul Qualitätsprüfungen abgelöst.

Vorangegangen waren aufwändige externe Programmierarbeiten, die auch von Mitarbeitenden des Fachbereichs des Medizinischen Dienstes Nord mit fachlicher Expertise intensiv unterstützt wurden. Berücksichtigt werden mussten dabei nicht nur die in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlichen Beauftragungsprozesse durch einen oder mehrere Landesverbände der Pflegekassen, sondern auch die gesetzlich geforderte Koordination mit den Heimaufsichtsbehörden und Informationspflichten. Nicht zuletzt waren auch die Verwaltung der Prüfaufträge inklusive der Prüfterminierung und Zuordnung von Gutachtern und deren spezifischen Fachqualifikationen bis hin zur technischen Erstellung der Prüfberichte sowie die eigentlichen Prüfgrundlagen neu zu programmieren.

Im Verlauf des Jahres 2023 wurde im MD Nord mit dem Prozess des Software-Rollouts begonnen. Hierzu war eine enge Zusammenarbeit zwischen Gutachtern sowie Mitarbeitenden der Abteilungen Service und IT erforderlich. Nachdem Anwendungsanleitungen beschrieben, Formulierungshilfen erstellt und in der Software eingepflegt waren, erfolgten Schulungen der Anwender sowie erste Testprüfungen von Pflegeeinrichtungen an den verschiedenen Standorten des MD Nord.

Im Januar 2024 wurden nach dem Import sämtlicher Stammdaten der Pflegeeinrichtungen im großen Um-



Jörg Gehrke, Teamleiter mit besonderen Aufgaben im Fachbereich Qualitätssicherung und Beratung von Pflegeeinrichtungen, Abteilung Pflegeversicherung

fang Prüfungen mit der neuen Prüfsoftware durchgeführt. Dies war auch und im Besonderen wegen des großen Engagements der Mitarbeitenden möglich. Bereits ab Februar 2024 erfolgten dann nahezu alle Prüfungen mit der neuen Prüfsoftware, auch wenn der interne und externe Abstimmungsbedarf hinsichtlich der Prozesse und technischer Anpassungen bis zur Mitte des Jahres hoch war, was bei der Einführung neuer Software nicht unüblich ist.

Ausblick

Zukünftig werden sukzessive Ausweitungen der Nutzungsmöglichkeiten von MDconnect vorgenommen. Neben den bereits etablierten Kommunikations- und Datenübermittlungsstrukturen wird auch die digitale Übersendung als Datensatz an die auftraggebenden Landesverbände der Pflegekassen umgesetzt werden. Dies wird auf Seiten der Auftraggeber zu einer erleichterten Verwertung der Prüfergebnisse führen. Die bei zeitgleicher Nutzung zahlreicher Anwendender noch wechselnde Performance der Software sowie derzeit aufwändige Änderung von Stammdaten birgt zukünftig noch Optimierungspotential.



PERSONALIEN

Eine Gutachterin berichtet von ihren ersten Erfahrungen in der Abteilung Pflegeversicherung

Einleitend möchte ich sagen, dass es seit Jahren mein Wunsch war als Gutachterin für den (damals noch) „MDK“ zu arbeiten. Ich hatte mich früher bereits einmal beworben und bin mit dem heutigen Wissen rückblickend froh, dass es damals mit meiner Bewerbung „nicht geklappt“ hat. Meine damaligen Vorstellungen über die Arbeit einer Gutachterin weichen von meinen heutigen Erfahrungen doch erheblich ab.

Heute weiß ich: Die Arbeit der pflegefachlichen Gutachterin ist viel anspruchsvoller, als ich damals angenommen hatte. Vermutlich wäre ich seinerzeit dieser Aufgabe nicht gewachsen gewesen.

Durch meine lange Tätigkeit als Pflegefachkraft („Krankenschwester“) in einer stationären Pflegeeinrichtung, habe ich die Gutachter des Medizinischen Dienstes Nord öfter bei ihren Begutachtungen beobachten können. Die Arbeit erschien mir abwechslungsreich und interessant. Daneben war die zunehmende berufliche, aber auch meine Lebenserfahrung, schließlich die Motivation, mich erneut als Gutachterin beim MD Nord zu bewerben. Natürlich ist es auch wichtig, einen sicheren Arbeitgeber, für den ich langfristig tätig sein kann, zu finden.

Nach einem herausfordernden, für mich neuen und aufregenden Bewerberassessment, in dem mir einerseits viel abverlangt, aber andererseits auch viele Informationen über die angestrebte Tätigkeit gegeben wurden, bin ich nun seit etwas mehr als einem Jahr in der Abteilung Pflegeversicherung am Standort Kiel tätig.



Melanie Hensel, Gutachterin im Fachbereich Einzelfallbegutachtung, Abteilung Pflegeversicherung

Meine Einarbeitung dort habe ich ebenfalls als intensiv und anspruchsvoll erlebt. Den Rollenwechsel von der helfenden Krankenschwester zur neutralen und beobachtenden Gutachterin konnte ich aufgrund der sehr engagierten Mentoren (erfahrene Kolleginnen und Kollegen) sowie der kompetenten und herzlichen Teamleitung gut hinbekommen. Die vielen Fortbildungen und der jederzeit mögliche Austausch, in meinem Fall besonders mit einer Kollegin, nicht nur im Rahmen der frühen Einarbeitung, haben mir sehr geholfen „gutachterlich“ zu denken und eine beobachtende Rolle zu erlernen.

Mittlerweile fühle ich mich richtig wohl in meiner Tätigkeit als pflegefachliche Gutachterin. Ich fahre morgens gerne zur Arbeit und finde es immer wieder spannend, in unterschiedliche Haushalte zu kommen und auf die verschiedensten Menschen zu treffen. Die Arbeit empfinde ich in ihrer Ausgewogenheit, vormittags mit den Menschen im Kontakt zu sein und nachmittags im Homeoffice die Gutachten zu erstellen, als sehr angenehm. Sie bringt auch eine gewisse Flexibilität der Gestaltung meines Arbeitstages mit sich, ich lerne verschiedene Orte kennen und lerne fast jeden Tag Neues. Mit einem Augenzwinkern möchte ich erwähnen, dass ich im letzten Jahr schon viele Ecken von Schleswig-Holstein gesehen habe, die ich bis dahin nicht kannte. Das Einzige was mich wirklich stört, ist der Winter. Ich fahre einfach nicht gern, wenn die Straßen glatt sind.



ABTEILUNG AMBULANTE VERSORGUNG

Welche besondere Hilfe und Unterstützung bekomme ich am Lebensende?

Wer an einer weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung mit nur noch begrenzter Lebenszeit leidet, hat in unserem Gesundheitssystem Anspruch auf eine bedarfsgerechte Palliativbehandlung und -pflege. Diese kann heutzutage auch wohnortnah ambulant geleistet werden, oder falls nötig auch stationär. Für besondere Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und der stationären Hospizpflege muss die Krankenkasse die Anspruchsvoraussetzungen prüfen. In unklaren Fällen können die Krankenkassen die Medizinischen Dienste mit einer Begutachtung beauftragen.

Bin ich jetzt palliativ?

Dahinter steckt nicht nur die Frage nach dem weiteren Verlauf der Erkrankung, sondern vielmehr auch die Angst vor zukünftigem Leiden. Hinzu kommt die Sorge um Angehörige, bis hin zu existenziellen und spirituellen Nöten.

Dabei ist palliativ nicht palliativ.

Palliative Therapie, z. B. bei Krebserkrankungen, wird durchgeführt, um den Verlauf der Erkrankung aufzuhalten – auch wenn dies mit teils eingreifenden Nebenwirkungen verbunden sein kann.

In der Palliativmedizin als eigenständigem medizinischen Fachgebiet hingegen geht es nicht mehr darum, den weiteren Erkrankungsverlauf zu beeinflussen, sondern darum, die erkrankungsbedingten Symptome zu bessern und so bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende zu erreichen.



Dr. Gabriele Beckmann, Ärztliche Gutachterin, Fachärztin für Strahlentherapie, Palliativmedizin

Genau so, wie Cicely Saunders, die Begründerin der Hospizbewegung es sagte:

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

Zu der Zeit, als die Ärztin Cicely Saunders im Jahr 1967 in London das erste Hospiz eröffnete, wurden Schwerst- kranke und Sterbende in ihrer Not oft allein gelassen. Schmerzen und andere Symptome wurden nicht systematisch behandelt. Die Kranken sollten in der Regel noch nicht einmal erfahren, woran sie litten.

- > Angestoßen durch die Hospizbewegung hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Umdenken ergeben. Palliativmedizin und Palliativpflege haben Eingang in die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und in die Forschung gefunden. Verschiedene ambulante und stationäre Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten wurden im deutschen Gesundheitssystem als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen verankert. Die privaten Krankenversicherungen haben sich dem angeschlossen.

Dem Wunsch der meisten schwerkranken Patientinnen und Patienten entsprechend, wird palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung möglichst im vertrauten Umfeld geleistet, das heißt primär durch die Angehörigen, durch Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und Hospizdienste.

Im ambulanten Bereich gehören dazu die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), die durch qualifizierte Ärzte und Pflegedienste erbracht werden. Für Situationen, in denen diese zur Symptomkontrolle nicht ausreichen, wurde die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als besondere Leistung eingeführt.

Wenn die Begleitung und palliative Behandlung von Sterbenden nicht mehr mit den ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sicherzustellen ist, kann stationäre Hospizpflege beantragt werden. Dies gilt nicht nur im Endstadium von Tumorerkrankungen, sondern auch von chronischen Organerkrankungen, z. B. des Herzens oder der Lunge.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird durch ein multiprofessionelles, d. h. mehrere Berufsgruppen umfassendes Team mit einem auf den Einzelfall interdisziplinär abgestimmten Konzept durchgeführt. SAPV-Teams erfüllen definierte personelle und strukturelle Qualitätsanforderungen. Die einzelnen Teammitglieder sind ausschließlich oder überwiegend palliativ-medizinisch tätig. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von SAPV sind gesetzlich geregelt. SAPV wird nur von einem Teil der Palliativpatientinnen und -patienten in ihrem Krankheitsverlauf benötigt und stellt auch dann keine Dauerleistung dar. SAPV wird vom betreuenden Haus- oder Facharzt verordnet und muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Verordnung gilt nur für einen beschränkten Zeitraum, der sich an der Schwere und Komplexität der Symptome orientiert.

Wenn darüber hinaus noch spezialisierter Behandlungsbedarf besteht, kann eine Folgeverordnung ausgestellt werden. Wenn eine ausreichende Symptomkontrolle erreicht ist, soll SAPV beendet werden.

Stationäre Hospize sind Einrichtungen, in denen Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit die notwendige palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung erhalten. Ziel ist es, die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständig. Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung. Die Krankenkasse kommt für den Großteil der Kosten von Unterbringung und Versorgung auf. Den Restanteil tragen die Hospize selbst über Spenden und ehrenamtliches Engagement. Die Kostenzusage der Krankenkasse ist befristet, denn in seltenen Fällen kann unter der Hospizpflege eine ausreichend stabile Situation geschaffen werden, sodass eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung möglich wird.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme

Die Krankenkassen selbst prüfen die Voraussetzung für eine Kostenübernahme von SAPV ebenso wie von stationärer Hospizversorgung. Diese stellen sehr spezialisierte und aufwendige Versorgungsformen dar. Die Kapazitäten sind begrenzt und sollen zum besten Nutzen für schwerst Hilfsbedürftige eingesetzt werden. Die Anspruchsvoraussetzungen sind komplex und z. B. von intensiver Pflege oder von supportiver Begleittherapie klar abgegrenzt. Bei Fragen bezüglich der Krankheitssituation und Komplexität der erforderlichen Unterstützung fordern die Krankenkassen deshalb eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an. Dazu sind sie gesetzlich verpflichtet (§ 275 Abs. 1 SGB V).

Die Medizinischen Dienste unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen durch Beratung und Begutachtung hinsichtlich der gesetzlich festgelegten Anspruchsvoraussetzungen für SAPV und Hospizversorgung.

Mit dem kontinuierlichen bundesweiten Ausbau von SAPV und stationärer Hospizversorgung in den letzten 15 Jahren und der soziodemografischen Entwicklung geht auch eine Zunahme der Aufträge an den Medizinischen Dienst Nord zu diesem Begutachtungsfeld einher.

Um der steigenden Anzahl und Komplexität der Aufträge innerhalb der gesetzlichen Bearbeitungsfristen gerecht zu werden, hat der MD Nord seit August 2024 den Kreis der hierfür spezialisierten Fachgutachter erweitert. Unter neuer fachlicher Leitung sind inzwischen sieben Gutachterinnen und Gutachter verschiedener Fachdisziplinen mit umfangreicher klinischer Erfahrung an allen Standorten des Medizinischen Dienstes Nord tätig. Für die Begutachtung von Aufträgen, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffen, sind derzeit zwei eigens geschulte Gutachterinnen zuständig, denn hier gelten teils abweichende Regelungen, die die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe berücksichtigen.

Zwischen Januar und Dezember 2024 sind beim Medizinischen Dienst Nord insgesamt 1.462 Gutachtenaufträge zu Anspruchsvoraussetzungen für SAPV bei Erwachsenen eingegangen. Das entspricht einem durchschnittlichen Mehraufkommen von ca. 100 Fällen pro Quartal im Vergleich zu den Vorjahren. SAPV-Aufträge für Kinder und Jugendliche werden von den Krankenkassen deutlich seltener erteilt. Hier wurden in 2024 insgesamt 22 Aufträge bearbeitet.

Zu Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospizversorgung sind dem Medizinischen Dienst Nord zwischen Januar und Dezember 2024 insgesamt 315 Gutachtenaufträge erteilt worden. Hier zeigte sich eine deutliche Zunahme der Auftragszahlen im Jahresverlauf, wobei ähnliche Anstiege und Schwankungen auch schon in den Vorjahren beobachtet wurden. Aufträge zur Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen sind selten. Hier wurden in 2024 insgesamt fünf Fälle bearbeitet.



- > Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Aufträge zur SAPV betrug beim MD Nord in 2024 jeweils 14 Kalendertage, für Hospizaufträge waren dies 4,5 Kalendertage.

Ziel der Gutachterinnen und Gutachter in unserem Dienst ist es, in jedem Einzelfall zu einer medizinisch sachgerechten, abgewogenen und nachvollziehbaren Beurteilung hinsichtlich der sozialmedizinischen Voraussetzungen für SAPV oder Hospizpflege zu kommen.

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nord prüfen den aktuellen individuellen palliativen Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung der Erkrankungssituation und der beschriebenen Symptome. Dabei gehen sie nach den sozialgesetzlichen Regelungen und den bundesweit einheitlichen Vorgaben vor, die in der „Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung“ (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes) niedergelegt sind.

Ein enger fachlicher Austausch untereinander ist gewährleistet, sowohl unmittelbar bei besonderen und komplexen Problemstellungen als auch durch regelmäßige wöchentliche Fallkonferenzen. Letztlich sind die Gutachterinnen und Gutachter in ihrem Urteil aber unabhängig und nur ihrem Gewissen unterworfen.

Im Unterschied zu anderen Begutachtungsgebieten sollen persönliche Begutachtungen bei Gutachtenaufträgen zur SAPV und Hospiz nach Möglichkeit vermieden werden, um so eine zusätzliche Belastung der schwer kranken Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Aus diesem Grunde werden diese Gutachtenaufträge in aller Regel nach Aktenlage anhand der, von den Krankenkassen und den Leistungserbringern zur Verfügung gestellten Unterlagen bearbeitet.

Die Anforderungen an Qualität und Umfang dieser medizinischen Informationen sind deswegen besonders hoch. Um Rückfragen zu vermeiden, sind abge-

stimmte Vorgehensweisen mit den Krankenkassen und den Leistungserbringern wichtig und hilfreich.

Benötigt werden in aller Regel Arztbriefe, die den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf wiedergeben, ein Befundbericht über die derzeit bestehende Symptomkonstellation und Angaben zum palliativ-pflegerischen sowie palliativ-medizinischen Behandlungsbedarf einschließlich eines aktuellen Medikamentenplanes.

Hierfür stellt der MD Nord den Leistungserbringern, z. B. den Palliativteams sowie den Ärztinnen und Ärzten in der Niederlassung oder im Krankenhaus, Fragebögen zu SAPV und Hospiz zur Verfügung.

Diese dienen der einfachen und gleichzeitig strukturierten Erstellung von Befundberichten. Die Fragebögen wurden Anfang 2025 aktualisiert und orientieren sich inhaltlich an den Vorgaben der SAPV Richtlinie und an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Sie können auf der Homepage des MD Nord aufgerufen und digital oder manuell ausgefüllt werden.

Medizinische Unterlagen sollen direkt an den MD Nord, Serviceabteilung Lübeck, geleitet werden. Sie werden vertraulich behandelt und den Gutachterinnen und Gutachtern direkt zur Verfügung gestellt. Diese stehen mit der Serviceabteilung in enger Verbindung. So wird eine zügige Bearbeitung möglich.

Die Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden ist für uns alle eine zutiefst menschliche Aufgabe, so wie es sich im Hospizgedanken ausdrückt. Dies kommt in der täglichen Praxis durch das zahlreiche und besondere Engagement aller Beteiligten zum Ausdruck.

SAPV und stationäre Hospizversorgung sind heute wichtige und ergänzende Säulen, die unser Gesundheitswesen zur Verfügung stellt.

„Die Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden ist für uns alle eine zutiefst menschliche Aufgabe, so wie es sich im Hospizgedanken ausdrückt.“



PERSONALIEN

Frau Dr. Edelgard Gorsky-Ostmeier, Leiterin des Fachbereiches Arbeitsunfähigkeit (AU) der Abteilung Ambulante Versorgung (AV)

Frau Dr. Gorsky-Ostmeier leitet langjährig den Fachbereich AU der Abteilung AV. Im Laufe der Jahre hat sie unterschiedliche Aufgaben, auch mit übergeordnetem Verantwortungsbereich, in der Abteilung Ambulante Versorgung wahrgenommen.

Ihr fachlicher Rat wird im Medizinischen Dienst Nord, auf der Bundesebene der Medizinischen Dienste und in den Fachabteilungen der gesetzlichen Krankenkassen sehr geschätzt. Sie ist Weiterbildungsbefugte für Sozialmedizin bei der Ärztekammer Hamburg. Darüber hinaus übt sie eine ehrenamtliche Richterinnen-tätigkeit beim Landesarbeitsgericht Hamburg aus. Im Rahmen ihrer langjährigen Praxis in der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit erwarb sie insbesondere auch spezifische Kenntnisse im Bereich psychiatrischer und somatisch-psychisch überlappender Fragestellungen.

Frau Dr. Gorsky-Ostmeier erlangte ihre Qualifikation als Ärztin für Anästhesie und operative Intensivmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und wechselte nach dem Eintritt in den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe aus privaten Gründen zum Medizinischen Dienst Nord. Außerdem erwarb sie die Qualifikation zur Ärztlichen Qualitätsmanagerin.



Dr. Edelgard Gorsky-Ostmeier, Leiterin des Fachbereiches Arbeitsunfähigkeit (AU) der Abteilung Ambulante Versorgung (AV)

Arbeitsunfähigkeit – ein unverändert zentraler Begutachtungsbereich des Medizinischen Dienstes

Der Begutachtungsbereich Arbeitsunfähigkeit mit insbesondere seinen Schnittstellen zu Fragen der Rehabilitation Erwerbstätiger, ebenso wie zu Fragen der Erwerbsunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze, ist nicht nur der ursprüngliche Aufgabenbereich, aus dem sich 1989 der Medizinische Dienst aus dem seinerzeitigen Vertrauensärztlichen Dienst entwickelte. Nach wie vor ist die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit eine der wesentlichen Kernaufgaben der Medizinischen Dienste. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels in einer alternden Gesellschaft ist die Wiederherstellung und der Erhalt von Arbeitsfähigkeit von erheblicher gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Beurteilung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Die Handhabung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Folgen sowie Auswirkungen sind wesentlich im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) verortet - siehe konkret § 44 und folgende SGB V. Arbeitsunfähigkeit bedeutet, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht oder nur unter Inkaufnahme der Verschlimmerung der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausführen zu können. Das durch die Erkrankung abgesunkene Leistungsniveau soll durch diesen "Schutz" und eine adäquate Diagnostik und, soweit erforderlich, Therapie wiederhergestellt werden. Ziel ist es, der Ausübung der beruflichen Tätigkeit wieder gewachsen zu sein oder bei Arbeitslosigkeit eine neue Tätigkeit aufnehmen zu können. Dies bedingt entweder die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 14 Tagen mit der sozialmedizinischen Beurteilung "nicht weiter arbeitsunfähig" oder mit "arbeitsunfähig auf Zeit", wenn der Schutz der Arbeitsunfähigkeit über 14 Tage hinaus noch benötigt wird. Die sozialmedizinische Beurteilung „arbeitsunfähig auf Dauer“ erfordert eine entsprechend fortgeschrittene Diagnostik – und Therapiesituation bei schwerer Erkrankung – bzw. Verletzungssituation.

Stufenweise Wiedereingliederung

Um die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu erhöhen, wurde die sogenannte stufenweise Wiedereingliederung eingeführt (§ 74 SGB V „Stufenweise Wiedereingliederung“), auch bekannt als „Hamburger Modell“. Bei diesem Verfahren zwischen dem Versicherten, dessen Arbeitgeber, seinem behandelnden Arzt, der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst nimmt der Versicherte seine berufliche Tätigkeit schrittweise wieder auf. Dafür wird ein mehrwöchiger Gesamtplan mit schrittweiser Steigerung der Stundenzahl durch den AU attestierenden Arzt erstellt. Während dieses Verfahrens bleibt der Versicherte nominell arbeitsunfähig. Kommt es dennoch zum Abbruch einer solchen Maßnahme, sollte aus sozialmedizinischer Sicht nach Möglichkeit noch so viel Krankengeldanspruch bestehen, dass eine andere Weichenstellung für den Versicherten erfolgen kann.

Innerbetriebliche Umbesetzung

Eine weitere Möglichkeit ist die der innerbetrieblichen Umbesetzung des Versicherten durch seinen Arbeitgeber. Diese Option beruht auf einer freiwilligen Handhabung der Beteiligten. Der Arbeitgeber bietet hierbei seinem Mitarbeitenden eine leidensgerechte Tätigkeit in seinem Unternehmen an. Neben der oben beschriebenen stufenweisen Wiedereingliederung ist dies eine weitere Option im Rahmen des Bemühens um eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Das Vorhandensein von sogenannten Mischarbeitsplätzen mit entsprechender Umverteilungsmöglichkeit von bestimmten Arbeitsanteilen und einer entsprechenden Betriebsgröße kann diese Möglichkeit begünstigen. Die Sorge vor dem Schaffen eines Präzedenzfalles im Betrieb und oftmals auch der Verlust von finanziellen Zulagen steht diesem Weg in der Praxis manchmal entgegen.

Erstellung eines Leistungsbildes

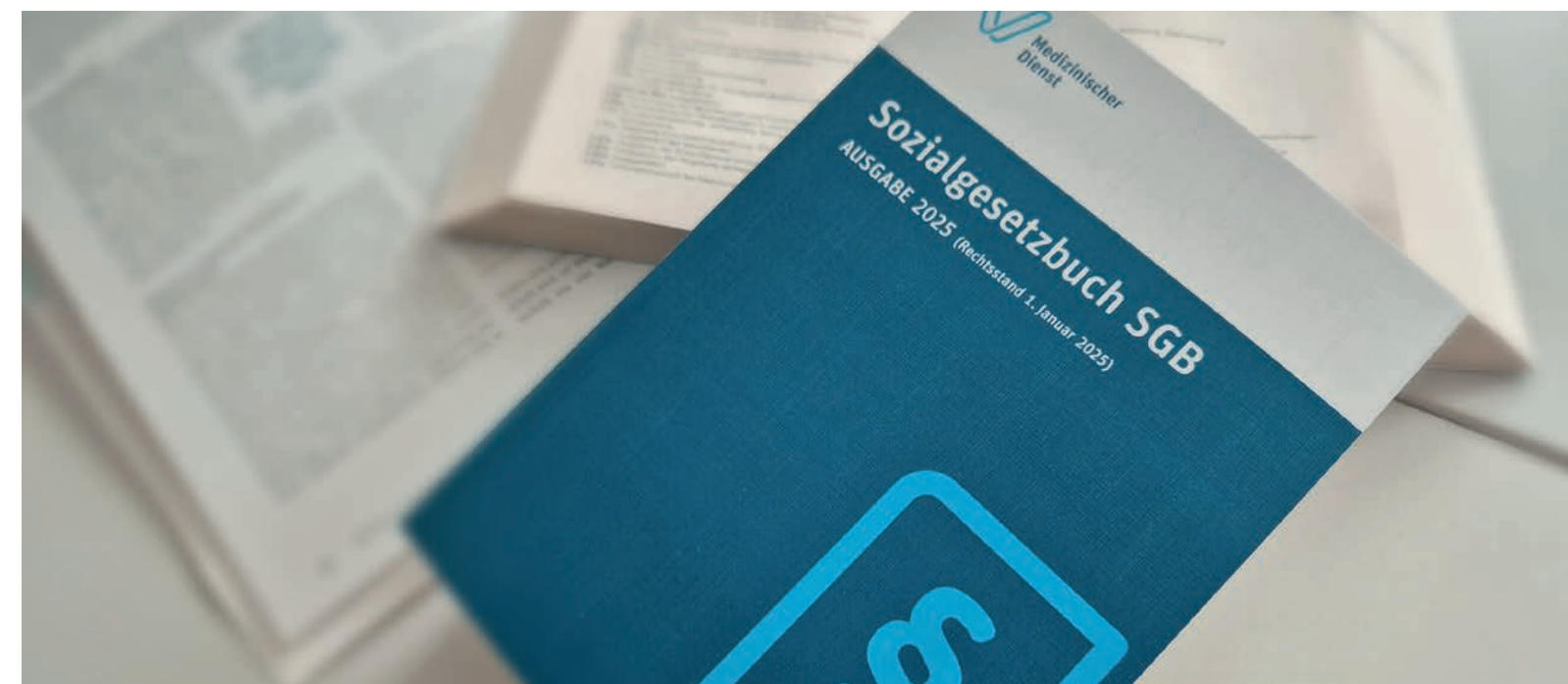
Ist eine Rückkehr in die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei noch erhaltenem Restleistungsvermögen nicht möglich, erfolgte während der Arbeitsunfähigkeit ein Verlust des Arbeitsplatzes oder liegt bereits primär Arbeitslosigkeit vor, so wird im Rahmen der Begutachtung ein positives/negatives Leistungsbild erstellt. Mit diesem Leistungsbild kann der Versicherte eine dementsprechend gestaltete berufliche Tätigkeit weiterhin ausüben. Dieses ist insofern eine wichtige Feststellung, als dass Versicherte, die ab dem 1. Januar 1961 geboren sind, von Gesetzeswegen keinen Anspruch mehr auf eine Berufsunfähigkeitsrente haben. Der Bezugspunkt ist ab diesem Geburtsjahrgang der allgemeine Arbeitsmarkt und die Erwerbsfähigkeit auf diesem. Eine vorzeitige Berentungsmöglichkeit besteht heute nur noch dann, wenn der Versicherte keine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr vollschichtig, sondern nur drei bis sechs Stunden oder unter drei Stunden täglich ausführen kann. Eine rechtzeitige sozialmedizinische Einschätzung und Weichenstellung unter Einbezug der anderen Sozialversicherungsträger, hier in erster Linie der gesetzlichen Rentenversicherung, ist daher unerlässlich, um keine existenzgefährdende Situation für den Versicherten entstehen zu lassen. Der § 51 SGB V ist hier eine maßgebliche Schnittstelle zwischen den beiden Sozialversicherungsträgern „Gesetzliche Krankenversicherung“ (Zuständigkeit Krankengeld während der Arbeitsunfähigkeit) und „Ge-

setzliche Rentenversicherung“ (Zuständigkeit für Rehabilitation und Rente von Erwerbstätigen).

§ 51.1 SGB V „Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“

Nicht wegzudenken aus der Palette der Optionen ist der § 51.1 SGB V. Entsprechend haften diesem Paragraphen viele Attribute an, wie zum Beispiel „Dauerbrenner“, „Schnittstelle“ oder „Umsteigebahnhof“. Nicht nur diese Schlagworte, sondern auch die Überschrift im Gesetzestext sprechen unterschiedliche Aspekte an. So heißt es dort „Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“.

Diese Rechtsvorschrift stellt u. a. die Möglichkeit dar, den Versicherten im sozialmedizinischen Sinne rechtzeitig und angemessen durch das hochkomplexe gesetzliche Kranken-, Rehabilitations- und Rentenversicherungssystem zu führen. Das oberste Ziel ist es, nach Möglichkeit seine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit für die Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Eine der zur Verfügung stehenden Optionen ist dabei „Rehabilitation und Teilhabe“. Als Stichworte seien hier der multimodale Therapieansatz in der Rehabilitation und die Vermeidung einer Chronifizierung von Beeinträchtigungen als wesentliche Elemente für die Durchführung einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation genannt. Auch die Einleitung der Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am >



- › Arbeitsleben ist mit Hilfe dieses Paragraphen möglich. „Einleitung der Prüfung“ deshalb, weil die abschließende Entscheidungshoheit (und Kostenträgerschaft) sowohl bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen Erwerbstätiger nicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), sondern bei der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) liegt. Es geht hier um eine maßgebliche Weichenstellung zwischen zwei verschiedenen Trägern in der gegliederten Sozialversicherung.

Die Rechtzeitigkeit der Anwendung des § 51.1 SGB V und damit die Weichenstellung in vorgenanntem Sinne ist hierbei wichtig, um die Versicherten in Abhängigkeit vom zugrundeliegenden Krankheitsgeschehen nicht in eine psychisch und oder physisch chronifizierende und sich gegenseitig verstärkend beeinflussende gesundheitliche Situation hineingleiten zu lassen.

Die Frage einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ist dabei unabhängig von den Empfehlungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zu beantworten, d. h. die Voraussetzungen des § 51.1 SGB V sind auch dann zu bestätigen, wenn aktuell weder eine medizinische Rehabilitation noch Leistungen zur Teilhabe infrage kommen. Letzteres ist der Fall, wenn z. B. keine Rehabilitationsfähigkeit oder bei dauerhafter Leistungsminde- rung keine hinreichende Erfolgsaussicht der rehabilitativen Maßnahme besteht. Die sozialmedizinisch gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes soll der Krankenkasse dabei eine umfassende Abwägung möglicher Maßnahmen ermöglichen.

Bei der Begutachtung kommt es nicht nur auf die Benennung der Funktionsdiagnosen, sondern insbesondere auch auf die Darlegung der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe, dem ICF – Modell folgend, an. Das ICF – Modell beruht auf der International Classification of Functioning, Disability and Health, einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ebenso wichtig ist es, zur voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung und der Prognose bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Bezugstätigkeit) und zur Erwerbsfähigkeit mit

Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sozialmedizinisch Stellung zu nehmen.

Wichtig ist hierbei, die Maßnahmen/Möglichkeiten des § 51.1 SGB V zum richtigen Zeitpunkt auf den Weg zu bringen, um den Versicherten „mitzunehmen“, damit die hieraus folgenden Maßnahmen die bestmögliche Erfolgsaussicht haben und nicht (nur) dem Grundsatz „Reha vor Rente“ folgen. Die Versicherten sollten inhaltlich motiviert die Rehabilitation absolvieren und nicht nur teilnehmen, um den Ausstieg aus dem Erwerbsleben bei nicht hinreichendem Behandlungserfolg weiterzuverfolgen, d. h. ein weiteres formales Kriterium zu erfüllen. Das persönliche Gespräch mit dem Versicherten, entweder seitens der Krankenkasse oder – falls persönlich begutachtet – des Medizinischen Dienstes ist hierbei sehr hilfreich.

Der § 51 SGB V ist zwischen den Sozialversicherungsträgern Gesetzliche Krankenversicherung und Gesetzliche Rentenversicherung somit Schnittstelle und Abgrenzung zugleich.

Zu berücksichtigen ist weiter, dass die Bewertung im Sinne einer Minderung der Erwerbsfähigkeit durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse (SGB V) nicht gleichbedeutend mit einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung im rentenrechtlichen Sinne – vergleiche § 43 SGB VI – ist. Eine rentenrechtlich relevante Minderung der Erwerbsfähigkeit („teilweise Erwerbsminderung“) liegt erst dann vor, wenn ein Versicherter infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage ist, täglich mindestens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu sein. Hier ist die abschließende Einordnung der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) maßgeblich.

Fazit

Zusammenfassend ist die rechtzeitige sozialmedizinische Weichenstellung im oben beschriebenen Sinne bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ein wichtiger Beitrag, damit Versicherte möglichst langfristig im Erwerbsleben verbleiben.

Arbeitsunfähigkeit und § 51.1 SGB V – ein Fallbeispiel

Ein 58-jähriger Berufskraftfahrer ist fortlaufend in Vollzeit in einem Stückguttransportunternehmen mit großen LKW im Zweischichtsystem beschäftigt. Er leidet an einer mittelgradigen depressiven Episode bei psychischer Labilität, Grübelneigung, Traurigkeit und Leistungseinbruch.

Auslöser ist der Tod der Ehefrau vor zweieinhalb Jahren. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit beträgt bisher zwölf Monate. Es erfolgten in 2024 zwei stationäre, mehrwöchige Krankenhausaufenthalte in entsprechenden Fachabteilungen mit der Empfehlung einer nachfolgenden, ambulanten Psychotherapie und Aufnahme einer ambulanten, fachpsychiatrischen Behandlung. Die ambulante Psychotherapie konnte begonnen werden. Die psychiatrische Mitbehandlung erfolgte noch nicht. Es wurde eine begleitende medikamentöse Behandlung durch die Hausärztin durchgeführt. Die maximal mögliche AU-Dauer würde im September 2025 erreicht werden.

Die Begutachtung ergab, dass die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist.

Das Rehabilitationsziel ist die bestmögliche Wiederherstellung der psychischen und physischen Belastbarkeit, um die Tätigkeit als Berufskraftfahrer wieder aufnehmen zu können. Es besteht Rehabilitationsbedürftigkeit mit einem multimodalen Therapieansatz. Ebenso besteht Rehabilitationsfähigkeit bei speziell erfolgreicher, wenn auch zu intensivierender, fachspezifischer Therapie. Die Rehabilitationsmotivation ist vorhanden.

Die Prognose, durch die stationäre psychosomatisch ausgerichtete Rehabilitationsmaßnahme seine Tätigkeit wieder aufnehmen zu können, ist positiv.

Die Voraussetzungen des § 51.1 SGB V liegen in sozialmedizinischer Hinsicht vor. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind seitens der Sozialversicherungsträger, hier: gesetzliche Krankenkasse und gesetzliche Rentenversicherung, zu prüfen.





PERSONALIEN

Seit dem 1. Januar 2024 verstärkt Frau Dr. Verena Rosenmüller die Leitung des Hamburger Teams der Abteilung Ambulante Versorgung (AV)

Frau Dr. Rosenmüller ist Fachärztin für Augenheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und der Schwerpunktbezeichnung Medizinische Begutachtung. Sie war langjährig klinisch am Pius-Hospital in Oldenburg und am Universitätsklinikum Rostock sowie nachfolgend in einem Praxisverbund mit ambulantem OP-Zentrum tätig. Ihre Schwerpunkte waren dabei Erkrankungen der Netzhaut, Glaskörperinjektionen und refraktive Chirurgie.

Beim Medizinischen Dienst Nord in der Abteilung Ambulante Versorgung ist sie seit 2016 beschäftigt. Ihre gutachterliche Tätigkeit umfasst verschiedenste Bereiche wie Arbeitsunfähigkeit, Vorsorge und Rehabilitation, Arzneimittel, Hilfsmittel, plastisch-chirurgische Eingriffe sowie Behandlungsfehler. Darüber hinaus engagiert sie sich im Bereich der Qualitätssicherung „QSKV“ des MD Nord und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste.



Dr. Verena Rosenmüller, Leiterin des Hamburger Teams der Abteilung Ambulante Versorgung



ABTEILUNG KRANKENHAUS

Die Entwicklung der DRG-Einzelfallabrechnungsprüfung seit dem MDK-Reformgesetz

Interview mit Frau Dr. Anita Zeller, Leiterin der Abteilung Krankenhaus, Medizinischer Dienst Nord

Warum hat der Gesetzgeber mit dem MDK-Reformgesetz auch grundlegende Änderungen der DRG-Abrechnungsprüfungen vorgenommen?

Nun, dazu muss man auf die Entwicklung der DRG-Abrechnungsprüfungen zurückblicken. Nachdem das DRG-System 2003 zunächst optional und ab 2004 verbindlich eingeführt wurde, kam es von Jahr zu Jahr zu deutlich steigenden Abrechnungsprüfungen der Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen. Das DRG-System war neu, es gab umfassende und sehr komplizierte Kodierregeln, die zudem unterschiedlich ausgelegt wurden. Eine hohe Anzahl von Rechnungen wurde in den Prüfungen korrigiert – überwiegend kam es dabei zu Rechnungskürzungen. Im Laufe der Jahre sind Arbeitsgruppen und Mechanismen, wie zum Beispiel der Schlichtungsausschuss, etabliert worden, um unklare Kodierkonstellationen zu einen und somit eine einheitliche Sicht vorzugeben. Darüber hinaus wurden verschiedene Fragestellungen vor Gericht ausgehandelt, teilweise

bis zum Bundessozialgericht. Die allgemeine Erwartungshaltung, dass einige Jahre nach Einführung des DRG-Systems eine Konsolidierung mit überwiegend korrekten Abrechnungen und vermindertem Prüfbedarf eintreten würde, erfüllte sich nicht. Ganz im Gegenteil, auch Jahre nach der Einführung des DRG-Systems stieg die Zahl der Abrechnungsprüfungen von Jahr zu Jahr weiter an. Die DRG-Abrechnung wurde sowohl von Seiten der Krankenhäuser als auch von Seiten der Kassen als ein Wettbewerbsfeld gelebt. Die Graubereiche der ICD- und OPS-Kataloge sowie der Kodierrichtlinien konnten jeweils zum eigenen Vorteil genutzt werden. Dies führte zu steigenden Erlösen auf der einen und steigenden Retaxierungen auf der anderen Seite. Das initiale politische Ziel der Einführung des DRG-Systems, nämlich die Verringerung oder Stabilisierung der Kosten im Krankenhaussektor war nicht erzielt worden.

Folglich wuchs auch das Betätigungsfeld der Einzelfallbegutachtung für den Medizinischen

Dienst. In unserem Zuständigkeitsbereich in Hamburg und Schleswig-Holstein wurden am Vorabend des MDK-Reformgesetzes mehr als 20% aller Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst geprüft. Davon waren 53,5% falsch zu hoch abgerechnet und wurden entsprechend durch den Medizinischen Dienst korrigiert. Es ist wichtig, an dieser Stelle zu betonen, dass mehr als 96% dieser Begutachtungen im Konsens mit den Krankenhäusern erfolgten und von den nicht-konsentierten Fällen wiederum nur ein sehr geringer Anteil über den Rechtsweg bei den Sozialgerichten landete. Aufgrund der großen Menge von Abrechnungsprüfungen führte dies dennoch dazu, dass sich DRG-Fälle auf den Tischen der Sozialgerichte anhäufelten und diese lahmlegten. Eine neue Lösung musste also her und kam auch mit dem MDK-Reformgesetz, welches am 01.01.2020 in Kraft trat. Mit dem MDK-Reformgesetz wollte der Gesetzgeber Anreize für korrekte DRG-Abrechnungen, weniger Einzelfall-Abrechnungsprüfungen >



Dr. Anita Zeller,
Leiterin der
Abteilung
Krankenhaus

> sowie eine Entlastung der Sozialgerichte setzen. Hierfür wurde ein neues System von Prüfquoten eingeführt. Konkret wurden diese Prüfquoten an den Anteil der korrekten Abrechnung von Krankenhausbehandlungen gekoppelt: Ein hoher Anteil von korrekten Krankenhausabrechnungen führt folglich zu einer niedrigen Prüfquote. Ergänzend haben Krankenhäuser im Falle einer Falschabrechnung einen Aufschlag zu zahlen. Zudem wurde der Katalog für ambulante Operationen am Krankenhaus erweitert, um die häufigste Anfrage nach einer primären Fehlbelegung bei „kleineren“ operativen Eingriffen zu reduzieren. Ebenso wurden OPS-Strukturprüfungen als neue Prüfkategorie eingeführt. Das erklärte Ziel dieser

Strukturprüfungen sollte sein, durch eine Prüfung von strukturellen Voraussetzungen die Prüfung einer Vielzahl von Einzelfällen zu reduzieren. Somit ist der Vergleich der Einzelfallabrechnungsprüfungen vor und nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes spannend, um zu bewerten, ob diese Ziele erreicht wurden beziehungsweise welche Veränderungen eingetreten sind.

Wie hat sich der Auftragseingang in der DRG-Einzelfallbegutachtung seitdem verändert? Funktioniert das neue Anreiz-System?

Wie bereits erwähnt, konnten auch wir im MD Nord bis Ende 2019 einen stetig wachsenden Auftragseingang in der DRG-Begutachtung verzeichnen. Im Jahr 2019 sind etwa 216.000 Fälle

durch die Krankenkassen zur Prüfung beauftragt worden. Nach einer „außerplanmäßigen“ gesetzlich vorgegebenen Reduktion der Prüfquote auf 5% des Fallvolumens in 2020, was im ersten Coronajahr der Entlastung der Krankenhäuser diente, sind nun in den letzten Jahren die Mechanismen des MDK-Reformgesetzes mit der Koppelung der Prüfquote an die Richtigkeit der Kodierung etabliert. Dadurch wurde der Auftragseingang von DRG-Fällen auf etwa 70.000 Fälle pro Jahr reduziert (Abbildung 1). Es hat also tatsächlich eine deutliche Reduktion auf nur noch ein Drittel des Fallvolumens stattgefunden!

Im Jahr 2019 wurden an etwa 60% der vorliegenden DRG-Einzelfällen Auffälligkeiten festgestellt. Diese betrafen sowohl Fragen der Dauer als auch der Kodierung. Nicht alle diese Änderungen wirken sich finanziell aus. Eine tatsächliche Rechnerkorrektur erfolgte bei 53,5% der geprüften Fälle. Die meisten Korrekturen führten zu einer Verminderung der Abrechnung. Mir ist dabei wichtig, zu betonen, dass der Medizinische Dienst unabhängig und neutral begutachtet. So werden ebenso Korrekturen zugunsten des Krankenhauses und entgegen der Erwartung der beauftragenden Kasse vorgenommen. Dieser Anteil ist jedoch geringer als die beschriebenen Rechnerkürzungen. Bei über 100.000 Behandlungsfällen kam es also zu einer fehlerhaften Abrechnung. Wenn ich ehrlich bin, hatten wir erwartet, dass im „neuen System“ zwar die Anzahl der angefragten

Behandlungsfälle abnehmen, aber dafür die Quote der korrigierten Rechnungen zunehmen wird. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. 2024 wurden zwar Veränderungen an 54% der Behandlungsfälle vorgenommen, eine Rechnerkorrektur erfolgte dabei in 48,7% der Behandlungsfälle.

Und was bedeutet das für die Prüfquote der Krankenhäuser?

Wie bereits dargestellt, führt eine korrekte Abrechnung zu einem Absinken der Prüfquote. Wenn bei mindestens 60% der vom Medizinischen Dienst geprüften Krankenhausrechnungen keine Korrektur erforderlich ist, dann wird das Krankenhaus im folgenden Quartal mit einer geringen Prüfquote von 5% der Behandlungsfälle „belohnt“. Zudem muss das Krankenhaus bei unbeanstandeten Prüfungen des MD keine Aufschläge zahlen. Dieses

System stellt tatsächlich einen hohen Anreiz für Krankenhäuser dar. Controllingabteilungen der Krankenhäuser investieren sehr viel, um dieses Ziel zu erreichen. Bundesweit liegen aktuell etwa 45% der Krankenhäuser bei einer Prüfquote von 5%. Weitere 44% befinden sich im Bereich der 10% Prüfquote (siehe Abbildung 2). Nur vereinzelte Krankenhäuser sind aufgrund von sehr hohen fehlerhaften Rechnerquoten von über 80% vollkommen „entdeckelt“. Dies bedeutet, dass jeder einzelne Behandlungsfall dieses Krankenhauses von den Krankenkassen zur Prüfung beauftragt werden könnte.

Warum hat sich Ihres Erachtens die Korrekturquote der Behandlungsfälle verringert statt erhöht?

Die Gründe hierfür sind wahrscheinlich tatsächlich sehr vielfältig. Zum einen hatte ich ja be-

reits darauf hingewiesen, dass der vom Gesetzgeber angestrebte Anreiz der korrekten Kodierung tatsächlich funktioniert. Während 2019 in fast 40% der Behandlungsfälle Rechnerkorrekturen bei Kodierfragen vorgenommen wurden, liegt die Höhe der beanstandeten Rechnungen bei Kodierfragen im Jahr 2024 unter 25%. Zum anderen wurde der bilaterale Austausch zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) 2021 gestärkt. Vor Beauftragung kann ein Vorverfahren im Sinne eines bilateralen Falldialoges zur Klärung eingeleitet werden, um Abrechnungsfragen zu klären. Dort werden dann altbekannte Fragestellungen, wie die Indikation eines prä-interventionellen Tages, bereits ohne Begutachtung durch den Medizinischen Dienst konsentiert. >

Auftragsentwicklung der Krankenhaus-Abrechnungsprüfungen

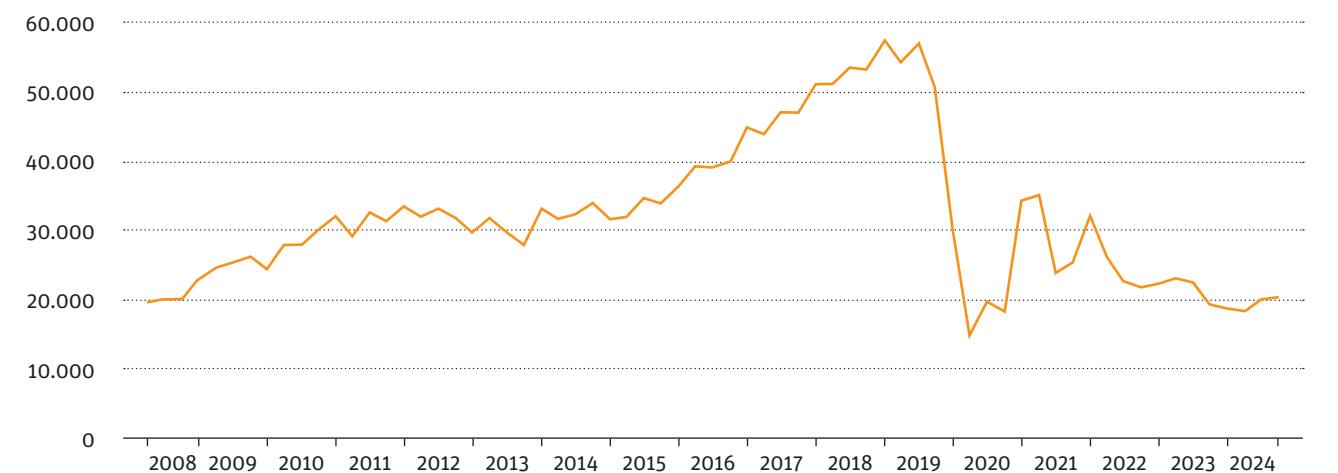


Abbildung 1: Eingang Einzelfall pro Quartal

Prüfquoten 4. Quartal 2024 bundesweit



- Anteil der Krankenhäuser mit 5%iger Prüfquote: 45.38 %
- Anteil der Krankenhäuser mit 10%iger Prüfquote: 44.25 %
- Anteil der Krankenhäuser mit 15%iger Prüfquote: 10.38 %

Abbildung 2: Prüfquoten 4. Quartal 2024 bundesweit

- > Auch haben in den letzten Jahren sozialmedizinische Fallberatungen zwischen dem Medizinischen Dienst und den Kassen abgenommen. Während im Jahr 2019 das Verhältnis von Fallberatung zu Beauftragung noch bei 1:3 lag, liegt es im Jahr 2024 im Verhältnis 1:10. Darüber hinaus erfolgt die aktuelle Fallberatung schriftlich über einen digitalen Auftrag, während vor fünf Jahren die Beratung noch im persönlichen Kontakt mit den Kassenmitarbeitenden Vor-Ort in einem gemeinsamen Fallgespräch durchgeführt wurde. Des Weiteren wurde durch die Prüfverfahrenvereinbarung zwischen dem GKV-SV und der DKG die Möglichkeit der Erweiterung des Prüfanlasses durch den MD nennenswert eingeschränkt.

Diese Erweiterung ist nun bei schriftlichen Prüfungen, die den Hauptanteil ausmachen, an die Genehmigung der Krankenkasse und das Einhalten von Fristen zur erneuten Unterlagenanlieferung limitiert. Folglich wird sie aktuell in einem sehr, sehr geringen Prozentsatz von nur 0,37% eingesetzt, sie findet also praktisch nicht mehr statt. Das ist sehr bedauerlich und ein echter Webfehler in der Prüfverfahrenvereinbarung, der unbedingt korrigiert werden sollte, damit zukünftig auch Fehler der Abrechnung korrigiert werden können, die die beauftragende Krankenkasse nicht erkennen und somit nicht zur Prüfung beauftragen konnte.

Was keinen Einfluss auf die Korrekturquote zu haben scheint, ist die Art und Weise, wie die Begutachtung durchgeführt wird. Während 2019 der überwiegende Anteil mit über 90% der Einzelfallbegutachtung im Rahmen von Begehungen, also im Falldialog mit den Klinikvertreterinnen und -vertretern stattgefunden hat, werden die Begutachtung im Jahr 2024 nur zu 20% als Fallbesprechungen durchgeführt. Man kann also nicht behaupten, dass der fehlende Falldialog nun zu einer – aus Sicht des Krankenhauses – „verschärften“ Begutachtung führt.

Haben sich denn die Frageinhalte der Kassenaufträge in den letzten Jahren verschoben?

Interessanterweise sind die prozentualen Anteile der Prüfanlässe – aufgeteilt auf die Fragen nach der Dauer, der Notwendigkeit der stationären Behandlung sowie

der Kodierung – annähernd identisch geblieben. Während die Frage nach der Dauer etwa 50% der Fragestellungen umfasst, liegen die anderen beiden Prüfanlässe bei etwa 25%. Die TOP 10 der angefragten DRGs haben sich jedoch schon verändert. Während 2019 klare Schwerpunktthemen wie die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, vertreten mit drei DRG in den TOP 10, und kardiale Fragestellungen, vertreten mit vier DRG in den TOP 10, beauftragt wurden, ist das Bild der Anfragen nun breiter gestreut und divergenter. Fragen zu Klassikern wie Krampfaderoperationen, gastrointestinale Themen, „kleineren“ operativen Eingriffen wie Mandeloperationen oder Gelenkspiegelungen sowie Leistenbruchoperationen sind nun neben den bereits erwähnten kardialen Fragestellungen ebenso im Bereich der TOP 10 vertreten. Eine Schwerpunktbildung kann aktuell anhand der Daten nicht abgelesen werden.

Wie wird sich die DRG-Begutachtung von nun an weiter entwickeln?

Lange war nicht klar, ob mit der geplanten Krankenhausreform nicht auch eine Veränderung der Einzelfallbegutachtung im Sinne von Stichprobenkontrollen pro Krankenhausstandort eingeführt werden. Dies ist nun vom Tisch. Allerdings wird sich die Finanzierung der Krankenhäuser mit der Einführung der Leistungsgruppen ändern. Das duale Finanzierungsprinzip bleibt zwar erhalten, die Behandlungskosten wer-

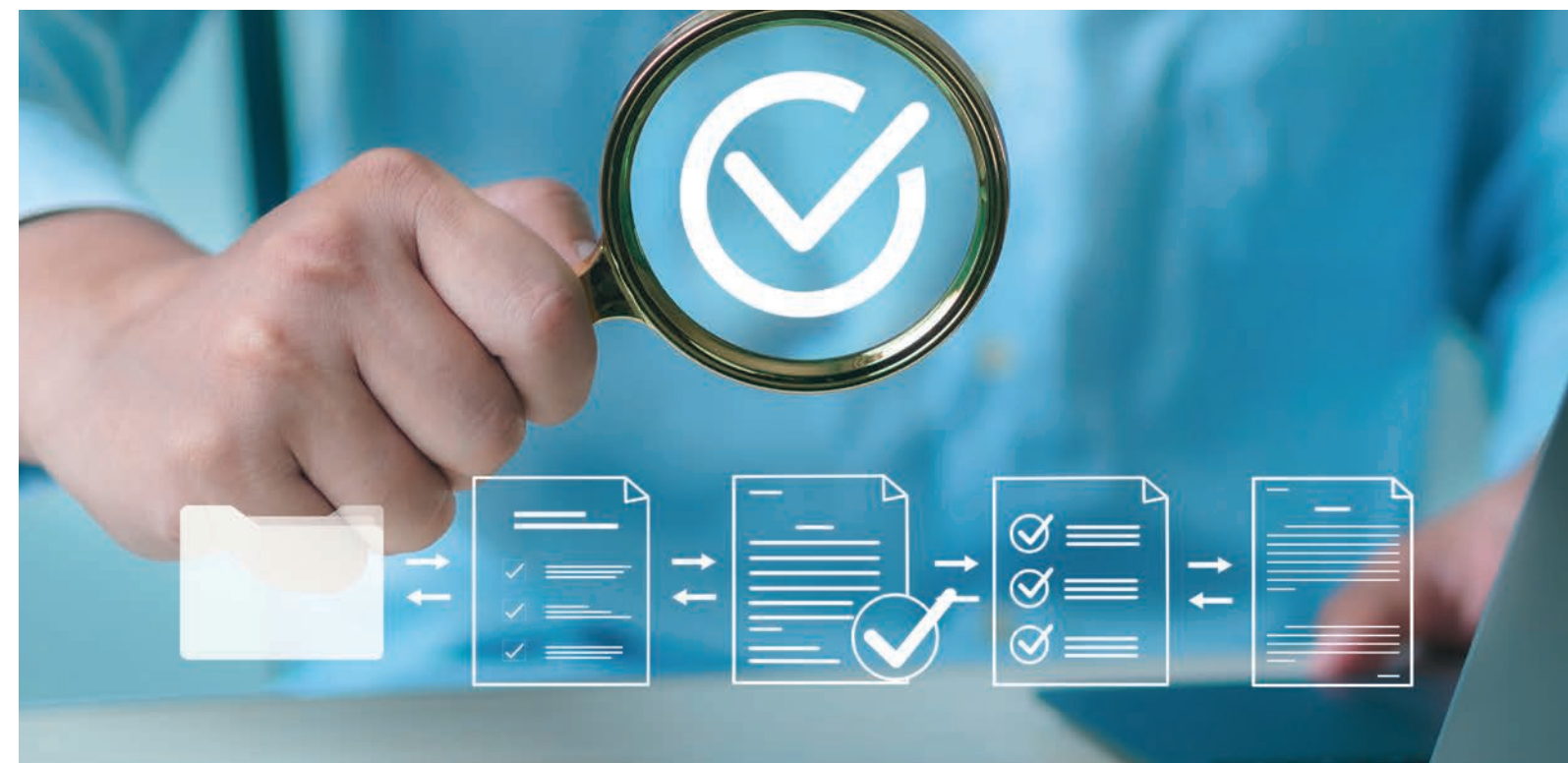
den nun jedoch nicht mehr ausschließlich einzelfallbezogen vergütet. Vielmehr wird mit der Leistungsgruppenzuweisung eine fallunabhängige Vorhaltefinanzierung etabliert, die einen Umfang von 60% umfassen soll. DRG-Einzelfälle verlieren somit etwas an Bedeutung, so dass sich möglicherweise auch hierdurch zukünftig der Umfang der Abrechnungsprüfungen reduzieren könnte. Dies bleibt abzuwarten. Gleichzeitig werden möglicherweise neue Algorithmen mit dem Leistungsgruppen-Grouper etabliert. Vielleicht kristallisieren sich einige DRG als besonders interessant im Zusammenhang mit der Leistungsgruppenzuweisung heraus und es könnte Verschiebungen hin zu neuen Fragestellungen geben.

Auch werden immer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) entwickelt, die aufgrund der meist damit verbundenen hohen Kosten die Diskussion

um die Finanzierung im Gesundheitssystem weiter beschäftigen werden. Indikationsfragestellungen, die mit einem Zusatzentgelt verknüpft sind, könnten also auch im Krankenhausbereich in den nächsten Jahren schrittweise zunehmen. Wir dürfen also gespannt sein, was die nächsten Jahre so mit sich bringen.

Von Krankenhausseite wird häufig beklagt, dass immer nur neue Prüfungen hinzukommen und somit insgesamt mehr überprüft wird. Dabei wird häufig nicht berücksichtigt, dass die mit Abstand häufigsten Prüfungen im Krankenhausbereich, die DRG-Abrechnungsprüfungen, sich bereits seit 2021 mit dem MDK-Reformgesetz um 75% reduziert haben. Dies hat in den letzten Jahren bereits deutlich zu einer Entlastung geführt. Natürlich ist auch richtig, dass stattdessen mit dem MDK-Reformgesetz OPS-Strukturprüfungen und nun mit dem KHVVG Leistungsgruppenprüfungen einge-

führt wurden. Wie bereits beschrieben, hat die „massenhafte“ und stetig ansteigende Einzelfallabrechnung weder zur Kostenreduktion geführt noch essenziell zur Qualitätssteigerung beigetragen. Daher ist die Einführung von Strukturprüfungen und nun Leistungsgruppen eine logische Ergänzung. Es sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass von den aktuell geprüften Einzelfallabrechnungsprüfungen immer noch jede zweite inkorrekt zu hoch ist. Vor diesem Hintergrund sollten Einzelfallabrechnungsprüfungen auf keinen Fall „abgeschrieben“ werden. Ohne die Handwerker-Analogie, die in solchen Diskussionen immer herangezogen wird (... man stelle sich vor, dass jede zweite Handwerkerrechnung falsch zu hoch sei, die man privat zu bezahlen hätte ...), überstrapazieren zu wollen, so bleibt dennoch festzuhalten, dass DRG-Abrechnungsprüfungen unverändert sinnvoll und notwendig sind.



Die Verschlinkung von Krankenhausprüfungen beginnt jetzt: QDoK-Base

Unsere neue Informationsdatenbank für Krankenhausstrukturprüfungen

Die Struktur- und Qualitätsprüfungen beim Medizinischen Dienst Nord umfassen bisher im Wesentlichen die OPS-Strukturprüfungen und die Prüfungen von Qualitäts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Aufgrund des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) kommen zukünftig die Prüfungen von Leistungsgruppen als weitere wichtige Aufgabe hinzu. Bisher war es aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht möglich, vom Medizinischen Dienst gewonnene Informationen aus einer OPS-Strukturprüfung in einer G-BA-Richtlinienprüfung zu verwenden und umgekehrt. Das führte dazu, dass z. B. bestimmte Qualifikationsnachweise oder die im Krankenhaus vorzuhaltende Infrastruktur für jeden Rechtskreis – und somit für jede Prüfung – vom Krankenhaus separat nachgewiesen werden musste. Selbst für OPS-Strukturprüfungen am selben Standort und im selben Jahr mussten bislang für die unterschiedlichen OPS-Kodes teilweise die gleichen Qualifikationsnachweise oder Dienstpläne für denselben Zeitraum separat geliefert werden. Das konnte zu der paradoxen Situation führen, dass die Prüferinnen und Prüfer denselben Nachweis binnen eines Jahres teilweise mehrfach prüfen mussten.

Dieses Prüfverfahren ist in dieser Form für die Krankenhäuser und den Medizinischen Dienst gleichermaßen ineffektiv gewesen. Daher startete der Medizinische Dienst Nord bereits im November 2023 das Projekt QDoKBase. Ziel war es, eine Informationsdatenbank aufzubauen, in der Nachweise und Erkenntnisse aus Strukturprüfungen systematisch erfasst werden, um später auf bereits bekannte Nachweise verzichten zu können.

Als dann der erste Referentenentwurf zum KHVVG kam, haben wir mit großem Erstaunen festgestellt, dass der Gesetzgeber ebenfalls in genau diese Rich-

tung gedacht hat. Dadurch haben wir uns natürlich in unserer Strategie sehr bestätigt gefühlt. Seit dem KHVVG dürfen die Medizinischen Dienste Erkenntnisse aus früheren Prüfungen nicht nur verwenden, sie müssen es sogar! Und das ist richtig so.

In der Praxis werden in QDoKBase die aus den durchgeführten Prüfungen gewonnenen Erkenntnisse gespeichert, um sie wiederverwenden zu können: Das sind z. B. die Qualifikationen des Personals, Erkenntnisse zu vorhandenen Geräten wie z. B. Computertomographen und Beatmungsgeräten, interne Regelungen im Qualitätsmanagement sowie Kooperationsvereinbarungen der geprüften Krankenhausstandorte. Diese Informationen werden in unserer Datenbank so strukturiert erfasst und aufgearbeitet, dass sie bei einer folgenden Prüfung gezielt abgerufen werden können. Dadurch müssen Nachweise nicht mehr mehrfach vorgelegt und geprüft werden. Dies gilt z. B. auch für Großgeräte vor Ort oder andere besondere bauliche Anforderungen – eine deutliche Erleichterung für alle.

Während sich die Vorteile für Personen und gerätebezogene Daten leicht erkennen lassen, lässt sich der Nutzen für interne Regelungen und Kooperationsvereinbarungen besser an einem Beispiel erklären: So kann ein Krankenhausstandort beispielsweise teleraudiologisch von einem anderen Anbieter versorgt werden, um die Verfügbarkeit einer CT-Bildgebung und -Befundung rund um die Uhr sicherzustellen. Gewisse Vorgaben, die durch den MD zu prüfen sind, erfordern die Festlegung und Einhaltung bestimmter interner Regelungen am Krankenhausstandort: So müssen z. B. beim OPS-Code für die aufwendige, intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-98f) bestimmte Konsiliardienste binnen 30 Minuten am Standort und eine Fachärztin/ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin binnen 30 Minuten am



Autoren

Pawel Dube, Fachbereichsleiter Strukturprüfungen (linkes Bild)
 Tim Wulf, Stabsstelle Controlling und Datenintegration (rechtes Bild)
 Marco Lingstädt, Ärztlicher Gutachter aus der Expertengruppe Strukturprüfung
 Anita Zeller, Leitung der Abteilung Krankenhaus

Patienten verfügbar sein. Solche Regelungen werden meistens in Dienstanweisungen getroffen. In unserem Beispiel wird die Information „es liegt eine Dienstanweisung vor“ ebenfalls in der Informationsdatenbank angelegt. Somit lassen sich also auch komplexere Zusammenhänge in der Datenbank erfassen.

Während einige Erkenntnisse in der Regel sehr lange Bestand haben, wie z. B. die Kenntnisse über bestimmte Geräte oder die Qualifikationen des Personals, ändern sich Kooperationen häufiger. Auch der Wechsel von Personal an ein anderes Krankenhaus ist nichts Ungewöhnliches. Daher wird es trotz vieler Erleichterungen weiterhin nötig sein, zumindest regelmäßig zu überprüfen, ob die bekannten Personen immer noch am Standort tätig sind beziehungsweise Regelungen und Kooperationen weiterhin Bestand haben. Wichtig: Die Dokumentationspflichten des Krankenhauses verringern sich auf zwei Arten: Zum einen werden die Nachweise nicht mehr für jeden OPS parallel geschickt werden müssen, zum anderen wird der Nachweis dem Medizinischen Dienst gegenüber in Zukunft deutlich schlanker ausfallen, da bereits erlangte Erkenntnisse und Nachweise mehrfach oder sogar dauerhaft nutzbar sind.

Auch die Erkenntnisse aus Prüfungen vor Ort, bei denen keine Unterlagen angefordert werden, können in der Informationsdatenbank erfasst und für spätere Prüfungen herangezogen werden. Somit können zukünftig Inhalte aus sämtlichen Prüfungen wiederverwendet werden, was die Durchführung von Folgeprüfungen deutlich vereinfacht.

Anhand des Strukturmerkmals Physiotherapie soll das mögliche Potenzial einmal beispielhaft vorgestellt werden: Sobald im Rahmen einer OPS-Strukturprüfung der aufwendigen, intensivmedizinische Komplexbehandlung die „tägliche Verfügbarkeit der Physiotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen)“ festgestellt wurde, entfällt zukünftig der Nachweis der Physiotherapie in bis zu knapp zwanzig (!) weiteren OPS, die im selben Jahr in diesem Krankenhaus zu prüfen sind. Während bisher dieselbe Fragestellung wiederholt angefordert, übermittelt, gesichtet und geprüft wurde, kann nun die einmal gewonnene Erkenntnis innerhalb desselben Prüfzeitraums wiederverwendet werden.

Die Informationsdatenbank QDoKBase wurde im Januar 2024 in den Produktivbetrieb genommen. Aktuell werden die bereits vorliegenden Informationen aus bereits zurückliegenden Prüfungen aufgearbeitet und strukturiert für jeden Standort abgelegt. Wir sind sehr optimistisch, bereits in den kommenden Prüfungen in 2025 voll auf diese Datenbank zurückgreifen zu können. Das tatsächliche entlastende Potenzial, dass durch die wechselseitige und mehrfache Verwendung von Nachweisen sowie die Anwendung der Datenbank entsteht, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht sicher vorhergesagt werden, ist aber sehr vielversprechend. Auf jeden Fall wird es mehrere Jahre dauern, bis durch mehrere Prüfungen und den Aufbau zunehmender Erkenntnisse das volle Potenzial ausgeschöpft werden kann.

Wir freuen uns auf die ersten Erfahrungen und hoffen, dass wir damit einen besonders effektiven Beitrag zur „Entbürokratisierung“ in Struktur-, Qualitäts- und Leistungsgruppenprüfungen leisten können.

Erste AKI-Begutachtungsergebnisse

Interview mit Dr. Martin Meyer, Fachbereichsleiter außerklinische Intensivpflege, zu Ergebnissen nach dem ersten Begutachtungsjahr unter IPReG-Bedingungen

Herr Dr. Meyer, danke, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben. Sie sind Fachbereichsleiter für außerklinische Intensivpflege. Können Sie uns zunächst einen Überblick über die aktuelle Situation der außerklinischen Intensivpflege geben?

Sehr gerne. Die außerklinische Intensivpflege (AKI) ist ein relativ neuer Aufgabenbereich in der Medizin, der aus der häuslichen Krankenpflege hervorgegangen ist.

Im Oktober 2020 trat der § 37c SGB V im Rahmen der GKV-IPReG (Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung) in Kraft. Am 31. Oktober 2023 ist dann die „Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten. Seit diesem Datum müssen die Leistungen der AKI nach der AKI-Richtlinie begutachtet werden.

Das Gesetz und die Richtlinie wurden etabliert, um Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besser zu unterstützen. Dazu gehören insbesondere beatmete Patientinnen und Patienten, die direkt aus dem Krankenhaus in ihre eigene Wohnung oder in Wohngemeinschaften entlassen werden. In unserem Zuständigkeitsbereich überblicken

wir derzeit etwa 900 Patientinnen und Patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein, darunter viele ältere Menschen sowie einen hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen, die auch in Schulen oder am Arbeitsplatz Unterstützung benötigen.

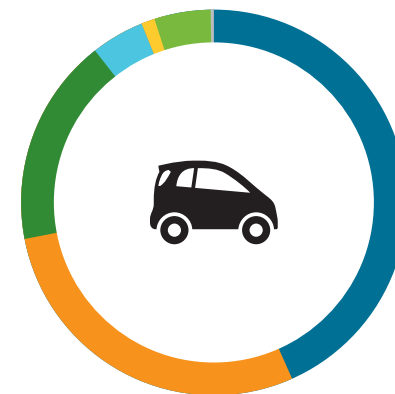
Was ist das Besondere an der außerklinischen Intensivpflege?

Die AKI bietet eine sehr anspruchsvolle pflegerische Unterstützung, oft in einer 1:1-Situation. Das bedeutet, dass sich eine Pflegefachkraft rund um die Uhr um eine einzige erkrankte Person kümmert. Diese intensive medizinische Pflege erfolgt außerhalb des Krankenhauses, meist in der vertrauten Umgebung der eigenen Wohnung oder in speziellen Pflegeeinrichtungen. Oft spielt diese Möglichkeit, in der eigenen Wohnung eine vergleichbare pflegerische Qualität wie im Krankenhaus zu erlangen, eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Lebensqualität.

Wir besuchen die Patientinnen und Patienten dann an dem Ort, an dem sie die pflegerischen Leistungen der AKI erhalten. Dies kann in der eigenen Häuslichkeit, in einer Beatmungs-Wohngemeinschaft, stationären Einrichtung oder auch in einer Schule oder einem Kindergarten sein.

Orte der Besuche

Basis 867 Fälle, Zeitraum: 31.10.2023 bis 31.12.2024



- Häuslichkeit = 43,6 %
- Beatmungs-WG = 28,4 %
- stationäre Einrichtung = 17,6 %
- Schule = 4,3 %
- Kinderstagesstätte = 1,2 %
- sonstiges = 4,7 %
- unbekannt = 0,2 %

Welche Versicherten erhalten Leistungen der AKI?

Grundsätzlich benennt die AKI-Richtlinie, dass „lebensbedrohliche Situationen“ vorliegen müssen. Dies bedeutet, es besteht ein Anspruch auf die außerklinische Intensivpflege, wenn aufgrund einer Erkrankung täglich eine lebensbedrohliche Situation eintreten kann und eine sofortige pflegerische oder ärztliche Intervention erforderlich ist.



Dr. Martin Meyer, Fachbereichsleiter außerklinische Intensivpflege

fachkräfte in unmittelbarer Nähe, um der Patientin beziehungsweise dem Patienten zu helfen.

Was haben Sie in dem ersten Jahr der Begutachtung für Erfahrungen gesammelt?

Dazu muss ich ein paar kurze Sätze sagen, bevor wir zu unseren Erfahrungen und Ergebnissen der Begutachtungen kommen.

Bei der Einführung der zur AKI führenden Gesetzgebung 2020 berichtete unser damaliger Bundesgesundheitsminister Herr Jens Spahn, dass „...bis zu zwei Drittel der beatmeten Patienten in Deutschland eigentlich von der Beatmung entwöhnt werden könnten. Zwei Drittel! Sie werden aber nicht entwöhnt wegen organisatorischer, struktureller Probleme in den Abläufen und wegen falscher Anreize. ...“. Dem gegenüber steht, dass der jährliche finanzielle Aufwand für die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege von 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2018 auf mehr als 3,2 Milliarden Euro im Jahr 2023 gestiegen ist.

Man geht von weiteren Steigerungen aus. Wir haben in Hamburg und Schleswig-Holstein seit Oktober 2023 nun insgesamt 1.124 Begutachtungen der AKI durchgeführt. Dabei wurden 867 Patientinnen und Patienten persönlich besucht. Bei 257 Fällen handelte es sich um direkte Entlassungen aus einem Krankenhaus, die wir in Aktenlage bearbeitet haben. Bei unseren persönlichen Begutachtungen stellt sich das Bild vollkommen anders dar, als zuvor politisch angenommen wurde. >

Dabei ist es nicht notwendig, dass diese Situationen tatsächlich pro Tag auftreten. Es ist für die Bewilligung der AKI ausreichend, wenn diese Situationen prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der Kenntnis des Krankheitsverlaufes und der konkreten Symptomatik täglich oder in einer relevanten Häufigkeit auftreten könnten.

Können Sie Beispiele für solche lebensbedrohlichen Situationen nennen?

Ein typisches Beispiel wäre eine akute Verschlechterung der Atemfunktion bei einer beatmungspflichtigen Patientin oder einem

Patienten. In solchen Fällen müssen Pflegefachkräfte sofort eingreifen, die Beatmung überprüfen und notwendige medizinische Maßnahmen ergreifen.

Ein anderes Beispiel ist eine Patientin oder ein Patient mit einer Trachealkanüle, bei der/dem es zu einer „Verstopfung“ der Kanüle kommt. Ein Atmen ist dann nicht mehr möglich. Hier ist eine sofortige Entfernung des Sekrets aus der Trachealkanüle und der Lunge notwendig.

Auch ein sofortiger Wechsel der Trachealkanüle kann erforderlich werden.

Beide Situationen erfordern fachlich sehr gut ausgebildete Pflege-

> Bei 77 % der Patientinnen und Patienten waren die Voraussetzungen für AKI erfüllt. Nur bei 6 % der Fälle waren die Voraussetzungen für die AKI nicht erfüllt. Bei den verbleibenden 17 % der Fälle benötigten die Patientinnen und Patienten weniger als die verordneten AKI-Leistungen oder es gab Dinge, die in der Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert werden könnten. Der Unterschied unserer Ergebnisse zu den damaligen politischen Vorstellungen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Patientinnen und Patienten in der AKI eine völlig andere Patientengruppe darstellen, als man bei der Einführung der Gesetzgebung erwartet hatte. Wir konnten bei unseren Begutachtungen feststellen, dass über 75 % der Patientinnen und Patienten an neurologischen oder muskulären Erkrankungen leiden. Die häufigsten Erkrankungen waren anoxische Hirnschädigungen (ICD-10 G93), Hirninfarkte (ICD-10 I63) und spinale Muskelatrophien (ICD-10 G12). Internistische Diagnosen, die zur AKI führen, waren eher selten. Wir haben unsere Ergebnisse zu den Begutachtungen auf medizinischen Kongressen wie dem DIGAB und dem MAIK vorgestellt. Dabei zeigte sich im Austausch, dass unsere Ergebnisse bestätigt werden konnten.

Können Sie uns einige Zahlen zu dem Weaning, also der Entwöhnung der Beatmung, darstellen? Weaning bezeichnet den schrittweisen Entwöhnungsprozess von der Beatmung. Wir überlegen, ob

und wie bei den beatmeten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit besteht, ein selbstständiges Atmen ohne ein Beatmungsgerät erneut zu erlernen. Diese möglichen Entwöhnungen können sich über einen Zeitraum von Tagen, Wochen und sogar Monaten hinziehen. Oftmals können Patientinnen und Patienten auch nicht von einer Beatmung entwöhnt werden, da sie an einer Erkrankung leiden, die dies unmöglich macht. 320 der von uns begutachteten Patientinnen und Patienten waren teilweise schon seit mehreren Jahren beatmet. 208 Patientinnen und Patienten werden über eine Trachealkanüle beatmet, in 112 Fällen wird eine Maskenbeatmung durchgeführt. Bei 75 % der begutachteten Patientinnen und Patienten sahen wir kein Weaningpotenzial. Bei knapp 25 % regten wir weitere Untersuchungen oder einen Besuch in einem Weaningzentrum zur Überprüfung eines von uns vermuteten möglichen Potenzials an. Andersherum betrachtet waren insgesamt 575 der Patientinnen und Patienten mit einer Trachealkanüle versorgt, aber nur in den oben genannten 208 Fällen wurde eine maschinelle Beatmung durchgeführt. Wir konnten also feststellen, dass die meisten der mit einer Trachealkanüle versorgten Patientinnen und Patienten nicht beatmet werden. Bei der Patientengruppe der 367 spontan beatmeten Patientinnen und Patienten mit Trachealkanüle bestand nach unserer Auffassung zu mehr als 42 % ein mögliches Potenzial zur Dekanülierung.

Weaningpotenzial

Basis: 320 Fälle, Zeitraum: 31.10.2023 bis 31.12.2024



ja = 6,6 %
 unsicher = 18,1 %
 nein = 75,3 %

Dekanülierungspotenzial der Patienten ohne Beatmung

Basis 367 Fälle, Zeitraum: 31.10.2023 bis 31.12.2024



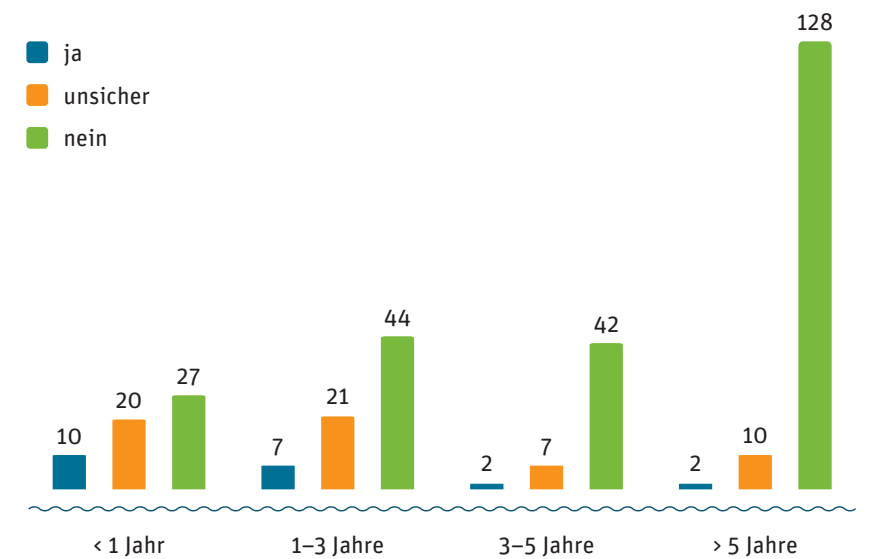
ja = 11,4 %
 unsicher = 31,6 %
 nein = 56,9 %

Ergeben sich für Sie Konsequenzen aus den Zahlen?

Ein Ziel der AKI-Gesetzgebung ist die Verbesserung der individuellen Situation der Patientinnen und Patienten, die in der außerklinischen Intensivpflege versorgt werden. Dies beinhaltet die Überprüfung der pflegerischen und medizinischen Sicherstellung der Versorgung. Es bedeutet aber ebenso für uns, dass wir nicht nur das mögliche Potenzial erkennen sollen, sondern wir uns auch für eine mögliche Förderung der Patientinnen und Patienten einsetzen.

Wir wissen aus der eigenen beruflichen Erfahrung, der Literatur und unseren Ergebnissen, dass nach einer längeren Beatmungsdauer es immer schwieriger wird, Patientinnen und Patienten von einer Beatmung zu entwöhnen oder von einer Trachealkanüle zu befreien. Dazu ist hier ein Diagramm zu dem Weaningpotenzial in Abhängigkeit von der Beatmungsdauer. Es ist deutlich zu erkennen, je länger die Beatmung andauert, desto weniger Potenzial bei den Patienten für ein Weaning vorhanden ist. Wichtig ist demnach schon frühzeitig zu erkennen, also am besten bereits bei der Überleitung aus den Krankenhäusern in die außerklinische Intensivpflege, ob ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung bei den Patientinnen und Patienten vorhanden ist. Für uns ist die möglichst genaue Begutachtung der Überleitungen aus den Krankenhäusern in die außerklinische Intensivpflege

Einfluss der Dauer der Beatmung auf das Weaningpotenzial



Basis: 320 Fälle
 Zeitraum: 31.10.2023 bis 31.12.2024

sehr bedeutend. Oftmals zeigt sich bei den Überleitungen und dem nachfolgenden ersten persönlichen Besuch ein Zeitfenster, in dem entscheidende Weichen gestellt werden können, um die Patientinnen und Patienten ggf. von einer Beatmung zu entwöhnen oder sie zu dekanülieren. Bei allem Engagement: Ohne das Einverständnis oder gegen den Willen der Patientinnen und Patienten können keine Therapien durchgeführt werden. Und ohne eine bestehende Eigenmotivation wären neue, zusätzliche Therapien erfolglos. Der Wille und die Motivation der Patientinnen und Patienten sind also zusätzliche entscheidende Faktoren für ein mögliches erfolgreiches Weaning oder eine erfolgreiche Dekanülie-

rung bei einem vorhandenen Potenzial. Für genau diese Patientinnen und Patienten besprechen wir zusammen mit den Leitenden Ärztinnen und Ärzten der Weaningstationen und den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen mögliche Wege, um möglichst unkompliziert Therapieerweiterungen für diese Gruppe zu etablieren und ggf. zeitnah eine Übernahme in ein Weaningzentrum zum Weaning oder zur Dekanülierung zu ermöglichen. Wir stehen dafür in einem regelmäßigen persönlichen Austausch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und den Leitungen der Weaningstationen in Hamburg und Schleswig-Holstein.



PERSONALIEN

Neue Krankenhaus-Crew an Deck!



Dr. Anita Zeller, neue Leiterin der
Abteilung Krankenhaus

Neue Leiterin der Abteilung Krankenhaus

Seit dem 01.08.2024 hat Frau Dr. Anita Zeller die Leitung der Abteilung Krankenhaus übernommen. Frau Dr. Zeller ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und verfügt über die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Sie hat 2015 beim Medizinischen Dienst als ärztliche Gutachterin begonnen, zuletzt leitete sie das Team HH1 am Hamburger Standort.

Neue Teamleiterin der Abteilung Krankenhaus in Hamburg

Nach dem Wechsel von Frau Dr. Zeller in die Position der Abteilungsleitung wurde die Stelle als Teamleitung neu vergeben. Seit dem 01.10.2024 leitet Frau Dr. Livia Lasarow das Team HH1. Frau Dr. Lasarow ist Fachärztin für Anästhesiologie und besitzt die Zusatzbezeichnungen Hämostaseologie, Intensivmedizin und Spezielle Schmerztherapie. Sie arbeitet seit 2023 beim Medizinischen Dienst.



Dr. Livia Lasarow, neue Leiterin
des Teams HH1

Standortübergreifende Allrounder – die Tätigkeit als Teamassistentin in der Abteilung Krankenhaus

„Auch an stressigen Tagen, bewahre ich einen kühlen Kopf“, sagt Nicole Gottlebe aus der Teamassistentin der Abteilung Krankenhaus des Medizinischen Dienstes Nord am Standort Hamburg. Die gelernte Zahnmedizinische Fachangestellte besitzt die Fähigkeit, in schwierigen Situationen ruhig zu bleiben und klar zu denken.

„Das Planen, Organisieren und Koordinieren ist meine Leidenschaft“, weshalb die 35-jährige vor ihrem Beginn beim Medizinischen Dienst die Weiterbildung zur Praxismanagerin absolvierte und schließlich nach einer neuen Herausforderung suchte. „Die Arbeitsorganisation in der Teamassistentin ist standortübergreifend und sehr interessant in den verschiedenen Themenfeldern. Dies ermöglicht mir die Verantwortung für ein vielseitiges Spektrum an Aufgaben zu übernehmen, was mir sehr viel Spaß macht.“

Der Aufgabenbereich in der Teamassistentin beim Medizinischen Dienst Nord ist vielfältig und anspruchsvoll: „Wir unterstützen die ärztliche Teamleitung und deren organisatorische Aufgaben und sind verantwortlich für die Verplanung von Gutachtaufträgen. Die Teamassistentin ist dabei ein eigenes Team und unterstützt sich standortübergreifend. Natürlich sind wir dabei auch stets in einem engen Austausch mit den Gutachterinnen und Gutachtern.“

Die Kommunikation und der unerlässliche Austausch mit ihren Kolleginnen und Kollegen in Hamburg und in Schleswig-Holstein bereitet ihr sehr viel Freude: „Ich gehe sehr gerne zur Arbeit, denn als eingespieltes Team funktionieren wir sehr gut.“

Nach einem erfolgreichen Arbeitstag entspannt sich Frau Gottlebe beim Lauftraining: „Dabei wird der Kopf frei und ich kann am nächsten Tag wieder durchstarten.“



Nicole Gottlebe, Teamassistentin der Abteilung
Krankenhaus des Medizinischen Dienstes Nord
am Standort Hamburg

„Die Arbeitsorganisation in der Teamassistentin ist standortübergreifend und sehr interessant in den verschiedenen Themenfeldern. Dies ermöglicht mir die Verantwortung für ein vielseitiges Spektrum an Aufgaben zu übernehmen, was mir sehr viel Spaß macht.“

Beruflicher Neuanfang beim Medizinischen Dienst Nord – eine persönliche Erfolgsgeschichte

Nach mehr als 15 Jahren engagierter Arbeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, ergänzt durch eine Fachweiterbildung in Anästhesie- und Intensivpflege mit breiter Erfahrung aus verschiedenen Krankenhäusern – zuletzt auf Intensivstationen einer Universitätsklinik – hat sich Frau Ann-Kathrin Suhr entschieden, einen neuen beruflichen Weg einzuschlagen.

Seit dem 1.10.2023 ist sie Teil des Lübecker Teams der Abteilung Krankenhaus beim Medizinischen Dienst Nord: „Der Wechsel war eine bewusste Entscheidung, getragen von dem Wunsch nach Veränderung, einer abwechslungsreichen Tätigkeit und einer besseren Work-Life-Balance durch die Möglichkeit, teilweise im Home-Office tätig sein zu können und über geregelte Arbeitszeiten zu verfügen.“

Die Aufgaben, die Frau Suhr beim Medizinischen Dienst Nord übernimmt, sind vielfältig und abwechslungsreich: „Ich bin in den Bereichen DRG-Prüfung (Einzelfall-Abrechnungsprüfung im Krankenhaus) und in der AKI-Begutachtung tätig.“ (Siehe hierzu das Interview mit Herrn Dr. Martin Meyer im vorliegenden Jahresbericht).

Im Rahmen ihrer Tätigkeit begegnet Ann-Kathrin Suhr sehr unterschiedlichen Herausforderungen: „Einerseits bearbeite ich ein breites Spektrum von Behandlungsfällen im Rahmen der Kodierprüfung als Kodierfachkraft, andererseits stellen sich mir komplexe Aufgaben bei den Vor-Ort-Besuchen im Rahmen der AKI-Begutachtung.“

Als besonders anspruchsvoll empfindet sie die Begegnung mit gesundheitlich schwer betroffenen Erwach-



Ann-Kathrin Suhr, Team Abteilung Krankenhaus und ihre Hündin Emma



senen und insbesondere Kindern im Rahmen der AKI Begutachtung, die unter seltenen Gendefekten oder ausgeprägten epileptischen Erkrankungen leiden: „Bei der Begutachtung kommt es besonders darauf an, Risiken für kurzfristig eintretende, lebensgefährdende Situationen gemeinsam mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen einzuschätzen und zu beurteilen.“

Durch ihre Tätigkeit beim MD Nord hat Frau Suhr einen Perspektivwechsel von der unmittelbaren Patientenversorgung hin zur sozialmedizinischen Begutachtung vollzogen: „Dieser ermöglicht mir nun „einen anderen Blick“ auf die Patientenversorgung und das System der sozialen Gesundheitsversorgung in meinen Tätigkeitsbereichen.“

Die Atmosphäre in den jeweiligen Begutachtungsteams ist für sie von gegenseitigem Respekt und einer engen Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ zwischen den einzelnen Berufsgruppen und den jeweiligen Führungskräften geprägt.

Im Besonderen gefällt Frau Suhr die Möglichkeit „sich aktiv an der Optimierung von Arbeitsabläufen zu beteiligen und so die Qualität der gemeinsamen Arbeit weiter voranzubringen.“

Langeweile? Fehlanzeige! Für Frau Suhr ist der Wechsel zum Medizinischen Dienst Nord die richtige Entscheidung gewesen: „Ich habe nun nicht nur eine Aufgabe mit Verantwortung und Vielfalt, sondern auch mit Raum zur Mitgestaltung.“

Panta Rhei – Oder: Der Wandel im Medizinischen Dienst



Christian Voß, ärztlicher Gutachter der Abteilung Krankenhaus

„Panta rhei – alles fließt“ sagt Christian Voß, ärztlicher Gutachter der Abteilung Krankenhaus des Medizinischen Dienstes Nord, der in seiner über 20-jährigen Dienstzeit bereits vieles erlebt hat.

Eingestellt wurde der Chirurg seinerzeit für eine neu gebildete Abteilung im damals noch MDK Schleswig-Holstein. Diese Abteilung sollte sich nur mit Krankenhausabrechnungen beschäftigen. Das neue Abrechnungssystem, genannt „DRG“, war zu diesem Zeitpunkt gerade einmal wenige Stunden alt. Neue Arbeitsabläufe und Begutachtungsformen mussten

Den perfekten Ausgleich für Ihre berufliche Tätigkeit findet sie in langen Spaziergängen mit ihrem Berner Sennenhund „Emma“: „Auch „Emma“ ist mit der neuen Situation sehr zufrieden, denn für sie ist dank der Möglichkeit des Arbeitens im Homeoffice, anders als früher, auch mal ein „Schmecki“ und eine Streichel-einheit mehr drin.“

geschaffen und sozialmedizinische Fallberatungen bei den Krankenkassen etabliert werden.

Seitdem ist beim Medizinischen Dienst viel passiert: die Fusion des MDK Hamburg mit dem MDK Schleswig-Holstein, eine Umstrukturierung der Beratungs- und Begutachtungszentren und mehrere Gesetzesänderungen. Sich ständig ändernde Arbeitsbedingungen, nicht zuletzt aufgrund der Coronapandemie und der damit verbundenen schnellen Digitalisierung, hat Herr Voß begleitet. Hinzu kamen im Laufe der Jahre immer neue Begutachtungsgebiete. „Man muss flexibel bleiben und sich immer anpassen.“

So ist es für Herrn Voß selbstverständlich, sich immer auf dem aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung zu halten und sein Wissen in Gremienarbeit und internen Fortbildungen einzubringen. „Mein Steckpferd ist und bleibt aber die Begutachtung der Abrechnung ambulanter Leistungen und der vielen Schnittstellen, die sich zu anderen Begutachtungsgebieten ergeben.“ Wann ist eine Leistung ambulant, wann voroder vollstationär abzurechnen? Welche gesetzlichen Vorgaben sind zu berücksichtigen und mit welchen Unterlagen muss die Leistung belegt werden?

„Auch dem neuen Jahr 2025 sehe ich mit Spannung entgegen. Die Auswirkungen der Krankenhausreform auf das DRG-System und unseren Begutachtungsalldag sind noch nicht abschließend abzusehen.“ Sicher ist nur eins: Panta rhei – alles fließt.



ZAHLEN UND DATEN 2024

Statistischer Kurzbericht

1. Die Leistungen des MD Nord

1.273

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

15.610

Stunden sozialmedizinische Beratung,
davon 6.357 Stunden mit externem Auftrag

377.540

versichertenbezogene Stellungnahmen und Gutachten

484

abgeschlossene Krankenhausprüfungen
gemäß der StrOPS- und MD-QK-Richtlinie



Das Team der Stabsstelle Controlling und Datenintegration, von links nach rechts: Tim Wulf, Hana Koban, Thomas Rädisch, Dr. Dirk Melcher

1.1. Im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen und Gutachten		
Fallsteuernd (nicht fallabschließend)		29.290
Fallabschließend		153.033
gesamt		182.323
Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen und Gutachten		
Anlassgruppe	Anzahl	Anteil
Arbeitsunfähigkeit	17.473	11,4 %
Stationäre Leistungen	70.292	45,9 %
Ambulante Leistungen	10.832	7,1 %
NUB/Arzneimittelversorgung	6.401	4,2 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	27.394	17,9 %
Hilfsmittel GKV	14.053	9,2 %
Ansprüche gegenüber Dritten (Regress)	1.295	0,9 %
sonstige Anlässe	5.293	3,4 %
gesamt	153.033	100,0 %

Beratungen mit externem und internem Auftrag		
Art der Beratung	Stunden	Anteil
Projekt, Expertise	3.623	25,4 %
Schulung	1.433	10,1 %
Gremien/Ausschüsse, Tätigkeit in Kompetenzeinheiten und Arbeitsgruppen auf Bundesebene	2.702	19,0 %
Qualitätsprüfung inkl. internes QSKV-Prüfverfahren (außer durchgeführten Prüfungen)	1.187	8,3 %
StrOPS, MD-QK-RL (außer durchgeführten Prüfungen)	4.044	28,4 %
Mündliche Erörterung von mögl. Begutachtungsaufträgen mit Kassen	1.201	8,4 %
Sonstige Beratungszeitaufwände	64	0,4 %
gesamt	14.254	100,0 %

1.2. Im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen und Gutachten		
Fallsteuernd (nicht fallabschließend)		8.027
Fallabschließend		187.190
gesamt		195.217
Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen und Gutachten		
Begutachtungsart	Anzahl	Anteil
Erstbegutachtung	92.294	49,3 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	74.240	39,7 %
Widerspruchsbegutachtung	20.656	11,0 %
gesamt	187.190	100,0 %

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen			
Art der Prüfung	Ambulant und HKP	Teil- und Stationär	gesamt
Regelprüfung	540	680	1.220
Anlassprüfung	16	23	39
Wiederholungsprüfung	6	8	14
gesamt	562	711	1.273

Beratungen mit externem und internem Auftrag		
Art der Beratung	Stunden	Anteil
Projekt, Expertise	143	10,5 %
Schulung	110	8,1 %
Gremien/Ausschüsse, Tätigkeit in Kompetenzeinheiten	802	59,1 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung § 114 SGB XI	118	8,6 %
Sonstige Beratungszeitaufwände	185	13,7 %
gesamt	1.356	100,0 %

2. Aus den Abteilungen**

Versichertenbezogene sozialmedizinische Stellungnahmen und Gutachten (Produktgruppen I und II) und sozialmedizinische Beratung (Produktgruppe III)					
Abteilung	Versichertenbezogene Stellungnahmen und Gutachten		Sozialmedizinische Beratung		
	Auftrags-eingang brutto*	Auftrags-erledigung mit gutachtlichem Einsatz	Anzahl Prüfung der Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI	Anzahl KH-Prüfungen (StrOPS und MD-QK-RLJ)	Stunden Beratungen mit internem und externem Auftrag
Ambulante Versorgung	110.934	102.855			3.531
Krankenhaus	86.997	79.436		484	10.599
Pflegeversicherung	207.970	195.249	1.273		1.480
gesamt	405.901	377.540	1.273	484	15.610

* 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 gezählt.

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



ABTEILUNG PERSONAL UND FINANZEN

Stabile Strukturen in der Personalarbeit

Die Sicherstellung und Weiterentwicklung stabiler interner Strukturen ist ein zentrales Thema in der Personalarbeit. Vor dem Hintergrund wachsender Anforderungen an Flexibilisierung, Effizienz und Fachwissen hat sich der Medizinische Dienst Nord darauf konzentriert, Rahmenbedingungen für ein nachhaltiges und stabiles Arbeitsumfeld zu schaffen, welche sich immer wieder an neue Entwicklungen anpassen müssen. Dies schafft Vertrauen in den Medizinischen Dienst Nord als starkem Arbeitgeber für die Mitarbeitenden und Bewerber gleichermaßen.

Die Mitarbeitenden der Abteilung Personal und Finanzen übernehmen in den beiden Teams Personal und Recruiting sowie Reise- und Finanzbuchhaltung die zentralen administrativen Personalaufgaben. Dabei wurden in 2024 im Team Personal und Recruiting die Prozesse in den Themenschwerpunkten Recruiting, Personalmanagement und Abrechnung optimiert und vertieft. Die Weiterentwicklung und Vereinfachung von Prozessen und die Verbesserung von Schnittstellen sind dabei stets Teil der Zusammenarbeit der Mitarbeitenden innerhalb der Themenschwerpunkte.

Im Team Reise- und Finanzbuchhaltung geht es um die wichtigen Themen der Haushaltsplanung, Liquiditätssicherstellung und Buchhaltung sowie die Zeiterfassung, Urlaubsverwaltung und die Reisekostenabrechnungen.

Diese Anliegen im Sinne aller Beteiligten in Einklang mit (Tarif-)Recht und Gesetz, aber auch der gebotenen Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu bringen, ist eine Aufgabe, die sich die Abteilung gern zur Kernaufgabe macht.

Insgesamt arbeiten 27 Mitarbeitende in der Abteilung Personal und Finanzen in Voll- und Teilzeit, im Home-

office oder vor Ort mit viel Engagement für die Anliegen der derzeit 720 Mitarbeitenden des MD Nord (Stand: 22.01.2025).

Recruiting – Eintrittstür digital und persönlich

Im Recruiting wird neben den bekannteren Aufgaben im Stellenbesetzungsverfahren, wie die Erstellung von Stellenausschreibungen aller Fachbereiche und die Betreuung des Assessment Centers für die Abteilung Pflegeversicherung, das Führen von Bewerbungsgesprächen übernommen.

Mit dem Freiwerden von Stellen werden die Fachbereiche durch das Team Recruiting kompetent und zielorientiert bis zur Stellenbesetzung beraten und begleitet. Zudem wird hier Projektarbeit gemacht: Gemeinsam mit einer Agentur arbeiten die beiden Kolleginnen sowie ein weiterer Kollege an Themen zum Employer Branding des MD Nord – stets unter den Vorgaben des Vorstandes. Das alles funktioniert nahezu papierlos: Das Team arbeitet bei der Erfassung der Bewerbungsunterlagen vollständig digital und hat ein eigenes Postfach für Bewerbungen: idbewerbung@md-nord.de. Über 1600 Bewerbungseingänge wurden hier im Jahr 2024 erfasst und auf knapp 40 Stellenbesetzungsverfahren verteilt.

Gehaltsabrechnung – „Darauf kann man sich verlassen“.

Von dem Team Gehaltsabrechnung (payroll) dürfen alle Beschäftigten des MD Nord monatlich pünktliche und korrekte Zahlungen auf dem eigenen Konto sowie eine Gehaltsabrechnung erwarten. Zeitlich kurzfristige, herausfordernde Tarif- und Gesetzesänderungen werden dabei sorgfältig und schnell umgesetzt. Es gibt kaum ein Team im Hause, bei dem so viele Fäden zu ein und demselben Zeitpunkt – der monatlichen Gehaltsabrechnung – zusammenlaufen



Links: Sabine Wieland, Teamleiterin Abteilung Personal und Finanzen, Team Personal und Recruiting
Rechts: Christine Schlott, Abteilung Personal und Finanzen, Team Personal und Recruiting



müssen. Schnittstellenarbeit ist hier gefragt! Die Personal- und Gehaltsfachbearbeitenden stehen den Mitarbeitenden für Fragen unter id.besoldung@md-nord.de zur Verfügung.

AU-Sachbearbeitung im Datenstrom

Das Team der Arbeitsunfähigkeit-Sachbearbeitung gewährleistet eine Erreichbarkeit für alle Beschäftigten des MD Nord unter der eigenen E-Mail-Adresse aub@md-nord.de. Auch wenn 2024 die, vom Gesetzgeber mit viel Mühen eingeführte elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAU) ein Jahr alt geworden ist, so ist der Ablauf noch nicht immer reibungslos. Besonders der Digitalstrom der eAU-Inhalte zwischen Arztpraxen-, Krankenkassen- und Arbeitgebersystemen läuft nicht immer reibungslos. Doch dank der Kooperationsfähigkeit der Mitarbeitenden, die Daten auch anderweitig zur Verfügung zu stellen, müssen hier keine wichtigen Eingaben lange auf sich warten lassen. Das Team konnte auch im Jahr 2024 das Fachwissen zu AU-verbunden Themen wie Wiedereingliederung, zu Rehabilitationsmaßnahmen, zu Arbeits- und Wegeunfällen weiter ausbauen. Dabei werden häufig bestehende Strukturen genutzt und im Bedarfsfall situationsgerecht angepasst. Das Team AU steht den Mitarbeitenden unseres Dienstes gerne bei Fragen beratend zur Seite.

Generalisten im Personalmanagement

Das Team Personalmanagement leistet Schulter an Schulter die Sachbearbeitung für die Themen, die später in der Abrechnung in Zahlen übersetzt werden – Einstellungen, Arbeitszeitänderungen, Elternzeiten und was das Leben sonst noch so bietet. Auch das Team Reise- und Finanzbuchhaltung ist ein wichtiger Sparringspartner, z. B. bei der Umsetzung von Arbeits-

zeitänderungen. Hier hat in 2024 innerhalb des Teams eine Umstrukturierung stattgefunden: von einer kleinteiligen Spezialisierung bezüglich der Bearbeitung eines speziellen Themas hin zu einer Generalisierung und damit der Erledigung von allen Sachbearbeitungsthemen im Vertrags- und Personalwesen. Damit haben sich Tandems in einem Zuständigkeitsbereich gebildet, um Wissensaustausch, Vertretungssicherstellung und gut funktionierende Schnittstellen zu generieren. Mitarbeitende und Führungskräfte des MD Nord können sich gern an das Team unter id.personal@md-nord.de wenden.

Bürokratieentlastungsgesetz ermöglicht weitere Digitalisierung im HR Bereich

In der Personalarbeit wird beim MD Nord derzeit stets weiter digitalisiert. Das Bürokratieentlastungsgesetz IV gibt weitere Möglichkeiten, die Prozesse und Strukturen zu verschlanken und zu modifizieren – ohne die Verlässlichkeit des Service der Abteilung zu beeinträchtigen.

Homeoffice – nach wie vor ein willkommenes arbeitsorganisatorisches Flexibilisierungstool

Der MD Nord hat im Jahr 2024 die Dienstvereinbarung zum mobilen Arbeiten im häuslichen Umfeld sowie zum Homeoffice erneuert und hält damit an der Flexibilisierung der Arbeitsorganisation auch über das Pandemieende fest. Die positiven Erfahrungen und Feedbacks der Beschäftigten sind uns wichtig und sollen erhalten bleiben. Mindestens 40% der individuellen wöchentlichen Arbeitszeit kann in Absprache und nach den individuellen Möglichkeiten der Fachbereiche und der Teams im Homeoffice sowie mobil gearbeitet werden.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Mit der Möglichkeit im Homeoffice sowie mobil zu arbeiten, aber auch mit dem hohen Teilzeitanteil (40% aller Beschäftigten, in einigen Beschäftigtengruppen über 50%) und einer Gleitzeitregelung zeigt sich der MD Nord für viele als ein attraktiver Arbeitgeber, bei dem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht nur ein Lippenbekenntnis ist, sondern gelebt werden kann. Dies macht den MD Nord weiterhin zu einem sehr attraktiven und starken Arbeitgeber!



ABTEILUNG SERVICE

Dem Fachkräftemangel entgegenwirken: Wir bilden selber aus!

Nach einer Studie der Bitkom verschärft sich der IT-Fachkräftemangel deutscher Unternehmen weiter. Demzufolge sind aktuell etwa 149.000 Stellen für IT´ler/Informationstechniker unbesetzt. Das sind noch einmal 12.000 mehr als im Jahr 2024.

Die Diskrepanz zwischen ausgebildeten Fachinformatikern und dem Bedarf an Fachkräften im Bereich IT wird sich, Hochrechnungen des Bundesinstituts für Berufliche Bildung und der Bitkom zufolge, noch weiter verschärfen: In 2032 werden bereits über 400.000 unbesetzte IT-Stellen erwartet.

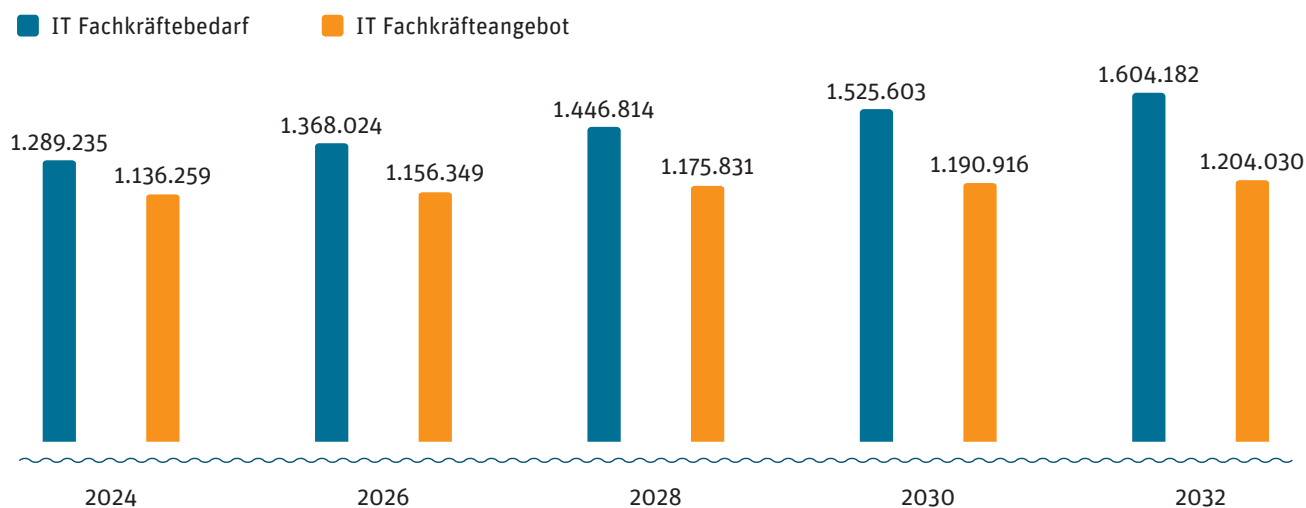
Die Gründe hierfür sind vielfältig. Häufig passen die Gehaltsvorstellungen der Bewerberinnen und Bewerber nicht zum Gehaltsgefüge der Unternehmen oder sie passen nicht zur Kompetenz der Bewerberinnen und Bewerber. Teils sind Bewerber auch unterqualifi-



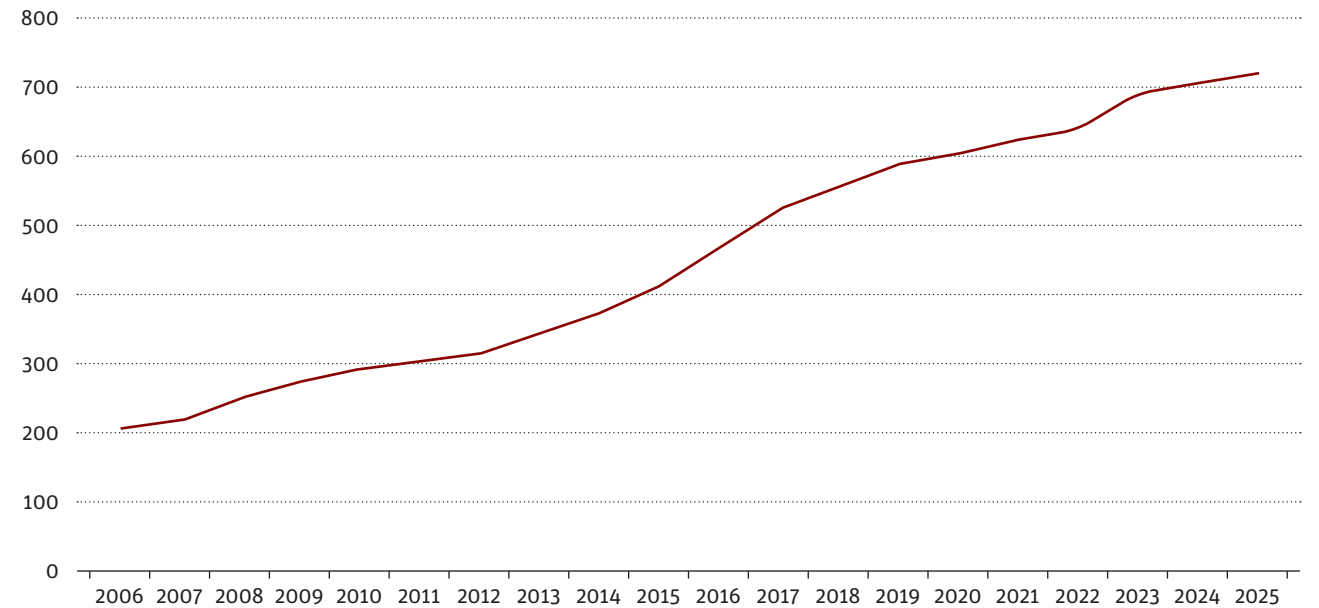
Dieter Teekenbörg,
Teamleiter Abteilung
Service Team IT

ziert oder es fehlt ihnen an notwendigen Soft-Skills, also Eigenschaften wie kommunikativen, methodischen und sozialen Kompetenzen oder Führungsqualifikationen.

IT Fachkräfte



Mitarbeiterentwicklung des MD Nord



Auch der Medizinische Dienst Nord stand vor einigen Jahren genau vor den gleichen Problemen: Bei einer geringen Anzahl an Bewerberinnen und Bewerbern reichte überdies die fachliche Eignung oft nicht aus. Zudem ist das Gehalt eines IT´lers bei uns in der Regel geringer im Vergleich zur freien Wirtschaft.

Dabei bietet das Arbeiten im Team beim Medizinischen Dienst Nord durchaus vielfältige Möglichkeiten und führt zu einer guten Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, was an unserer sehr geringen Fluktuation im Team abgelesen werden kann: Keiner, der in den letzten Jahren übernommenen ehemaligen Auszubildenden hat in der Zwischenzeit den Dienst wieder verlassen. Auch dies spricht für die Arbeit beim MD Nord und das Team IT.

Wie viele andere Unternehmen auch stand der Medizinische Dienst Nord in den vergangenen Jahren vor der Herausforderung, neue Stellen zu besetzen, deren Bedarf vor allem in einem starken Unternehmenswachstum sowie der Ausdifferenzierung der Fachbereiche begründet liegt.

Hier hat die Abteilung schon vor Jahren die Möglichkeit genutzt, selbst neue Fachinformatiker auszubilden und durch eine abwechslungsreiche Ausbildungszeit, der Vermittlung von Spaß am Job und einem Wir-Gefühl im Team die Auszubildenden soweit zu begeistern, dass sie den Medizinischen Dienst Nord als Chance für ihren weiteren beruflichen Werdegang gesehen haben.

Durch die kontinuierliche Arbeit der Abteilung im Bereich der Förderung von Auszubildenden konnten in den vergangenen Jahren vier Auszubildende direkt übernommen werden und gehören seitdem fest zum Team IT.

Dies ist eine Win-Win-Situation für beide Seiten: Der Auszubildende weiß ganz genau, worauf er sich einlässt, kennt das Unternehmen, die Kollegen und Mitarbeiter und kann sehr genau einschätzen, was ihn thematisch als Aufgabe erwartet. Der Medizinische Dienst wiederum und das Team IT bekommen ebenfalls einen Mitarbeiter, den man sehr genau kennt, dessen Stärken und Schwächen man einschätzen kann und der sofort nach Einstellung zu 100% im Team einsetzbar ist.



PERSONALIEN

Vom Wattenmeer in die Großstadt

Lukas Mahler, 30, Ausbildung ab 2014

Hi, ich bin Lukas und ich war der erste Auszubildende in der Abteilung IT beim damaligen MDK Nord.

Damals wurde mir gesagt, ich sei wahrscheinlich auch der letzte – wie man sieht, stimmte das zum Glück nicht.

Ich habe in meinen mittlerweile 10 Jahren beim Medizinischen Dienst einen großen persönlichen Wandel durchgemacht, sowohl menschlich als auch fachlich. Während meiner Ausbildung habe ich viel über den Umgang mit Mitarbeitern als Servicekraft gelernt. Ich bin in dieser Zeit, auch aufgrund meines Alters, menschlich sehr stark gewachsen. Nach meiner Ausbildung habe ich als Systemadministrator im Team IT angefangen und ausgeholfen, wo ich konnte. Ich war dienststellenverantwortlich für das Begutachtungs- und Beratungszentrum Kiel zuständig und habe PC-Rollouts sowohl geplant als auch durchgeführt.

Durch einen Zufall konnte ich dann meine große Leidenschaft, welcher ich auch privat nachgehe, beim Medizinischen Dienst ausüben: Es tat sich eine Stelle als Systementwickler auf und ich habe meine Chance genutzt! Mit viel Fleiß habe ich mir in den letzten fünf Jahren das notwendige Wissen angeeignet. Zu sagen, ich bin da so „reingewachsen“, trifft es recht gut.

In dieser Position bin ich aktuell tätig, zufrieden und ausgelastet.



Lukas Mahler, Mitarbeiter der Abteilung IT

Vom Azubi zum Profi – der nächste Schritt beginnt jetzt

Christoph Fischer, 25, Ausbildung ab 2018

Hi, ich bin Christoph und habe als zweiter Azubi beim Medizinischen Dienst Nord vor fast vier Jahren meine Ausbildung absolviert. Mit damals gerade mal 18 Jahren und frisch aus der Schule war das Arbeiten in einem Unternehmen eine große Umstellung für mich. Ich konnte in dieser Zeit aber nicht nur fachlich, sondern auch menschlich viel dazulernen. Besonders prägend war es, durch verschiedene Umstände schon in meiner Ausbildung Verantwortung zu übernehmen und dadurch nicht nur als „Azubi“, sondern quasi als Kollege im Team IT zu arbeiten.

Meine Ausbildung verlief weitgehend „normal“, abgesehen davon, dass ich meine Abschlussprüfung während der Corona-Pandemie absolvieren musste – eine besondere Herausforderung, die ich erfolgreich gemeistert habe.

Nach meinem Abschluss habe ich mich im Dienst auf Netzwerkthemen spezialisiert. In diesem Bereich konnte ich nicht nur mein Wissen erweitern, sondern auch in verschiedenen Projekten Verantwortung übernehmen. Heute freue ich mich, jeden Tag an neuen spannenden Aufgaben mitzuwirken und weiter dazulernen.



Christoph Fischer, Mitarbeiter der Abteilung IT

Vom Streamer zum Fachinformatiker

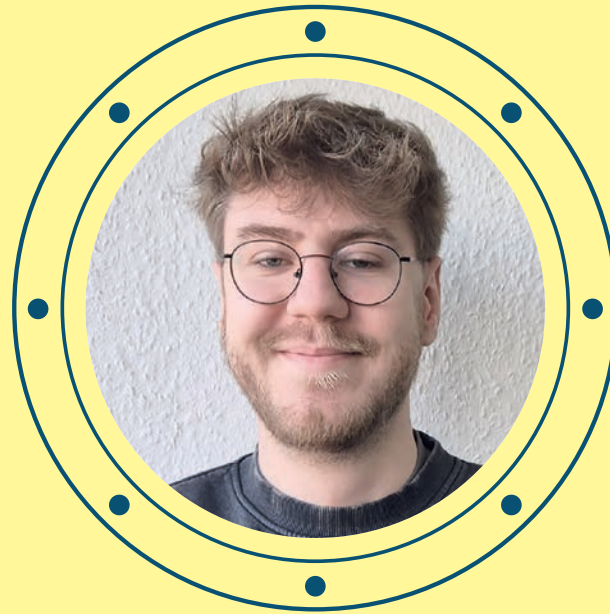
Nico Bargmann, 24, Ausbildung ab 2020

Hi, ich bin Nico und habe vor fast zwei Jahren meine Ausbildung beim Medizinischen Dienst Nord abgeschlossen. Ich habe diese während der Corona-Pandemie absolviert – einer Zeit, die uns alle vor große Herausforderungen gestellt hat.

Während viele mit Unsicherheit konfrontiert waren, war sie für mich der Beginn einer ganz besonderen Erfahrung. Als ich meine Ausbildung begann, waren der direkte Austausch mit Kollegen, praktische Erfahrungen vor Ort und der gewohnte Arbeitsalltag kaum möglich. Aber durch diese schwierigen Umstände habe ich gelernt, flexibel zu bleiben und selbstständig Lösungen zu finden.

In den letzten fünf Jahren beim Medizinischen Dienst Nord konnte ich nicht nur meine fachlichen Fähigkeiten erweitern, sondern habe auch eine enorme persönliche Entwicklung durchlebt. Ich habe viel über mich selbst gelernt.

Nach dem Abschluss meiner Ausbildung habe ich beschlossen, mich auf Netzwerkthemen zu spezialisieren. Heute betreue ich Fachsysteme im Netzwerkbereich und noch einige weitere spannende Technologien.



Nico Bargmann, Mitarbeiter der Abteilung IT

Man lernt nie aus – also hab den Mut, neue Wege zu gehen

Espen Matschl, 28, Ausbildung ab 2022

Moin, ich bin Espen und habe 2022 meine Ausbildung beim Medizinischen Dienst Nord begonnen.

Zuvor war ich als biologisch-technischer Assistent am UKE tätig. Während dieser Zeit habe ich festgestellt, dass mein Interesse für den IT-Bereich größer ist als ich zunächst erwartet hatte.

Schon in meiner vorherigen Ausbildung konnte ich Kolleginnen und Kollegen bei kleineren IT-Problemen unterstützen. Als mein befristeter Vertrag endete, entschied ich mich, mich neu zu orientieren und begann eine Ausbildung zum Fachinformatiker für Systemintegration beim Medizinischen Dienst Nord.

Meine Ausbildung verläuft für mich sehr positiv. Das IT-Team hat mich herzlich aufgenommen und mir von Anfang an bereits kleinere Aufgaben anvertraut. Mittlerweile übernehme ich auch größere Projekte, wie das Rollout der 2-Faktor-Authentifizierung und ich werde aktiv in das Tagesgeschäft eingebunden.

Besonders motivierend ist für mich, dass mir der Medizinische Dienst Nord schon früh signalisiert hat, mich nach meiner Ausbildung gerne übernehmen zu wollen. Dieses Vertrauen gibt mir viel Sicherheit für meine berufliche Zukunft und ermöglicht es mir, mich voll und ganz auf meine Prüfungen zu konzentrieren.



Espen Matschl, Mitarbeiter der Abteilung IT



BESCHWERDEMANAGEMENT

Der Medizinische Dienst Nord im Spannungsfeld der Gesellschaft

Seit Jahrzehnten erfüllen die Medizinischen Dienste den ihnen gesetzlich zugewiesenen Auftrag, z. B. hinsichtlich der Erarbeitung von Stellungnahmen zu den verschiedensten sozialmedizinischen Fragestellungen und auch der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Ich selbst bin seit Schaffung des Pflegeversicherungsgesetzes sowohl als Gutachterin als auch in verschiedenen anderen Aufgaben mit diesem Feld vertraut und habe alle Reformen durchlebt und teilweise auch durchlitten. Unverändert scheint es der Politik in den mehr als drei vergangenen Jahrzehnten nicht gelungen zu sein, das ursprüngliche Ziel – nämlich die Entlastung der familiären Pflege und auch die Entlastung der Sozialhilfe – zu erreichen. Was sich ebenfalls nicht verändert hat, ist die von allen Seiten an uns gerichtete – und berechnete – Erwartung, wonach wir unsere Aufgabe professionell, hochkompetent, sachlich, abwägend, neutral, aber gleichwohl auch verständnisvoll und freundlich erfüllen sollen.

Deutlich verändert hat sich hingegen die Haltung vieler Versicherter oder auch in Teilen der Politik, uns als Vertretende des Medizinischen Dienstes Nord gegenüber. Besonders bildet sich dies im Bereich der Pflegeversicherung ab, wo oftmals emotionale Belastungen, finanzielle Interessen verschiedensten Ursprungs, aber auch die gesellschaftliche Wahrnehmung und die Erwartung an und von Politik ein zunehmend spannungsreiches Feld darstellen. Verschärft wird dies durch eine fast unerfüllbar wirkende Erwartung an die Transparenz unserer Arbeit und die Möglichkeit der Kritikübenden, sich unreflektiert und unkontrolliert in den einschlägigen Internetforen äußern zu können. Die Begutachtungssituation spiegelt zudem unsere gesellschaftliche Veränderung

wider und nicht selten sind die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Nord die Projektionsfläche für Frustration, Depression und Aggression. Wurden Gutachtenden früher im Hausbesuch respektvoll und freundlich begegnet, treffen wir heute zunehmend einen stets rauer werdenden Ton an und mussten auch leider bereits tätliche Übergriffe verzeichnen. Deutlich wird auch, dass es kaum noch Selbstkritik oder ein Unrechtsbewusstsein zu geben scheint, wenn die Gutachtenden persönlich oder in Beschwerdeschreibern in einer Wortwahl angegangen werden, die teilweise durchaus den Straftatbestand der Beleidigung erfüllen dürfte. Die Beschwerdeführenden zeigen sich jedoch eher verwundert bis gleichgültig, wenn sie vom Beschwerdemanagement auf diesen Sachverhalt hingewiesen werden. Wenngleich wir den gesellschaftlichen Wandel nur wenig beeinflussen können, so tragen nicht allein die Akteure des Begutachtungsgeschehens die Verantwortung für die zunehmende Verrohung, sondern auch die Politik ist gefordert, den Blick weg von einem als „Dauer-Wahlkampfmodus“ erscheinenden Agieren, hin zu einem erforderlichen Maß an Verantwortungsgefühl und Vorbildfunktion zu lenken. Beispielhaft möchte ich hier die gesetzlich verankerten sanktionsbewehrten Fristen hinsichtlich der Dauer gewisser Antragsbearbeitungen in der Pflegeversicherung nennen. Diese suggerieren, dass es einem finanziellen Druck zu bedürfen scheint, damit u.a. die Begutachtung zeitnah erfolgt und nicht zu Lasten der Antragstellenden „vertrödelt“ würde. Dabei ist inzwischen hinlänglich bekannt, dass diese Fristen angesichts einer unverändert sehr hohen Auftragslage, des Fachkräftemangels und eines berechtigten Anspruchs an eine ebenfalls hohe Begutachtungsqualität z. T. schlichtweg nicht erfüllt werden können. Statt diesem Sachverhalt ge-



Katja Claus, Beschwerdemanagerin und pflegfachliche Gutachterin, Abteilung Pflegeversicherung

„Was sich ebenfalls nicht verändert hat, ist die von allen Seiten an uns gerichtete – und berechnete – Erwartung, wonach wir unsere Aufgabe professionell, hochkompetent, sachlich, abwägend, neutral, aber gleichwohl auch verständnisvoll und freundlich erfüllen sollen.“

recht zu werden und die Gesetzgebung der Situation der Medizinischen Dienste anzupassen, kritisiert uns nicht selten die Politik voller Unverständnis für eine Situation, die wir nicht ändern können. Die hierbei von den Pflegekassen ausgeschütteten „Strafzahlungen“ an die Versicherten werden zudem letztlich aus Versichertenbeiträgen finanziert und stehen für die eigentlichen Leistungen der Pflegeversicherung somit nicht zur Verfügung.

Trotz des vorbeschriebenen gesellschaftlichen Spannungsfeldes und bei gleichzeitig steigenden Begutachtungszahlen haben die Beschwerden über die Arbeit des Medizinischen Dienstes Nord nur wenig zugenommen und liegen weiterhin im niedrigen Promillebereich. Ein Zeichen dafür, dass wir unserer Aufgabe professionell und selbstbewusst auch in schwierigen Zeiten gerecht werden.

22 Jahre Kompetenz-Centrum Geriatrie – Rückblick und Ausblick



Von links nach rechts: Kristina Pippel, Dr. Norbert Lübke, Dr. Friedemann Ernst, Dr. Matthias Meinck, Monika Meyer

Exakt 22 Jahre besteht das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) als jüngstes der vier Kompetenz-Centren in Trägerschaft der Medizinischen Dienste. Zur Jahresmitte steht der erste Wechsel in der Leitung des KCG beim Medizinischen Dienst Nord seit seiner Gründung im Jahre 2003 an. Dies ist Anlass, einen Rückblick auf die bisherige Arbeit des KCG und einen Ausblick auf die künftigen Herausforderungen geriatrischer Versorgung zu geben.

Strategisch vorausschauend beschloss Jörg Sträter, der damalige Geschäftsführer des relativ kleinen MDK Hamburg, sich um das neu ausgeschriebene Kompetenz-Centrum Geriatrie zu bewerben. Und er war damit erfolgreich! Unter Leitung von Dr. Norbert Lübke, bis dahin Oberarzt am Zentrum für Gerontologie und Geriatrie im Albertinen-Haus in Hamburg-Schnelsen, nahm das KCG seine bundesweite Arbeit im Juli 2003 in Hamburg auf und ging mit der Fusion der Dienste Hamburg und Schleswig-Holstein schließlich in den Medizinischen Dienst Nord über.

In den ersten Jahren seines Bestehens erhielt das KCG Unterstützung durch eine Reihe sozialmedizinisch erfahrener MDK-Kollegen wie Herrn Zenneck (MDK Hamburg), Herrn Dr. Fliedner (MDK Niedersachsen), Herrn Dr. Anders (MDK Schleswig-Holstein) und

Herrn Riquelme (MDK Nord). In den folgenden Jahren wurden dann mit Frau Dr. Ziegert, Frau Dr. Albota und Herrn Renz zunehmend externe Stellennachbesetzungen vorgenommen. Im Sekretariat begleiteten Frau Wenzel, Frau Matthusen und Frau Hubrecht das KCG. Seit 2005 erfolgte die Reduktion der Sekretariatsstelle zugunsten einer zusätzlichen Dokumentationsassistenz, die zunächst Herr Rädisch und später Frau Weyh innehatten. Seit 2008 besteht das Kernteam des KCG neben seiner Leitung aus Dr. Matthias Meinck, der als stellvertretender Leiter von Anfang an dabei ist, Dr. Friedemann Ernst sowie Monika Meyer im Sekretariat. Seit 2013 wird das Kernteam durch Kristina Pippel als Dokumentationsassistentin unterstützt. Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gebührt an dieser Stelle ganz herzlicher Dank für ihre vielfältige Unterstützung!

Auch wenn das KCG beim Medizinischen Dienst Nord beheimatet ist und damit die Administration sowie die räumliche und technische Infrastruktur von ihm gestellt werden, so ist es dennoch eine eigenständige Organisationseinheit mit einem eigenen Stellen- und Wirtschaftsplan. Während das KCG bei der Gründung noch unter hälftiger Trägerschaft der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste und der Spitzenverbände der Krankenkassen stand, wird das KCG, wie auch alle



Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrum Geriatrie

anderen Kompetenz-Centren, seit dem MDK-Reformgesetz 2020 vollständig vom Medizinischen Dienst Bund getragen. Dementsprechend ist das KCG losgelöst von seinem Standort bundesweit tätig.

Der Aufgabenbereich des KCG umfasst zwei Hauptarbeitsfelder: zum einen die Sicherstellung einer einheitlichen und qualitätsgesicherten Begutachtung der Medizinischen Dienste im Bereich Geriatrie, zum anderen die Beratung der gesetzlichen Krankenkassen sowie ihrer Bundes- und Landesverbände. Diese zielt auf eine angemessene und möglichst evidenzbasierte Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen.

Dabei gilt es, ein breites Versorgungsspektrum im Blick zu behalten: von der Prävention über die vertragsärztliche Versorgung, die ambulante, teil- und vollstationäre Krankenhausbehandlung, die ambulante und stationäre Rehabilitation sowie Pflege bis hin zur Versorgung im Rahmen palliativer Geriatrie am Lebensende. All dies sollte bedarfsgerecht zur Verfügung ste-

hen, im Notfall rasch zugänglich sein und möglichst naht- und reibungslos ineinandergreifen.

Insbesondere eine sektorenübergreifend gut funktionierende Versorgung stellt bis heute eine Kernherausforderung für die geriatrische Versorgung und eine entsprechende Systemberatung dar. Es gilt daher, starre sektorale Trennungen auf allen Ebenen zu überwinden. Diese finden sich in unserem Gesundheitssystem nicht nur bei der Leistungserbringung, wie z. B. zwischen den Bereichen vertragsärztliche Versorgung, Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege, sondern auch im Sozialrecht, in politisch-ministeriellen Zuständigkeiten, bei den Kostenträgern und bis in die Medizinischen Dienste. Jeder Akteur ist auf seinen Sektor fokussiert, was gesamtheitliche Lösungen erschwert. Zugleich möchte jeder die Entscheidungshoheit in seinem Versorgungssektor behalten und hierbei seine Autonomie gewahrt wissen. Dies ist in einem Gesamtversorgungssystem, das in seinen Wechselwirkungen ohnehin komplex verzahnt ist, schon herausfordernd genug. Für die Teilgruppe besonders vulnerabler geriatrischer Versicherter, deren Versorgungsrealität häufig durch einen immer schnelleren Wechsel über diese Sektorengrenzen hinweg gekennzeichnet ist, ist es leider oft fatal. Nicht zuletzt erschwert es aber auch die Arbeit einer sektorenübergreifend beratend tätigen Kompetenzeinheit der Medizinischen Dienste – wie dem KCG. Insofern bleibt, um dem Rückblick bereits einen wesentlichen Aspekt des Ausblicks voranzustellen, eine sektorenübergreifend gut integrierte geriatrische Versorgung weiterhin ein Kernziel des Kompetenz-Centrums Geriatrie.

Dennoch ist es dem KCG in den letzten 22 Jahren gelungen, sich in vielen geriatrisch relevanten Versorgungssektoren Aufgabenfelder zu erschließen und zu einer Verbesserung geriatrischer Versorgung beizutragen. Eine Übersicht hierzu gibt das tabellarische Aufgabenportfolio, aus dem im Folgenden exemplarisch nur zwei Aspekte etwas näher ausgeführt werden sollen:

1. Etablierung der Geriatrie im DRG-System

Mit dem Start des KCG erfolgte in Deutschland zeitgleich die Einführung des DRG-Systems als neues pau- >

> schaliertes Abrechnungssystem von Krankenhausleistungen. Die Sorge der erst seit den 80er-Jahren in Deutschland langsam gewachsenen Geriatrie hierin überleben zu können war groß, da der multimodale und multiprofessionelle Therapieansatz, der die Geriatrie ausmacht, eben nicht über die bis dato typischen Operationen und Interventionen abgebildet werden konnte. Entsprechend war die erste Phase des KCG auch unmittelbar von der Etablierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) mit den Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) 8-550 für eine voll- und 8-98a für eine teilstationäre Behandlung als Abrechnungsmarker geprägt. Das KCG war maßgeblich an deren Implementierung und später über mehrere Jahre auch an deren schrittweisen Weiterentwicklung beteiligt. Diese rein konservative Komplexbehandlung diente im DRG-System als Blaupause für zahlreiche folgende Komplexbehandlungen in anderen Fächern. Darüber hinaus arbeitet das KCG an deren Weiterentwicklung und Präzisierung, um z. B. auch Auslegungskonflikte im Zusammenhang mit erforderlichen Prüfungen zu vermeiden. Hierdurch konnte die Geriatrie unter dem DRG-System nicht nur überleben, sondern sich entgegen dem Trend der meisten anderen Fachabteilungen im Krankenhaus sogar weiter etablieren. Heute kann von einem nahezu flächendeckenden vollstationären geriatrischen Versorgungsangebot im Krankenhausbereich ausgegangen werden. Geriatrie im Krankenhaus trägt mit 405.966 voll- und teilstationären Behandlungsfällen im Jahr 2023 den bei weitem höchsten Anteil an Frührehabilitation. Sie leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung, Verzögerung und Reduktion dauerhafter Beeinträchtigungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit im Rahmen von Krankenhausaufenthalten einer hierfür in hohem Maße vulnerablen Patientengruppe.

Begleitet wurde diese Entwicklung seitens des KCG initial von umfangreichen Grundlagenarbeiten zur Definition geriatritypischer Multimorbidität und deren Erfassung in Routinedaten i. A. der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen. Diese Arbeiten waren später u. a. auch Grundlage einer sich hieraus ableitenden Definition geriatrischer Patienten, die von der GKV für ihre Leistungsbereiche übernommen

und bspw. im Anhang der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation verankert wurde. Die entsprechenden Arbeiten und Auslegungen des KCG zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung fanden ferner auch Berücksichtigung in der BSG-Rechtsprechung – so beispielsweise mit der unteren Altersgrenze von mindesten 60 Jahren für die Abrechenbarkeit geriatrischer Behandlungsleistungen.

Allerdings brachte der Einbezug der Geriatrie im Krankenhaus in das DRG-System auch problematische Folgen. Die Festlegung der zusätzlichen Vergütung im DRG-System einzig an die Erbringung von mindestens 20 Therapieeinheiten sowie mindestens 14 Behandlungstagen setzte Fehlanreize für die Erbringung einer GFK sowohl im Sinne von Über- als auch Unterversorgung. Eindrucksvoll und frühzeitig wurden diese Fehlentwicklungen durch weitgehend auf 14 Tage begrenzte und damit nicht hinreichend bedarfsgerecht eingesetzte GFK durch unsere Datenauswertungen i. A. des GKV-SV belegt. Hierzu verweisen wir auch auf den voraussichtlich im April 2025 im neuen AOK-Krankenhausreport erscheinenden Beitrag des KCG mit dem Titel „Geriatrische Versorgung im Krankenhaus im Spiegel von Vergütung, Planung und Regulierung“.

Unseres Erachtens hat die bisher sehr auf die GFK-Erbringung fokussierte geriatrische Krankenhausbehandlung über die genannten Vergütungsfehlreize nicht nur zu einer partiellen Fehlversorgung beigetragen, sondern auch zur Vernachlässigung weiterer Beiträge der Geriatrie zu einer besseren Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus. So kommen 93% aller ≥ 80-Jährigen im Krankenhaus nach wie vor gar nicht mit geriatrischer Versorgung in Kontakt.

Das KCG sieht daher wichtige Perspektiven der Weiterentwicklung der Geriatrie im Krankenhaus in einer stärkeren Kooperation mit anderen medizinischen Fachdisziplinen. Solche Kooperationen können durch eine Reduktion von Mortalität und Komplikationen sowie eine Verbesserung des funktionalen Status zum wechselseitigen Nutzen aller versorgenden Disziplinen, >

Sektorübergreifende Ergebnisse und Grundlagenarbeit des Kompetenz-Centrums Geriatrie

- erfolgreiche Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Einzelfall-Begutachtung aller Medizinischen Dienste im Bereich Geriatrie: Krankenhaus, Reha und in Teilaspekten im Bereich der Pflege (z. B. Begutachtungshinweise, Auslegungshinweise, Schulungsmodule, Begutachtungsanleitungen/-Richtlinien) sowie bei OPS-Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen auf Grundlage von G-BA-Richtlinien im Krankenhausbereich
- Publikation eines Kompendiums „Begutachtungswissen Geriatrie“ im Springer Verlag in vierter Auflage
- Koordination des regelhaften Austauschs der Ansprechpartner Geriatrie der Medizinischen Dienste
- bundesweite Schulungen von Ärzten, Pflegefachpersonen und Kodierfachkräften der Medizinischen Dienste im Bereich geriatrischer Begutachtung (Krankenhaus, Reha, Pflege) und Beiträge im „MD Forum“
- Begleitung und Beratung der Medizinischen Dienste/Krankenkassen in Sozialgerichtsverfahren bis hin zum Bundessozialgericht (mit übrigens maximaler Erfolgsquote)
- wissenschaftlich viel beachtete Arbeiten zu geriatritypischer Multimorbidität und Implementierung einer Definition des „Geriatrischen Patienten“ für den Leistungsbereich der GKV
- Unterstützung GKV-seitiger Forschungsvorhaben (z. B. gefördert durch den Innovationsfond)

Geriatrische Versorgung im Krankenhaus

- Verankerung der Geriatrie im DRG-System über Sicherstellung geriatrischer Frührehabilitation als OPS-Leistung
 - > mit kontinuierlicher Präzisierung der Begutachtungsgrundlagen
 - > mit routinedatengestützten Auswertungen zur Geriatrieentwicklung und frühen Hinweisen auf die Gefahr von Fehlanreizen
- regelmäßige Beiträge zum Vorschlagsverfahren für amtliche Klassifikationssysteme (ICD und OPS)
- QSFFx-RL des G-BA: Beratung zur Entwicklung, Implementierung, Begleitung und Evaluation; hierdurch erstmalige Implementierung der Geriatrie im Krankenhaus als Co-Therapie einschließlich eines frühen Screenings auf geriatrischen Mitbehandlungsbedarf statt nachgeschalteter geriatrischer Versorgung

Geriatrisch rehabilitative Versorgung

- QS Reha Geriatrie (erstmalig im QS-Reha-Verfahren der GKV mit an der individuellen Reha-Zielorientierung ausgerichteter Ergebnisbewertung)
- Grundsatzgutachten zur Wirksamkeit geriatrischer Reha bei Pflegebedürftigen
- Begleitung und Weiterentwicklung der Mobilen geriatrischen Rehabilitation (inkl. der Gemeinsamen Empfehlungen zur Mobilen Rehabilitation) mit Paradigmenwechsel in der Auswahl geriatrischer Rehabilitationssettings bis in die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation
- Beratung des GKV-SV in der Aushandlung der neuen Bundes-Rahmenempfehlung Vorsorge und Rehabilitation gemäß IPRG
- Ausgestaltung der Reha-Empfehlungen i. R. der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste inkl. des hierfür entwickelten Optimierte Begutachtungsstandards (OBS) und entsprechender Schulungsmodule

Geriatrische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen

- Beteiligung an wichtigen Forschungsprojekten der Medizinischen Dienste an der Schnittstelle von Pflege und Geriatrie (Rehabilitationsempfehlungen i. R. der Pflegebegutachtung nach SGB XI, Videobasierte Pflegebegutachtung, Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen)

Geriatrisch palliative Versorgung

- Mitarbeit an der Charta zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
- Weiterentwicklung der geriatrischen Palliativmedizin im Krankenhaus durch die konzeptionelle Idee eines mobilen Palliativdienstes im Krankenhaus und Mitwirkung bei der Entstehung eines neuen OPS-Kodes 8-98h i. A. des GKV-SV
- Vortragstätigkeiten und Publikationen (bspw. Buchbeitrag: Sterben im Pflegeheim) zum Themenbereich geriatrische Palliativmedizin

> vor allem aber zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse geriatrischer Patienten, führen. Evidenzbasiert gut belegt ist dies z. B. für die Kooperation zwischen Geriatrie und Unfallchirurgie in der Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen. Die erfolgten Grundsatzstellungen des KCG im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes konnten dies eindrucksvoll nachweisen. Orthogeriatrische Kooperationen wurden daher folgerichtig nun auch Bestandteil der Struktur- und Prozessvorgaben der im Jahr 2021 in Kraft getretenen Richtlinie des G-BA zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL). Weitere Ausführungen dazu finden sich im Beitrag des KCG zum Krankenhausreport 2025.

2. Implementierung mobiler geriatrischer Rehabilitation

Ein weiteres wesentliches Arbeitsfeld des KCG in den vergangenen Jahren war die geriatrische Rehabilitation, deren prinzipielle Wirksamkeit und Relevanz zur Vermeidung, Minderung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit vom KCG 2015 in einem ausführlichen Grundsatzgutachten im Auftrag des MDS evidenzbasiert zusammengestellt wurde. Diese Arbeit war auch Grundlage eines stärkeren Fokus auf die Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste und mündete hierzu in einen optimierten Begutachtungsstandard (OBS). Dieser wird seit 2015 flächendeckend angewendet, hat 2016 Eingang ins SGB XI gefunden und stellt die Grundlage entsprechender Schulungen des KCG im Rahmen des Fortbildungsangebots des Medizinischen Dienstes Bund für Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste dar.

Ein Manko der geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V ist, dass es entsprechende Rehabilitationseinrichtungen nach wie vor noch immer nicht in allen Bundesländern gibt. Hamburg und Schleswig-Holstein können hier beispielhaft genannt werden. Dies

führt dazu, dass in diesen Bundesländern eine konsequente rehabilitative Versorgung von geriatrischen Patienten unter Vermeidung von Krankenhausressourcen nicht gewährleistet ist. Unter der politisch durch das IPReG seit 2020 gezielt gestärkten geriatrischen Rehabilitation stellt sich ferner die Frage, wie dort diesem Versorgungsauftrag gegenüber den Versicherten Rechnung getragen werden soll. Auch hierzu finden sich weitere Zahlen und Fakten im Beitrag des KCG zum AOK-Krankenhausreport 2025.

Als ein „Meilenstein“ kann hingegen die Entwicklung eines, den rehabilitativen Bedarfen oft schon pflegebedürftiger geriatrischer Patienten meist besser entsprechenden mobilen Rehabilitationssettings gewertet werden.

Als ein „Meilenstein“ kann hingegen die Entwicklung eines, den rehabilitativen Bedarfen oft schon pflegebedürftiger geriatrischer Patienten meist besser entsprechenden mobilen Rehabilitationssettings gewertet werden.

Hierbei wird die Rehabilitation durch das Rehabilitationsteam im gewohnten Lebensumfeld der Rehabilitanden erbracht. Die Ausgestaltung und Weiterentwicklung dieser mobilen Rehabilitation wurde über mehr als 15 Jahre intensiv vom KCG i. A. des GKV-SV begleitet und mitgeprägt. Nachdem die mobile Rehabilitation 2007 durch eine Initiative des Gesetzgebers explizit ins SGB V aufgenommen wurde, erfolgte aufgrund der Sorge der Kostenträger vor den Kosten dieses mobilen Settings allerdings zunächst eine Einschränkung des Zugangs auf ausschließlich in diesem mobilen Rehabilitationssetting rehabilitationsfähige geriatrische Rehabilitanden. Im

Wesentlichen sind dies Menschen mit einer mittelgradigen Demenz, die im Rahmen einer anderen Akuterkrankung einen Rehabilitationsbedarf haben, in der ihnen ungewohnten Umgebung einer Rehabilitationsklinik einer Therapie aber gar nicht, nur sehr verzögert oder nur unter zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka zugänglich wären.

Zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung dieses neuen Angebotes war das KCG von den Spitzenverbänden der Krankenkassen seit 2008 zu einer mit den Leistungserbringern im Rahmen ihrer Versorgungsverträge >



- > vereinbarten jährlichen Basisdokumentation aller mobil erbrachten geriatrischen Rehabilitationsfälle beauftragt worden. Umfassten diese 2008/2009 noch unter 100 einzelfallbezogene Datensätze, waren diese 2024 auf über 2400 pro Jahr angestiegen. Die mobile geriatrische Rehabilitation wurde damit hinsichtlich der Vollständigkeit und Dokumentationsdichte in einem Umfang erfasst, wie dies bisher in Deutschland routinemäßig für keine andere Rehabilitationsform erfolgte.

Als drei wesentliche empirische Erfahrungen im Kontext dieser Basisdokumentationen erwiesen sich 1. die speziellen Vorteile der Leistungserbringung im gewohnten Wohnumfeld, wenn die Rehabilitationsziele eher durch adaptive als durch restitutive Rehabilitationsstrategien erreicht werden können, 2. die nachhaltigeren Möglichkeiten des unmittelbaren Einbezugs pflegender Angehöriger in den Rehabilitationsprozess und 3. die gegenüber stationären Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel geringeren Kosten mobiler Rehabilitation. Ihren Niederschlag fanden diese Erfahrungen in entsprechend deutlichen Indikationserweiterungen für dieses Rehabilitationssetting in den neuen Gemeinsamen Empfehlungen zur Mobilen Rehabilitation, die 2021 in Kraft traten: Erstmals wurde damit bis in die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation hinein den individuellen alltagsrelevanten Teilhabezielen der Versicherten auch für die Wahl des Rehabilitationssettings maßgebliche Bedeutung zuerkannt. Der Einschätzung, mit welchen Rehabilitationsstrategien und in welchem Setting diese Ziele am besten zu erreichen sind, wird Priorität für die zu wählende Umsetzungsform der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingeräumt. Weitergehende Informationen hierzu finden sich u. a. im Beitrag „Mobile Rehabilitation – Neue Versorgungsoptionen für Pflegebedürftige“ (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/e980fafo-27ff-4fa8-bb8b-5854e6540f81>) des KCG im Dt. Ärzteblatt vom 29.10.2021 sowie in zahlreichen Begleitpublikationen des KCG zur Basisdokumen-

Insbesondere eine sektorenübergreifend gut funktionierende Versorgung stellt bis heute eine Kernherausforderung für die geriatrische Versorgung und eine entsprechende Systemberatung dar.

tation und Entwicklung der MoGeRe, die der Veröffentlichungsliste des KCG auf seiner Homepage unter <https://www.kcgeriatrie.de/wir-ueber-uns/veroeffentlichungen> zu entnehmen sind.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Etablierung der Geriatrie im DRG-System markierte einen wichtigen Meilenstein der letzten 20 Jahre für die geriatrische Versorgung in Deutschland. Trotz einer nach wie vor bestehenden Strukturheterogenität in der länderspezifischen geriatrischen Versorgung schuf das KCG hierbei wichtige Voraussetzungen einer bundesweit einheitlichen Begutachtung der Medizinischen Dienste. Dies betraf den Bereich der geriatrischen

Krankenhausversorgung ebenso wie andere geriatrisch relevante Versorgungs- und Begutachtungsfelder in der Rehabilitation oder der Pflegebegutachtung und schloss die Beteiligung an der Weiterentwicklung hierfür relevanter Begutachtungsrichtlinien und -anleitungen ein.

Dennoch besteht weiterer Bedarf für Verbesserungen. Neben einer noch stärker kooperativen Integration der Geriatrie in die geriatrische Krankenhausversorgung und einem flächendeckenden Ausbau geriatrischer Rehabilitationsstrukturen muss der Schwerpunkt der Weiterentwicklung

vor allem auf einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung für geriatrische Patientinnen und Patienten liegen. Hierzu gehören eine stärkere Ambulantisierung der geriatrischen Versorgung, aber auch generell ein leichter Zugang, eine bessere Begleitung (z. B. durch Patientenlotsen oder Casemanager) und eine stringenter inhaltliche Verzahnung vielfach bereits bestehender Angebotsstrukturen für ältere Menschen. Auch gesetzgeberische Maßnahmen, die die geriatrische Versorgung betreffen, haben in den letzten Jahren wieder zugenommen und zielen in diese Richtung, wie das IPReG und das KHVVG mit dem neuen § 115g SGB V zur Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zeigen. Weitere wichtige Veränderungen für diese Zielgruppe

stehen z. B. mit der Pflegereform an. Dennoch müssen diese erst noch ausgestaltet und praktikablen Umsetzungen zugeführt werden. Dies unterstreicht auch für die Zukunft den Bedarf einer weiteren engen fachlichen Begleitung und Koordination der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung der demografisch weiter zunehmenden Gruppe älterer Versicherter durch die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste und das Kompetenz-Centrum Geriatrie.

In diesem Frühjahr gibt Dr. Norbert Lübke die Leitung des KCG ab; die Nachbesetzung der Position wurde ausgeschrieben. Das KCG wird auch in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung und Optimierung der geriatrischen Versorgung spielen. Der Wechsel in der Leitung des KCG bietet die Gelegenheit, hierbei neue Impulse zu setzen und die Herausforderungen der nächsten Jahre weiter aktiv anzugehen.

Einladung

Anlässlich der Verabschiedung des bisherigen KCG-Leiters Dr. Norbert Lübke wird am 15.05.2025 im Medizinischen Dienst Nord ein Geriatrie-Dialog zum Thema „Bedarfsgerechte Versorgung im Spannungsfeld des doppelten demographischen Wandels“ unter Beteiligung von Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des GKV-SV, der KBV, der Leistungserbringer sowie der geriatrischen Fachgesellschaften und des Medizinischen Dienstes Bund stattfinden. Hierzu sind auch Sie herzlich eingeladen!





UNSERE SEKRETARIATE

Keiner von uns ist so gut, wie wir alle zusammen!



„Geht nicht, gibt’s nicht.“

Sabine John
Sekretariat Abteilung
Krankenhaus
und Ärztliche Leitung



„Man muss das Unmögliche versuchen, um das Mögliche zu erreichen.“

Katja Kirsch
Sekretariat des Vorstandes
Büro der Selbstverwaltung



„Humor ist, wenn man trotzdem lacht.“

Karen Slowikow
Sekretariat
Abteilung Pflege



„Das habe ich noch nie vorher versucht, also bin ich völlig sicher, dass ich es schaffe.“

Juliane Hildebrandt
Sekretariat Abteilung
Ambulante Versorgung



„Es ist immer zu früh, um aufzugeben.“

Gabriele Eckhardt
Sekretariat Abteilung
Personal und Finanzen



„Wähle einen Beruf, den du liebst, und du brauchst keinen Tag in deinem Leben mehr zu arbeiten.“

Monika Meyer
Sekretariat Beschwerde-
management und KCG



„Zusammenkommen ist ein Beginn, Zusammenbleiben ist ein Fortschritt und Zusammenarbeiten ist ein Erfolg.“

Nicole Jacob
Sekretariat
Abteilung Service

Können wir das schaffen? Yo, wir schaffen das!



„Es gibt immer viel Arbeit, also legen wir los.
Basteln und Bauen, darin sind wir groß.
Wir halten zusammen, jeder gibt was er kann
und jedes Problem, das packen wir an“

Daniel Sochacki & Dennis Hollfoth

Abteilung Service, Beschaffungs- und Gebäudemanagement

Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst Nord, Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg
Telefon: 040/25169-0 | E-Mail: info@md-nord.de | Internet: www.md-nord.de

Bilder:

Frank Peter: S. 03

iStock by Getty Images: Titel- und Rückseite, S. 13, S. 14, S. 20, S. 33, S. 65, S. 69

Privat: S. 18, S. 19, S. 23, S. 25, S. 27, S. 28, S. 30, S. 35 (Herr Dr. Dube), S. 37,

S. 40, S. 41, S. 42, S. 43, S. 49, S. 50, S. 52, S. 53, S. 54, S. 57, S. 66, S. 67, S. 68

Medizinischer Dienst/MD Nord: S. 06, S. 09, S. 11, S. 15, S. 35 (Herr Wulf), S. 44,

S. 55, S. 58, S. 59, S. 63, S. 66 (Frau Kirsch)

Redaktion:

Dr. Andreas Krokotsch, Juliane Hildebrandt

Satz, Bearbeitung, Grafische Gestaltung:

Tino Nitschke, www.einundalles.net





**Medizinischer Dienst
Nord**

Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

Telefon 040/25169-0
E-Mail info@md-nord.de
Internet www.md-nord.de