

# JAHRESBERICHT

2015 RÜCKBLICK

AUSBLICK 2016





# Vorwort des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zahlen, Daten und Fakten – das erwarten Sie von einem Jahresbericht. Die werden Sie natürlich auch bekommen, detailliert und ausführlich beschrieben. Doch Zahlen und Fakten allein können den vielfältigen Leistungen des MDK Nord nicht gerecht werden. In diesem Jahresbericht werden in den folgenden Kapiteln auch die Ereignisse und Zusammenhänge dargestellt, die dazu geführt haben.

Die Tätigkeit der MDK-Gutachter ist vielfältig und in der Öffentlichkeit nicht immer so bekannt: Im ambulanten haus- und fachärztlichen Bereich hat der Medizinische Dienst andere Prüfaufträge als in den Krankenhäusern übertragen bekommen; in der Pflege sind die MDK-Gutachter so präsent, wie in keinem anderen Bereich. Hier besuchen sie jeden einzelnen Pflegestufen-Antragsteller persönlich und die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste in Schleswig-Holstein und Hamburg. Diese verschiedenen Aufgabenbereiche wollen wir Ihnen in diesem Jahresbericht wieder ausführlich vorstellen. Und wie in den Vorjahren wird Ihnen der MDK Nord nicht nur im Rückblick aufzeigen, wie 2015 verlaufen ist, sondern auch, was Sie 2016 im Ausblick erwarten können.

Das vergangene Jahr war vor allem von vielen Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen geprägt. Fast alle betreffen mehr oder weniger auch die Medizinischen Dienste. So hat das Krankenhausstruktur-Gesetz (KHSG) den Rahmen abgesteckt, wie zukünftig MDK-Gutachter auch die Qualität in den Kliniken zu prüfen haben. Und das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wird die Pflege-Begutachtung der MDK-Mitarbeiter stark verändern. Der Verwaltungsrat des MDK Nord begrüßt diese Gesetzesänderungen, wenn sie den Patienten noch stärker in den Mittelpunkt stellen.

Eine Gesetzesänderung betrifft den Verwaltungsrat ganz direkt: Von Mitte 2016 an wird er von einem Beirat unterstützt, der Patientenvertreter und Berufsverbände der Pflegenden einbindet. Dieses neue Gremium hat der Bundestag mit der Neufassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes beschlossen. Der MDK Nord-Verwaltungsrat hat es im vergangenen Jahr sofort mit einer Satzungsänderung umgesetzt. Acht Vertreter plus Stellvertreter aus beiden Bundesländern sind benannt. Ich freue mich nun auf die Zusammenarbeit mit diesen Fachleuten, die uns im Verwaltungsrat zukünftig mit beratender Stimme zur Seite stehen werden.



Karl-Heinz Rüter

Dabei steht allerdings jetzt schon fest, dass der Beirat – wie der Verwaltungsrat selbst – keinen Einfluss auf die tägliche Begutachtungspraxis nehmen kann. Diese medizinische und pflegfachliche Unabhängigkeit der Gutachter ist gesetzlich festgeschrieben. Ein hohes Gut, das täglich gelebt wird! Es macht den MDK grundsätzlich frei von Einmischungen durch Einzelpersonen, Auftraggebern oder Interessengruppen. Auch wenn das in den Medien manchmal anders behauptet wird.

Wie positiv der MDK Nord von den Versicherten selbst gesehen wird, lässt sich übrigens anhand der „Versichertenbefragung 2015“ ablesen. Eine Gesamtzufriedenheit von 85 Prozent aller befragten Antragsteller auf eine Pflegestufe zeigt mir, dass der MDK Nord auf dem richtigen Weg ist. Besonders die fast gleich hohen Teilnoten in den Bereichen „persönliches Auftreten“, „persönlicher Kontakt“ und „Information der Versicherten“ sind erfreulich für einen Gutachterdienst, der es naturgemäß nicht jedem recht machen kann.

Die vielen Gesetzesänderungen führen ebenso dazu, dass der MDK Nord 2016 personell weiter wachsen muss, um all diese neuen Aufgaben auch bewältigen zu können. Es versteht sich, dass sich auch der Medizinische Dienst hierbei in der Personalbemessung selbst an die gesetzliche Vorgabe „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“ hält, die allen Begutachtungen zugrunde liegt. Für die Mitarbeiter bedeutet das tagtäglich ein hohes Maß an Arbeitsbelastung. Das ist mir bewusst, und für diesen Einsatz möchte ich mich abschließend persönlich bei allen Mitarbeitern des MDK Nord bedanken.

Karl-Heinz Rüter, Vorsitzender des Verwaltungsrates MDK Nord

# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zahlen sagen ja manchmal mehr als Worte: Mit rund 617.000 versichertenbezogenen Stellungnahmen hat der MDK Nord im Jahr 2015 erneut einen weiteren Höchststand seit seiner Gründung 2006 erreicht. Die verstärkte Nachfrage ist ein Zeichen dafür, dass unsere Fachkompetenz anerkannt ist und unsere Mitarbeiter stärker in Anspruch genommen werden, um in einem immer komplexer werdenden Gesundheitswesen den sinnvollen Einsatz der Mittel zu steuern.

Erkennbar wird dieses insbesondere an umfassenden und grundsätzlichen Aufgabenstellungen. Im letzten Jahr nahmen die Aufträge für Strukturprüfungen in Kliniken weiter zu. Zu untersuchen ist dabei, ob und in welcher Weise bundesweit einheitliche Vorgaben für Ausstattung und Personal in bestimmten Abteilungen eingehalten werden. Diese Fragen nach OP-Einrichtungen oder sinnvollen Dienstplänen sind wichtig für die Qualität der Behandlungen und die Sicherheit der Patienten. Als Langzeit-Projekt hat sich die Einführung einer Prüfverfahrens-Vereinbarung (PrüfvV) für die Begutachtung von



Peter Zimmermann

Dr. Bernhard van Treeck

Krankenhaus-Einzelfällen herausgestellt. Anfang 2015 war sie in Kraft getreten, nach intensiver Abstimmung auch mit dem MDK Nord. Doch bereits Mitte 2015 hatten die Klinikvertreter die Vereinbarung für gescheitert erklärt. Anfang dieses Jahres wurden neue Regeln vereinbart, die aber erst 2017 anzuwenden sind.

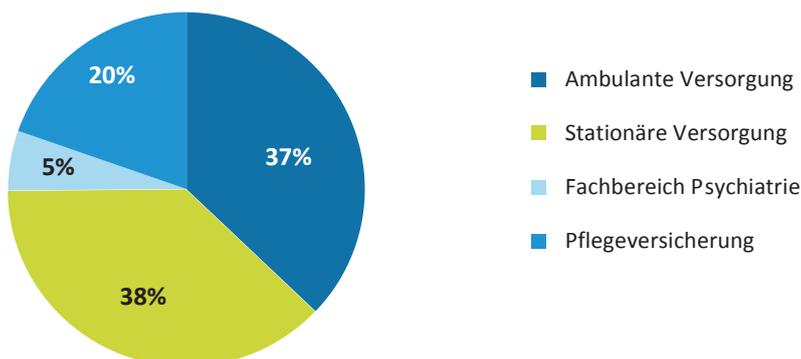
Für Außenstehende mag das verwirrend klingen. Für den MDK Nord bedeutet es, dass sich die Abteilung und jeder einzelne Gutachter sehr flexibel auf immer neue Rahmenbedingungen und Regelungen einstellen müssen. Diese Herausforderung können wir dank unserer jahrelangen Erfahrungen sowie der

## ... 617.300 versichertenbezogene Stellungnahmen ... 1.500 Prüfungen

### Gutachterliche Stellungnahmen

Im Jahr 2015 erstellte der MDK Nord **617.300** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen, davon **229.000** in der Abteilung Ambulante Versorgung, **233.100** in der Abteilung Stationäre Versorgung, **33.700** im Fachbereich Psychiatrie/Psychosomatik und **121.500** in der Abteilung Pflegeversicherung.

#### Gutachterliche Stellungnahmen nach Abteilung 617.300 Fälle



#### GKV-Anlässe/SPV-Anlässe

Für die GKV sind insgesamt **496.700** Stellungnahmen erstellt worden, davon **245.400** mit ambulantem und **251.300** mit stationärem Anlass; **120.600** für Anlässe der SPV.

**Anmerkung:** Abweichende Zahlen gegenüber der Betrachtung nach Abteilungen ergeben sich aus der abteilungsübergreifenden Bearbeitung bestimmter Stellungnahmen.

#### Qualitätssicherung

In Pflegeeinrichtungen sind **1.539** Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI geleistet worden.

# der Geschäftsführung und der ärztlichen Leitung

engen Vernetzung mit allen Akteuren im Gesundheitswesen gut annehmen und effizient aufgreifen.

Für Missverständnisse hat 2015 bei niedergelassenen Ärzten die geplante Abschaffung des sogenannten „Umschlagverfahren“ gesorgt. Die Ambulante Abteilung und der Fachbereich Service schaffen in diesem Jahr die Voraussetzungen, damit der MDK Nord ab dem 1. Januar 2017 alle medizinischen Berichte mit Versichertendaten direkt annehmen und bearbeiten kann – ohne Umweg über die Krankenkassen. Damit kommen wir gerne einer Forderung der Bundes-Datenschutzbeauftragten nach, die das bisher bundesweit praktizierte Verfahren bemängelt hat.

Der Schutz aller Daten hat im MDK Nord immer schon einen hohen Stellenwert besessen. Darauf haben die Versicherten ein Anrecht. Vor der stärksten Belastungsprobe steht in diesem Jahr sicher unsere Abteilung Pflegeversicherung. Nachdem der Gesetzgeber noch Ende 2015 das System der Pflege-Begutachtung durch den MDK neu strukturiert hat, bereiten sich die Gutachter nun intensiv auf die Umstellung Anfang 2017 vor.

Zu bedenken ist, dass dies alles parallel zu den täglichen Haus- und Heimbisuchen zu leisten ist. 2015 waren es mehr als 75.000 in Schleswig-Holstein und Hamburg. Und für dieses Jahr zeichnet

sich bereits jetzt ein weiterer Anstieg ab. Wie Sie sehen, befindet sich der MDK Nord in einem ständigen Prozess des Wandels: Neue Aufgaben, erweiterte Zuständigkeiten, veränderte Arbeitsprozesse, Fristenregelungen und weitere gesetzliche Anforderungen. Damit Sie den Überblick über unsere Leistungen und Strukturen behalten können, haben wir für Transparenz zu sorgen. Im Gespräch zu bleiben ist deshalb unser Ziel, für das wir viele Anlässe genutzt haben. Einer davon ist unser jährliches „Parlamentarisches Gespräch“, zu dem wir erneut Bundes- und Landespolitiker begrüßen durften, ebenso wie Vertreter von Patienten- und Verbraucherverbänden oder Kommunalverwaltungen. Alles Akteure im Gesundheitswesen, denen wir gerne offen Rede und Antwort stehen.

Mit diesem Jahresbericht möchten wir Ihnen wieder alle hier angesprochenen Themen detailliert und allgemeinverständlich nahebringen. Das ist Teil unserer Bemühungen, so transparent wie möglich zu veröffentlichen, was unsere Mitarbeiter täglich für die Solidargemeinschaft aller Versicherten leisten.

Peter Zimmermann, Geschäftsführer  
Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt

## der Qualität in der Pflege ... 8.200 Stunden Grundsatzberatung ...

### Beratung

Nicht versichertenbezogen sind über alle Abteilungen hinweg **8.222** Stunden Beratungstätigkeit geleistet worden.

### Begriffserläuterung:

**SFB** Sozialmedizinische Fallberatung, im Krankenkassen-Gespräch oder postalisch

**SMS** Sozialmedizinische Stellungnahme, kürzer als ein Gutachten und schriftlich

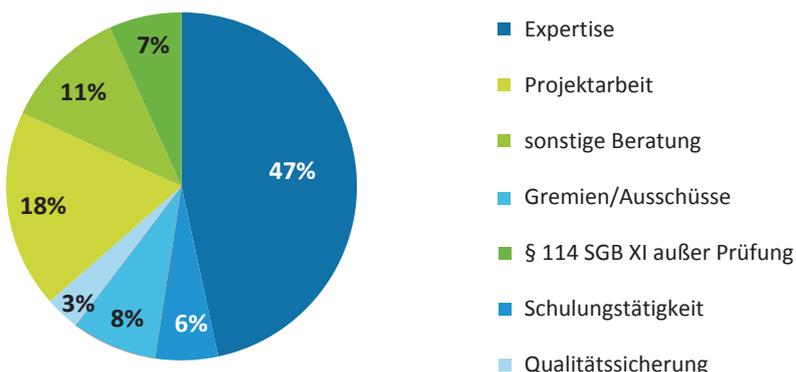
**AU** Arbeitsunfähigkeit

**NUB** Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

**Anmerkung:** Ein Kassenauftrag kann zu mehreren gutachterlichen Stellungnahmen führen, wenn mehrfach beraten und begutachtet wird. Nicht enthalten ist die interne Auftragssteuerung. Alle Zahlen sind gerundet.

Text/Grafik (auch Folgeseiten): Team Controlling

Struktur der Tätigkeiten in der Grundsatzberatung (ohne Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI), 8.222 Stunden



# Inhalt



	Seite		
Vorwort des Verwaltungsrates	3	<b>Abteilung Pflegeversicherung</b>	
Vorwort Geschäftsführer/Leitender Arzt	4		
Leistungen des MDK Nord, Gesamtzahlen	5		
Inhalt	6		
Datenschutz im MDK Nord / Neuer Dienstaussweis	7	Formulare-Hüten / Intranet, Qualitätsmanagement	38
Fallbeispiel: Vorauswahl für effiziente Begutachtung	22	MDK Nord bundesweit aktiv, Pressesprecher	39
Online-Auskunftsportal, Fachbereich Service	24	BSG bestätigt geriatrische Gutachten, KCG	40
Die Mischung macht's, Fachbereich Personal	24	Impressum	41
Neues MRG-System, Gesundheitsökonomie	37	Standorte des MDK Nord	42

## Datenschutz im MDK Nord

### Beauftragter zwischen Schutz und Transparenz

**Persönliche Daten der Versicherten hat der MDK umfassend zu schützen – nur nicht vor den Betroffenen selbst. Sie haben ein Anrecht auf ihre Daten, die ihnen transparent offenzulegen sind. Dieses Spannungsfeld, in dem der Datenschutzbeauftragte arbeitet, ist vielen Versicherten nicht bekannt. Denn nicht nur der Schutz ihrer Daten wird stärker beachtet als je zuvor, sondern auch der persönliche Auskunftsanspruch. Dabei sind jedoch einige Regeln zu beachten.**

Über allem steht, dass die sogenannten „Sozialdaten“ von Versicherten, die der MDK zur Begutachtung benötigt, umfangreich zu schützen sind. Denn dem Paragraphen 35 des ersten Sozialgesetzbuches zufolge gelten Informationen über Name, Alter, Anschrift und vor allem die Krankendaten als besondere Amtsgeheimnisse, vergleichbar mit der ärztlichen Schweigepflicht und dem Steuergeheimnis.

Sie dürfen nur einem klar festgelegten Personenkreis zugänglich gemacht werden. Das sind ausschließlich Personen, die bei Strafandrohung zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Dies muss bei allen Arbeitsschritten im MDK beachtet und eingehalten werden, wofür der Datenschutzbeauftragte den Mitarbeitern beratend zur Seite steht.

Jeder Versicherte hat aber auch ein Anrecht darauf, alles zu sehen, was beim MDK über ihn gespeichert ist. So sieht es der Paragraph 83 des zehnten Sozialgesetzbuches vor (und lässt nur wenige Ausnahmen zu). Neben den Gutachten betrifft das Auskunftsrecht auch Unterlagen vom Hausarzt oder der Klinik. Damit kann jeder Versicherte persönlich beim Datenschutzbeauftragten diese Einsicht erbeten.

Dafür sollte sich der Versicherte immer zuerst an die Serviceteams wenden, die



Stefan Manthey

alle Anfragen, auch die der staatlichen Stellen, im MDK Nord koordinieren. Seinen Anspruch auf Einsicht kann der Versicherte schließlich „in der Behörde, die die Akten führt“ wahrnehmen, wie es der Paragraph 25 des zehnten Sozialgesetzbuches vorschreibt. Beim MDK Nord sind das alle Standorte in Schleswig-Holstein und Hamburg, wo sich Versicherte mit



### Abteilung Stationäre Versorgung

Prüfverfahren und Strukturprüfungen	14
Zahlen der Abteilung SV 1 / 2	17,21
MDK soll künftig Klinikqualität prüfen	18
Aufwand durch PEPP erhöht, Fachbereich Psychiatrie	20

### Danksagung:

Der MDK Nord dankt dem Marienkrankenhaus in Hamburg und der Pflegeeinrichtung St.-Jürgen-Hospital in Bad Oldesloe für die freundliche Unterstützung der Fotoarbeiten. Ebenso dankt der MDK Nord der Firma Otto Bock HealthCare für die Leihgabe eines Produktes.



### Abteilung Ambulante Versorgung

Mehr Gutachter, mehr Aufträge, mehr Aufgaben	26
Zahlen der Abteilung AV 1 / 2	29,32
Probate Pillen und passende Prothesen, BBZ Kiel	30
Notwendiger Eingriff statt Schönheits-OP	32
Fatale Dosis, verhakte Kapsel, Behandlungsfehler 2015	34
Keine Versorgungslücke bei Rheumatherapie	36

### Hinweis:

Für die bessere Lesbarkeit wird durchgängig die männliche Form gewählt, außer wenn speziell die weibliche gemeint ist.

### Zur Person:

Stefan Manthey hat das Amt des Datenschutzbeauftragten Anfang 2016 von seinem Vorgänger übernommen. Parallel dazu verantwortet er als Teamleiter auch den zentralen Schreibdienst des MDK Nord, in dem er unter anderem die Datenschutzbelange verantwortet. Stefan Manthey hat ursprünglich bei der damaligen Landesversicherungsanstalt in Lübeck (heute Deutsche Rentenversicherung Bund) den Beruf des Sozialversicherungs-Fachangestellten gelernt und war bereits dort als Operator im Rechenzentrum für Datenverarbeitung und Datensicherung zuständig. Seit 1993 ist er beim Medizinischen Dienst tätig.

dem Datenschutzbeauftragten verabreden können. Zu bedenken ist jedoch, dass der MDK abgeschlossene Fälle nur fünf Jahre speichern darf. Wenn sie nach Ablauf des fünften Jahres gelöscht sind, können sie auch von niemandem mehr eingesehen werden. Umgekehrt hat der Datenschutzbeauftragte ebenso den Schutz der MDK-Mitarbeiter sicherzustellen. Auch ihre privaten Daten wie Adressen oder Telefonnummern sind nicht öffentlich und dürfen auf Anfrage nicht herausgegeben werden.

Stefan Manthey, Datenschutzbeauftragter

## Neuer Dienstaussweis für die MDK Nord-Gutachter

Alle Gutachter werden seit Mitte 2015 mit einem neuen Dienstaussweis ausgestattet. Seit vergangenem Jahr weisen sich die pflegfachlichen Gutachter mit dem Ausweis im Chipkartenformat aus, seit Anfang 2016 auch die ärztlichen Gutachter der stationären und der ambulanten Abteilung.

Das Beispiel zeigt den Ausweis von Dr. Markus Splittgerber, dem Teamleiter Ambulante Versorgung in Hamburg. Den Ausweis legt er bei Hausbesuchen vor oder bei Terminen mit Krankenkassen.



## Große Nachfrage nach dem Auslaufmodell „Pflegestufe“

**Immer mehr Versicherte beantragen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. In Schleswig-Holstein und Hamburg waren es im Jahr 2015 so viele wie nie zuvor. Und schon jetzt steht fest, dass es in diesem Jahr noch mehr werden, deren Pflegebedürftigkeit der MDK Nord begutachtet wird. Außerdem hat sich bei der Qualitätsprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Diensten 2015 erneut gezeigt, dass die Bewohner von der Kontrolle und die Pflegeeinrichtungen von der Beratung profitieren.**

Mehr als 75.000 Hausbesuche mit einer persönlichen Begutachtung an fast jedem Ort in Schleswig-Holstein und Hamburg haben die Pflegefachgutachter im vergangenen Jahr geleistet. Das stellt die bisherige Höchstmenge von 73.000 Gutachten aus dem Jahr 2013 nochmals deutlich in den Schatten. Dabei konnte der Fachbereich Einzelfallbegutachtung nach § 18 SGB XI die gesetzlichen Fristen bis auf fünf Einzelfälle einhalten. Ein Problem war bisher, dass auch an Feiertagen die Fristen weiterliefen, obwohl an diesen Tagen weder die MDK- noch die Pflegekassen-Mitarbeiter arbeiten konnten. Auch Antragstellern wird nur an Arbeitstagen eine Begutachtung zugemutet. Nach einem Hinweis darauf hat das Bundesgesundheitsministerium diese Regelung Ende vergangenen Jahres pragmatisch und fair von Kalender- auf Arbeitstage abgeändert.

Schon nach den ersten Monaten ist bereits klar abzusehen, dass auch 2016 die Zahl der Pflegestufen-Anträge weiter steigen wird. Der Grund könnte das Ende 2015 verabschiedete Pflege-Stärkungsgesetz II (PSG II) und der Wunsch vieler Antragssteller sein, sich noch vor der Umstellung darauf im Jahr 2017 nach dem derzeitigen System einstufen zu lassen. Hinzu kommt ein Anstieg von im Durchschnitt fünf Prozent pro Jahr, der nach Einschätzung der Abteilung Pflegeversicherung auf die demografische Entwicklung bis zum Jahr 2020 zurückzuführen ist. (Siehe „Nach den Babyboomern kommt der Pillenknick“, Prof. Reinhard Schuster, Stabsstelle Gesundheitsökonomie, Seite 13.)

### Auf vermehrte Begutachtung eingestellt

Auf diese Entwicklung hatte sich die Abteilung Pflegeversicherung bereits 2015 eingestellt. Im Stellenplan für dieses Jahr hatte sie zusätzliche Planstellen im zweistelligen Bereich ausgewiesen, die auf der Basis der bekannten Entwicklung sowie verschiedener Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit berechnet worden waren. Diese Mitarbeiter werden voraussichtlich von Mitte 2016 an umfangreich in die Einzelfallbegutachtung eingearbeitet.

Die Abteilung hat schon 2015 während des Gesetzgebungsverfahrens begonnen, ihre bewährten Gutachter über die Philosophie des „Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes“ zu informieren, der Teil des



Dr. Martin Schünemann



PSG II ist. Sie werden in diesem Jahr kontinuierlich weiterqualifiziert und unter anderem auf einer zweitägigen Klausurtagung zum Ende des Jahres auf die Umstellung vorbereitet.

Im Vorfeld wurden zwei MDK-Nord-Fachbereichsleitungen an der Erstellung des Entwurfs der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung der Kinder-Pflegebedürftigkeit und an Schulungskonzepten beteiligt. Sie konnten als Kinderkrankenschwester und Arzt für Kinder- und Jugendmedizin ihre langjährige Erfahrung als Expertise einbringen.

Wie stark sich die veränderten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung von 2017 an durch die Umstellung von „Pflegestufen“ auf „Pflegegrade“ für jeden Einzelnen auswirken werden, ist noch nicht sicher abzusehen. Wichtig ist, dass der Gesetzgeber die Höhe der jeweiligen Leistungen festgelegt hat – nicht die Pflegekassen oder die Medizinischen Dienste. Auch ist in der Öffentlichkeit offenbar noch nicht so verwurzelt, dass die soziale Pflegeversicherung weiterhin, trotz des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, eine Teilleistungsversicherung bleibt. Die Versicherten müssen sich also wie bisher an den Kosten der Pflege beteiligen.



Die MDK Nord-Pflegefachgutachterin Claudia Ramke zu Besuch bei Eva Besztejan in ihrer Hamburger Wohnung. Die 82-Jährige hat über ihre Krankenkasse eine Pflegestufe beantragt. Frau Ramke spricht mit der Seniorin darüber, wobei sie im Alltag Hilfe benötigt. Um die passende Pflegestufe zu ermitteln, stellt Claudia Ramke der Versicherten Fragen, um einen Fragenkatalog zu beantworten. Er ist für alle Begutachtungen vorgeschrieben. Viele Versicherte wollen 2016 noch nach diesem Verfahren begutachtet werden – vor der Umstellung auf die Pflegegrade Anfang 2017.



### Qualitätsprüfungen schützen und helfen

Bei den Qualitätsprüfungen haben die Gutachter im Jahr 2015 in rund jeder fünften geprüften vollstationären Pflegeeinrichtung mindestens einen gravierenden Pflegemangel festgestellt. Hierbei handelte es sich beispielsweise um gravierende Gewichtsverluste oder Dekubitus (Druckgeschwüre) bei Pflegebedürftigen, ohne das ausreichende oder erforderliche vorbeugende Maßnahmen ergriffen worden wären. Die Behandlung chronischer Wunden oder eines

Druckgeschwüres entsprach in nur nahezu jedem zweiten Fall dem aktuellen Wissensstand.

Bei den 705 Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste zeigten sich in 104 Fällen Auffälligkeiten in Form unzureichender vorbeugender Maßnahmen bei bestehender Dekubitus- sowie Sturzgefahr und / oder bei der Medikamentenversorgung.

Insgesamt konnten die Gutachter des Fachbereichs Qualitätssicherung und Beratung von Pflegeeinrichtungen gemäß § 114 SGB XI – wie in den Vorjahren – alle übertragenen Prüfaufträge abschließen. Im Jahr 2015 waren es 1539 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, das waren 32 Prüfungen mehr als 2014. Die erhöhte Fallmenge ergab sich einerseits durch neu zugelassene Pflegeeinrichtungen im Tätigkeitsbereich des MDK Nord, andererseits durch eine höhere Anzahl an Wiederholungsprüfungen, die durch die Landesverbände der Pflegekassen beauftragt worden waren, weil die Gutachter des MDK Nord zuvor Qualitätsmängel festgestellt hatten. Trotz bestehender Verbesserungspotenziale ist es aber wichtig zu betonen, dass es vielen Einrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein gelingt, eine pflegerische Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen.

Als Teil der Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten hatten die Gutachter fast 11.000 Pflegebedürftige persönlich begutachtet. Ergänzend kamen in einigen Fällen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen

Die Abteilung **Pflegeversicherung** begutachtet Versicherte und stuft ihren Pflegebedarf nach § 18 SGB XI ein. Außerdem prüft sie die Qualität der rund 1.600 Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein und Hamburg nach § 114 SGB XI. (Rund 10 Prozent prüfen Mitarbeiter der privaten Krankenversicherungen.)

- 77 pflegefachliche Gutachter, Einzelfallbegutachtung nach § 18
- 49 pflegefachliche Gutachter, Qualitätssicherung nach § 114
- 6 Ärzte und Fachärzte
- 83 Honorargutachter

(Stand Ende 2015)



Pflegefachgutachter Jan Arriens (links) bittet Frieda Jacobsen im **St.-Jürgen-Hospital** in Bad Oldesloe zu zeigen, wie beweglich sie ist. Als Teil der Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtung prüft Jan Arriens damit den Pflegezustand der 89-Jährigen. Im Rahmen einer unangemeldeten Qualitätsprüfung ist Frieda Jacobsen eine der vorgeschriebenen neun Bewohner, die als Stichprobe begutachtet werden.

„Abrechnungsprüfungen“ hinzu. Auch hierbei fanden sich Auffälligkeiten bei der Frage, ob Einrichtungen abgerechnete Leistungen für die Bewohner auch in dieser Form erbracht hatten. Diese Art der Prüfungen wird zukünftig zum festen Bestandteil von Qualitätsprüfungen gehören. Im Gefolge von Feststellungen der Gutachter sind die Landesverbände

der Pflegekassen auch 2015 bei gravierenden Qualitätsmängeln und wiederholter gröblicher Pflichtverletzung eingeschritten. Anders als der MDK können sie ebenso wie die Aufsichtsbehörden sanktionieren. So haben die Landesverbände in einigen Fällen Kündigungen der Versorgungsverträge der Pflegeeinrichtungen ausgesprochen.

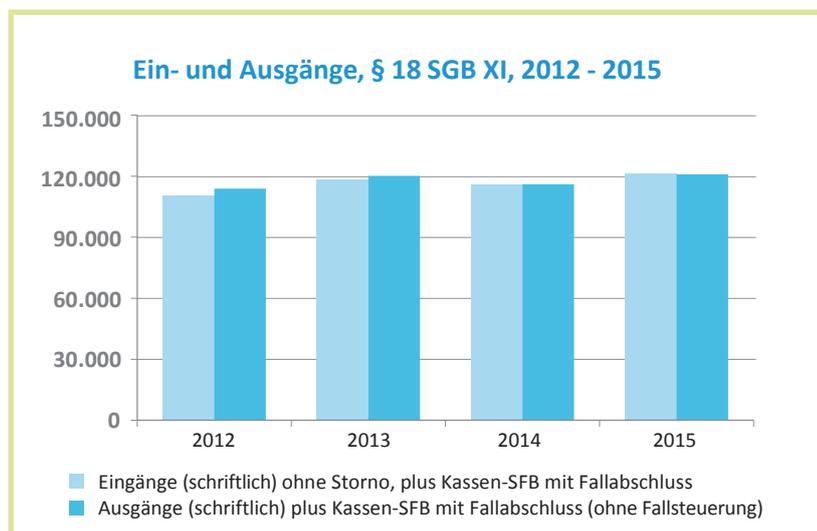
### MDK Nord berät Pflege-Anbieter

Pflegeeinrichtungen werden aber nicht nur geprüft, sondern zugleich im Hinblick auf Verbesserungspotentiale auch beraten. Einrichtungen haben nach einer Qualitätsprüfung immer die Möglichkeit zur Stellungnahme gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen und können gutachterlichen Feststellungen widersprechen.

Die Anzahl solcher Widersprüche, die dem MDK Nord zur Bearbeitung zugeleitet wurden, ist im Vergleich zu den Vorjahren auf gleichbleibend niedrigem Niveau. In rund 91 Prozent konnten die Verfahren zur Erteilung eines Bescheides und Veröffentlichung der Transparenzberichte durch die Landesverbände der Pflegekassen ohne erneute Einbeziehung des MDK Nord abgeschlossen werden. In 32 Fällen haben die Landesverbände der Pflegekassen den MDK Nord zur Beratung an mündlichen Anhörungen zuvor geprüfter Pflegeeinrichtungen beteiligt. Diese Anhörungen sind eine sehr gute Möglichkeit, um den Einrichtungsträgern zu verdeutlichen, dass sie umgehend die Qualität

### Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 1, Einzelfallbegutachtung

2015 erreichten die Auftragseingänge ein historisches Hoch. Bereinigt um alle stornierten Aufträge wurden rund **121.000** Eingänge registriert, 5 % mehr als im Vorjahr.





Beschäftigungstherapie im St.-Jürgen-Hospital (oben): Betreuerin Irina Heinz singt mit den Bewohnern. Regelmäßige Aktivitäten sind wichtig. Sie werden außerdem positiv in den Pflegenoten vermerkt. Pflegefachgutachterin Ute Berndt (rechts) bespricht mit Schwester Anja Köster die Pflegedokumentation. Zur Prüfung gehört auch die Beratung, damit die Einrichtungen aus Fehlern lernen und sie zukünftig vermeiden können.



verbessern müssen. In vielen Fällen konnten die Prüfer nach einer solchen mündlichen Anhörung in der Folgeprüfung eine wesentliche Qualitätsentwicklung erkennen.

### Befragung bestätigt Prüfqualität

Im Nachgang zu allen Regelprüfungen hat der MDK Nord erneut die Pflegeeinrichtungen zu ihren Eindrücken befragt. Dadurch möchte die Abteilung Pflegeversicherung erfahren, wie Einrichtungen die Prüfung durch die Gutachter erlebt haben und wie sie die Qualität des Prüfberichtes bewerten. Dazu erhalten sie Zugangsdaten zu einem Onlineportal, über welches sie eine anonyme Rückmeldung geben können.

Die ersten Ergebnisse aus der Befragung 2015 liegen mittlerweile vor. Sie bestätigen einerseits den eingeschlagenen Weg eines Prüfansatzes mit Beratungsanteil, andererseits zeigen sie mögliche Potentiale zu Verbesserungen:

95 Prozent der Einrichtungen gaben die Rückmeldung, dass die Prüfungen vollständig oder überwiegend als respektvoll und „auf Augenhöhe“ erlebt wurden.

In 92 Prozent der Fälle wurden die am Prüftag ausgesprochenen Empfehlungen als nachvollziehbar oder überwiegend nachvollziehbar erlebt.

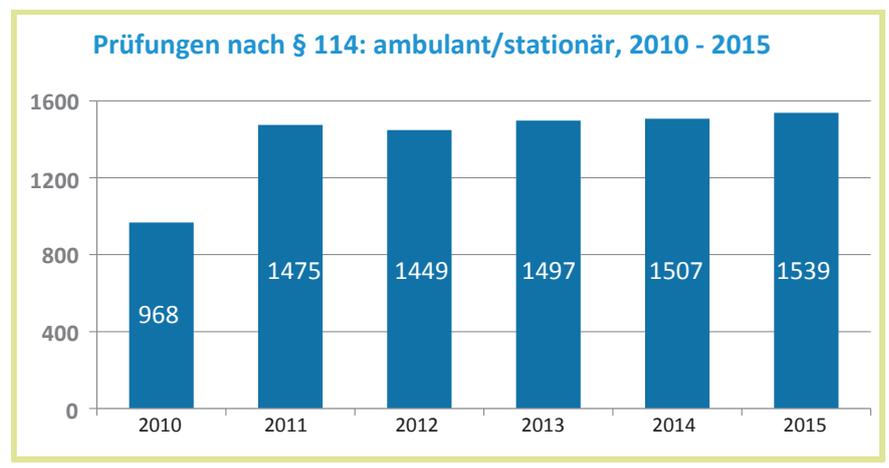
Die Richtigkeit der in den Prüfberichten vorgenommenen gutachterlichen Feststellungen wurden durch 95 Prozent der geprüften Einrichtungen als vollständig

oder überwiegend vollständig angesehen. Der MDK Nord hat auch die Landesverbände der Pflegekassen zu den übermittelten Prüfberichten befragt. Auch hier zeigten sich erfreulich hohe Zufriedenheitswerte.

(Fortsetzung Seite 13)

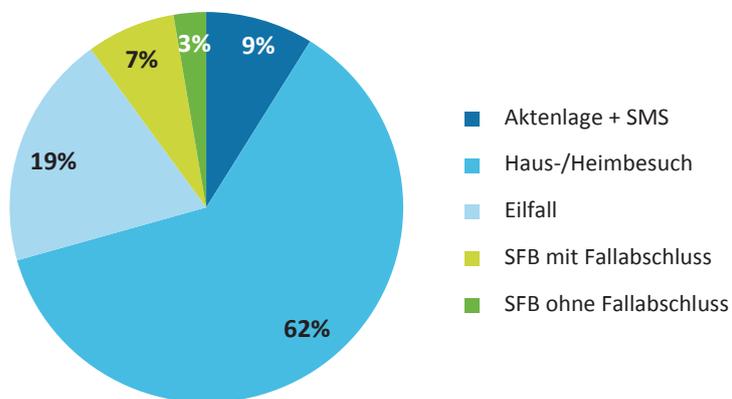
### Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 2, Qualitätssicherung

Zum Jahresbeginn 2015 lagen 1.504 Aufträge zur Qualitätsprüfung vor. Durch Anlass- und Wiederholungsprüfungen sowie neu zugelassene Pflegeeinrichtungen stieg die Zahl bis Jahresende auf **1.539**. Alle erledigt. Hinzu kamen **171** Stellungnahmen, Beratungen, Anhörungen. Dies entspricht einem Aufwand von **550** Stunden.



## Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 3, Einzelfallbegutachtung nach § 18 SGB XI

### Gutachterliche Stellungnahmen nach Produkt



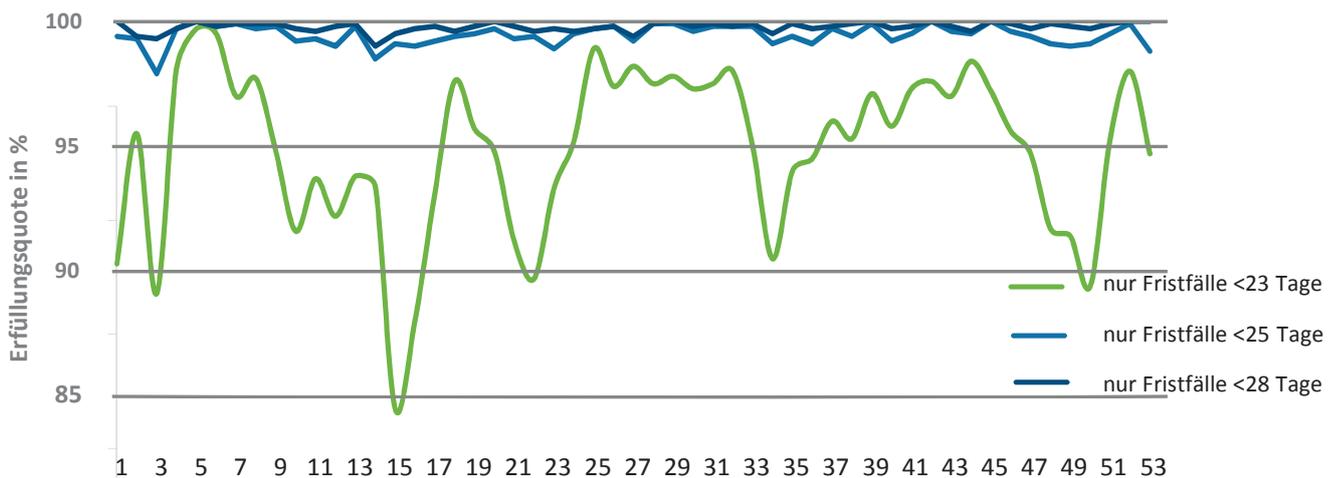
Die Abteilung Pflegeversicherung hat ...  
**121.500** gutachterliche Stellungnahmen erledigt, davon  
**118.200** fallabschließend (97%)  
**90.500** als interne Fallsteuerung bearbeitete Fälle im Vorfeld der gutachterlichen Stellungnahmen erörtert

### Ergebnisse gutachterlicher Stellungnahmen



In 92,2 % der Anträge ist eine Pflegestufe (auch unterhalb Stufe 1) empfohlen worden

### Entwicklung der PV-Laufzeitquoten in %, Netto-Laufzeit Hausbesuchsgutachten verfristungsfähige Fälle, Höherstufungen in Pflegeeinrichtungen sowie Auslands-Begutachtungen Kalenderwochen 2015



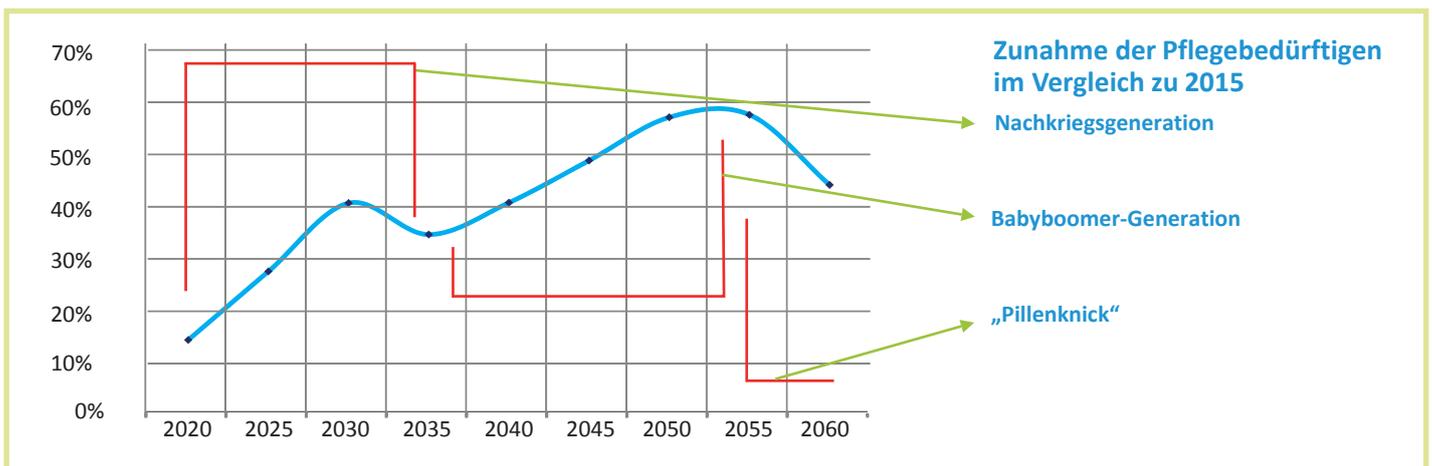
Bei der Betrachtung der verfristungsfähigen Fälle und deren Laufzeiten wird deutlich, dass Verfristungen zu absoluten Ausnahmerscheinungen gehören: Unter rund 75.000 Hausbesuchsbegutachtungen sind es nur **fünf** in 2015, die länger als 28 Tage in Bearbeitung waren. Mehr als **99,5 %** der verfristungsfähigen Gutachten konnten im Durchschnitt bereits innerhalb von 25 Tagen

abgeschlossen werden. Deutlich erkennbar wirken sich Feiertage und Schulferien auf die Bearbeitungszeiten aus. Der Anregung des MDK Nord, als Berechnungsgrundlage nicht Kalender- sondern künftig Werkzeuge anzunehmen, ist der Gesetzgeber gefolgt. Von 2016 an werden die Fristen so berechnet.



### Nach den Babyboomern kommt der Pillenknick

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt der Prognose des MDK Nord zufolge von 2015 bis 2030 um 40 Prozent, um danach bis 2035 um fünf Prozent zu fallen. Eine Folge des Verschwindens der geburtenstarken Nachkriegsgeneration. Danach steigt die Anzahl wieder durch die Babyboomer-Generation, die zwischen 2050 und 2055 ihren Gipfelpunkt in der Pflege haben wird. Anschließend fällt sie wieder durch den „Pillenknick“. Es ist also falsch, einen Zehnjahrestrend linear fortzuschreiben.



Text/Grafik: Prof. Reinhard Schuster

(Fortsetzung von Seite 11)

Der fristgerechte Eingang der Prüfberichte wurde im vollen Umfang bestätigt. Befragt zum Inhalt, Aufbau und dem Umfang der Prüfberichte, zeigten sich die Auftraggeber vollständig oder überwiegend zufrieden mit den Gutachten des MDK Nord.

### Mehr Versicherte in der Stichprobe

Eine weitere Herausforderung stellt für die Abteilung bereits 2016 die notwendige Vorbereitung auf die neue Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) dar. Die Ende 2015 festgelegten Regelungen sehen vor, dass sich mit der Einführung Anfang 2017 die Zahl der einzubeziehenden Pflegebedürftigen bei Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen erhöht. Wurden bislang vom MDK Nord im Durchschnitt 5,5 Pflegebedürftige in die Prüfungen einbezogen, werden es dann

in der Regel acht Pflegebedürftige sein. Auch durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade werden sich für die Qualitätsprüfung Veränderungen ergeben, da das bisherige Verfahren zur Stichprobenbestimmung noch auf den derzeit gültigen Pflegestufen beruht. Eine entsprechende Anpassung der Qualitätsprüfungsrichtlinien ist in Vorbereitung.

Für den MDK Nord ist es wichtig, dass auch in Zukunft die regelmäßigen und jährlichen Qualitätsprüfungen zusammen mit den Beratungen den Pflegeanbietern in Schleswig-Holstein und Hamburg Impulse für ihre kontinuierliche Qualitätsentwicklung bieten können.

Dr. Martin Schünemann, Abteilungsleiter Pflegeversicherung

## Viel Arbeit mit Prüfverfahren und Strukturprüfung

**Kaum ein Thema hat die Krankenhäuser 2015 so in Unruhe versetzt wie die neue Prüfverfahrenvereinbarung, kurz PrüfvV. Der MDK Nord konnte nach intensiver Vorbereitung die Vereinbarung gut umsetzen; die Kliniken zogen jedoch die Notbremse. 2017 wird es einen Neustart geben. Zusätzlich stark gefordert wurde die Abteilung Stationäre Versorgung durch weitere große Aufträge zur Strukturprüfung der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Hamburg.**

Die neue Prüfverfahrenvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes brachte allen Akteuren Anfang 2015 viele neue Regelungen rund um die Einzelfallprüfung von Krankenhausfällen. Für den MDK Nord stand vor allem die neue Neun-Monatsfrist zur Bearbeitung der Gutachtenaufträge im Vordergrund. Aber auch eine Reihe weiterer neuer Fristen und neuer Mitteilungspflichten waren nun zu berücksichtigen und sorgten auf allen Seiten für eine spürbare Anspannung.

Die beiden Vorbereitungstreffen des MDK Nord in großer Runde mit sämtlichen Auftraggebern zahlten sich im laufenden Begutachtungs-Alltag aus. Dort wurde konsentiert, wie die PrüfvV am besten verfahrenssicher und praktikabel umzusetzen sei. Insgesamt lief anschließend der Umstieg in die neue PrüfvV reibungslos, Verfahrensfehler oder Konflikte blieben glücklicherweise aus.

Die Gutachter müssen durch die PrüfvV nun einige neue Pflichten beachten. So müssen sie zum Beispiel bei Auffälligkeiten, die nicht durch den ursprünglichen Prüfauftrag gedeckt sind, sogenannte „Erweiterungsanzeigen“ erstellen – damit also auf die gefundenen Auffälligkeiten gesondert hinweisen. Zusammen mit erhöhten Qualitätsanforderungen der PrüfvV hat das teilweise dazu geführt, dass weniger Fälle pro Begehung begutachtet werden können. Vor diesem Hintergrund ist es besonders erfreulich, dass die Neun-Monatsfrist vom MDK Nord durchgehend eingehalten werden konnte. Dies ist der sehr hohen Einsatzbereitschaft sowie der hohen Flexibilität aller

Kollegen der Abteilung zu verdanken. Im Hinblick auf das Auftragsvolumen wird die Prüffrist auch im laufenden Jahr unverändert eine große Herausforderung darstellen.

Um stets bei jedem Begutachtungsfall die Frist im Auge zu behalten und der Teamassistenz eine Begutachtungsplanung im Hinblick auf die Prüffrist zu ermöglichen, haben das Team Controlling und der Fachbereich Service neue wertvolle Controlling-Werkzeuge entwickelt. Diese sehen so aus, dass die Abteilung in Form einer Ampeldarstellung immer einen Überblick über den Fristverlauf eines Einzelfalles und der Gesamtheit der Fälle hat.

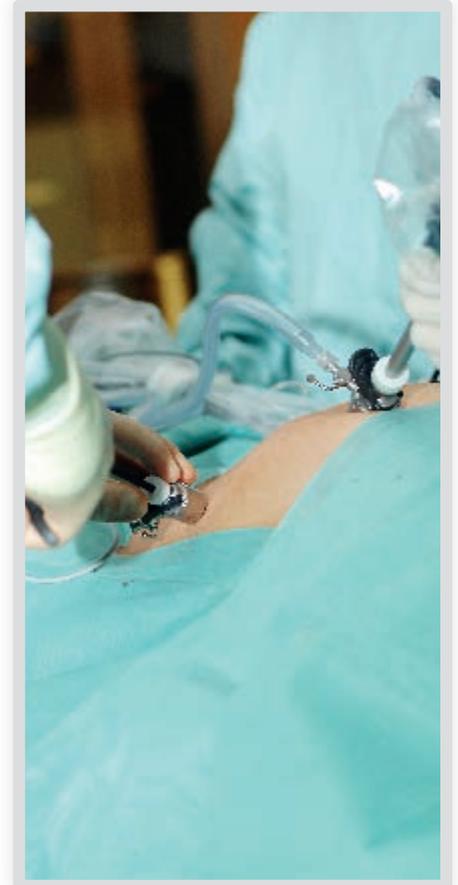
Trotz Anpassungen an die PrüfvV konnten die wesentlichen Arbeitsabläufe im Bereich der Einzelfallbegutachtung unverändert bleiben. Der MDK Nord bleibt bei den Begehungen der Kliniken

als bevorzugte Begutachtungsmethode. Die Begehungen ermöglichen vor Ort eine Einsicht in sämtliche erforderlichen Unterlagen und vor allem das direkte Gespräch mit Klinikvertretern über den Behandlungsfall. Hierdurch hat der MDK-Gutachter die Möglichkeit, seine Bewertung direkt anhand der Krankenunterlagen persönlich zu erläutern und die Klinikseite kann aus ihrer Sicht wichtige Aspekte der Behandlung thematisieren. Missverständnisse können so vermieden werden, Fälle müssen nicht mehrfach „angefasst“ werden, sondern sind in der Regel nach der Begehung abschließend geklärt. Durch den hohen Begehungsanteil von unverändert rund 80 Prozent aller Begutachtungsfälle in der Somatik profitieren auch die Kliniken im Zuständigkeitsbereich des MDK Nord im Zeitalter der PrüfvV sehr, da den Kliniken zum Beispiel die kurze vierwöchige „Lieferfrist“ von Krankenunterlagen erspart bleibt.

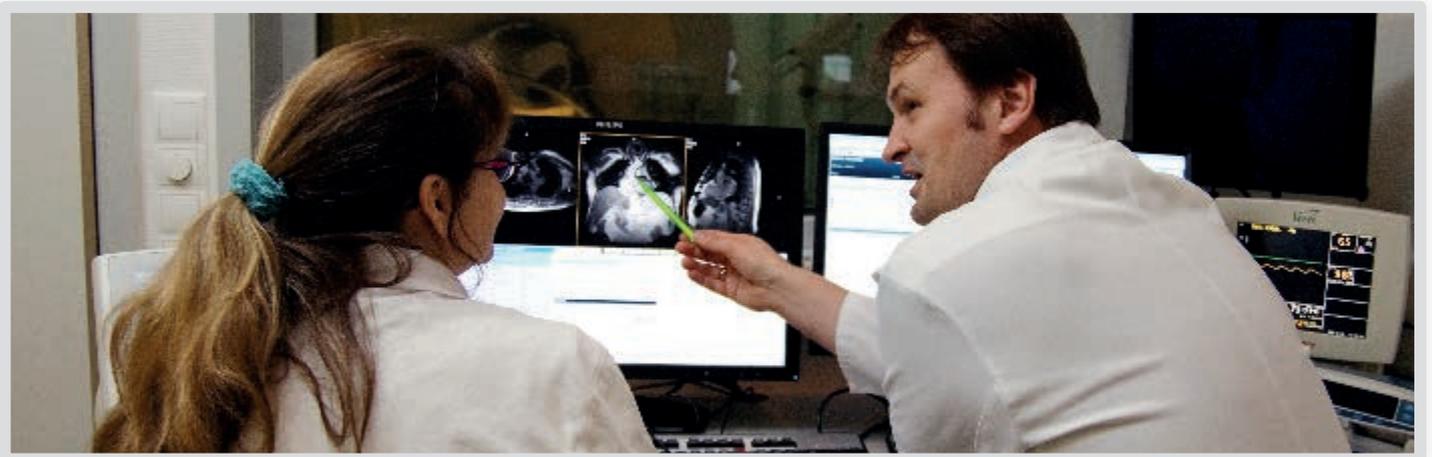


Dr. Andreas Krokotsch

Eine Erkenntnis aus der neuen Prüffrist war, dass alle Beteiligten aufgrund des Fristendruckes flexibler agieren müssen, um die Fristen überhaupt einhalten zu können. Außerdem hat sich die bisher gelebte Praxis ausschließlicher „Begehungskliniken“ und ausschließlicher „Aktenlagekliniken“ aufgrund der PrüfvV verändert. Der MDK Nord muss wegen des Fristendruckes nun teilweise auch in Begehungskliniken wieder in einem Teil der Fälle Krankenunterlagen anfordern und teilweise auch in „Aktenlagekliniken“ zu Begehungen ins Haus kommen, um die vorhandenen Gutachter-Kapazitäten optimal nutzen zu können. Daran mussten sich einige Krankenhäuser erst wieder gewöhnen, weil dort nach jahrelangen Begehungen



**Marienkrankenhaus in Hamburg:** Operateure entfernen eine Zyste in der Bauchhöhle einer Patientin über ein Endoskop (oben). Der Herzmuskel eines Mannes wird im MRT untersucht (unten). Verweildauer und DRG-Kodierung solcher Eingriffe prüfen die MDK Nord-Gutachter anschließend häufig direkt im Gespräch mit Klinik-Vertretern.



die Prozesse der Aktenlage-Begutachtung reaktiviert werden mussten. Hierdurch sind auch für den zentralen Fachbereich Service des MDK Nord neue Herausforderungen entstanden. Die gute Zusammenarbeit und die professionelle sowie flexible Unterstützung durch den Fachbereich haben sehr zum Einhalten der Prüffristen beigetragen.

### **Digitaler Datenaustausch noch nicht praktikabel**

Wie bereits im Vorwege erwartet, hat sich der von der PrüfvV angeregte digitale Unterlagenaustausch zwischen MDK und Kliniken bislang als nicht praktikabel herausgestellt. Aus Sicht des MDK Nord ist dies sehr bedauerlich. Elektronische

Übermittlungswege sind heutzutage längst der Standard und erleichtern allen Beteiligten die Kommunikation. Krankenunterlagen werden auf Klinikseite zunehmend digital archiviert und im Aktenlageverfahren zunehmend auch digital übermittelt.

Das Problem ist, dass es zurzeit noch kein praktikables Vorgehen gibt, das den Datenaustausch zwischen den Kliniken und dem MDK Nord möglich macht. Der von der PrüfvV angedachte Weg von bilateralen Vereinbarungen zwischen mehr als 2000 Kliniken in Deutschland und sämtlichen Medizinischen Diensten ist nicht realistisch. Bisher fehlen Standards für Qualität, Lesbarkeit und Indexierung mit Inhaltsverzeichnis. Ohne solche digitalen



Die Team-Assistentinnen im BBZ Hamburg stellen die täglichen Einsatzpläne der Abteilung SV zusammen. Sie koordinieren die Klinik-Begehungen sowie alle weiteren Termine und Aufgaben der Gutachter der Abteilung: (von links) Madeleine Dierbach, Kristina Koalick-Piper, Agnes Kliefoth.

Standards ist ein flächendeckender digitaler Austausch zwischen Kliniken und dem MDK nicht umsetzbar.

### PrüfvV-Kündigung und Neustart 2017

Nicht ganz unerwartet hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Juni 2015 die PrüfvV zum Jahresende aufgekündigt. Zu groß war die Unzufriedenheit bei den Kliniken, vor allem durch die Vierwochenfrist beim Versand von Krankenunterlagen. Auch die aktuellen Entwicklungen zur „sachlich-rechnerischen Korrektheit“ haben hierzu sicherlich beigetragen.

Im Februar 2016 haben sich der GKV-Spitzenverband und die DKG nun auf eine neue PrüfvV geeinigt. Sie soll jedoch erst 2017 in Kraft treten. Bis dahin wird die bisherige PrüfvV weitergelten. Wie erwartet, wurde die Anforderungsfrist von Unterlagen für die Kliniken von vier auf acht Wochen verlängert. Im Gegenzug wurde die MDK-Prüffrist von neun auf elf Monate verlängert. Neu ist nun ein "freiwilliges Nachverfahren", welches innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss des Prüfverfahrens vom Krankenhaus "vorgeschlagen" werden kann. Diese Stellungnahme der Klinik muss auf Grundlage "der dem MDK übermittelten Daten und Unterlagen" erfolgen. Hiermit wurde nun erstmals die gängige Praxis eines Widerspruchsverfahrens, für das es bislang nie eine explizite Verfahrensgrundlage gegeben hat, in ein offizielles Verfahren überführt. Es ist noch

nicht ersichtlich, welche Auswirkungen dies im Tagesgeschäft haben wird.

Neu ist außerdem, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG eine bundeseinheitliche Empfehlung zur elektronischen Übermittlung von Informationen zwischen Krankenhäusern und MDK vereinbaren sollen. Diese soll auch elektronische Quittierungen zu fristgerechten Mitteilungen und Unterlagen enthalten. Aus MDK-Sicht ist diese Neuerung sehr begrüßenswert. Denn nur eine bundesweite Vorgabe für einen elektronischen Datenaustausch kann allen Beteiligten Verfahrenssicherheit bringen. Im Wesentlichen unverändert geblieben sind dagegen die übrigen grundsätzlichen Verfahrensweisen der Prüfverfahrensvereinbarung. Größerer Änderungsbedarf wird sich aus der neuen PrüfvV im kommenden Jahr somit nicht ergeben.

Die Einführung der Prüfverfahrensvereinbarung hatte der MDK Nord im vergangenen Jahr kontinuierlich mit den Krankenkassen abgestimmt. Bereits 2014 konnten in Vorbereitungstreffen alle Verfahrensfragen geklärt werden. Ein Erfahrungsaustausch im laufenden Prüfbetrieb im Sommer 2015 ergab, dass lediglich geringfügige Anpassungen erforderlich waren. Sie wurden sofort umgesetzt.

(Fortsetzung Seite 18)

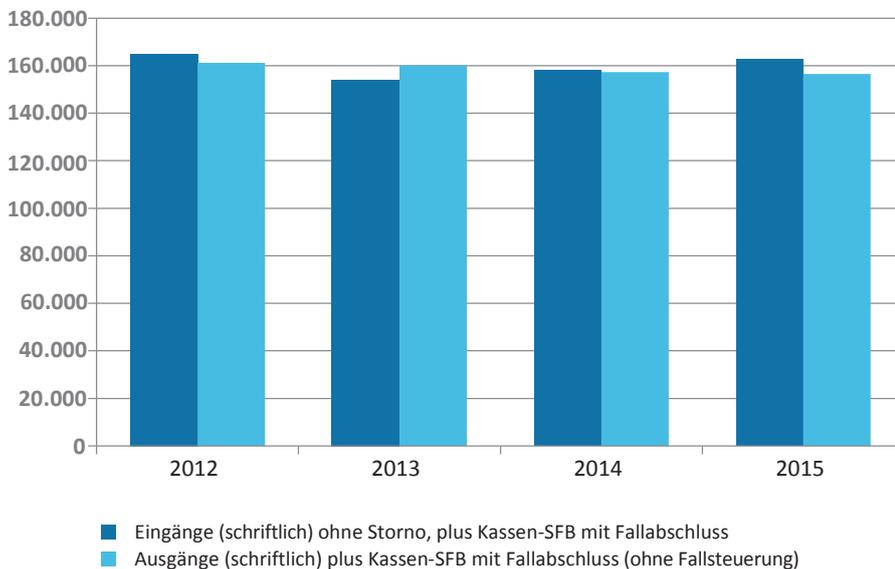
Die Abteilung **Stationäre Versorgung** prüft die Abrechnungen der Kliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. So soll verhindert werden, dass Gesundheitsleistungen zu Lasten der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten unnötig oder unwirtschaftlich erbracht und falsch berechnet werden. Grundlage ist seit 2003 das DRG-System: **D**iagnosis **R**elated **G**roups = diagnosebezogene Fallgruppen.

- 74 Gutachter, 8 Team-Assistentinnen. Gutachter sind Fachärzte unter anderem aus den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Kinderheilkunde, HNO, Strahlentherapie.
- 233.100 versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen

(Stand Ende 2015)

## Zahlen der Abteilung Stationäre Versorgung, somatische Begutachtung

### Ein- und Ausgänge, 2012 - 2015



Die Abteilung SV ist in somatischen Fragen 2015 ähnlich stark wie in den Vorjahren beauftragt worden. Die Anzahl der schriftlich eingegangenen Aufträge überstieg das Vorjahr um 4 %, gleichzeitig verringerte sich die Anzahl der Kassen-SFB um 2 %.

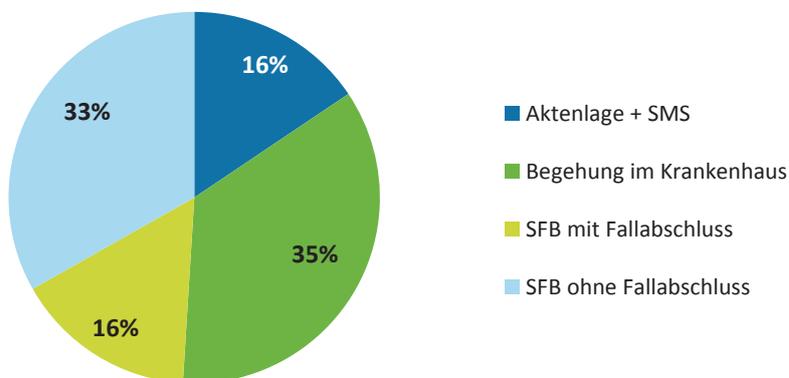
Die Bilanz der Ein- und Ausgänge ist 2015 nicht ganz ausgeglichen und fällt leicht zu Gunsten der Eingänge aus, was einen Anstieg der offenen Fälle zur Folge hat. Hierfür gibt es gleich mehrere Gründe, vor allem eine permanente Unterbesetzung mit Einarbeitung neuer Kollegen und Verlagerung eines Teiles der gutachterlichen Kapazitäten in die Produktgruppe Grundsatzberatung (Krankenhaus-Strukturprüfungen).

Die Umsetzung der PrüfV nach § 17c Abs. 2 KHG brachte eine Erweiterung der bestehenden Aufgaben in Form von gestiegenen Anforderungen an das gutachterliche Produkt mit sich. Auch die Einhaltung der vorgeschriebenen Fristen beanspruchte zusätzliche Ressourcen.

Insgesamt sind in der Abteilung SV in 2015 (somatisch) **233.100** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen erledigt worden. Fallabschließend wurden **155.700** Fälle bearbeitet; rund **107.100** sind im Vorfeld als interne Fallsteuerung vorgeesehen worden.

Nicht versichertenbezogen wurden im somatischen Bereich **4.084** Stunden Grundsatzberatung registriert: Expertisen, Projekt- und Gremienarbeit sowie sonstige Beratungen.

### Gutachterliche Stellungnahmen nach Produkt

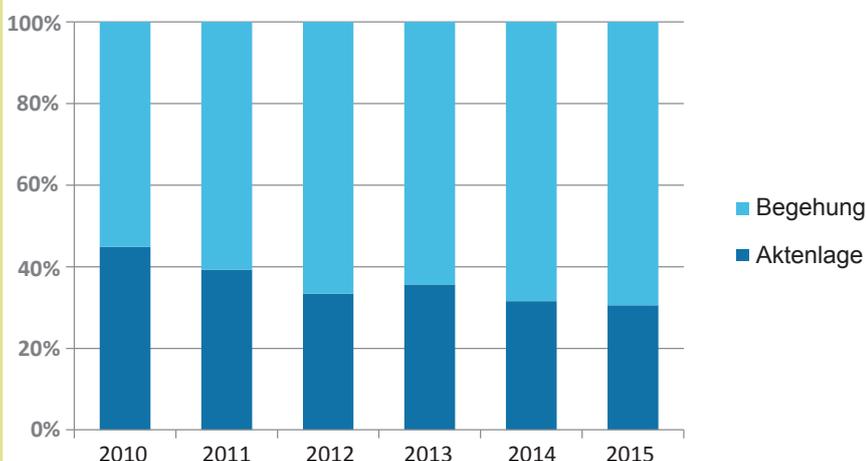


Der Produktanteil an Krankenhaus-Begehungen hat sich 2015 noch einmal geringfügig erhöht. Ähnlich wie im Vorjahr sind auf diese Weise 70 % der erstellten Gutachten erledigt worden.

Außerdem:

Von Mitte 2011 bis 2012 lag der Bestand offener Fälle auf hohem Niveau. Nachdem zwei Jahre lang offene Aufträge abgebaut werden konnten, brachte 2015 einen erneuten Anstieg mit sich. Um eine Trendwende zu erreichen, werden interne Prozesse detailliert auf den Prüfstand gestellt. Einzelne Maßnahmen greifen bereits. Trotz operativer Prozessveränderungen, Umschichtungen und zeitlicher Einsparungen ist ein weiterer Personalbedarf abzusehen.

### Entwicklung der Produktanteile, 2010 - 2015



(Fortsetzung von Seite 16)

### Weiterhin viele Strukturprüfungen in Kliniken

Neben den üblichen Einzelfallbegutachtungen betrauten die Krankenkassen den MDK Nord 2015 zunehmend mit anspruchsvollen Strukturprüfungen in Kliniken. Dabei prüfen die Gutachter, ob und wie die Kliniken vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebene medizinische und personelle Standards für bestimmte Leistungen erfüllen. Nach intensiven Strukturprüfungen in Schleswig-Holstein im Vorjahr, in denen ein Gutachter-Team elf Kliniken nach der Qualitätsrichtlinie des G-BA für Früh- und Reifgeborene geprüft hatte, folgte 2015 der nächste Großauftrag: die Überprüfung der „aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein und Hamburg. Diese Komplexbehandlung wurde 2015 erstmalig für das DRG-System relevant. Vor dem Hintergrund der Diskussion um Extremkostenfälle hatte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) diesen Code neu etabliert, um gezielt hochaufwendige Intensivbehandlungen kostengerecht abzubilden.

Im Extremkostenbericht formuliert das InEK, dass diese Komplexbehandlung gezielt für Maximalversorger geschaffen wurde, um Vergütungsgerechtigkeit zwischen Maximalversorgern und Nicht-Maximalversorgern herzustellen. In dieser Komplexbehandlung sind als Besonderheit sehr viele Mindestvoraussetzungen zur Strukturqualität verankert. Sie zielt auf die speziellen Bedürfnisse der Versorgung schwerstkranker Intensivpatienten in Maximalkliniken. Umso überraschender war es, dass eine Auswertung der Kostenträger Anfang 2015 ergab, dass in Schleswig-Holstein insgesamt 16 Kliniken diesen Code bereits im laufenden Jahr 2015 abgerechnet hatten. Ein vergleichbares Bild ergab sich in Hamburg. Auch dort machten 16 Kliniken die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung geltend.

Dabei stellten sich vor allem die Fragen, ob es wirklich so viele Kliniken gibt, die die intensivmedizinischen Strukturvoraussetzungen eines Maximalversorgers erfüllen oder ob Strukturvoraussetzungen möglicherweise missachtet worden sind. Deshalb verwundert es nicht, dass die Landesverbände der Krankenkassen den MDK Nord mit einer Strukturprüfung aller 32 Kliniken in Hamburg und in Schleswig-Holstein beauftragt haben.

In Schleswig-Holstein konnten die MDK-Gutachter bereits alle Kliniken im Jahr 2015 prüfen. Wie von der Neonatologie-Prüfung gewohnt, war die Zusammenarbeit wieder sehr konstruktiv und die Begehungen von den Kliniken sehr professionell vorbereitet.

## MDK soll Klinik-Qualität sichern

**Intensiv und kontrovers ist das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) im vergangenen Jahr diskutiert worden. Anfang 2016 ist es in Kraft getreten. Ein Baustein des Gesetzes ist Qualität, die die Medizinischen Dienste sichern sollen. Drei Aufgabenfelder sieht das KHSKG vor. Außerdem bekommen die MDK neue Auftraggeber neben den Kranken- und Pflegekassen.**



Wie die MDK zukünftig an der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich beteiligt sein werden, steht noch nicht im Detail fest. Unstrittig ist aber, dass ein umfassender Qualitätswettbewerb mit möglichen weitreichenden Auswirkungen kontrolliert werden muss. Klar ist, dass das KHSKG drei neue Aufgaben für den MDK vorsieht:

- Der MDK soll zukünftig Qualitätsvorgaben des G-BA auf Einhaltung in Kliniken überprüfen. Diese Qualitätsvorgaben beziehen sich auf Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität sowie auf die Indikationsqualität. Die entsprechenden Qualitätsindikatoren sind noch durch das neue Qualitätsinstitut des G-BA zu erstellen. Für Aufregung im Vorwege sorgten unangekündigte MDK-Überprüfungen, die das KHSKG ebenfalls vorsieht. Hierzu wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch eine Verfahrensvorgabe erstellen und Anhaltspunkte für begründete Kontrollen nennen. Noch ist unklar, wie hoch- oder niedrigschwellig diese ausfallen werden.
- Der MDK soll zukünftig die Dokumentation der Externen Qualitätssicherung (EQS) überprüfen. Diese Dokumentation erfolgt durch die Kliniken selbst. Da die Ergebnisse der EQS jedoch zukünftig für Zu- und Abschläge im Sinne von „pay for performance“ (P4P) erlösrelevant werden, ist auch hier eine Kontrolle der Dokumentation erforderlich. Eine Besonderheit der bisherigen EQS-Ergebnisse besteht darin, dass überwiegend sehr gute Qualitätsergebnisse herauskommen. Es ist daher nachvollziehbar, dass der G-BA neben besonders schlechten EQS-Ergebnissen auch besonders gute Qualitätsergebnisse als Auffälligkeit definiert, die eine MDK-Überprüfung auslösen können.



- Der MDK soll zukünftig Qualitätsvorgaben der Länder für Kliniken überprüfen. Dies setzt allerdings voraus, dass landeseigene Qualitätsvorgaben im Landeskrankenhausgesetz verankert sind. In Hamburg ist dies bereits der Fall, in Schleswig-Holstein sind diese noch nicht implementiert.

Durch das KHSG hat der MDK Nord zusätzliche Auftraggeber erhalten: Zukünftig sollen auch „Organisationsstrukturen der Qualitätssicherung“ und „QS-Lenkungsgremien auf Landesebene“ den MDK mit Qualitätsprüfungen beauftragen können. Näheres hierzu hat der G-BA noch auszuarbeiten. Das Bemerkenswerte hierbei ist, dass der MDK damit weitere Auftraggeber außerhalb der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung haben wird. Dies unterstreicht die Unabhängigkeit und Neutralität des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Das KHSG ist die größte Krankenhausreform seit Einführung der DRG in Deutschland. In vielen Bereichen sind jedoch erst Arbeitsaufträge – besonders an den G-BA – erteilt, sodass viele Details noch in den kommenden zwei Jahren abgewartet werden müssen. In Anbetracht der Dimension des angestrebten Qualitätswettbewerbs werden sich spürbare Veränderungen wohl erst über mehrere Jahre langsam entwickeln. Der MDK Nord nimmt die neue Herausforderung von zukünftigen Qualitätsprüfungen gerne an und sieht sich hierfür gut gerüstet. Aufgrund langjähriger Erfahrung durch Krankenhausbegehungen sowie diverse Strukturqualitätsprüfungen der letzten Jahre verfügt die Abteilung Stationäre Versorgung über entsprechende Erfahrung.

Dr. Andreas Krokotsch

Dabei haben die Strukturprüfungen gezeigt, dass viele Kliniken die erforderlichen Strukturen sehr gewissenhaft organisiert und geplant haben. Teilweise konnten in anderen Kliniken für diesen OPS-Kode erforderliche Strukturen aber nicht bestätigt werden. Durch die MDK-Prüfungen bekommen Kliniken, die die Vorgaben noch nicht erfüllen, wertvolle Impulse für eine Verbesserung der Behandlungsqualität. In Hamburg sind die Termine im Jahr 2016 für die Strukturprüfungen mit den Kliniken terminiert und stehen unmittelbar bevor.

### Strukturmerkmale nicht eindeutig

Die bislang erfolgten Strukturprüfungen haben außerdem gezeigt, dass einige Strukturmerkmale durch den G-BA bislang nicht eindeutig formuliert sind. So lautet eine Strukturvorgabe für den OPS-Kode „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“, dass „innerhalb von 30 Minuten eine Blutbank im Krankenhaus verfügbar“ sein muss. Doch der Begriff „Blutbank“ ist in der Medizin kein feststehender Begriff. Ohne jeden Zweifel erfüllt eine hauseigene Abteilung für Transfusionsmedizin die Voraussetzungen einer Blutbank, wenn sie nicht nur einen Empfängerbereich, sondern auch einen Spenderbereich vorhält, wenn sie die erforderlichen Blutkomponenten herstellt, die notwendigen Blutgruppen bestimmt und die Verträglichkeit untersucht. An Universitätskliniken ist dies die Regel. Aber auch ohne hausinterne Abteilung für Transfusionsmedizin, die all diese Merkmale erfüllt, können Organisationsformen geschaffen werden, die zumindest binnen 30 Minuten alle notwendigen Blutprodukte sicherstellen. Fraglich ist jedoch, ob das mit den Leistungen einer Blutbank wirklich gemeint ist.

Zu Beginn dieses Jahres wurde der OPS-Komplexcode „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ geändert: Nun müssen einige diesbezügliche Strukturvoraussetzungen, wie die radiologische Diagnostik durch CT oder MRT „im eigenen Klinikum“, erfüllt werden. Leider kann auch diese Formulierung ganz unterschiedlich ausgelegt werden. Wenn eine Klinik über eine eigene Fachabteilung für Radiologie verfügt und die Untersuchung am selben Standort im selben Gebäude leistet, in dem auch der Patient intensivmedizinisch versorgt wird, ist diese Strukturvoraussetzung ohne jeden Zweifel erfüllt. Ist dieses Strukturmerkmal aber auch zu bestätigen, wenn eine radiologische Praxis auf dem Gelände oder im Hause der Klinik diese Leistungen für die Klinik erbringt? Auch mit medizinischem Sachverstand lässt sich nicht jede Strukturvorgabe eindeutig beurteilen.

(Fortsetzung Seite 20)

(Fortsetzung von Seite 19)

Der MDK kann in solchen Fällen lediglich die tatsächlich vorgehaltene Struktur in der Klinik beschreiben und die mögliche medizinische Bandbreite an Auslegungen darlegen. Die abschließende Beurteilung müssen dann die Krankenkassen leistungsrechtlich vornehmen. Aus solchen Problemstellungen können alle Akteure nur lernen. Eindeutige Definitionen von Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität sind wichtig, damit bei zukünftigen MDK-Qualitätskontrollen in Kliniken Konflikte um unscharfe Formulierungen vermieden werden. Je eindeutiger die Qualitätsmerkmale und die Verfahren definiert sind, desto reibungsloser können Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen erfolgen und einen sinnvollen Beitrag zur Qualitätssicherung entfalten. Vor diesem Hintergrund hat die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 (SEG 4) der MDK-Gemeinschaft auf Anregung des MDK Nord eine Unterarbeitsgruppe eingerichtet, die zunächst unklare Strukturmerkmale erkennen und sammeln soll. So kann eine Grundlage für eine Rückmeldung an die Entscheidungsträger auf Bundesebene geschaffen werden.

#### **PKMS-Gutachterinnen neu im Team**

Zum ersten Mal hat der MDK Nord im Jahr 2015 nicht nur Ärzte sondern auch Pflegefachgutachter in der Stationären Abteilung eingesetzt. Ausgangspunkt war das Projekt „Pflegekomplexmaßnahmen-score (PKMS)-Begutachtung“, das erfolgreich beendet und in den Regelbetrieb übernommen worden ist. Die insgesamt drei Kolleginnen an den Standorten Hamburg, Kiel und Lübeck verfügen über besonderes Fachwissen, um spezielle Pflegeleistungen bei Krankenhauspatienten zu beurteilen. Dabei war es eine besondere Herausforderung, die Begutachtung des PKMS durch Pflegefachgutachter und von DRG-Sachfragen durch ärztliche Gutachter zusammenzufassen. Am Ende muss eine eindeutige, widerspruchsfreie Aussage beider Gutachter zu einem Fall stehen. Diese Herausforderung konnte die Abteilung erfolgreich lösen.

#### **Neue Mitarbeiter dank attraktiver Aufgaben**

Zum Jahreswechsel war es geschafft: Erstmals konnten die im Stellenplan 2015 vorgesehenen Positionen vollständig besetzt werden. Wie jede Einrichtung im Gesundheitswesen ist auch der MDK Nord darauf angewiesen, qualifizierte Ärzte zu gewinnen. Die gute professionelle Arbeit der Kollegen der Abteilung hat dazu beigetragen, dass die unabhängige gutachterliche Tätigkeit in ihrer Berufsgruppe mittlerweile einen hohen Stellenwert hat und der MDK Nord sich dadurch über einen guten Zulauf freuen kann. Aufgrund ständig neuer Aufgaben, wie beispielsweise der geplanten Qualitätsprüfungen des MDK im Krankenhaus oder der PEPP-Einführung, muss die

Abteilung weiter wachsen. Zum Jahresbeginn 2016 hat sie aufgrund des Stellenbedarfs bei der Einzelfallbegutachtung und den Strukturqualitätsprüfungen acht zusätzliche Gutachterstellen erhalten. Auch diese gilt es, schnellstmöglich qualifiziert zu besetzen.

Dr. Andreas Krokotsch, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung

---

Fachbereich Psychiatrie

## **Aufwand durch PEPP erheblich erhöht**

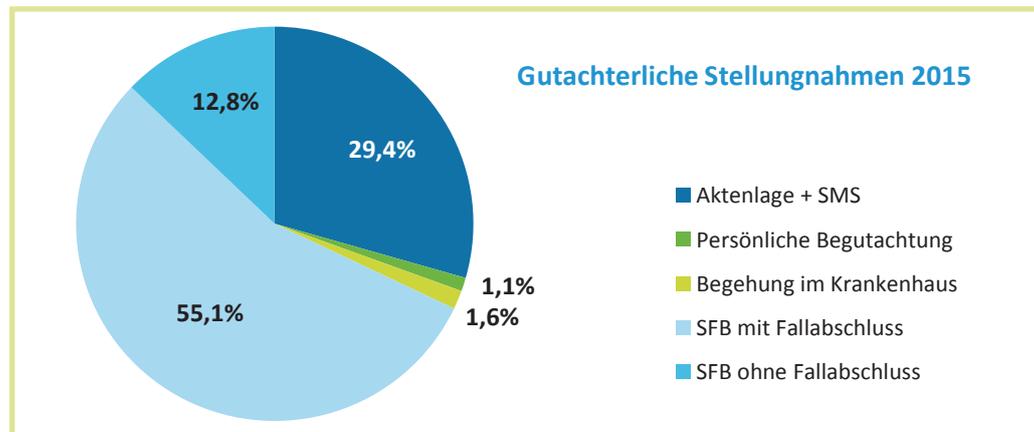
**Einzelfallprüfungen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhaus-Behandlungen werden immer aufwendiger. So hat sich 2015 der Aufwand für die Prüfung der Fälle erheblich erhöht, die bereits nach dem neuen PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) abgerechnet worden sind. Ein Grund dafür ist das komplexe PEPP-System. Die Zunahme von fast 2.000 versichertenbezogenen Gutachten des Fachbereiches im Vergleich zum Vorjahr ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass eine große Klinik bereits 2013 auf PEPP umgestellt hat und bis Ende 2015 weitere große Kliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg gefolgt sind.**

Während die MDK-Gutachter nach der zurzeit noch geltenden Bundespflegesatzverordnung allein die Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhaus-Behandlung – zunächst anhand des Entlassungsberichtes – zu prüfen haben, kommen mit PEPP nun weitere Fragen hinzu: nach Haupt- und Nebendiagnosen sowie den erbrachten Leistungen. Dazu müssen die Gutachter viel umfangreicheres Material prüfen als bisher und deutlich häufiger Einsicht in die komplette Patientenakte nehmen – was 2015 zu dem erheblichen Mehraufwand geführt hat.

#### **Systemfehler „Diagnose gleich Leistung“**

Hinzu kommt auch, dass das PEPP-System häufig automatisch eine „Diagnose“ mit einer „Behandlungsleistung“ gleichsetzt und damit eine höhere Vergütung auslöst. Problematisch wird das bei Diagnosen von Krankheiten, die zwar der Vollständigkeit halber erfasst werden, jedoch gar nicht Inhalt der zu prüfenden

## Zahlen der Abteilung Stationäre Versorgung, Begutachtung Psychiatrie und Psychotherapie



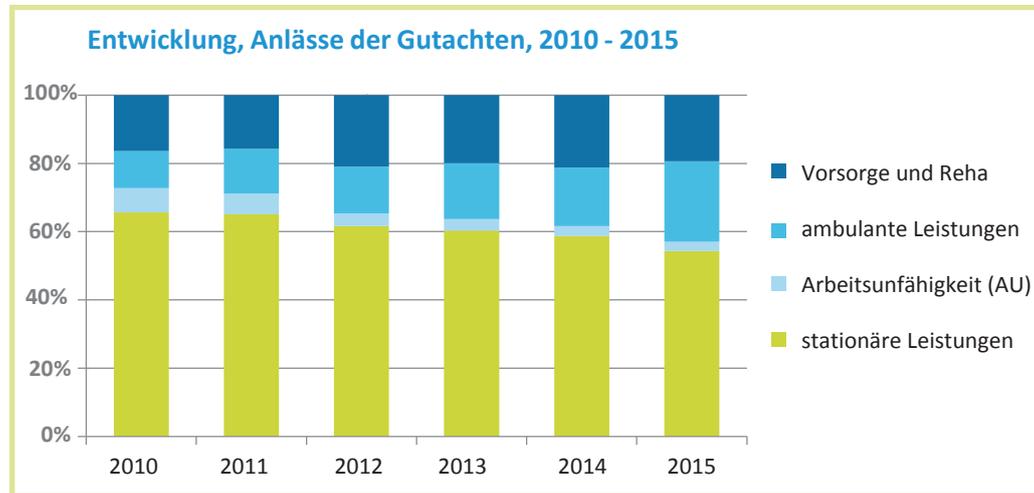
Der Fachbereich Psychiatrie hat im vergangenen Jahr **33.700** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen erstellt, **7 %** mehr als im Vorjahr. Fallabschließend sind davon **29.300** erledigt worden (inklusive Sondergutachten).

Mehr als **2.000** Fälle wurden im Vorfeld als interne Fallsteuerung vorgesichtet.

Zusätzlich sind **544** Stunden an Grundsatzberatung geleistet worden, 100 Stunden mehr als im Vorjahr.

Der Anteil der Gutachten nach Aktenlage und Kurzgutachten hat deutlich zugenommen: von 22 auf 29 %. Der Anteil der fallabschließenden SFB verringerte sich.

Mittelfristig zeigt sich die Zunahme von ambulanten Anlässen. Besonders die Fragen nach spezialisierten ambulanten Anlässen haben zu einer Steigerung in den vergangenen Jahren geführt.



Behandlung sind. Dieser Systemfehler hat ebenfalls zur Zunahme der Aufträge durch die Krankenkassen geführt. In vielen Einzelfällen mussten deshalb die Gutachter im vergangenen Jahr prüfen,

ob die Kliniken einen Mehraufwand durch die Behandlung der diagnostizierten Krankheit hatten. Allein in nur einer großen Klinik, die bereits umgestellt hat, hat sich 2015 das Auftragsvolumen mehr als verdoppelt.

Bei diesen Zahlen ist zu bedenken, dass seit dem Herbst 2015 sieben weitere Kliniken auf PEPP umgestiegen sind. Wann alle anderen Kliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg im Laufe dieses Jahres folgen, ist noch unklar. Das betrifft Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Anfang 2017 müssen nach aktuellem Kenntnisstand alle Kliniken das PEPP-System eingeführt haben. Dann ist die sogenannte Optionsphase ausgelaufen, innerhalb derer die Einrichtungen den Zeitpunkt des Umstiegs frei wählen

können. Es wird also in diesem und den kommenden Jahren noch viel mehr Arbeit auf den Fachbereich zukommen.

### Fachbereich erstmals vollbesetzt

Deshalb ist es sehr erfreulich, dass der MDK Nord im Jahr 2015 fünf vakante Stellen mit neuen Gutachtern für den Fachbereich besetzen konnte und damit seit Anfang Oktober 2015 mit 15 Mitarbeitern auf 14 Vollzeitstellen erstmals seit längerer Zeit vollbesetzt ist. Absehbar ist, dass der Fachbereich durch die bevorstehende, flächendeckende PEPP-Einführung auch in diesem Jahr weitere zusätzliche Gutachter benötigen wird, um den steigenden Prüfanforderungen gerecht zu werden.

Dr. Nico Bartsch, Fachbereichsleiter Psychiatrie



Dr. Nico Bartsch

# Fallbeispiel: Gute Vorauswahl sichert effiziente Begutachtung

Welche Einzelfälle sollte ich vom MDK überprüfen lassen, wenn ich Fehler in der Abrechnung vermute? Diese häufig geäußerte Frage von Krankenkassen-Mitarbeitern können die Fachbereiche des MDK Nord in Zusammenarbeit mit dem Controlling des Medizinischen Dienstes beantworten. Ein Beispiel aus dem Bereich Psychiatrie/Psychosomatik aus 2015 zeigt, wie Krankenkassen – und auch die Kliniken – von einer solchen Auswertung und Beratung profitieren können.

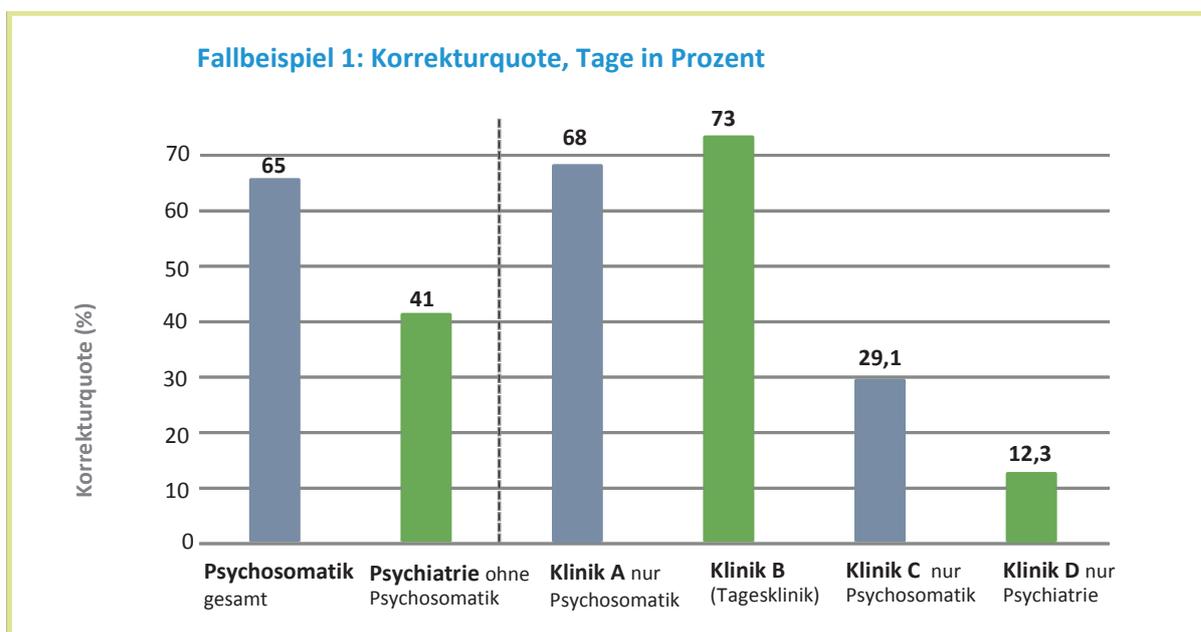
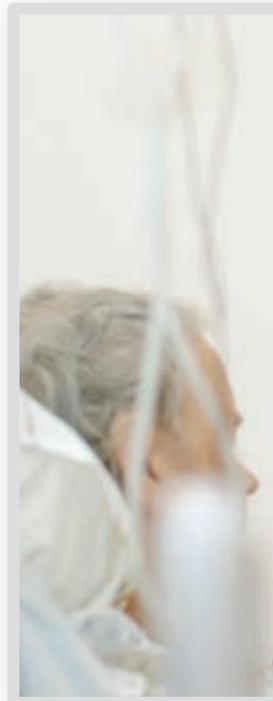
Dafür hat das MDK Nord-Controlling Ergebnisse aufbereitet, die aus Begutachtungen von Einzelfällen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen oder Kliniken in Hamburg stammen. (Für dieses Beispiel sind sie jedoch anonymisiert.) Ähnlich wie im DRG-Bereich kann das Controlling daraus, gemeinsam mit den ärztlichen Gutachtern, strukturelle Erkenntnisse gewinnen. Ziel ist es, den Krankenkassen dabei zu helfen, die richtigen Fälle in den richtigen Krankenhäusern und Abteilungen auszuwählen. Im Gegenzug sollen Fälle in unauffälligen Abteilungen nur in Ausnahmefällen geprüft werden, was wiederum die Krankenhäuser entlastet. Dafür wurden beim MDK Nord spezielle Software-Werkzeuge entwickelt, die Auswertungen auf verschiedensten Stufen zulassen, wie die Auswertung nach Diagnosen, nach Prozeduren, Krankenkassen, Krankenhäusern, Fachabteilungen und nach verschiedenen Kategorien psychischer Erkrankungen.

Im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik spielen bei den Ergebnissen zurzeit zwei Parameter eine besondere Rolle:

Die **Korrekturquote** ist der Anteil aller Gutachten, bei denen der Gutachter zu einem ablehnenden Ergebnis kommt. Ein Beispiel ist die Kürzung der Verweildauer oder eine sogenannte primäre Fehlbelegung.

Außerdem lässt sich die Empfehlung an die Krankenkasse zur relativen **Verweildauerkürzung** für alle Fälle berechnen. Hierbei wird die Anzahl der vom Gutachter gekürzten Tage in Bezug gesetzt zur Gesamtdauer des Aufenthaltes. Je höher der Anteil der gekürzten Tage ist, bei denen die medizinische Notwendigkeit aus der fachlich unabhängigen Sicht des MDK nicht bestätigt werden kann, desto eher sollte die Krankenkasse Fälle aus diesen Abteilungen prüfen.

Die Betrachtung der beiden Parameter „Korrekturquote“ und „Verweildauerkürzung“ lässt sich zum Beispiel über einzelne Kliniken oder auch Fachabteilungen vornehmen. Dadurch lassen sich gegebenenfalls strukturelle Defizite erkennen. Dies lässt sich mithilfe der Diagramme 1 und 2 gut demonstrieren: Man kann erkennen, dass – über alle Abteilungen hinweg - sowohl die relative Verweildauerkürzung als auch die Korrekturquote für die Fachabteilungen der Psychosomatik (graue Balken in den Abbildungen) deutlich höher sind als für die psychiatrischen Fachabteilungen (grüne Balken). Aber man erkennt auch bei differenzierter Betrachtung, dass es starke Unterschiede





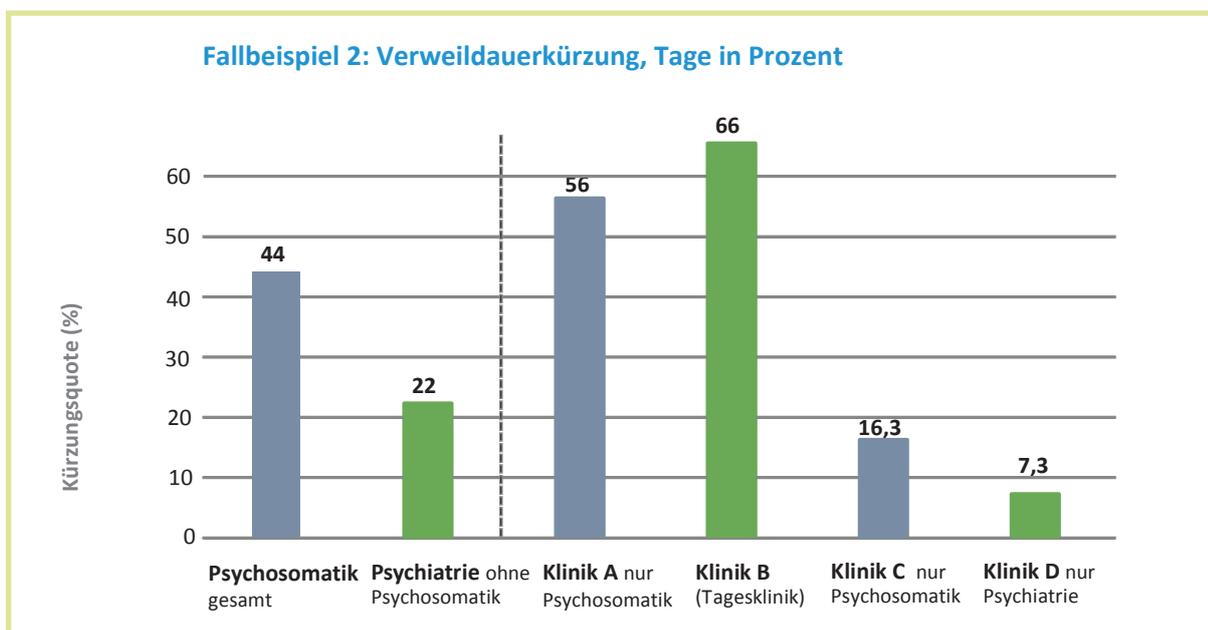
Unnötige Begutachtungen belasten Klinik und Klinikpersonal, die Behandlung und Pflege sicherstellen sollen. Eine gezielte Vorauswahl durch den MDK hilft, damit Krankenkassen nur kritische Fälle zur Prüfung beauftragen. So können auch die Kliniken aus unbeabsichtigten Fehlern lernen.

innerhalb der Psychosomatik oder der Psychiatrie gibt. Für die Psychosomatik der Klinik A ergibt sich auf Abteilungsebene bei der Korrekturquote nur ein geringer Unterschied im Vergleich zu der Gesamtheit aller psychosomatischen Fachabteilungen. Bei der relativen Verweildauerkürzung ist der Unterschied jedoch deutlich zu sehen. Bei der Psychosomatik der Klinik C ist sowohl die Korrekturquote als auch die Verweildauerkürzung deutlich geringer als im Durchschnitt aller Krankenhäuser. Hier läge die Empfehlung nahe, die Anzahl der Prüfungen eher einzuschränken. Ein Beispiel für ein psychiatrisches Krankenhaus mit wenig Auffälligkeiten ist Klinik D. Korrekturquote und Verweildauerkürzung liegen deutlich unter dem Durchschnitt der rein psychiatrischen Kliniken. Auch bei dieser Klinik wäre es

sinnvoll, weniger Prüfungen zu beauftragen. Zusätzlich wurde separat eine psychiatrische Tagesklinik (Klinik B) betrachtet. Hier findet man sowohl eine deutlich erhöhte Korrekturquote als auch erhöhte Verweildauerkürzungen im Vergleich zu den übrigen Fachabteilungen, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass hier ein konzeptionelles Problem vorliegt. Die Betrachtung der Einzelfälle hatte es in diesem Fall bestätigt: Das Konzept der Tagesklinik entspricht von seinem Ansatz eher dem einer Rehabilitationseinrichtung als dem einer tagesklinischen Krankenhausabteilung, und es finden sich hier vermehrt Behandlungsfälle, für die eine ambulante Versorgung ausreichend wäre.

Als Konsequenz daraus wird in diesem Beispiel den Krankenkassen in der Sozialmedizinischen Fallberatung empfohlen, Fälle in Kliniken A und B vermehrt auf primäre und sekundäre Fehlbelegung hin zu überprüfen. Umgekehrt soll, so der Rat des MDK Nord, bei Abteilungen, deren Fälle den Controllingdaten zufolge unterdurchschnittlich häufig zu Korrekturen durch die Gutachter führen – wie in den Kliniken C und D –, auch seltener geprüft werden. Anhand dieser Auswertbeispiele lässt sich zeigen, wie der MDK Nord seine Auftraggeber mit Informationen unterstützen kann, die sowohl bei der Fallsteuerung als auch bei Budgetverhandlungen von Nutzen sein können. Ziel ist es, die Fallauswahl weiter zu verbessern, um so den Verwaltungsaufwand zu reduzieren.

Dr. Dirk Melcher, Dr. Nico Bartsch, Dr. Bernhard van Treeck



## Online-Auskünfte machen Krankenkassen unabhängig

Durch das im MDK Nord entwickelte Auskunftsportal können sich die Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen so manchen Telefonanruf beim MDK sparen und können unabhängig von den MDK-Arbeitszeiten und der Erreichbarkeit ihre Aufträge bearbeiten. Wie zu erwarten sind die telefonischen Nachfragen 2015 damit auch spürbar zurückgegangen. Angerufen wird in der Regel nur noch, wenn etwas unklar ist.

Dieses Webportal hat der MDK Nord bereits 2012 aufgebaut und entwickelt es seitdem kontinuierlich weiter. Als erstes konnten Krankenkassen-Mitarbeiter 2013 den Bearbeitungsstand ihrer Aufträge für die Pflegeversicherung online einsehen. Wichtig ist hier zum Beispiel, ob es Gründe für Verzögerungen gegeben hat, wenn MDK-Gutachter die Antragsteller zu Hause nicht

angetroffen haben oder Termine abgesagt worden sind. Anschließend kamen im Jahr 2014 Begutachtungsfälle aus den Krankenhäusern hinzu. Mit der Aufnahme der ambulanten Aufträge in das Auskunftsportal verzeichnete der



Lutz Remshardt



MDK Nord schließlich im vergangenen Jahr den größten Anstieg der Nutzer auf mehr als 1.100.

### Vor Datenmissbrauch geschützt

Dabei setzt der Fachbereich Service auf die größtmögliche Sicherheit vor Missbrauch. Schließlich geht es um sensible Sozialdaten der Versicherten, die nur autorisierte Personen einsehen dürfen. Deshalb können sich als Nutzer auch ausschließlich Krankenkassen-Mitarbeiter mit ihrer beruflichen E-Mail-Adresse anmelden. Sie muss von MDK-Mitarbeitern geprüft und per Postbrief mit Zugangsberechtigung bestätigt werden. Dieses Verfahren, das mit dem

## Die Mischung macht's

Bei den einen ist es der frische Blick auf medizinische und pflegerische Fragestellungen, bei den anderen die große Routine in der Begutachtung: mit diesem Mix an Gutachter-Erfahrungen bereitet sich der MDK Nord auf seine immer neuen Aufgaben vor. Ende 2015 verzeichnete der Dienst mit 446 Mitarbeitern den bisher höchsten Personalstand in seiner Geschichte. Und der MDK Nord stellt weiter ein.

Im Verlauf von 2015 ist der MDK Nord um 16 Mitarbeiter gewachsen. Darunter ist ein Plus von mehr als zehn Prozent alleine bei den ärztlichen Gutachtern. Dabei ist es dem Fachbereich Personal und Finanzen nicht nur gelungen, die Abgänge aufgrund des Rentenalters im vergangenen Jahr aufzufangen. Es konnten sogar doppelt so viele Mitarbeiter eingestellt werden, wie gegangen sind.

Dabei konnte der MDK Nord bei den ärztlichen und pflegfachlichen Gutachtern auf eine gute Mischung der Altersgruppen und Erfahrungen setzen. Denn während

langjährige ärztliche Gutachter einen großen Erfahrungsschatz in der Begutachtung aufgebaut haben, erneuern jüngere Ärzte ständig den medizinischen Wissensstand in den Abteilungen. Beides wird sehr geschätzt. Außerdem bleiben jüngere Gutachter oft langjährig beim MDK und bauen damit den notwendigen Erfahrungsschatz auf; entsprechend gering ist die Fluktuation im MDK Nord. Der Anteil der ärztlichen Gutachter im Alter unter 39 Jahren hat sich binnen Jahresfrist von 5 Prozent auf 10 Prozent verdoppelt. Zurzeit sind 22 Prozent der Ärzte im MDK Nord im Alter zwischen 40 bis 49 Jahre alt. 52 Prozent sind im Alter zwischen 50 und 59.

### 119 aktive Arbeitszeitmodelle

Für den MDK Nord spricht bei den neuen Kollegen eine gute Work-Life-Balance, die sich vom Arbeitsalltag in Kliniken, Praxen und Pflegeeinrichtungen abhebt. Sowohl Beschäftigte mit dem Wunsch nach mehr Freizeit, als auch Mütter und Väter, fühlen sich durch die attraktiven Arbeitsbedingungen angesprochen. Sie sind im MDK weiterhin mit herausfordernden medizinischen und pflegerischen Fragestellungen befasst, können jedoch gleichzeitig ihr Berufsleben ohne Nacht-, Schicht- und Wochenenddienste familienfreundlicher gestalten. Das belegen auch die im MDK Nord derzeit aktiven 119 verschiedenen



Katja Zimmermann und Jacobus Meulenberg, Teamleiter Service im BBZ Hamburg, betreuen das Online-Auskunftsportal. Krankenkassen-Mitarbeiter können über eine Suchmaske (rechts) jederzeit aktuelle Informationen zu ihren Begutachtungsaufträgen einholen. Der Datenschutz wird von der Anmeldung des Mitarbeiters bis zur Abfrage der Informationen genau beachtet.



anfordern können. Als erstes werden es die Prüfanzeigen (inkl. der Telefaxversandprotokolle) aus der Krankenhausbegutachtung sein, später die kompletten MDK-Gutachten. Die Anforderung wird sehr einfach und komfortabel gestaltet sein, ohne dabei den Datenschutz aus dem Auge zu verlieren.

Dieses Auskunftsportal hat sich mittlerweile so bewährt, dass es rund die Hälfte aller Medizinischen Dienste in Deutschland einsetzen. Das hilft, gemeinsam mit den Krankenkassen die gesetzlichen Fristen immer im Blick zu behalten, damit die Versicherten möglichst schnell ihre Entscheidungen bekommen.

Lutz Remshardt, Fachbereichsleiter Service

internen Datenschutzbeauftragten abgestimmt ist, enthält damit Hürden, die ähnlich auch für eine Kontoeröffnung gelten.

Das gilt auch für die Daten selbst. Dabei muss der MDK Nord immer abwägen, wie er einen komfortablen Zugriff ermöglicht, dabei aber auf keinen Fall die

Datensicherheit gefährdet. Deshalb konnten die Nutzer bisher auch ausschließlich den Bearbeitungsstand abfragen und diesen über eine Funktion auch für die Ablage ausdrucken. In diesem Jahr wird sich das ändern: Dem Wunsch der Krankenkassen entsprechend, werden deren Mitarbeiter weitere Informationen auch selbst

Arbeitszeitmodelle, mit denen der Arbeitgeber eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten anbietet. Das kommt nicht nur jungen Müttern zugute.

Auch Mitarbeiter, die Angehörige pflegen, nutzen diese Möglichkeit, um ihren Arbeitsalltag anzupassen. So bevorzugen manche Teilzeit-Kollegen



Botho Müller

eine täglich reduzierte Arbeitszeit, während andere blockweise einige Tage voll arbeiten und andere Wochentage frei haben. Doch diese Flexibilität stellt auch eine Herausforderung für die Vorgesetzten und alle Teammitglieder dar, die Einsätze koordinieren müssen. Vor allem in den Abteilungen Pflegeversicherung und Stationäre Versorgung müssen die vereinbarten Begehungen und Termine

immer uneingeschränkt sichergestellt sein und dürfen durch die Teilzeitarbeit nicht gefährdet werden.

#### Weitere Einstellungen 2016

Durch mehrere Gesetzesänderungen hat die Politik im Jahr 2015 den Medizinischen Diensten weitere Aufgaben übertragen. Sie führen 2016 dazu, dass der MDK Nord in weiter verstärktem Maße ärztliche und pflegefachliche Gutachter einstellen wird, um seine gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen. Der Verwaltungsrat des MDK Nord hat dafür in mehreren Schritten mehr als 40 zusätzliche Stellen gegenüber 2015 bewilligt; sodass zahlreiche neue Mitarbeiter im Laufe von 2016 die Teams verstärken werden. Darin enthalten sind neben den Gutachtern auch zusätzliche Servicekräfte, die ebenso wichtig sind, um die Vielzahl der Begutachtungsaufträge in Schleswig-Holstein und Hamburg täglich passgenau vor- und nachzubereiten.

Botho Müller, Fachbereichsleiter Personal und Finanzen

## Mehr Gutachter, mehr Aufträge, mehr Aufgaben

**Die Abteilung konnte 2015 fast alle offenen Stellen nachbesetzen. Dies war auch notwendig bei weiterhin hoher Nachfrage nach Begutachtungen: Für 2015 ist ein Plus von fast 10.000 Stellungnahmen zu verzeichnen. Mit großem Einsatz konnten die Gutachter der Abteilung Ambulante Versorgung diese zusätzlichen Aufträge fristgerecht begutachten. In diesem Jahr wird die Abteilung in den elektronischen Datenaustausch mit den Krankenkassen einsteigen, um die Abläufe weiter zu vereinfachen. Außerdem steht ein weiteres Begutachtungsfeld ins Haus.**

Begutachtungen zur Arbeitsunfähigkeit haben auch 2015 die meisten Aufträge der Krankenkassen ausgemacht. Es waren rund die Hälfte aller Aufträge der Abteilung und sogar noch etwas mehr als im Jahr zuvor. Die andere Hälfte konzentrierte sich vor allem auf Fragestellungen zu Vorsorge/Rehabilitation, zu Hilfsmitteln und zu ambulanten Leistungen wie der häuslichen Krankenpflege.

Zusätzlich waren die Gutachter auch in die abteilungsübergreifende Bearbeitung von Krankenhausfällen eingebunden. Hierbei handelt es sich in der Regel um Fragen zu Neuen Untersuchung- und Behandlungsmethoden beziehungsweise zur Indikation von kostenintensiven Therapiemethoden, zum Beispiel den abgerechneten Zusatzentgelten. Hinzu kommen stationäre Indikationsfragen zu plastischen Operationen, inwieweit diese medizinisch begründet oder kosmetischer Natur waren. Die nachträgliche Betrachtung solcher stationären Fälle ist aufwendig: Bei bereits operierten Versicherten kann eine Begutachtung nur nach Aktenlage unter Sichtung einer präoperativen Fotodokumentation erfolgen. Die Beschaffung erweist sich oft als mühsam.

Im Fokus der Anstrengungen stand 2015 weiterhin die Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Fristen, besonders denen des 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes. Dabei galt es, auch die anderen Begutachtungen nicht aus den Augen zu verlieren. Denn weitere Fristvorgaben gibt es unter anderem bei der Rehabilitation und den Heilmitteln. Aber auch ohne Fristen wird ein Großteil der Aufträge von den Gutachtern zeitnah

erledigt, beziehungsweise deren Erledigung wird von außen zeitnah erwartet, weil damit konkrete Versorgungen oder Leistungen für Versicherte verbunden sind. Tagesgleich erledigt werden beispielsweise Anträge auf Versorgung in einem Hospiz oder spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Anschlussrehabilitationen und häusliche Intensivpflege. Die dabei 2015 fortgesetzt geringen Laufzeiten sind erfreulich.

Besonderes Augenmerk wird allerdings in der Zukunft darauf liegen, dass die Gutachter sich in dieser andauernd hohen Leistungssituation nicht überlasten. Auch darf die Qualität der Begutachtung unter dem hohen Auftragsvolumen nicht leiden. Deshalb ist eine angemessene Zeit für die Bearbeitung erforderlich.

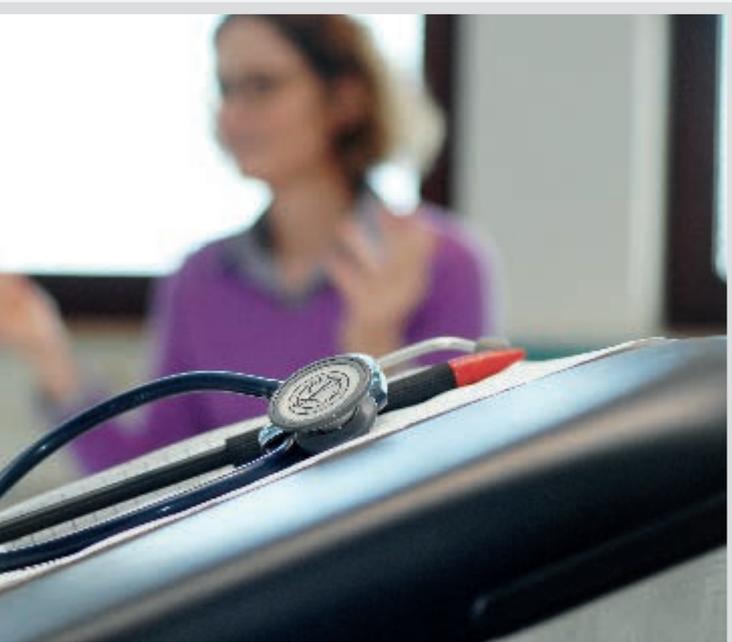


Dr. Barbara Mörchen



### Ende 2015 nahezu vollbesetzt

Erfreulich ist, dass die Abteilung Ende 2015 nahezu voll besetzt werden konnte. Dabei fällt auf, dass das Interesse, sich für diese Abteilung zu bewerben, bei Medizinern fortgesetzt hoch ist – trotz der großen Nachfrage nach Ärzten auch außerhalb des MDK. Zum MDK Nord sind in den vergangenen Jahren niedergelassene Fachärzte gekommen, ebenso wie deren Kollegen aus Krankenhäusern sowie aus anderen sozialmedizinischen Berufsfeldern wie Rehabilitationseinrichtungen. Mit der Einstellung sind die neuen Mitarbeiter 2015 jedoch noch nicht sofort in vollem Umfang einsatzbereit gewesen. Zusätzlich zur medizinischen Qualifikation, die sie mitbringen, muss die sozialmedizinische Begutachtung erst noch erlernt werden. Eine Einarbeitung, die pro Aufgabengebiet in der Regel mehrere Monate dauert. Positiv war und ist, dass der



fachliche und persönliche Input der neu eingestellten Kollegen „frischen Wind“ in die Abteilung bringt. Der „Fels in der Brandung“ sind die erfahrenen Kollegen, ihnen gebührt ein großes Lob, weil sie neben ihrer täglichen Arbeit den zusätzlichen Aufwand der Einarbeitung meistern.

#### **Ende des Umschlagverfahrens wird vorbereitet**

Bei dem genannten Auftragszuwachs ist aufgefallen, dass 2015 die Gutachter verstärkt damit beschäftigt waren, Sozialdaten anzufordern oder sogenannte „weitere Ermittlungen“ zu den Einzelfällen bei den Krankenkassen in Auftrag zu geben. Das bedeutet, dass seit dem zweiten Quartal mehr als 20 Prozent der Fälle nicht bearbeitungsreif waren, weil Unterlagen oder Angaben fehlten. Im vierten Quartal war es ein Viertel aller Aufträge. Ein möglicher Grund dafür könnte ein Problem mit dem sogenannten „Umschlagverfahren“ gewesen sein.

Dieses Verfahren funktioniert wie folgt: Um Fälle vorzubereiten, die die Krankenkassen der Ambulanten Abteilung zur Begutachtung vorlegen, müssen in der Regel medizinische Unterlagen angefordert werden. Zur Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes und im Sinne einer zeitnahen Bearbeitung gilt hierfür bisher, dass auch die Krankenkassen



Dr. Martina Schwab bei der Persönlichen Begutachtung eines Versicherten im BBZ Hamburg. Als ärztliche Gutachterin prüft sie im Auftrag der Krankenkasse aus rein medizinischer Sicht, in diesem Fall die motorischen Fähigkeiten des Versicherten.

Unterlagen zu Händen des MDK anfordern können. Die Unterlagen werden dann vom Leistungserbringer (wie den Vertragsärzten) entweder direkt dem MDK übersandt oder im verschlossenen Umschlag der Krankenkasse zur Weiterleitung übermittelt. Letzteres ist das sogenannte „Umschlagverfahren“. Hierbei werden die angeforderten Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag mit dem Hinweis an die Krankenkasse gesandt, dass die Unterlagen nur für den MDK bestimmt und von diesem zu öffnen sind.

Die Weiterleitung von Unterlagen über die Krankenkassen zum MDK im Rahmen des Umschlagverfahrens wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) jedoch als problematisch angesehen. Im November 2014 teilte sie ihre geänderte Rechtsauffassung mit: künftig seien die angeforderten Auskünfte nur noch unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übersenden. Dieses Anliegen der BfDI schlug sich in einer Änderung des Satz 2 des § 276 SGB V nieder, die mit Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes umgesetzt wurde.

#### **BfDI toleriert Umschlagverfahren bis Ende 2016**

Die Umstellung des Verfahrens wurde von der BfDI zunächst kurzfristig gefordert. Eine solche kurzfristige Umsetzung wurde von Krankenkassen und MDK aber als nicht möglich angesehen, weil hierzu umfangreiche Vorarbeiten notwendig sind, vor allem die Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur bei den MDK. Außerdem muss ein Informationsverfahren zwischen

Die Abteilung **Ambulante Versorgung** deckt alle versichertenbezogenen Beratungen und Begutachtungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) außerhalb der Krankenhausleistungen ab.

- 56 Gutachter: Fachärzte fast aller Fachrichtungen
- 4 nichtärztliche Gutachter: Orthopädietechniker und Orthopädie-Schuhmacher im Begutachtungsgebiet Hilfsmittel
- 229.000 versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen

(Stand Ende 2015)

Krankenkassen und MDK über angeforderte und erhaltene Unterlagen erst eingerichtet werden. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus MDK, MDS, GKV-Spitzenverband und Kassenartenverbänden, erarbeitete einen Lösungsansatz für eine Umstellung. Hieran war der MDK Nord, vertreten durch die Abteilungsleitung Ambulante Versorgung und den Fachbereichsleiter Service, maßgeblich beteiligt.

Die von der Arbeitsgruppe empfohlene frühestmögliche Umstellung des Verfahrens ab dem 1. Januar 2017 fand die Zustimmung der BfDI. Grundsätzlich sollte damit das Umschlagverfahren bis Ende 2016 geduldet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verweigerte jedoch die Umsetzung dieser Empfehlung. Sie informierte die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der Länder, dass Unterlagen der Vertragsärzte ab sofort nur noch direkt an den MDK zu senden seien. Dadurch entstanden Missverständnisse und unnötiger Verwaltungsaufwand durch Rückfragen niedergelassener Ärzte. Die daraus resultierende gehäufte Anforderung von Sozialdaten führte bei den Gutachtern zu einem Mehraufwand.

Auch eine weitere Information des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an die KBV blieb erfolglos. Das BMG hatte gebeten, die KBV möge ihre Bedenken zurückstellen und gegenüber den KV der Länder sowie den Vertragsärzten Empfehlungen entsprechend der Auffassung der BfDI aussprechen. Die KBV änderte ihre Auffassung jedoch nicht. Mit einer Arzt-Information auf seiner Website hat der MDK Nord deshalb den niedergelassenen Ärzten diese Problematik erläutert und auf den Umstellungstermin Anfang 2017 hingewiesen.

### **Erstmals Begutachtung von Bundesbeamten**

Noch in diesem Jahr bekommen die MDK ein weiteres neues Begutachtungsfeld: Sie unterstützen die obersten Bundesbehörden bei der Begutachtung der Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten. Es ist vorgesehen, dass der MDK – soweit die Erfüllung der sonstigen, dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden – Bundesbeamte ärztlich untersuchen und Gutachten erstellen kann. Nach den entsprechenden Vorbereitungen sollen die Medizinischen Dienste Mitte 2016 damit beginnen. Die Dienstunfähigkeit schließt die aus dem SGB V bekannte Arbeitsunfähigkeit wie

auch die aus dem SGB VI bekannte teilweise oder vollständige Erwerbsminderung ein. Unterschiedlich sind aber die rechtlichen Grundlagen: die Begutachtung der Beamten erfolgt nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes (BBG), während für die Arbeitsunfähigkeit die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses maßgeblich ist. In wie vielen Fällen der MDK Nord zur Begutachtung angefragt werden wird, ist nicht bekannt und somit eine Einschätzung der Arbeitsbelastung derzeit nicht möglich.

### **Elektronischer Datenaustausch beginnt**

Mit der Einführung des elektronischen Datenaustausches (DA) betritt die Abteilung in diesem Jahr ebenfalls Neuland. Er soll zum 1. Juli für den Fachbereich der Hilfsmittel beginnen, dabei werden von den Kassen erstmals elektronisch die Begutachtungsaufträge von Hilfsmittelfällen übermittelt. Auf gleichem Wege übersendet der MDK das Begutachtungsergebnis und das Gutachten. Ziel ist es, die Übermittlung von Aufträgen und Informationen zur Begutachtung zwischen MDK und Krankenkasse zu beschleunigen. Die Ausdehnung des DA auf andere Fachbereiche der Ambulanten Abteilung ist langfristig vorgesehen.

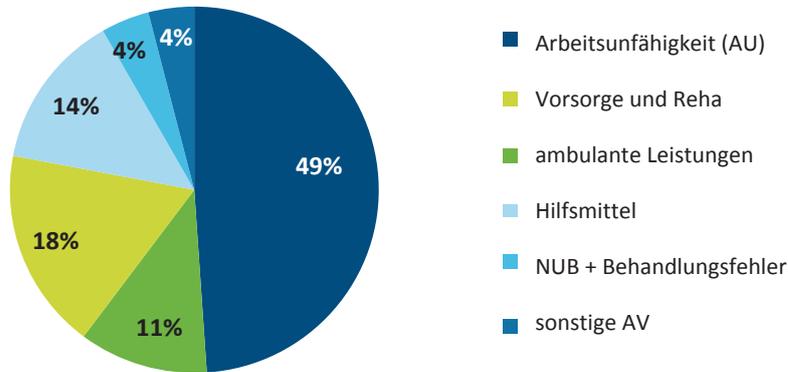
### **Fachöffentlichkeit ständig informieren**

Auch 2015 wurde der Dialog mit ärztlichen Kollegen und anderen Leistungserbringern fortgesetzt. Ein Beispiel: Bereits zum wiederholten Mal hat die Abteilung 2015 in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg eine Fortbildung zu den Themen Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit angeboten. Die andauernde Nachfrage danach ergibt sich daraus, dass vielen kurativ tätigen Kollegen die sozialmedizinischen Grundlagen ihrer Tätigkeit im Rahmen ihrer fachlichen Weiterbildung nicht vermittelt werden. Durch die praxisbezogenen Informationen können Missverständnisse ausgeräumt und eine bessere Akzeptanz für die Beurteilungen des MDK erreicht werden. Veranstaltungen wie diese verbessern so die Zusammenarbeit und senken den Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten.

Dr. Barbara Mörchen, Abteilungsleiterin Ambulante Versorgung

## Zahlen der Abteilung Ambulante Versorgung 1

### Gutachterliche Stellungnahmen nach Anlassgruppe

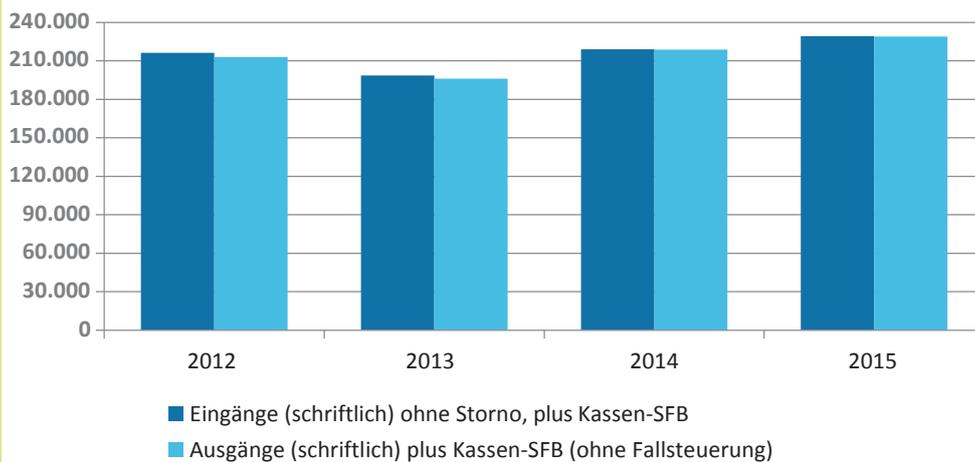


Insgesamt sind 2015 in der Abteilung Ambulante Versorgung **229.000** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen erstellt worden.

Rund **2.500** Fälle wurden im Vorfeld als interne Fallsteuerung vorgesichtet.

Darüber hinaus wurden **1.523** Stunden Grundsatzberatung (nicht versichertenbezogen) geleistet, vorwiegend im Bereich der Expertise.

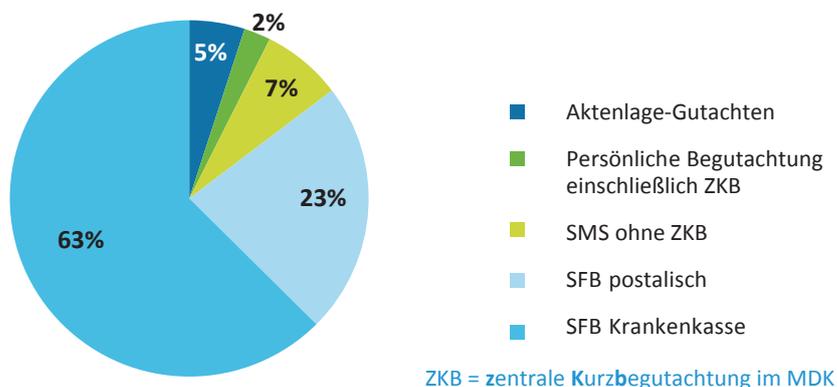
### Versichertenbezogene Ein- und Ausgänge, 2012 - 2015



Verglichen mit dem Vorjahr gab es einen Anstieg der schriftlichen (postalischen) Eingänge um **4 %**. Gerechnet inklusive Kassen-SFB vergrößerte sich das Volumen gegenüber dem Vorjahr um **4,6 %**.

Entsprechend nahm die Zahl der gutachterlichen Stellungnahmen gegenüber dem Vorjahr zu. Auch hier beträgt die Steigerung **4,6 %**.

### Gutachterliche Stellungnahmen nach Produkt



Der absolute Zuwachs an Fallzahlen von 2014 zu 2015 schlägt sich durch eine geringe Verlagerung innerhalb der Produkte nieder. Der Anteil der (aufwendigen) Gutachten bleibt unverändert; der Anteil der Sozialmedizinischen Stellungnahmen (SMS) sinkt geringfügig zugunsten des Anteils an Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB), postalisch sowie bei den Krankenkassen.

## Probate Pillen und passende Prothesen

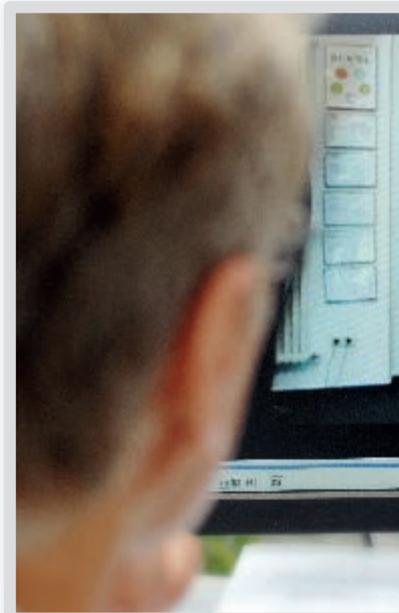
Ist der Rollstuhl angemessen, das neuartige Medikament zu empfehlen? Vor diesen Fragen stehen die Gutachter für Hilfsmittel und NUB (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Viele von ihnen arbeiten im BBZ Kiel, einem der zwei Beratungs- und Begutachtungszentren in Schleswig-Holstein. Dr. Jochen Thies steuert von Kiel aus die rund 31.600 Hilfsmittelfälle des MDK Nord, die er und seine Kollegen im vergangenen Jahr im Auftrag der Krankenkassen begutachtet haben. Wand an Wand mit seiner Kollegin Dr. Stephanie Kolhoff, die den Fachbereich NUB leitet. Insgesamt fast 70 Mitarbeiter sorgen vom BBZ Kiel aus für die Begutachtungen in der Mitte des Bundeslandes, im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich.

Bei den Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich dienen, gehe es immer um die zentrale Frage, ob und wie damit die Grundbedürfnisse, die auch ein Gesunder hat, erfüllt werden können, sagt der Chirurg und Fachbereichsleiter Dr. Thies, „nicht etwa ums Streckenschwimmen oder Bergsteigen“, betont er. Um das im Einzelfall festzustellen, reicht es nicht, wenn Dr. Thies nur das Krankheitsbild des Versicherten begutachtet. Zusätzlich muss er das genau passende Hilfsmittel empfehlen, das benötigt wird. Das kann eine bestimmte Prothese sein, ein Rollstuhl oder sonstige Geräte, die – immer wieder verbessert – auf den Markt gebracht werden. Bei rund 100.000 Hilfsmittel-Produkten ist der Überblick häufig nicht leicht. Mehr als 20 ärztliche Kollegen, zwei Orthopädie-Meister und ein Orthopädie-Techniker unterstützen ihn als Gutachter in dem Fachbereich.

Dabei begegnet Dr. Thies immer wieder Fällen wie dem des Rollstuhlfahrers, der mit einem bestimmten Elektro-Rollstuhlmodell gut zurecht kam, für den das Gerät aber dennoch ungeeignet war. Das Problem war, dass die Fußstützen nicht umzubauen waren. Das hätte der Versicherte aber zwingend gebraucht. Mit persönlichen Begutachtungen klären Dr. Thies und die Techniker solche Fragen dann gemeinsam mit den Versicherten, oft auch zu Hause. Denn häufig können sie erst entscheiden, wenn sie sehen, wie der Versicherte wohnt und wie ein Hilfsmittel in diesem Umfeld seine Behinderung ausgleichen kann.

### Persönliche Begutachtungen nur wenn nötig

Allerdings hat der technische Fortschritt viele persönliche Begutachtungen im Fachbereich Hilfsmittel mittlerweile überflüssig gemacht. Empfehlungen zu passenden Prothesen für das ganze Bein oder nach Teilamputationen zum Beispiel können die Gutachter heute viel besser anhand von Video-Dokumentationen treffen. Dafür zeigt der Versicherte sein Gangbild – also die Art, wie er sich damit bewegt – auf einem Parcours mit Schrägen und Treppen, gefilmt meistens in einem Sanitätshaus. Der Vorteil ist, dass der Versicherte dort verschiedene Prothesen anpassen und im Video im Vergleich zeigen kann. Und das ganz ohne „Prüfungsstress“ beim MDK.



Kontinuierliche Diabetes-Messgeräte (links), die über einen Klebe-Sensor im Gewebe messen, gelten als NUB. Die übliche Messung mittels eines Blutstropfens (rechts) ist bewährt und allgemein anerkannt. Dr. Stephanie Kolhoff (unten) hat Vor- und Nachteile von NUB zu bewerten.



Gruppenbild: Von den fast 70 Mitarbeitern im BBZ Kiel sind nie alle im Haus, sondern unterwegs zu Begutachtungsterminen in Schleswig-Holstein.





Video-Dokumentationen (oben) helfen Dr. Jochen Thies zu beurteilen, ob ein Versicherter mit einer Prothese aus medizinischer Sicht richtig versorgt ist. Prothesen mit Mikrochip-gesteuerten Kniegelenken (rechts) können mehr als 50.000 Euro kosten. Sie bieten mit jeder neuen Produktgeneration neue Funktionen. Zu prüfen ist, ob ein Versicherter diese im Alltag wirklich nutzen kann und darauf einen Anspruch hat.

„Oftmals muss ich aber auch Erwartungen von Versicherten dämpfen“, sagt Dr. Thies, „weil viele denken, dass sie einen Anspruch auf eine umfassende Wiederherstellung aller Fähigkeiten haben.“ Die gesetzliche Krankenversicherung sähe jedoch nur einen Ausgleich vor, die der medizinischen Rehabilitation des Versicherten dient. Die „soziale Teilhabe“ gehöre nicht zum Versorgungsauftrag, also zum Beispiel die Frage, ob ein Produkt, wie etwa eine Treppensteighilfe bei Rollstuhlabhängigkeit, auch dafür geeignet ist, jemanden im fünften Stock eines anderen Hauses zu besuchen.

### NUB für lebensbedrohliche Ausnahmen

Im Fachbereich Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) muss sich Dr. Stephanie Kolhoff ebenfalls regelmäßig durch viele Studien arbeiten. Sie begutachtet alles, was als Medikament oder Behandlungsform nicht oder noch nicht offiziell zugelassen ist. Empfohlen werden können diese NUB deshalb generell nur in schwerwiegenden, akuten und lebensbedrohlichen Ausnahmefällen. Also nur dann, wenn den Versicherten in einer Extremsituation damit möglicherweise geholfen werden kann. 2015 hatte sie rund 7.300 solcher Einzelfälle gemeinsam mit zwölf Kollegen im Fachbereich zu begutachten.

„Wenn wenige Daten vorliegen, dann müssen wir umso mehr recherchieren, Studien ansehen, Leitlinien zu Rate ziehen“, erklärt Dr. Kolhoff. „Wir müssen dabei immer die Risiken gegen die Vorteile abwägen“, sagt sie, „das kann ‚kurzfristige Erfolge‘ gegen mögliche ‚Spätfolgen‘ bedeuten.“ Noch schwieriger werde es, wenn eine Krankheit auch noch selten und damit schlecht erforscht ist.



In allen diesen Fällen müssen Dr. Kolhoff und ihre Kollegen am Ende immer im Einzelfall medizinisch hinterfragen, wie groß die Chance ist, dass ein vom behandelnden Arzt verordnetes, wenig erprobtes und nicht zugelassenes Medikament dem Versicherten in seinem kritischen Gesundheitszustand hilft. Anders als viele behandelnden Ärzte prüft Dr. Kolhoff als Gutachterin zusätzlich noch die rechtliche Situation, um der Krankenkasse alle Grundlagen für eine Leistungsentscheidung zu bieten.

Als Beispiel aus der Begutachtungspraxis nennt Dr. Kolhoff die „kontinuierlichen Glukose-Messgeräte“ (CGM), die viele Diabetiker bei ihrer Krankenkasse beantragen. Diese Geräte messen den Blutzuckergehalt im Gewebe statt im Blut. Die Daten werden von außen über einen Scanner erfasst und ausgewertet. Durch diese Messung seien die CGM eine Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode und rechtlich nur im Einzelfall zu empfehlen. Also nur dann, wenn der Versicherte in einer akuten, lebensbedrohlichen Situation sei und nur dieses Gerät eine Unterzuckerung mit schweren Folgen verhindern könne, schildert Dr. Kolhoff. „Das Argument, dass es praktischer sei als die Blutzuckermessung wie üblich an einem Blutstropfen reicht hier nicht aus.“

Jan Gömer, Pressesprecher



# Notwendiger Eingriff statt Schönheits-OP

Immer mehr Versicherte wollen sich operieren lassen, um ihr Äußeres zu verändern oder um drastisch an Körpergewicht zu verlieren. Deshalb nimmt auch die Zahl solcher Begutachtungsaufträge an den MDK Nord seit Jahren kontinuierlich zu. Im Vergleich zu 2010 hatten die Gutachter Ende 2015 ein Viertel mehr Fälle zu bearbeiten. Auffällig ist, wie häufig Versicherten und ihren behandelnden Ärzten unklar ist, unter welchen Bedingungen solche chirurgischen Eingriffe eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

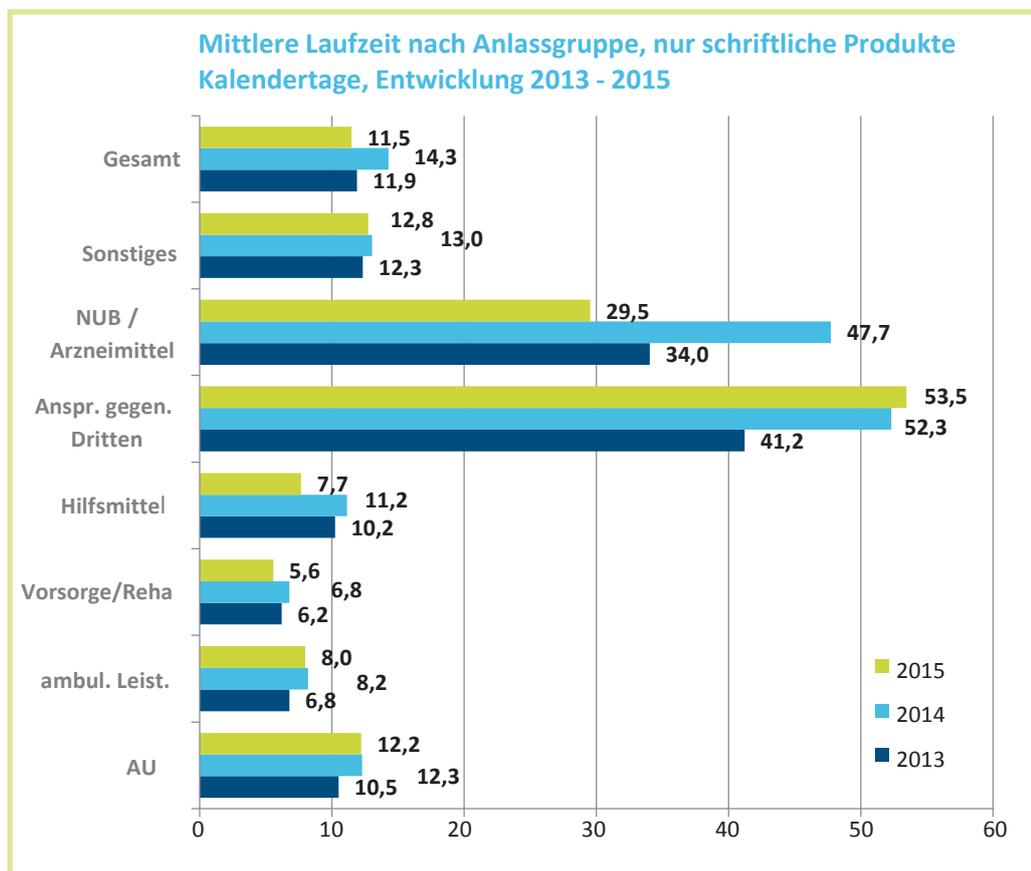
Wegen der ständig steigenden Fallzahlen hatte die Abteilung Ambulante Versorgung den Fachbereich „plastisch-bariatrische Operationen“ bereits 2010 eingeführt (bariatrische Chirurgie = Adipositas-Chirurgie). Ziel war es, in diesen beiden speziellen chirurgischen Bereichen eine fachlich einheitliche – und rationellere – Begutachtung zu liefern. Und die Entwicklung setzte sich wie erwartet fort. Während der Fachbereich im Jahr 2010 rund 4.700 Begutachtungen auswies, waren es 2015 schon rund 5.800. Das bedeutet ein Plus von rund 25 Prozent innerhalb von sechs Jahren.

Ein Grund dafür ist sicherlich, dass körperliche Makel zunehmend nicht mehr akzeptiert werden und

Schönheitsoperationen längst nicht mehr als anrühlich gelten. Dabei verkennen viele Versicherte, dass nicht jede körperliche Unregelmäßigkeit auch behandlungsbedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches ist. Um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu bekommen, muss entweder eine Funktionsstörung des Körpers oder eine Entstellung nachgewiesen werden können.

So muss zum Beispiel eine „Fettschürze“, also überschüssige Haut am Bauch, so ausgeprägt sein, dass sie die Bewegung stark einschränkt und damit eine Funktionsstörung verursacht. Erst dann kann eine Operation zur Straffung als medizinisch indiziert empfohlen werden. Auch eine zu große Brust dürfte nur dann

Zahlen der Abteilung Ambulante Versorgung 2



Die Gesamtlauzeit schriftlicher Produkte konnte die Abteilung Ambulante Versorgung in 2015 leicht verringern.

Nicht berücksichtigt sind hierbei die hohen Zahlen aus den SFB bei den Krankenkassen, die einer taggleichen Auftragserledigung entsprechen. Würden diese berücksichtigt, käme man in den entsprechenden Anlassgruppen auf teilweise deutlich geringere mittlere Laufzeiten.

Im Bereich der NUB/Arzneimittel ist die Besonderheit der verschiedenen gesetzlich festgelegten Fristen zu beachten: 3 Wochen in der Regel des Patientenrechte-Gesetzes, 9 Monate oder 4 Jahre bei stationären Fragen. Hierdurch sind starke Schwankungen der Laufzeiten möglich.



Schönheit mit Folgen:  
Wer sich piercen lässt,  
muss sich bei möglichen  
Komplikationen auch an  
den Behandlungskosten  
finanziell beteiligen. Das  
schreibt der Gesetzgeber  
vor. Viele Versicherte  
wissen das nicht.

auf Kosten der GKV verkleinert werden, wenn sie nachweislich zu starken Rückenschmerzen führt und eine unmittelbare Behandlung der Rückenschmerzen erfolglos geblieben ist. Wenig bekannt ist ebenso, dass dabei ein psychischer Leidensdruck in jedem Fall nicht grundsätzlich einen chirurgischen Eingriff begründet.

Denn hier ist immer zu bedenken, dass plastische Operationen vielfach einen Eingriff in ein gesundes Organ bedeuten. Sie sind in diesen Fällen „mittelbare“ Behandlungen. Und für solche Operationen gelten noch strengere Kriterien, als für eine Operation an einem erkrankten Organ, oder eine, die

einem Patienten im Notfall das Leben rettet und die damit „unmittelbare“ Behandlungen sind. Deshalb gilt hier, dass eine besondere Rechtfertigung für den Eingriff vorliegen muss, eine „Ultima Ratio“, dass also alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft oder nicht sinnvoll sind. Bei Operationen im Gesicht heißt das zum Beispiel, dass nicht das persönliche Empfinden gilt, entstellt zu sein. Ein Gesicht muss vielmehr objektiv gesehen so stark entstellt sein, dass sich die Person nicht frei in der Öffentlichkeit bewegen kann.

#### **Körperschmuck auf eigenes Risiko**

Nicht bedacht wird außerdem häufig, dass Versicherte bei Folgeschäden nach selbstgezahlten Eingriffen, etwa Brustimplantaten oder Piercings, nicht ausschließlich die GKV belasten dürfen. Laut Sozialgesetzbuch (§ 52 SGB V) sind sie „in angemessener Höhe“ an den Kosten von Folgebehandlungen zu beteiligen, weil sie die Probleme selbst mitverschuldet haben. Denn vor dem selbstgewählten kosmetischen Eingriff war ihr Körper in der Regel unversehrt.

Für die Begutachtung konnten sich die 14 Gutachter des Fachbereiches im vergangenen Jahr erstmals für plastisch-chirurgische Fragen auf einen „Begutachtungsfaden“ (vom Dezember 2014) stützen. Er bringt seitdem Sicherheit bei

Entscheidungen in oftmals strittigen Fällen, macht die Begutachtung bundesweit einheitlicher und auch transparenter für Krankenkassen-Mitarbeiter und Versicherte.

Der Leitfaden für die bariatrische Begutachtung von 2009 wird überarbeitet und noch in diesem Jahr verabschiedet. Er soll unter anderem Klarheit bei der Frage bringen, wie und wie häufig Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien von den Versicherten zu nutzen sind, bevor sie sich operieren lassen dürfen. Das war Versicherten und Ärzten bisher häufig unklar. Diese „konservativen“ Therapien genutzt zu haben, ist aber die Voraussetzung, damit ein so belastender Eingriff wie eine Magenverkleinerung überhaupt empfohlen werden darf.

Der neue Leitfaden „Bariatrische Chirurgie bei Erwachsenen“ wird 2016 diese wichtige Dokumentation der Antragsteller hoffentlich verbessern, damit jedem, der es benötigt, auch eine Operation als „Ultima Ratio“ in der Behandlung empfohlen werden kann.

Dr. Nils-Ole Wendler, Fachbereichsleiter  
plastisch-bariatrische Operationen



Dr. Nils-Ole Wendler

## Fatale Dosis, verhakte Kapsel

**Obwohl das deutsche Gesundheitssystem ein hohes, international anerkanntes Niveau hat, werden Behandlungsfehler gemacht: Während einer Operation, bei der Anamnese davor, der Wundbehandlung danach oder bei der Pflege. Mit oft fatalen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen, wie die Gutachter des MDK-Fachbereiches regelmäßig feststellen. Die Prüfung durch den MDK hilft Krankenkassen wie Versicherten, ihre Ansprüche durchzusetzen.**

Die Auswirkungen von Fehlern bei der medizinischen Versorgung sind oft besonders weitreichend und tragisch. Das zeigen drei Beispiele, bei denen der MDK Fehler festgestellt und die Verursacher bereits Geld an Versicherte und Krankenkassen gezahlt haben, um zumindest die finanziellen Schäden zu regulieren.

### Richtiges Medikament, falsche Dosierung mit fatalen Folgen

Im ersten Fall geht es um eine 16 Jahre alte Patientin einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie hatte während eines Freiganges offenbar in einem Selbstmordversuch rund 70 Tabletten des Schmerzmittels Paracetamol geschluckt. In der Notaufnahme einer Klinik bekam sie anschließend zwar das richtige Gegenmittel, dieses jedoch in zehnfacher Überdosierung. Ein schwerer Fehler. In der Folge erlitt die 16-Jährige ein Hirnödem (eine Schwellung des Gehirnes) sowie ein Nieren- und Leberversagen. Die junge Frau hat eine schwerste Hirnschädigung erlitten und ist in die höchste Pflegestufe eingruppiert. Welchen Anteil daran die Überdosierung und welchen die Paracetamol-Vergiftung gehabt hat, konnten auch die MDK-Gutachter auf Grund der Seltenheit einer solchen Fallkonstellation zwar wissenschaftlich nicht abschließend klären. Die Klinik einigte sich außergerichtlich auf die Zahlung von fast 900.000 Euro. Langwierige Gerichtsverfahren konnten damit vermieden werden.

Das Geld hat die gesetzliche Krankenversicherung bekommen, für die „erbrachte und noch zu erbringende“ Krankenversorgung der jungen Patientin. Damit trägt nun der Verursacher über einen langen Zeitraum die Kosten für die Behandlung. Stellvertretend für die 16-jährige Versicherte konnten die Eltern aufgrund des MDK-Gutachtens eine ebenfalls sechsstellige Schmerzensgeldzahlung erreichen.

### Vorgeschichte nicht beachtet

Geschädigt wurde im zweiten Fall ein 63 Jahre alter Mann, der mithilfe einer sogenannten „Kapselendoskopie“ untersucht werden sollte. Er litt an Anämie (Blutarmut), zunehmender Schwäche und Gewichtsverlust. Mit der Miniaturkapsel, die er

schlucken sollte, wollten die behandelnden Ärzte Filmaufnahmen von den Teilen des Dünndarmes bekommen, die mit der Routine-Endoskopie nicht erreicht werden können. Üblicherweise wird die Kapsel anschließend wieder ausgeschieden.

Die Kapsel blieb jedoch stecken, weil der Dünndarm verwachsen und eng war, und musste aufwendig operativ entfernt werden. Das Problem: Die behandelnden Ärzte hatten die Möglichkeit von Verwachsungen nicht angemessen in ihre Planung mit einbezogen, obwohl sie von diesem Problem aus der Vorgeschichte wussten. Denn dem Patienten war zehn Jahre zuvor aufgrund von Engstellen nach einer Strahlentherapie ein Teil des Dünndarmes operativ entfernt worden. Außerdem hätten sie den Dünndarm auch mit radiologischen Spezialverfahren von außen untersuchen können, um die Risiken einer Kapselendoskopie zu vermeiden. Über diese Risiken und die Alternativen hatten sie den Patienten zudem nicht angemessen aufgeklärt. Das Gutachten, das diese Fehler auflistet, führte zu einem Vergleich: Die Klinik (beziehungsweise ihre Versicherung) erstattete der Krankenkasse die kompletten zusätzlichen Kosten. Dem Geschädigten zahlte sie ein entsprechendes Schmerzensgeld.

### OP gelungen, Patient geschädigt

Dass eine Behandlung nicht mit der Operation endet, zeigt der dritte Fall eines 65 Jahre alten Patienten, dem eine Hüftgelenksprothese implantiert worden war. Während die Operation einwandfrei verlaufen war, erlitt er in der Folge eine Infektion, die noch als typisches Risiko einzustufen war. Der Behandlungsfehler bestand schließlich darin, dass das Klinikpersonal auf die Infektion fehlerhaft und verspätet reagierte. Erst dadurch wurde der Patient schwer geschädigt,



„Pillen-Kameras“ sind bewährt und liefern scharfe Bilder auch enger Darmwindungen für medizinische Untersuchungen. Behandler müssen jedoch sorgfältig abklären, ob die Kapsel steckenbleiben könnte. In einem Behandlungsfehler-Fall haben sie das versäumt. Der Versicherte musste operiert werden.



musste mehrmals operiert und auch auf der Intensivstation betreut werden. Dies wäre vermeidbar gewesen, wenn das „Komplikations-Management“ des Behandlungsteams funktioniert hätte. In diesem Fall war es unzureichend.

Die betroffene Klinik hat diesen Fehler aufgrund des MDK-Gutachtens eingesehen und sich mit der Krankenkasse geeinigt. Die Haftpflichtversicherung reguliert nun Jahr für Jahr fortlaufend die anfallenden Kosten. Bis Anfang 2016 sind bereits mehr als 150.000 Euro für Behandlungen des Patienten zum Ausgleich der Schäden gezahlt worden.

#### **Gutachten für gesetzlich Krankenversicherte**

Diese Beispiele zeigen, wie wichtig eine fachlich fundierte und neutrale Begutachtung von Behandlungsfehlern ist. Gesetzlich krankenversicherte Patienten können sich unter Berufung auf den Paragraphen 66 des fünften Sozialgesetzbuches an ihre Krankenkasse wenden, um mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes einen Behandlungsfehler-Verdacht überprüfen zu lassen. Dieses Verfahren ist im Gegensatz zu einer gerichtlichen Klärung für den Versicherten

kostenlos und ohne finanzielle Risiken. Wird ein Behandlungsfehler bestätigt, so kann sich der Versicherte mithilfe des Gutachtens um eine außergerichtliche Regulierung mit dem Haftpflichtversicherer des Arztes oder des Krankenhauses bemühen.

Wenn beide Seiten nicht auf Maximalforderung bestehen, gelingt dies häufig. Sind die Ansprüche des betroffenen Patienten reguliert, prüft die gesetzliche Krankenkasse mithilfe des MDK-Gutachtens, ob der Solidargemeinschaft der Beitragszahler durch den Behandlungsfehler zusätzliche Behandlungs- und Pflege-



PD Dr. Dimitrios Psathakis

#### **Zahl der Behandlungsfehler zurückgegangen**

Die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler in Schleswig-Holstein und Hamburg ist leicht zurückgegangen: 2015 konnten MDK-Gutachter in 173 Fällen einen Verdacht bestätigen. Das sind 53 Fälle weniger als im Vorjahr (226 in 2014). Damit ist in rund 21 Prozent aller begutachteten Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt worden (26,6 Prozent in 2014). Auch die Zahl der Gutachten ist mit 828 etwas geringer (850 in 2014). Insgesamt haben sich die Krankenkassen 2015 in rund 3.400 Fällen (3.700 in 2014) an den Fachbereich des MDK gewandt. In allen Fällen musste zuerst untersucht werden, ob ein angezeigter Verdacht auch aus medizinischer Sicht vorhanden ist, bevor ein Fall ausführlich begutachtet werden konnte.

Die meisten der bestätigten 173 Behandlungsfehler sind mit 28 Prozent in der Unfallchirurgie und bei orthopädischen Operationen wie dem Implantieren von Hüftgelenksprothesen gemacht worden. Danach folgten Fehler in der Zahnmedizin, vor allem bei Zahnwurzelbehandlungen, mit 14 Prozent, die Frauenheilkunde und die Bauchchirurgie mit zusammen sechs Prozent. Den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Fehler und dem Schaden für den Versicherten konnten die Gutachter in 91 Prozent der Fälle feststellen. Weitere medizinische Behandlungen waren in 76 Prozent der Fälle notwendig.

Der leichte Rückgang der Behandlungsfehler-Gutachten könnte sich jedoch auch als Schwankung herausstellen, da die Zahl der Gutachten des ersten Quartals 2016 bereits deutlich über denen der Vergleichsmonate 2015 liegen.

kosten entstanden sind. Auch diese Kosten werden häufig im Rahmen einer solchen Regulierung und damit ohne langwierige und mit Kostenrisiken behafteten gerichtlichen Auseinandersetzungen ausgeglichen. Vier- und fünfstelligen Ausgleichssummen sind hier keine Seltenheit.

PD Dr. med. Dimitrios Psathakis MBA, Fachbereichsleiter Behandlungsfehler

# MDK Nord-Grundsatzgutachten belegt: Keine Versorgungslücke bei Kinder-Rheumatherapie



**Werden Kinder und Jugendliche, die unter Rheuma leiden, in Schleswig-Holstein richtig und ausreichend versorgt? Diese Fragestellung hatte der MDK Nord im vergangenen Jahr mit einem umfassenden Grundsatzgutachten zu beantworten. Auslöser war der Fall eines Kinderarztes in Bad Bramstedt, der ungewöhnlich viele Kinder mit diesem Leiden behandelt hatte, dafür besser vergütet werden wollte und drohte, die Behandlungen ansonsten einzustellen. Begleitet wurde der Fall vom öffentlichen Engagement für den Arzt durch Eltern und einem großem Medienecho.**

Für das Grundsatzgutachten hatten sich vier MDK Nord-Gutachter verschiedener Fachrichtungen intensiv mit der Therapie des Kinderarztes befasst. Sie prüften ebenso seine Daten, die eine angebliche Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein belegen sollten – und damit die Notwendigkeit seiner Praxis. Einbezogen wurde dafür auch die maßgebende Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie durch Privatdozentin Dr. Kirsten Minden aus dem Vorstand der Fachgesellschaft, die als Fachoberärztin in der Berliner Charité tätig ist.

Zu einem ähnlichen Ergebnis wie die MDK Nord-Gutachter kam am 19. November unabhängig davon auch die Wochenzeitung „Die Zeit“ und titelte: „Völlig schmerzfrei - ein Arzt aus Schleswig-Holstein diagnostiziert Rheuma, wo Kollegen nichts feststellen können. Ist er ein Betrüger oder ein Wunderheiler?“ In dem ganzseitigen Artikel heißt es, dass die Zahl der Kinder, bei denen (durch den Kinderarzt) Rheuma diagnostiziert wird, nicht nachvollziehbar sei. Zitat: „Der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie liegen mittlerweile Rückmeldungen aus 13 Kliniken und Praxen vor, in denen sich 200 Patienten von Dr. (...) vorstellten. In zwei Drittel der Fälle bewerteten diese die Diagnosen als fraglich beziehungsweise die Therapien als ungewöhnlich“.

Rheumamittel sind keine harmlosen Medikamente – im Gegenteil. Wenn Kinder, die kein Rheuma haben, Rheumamittel bekommen, ist das ein Behandlungsfehler mit möglicherweise gravierenden Folgen. Und die Infusionen, die der Kinderarzt offenbar überwiegend verabreichte, bargen, sofern sie denn überhaupt indiziert waren, zusätzliche Risiken für die Kinder. „Die Zeit“ zitiert dazu den Direktor der Professor-Hess-Kinderklinik am Klinikum Bremen-Mitte, Hans-Iko Huppertz: Er halte es sogar grundsätzlich für riskant, rheumakranken Kindern in einer Einzelpraxis Infusionen zu geben. (...) „Bei Infusionen kann es zu Zwischenfällen kommen“, sagt er. Eine Blutdruckkrise sei noch die harmlose Variante. Dass Dr. (...) möglicherweise mehrere Kinder gleichzeitig in seinen fünf Infusionsstühlen behandelt, hält er für unverantwortlich. „Mit einer einzigen

Komplikation kann ein Arzt vielleicht noch fertig werden“, sagt Huppertz. „Aber was ist, wenn es bei zwei Kindern zu Problemen kommt?“

Da der MDK Nord immer an einer Klärung auf kollegialer Ebene interessiert ist, haben die Gutachter an einer Reihe von Gesprächen mit dem Kinderarzt teilgenommen. Der Kinderarzt nahm zwar die immer stärker werdende Kritik von Fachkollegen wahr, machte jedoch unverändert weiter und wollte für seine Praxis weiterhin zusätzliche Gelder. Mit dem Honorar, das anderen niedergelassenen Kollegen mit vergleichbarer Zulassung zum Arbeiten ausreicht, kam er nicht zurecht. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein verweigerte sachgerecht Mitte 2015 eine Vereinbarung mit Zusatzvergütungen zu verlängern, nachdem die Probleme der Praxis immer offensichtlicher geworden waren. Der Kinderarzt hatte sich parallel zur KV mit seiner Forderung außerdem an die Krankenkassen gewandt, und er hatte die jungen Patienten, deren Eltern, die Politik und Medien mobilisiert, um weitermachen zu können wie bisher. Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen aber blieben bei ihrer Haltung. Die Meinung anderer Rheumatologen war eindeutig.

Das MDK-Gutachten, das dem Kinderarzt inzwischen überlassen worden war und dem er inhaltlich nichts entgegen zu setzen hatte, diente als Grundlage. Im Magazin des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) in Schleswig-Holstein vom August 2015 heißt es dazu: „Im Fall des Kinderrheumatologen (...) aus Bad Bramstedt sehen weder die Krankenkassen noch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Möglichkeiten für Sondervergütungen oder -verträge (...). Grundlage der Entscheidung der Krankenkassen war das Gutachten des MDK. Demnach gibt es keine Lücke in der kinderrheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein. Außerdem stellte der MDK Auffälligkeiten im Behandlungsgeschehen der Praxis fest, die auch bei anderen Experten Zweifel aufkommen lassen, ob die Therapien in der Praxis leitliniengerecht angewandt werden.“ Unterstützt wurde diese Auffassung vom Landes-Sozialgericht im August 2015 in letzter Instanz.

Die leitliniengerechte Diagnostik und Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist unter Vermittlung des vdek mit Krankenhäusern ambulant sichergestellt: Sie können seitdem in den kinderrheumatologischen Ambulanzen des Universitätsklinikums Kiel (UKSH) und des Westküstenklinikums Heide betreut werden.

Dr. med. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt



**Patienten erleben es regelmäßig zum Ende des Quartals: Ihr Hausarzt möchte kein Rezept mehr ausstellen, weil er sein Budget ausgeschöpft hat. Ein Problem der „Arzneimittel-Richtgrößen“, die nach dem Versorgungsstärkungsgesetz reformiert oder abgeschafft werden sollen. Das System der MRG, „Morbidity Related Groups“ (krankheitsabhängige Fallgruppen), könnte Patienten und Ärzte wieder von Richtgrößen befreien und trotzdem die Kosten im Blick behalten. 2016 entscheidet sich, ob es in Schleswig-Holstein und Hamburg eingeführt wird.**

Die niedergelassenen Ärzte müssen sich seit 1988 an den Richtgrößen orientieren, wenn sie Arzneimittel für ihre Patienten verschreiben. Konkret ist das ein Geldbetrag für ein Quartal, der nicht nach den Krankheiten und Bedürfnissen der Patienten bemessen ist, sondern nach der Anzahl der Patienten in den sogenannten „Statusgruppen“: Mitglieder, Familienangehörigen und Rentner. Jeder Gruppe wird ein Teil des Budgets zugemessen. Häufig hatten Ärzte ihr Richtgrößenbudget deutlich vor Quartalsende aufgebraucht und mussten mit Sanktionen durch die gemeinsame Prüfungsstelle der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen rechnen, wenn sie weiter verschreiben.

Dieses System ist weder für Ärzte noch für Patienten befriedigend. Außerdem schreckt es junge Ärzte ab, als „Niedergelassener“ eine Praxis zu betreiben, weil sie Regressforderungen fürchten. Das Sozialgericht Dresden hat bereits im Dezember 2013 die Statusgruppen für rechtswidrig erklärt, weil sie keine altersgemäße Gliederung darstellen. Deshalb ist in vielen Regionen Deutschlands im Vertragsjahr 2016 von drei Status- auf vier Altersgruppen

Stabsstelle Gesundheitsökonomie

## Näher am Patienten durch MRG für Arztverschreibungen

umgestellt worden. Was jedoch nur eine Zwischenlösung sein kann, weil das eigentliche Problem der Richtgrößen bestehen bleibt.

Nach den Vorgaben des Versorgungsstärkungsgesetzes beraten und verhandeln in diesem Jahr die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen über ein neues, gerechteres System, das die Richtgrößen Anfang 2017 ablösen kann. Eines davon ist das System der „Morbidity Related Groups“, MRG, das die Stabsstelle Gesundheitsökonomie im Jahr 2015 im Auftrag der Krankenkassen mit Anregungen durch die Vertragspartner entwickelt hat. Es sieht grob vereinfacht vor, dass ein Arzt Arzneien wieder so verschreiben kann, wie er es



Prof. Dr. Reinhard Schuster

aus rein medizinischen Gründen für sinnvoll hält. Eine wichtige Sicherheit auch für Patienten, die damit keine „Behandlung nach Richtgröße ihres Arztes“ mehr befürchten müssten.

Um die Arzneimittelkosten für die Solidargemeinschaft der Versicherten trotzdem im Blick zu behalten, bekommt jeder Arzt prospektive und retrospektive steuernde Informationen, wie zum Beispiel Quartalsberichte zu den

Verschreibungen seiner Praxis im vorausgegangenen Quartal. Daraus kann er ersehen, wie sein Verschreibungsverhalten im Vergleich zu Praxen seiner Fachgruppe im Bundesland liegt, jeweils bezogen auf gleiche Morbiditätsgruppen. Das kann eine gleiche Verteilung von Altersgruppen sein oder gleiche Krankheitsbilder wie Diabetes, die sich in einer Praxis häufen. Die komplexe Auswertung zeigt dem Arzt, in welchen Arzneimittel- und Wirkstoffgruppen er sich bei den Kosten verbessern kann, indem er auf gleichwertige aber günstigere Präparate umsteigt. Das sollte er dann im folgenden Quartal umsetzen.

Mit dem MRG-Konzept und der dazu von der Stabsstelle Gesundheitsökonomie erstellten IT-Pilotierung wird die Verteilung der Patienten auf die Praxen wieder eine Rolle spielen. Niedergelassene Ärzte mit kostenintensiven Behandlungsschwerpunkten bekämen ein höheres Budget zugemessen als andere mit einem zurzeit weniger hohen Arzneimittel-Verschreibungsbedarf. Insgesamt sollen die Arzneimittelkosten im Bereich der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) durch diese Umstellung nicht steigen. In Schleswig-Holstein sind rund 3.500 niedergelassene Ärzte betroffen, in Hamburg sind es 4.000.

Die Entscheidung für eines der neuen Systeme wird nicht bundesweit getroffen, sondern in den Regionen. Ob MRG in Schleswig-Holstein und Hamburg eingeführt wird, steht Ende April 2016 noch nicht fest. Beide Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen sich im Laufe dieses Jahres festlegen.

Prof. Dr. Reinhard Schuster, Stabsstelle Gesundheitsökonomie

# Hüter der Formulare kann nur einer sein

**Ohne einheitliche Formulare keine funktionierende Organisation. Das gilt auch für den MDK Nord, auch wenn die Vorlagen mittlerweile elektronisch gespeichert und abrufbar sind. Bis zu 126 Formulare mussten mit der Umstellung des MDK-Logos im vergangenen Jahr erneuert werden. Daran wirkt der Qualitätsmanager ebenso mit wie an der Gestaltung des Intranets, das die interne Kommunikation verbessert hat.**

Ein Formular intelligent zu erstellen, erfordert Kreativität und technisches Geschick, kann also auch richtig Spaß machen. Dagegen ist das Einhalten der Ordnung, das Lenken von Dokumenten wohl eine der unbeliebtesten Aufgaben im Qualitätsmanagement. Die Basisnorm für QM-Systeme (ISO 9001:2008) ist da sehr konkret und fordert, dass

- Dokumente vor ihrer Herausgabe genehmigt werden
- Dokumente bewertet und bei Bedarf aktualisiert und erneut genehmigt werden
- sichergestellt ist, dass gültige Fassungen zutreffender Dokumente an den jeweiligen Einsatzorten verfügbar sind
- sichergestellt ist, dass Dokumente lesbar und leicht erkennbar bleiben
- die unbeabsichtigte Verwendung veralteter Dokumente verhindert wird.

Zwei Seiten einer wichtigen Aufgabe, die die Mitarbeiter des dafür zuständigen Fachbereiches Service tagtäglich leisten. Im MDK Nord werden alle notwendigen Dokumente in der gültigen Version in der Info-Datenbank bereitgestellt, also auch die 126

aktuellen Formulare. Doch die Formularverwaltung ist wie die Aufgabe eines Fußball-Bundestrainers: bei 450 Mitarbeitern gibt es 449 „Co-Trainer“ mit eigenen Vorstellungen, wie das Formular zu gestalten ist. Und sehen Anwender ihre individuellen Vorstellungen nicht realisiert, ist die Versuchung groß, sich eine eigene Kopie zu erstellen. Das Problem ist nur: sollte sich das Original ändern, arbeitet

man mit einer veralteten Version. Verwirrungen, Ärger und Beschwerden sind damit vorprogrammiert. Deshalb unterliegt die Formularverwaltung einer strengen Regel. Es darf nur einen Verantwortlichen für ein Formular geben. Nur er darf Änderungen daran vornehmen.

Ist ein Änderungswunsch für die Mehrzahl der Anwender relevant, gibt der Formularverantwortliche sein ok, und es gibt einen präzisen Weg, wie die Änderungen ins System eingestellt werden. Das geht nicht immer so schnell, wie viele Anwender es sich wünschen, aber es funktioniert sicher. Unbemerkt von den Anwendern wird jedes Formular regelmäßig überprüft. Der Formularverantwortliche erhält eine E-Mail, die ihn auffordert, sein zu betreuendes Formular zu überprüfen. Die meiste Arbeit hat 2015 die Umstellung aller 126 Formulare auf das neue Corporate Design (CD) mit dem neuen Logo gemacht. Unter der Leitung des Fachbereiches Service haben alle Formularverantwortlichen gemeinsam diese Aufgabe in kurzer Zeit bewältigt.

## Intranet für bessere interne Kommunikation

Auch das Intranet ist Teil des Qualitätsmanagements. Denn wenn Qualität verbessert werden soll, dann müssen alle Bereiche eines Unternehmens gut vernetzt sein und Informationen „fließen“. Seit der Einführung des Intranets Mitte 2014 werden hierüber viele Informationen ausgetauscht, die früher umständlicher per E-Mail weitergegeben worden sind. In „MDK Nord intern“ hat die Geschäftsführung eine eigene Rubrik. Sie kann darüber interne Vorgänge kommentieren, die Mitarbeiter informieren und auch Entwicklungen auf Bundesebene weitergeben. Und das nicht mehr per Rund-E-Mail.

Im Intranet haben die Mitteilungen jetzt ihren dauerhaften Platz, sind archiviert und verschwinden damit nicht mehr im „Stapel“ der vielen E-Mails am Tag. Informationen müssen aber nicht immer bedeutungsschwer sein, es reicht, wenn sie nützlich sind. So informiert die Abteilung „Personal und Finanzen“ regelmäßig über Änderungen im Steuerrecht oder weist auf die Meldepflicht von Nebentätigkeiten hin. Informationen zeitnah an die Mitarbeiter zu bringen, gilt auch für den Betriebssport. Die Presseschau im Presseblog gibt einen Einblick, was aktuell gerade in der Presse über das Gesundheitswesen diskutiert wird. Das Intranet des MDK Nord ist ein wachsendes System. Je nach Bedarf werden weitere Angebote eingefügt.

Stephan Becker, Qualitätsmanager



Stephan Becker

# Einmischen für die Solidargemeinschaft: Gesundheitspolitik wird bundesweit gemacht

Warum gelten bei Fristen für die Pflege-Begutachtung Kalendertage statt Arbeitstage? Diese Frage von Dr. Martin Schünemann, dem Abteilungsleiter Pflegeversicherung, auf einer Veranstaltung in Berlin gab den Anstoß zu einer sinnvollen Gesetzesänderung. Karl-Josef Laumann (CDU), der Staatssekretär und Pflege-Bevollmächtigte des Bundesgesundheitsministeriums, fand diese sinnvoll, ebenso wie Gesundheitspolitiker verschiedener Parteien, mit denen Dr. Schünemann und Dr. Bernhard van Treeck, der Leitende Arzt des MDK Nord, zuvor darüber gesprochen hatten.

Mit solchen Initiativen will der MDK Nord auch auf Bundesebene Verbesserungen im Gesundheitswesen anregen, die auf Schleswig-Holstein und Hamburg ausstrahlen. Ein Grund ist, dass die für die Medizinischen Dienste grundlegende Sozialgesetzgebung Bundes- und nicht Ländersache ist. Deshalb sind auch Führungskräfte und einzelne Experten des MDK Nord regelmäßig auf Veranstaltungen mit bundesweiter Bedeutung vertreten.

Die einfache Idee des MDK Nord zur „Fristformulierung“ ist inzwischen gesetzlich verankert. Profitiert hat die gesamte MDK-Gemeinschaft. Nachteile haben die Antragssteller nicht; die Berechnung der Pflegestufen erfolgt rückwirkend zum Datum der Antragsstellung. Der Vorteil: Wenn Arbeits- statt Kalendertage zur Berechnung der Fristen genommen werden, können Auftragsspitzen verringert und die Tourenplanung der Gutachter erleichtert werden, mit der Folge geringerer Kosten durch kürzere Fahrzeiten. Der Vorschlag spart damit Geld aller Versicherten ein.

Ein Symposium zum Thema „Demenz“ hat der Psychiater Dr. Bernhard van Treeck für den Kongress 2015 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) organisiert. Ein Thema, das in einer älter werdenden Gesellschaft immer wichtiger wird. Auch die Gutachter des MDK Nord treffen immer häufiger auf demente Versicherte. Für das Symposium 2015 in Berlin konnte Dr. van Treeck die Drehbuchautorin des erfolgreichen deutschen Kinofilms „Honig im Kopf“, Hilly Martinek, und die Autorin Julia Engelbrecht-Schnür gewinnen. Unter seinem Vorsitz diskutierten beide unter anderem mit Professor Arno Deister, dem Präsidenten der DGPPN und Sohn eines Demenzkranken.

## MDK-Experten bundesweit gefragt

Eine Erkenntnis der Veranstaltung war, dass Psychiater die Demenz aus einem für sie ungewohnten Blickwinkel wahrnehmen, wenn sie selbst als Angehörige betroffen sind. Denn es ist nicht selbstverständlich, dass sich behandelnde Ärzte in die Situation von Angehörigen und Patienten versetzen.



Jan Gömer

So bekannte Professor Deister, dass er die Demenz seines Vaters selbst erst spät erkannt habe. Dieser bisher nicht immer selbstverständliche Austausch und die Vernetzung von Fachleuten und Betroffenen war ein wesentliches Ziel der Veranstaltung.

Mit seinen Fachkenntnissen als Abteilungsleiter der Stationären Versorgung ist Dr. Andreas Krokotsch 2015 regelmäßig als Referent zu Fachkongressen eingeladen worden. Beim Zeno Excellence Workshop, einer Tagung von Klinik- und Krankenkassen-Vertretern, und bei der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) stellte er die Auswirkungen der neuen Prüfverfahrens-Vereinbarung (PrüfVV) aus Sicht des MDK vor. Der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung hatte ihn eingeladen, um den Ist-Zustand und die Perspektiven der Qualitätsprüfungen in Kliniken zu diskutieren. Dieses Thema begleitet den MDK Nord auch weiter: Im Frühjahr 2016 hat Dr. Krokotsch seine Erfahrungen auf dem Nationalen DRG-Forum in Berlin als Referent vorgetragen.

Weil ärztliche MDK-Gutachter in den Ärztervertretungen bisher eher unterrepräsentiert sind, hat sich Dr. van Treeck außerdem in der Hamburger Ärztekammer stärker engagiert. 2015 wurde er von den kurativ tätigen ärztlichen Kollegen zum Delegierten der Hamburger Ärztekammer, zum Vorsitzenden des Strategieausschuss der Ärztekammer und zum Delegierten des Deutschen Ärztetages gewählt. Dies zeigt, dass die Akzeptanz des Medizinischen Dienstes auch in der Ärzteschaft weiter wächst.

Jan Gömer, Pressesprecher

## BSG-Richter urteilen gegen fehlerhafte Abrechnungen

**Die frührehabilitative Behandlung geriatrischer Patienten im Krankenhaus nimmt stetig zu, denn über spezielle Fallpauschalen können die Behandler dafür höhere Erlöse erzielen. Mithilfe der vom Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) erstellten Begutachtungsgrundlagen treten die MDK bundesweit fehlerhaften Abrechnungen dieser Leistungen entgegen. Im Jahr 2015 hat das Bundessozialgericht (BSG) diese Begutachtungsgrundlagen durch zwei Urteile bestätigt.**

Das hat Auswirkungen auf jedes Jahr rund 300.000 Fälle in deutschen Kliniken, sogenannte „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen“ (GFK). Sie sind zwar seltener als alle anderen rund 16 Millionen Behandlungen, sorgen aber im Einzelfall für Zusatzvergütungen von durchschnittlich 3.000 Euro. Den MDK-Gutachtern fällt jedoch seit Jahren auf, dass dabei Kliniken die dafür geltenden Mindestkriterien für die Abrechnung wie „Mindestalter der Patienten“ und „Anwesenheitspflicht eines Facharztes“ im Einzelfall nicht immer erfüllen.

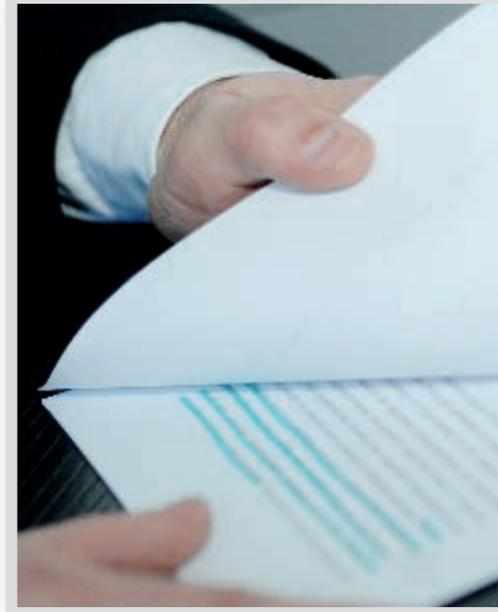
So hatten die BSG-Richter im Juni 2015 in letzter Instanz die Klage einer Klinik abgewiesen, die die Behandlung einer 57 Jahre alten Patientin als GFK vergütet bekommen wollte. Die Frau hatte einen Schlaganfall erlitten. Einem MDK-Gutachten zufolge war eine GFK jedoch nicht abrechenbar, weil die Frau nicht das geforderte Mindestalter einer geriatrischen Patientin erfüllte. In der Regel sind geriatrische Patienten mindestens 70 Jahre, in der Mehrzahl sogar über 80 Jahre alt. Dem sind auch die BSG-Richter gefolgt und begründeten: „Unterhalb eines Alters der Patienten von 60 Jahren kann danach von einem spezifischen geriatrischen Bedarf keine Rede sein“. Die Richter gingen noch weiter und formulierten: „Nach diesen Kriterien ist für die geriatrische frührehabilitative

Komplexbehandlung neben der typischen Multimorbidität regelmäßig ein Alter von 70 Jahren zu fordern, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben“ (AZ: B 1 KR 21/14 R).

Die Anwesenheitspflicht eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“ war im März 2015 Gegenstand eines weiteren BSG-Urteiles. Eine Klinik wollte die zusätzlichen Erlöse einer GFK einklagen, obwohl ein geforderter Facharzt mit dieser Zusatzqualifikation im Behandlungszeitraum gar nicht kontinuierlich anwesend war. Dies ist nach Erfahrung des KCG ein häufiges Problem, sofern bei Abwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung keine adäquate Vertretung vorgehalten wird. Das ist fachlich nicht angemessen, denn der Facharzt muss gegebenenfalls täglich Neuaufnahmen untersuchen, bei Komplikationen angemessen handeln können, sowie zeitnah fachlicher Ansprechpartner für das geriatrische Team sein. Dieser Auffassung einer Anwesenheitspflicht sind auch die BSG-Richter gefolgt



Dr. Matthias Meinck



und haben im Urteil festgelegt, dass es „bei der Behandlungsleitung (...) um eine gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit geht“ (AZ: B 1 KR 4/15 R).

Nach diesem BSG-Urteil konnte die klagende Klinik ihre Forderung nicht mehr durchsetzen, weitere Erlöse in Höhe von fast 80 Prozent des schon gezahlten normalen Behandlungssatzes zu bekommen. Auch in diesem Fall lieferte ein MDK-Gutachten der Krankenkasse die Begründung, eine unberechtigte Forderung nach einer höheren Vergütung zurückzuweisen.

Beide BSG-Urteile haben Präzedenzcharakter für die Abrechnung von geriatrischen Krankenhausbehandlungen. Sie zeigen aber auch, dass die Begutachtungsgrundlagen des KCG in Verbindung mit Schulungen zu ihrer Anwendung einen wirksamen Beitrag zu einer sachgerechten und bundesweit einheitlichen sozialmedizinischen Begutachtung der MDK leisten. Zudem wird ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung ungerechtfertigter Forderungen in Millionenhöhe gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet.

Dr. Matthias Meinck, stellvertretender Leiter des KCG



Wo Gesetze nicht eindeutig formuliert sind, sorgen Richter der Sozialgerichte oft für Klarheit. Sie haben mehrfach die Auffassungen des KCG bestätigt.

Das **Kompetenz-Centrum Geriatrie** berät seit 2003 die Medizinischen Dienste in Deutschland und die Institutionen der GKV in geriatrischen Grundsatzfragen. (Geriatrie = Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen).

- offiziell: KCG des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft beim MDK Nord
- drei Vollzeitstellen: Dr. Norbert Lübke, Dr. Matthias Meinck, Jörg-Christian Renz / zwei Teilzeitstellen: Dr. Friedemann Ernst, wiss. Mitarbeiterin Kristina Pippel

An das KCG können sich die Medizinischen Dienste sowie die Krankenkassen und ihre Landes- und Spitzenverbände mit Fragen zu dem Fachgebiet wenden.

# Impressum

**Herausgeber:** MDK Nord, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg

V.i.S.d.P Peter Zimmermann, Geschäftsführer MDK Nord

**Fotos:** Sandrina ven Undin, Ahrensburg, [www.sandrinavenundin.de](http://www.sandrinavenundin.de)

Titel-/Rückseite, Seite 34: Jan Gömer

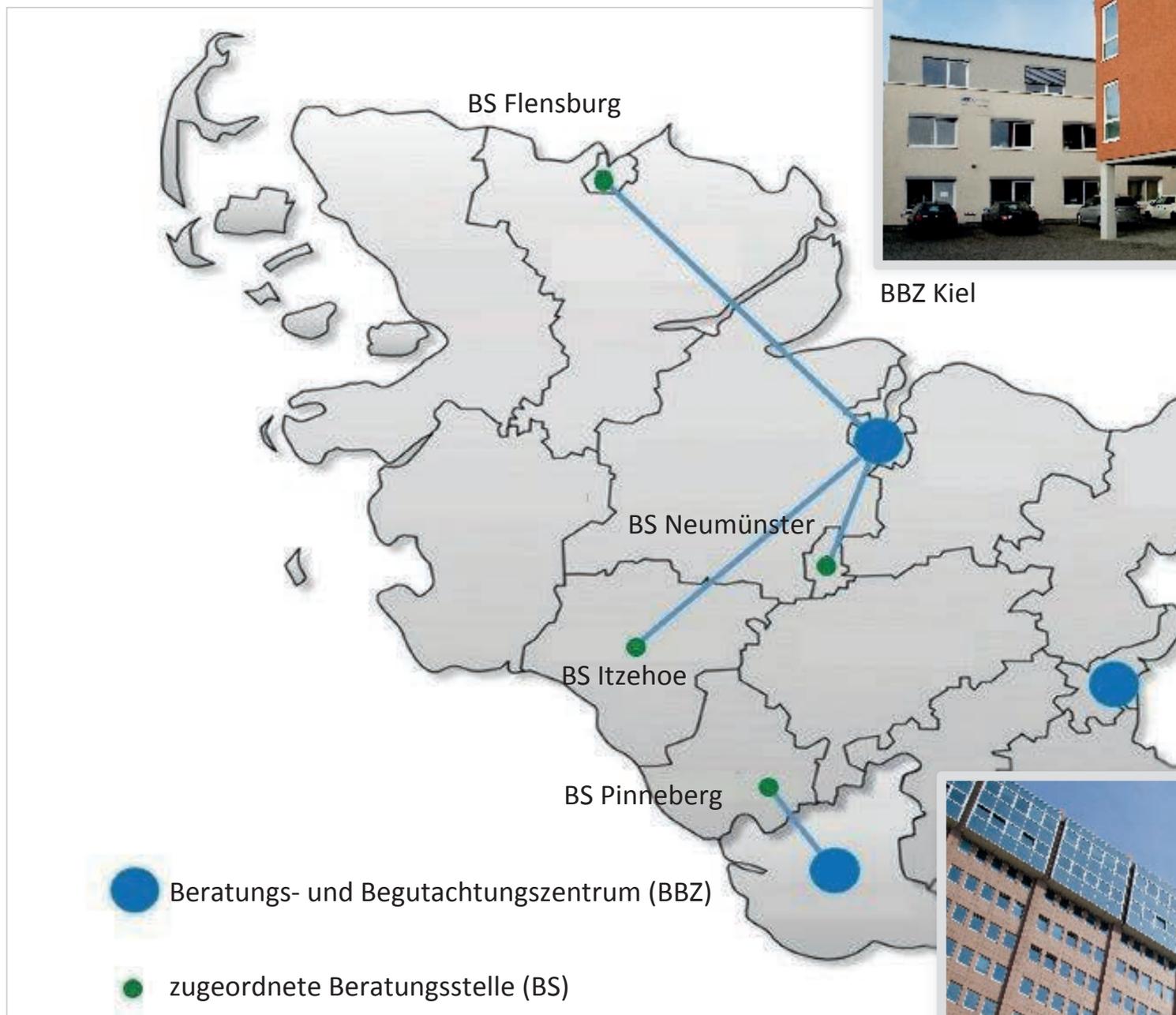
**Grafiken / Erläuterungen:** Hana Koban, Thomas Rädisch (Team Controlling)

**Redaktion / Schlussredaktion / Gestaltung / Layout / Umbruch:** Jan Gömer, Pressesprecher MDK Nord

**Druck:** Druckerei Franz Homovc, Rahlstedter Straße 169, 22143 Hamburg

**Kontakt:** Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg, Tel. 040 25 169 - 1163, 0151 654 297 13, [jan.goemer@mdk-nord.de](mailto:jan.goemer@mdk-nord.de)

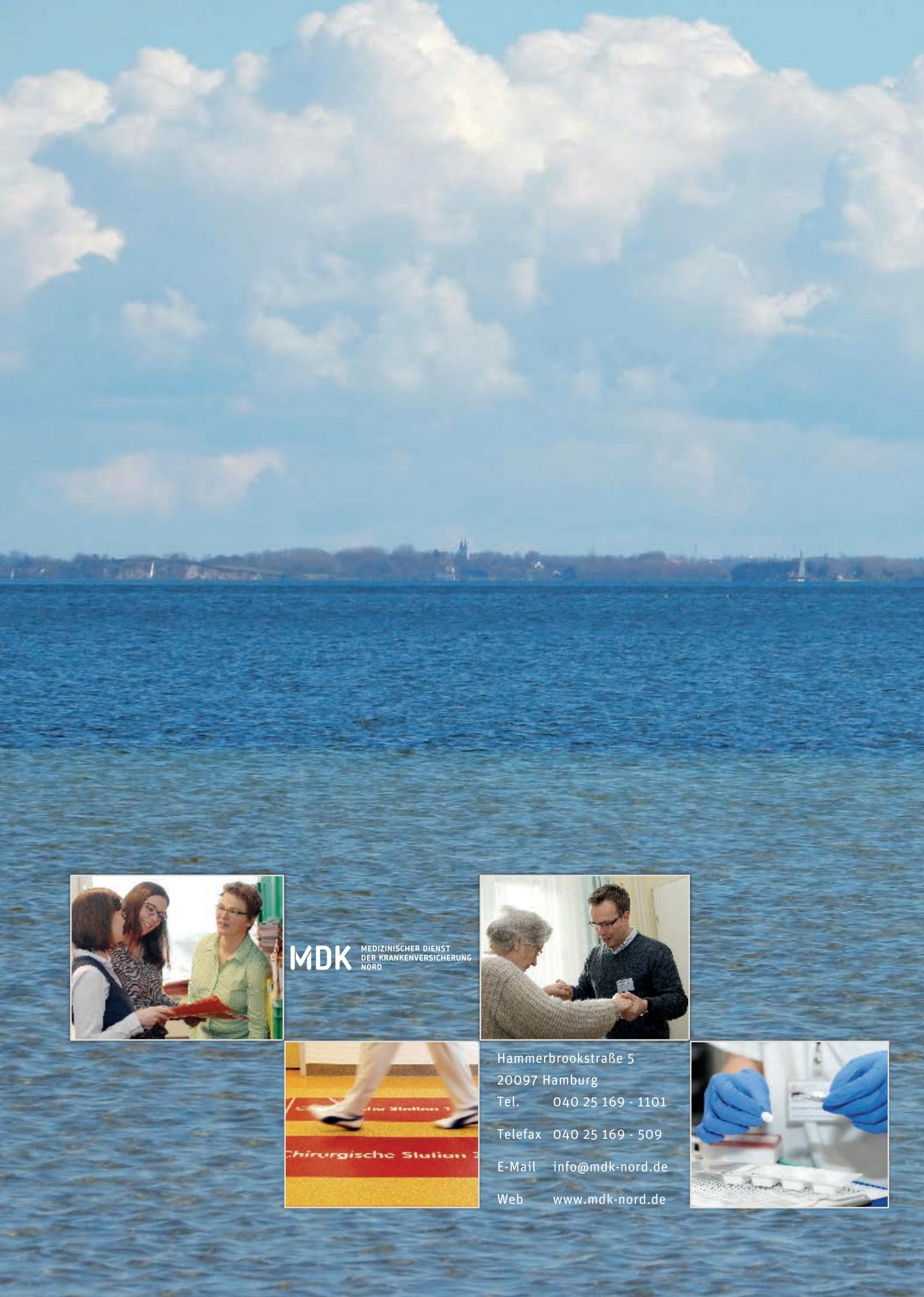
# Standorte des MDK Nord





BBZ Lübeck





**MDK** MEDIZINISCHER DIENST  
DER KRANKENVERSICHERUNG  
NORD



Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg  
Tel. 040 25 169 - 1101  
Telefax 040 25 169 - 509  
E-Mail [info@mdk-nord.de](mailto:info@mdk-nord.de)  
Web [www.mdk-nord.de](http://www.mdk-nord.de)

