



Medizinischer Dienst
Nord

JAHRESBERICHT



2021 RÜCKBLICK/AUSBLICK 2022

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2021 war für den Medizinischen Dienst Nord durch eine Vielzahl von Veränderungen geprägt, die zum einen durch den Bundesgesetzgeber veranlasst, zum anderen durch die Corona-Pandemie bedingt waren.

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde beschlossen, dass die Medizinischen Dienste (MD) organisatorisch von den Krankenkassen gelöst werden und als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ geführt werden.

Seit 2021 sind auch Vertretungen der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Menschen mit Behinderung, der Verbraucherzentralen, der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten. Zudem war erstmalig die Parität der Geschlechter herzustellen. Für den Verwaltungsrat des MD Nord ist es gelungen, Frauen und Männer mit hohem Grad an Erfahrung zu gewinnen und eine ausgewogene Repräsentanz der Länder Schleswig-Holstein und Hamburg herbeizuführen. Der MD Nord hat die Organisationsreform aktiv angenommen und zügig umgesetzt. Die Errichtung erfolgte bereits zum 1. März 2021, als erster MD bundesweit.

Im Bereich der Krankenhausprüfungen wird ab 2022 eine differenzierte Prüfung nach Abrechnungsqualität aufgenommen. Ergänzend werden Strukturprüfungen eingeführt und Prozesse gebündelt. Statt wie bisher Strukturen und



Dr. Melanie Leonhard

Ausstattungen von Krankenhäusern in vielen Einzelfällen zu prüfen, wurde in 2021 das Verfahren in einer Strukturprüfung für aktuell über 50 Prozeduren gebündelt. Erstmals sind nun Krankenhäuser Antragsteller für eine Prüfung durch den MD. Nach Abschluss der Prüfung erhalten sie eine Bescheinigung, die die Voraussetzung für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Hamburg haben nunmehr für wichtige komplexe Behandlungsleistungen Sicherheit, dass sie diese erbringen und abrechnen können. Das erhebliche Streitvolumen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern wird absehbar vermindert. Die Patien-

tinnen und Patienten können sicher sein, dass für komplexe Behandlungen die fachlichen Voraussetzungen vorliegen. Obwohl wesentliche fachliche Grundlagen erst Mitte des Jahres vorlagen, hat der MD Nord die für die Abrechnung mit den Krankenkassen erforderlichen Bescheide für 2022 rechtzeitig erlassen.

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erfolgte coronabedingt weiterhin in Form von strukturierten Telefoninterviews anstelle von Untersuchungen im Wohnbereich der Versicherten. Diese Form der Feststellung der Pflegegrade war weitgehend verlässlich und fand bei Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Angehörigen einen hohen Grad an Akzeptanz.

Die weitreichenden Veränderungen des zurückliegenden Jahres wurden beim MD Nord mit organisatorischem Geschick und großem Einsatz bewältigt. Dafür gilt mein ausdrücklicher Dank dem Verwaltungsrat, dem Vorstandsvorsitzenden und den Mitarbeitenden in allen Berufsgruppen. Für die Aufgaben, die Sie in Ihrer Funktion beim MD Nord und in der Amtshilfe für die Menschen in Schleswig-Holstein und Hamburg erfüllen, wünsche ich Ihnen weiterhin viel Erfolg.

Dr. Melanie Leonhard
Senatorin für Arbeit, Gesundheit,
Soziales, Familie und Integration

Vorwort des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben viel gelernt im vergangenen Jahr, unter anderem, dass sich die Pandemie doch nicht so schnell in den Griff bekommen lässt, wie wir es gehofft hatten. Der Medizinische Dienst Nord musste auch 2021 seinen Aufgaben unter erschwerten Bedingungen nachkommen. Hier galt es, mit den Begutachtungen weiterhin sicherzustellen, dass Versicherte ihre Leistungen erhalten, stets unter Beachtung der aktuellen Infektionslage in Hamburg und Schleswig-Holstein.

Es ist nur folgerichtig, dass der Gesetzgeber die einrichtungsbezogene Impfpflicht auch auf die Medizinischen Dienste ausgeweitet hat. So können die Versicherten, die Leistungserbringer in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen sicher sein, dass die Gutachterinnen und Gutachter vollständig immunisiert mit ihnen in Kontakt treten. Diesem Anspruch will der Medizinische Dienst Nord selbstverständlich gerecht werden.

In der Pandemie wurden viele neue Erfahrungen gemacht, die auch in Zukunft von Nutzen sein könnten; insbesondere, was Digitalisierung der Begutachtung betrifft. Zu begrüßen wäre, wenn der Gesetzgeber die Erfahrungen der Medizinischen Dienste zum Anlass nimmt, zum Beispiel die sogenannte Telefonbegutachtung bei Anträgen auf Pflegeleistungen als ergänzendes Instrument dauerhaft im SGB XI zu verankern.

In 2021 hat sich gezeigt, dass der Verwaltungsrat in neuer Zusammensetzung den vielen Herausforderungen gut begegnen konnte. Der Gesetzgeber hat ihn um stimmberechtigte Patien-

tenvertreterinnen und -Vertreter erweitert, die hilfreiche Impulse geben konnten, ebenso wie die beratend teilnehmenden Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe und der Ärzteschaft. Gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und deren Verbänden bringen sie im Verwaltungsrat ein noch breiter gefächertes Spektrum an Erfahrung im Gesundheitswesen ein.

Mit dem Medizinischen Dienst Bund in Trägerschaft der Medizinischen Dienste wurde neu ein Dachverband geschaffen. Die regionale Struktur der Medizinischen Dienste wurde hingegen vom Gesetzgeber nicht angefasst. Eine an die Region angepasste Begutachtung ist nah an den Versicherten, den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Sie kann schnell auf notwendige Veränderungen reagieren, wie wir gerade in

der Pandemie gesehen haben. Diese Struktur benötigt einen starken Verwaltungsrat, der sich für seinen Medizinischen Dienst als wichtigen Player der regionalen Gesundheitsversorgung einsetzt. Ein solcher Verwaltungsrat wollen wir sein.

Abschließend danke ich im Namen des gesamten Verwaltungsrates für die konstruktive Zusammenarbeit mit dem Vorstand sowie den mittlerweile rund 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihren Einsatz unter den erschwerten Bedingungen des Jahres 2021.

Jürgen Reimer,
alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates



Jürgen Reimer

Vorwort des Vorstandes und der Ärztlichen Leitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der Impfung gegen das Corona-Virus war Ende 2020 das Mittel gegen die Pandemie gefunden. Trotz Erst-, Zweit- und Boosterimpfungen aber konnten die Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst Nord auch in 2021 nicht wie gewohnt erfolgen. Noch zu Beginn des Jahres waren hohe Todeszahlen zu beklagen. Es mangelte an Impfstoff und bei einer leider nicht so kleinen Bevölkerungsgruppe zudem an der Bereitschaft, sich impfen zu lassen.

So zogen sich die Auswirkungen der Pandemie auch in ihrem zweiten Jahr durch alle Bereiche unserer Arbeit. Ständig musste abgewogen werden zwischen der Erfüllung unserer gesetzlich vorgegebenen Aufgaben und dem Infektionsschutz von Versicherten, Mitarbeitenden und den Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und bei den Krankenkassen.

Gerade in der Pflege war es zentral, die besonders vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen bestmöglich zu schützen. Pflegebegutachtungen im Hausbesuch waren bei niedrigen Inzidenzwerten in Hamburg und Schleswig-Holstein nur kurzzeitig im Sommer möglich. Die sogenannte „Telefonbegutachtung“ war auch in 2021 lange Zeit die einzige Möglichkeit, um Antragstellerinnen und Antragsteller – ohne das Risiko einer Infektion durch die Begutachtung – den Zugang

zu Pflegeleistungen zu ermöglichen. Die Telefoninterviews haben sich bewährt; ihre Ergebnisse sind vergleichbar mit denen des Hausbesuchs. Bei den Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen wurden Anlassprüfungen immer durchgeführt, Regelprüfungen nur nach strenger Abwägung unter Berücksichtigung des Infektionsgeschehens.

Einer Kraftanstrengung bedurften die Strukturprüfungen der Krankenhäuser im Auftrag der Krankenhäuser.



Peter Zimmermann



Dr. Bernhard van Treeck

Nicht nur wegen der Pandemie, sondern auch weil sie erst mit Verspätung starten konnten. Viel Einsatz und Einfallsreichtum war erforderlich – bei den Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Nord ebenso wie in den Kliniken. Bis zum Jahresende bekamen – und darauf sind wir stolz – alle Krankenhäuser mit unseren Bescheiden eine Planungsgrundlage für 2022.

Der Medizinische Dienst Nord hat sich erfolgreich den neuen Aufgaben, die der Gesetzgeber ihm mit dem MDK-

Reformgesetz übertragen hat, gestellt. Als erster Dienst überhaupt konnten wir bereits zum März 2021 umfirmieren, nachdem der Verwaltungsrat den Weg dafür freigemacht hat. Strukturprüfungen, Qualitätsprüfungen, höhere Anforderungen an schriftliche Stellungnahmen durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sowie steigende Antragszahlen in der Pflegeversicherung erfordern mehr Personal. Unter anderem auch

deshalb, weil der Gesetzgeber mit dem GVWG die bisherige Sozialmedizinische Fallberatung statt im direkten Gespräch mit den Krankenkassen nur noch schriftlich zulässt und ganz zum Medizinischen Dienst verlagert hat. Dies führt in der Begutachtung der ambulanten Versorgung ebenfalls zu höherem Arbeitsaufwand.

2021 war die Abteilung Personal und Finanzen des Medizinischen Dienstes Nord besonders gefordert, mit großem Einsatz neues Personal zu gewinnen. Eine Aufgabe, die auch 2022 bleiben wird, denn Personalgewinnung bleibt eine zentrale Herausforderung aller medizinischen Dienste.

Peter Zimmermann,
Vorstandsvorsitzender

Dr. Bernhard van Treeck,
Leitender Arzt

Inhalt

Grußwort	3	Eigene betriebsärztliche Impfkampagne	16
Vorwort des Verwaltungsrates	4	Pflegebegutachtung weiterhin mit Abstand	18
Vorwort Vorstand/Ärztliche Leitung	5	Portrait: Pflege-Einzelfallgutachterin	19
Inhalt , Umfirmierung und neues Logo	6	Pflege-Qualitätsprüfungen vor allem stationär	20
Kurznachrichten / Personalien	7	Portrait: Pflege-Qualitätsprüfer	20
Quote macht Aufträge anspruchsvoller	8	Betrachtung zu steigenden Antragszahlen	21
Portrait: Teamassistentin	9	Attraktiver Arbeitgeber auch in der Pandemie	22
Portrait: ärztliche Gutachterin	10	Portrait: Recruiterin	23
OPS-Strukturprüfungen geschafft	10	Digitalisierung der Arbeitsprozesse	24
Online planen und prüfen	12	Neues Qualitäts-Portal entwickelt, Interview	27
Portrait: Kodierfachkraft	13	Alle Leistungen 2021 im Überblick	30
LE-Portal wird Pflicht	14	Standorte des Medizinischen Dienstes Nord	32
Portrait: Fachinformatiker	14	Organigramm	34
Portrait: Serviceteam-Fachkraft	15	Impressum	35
Team IT ermöglicht Abstand	15		

Neuer Name, neues Logo, neue Farben

Das Erscheinungsbild des Medizinischen Dienstes Nord ist zum **1. Juli 2021 umgestellt worden: Dazu gehört auch eine neu gestaltete Website, das neue Logo und neue Farben. Damit hat der Medizinische Dienst Nord seinen Übergang vom „MDK“ auch in seiner Außendarstellung vollendet. Die offizielle Umfirmierung fand bereits zum 1. März 2021 statt.**

Der Medizinische Dienst Nord hat ebenfalls seine Website- und E-Mail-Adressen auf die Endung **md-nord.de** sowie seine Beschilderung an allen Standorten umgestellt. Damit folgt der Medizinische Dienst Nord den Vorgaben aus dem sogenannten „MDK-Reformgesetz“, das der Bundestag Ende 2019 beschlossen hat. Es regelt neben der Loslösung von der Trägerschaft durch die gesetzlichen Krankenkassen und sozialen Pflegekassen auch den Übergang aller Medizinischen Dienste in eine einheitliche Rechtsform und ihre Umbenennung. Da die 15 Medizinischen



Dienste die erforderlichen Umfirmierungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten vollzogen haben, war der gemeinsame neue Außenaustritt auf den 1. Juli 2021 gelegt worden.

Diese Umstellung hat der Medizinische Dienst Nord außerdem genutzt, um seine Website neu in einem Verbund-System mit allen Medizinischen Diensten in Deutschland aufzubauen. Das bietet die Möglichkeit, bei regionaler Eigenständigkeit zukünftig gemeinsame Ressourcen bei Webdesign und Serverleistung zu nutzen und sich besser zu vernetzen. Inhaltlich bietet die neue Website die bisher gewohnten und intensiv ausgewählten Angebote, wie die Online-Bewerbung oder die Informationen für Versicherte, die Krankenkassen, die Krankenhäuser, Fachärzte und die Pflegeeinrichtungen.



Kurznachrichten

Notaufnahmen geprüft

Wie gut sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufgestellt? Das haben Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nord im Jahr 2021 erstmals geprüft. Grundlage ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der eine gezogene Stichprobe von 20 Prozent aller Krankenhaus-Standorte in Deutschland vorsieht, die an der Notfallversorgung teilnehmen. In Schleswig-Holstein und Hamburg gehörten im ersten Jahr zwölf Standorte verschiedener Krankenhäuser dazu. Darunter waren die Schwerverletzten-Versorgung und Kinder-Notfallambulanzen. Deren Strukturqualität haben die Gutachterteams aus Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten der Abteilung Krankenhaus vor Ort überprüft.

Kontrolliert wurde unter anderem, ob die Qualifikation des Personals den Vorgaben entspricht, ebenso die technische Ausstattung. Zwei weitere Kontrollen betrafen Stationen, die sogenannte CAR-T-Zellen als Krebsimmuntherapie einsetzen. Die Voraussetzungen für diese besonders anspruchsvolle Immuntherapie werden laut Richtlinie ausnahmslos einmal pro

Jahr geprüft. Die G-BA-Qualitätskontrollen erfolgen im Auftrag der Krankenkassen. Sie haben damit eine andere gesetzliche Grundlage als die neuen OPS-Strukturprüfungen (siehe „OPS-Prüfungen: Zusammen geschafft“, Seite 10).

Tagespflege 2022 transparenter

Die Qualität von Tagespflege-Einrichtungen soll transparenter werden. Mit Inkrafttreten der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie zur Tagespflege (QPR Tagespflege) Anfang 2022 können Versicherte und Angehörige erstmals einsehen, wie der Medizinische Dienst Nord diese Angebote bewertet hat. Das betrifft rund 230 Tagespflege-Einrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein. Ein Teil der Prüfergebnisse wird von nun an entsprechend einer Qualitätsdarstellungs-Vereinbarung von den Kranken- und Pflegekassen veröffentlicht, so wie es von den Prüfergebnissen der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten bekannt ist.

In Einrichtungen der Tagespflege werden Versicherte tagsüber bis zu acht Stunden gepflegt und betreut. Für diese

Angebote der Grund- und Behandlungspflege gelten besondere räumliche, personelle und strukturelle Vorgaben, die einzuhalten sind.

Immunisierung ist Pflicht

Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Nord müssen mindestens grundimmunisiert sein. Seit Mitte März 2022 werden ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, die den jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben entsprechend gegen eine Infektion mit dem Coronavirus geimpft oder davon genesen sind. Der Grund ist der Ende 2021 ergänzte Paragraph 20a des Infektionsschutzgesetzes, der die einrichtungsbezogene Impfpflicht für die Medizinischen Dienste ebenso vorschreibt wie für Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Arztpraxen. Eine eigene betriebsärztliche Impfkampagne stellt bereits seit Mitte 2021 als Ergänzung zu den öffentlichen Angeboten sicher, dass alle Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Nord eine aktuell erforderliche Impfung erhalten (siehe „Eigene Impfkampagne – jede Spritze zählt“, Seite 16).

Personalien

Dr. Frank Noack, Fachbereichsleiter Hilfsmittel der Abteilung Ambulante Versorgung, sorgt als Mitglied einer bundesweiten Expertengruppe dafür, dass die Qualitätsvorgaben für die zurzeit mehr als 80 herzchirurgischen Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland eingehalten werden. Er ist seit 2015 Mitglied dieser „Bundesfachgruppe Herzchirurgie“ des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) tätig ist. Außerdem berät er den G-BA im Unterausschuss in der Frage, ob Krankenhäuser zukünftig Mindestmengen nachweisen müssen, um Herztransplantationen vornehmen zu können. Bevor Dr. Noack zum Medizinischen Dienst Nord kam, war er 20 Jahre in leitender Funktion in der Herzchirurgie sowie zehn Jahre als Chirurg tätig.

Dr. Bernhard van Treeck ist 2021 in den Expertenpool des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berufen worden. Der Leitende Arzt des Medizinischen Dienstes Nord hat in dieser Funktion im vergangenen Jahr insgesamt 16 Anträge und Ideenskizzen zu neuen Versorgungsformen begutachtet. Delegierter der Hamburger Ärztekammer ist er ebenso wie bereits seit 2015 Leiter des Strategieausschusses der Kammer. 2021 wurde er zudem als Delegierter der Hamburger Ärzteschaft zum Deutschen Ärztetag entsandt. Dr. van Treeck ist außerdem zum Sprecher der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste gewählt worden. Er vertritt in dieser zentralen Koordinierungsfunktion die Leitenden Ärztinnen und Ärzte in anderen Gremien auf Bundesebene, unter anderem denen der Vorstände.

Quote macht Aufträge anspruchsvoller

„Die Gewichtungen unserer Arbeit haben sich verschoben. Es ist bunter geworden“, so beschreibt Dr. Andreas Krokotsch die Entwicklung in der Krankenhaus-Begutachtung: von bisher 90 Prozent Abrechnungsprüfungen und zehn Prozent Strukturprüfungen – zu nun jeweils 50 Prozent. Diese Entwicklung ist Folge des MDK-Reformgesetzes und hat in 2021 für den Abteilungsleiter und alle Teams der Abteilung Krankenhaus viel Aufwand bedeutet. In 2022 startet das komplexe System der finalen zweiten Reform-Stufe.

Im Bereich der Abrechnungsprüfungen wurden neue Quotenregelungen eingeführt. Zwei Jahre lang hat die Eingewöhnungsphase gedauert, in der der Gesetzgeber die Krankenhäuser und Medizinische Dienste mit dem neuen Quotenmodell vertraut machen wollte. Ein Jahr länger als geplant. Denn 2020 hatte er wegen der Belastungen der Krankenhäuser durch die Corona-Pandemie eine Prüfquote von maximal nur fünf Prozent aller Krankenhausabrechnungen festgesetzt. So erfolgte die Einführung des Prüfquotenmodells nicht schon 2020, sondern erst im vergangenen Jahr: einheitlich bis zu 12,5 Prozent aller Abrechnungen durften die Krankenkassen in 2021 prüfen lassen (siehe „Quoten-Reform im DRG-System“, folgende Seite). Im Medizinischen Dienst Nord

habe diese Entwicklung zu „kuriosen“ Zahlen geführt, wie Dr. Krokotsch analysiert. Denn obwohl in dem einen Jahr deutlich weniger, im anderen wieder deutlich mehr Aufträge eingegangen sind, seien die erledigten Aufträge, also die Ausgänge, annähernd gleich. Eine Erklärung sieht er darin, dass 2020 durch die niedrige aktuelle Quote noch viele Begutachtungen des Vorjahres bearbeitet werden konnten.

„Insgesamt gesehen bekommen wir weniger Krankenhausabrechnungen zu prüfen, dafür wird der Einzelfall schwieriger“, beschreibt Dr. Krokotsch eine Entwicklung, die er nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre auch so erwartet hatte. Es würden anspruchsvollere und damit auch hochpreisigere Behandlungsfälle zur Prüfung vorgelegt,



die auch einen erhöhten Recherche-Aufwand bedeuteten. Was heißt: Immer weniger sogenannter „Kurzliegerfälle“, also die Prüfung, ob ein Patient aus medizinischen Gründen stationär aufgenommen werden musste, die mit weniger Prüfaufwand verbunden sind.

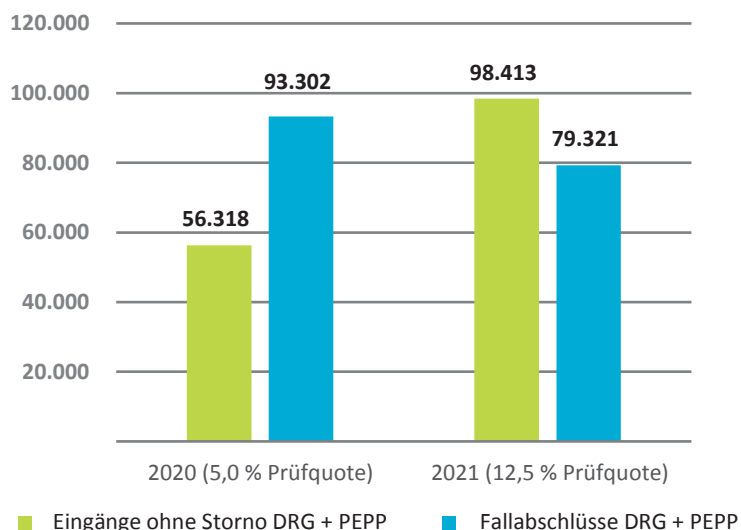
Dafür gehe es nun immer öfter um besonders komplizierte Operationen oder medizinische Komplexbehandlungen, deren Abrechnung aufwendig geprüft werden müsse. Diese Entwicklung sieht er weiterhin auch für die kommenden Jahre voraus. „Das bedeutet zwar für uns eine Umstellung, aber dies entspricht eher der Rolle des Medizinischen Dienstes, die der Gesetzgeber vorgesehen hat. Und wir stellen uns dem gerne“, merkt Krokotsch an.

2022 wird für alle spannend

„Dieses Jahr wird für alle besonders spannend“, blickt der Abteilungsleiter auf 2022, „denn mit dem Scharfschalten des Quotenmodells entfaltet sich nun die volle Komplexität der Reform.“ Gemeint ist, dass nun die Krankenhäuser bis zu einer individuellen Quote von fünf, zehn oder 15 Prozent geprüft werden können, je nach ihren Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartales. Die konkrete Berechnung für jedes Krankenhaus pro Quartal ist kompliziert und

Fallzahl DRG- und PEPP-Begutachtungen Vergleich 2020 zu 2021

Abteilung Krankenhaus





Operationen in Krankenhäusern werden nach festgelegten Fallpauschalen im DRG-System abgerechnet.

Laura Baumgart,
Teamassistentin, Abteilung
Krankenhaus



„Je schwieriger, desto besser – das mag ich“, sagt **Laura Baumgart**, und startet so ihren Tag in der Teamassistentin im BBZ Kiel. Diese Einstellung braucht die gelernte Medizinische Fachangestellte auch: Denn sie und ihre vier Kolleginnen und Kollegen planen die Begutachtungen von 64 Krankenhäusern in der Mitte und dem Norden Schleswig-Holsteins.

„Wir haben jeden Tag 100 bis 200 Prüfaufträge der Krankenkassen, die wir sichten, filtern und 24 ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und sieben Kodierfachkräften zuteilen.“ Dabei kann sie ihre Erfahrungen aus der Arztpraxis und bei einer Krankenkasse optimal nutzen. Ebenso, wenn sie gemeinsam mit der Teamleitung noch offene besondere Fälle zur Begutachtung ständig im Blick hat. Zusätzliche Verantwortung, die sie gerne

übernehme, sagt sie. „Ich organisiere und koordiniere eben gerne.“ Auch das sei eine gute Voraussetzung für ihre Arbeit am monatlichen Einsatzplan der Gutachterinnen und Gutachter: „Was jedesmal ein fragiles Puzzle ist, in dem wir so viele verschiedene Personen, Krankenhäuser, Zeiten und Anforderungen zusammenbringen müssen. Und es ist klasse, wenn am Ende wieder mal alles zusammenpasst.“

Ihren Ausgleich findet die 29-jährige Heikendorferin im Sport. Als Indoor-Cycling-Trainerin im Fitness-Studio bringt sie nach Feierabend um sich herum alle ins Schwitzen.

ebenso neu für alle Beteiligten, wie viele andere Details des MDK-Reformgesetzes auch. 2022 kommt hinzu, dass Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich zur Rechnungskorrektur einen Aufschlag an die Krankenkassen zahlen müssen, der bis zu zehn Prozent des Abrechnungsbetrages betragen kann. „Das ist ein scharfes Schwert, das der Gesetzgeber hier geschmiedet hat“, stellt der Abteilungsleiter fest.

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde ferner neu eingeführt, dass die Prüfquote



Dr. Andreas Krokotsch

eines Krankenhauses durch die Krankenkassen aufgehoben werden kann, wenn das Krankenhaus mit einer extrem hohen Korrekturquote auffällt oder aber ein Verdacht auf systematische Falschabrechnung besteht. Das hat es im vergangenen Jahr bereits in mehreren Krankenhäusern in Hamburg und Schleswig-Holstein gegeben. Allerdings waren dies nur wenige und eher kleinere Häuser. „Diese Notbremse des Gesetzgebers wurde nur bei sehr wenig Ausnahmen gezogen“, schränkt Dr. Kro-

kotsch ein. „Aber es ist gut, dass es sie gibt: Dem Risiko eines systematischen Upcodings bei der neuen Prüfquote musste der Gesetzgeber irgendeine Maßnahme entgegensetzen.“

Krokotsch erhofft sich auch erstmals Antworten auf die wichtigste Frage: Trifft die Annahme des Gesetzgebers zu, dass Krankenhäuser jetzt überwiegend korrekt abrechnen, wenn Abrechnungsprüfungen mit Anreizsystemen für korrekte Kodierung begrenzt und mit einem System von Strukturprüfungen kombiniert werden? Sehen werde man das vielleicht bereits Ende 2022.



Quoten-Reform im DRG-System

Leistungen im Krankenhaus werden nicht nach Aufwand vergütet, sondern nach festgelegten Fallpauschalen. Sie werden englisch „Diagnosis Related Groups“ genannt, kurz DRG, und enthalten mehrere tausend „Kodes“, die für einzelne Operationen oder Diagnosen stehen. Ähnlich betrifft es die Abrechnungen nach PEPP, dem „Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“. Die Anzahl dieser DRG/PEPP-Abrechnungen, die die Medizinischen

Dienste im Auftrag der Krankenkassen prüfen können, hat der Gesetzgeber Ende 2019 mit einem Quotensystem begrenzt. Im neuen Paragraphen 275c des fünften Sozialgesetzbuches sind für die Einführung mehrere Stufen vorgesehen: 2021 galt eine einheitliche maximale Prüfquote von 12,5 Prozent für alle Krankenhäuser; ab 2022 ist eine Staffelung individuell daran gepasst, wie viele oder wenige Abrechnungsfehler in einem Krankenhaus zuvor gefunden worden sind.



Dr. Melanie Metzenthin,
ärztliche Gutachterin,
Abteilung Krankenhaus

Gutachten schreiben, das liegt **Dr. Melanie Metzenthin**. Doch nicht nur das, sondern das Schreiben überhaupt: 20 Bücher hat sie bislang veröffentlicht, für sechs weitere bereits Verträge. Sie ist bekannt in der Szene für ihre fachkundigen historischen Medizin-Romane.

Hauptberuflich steht die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie der Abteilung Krankenhaus aber vor ganz aktuellen Fragen der ärztlichen Begutachtung: Hat man im Krankenhaus alles richtig abgerechnet? Musste jemand wirklich so lange im Krankenhaus behandelt werden? Unnötige Hospitalisierung zu vermeiden ist schon lange ein zentrales Thema in ihrem Fach. „Da lasse ich mich auch von schwierigen Fällen nicht

erschrecken, weil ich so viel gesehen habe“, sagt Dr. Metzenthin, die viele Jahre in Kliniken, im Sozialpsychiatrischen Dienst und im forensischen Maßregelvollzug – mit den „schweren Jungs“, wie sie sagt – gearbeitet hat, bevor sie zum Medizinischen Dienst kam.

Gutachten hatte sie zuvor bereits für Strafproesse verfasst – und nebenbei zwei Kriminalromane mit Themen aus der forensischen Psychiatrie. „Doch das trenne ich immer fein säuberlich, damals wie heute“, betont sie. Ihr Beruf liefert ihr Anregungen – aber auch die medizinische Fachkenntnis, die sie von anderen Autoren unterscheidet. Die Romane entstehen übrigens neben ihrem Vollzeitberuf beim Medizinischen Dienst Nord im BBZ Hamburg, „wahrscheinlich dann, wenn andere fernsehen“, lacht sie. „Am Wochenende zwei bis drei Stunden, im Urlaub mehr“, schildert sie ihr Arbeitspensum, wenn sie ihre Geschichten schreibt, die von realem Leben und Leiden inspiriert sind, das sie so gut kennt.

OPS-Prüfungen: Zusammen geschafft

Es war eine Herausforderung: das erste Jahr OPS-Strukturprüfungen auf neuer gesetzlicher Grundlage und das dann noch mit Startverzögerungen und Zeitdruck. Fast 1.000 Prüfungen forderten viel Engagement und Improvisation beim Medizinischen Dienst Nord – ebenso wie in den mehr als 100 Krankenhäusern in Hamburg und Schleswig-Holstein, die Planungssicherheit durch die Ergebnisse dieser Prüfungen bekommen.

Bereits die mit dem neuen Paragraphen 257d des fünften Sozialgesetzbuches gestellte Aufgabe des Gesetzgebers (siehe „Operationen und Prozeduren“, folgende Seite) war für alle Beteiligten enorm. Denn zum Start hatte der Medizinische Dienst Nord im ersten Jahr gleich alle abrechnungsrelevanten Strukturmerkmale in den Krankenhäusern in Hamburg und Schleswig-Holstein auf einmal zu prüfen, anders als in den Folgejahren. Der Druck war groß und er wurde größer, als das Bundesgesundheitsministerium (BMG) diesen ersten Prüfzyklus erst im Mai 2021 startete, dann noch einmal die Antragsfrist für die Krankenhäuser auf Mitte August verlängerte, um den Krankenhäusern auch eine angemessene Antragsfrist zu ermöglichen. „Am Ende hatten wir gerade mal ein halbes Jahr für die Prüfungen, die eigentlich für ein Dreivierteljahr vorgesehen waren“, betont Dr. Andreas Krokotsch, der Leiter der Abteilung Krankenhaus.

„Erschwerend kam hinzu, dass wir dann auch noch Prüfungen zurückstellen mussten“, kritisiert Dr. Pawel Dube, der Fachbereichsleiter Strukturprüfungen, der – ebenso wie die bereitstehenden Gutachterinnen und Gutachter – darauf warten musste, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Herausgeber des OPS-

Kataloges Strukturvorgaben klarstellt. Und das sogar rückwirkend, wie er bemängelt. Das habe zu zusätzlichen organisatorischen Problemen geführt. Und es sei auch jetzt noch juristisch unklar, ob diese rückwirkenden Regeländerungen des BfArM überhaupt zulässig sind. Das Ergebnis einer Verfassungsbeschwerde müsse nun abgewartet werden. „Das könnte alles wieder auf den Kopf stellen“, warnt er.

Partnerschaftlicher Dialog

„Schließlich sind wir ganz aktiv auf die Krankenhäuser zugegangen, haben viel geholfen, nachgefragt, uns einfach gekümmert“, beschreibt der Abteilungsleiter die intensive Zusammenarbeit in dieser schwierigen Phase. „Ein solcher Dialog ist keine Selbstverständlichkeit“, ist ihm bewusst. Denn obwohl viele Krankenhäuser in Hamburg und Schleswig-Holstein Strukturprüfungen grundsätzlich bereits aus den vergangenen Jahren kennen, seien das komplett neue Verfahren sowie der Umgang mit der neuen Richtlinie auch für sie Neuland gewesen. „Viel Verständnis und konstruktive Mitarbeit“, so beschreibt Dr. Krokotsch die positive Grundhaltung, mit der auch viele Krankenhäuser diese Herausforderung ange-



Dr. Pawel Dube



Konferenzen, Begutachtungen und Prüfungen: In der Pandemie finden sie meistens per Videokonferenz statt. Eine datengeschützte Plattform des MD Nord ermöglicht auch die gemeinsame Einsicht in sensible Unterlagen.

nommen hätten. „Wichtig ist für beide Seiten sicherlich, dass wir nun eine klare Rechtsgrundlage haben, nach der sich alle richten müssen.“

Bei der Prüfung selbst hat natürlich auch die Pandemie eine Rolle gespielt, weil der Medizinische Dienst Nord üblicherweise in sogenannten „Begehungen“, also persönlich vor Ort, die Krankenhäuser prüft. In der derzeitigen Situation wäre das jedoch undenkbar gewesen. „Deshalb bin ich froh, dass wir so gut wie papierlos arbeiten und die Gutachterinnen und Gutachter fast alles aus dem Homeoffice heraus leisten können.“ Dafür bereit standen zwei interne IT-Lösungen, über die Krankenhäuser Anträge stellen und datengeschützt die Unterlagen hochladen konnten (siehe „Online planen und prüfen ohne Papier“, Seite 12). Das hat beiden Seiten das Versenden und nachträgliche Einscannen von tausenden Seiten Papier erspart.

Auch für die vielen internen sowie externen Videokonferenzen von Klinik-Beschäftigten mit Gutachterinnen und Gutachtern konnte der Medizinische Dienst Nord eine Konferenz-Plattform anbieten, über die datengeschützt beraten und Unterlagen eingesehen werden konnten. Das könne natürlich den partnerschaftlichen Dialog vor Ort nicht komplett ersetzen,

habe aber im Wesentlichen sehr gut funktioniert, so Fachbereichsleiter Dr. Pawel Dube.

Erstmals direktes Rechtsverhältnis

Völlig neu war auch für beide Seiten, dass der Medizinische Dienst bei den OPS-Strukturprüfungen erstmals einen Verwaltungsakt erlässt. Mit dieser Aufgabe hat der Gesetzgeber die Medizinischen Dienste in ein direktes Rechtsverhältnis mit den Krankenhäusern gestellt, die damit zu Auftraggebern geworden sind. „Dies ist eine Rolle, an die wir uns noch gewöhnen müssen, ebenso wie die Krankenhäuser“, sagt Andreas Krokotsch. Man habe sich aber gut auf alle Rechtsfragen vorbereitet, die das mit sich bringt. „Und wir nehmen diese Rolle gerne an.“

Zusätzlich haben die Strukturprüfungen 2021 zu einer weiteren Erkenntnis geführt: Kodierfachkräfte können auch hierbei wichtige Aufgaben übernehmen. „Das haben wir vorher nicht gewusst, weil sie bisher fest in der Abrechnungs-Prüfung verankert waren“, so der Abteilungsleiter. Doch der Einsatz in der Strukturprüfung habe gezeigt, dass ihre Spezialkenntnisse der Bewertung medizinischer Dokumentation bei Strukturprüfungen „mindestens genauso gut“ zum Tragen kämen. So haben die Kodierfachkräfte viele Arbeiten von der Organisation bis zur Bescheid-Erstellung übernommen und vorbereitet. Grundlagen, auf denen die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter schließlich beraten und ihre Entscheidungen treffen konnten, „weil auch bei den Strukturprüfungen immer das letzte Wort der Ärztinnen und Ärzte der Abteilung zählen muss“, betont Dr. Krokotsch.

Wettlauf gegen die Zeit

„In der Abteilung haben die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter, die Kodierfachkräfte, die Teamassistenten und das Sekretariat quasi bis zur letzten Minute maximalen Einsatz gegeben“, beschreibt er die zeitliche Enge im zweiten Halbjahr. „Es war einfach berührend zu sehen, wie alle in der Abteilung und über Abteilungsgrenzen hinweg – bis hin zu unserem

Operationen und Prozeduren

Die Medizinischen Dienste haben auf Antrag bestimmte Anforderungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel, kurz OPS, in den Krankenhäusern zu prüfen. Dies geschieht in Strukturprüfungen, die der Gesetzgeber als Teil des sogenannten MDK-Reformgesetzes mit dem neuen Paragraphen 275d des fünften Sozialgesetzbuches festgeschrieben hat. Geprüft wird, ob ein Krankenhaus die Voraussetzungen laut OPS-Katalog erfüllt, was Geräte, Personal und Organisation betrifft. Nur dann darf es bestimmte Leistungen anbieten. Die Prüfung stand als verpflichtende Grundlage der Abrechnung erstmals 2021 an; in den Folgejahren werden die Prüfungen je nach Kode im ein- oder zweijährigen Turnus sein.

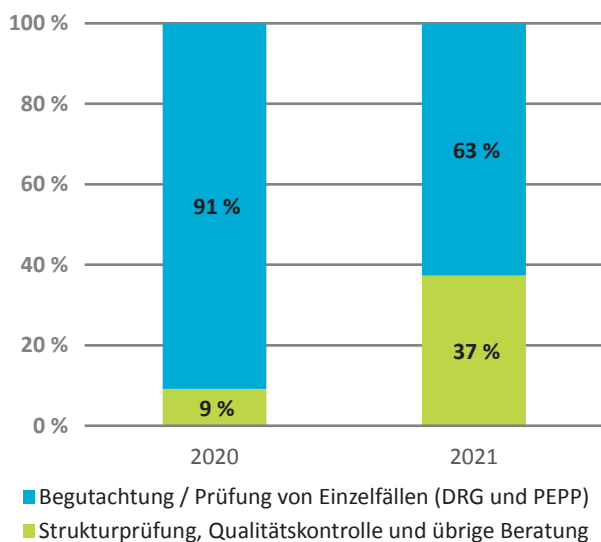
Online planen und prüfen ohne Papier

(Fortsetzung von Seite 11)

Vorstandsvorsitzenden – Hand in Hand gearbeitet haben, um die Herkulesaufgabe fristgerecht zu bewältigen“, ist Dr. Krokotsch stolz. Denn alle Prüfungen bis zum Jahresende 2021 zu erledigen, sei für die Planungssicherheit der Krankenhäuser und der Krankenkassen enorm wichtig gewesen. Noch am Tag vor Weihnachten hat der Vorstandsvorsitzende die letzten Bescheide unterzeichnet. „Erst dann wussten wir, dass wir es tatsächlich geschafft haben.“

Verschiebung der Beauftragungs-Anteile Vergleich der Arbeitsstunden 2020 zu 2021

Abteilung Krankenhaus



Übermittlung noch bis kurz vor Jahresende

Als dann jedoch viele Einschreiben mit Rückschein-Versand der Post in der Weihnachtszeit nicht bei den Krankenhäusern ankamen, mussten letzte Bescheide und Bescheinigungen zusätzlich sogar noch bis zum 30. Dezember an Krankenhäuser gefaxt werden. Damit konnten alle geprüften Krankenhäuser in Hamburg und Schleswig-Holstein die gesetzlich vorgeschriebene Frist zur Beantragung der Abrechnung dieser Codes einhalten.

Dennoch ist die Prüfkampagne auch im neuen Jahr noch nicht ganz beendet. Da nicht jede geprüfte Krankenhaus-Leistung positiv beschieden werden konnte, sind im ersten Quartal Widersprüche und Wiederholungsprüfungen zu erwarten. Dr. Krokotsch ist sich bewusst: „Erst danach werden wir die Prüfungen 2021 endgültig abschließen können.“ Für das neue Jahr hätten alle Beteiligten dann viel gelernt.

Mit E-Mails, Postversand und Excel-Tabellen wäre die Aufgabe nicht zu leisten gewesen: Erst zwei Software-Lösungen haben dem Medizinischen Dienst Nord ermöglicht, die vielen Anforderungen der fast 1.000 Strukturprüfungen überhaupt zu bewältigen. Die Programme „PALMA“ und „Nextcloud“ hat das Team IT gemeinsam mit ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern entwickelt beziehungsweise angepasst und 2021 zum Einsatz gebracht.

„Weg mit dem Papier! Das war der erste Gedankenschritt, um die Planung der Strukturprüfungen zu verbessern“, sagt Lutz Remshardt. Der nächste Schritt war für den Leiter der Abteilung Service, zu der auch die IT gehört, eine Software zu finden, die die gesamte Planung vom Auftragseingang, über die Verwaltung bis zur Nachverfolgung leisten kann. Herausgekommen ist das „Planungstool Migration“, kurz PALMA. Es hilft dabei, die Anträge und Prüfungen zu verwalten und zu planen. „Damit können wir effektiv die Gutachterinnen und Gutachter einplanen und haben stets den Überblick, wer woran arbeitet“, nennt Dr. Pawel Dube, der Fachbereichsleiter Strukturprüfungen, die Vorteile aus Sicht der Abteilung Krankenhaus. „Wir können sogar die speziellen Kenntnisse hinterlegen, die die Gutachterinnen und Gutachter für die eine oder andere Prüfung mitbringen sollten.“

Dank PALMA kann man immer sehen, in welchem Schritt der Bearbeitung von Antragsannahme, über die Prüfung bis hin zum Versand von Strukturgutachten, Bescheid und gegebenenfalls Bescheinigung sich ein Antrag gerade befindet. Denn ein Workflow zeigt allen Beteiligten, welcher Fall noch offen ist. „Sogar die Korrespondenz erfolgt automatisiert, was insgesamt viel Ressourcen spart“, betont Dr. Dube, der gemeinsam mit Gutachterinnen und Gutachtern Teil des Projektteams ist, das die Anforderungen und Funktionen entworfen hat und es weiter verbessert. Die Programmierung selbst hatte die IT extern ausgelagert, betreibt das Programm aber auf den eigenen Servern.

Nextcloud statt Aktenversand

Genauso wichtig war eine weitere Software-Lösung, um große Datenmengen aufzunehmen, zu verwalten und einzusehen. Das Team IT hat dafür das Programm „Nextcloud“ eingesetzt, das als sogenannte open source-Lösung weltweit viele Verwaltungen und große Firmen nutzen. „Entscheidend war, dass wir damit eine datenschutzsichere Anwendung gefunden haben, die wir selbst anpassen, unterstützen und auf eigenen Servern laufen lassen können“, zählt Conrad Weise vom Team IT die Vorteile auf. Für die Krankenhäuser sind die Vorteile offensichtlich: Statt Akten mit bis zu 1.000 Seiten mühsam zu drucken und per Post oder Kurier zu verschicken, können sie über Nextcloud nur die wirklich erforderlichen Unterlagen komfor-

Dominik Dechant, Kodierfachkraft, Abteilung Krankenhaus

Der Zivildienst hat **Dominik Dechant** damals für seinen Beruf begeistert. Die Arbeit im Krankenhaus – „nahe dran an den Menschen“, wie er sagt –, hatte ihm so gefallen, dass er eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger anschloss, „mit viel Teamarbeit, viel Abwechslung, auch technischen Herausforderungen an Dialyse- und Beatmungsgeräten“.

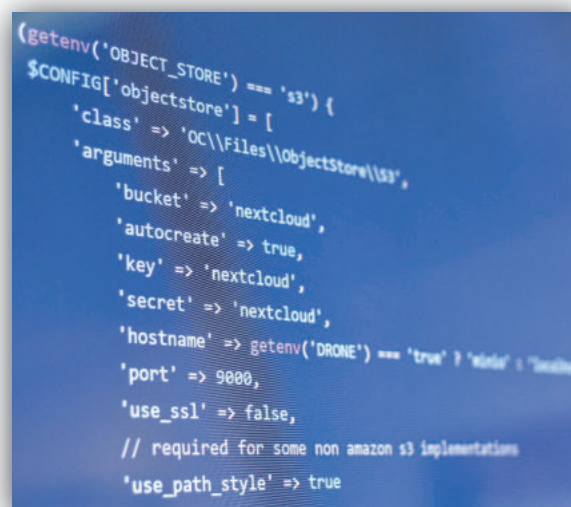
Diese Vielfalt schätzt der gebürtige Lübecker auch heute an seiner Arbeit als Kodierfachkraft der Abteilung Krankenhaus im BBZ Lübeck: Hier kann der 39-Jährige seine Erfahrung aus verschiedenen Krankenhäusern einsetzen, besonders die aus vielen Jahren auf einer Intensivstation des Universitäts-Krankenhauses Schleswig-Holstein (UKSH). „Das hat meinen Blick geschult“, sagt er. Denn in der Krankenpflege habe die Dokumentation einen großen Anteil. „Ich habe ein gutes Verständnis dafür, welche Behandlungsunterlagen für die Begutachtung relevant sind und kenne die verschiedenen Dokumentationssysteme der Krankenhäuser.“

Begeistert hat ihn die ausführliche Einarbeitung beim Medizinischen Dienst Nord mit einem abschließenden Einführungsseminar sowie der Möglichkeit teilweise im Homeoffice zu arbeiten. Seite an Seite mit den ärztlichen Mentoren arbeitet er an Gutachten zu Abrechnungsprüfungen, „für die wir, die Kodierfachkräfte, oft bis zur Abnahme recherchieren und kontrollieren, im Idealfall soweit, dass die Ärztinnen und Ärzte nur noch draufschauen und freigeben, sozusagen im Vier-Augen-Prinzip“.

Den Ausgleich zu den vielen Stunden vor dem Bildschirm sucht er mit seiner Familie zu Hause in Bad Malente, wo er nicht nur mit Laufen und Fahrradfahren für seine eigene Gesundheit sorgt, sondern auch mit Stand Up Paddling auf den vielen Seen der „Holsteinischen Schweiz“.



Das Einscannen hunderter Seiten aus Krankenhaus-Akten (links) ist umständlich und zeitaufwendig. Das Programm „Nextcloud“ (rechts) erleichtert die Arbeit, weil Akten ohne Umweg digital geliefert (rechts) und datengeschützt bearbeitet werden.



tabel und aufwandsarm hochladen. „Was dann ankommt, sehen wir sekunden-genau und können dann auch nachfragen, falls eine Facharzt-Urkunde oder etwas anderes fehlt, das nachgeliefert werden muss“, beschreibt Pawel Dube die Erleichterung der Arbeit für beide Seiten.

Rollenkonzept für Datensicherheit

„Weit über 90 Prozent“ der erforderlichen Akten und Urkunden hätten Krankenhäuser bereits 2021 auf diese Weise zur

Verfügung gestellt. Was die Datensicherheit betrifft, hebt IT-Fachmann Conrad Weise das Rollenkonzept hervor, das den Zugriff auf diese Unterlagen ausschließlich auf die zugelassenen Prüferinnen und Prüfer beschränkt. „Außerdem befindet sich die ‚Cloud‘ nicht auf fremden Servern, sondern innerhalb des geschützten Netzwerkes des Medizinischen Dienstes Nord“, betont Service-Abteilungsleiter Remshardt, „womit wir den höchsten Schutz vor unbefugter Einsicht bieten.“

Beide Systeme werden sowohl für die OPS-Strukturprüfungen als auch für die Qualitätskontrollen im Rahmen von G-BA-Richtlinien erfolgreich genutzt. Für die kommenden Jahre sieht das Projektteam die beiden Anwendungen auch deshalb gut gerüstet, weil sie mit eigenen Mitteln immer fortlaufend angepasst werden können, je nachdem wie sich die Gesetzeslage oder die Anforderungen noch ändern möge.



LE-Portal wird Pflicht für digitale Datenlieferung

Der digitale Austausch von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten wird verbindlich. Von Juli dieses Jahres an haben beide Partner das dafür vorgesehene Leistungserbringer-Portal (LE-Portal) zu nutzen. Das sieht die gemeinsame Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vor, die im Juni 2021 die Grundlagen für den bundesweit einheitlichen Austausch von Dokumenten und Unterlagen gelegt hat. Die IT-Plattform wird bereits seit 2020 betrieben.

Bereits jetzt werden Prüfanzeigen, Befundanforderungen, Gutachten und medizinische Unterlagen im Rahmen der Einzelfallprüfung über das LE-Portal ausgetauscht. Mitte dieses Jahres kommen dann der Austausch von Begehunglisten und schließlich auch der Austausch von Dokumenten und Unterlagen für Strukturprüfungen hinzu. Die Vereinbarung, die diesen Austausch regelt, trägt den sperrigen Namen „elektronische Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung“ (eVV).

Ein wichtiger Punkt in der eVV ist, dass man sich über die Klassifizierung von medizinischen Unterlagen geeinigt hat. Hintergrund ist, dass der Medizinische

Dienst abhängig von der Fragestellung der Krankenkassen genau angeben muss, welche medizinischen Unterlagen er vom Krankenhaus für die Abrechnungsprüfung benötigt. Der jeweilige Medizinische Dienst ist wiederum auf die genaue Klassifizierung der angelieferten Unterlagen angewiesen, um für die Begutachtung diese zielgerichtet und effizient sichten zu können.

Ende Januar 2022 hatte der Medizinische Dienst Nord bereits Unterlagen für rund 14.500 Prüfaufträge erhalten und rund 32.000 Prüfanzeigen sowie etwa 33.000 Gutachten auf das LE-Portal hochgeladen. Die Vorteile sind für beide Seiten klar erkennbar: Die Unterlagen liegen vollständig digitalisiert vor und sowohl die Prüfanzeigen und Gutachten, die der Medizinische Dienst den Krankenhäusern zukommen lässt als auch die medizinischen Unterlagen, die uns das Krankenhaus sendet, lassen sich unmittelbar den Krankenhaussfällen zuordnen. 52 Krankenhäuser aus dem Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes Nord



Das LE-Portal wird verpflichtend und sorgt dafür, dass Unterlagen zukünftig nicht mehr angeliefert, sondern nur noch digital ausgetauscht werden.

arbeiten bereits mit dem LE-Portal. Der Abteilungsleiter Krankenhaus, Dr. Andreas Krokotsch, geht davon aus, dass der Medizinische Dienst Nord rechtzeitig zum 1. Juli mit allen rund 120 stationären Leistungserbringern aus beiden Bundesländern die medizinischen Unterlagen über das LE-Portal austauschen wird.



Conrad Weise, Fachinformatiker im Team IT, Abteilung Service



„Eigentlich wollte ich mein Hobby nie zum Beruf machen“, sagt **Conrad Weise**. Dann hat er es doch getan. Seine Begeisterung für Elektrotechnik und Computer – „seit dem ersten Rechner, den ich in die Hand bekam“ – mündete in einer Fachinformatik-Ausbildung für Systemintegration. „Ich mag Herausforderungen“, sagt der 33-jährige Lübecker und bekommt im Medizinischen Dienst Nord jede Menge davon. Denn im Team IT im BBZ Hamburg sorgt er für die Netzwerktechnik, also

dafür, dass die Hard- und Software der rund 600 Beschäftigten gut und sicher zusammenarbeitet. Ohne ihn und den Kollegen würden auch die insgesamt 80 physischen und virtuellen Server des Medizinischen Dienstes Nord nicht sicher laufen.

Hier zahlt sich seine vorherige Berufserfahrung bei einem großen EDV-Dienstleister aus. „Wir sind hier ein kleines Team, nur zwölf Kollegen, alle mit unterschiedlichen Kenntnissen, die sich gegenseitig unterstützen und voneinander lernen.“ Das schätzt er. „Und auch, dass wir durch die Pandemie gezwungen waren, große Fortschritte zu machen – und es geschafft haben, mit viel Arbeit und viel Spaß!“ Diese Begeisterung und sein Wissen will er auch weitergeben und erwirbt gerade die Ausbilder-Eignung, um die nächsten IT-Azubis am Standort Hamburg auszubilden. Am Ende, sagt er, sei sein Beruf auch sein Hobby geblieben.

Burcu Karol, Serviceteam
Pflegeversicherung § 18 SGB XI,
Abteilung Service

„Ich frage jeden Einzelnen, ob sie oder er mit dem Terminvorschlag einverstanden ist“, sagt **Burcu Karol**, und hat so mit hunderten Versicherten in der Woche Kontakt – weil sie alle anruft: „Immer zwei Tage vor dem Termin der Pflegebegutachtung, den wir per Post geschickt haben.“ Sie ist eine von 15 Kolleginnen und Kollegen des Serviceteams Pflege-Einzelfallbegutachtung im BBZ Hamburg und will damit sicherstellen, dass auch jede und jeder anzu-treffen ist, wenn die Gutachterinnen und Gutachter kommen – oder zur Telefonbegutachtung anrufen.

Burcu Karol konnte immer schon gut mit Menschen umgehen. Erst im Einzelhandel, wo die 31-jährige Hamburgerin mit türkischen Wurzeln ihre kaufmännische Lehre abschloss, dann im ambulanten Pflegedienst, in ihrer Ausbildung zur „Kauffrau im Gesundheitswesen“, danach als Beraterin für Medizinprodukte. Und dass sie so gut planen und organisieren kann, hat ihr auch im Fernstudium geholfen, das sie mit dem Bachelor in Gesundheits- und Sozialwesen abgeschlossen hat, parallel zur Arbeit in Vollzeit. „Auch hier im Medizinischen Dienst habe ich den Freiraum, viel selbst zu organisieren, was mich auch



herausfordert“, sagt sie, „weil allein ich am Tag etwa 75 Anträge nach der Erfassung, Sichtung und Zuordnung an rund 15 unserer insgesamt 60 Gutachterinnen und Gutachter verplane“.

Mit deren Einsatzplänen im Blick koordiniert sie am Ende auch die Fahrten zu den Versicherten. Bei all dem berücksichtigt sie auch die Wünsche der Versicherten, Angehörigen, Betreuer und des Pflegepersonals. „Spannend wird es, wenn wir im Serviceteam sowohl die älteren Fälle ohne Fristen, also auch die Fälle, die eine Verfristung haben, gleichzeitig im Auge haben“, ergänzt sie. Der Grund sind die gesetzlichen Vorschriften, die lange Wartezeiten verhindern sollen. „Zufrieden bin ich, wenn ich am Abend nach Hause komme und weiß, dass alles steht.“ Dabei ist ihr klar, dass den Antragstellern die Gesamtzahl von mehr als 1.500 Anträgen, die allein das Hamburger Serviceteam jede Woche verplant, nicht bewusst sein kann. „Dann ist wieder mein Einfühlungsvermögen gefordert, wenn einige am Telefon verärgert sind, weil sie einen speziellen Termin mit gewünschter Uhrzeit nicht bekommen.“ Doch sie versucht immer eine Lösung zu finden.

Chats und Vikos: IT ermöglicht Abstand

Wenn Abstandhalten und Homeoffice das Leben bestimmen, geht nichts mehr ohne Telefon, Video und Datentransfers. Deshalb hatte das Team IT der Abteilung Service auch 2021 diese Technik ständig anzupassen und zu erweitern. Denn nur so sind zigtausende Beratungen und Begutachtungen auch unter Pandemie-Bedingungen möglich.

Gerade die sogenannten „Begehungen“ der Krankenhäuser, also die Begutachtungen im persönlichen Kontakt mit Krankenhaus-Beschäftigten, musste auch im vergangenen Jahr immer wieder wegen der Infektionsgefahr ersetzt werden. „Wir hatten dafür bereits Videokonferenzen etabliert. Was noch gefehlt hatte, war eine datensichere Konferenz, um noch mehr zu leisten“, sagt Lutz Remshardt, der Leiter der Abteilung Service. Mit dem Umstieg von der bisherigen Plattform „Webex“ auf „BigBlueButton“ (BBB) wurde ein neuer Standard etabliert. Der Vorteil: BBB läuft auf den eigenen Servern des Medizinischen Dienstes Nord und ist damit datensicher. „Damit können sich die Gutachterinnen und Gutachter nun in virtuellen Konferenzen zu konkreten einzelnen Fällen genauso austauschen, als ob sie zusammensaßen“, betont IT-Teamleiter Dieter Teekenbörg den Vorteil, dass man sich gegenseitig Dokumente zeigen und sie besprechen kann. Und das gelte für interne wie externe virtuelle Sitzungen. Rund 270 Begehungen zu Abrechnungsprüfungen hat allein die Abteilung Krankenhaus in 2021 auf diese Weise ersetzen können. (siehe „Quote macht Aufträge anspruchsvoller“, Seite 8)

„Diese virtuellen Lösungen sparen außerdem viel Reisezeit ein“, hebt Abteilungsleiter Remshardt hervor, „die ansonsten für die oft langen Fahrten der in der Regel drei Gutachterinnen und Gutachter in weit entfernte Krankenhäuser erforderlich wären –

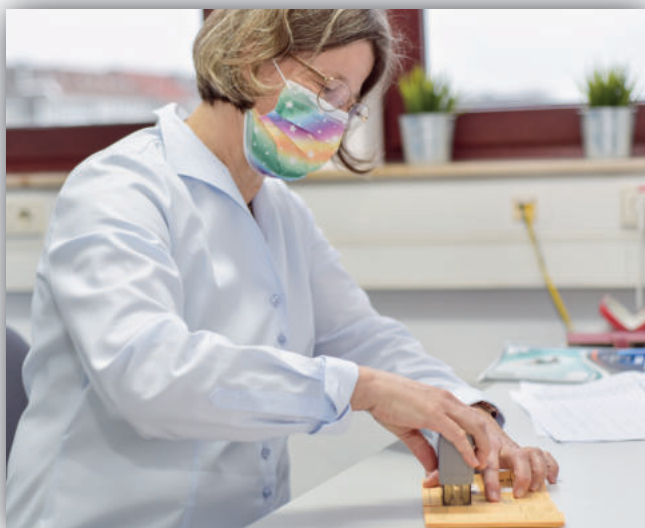
für das gleiche Ergebnis wie jetzt!“ Deshalb seien die „Vikos“ intern gut angenommen worden „und auch für die Zukunft nach der Pandemie eine Option“, so Remshardt. Dieser Standard hat ebenso die vielen Bewerbungsgespräche der Abteilung Personal und Finanzen nachhaltig verändert. Auch sie finden mittlerweile in den virtuellen Viko-Räumen statt. (siehe „Alternativ mit Anspruch und festen Arbeitszeiten“, Seite 22).

Eine weitere Herausforderung war es, die schnelle Kommunikation innerhalb der Teams zu erhalten. Denn statt sich im Büro, auf dem Gang oder im Sozialraum zu begegnen und auszutauschen, arbeiteten die meisten immer wieder im Homeoffice. Dafür musste die IT eine technische Lösung finden, „die weniger aufdringlich als E-Mails aber breit gestreuter als einzelne Telefonate ist“, beschreibt Dieter Teekenbörg die Aufgabe. Ein Messenger-Dienst wie „WhatsApp“ kam jedoch wegen des Datenschutzes nicht in Frage. Das Ergebnis ist der Messenger „Rocket.Chat“, der wie die Viko-Plattform BBB auf den eigenen Servern in Hamburg läuft und eine gesicherte Kommunikation ermöglicht, „auch über das eigene Smartphone, so wie es viele gewohnt sind“, ergänzt Teekenbörg. Was gut angenommen wird: Bis zu 150 Mitarbeitende tauschen sich seit dem Start in diesem – rein beruflichen – Chatraum aus, im Schnitt rund 90 am Tag.

Für diese vielen Anforderungen hat die Abteilung Service die Leistung der Internet-Datenleitungen auch 2021 weiter ausbauen müssen: Erreichte sie Ende 2020 noch ein Gigabit pro Sekunde, stieg die Leistung im Herbst auf zehn Gigabit pro Sekunde. Und ein weiterer Ausbau, sagt Lutz Remshardt, sei auch in 2022 jederzeit möglich.



Eigene Impfkation – jede Spritze zählt



Die Impfung gegen das Corona-Virus machte 2021 den Unterschied zum ersten Pandemie-jahr aus – auch für die Arbeit der Medizinischen Dienste. Doch vom ersten „Piks“ für Ältere und Schwerkranke bis zum Angebot für alle war es auch im Norden ein langer Weg. Die öffentlich angebotenen Impftermine waren heiß begehrt und online schwer zu ergattern. Eine eigene, betriebsärztliche Impfkampagne stellte schnell parallel dazu sicher, dass die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Nord für ihre Aufgaben die jeweils erforderliche Immunisierung erhielten.



als Corona-Beauftragter die medizinische Sicht.

Frühzeitig geplant

„Wichtig war, dass wir dann sehr frühzeitig in die Planung eingestiegen sind“, schildert Remshardt den Start der eigenen Impfkampagne. Die war möglich geworden, als Betriebsärzte der Coronavirus-Impfverordnung zufolge mit eingebunden werden durften.

„Wir sind dann sofort aktiv geworden und konnten mit unserem Team und der Betriebsärztin in der ersten möglichen Kalenderwoche loslegen.“ Zum Start Anfang Juni bekamen dann bis zu 60 Beschäftigte an zwei Standorten eine Impfung, die bis dahin noch nicht in öffentlichen



Ein internes Impfteam unterstützt Betriebsärztin Dr. Birgit Zachradnik (oben), bereitet die Spritzen vor, verwaltet Termine und Impfbuch-Einträge und klärt ärztlich auf (unten).



Bevor die Betriebsärzte aktiv werden konnten, hatte die intern gebildete „Corona-Taskforce“ die Gutachterinnen und Gutachter im Frühjahr 2021 für die öffentliche Impfkampagne vorgesehen und die Verwaltung die erforderlichen Bescheinigungen ausgestellt. Was bedeutet, dass sie damit zur Gruppe 1 gehörten, die fast zeitgleich nach der Gruppe der besonders vulnerablen sehr alten und schwerkranken Bevölkerung geimpft werden konnte. „Das war wichtig, weil unsere Kolleginnen und Kollegen gerade diesen besonders geschwächten Menschen begegnen würden, zum Beispiel in der Pflegebegutachtung“, erklärt Lutz Remshardt, der als Arbeitgeber-Beauftragter für den Arbeitsschutz die Impfkation mit aufgebaut hat. „Und alles, was die Mitarbeitenden schützt, schützt am Ende auch die Versicherten“, ergänzt Dr. Martin Schünemann



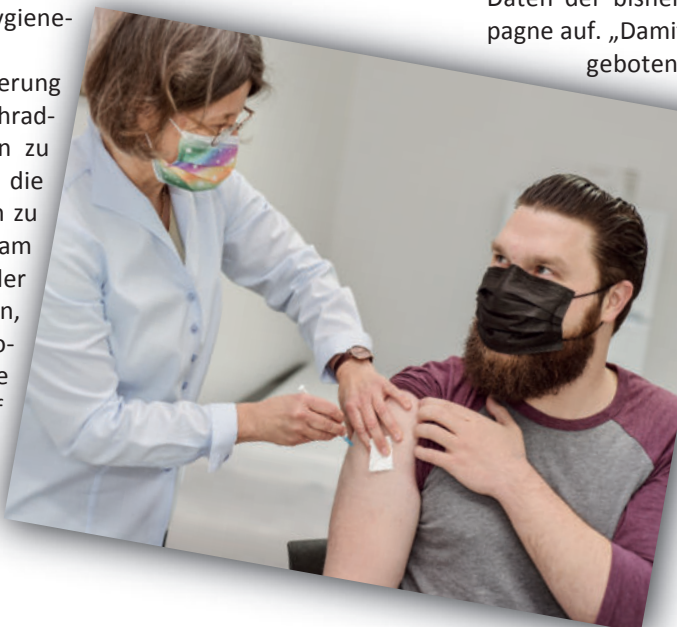
Beschäftigte bekommen ihre Auffrischungsimpfung im BBZ Hamburg. Damit ergänzt die betriebsärztliche Impfkampagne die öffentlichen Angebote.



Impfzentren und bei Hausärzten die Chance dazu hatten. „Das zeigt, dass wir mit unserem Angebot eine Lücke schließen und alle noch offenen Wünsche nach einer Erstimpfung erfüllen konnten“, so Remshardt. Für Dr. Schünemann war wichtig, dass damit auch Kolleginnen und Kollegen bereits im Juni eine Impfung erhielten, die zwar keine Priorisierung hatten, jedoch in Präsenz arbeiteten und sich und andere in den Büros anstecken könnten – trotz aller sorgfältigen Hygienemaßnahmen.



Eine Herausforderung war für Dr. Birgit Zachradnik, als Betriebsärztin zu den Terminen auch die benötigten Impfdosen zu bekommen. „Im Juni kam nur ein Bruchteil der bestellten Impffläschen, der ‚Vials‘. Zum Boostern war später die Bestellmenge auf fünf Vials, also 30 der Biontech-Impfdosen pro Woche begrenzt“, erklärt sie, und hatte



damit ähnliche Hürden zu nehmen wie die meisten niedergelassenen Ärzte.

Nächster Einsatz für den „Booster“

Als für den „Booster“ im vergangenen Herbst öffentliche Termine wieder nur schwer zu bekommen waren, sprang das Impfteam erneut früh ein: „Ende Oktober informiert, am 12. November Termine festlegt, den ersten Booster haben wir am 9. Dezember verabreicht. An insgesamt vier Terminen bis Anfang Februar haben wir dann Auffrischungen verimpft und zusätzlich einige Erst- und Zweitimpfungen“, zählt Lutz Remshardt die Daten der bisher letzten Kam-



pagne auf. „Damit haben wir noch einmal allen die Möglichkeit geboten, sich wirksam gegen das Corona-Virus zu schützen“, sagt Dr. Martin Schünemann. Dies sei nur möglich gewesen, betont Betriebsärztin Birgit Zachradnik, weil sie ein medizinisch qualifiziertes und sehr engagiertes internes Impfteam unterstützt habe. Das Ergebnis: eine Quote der vollständig Geimpften von mehr als 99 Prozent im ersten Quartal 2022. „Bis auf eine bedauerliche Ausnahme“, so Dr. Martin Schünemann, seien ernsthafte Covid-19-Erkrankungen von Mitarbeitenden bisher ausgeblieben.



Begutachtung ist mehr als ein Gespräch

Ein zweites Jahr Corona-Pandemie, mehr Erfahrung damit bei allen Beteiligten, eine Grundimmunisierung plus Booster-Kampagne – und doch ist die Pandemie nicht vollständig im Griff. Die telefonische Pflegebegutachtung ist 2021 weiterhin die Regel geblieben, der persönliche Hausbesuch nur eingeschränkt möglich. Dabei hat die Telefonbegutachtung ihr Potential bewiesen und könnte auch in Zukunft die Begutachtung als effizientes Verfahren im häuslichen Umfeld ergänzen.

Die Hoffnung war groß, dass mit dem Start zum Jahreswechsel und Anfang 2021 in der Pflege langsam wieder Normalität einzieht. Gerade weil die besonders gefährdete Gruppe der Pflegebedürftigen und Älteren als Erste geimpft werden konnten. Doch es entwickelte sich anders:

die Impfkampagne verlangsamte sich nach dem Erreichen einer gewissen Impfquote, die Sieben-Tage-Inzidenzen gingen nur langsam zurück.

„Nur im Sommer von Anfang Juli bis Mitte August lagen die Infektionszahlen so niedrig, dass wir persönliche Begutachtungen wieder leisten konnten. Gerade einige



Dr. Martin Schünemann

Wochen hat es gedauert“, blickt Dr. Martin Schünemann zurück. Für den Leiter der Abteilung Pflegeversicherung stand danach jedoch wieder fest: „Bei steigenden Inzidenzen von 80 bis über 100 fast überall in Hamburg und Schleswig-Holstein und der zu der Zeit vorherrschenden, aggressiveren Delta-Variante des Corona-Virus waren Hausbesuche und die damit verbundene Infektionsgefahr für die Versicherten zu groß.“

Noch ein weiterer Grund sprach gegen persönliche Kontakte: Bei jede Woche rund 7.000 Kontakten mit Versicherten, deren Angehörige und Pflegepersonen konnte der Medizinische Dienste

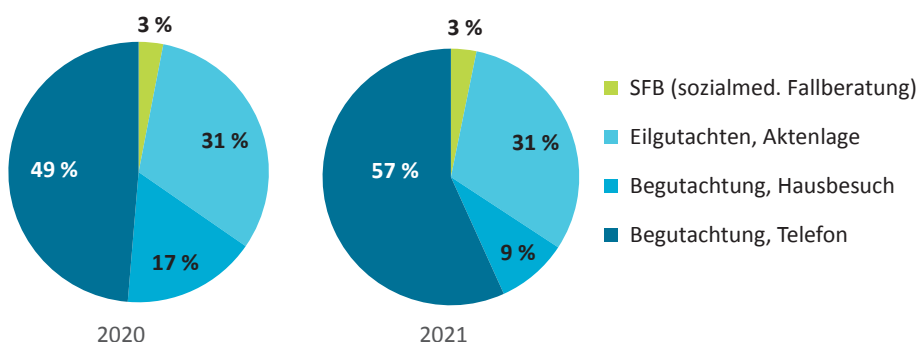


Die Pflegebegutachtung im Hausbesuch (oben) musste 2021 wegen der Infektionsgefahr fast durchgängig die Ausnahme bleiben. Die Begutachtung im strukturierten Telefongespräch (rechts) folgt dem gleichen System mit bundesweit einheitlichen Fragen und Einschätzungen und hat sich als Alternative bewährt.

Nord nicht mehr im Vorwege sicherstellen, dass alle Kontakte auch ausreichend immunisiert sind. „Und selbst wenn die Antragsteller und ihre Angehörigen einen Impfstatus angeben, wissen wir nie, wer aktuell vor Ort die Begutachtung begleitet.“ Da auch Geimpfte die Infektion weitertragen können, bestünde für die Pflegebedürftigen ein kaum kalkulierbares Erkrankungsrisiko, warnt Schünemann, der die Begutachtungen aus eigener Erfahrung sehr gut kennt.

Kritisch sieht er zudem, dass sich bei Begutachtungen im eigenen Wohnumfeld eine wachsende Sorglosigkeit entwickelt hatte: „Regelmäßig bekam ich Rückmeldungen, dass Angehörige ohne Mundschutz auftraten, die dann lange über die Sinnhaftigkeit von Schutzmaßnahmen in der Begutachtung diskutieren wollten.“ Die Folge sei dann gewesen, dass die

Vergleich der Jahre 2020 zu 2021 Fallabschluss Pflege-Einzelfallgutachten Abteilung Pflegeversicherung



Dr. Merle Klepik, ärztliche Gutachterin,
Fachbereich § 18 SGB XI, Abteilung
Pflegeversicherung

„Hier kann ich dazu beitragen, dass Menschen die Pflege bekommen, die ihnen zusteht“, bringt es **Dr. Merle Klepik** auf den Punkt, und meint die Arbeit in der Pflege-Einzelfallbegutachtung, also die, bei der es um die Feststellung von Pflegegraden nach Paragraph 18 des elften Sozialgesetzbuches geht. Dabei schlägt die 41-Jährige aus der Nähe von Kiel einen Bogen zu ihrem Start als Kinderkrankenschwester.

Weil die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten für sie als damals 23-Jährige „sehr absehbar“ waren, wie sie heute sagt, hatte sie Medizin studiert und schließlich elf Jahre in der Kinderchirurgie gearbeitet. „Heute finde ich es sehr spannend, beim Medizinischen Dienst nicht nur die Krankheitsbilder von jungen wie alten Menschen zu sehen, sondern ihnen auch konkret Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie etwas für sich verbessern können, wo sie Hilfe finden.“

Abwechslungsreich! Das fällt ihr spontan zu ihrem jetzigen Arbeitsalltag ein: An zwei Tagen in der Woche begutachtet sie, also besucht sie Menschen, die Pflege beantragt haben, in ihrem Wohnumfeld – sei es zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung. An den anderen Tagen sichtet und bearbeitet sie Anträge mit besonderen medizinischen Fragestellungen. Oder es ist ihr Fachwissen gefragt, um pflegefachliche Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen:

Dabei kann es zum Beispiel um Fragen zu besonderen Krankheitsbildern oder um Maßnahmen gehen, die das Wohnumfeld verbessern sollen, sowie auch die Frage, ob eine Rehabilitation für jemanden sinnvoll sein könnte. Diese beratende Funktion sei sehr befriedigend,

sagt sie, und schätzt dabei auch die vielen menschlichen Erfahrungen. „Ich höre so häufig, was für ein nettes Gespräch es war, wie diejenige oder die Angehörigen alles erzählen und zeigen konnten – unabhängig davon, ob am Ende der gewünschte Pflegegrad erreicht wird.“

Ihren eigenen Weg, raus aus der Klinik und zum Medizinischen Dienst Nord, bereut sie nicht. Nach einem Umzug hatte sie sowieso einen beruflichen Neustart geplant, der auch ihrer Familie zugute kommt. Getauscht hat Dr. Merle Klepik damit auch die starren Klinik-Arbeitszeiten „mit früher Visite und später Übergabe am Nachmittag“ gegen Gleitzeit und planbar freien Wochenenden und Feiertagen. Heute ist alles zusammen die richtige Kombination für sie.



das „Ansehen“ seien dabei nur ein Baustein. „Es kommt auf die Summe der vielen einzelnen Informationen an, weniger auf die einzelne.“

„Selbst wenn ich am Telefon etwas nicht so wahrnehmen kann, was ich vor Ort vielleicht besser erkennen könnte, hat eine einzelne Beobachtung selten entscheidende Auswirkungen auf den Pflegegrad“, erklärt er weiter. Das spiegelten auch die statistischen Auswertungen der Pflegegradempfehlungen zur Vor-Coronazeit wider. Doch ihm ist auch bewusst, dass die Begutachtung per Telefon nicht in jedem Einzelfall angemessen ist. Deshalb sehen sich die Gutachterinnen und Gutachter bis heute alle Begutachtungsaufträge intensiv an, bevor entschieden wird, wann ein Hausbesuch auch in der Pandemie unumgänglich ist – um dann alle aktuell nötigen Infektionsschutz-Maßnahmen dafür zu nutzen.

Kaum Unterschied zum Hausbesuch

Nach fast zwei Jahren Pandemie hat sich nach Einschätzung von Schönemann die telefonische Begutachtung insgesamt bewährt. Gerade für die Antragsteller sei sie in der Regel weniger belastend als der Besuch zu Hause. Deshalb sieht er die Begutachtung per Telefon auch zukünftig als eine gute Option. Vorausgesetzt, sie wird ins Gesetz mit aufgenommen. Die persönliche Begutachtung im Hausbesuch solle aber immer der Regelfall bleiben.



Gutachterinnen und Gutachter die Begutachtung vorzeitig beenden mussten.

Komplexes System von Fragen und Einschätzungen

Am Ende blieb die Begutachtung per Telefon auch 2021 fast die einzige Möglichkeit, den Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen prüfen. „Außerdem wissen viele gar nicht, dass die Pflegebegutachtung eben nicht einfach nur ein Gespräch ist, sondern ein komplexes System von Fragen und Einschätzungen“, gibt Dr. Schönemann zu bedenken. Der persönliche Kontakt und

Prüfen dort, wo Korrektiv fehlt

Pflege in Pflegeeinrichtungen: mal beklatscht, dann wieder in der Kritik – so ist „die Pflege“ Anfang 2021 etwa ein Jahr nach Beginn der Pandemie immer wieder in den Nachrichten. Die oberste Impf-Priorität und damit die ersten Impfungen boten seit dem Jahreswechsel 2020/2021 den besonders gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen Schutz. Damit konnten auch Regel-Qualitätsprüfungen wieder anlaufen. Allerdings nur dort, wo es auch zu verantworten war.

Das Jahr 2021 hat für die Gutachterinnen und Gutachter begonnen, wie das Vorjahr endete: mit ihrer Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitswesens in Gesundheitsämtern, der Hamburger Sozialbehörde und dem Kieler Sozialministerium. „So lange wie nötig und möglich“, sagt Elise Coners, die Leiterin des Pflege-Fachbereiches Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI, „das war das Ziel dieser Hilfe, wenn schon eine Prüftätigkeit regulär noch nicht möglich war. Die Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter sollte dort genutzt werden, wo sie benötigt wurde“. Am Ende blieben ihre Teams die letzten des Medizinischen Dienstes Nord, die die öffentlichen Stellen bei der Bekämpfung der Pandemie unterstützten.

„Bei Sieben-Tage-Inzidenzen ab 50 in einigen Regionen war angesichts der damals vorherrschenden Virusvarianten an reguläre Prüfungen noch nicht zu denken“, blickt sie zurück. „Schließlich war die vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen erst nach der Zweitimpfung wirksam geschützt, also anfangs trotz Erstimpfung immer noch besonders schützenswert.“ Im April konnte wieder mit den ersten Prüfungen begonnen werden. Vom 1. Juni an waren wieder alle Prüferinnen und

Prüfer im Bereich der Qualitätsprüfungen im Einsatz.

Allerdings auch dies der Pandemie angepasst: regelmäßige, mehrfache wöchentliche Testungen auf das Coronavirus gehörten genauso zu der Prüftätigkeit wie selbstverständlich das Tragen von Schutzmasken. Mit den Landesverbänden der Pflegekassen wurde frühzeitig vereinbart, dass vor allem die stationären Pflegeeinrichtungen zu prüfen sind. „Denn hier vermuteten wir ein größeres Risiko für die Bewohnerinnen und Bewohner von Qualitätsmängeln ihrer Pflege betroffen zu sein, weil das Korrektiv der Angehörigen während der Lockdowns gefehlt hatte“, erklärt Coners die mittlerweile gewonnenen Erfahrungen.

Anders im ambulanten Bereich: „Dort waren eher noch Angehörige da, sahen mögliche Probleme und konnten unterstützen, weil es keine Besuchsverbote wie in vollstationären

Pflegeeinrichtungen waren länger von Lockdowns und Betretungsverboten betroffen. Wo der Blick von Angehörigen fehlte, hatten Qualitätsprüfungen deshalb Priorität.

Jan Sauer, pflegfachlicher Gutachter, Fachbereich § 114 SGB XI, Abteilung Pflegeversicherung

Das könne er gut, sagt **Jan Sauer** von sich, und er macht es gerne: Prozesse bei Arbeitsabläufen erkennen, sie verstehen und dann bewerten. Eine gute Voraussetzung, um als Gutachter die Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste vor Ort zu prüfen und zu beraten. Und Prüfungen können ganz unterschiedlich verlaufen, berichtet der gelernte Krankenpfleger,

der unter anderem zehn Jahre in einer Notfallambulanz und im OP gearbeitet hat. In dieser Zeit hat Jan Sauer parallel auch noch Pflegemanagement studiert, bevor er „aus Neugier“, wie er sagt, zum Medizinischen Dienst kam.

Hier kann er bei Regel- oder Anlassprüfungen von Pflegeeinrichtungen nicht nur feststellen, ob einzelne Personen

richtig gepflegt werden, sondern auch ob systematische Fehler gemacht werden, die körperliche und seelische Auswirkungen auf viele Bewohner haben – oder bald haben könnten. Doch was so einfach klingt, erfordert Fachkenntnis für die Begutachtung: „Man muss professionell Pflegenden mit Examen sein und Berufserfahrung, sonst kann man das nicht machen.“

Wichtig ist ihm außerdem Einfühlungsvermögen für die Beratung, also eine „klare und gerechte Kommunikation“ mit dem Pflege-Personal. „Nur so lässt sich etwas zum Besseren ändern“, ist dem Diplom-Pflegewirt wichtig. Dazu gehört für ihn: „greifbar sein und feinfühlig, damit mein Gegenüber offen für meine Beratung bleibt.“

Auch sich selbst sieht er als „ständig Lernender“ seit 14 Jahren in einer sehr dynamischen Zeit, weil sich nahezu jedes Jahr in der Pflege-Qualitätsprüfung etwas ändert. Für die Pflege hatte sich Jan Sauer zu Anfang seines Berufslebens übrigens bewusst entschieden – und nicht für ein Medizinstudium, betont er: „Weil ich in der Pflege, intensiver als ein Mediziner, mehr den Menschen sehe und mich um das, was Erkrankungen bei ihm auslösen, kümmere.“ Das treibt ihn auch heute noch täglich an.





Pflegeeinrichtungen gab.“ So konnte der Fachbereich bis Ende des Jahres fast alle Regelprüfungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen leisten. Im November und Dezember verhinderten die steigenden Infektionsfälle mit der neuen „Omikron-Variante“ in den Pflegeeinrichtungen jedoch die letzten Einsätze.



Elise Coners

Ungeachtet der Pandemie war im vergangenen Jahr die vom GKV-Spitzenverband erlassene neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR vollstationär) mit ihren vielen Neuerungen anzuwenden (siehe „Pflegequalität und PlausiCheck“, unten). Dies war sowohl für die Gutachterinnen und Gutachter wie auch für die Pflegeeinrichtungen eine Herausforderung.



Pflegequalität und PlausiCheck

Der Medizinische Dienst überprüft – neben der Versorgungsqualität – auch, ob die Regeln der Datenerfassung der Ergebnisindikatoren durch die Einrichtungen eingehalten wurden (Plausibilitätskontrolle). Dies betrifft unter anderem Daten zu eingetretenen Druckgeschwüren (Dekubitus) und Stürzen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die die Einrichtungen im Rahmen der neuen Prüfsystematik zweimal jährlich einer Auswertungsstelle übermitteln müssen. Da es sich bei der Plausibilitätskontrolle um ein sehr komplexes Verfahren handelt, hat der Fachbereich Qualitätssicherung gemeinsam mit dem Controlling des Medizinischen Dienstes Nord in kurzer Zeit eigenständig die Softwareapplikation „PlausiCheck“ entwickelt, die die praktische Umsetzung dieser Prüfung unterstützt.

Gutachtenarten-Mix der Jahre 2018 bis 2021 Fallzahl amb. und vollstat. Leistungen (o. Widersprüche) Abteilung Pflegeversicherung

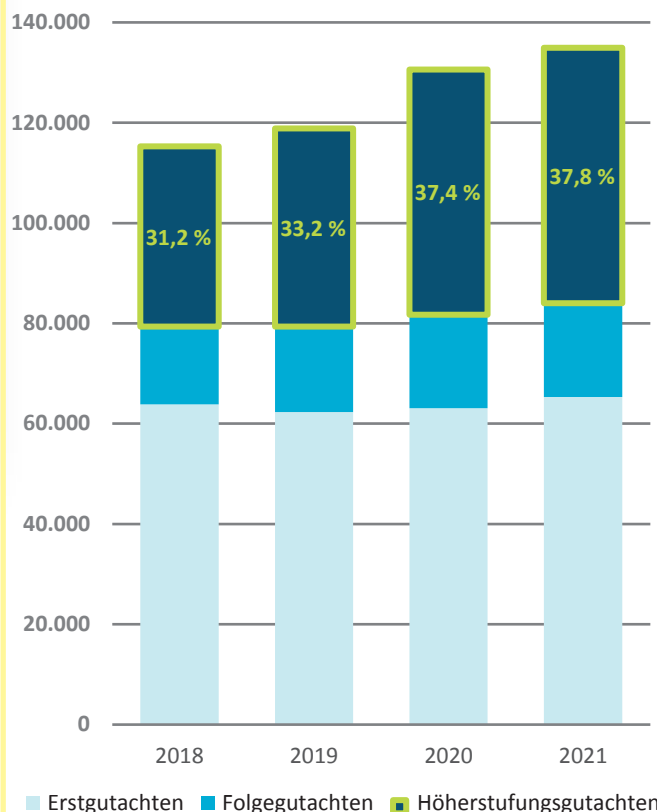


Diagramm 1

Was lässt die Zahl der Anträge stetig steigen?

Betrachtung von Dr. Martin Schünemann

Die allgemeinen Auswirkungen der Pandemie auf die Arbeit der Abteilung Pflegeversicherung und die Mitarbeitenden des Fachbereiches Einzelfallbegutachtung waren nur das eine Problem. Das andere war die erneute Auftragssteigerung: Im Jahr 2021 wurden rund 17.000 Aufträge mehr als im Vorjahr bearbeitet. Da bereits eine vergleichbare Entwicklung im Jahr davor zu beobachten war, stellt sich die Frage, ob und wie aus den vorhandenen Daten weitere Erkenntnisse zur Erklärung dieses Phänomens abgeleitet werden können.

Angesichts einer alternden Gesellschaft liegt die Vermutung nahe, dass ursächlich unter anderem ein demografischer Effekt wesentlich dafür verantwortlich sein könnte. In diesem Fall wären für die Erst- und Höherstufungsanträge in ähnlichem Umfang Auftragssteigerungen zu erwarten. Abweichend davon zeigen allerdings die Daten, dass seit 2020 insbesondere die Auftragszahlen bei den Höherstufungsanträgen über den zu erwartenden demografischen Faktor hinaus gestiegen sind, wie das **Diagramm 1** zeigt.

Wenn man im Vergleich dazu die Zahl der begutachteten Versicherten betrachtet, ließe der demografische Wandel jährlich nur ein Plus von rund zwei Prozent erwarten. Wie im **Diagramm 2** (folgende Seite) zu sehen, wären dies in den zwei „Coronajahren“ 4,1 Prozent mehr Begutachtete. Für die darüber

**Zunahme der begutachteten Versicherten (§ 18 SGB XI)
2020/2021 gegenüber 2018/2019**
Abteilung Pflegeversicherung

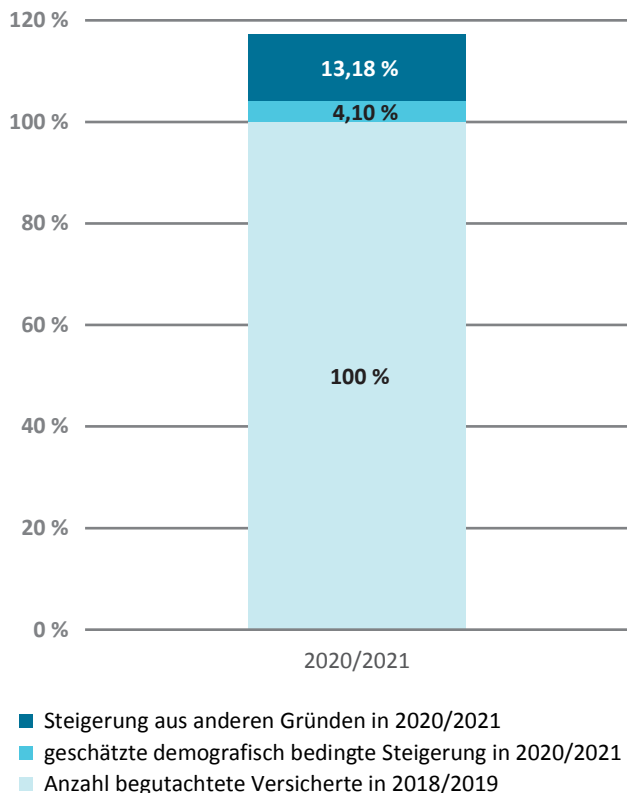


Diagramm 2

(Fortsetzung von Seite 21)

hinausgehende Anzahl der Begutachteten von zusammen rund 13,2 Prozent fehlen also weitere Erklärungen.

Naheliegender wäre es, dass auch die Umstände während der Pandemie zu einer erhöhten Auftragszahl durch die Versicherten beigetragen haben. So könnten erneute Anträge nach Telefonbegutachtungen darin begründet sein, dass Ergebnisse der Begutachtungen „ohne persönliche Inaugenscheinnahme“ von den Versicherten als nicht sachgerecht angesehen und das Ergebnis als nicht den Erwartungen entsprechend eingeschätzt wird. Allerdings entsprechen die Ergebnisse der Begutachtungen per Telefongutachten denen aus dem Hausbesuch nahezu vollständig.

Denkbar wäre, dass Versicherte mit den beantragten höheren Pflegeleistungen eine pandemiebedingt weggefallene persönliche Unterstützung ihrer Angehörigen oder finanzielle Einbrüche durch die Pandemie kompensieren wollten. Diese war auch für uns in der Abteilung – erkennbar aus persönlichen Mitteilungen der Angehörigen, aus Gesprächen mit den Pflegekassen und aus Widerspruchbegründungen – eine weitere Folge der Lockdowns während der Pandemie. Zusammengefasst sehe ich einzelne Aspekte, die die gesteigerte Zahl der Anträge zumindest teilweise erklären. Angesichts der möglichen Konsequenz auf die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung sollte diese Entwicklung weiter beobachtet und gegebenenfalls auch deren Gründe genauer ermittelt werden.



Alternativ mit Anspruch und festen Arbeitszeiten

War es trotz der Pandemie oder wegen ihr? Im Jahr 2021 verzeichnete der Medizinische Dienst Nord so viele Neueinstellungen wie nie zuvor: 78 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon allein 18 Ärztinnen und Ärzte. „Das zeigt weiterhin unsere Attraktivität als Arbeitgeber“, so Botho Müller, der Leiter der Abteilung Personal und Finanzen.

Botho Müller sieht als Grund zum Teil auch einen Nachholeffekt von 2020: „Viele haben zu Anfang der Pandemie ihren sicheren Arbeitsplatz nicht aufgegeben, es mit einigem Abstand dann aber doch gewagt“. Der „dritte Weg“ zwischen Klinik und Praxis werde von immer mehr Mitarbeitenden im Gesundheitswesen als Möglichkeit gesehen: für Ärztinnen und Ärzte als anspruchsvolle Alternative mit geregelten Arbeitszeiten an Stelle eines immer belastenderen Krankenhaus-Alltages. Für viele Pflegefachkräfte sei es sogar oft die einzige Möglichkeit, sich beruflich weiterzuentwickeln.

Hervorheben möchte Botho Müller auch die Berufsgruppe der Kodierfachkräfte. Mit 19 Neueinstellungen waren es mehr als doppelt so viele wie im Vorjahr. Dieses Berufsfeld für Pflegefachkräfte, die in der Abteilung Krankenhaus intensiv zu Kodierfachkräften aus- und weitergebildet werden, ist offenbar besonders attraktiv, so die Erfahrung von Botho Müller. „Das hat sich wohl inzwischen im Gesundheitswesen herumgesprochen.“

Doch keine Personalbilanz ohne die sogenannten „Abgänge“, die es auch unabhängig vom Renten-Eintritt gegeben hat: „Natürlich haben uns wie in jedem Unternehmen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freiwillig verlassen, die



Botho Müller

woanders andere Herausforderungen gesucht oder einfach ihre persönlichen Gründe hatten“, resümiert der Personalchef. „Zu einem ehrlichen Umgang gehört es für uns aber auch, solche Gründe zu erkennen und intern aufzuarbeiten“, betont er.

Insgesamt habe es der Medizinische Dienst Nord jedoch 2021 geschafft, nicht nur freigewordene Arbeitsplätze neu zu besetzen, sondern auch viele der neu geschaffenen Stellen.

Gerade in der Pandemie habe sich auch die bereits erprobte Be- und Anwerbung neuer Mitarbeitenden bewährt: „Sie ist komplett digital; wir bewegen dafür kein Blatt Papier mehr“, betont Botho Müller auch den Umweltschutz-Aspekt. Auf diese Weise verläuft der Weg von der digitalen Bewerbung, über die Kommunikation mit dem Recruiting, bis zu späteren oft digitalen Vorstellungsgesprächen. „Lediglich den Vertrag am Ende versenden wir noch als Brief.“ Homeoffice ja oder nein? Diese

Chantal Teschke, Recruiterin, Abteilung Personal und Finanzen

Es ist der „perfect match“, den sie ständig sucht. Übersetzt heißt es in etwa: Bewerbende, Arbeitgeber und die neuen Aufgaben sollten bestmöglich zusammenpassen. Diese Anglizismen der „Recruiter“ sind typisch für die international denkende Personalvermittlungsbranche, aus der **Chantal Teschke** kommt. Dort hat die gebürtige Münsterländerin den Beruf der Personaldienstleistungs-Kauffrau gelernt und viele Jahre als „Headhunterin“ von Hamburg aus neue Talente für Firmen im Finanzbereich gesucht. Nun ist sie zusammen mit ihrem Kollegen **Sascha Schulze** „auf der Jagd“ nach Talenten für den Medizinischen Dienst Nord – und damit erste Ansprechpartnerin, für alle, die sich bewerben. Und das sind mehrere hundert jedes Jahr.

„Wichtig ist uns dann immer das erste Telefonat, denn obwohl viele Bewerberinnen und Bewerber offenbar den Medizinischen Dienst kennen, ist oft nicht klar, welche beruflichen Möglichkeiten wir bieten.“ Hier gilt für sie der erste Eindruck, besonders arbeitgeberseitig. Übrigens längst nicht mehr in der bekann-

ten DIN A4-Mappe eingebracht, sondern zu 99 Prozent elektronisch über die Online-Bewerbungsmaske auf der Website, „was heute auch üblich ist“, betont sie. Das spiegelt auch die digitalisierte Arbeitsweise des Recruitings wider.

Chantal Teschke kennt sich mit den verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen aus, ihren Eigenschaften sowie den Wünschen der vielen Fachleute, die jedes Jahr beim Medizinischen Dienst Nord ihren neuen beruflichen Weg suchen. „Wie wir bestmöglich zusammenfinden, das will ich herausfinden. Für beide Seiten!“

Den „perfect match“ hat sie beim Medizinischen Dienst Nord übrigens auch selbst gefunden: Nach der Geburt ihres zweiten Kindes fand sie hier für sich die beste Möglichkeit, ihren anspruchsvollen Beruf und ihre Familie zu vereinbaren – so wie viele Bewerberinnen und Bewerber, auf die sie jetzt trifft.



Das typische persönliche Vorstellungsgespräch ist in der Pandemie kaum möglich. Bewerbende stellen sich stattdessen in der Videokonferenz vor.

häufig gestellte Frage von Bewerbenden kann im Medizinischen Dienst Nord längst bejaht werden.

Homeoffice auch nach der Pandemie

„Die Pandemie hatte die bereits laufenden Überlegungen stark beschleunigt“, blickt der Personalchef zurück. Seit Anfang 2021 hat er eine umfassende Vereinbarung mit dem Personalrat als Grundlage. Für viele Bereiche sieht diese mobiles Arbeiten an den Standorten vor, verbunden mit einem Anteil an Arbeitszeit im Homeoffice – jeweils individuell vereinbart mit den Beschäftigten, die sich an diesem Modell beteiligen wollen. Entsprechende Raumkonzepte für das mobile Arbeiten werden für

die Standorte erstellt. Dies alles greift jedoch erst nach Abflauen der Pandemie. Denn seit März 2020 gilt für alle Mitarbeitenden die sogenannte „Corona-Dienstvereinbarung“, die – mit kurzen Zwischenphasen – fast ausschließlich Arbeit im Homeoffice vorsieht, soweit es der Aufgabenbereich erlaubt. Die meisten Gutachterinnen und Gutachter gehören dazu.

Diese Maßnahme, verbunden mit einem strengen Infektionsschutz-Konzept, hat nach Meinung von Botho Müller auch dazu geführt, „dass wir, bis auf vereinzelte Fälle, Corona-Infektionen aus dem Medizinischen Dienst Nord heraushalten konnten“.



Digitalisierung der Arbeitsprozesse

Das Hauptprodukt der Abteilung Ambulante Versorgung war bis 2019 die sozialmedizinische Fallberatung (SFB) als kurzes handschriftliches Produkt überwiegend im direkten Gespräch mit den Beschäftigten der Krankenkassen in deren Häusern. Damit war eine schnelle und ressourcensparende Begutachtung von Aufträgen gewährleistet.

2020 kamen die ersten einschneidenden Veränderungen durch die Corona-Pandemie. Aus Gründen des Hygieneschutzes konnte die Kassen-SFB nicht mehr durchgeführt werden, Arbeitsplätze beim Medizinischen Dienst und den Krankenkassen waren überwiegend in das Homeoffice verlegt. Das läutete das Ende der Handschriftlichkeit und der Papierakte ein. Die Bearbeitung der Fälle wurde auf digitale Verfahren im gutachterstellenden Instrument des Medizinischen Dienstes Nord umgestellt (SFB postalisch/DTA). Hierdurch erhöhten sich die gutachterlichen Aufwände für die einzelne Fallbearbeitungen deutlich, da Medienbrüche die Regel waren. Letztlich war Corona aber der entscheidende Impulsgeber für die umfassende Digitalisierung der Arbeitsprozesse und eine Voraussetzung für eine zeitgemäße Arbeitsweise (siehe **Diagramm 1**).

Zwischenzeitliche Überlegungen zu einer Rückkehr zu den vorherigen Begutachtungsmodalitäten der SFB bei der Kasse nach dem Ende der Corona-Pandemie wurden im Sommer 2021 durch das Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsweiter-

entwicklungsgesetzes (GVWG) beendet. Das GVWG sah für alle fallschließenden gutachtlichen Stellungnahmen der Medizinischen Dienste eine ausschließliche elektronische beziehungsweise schriftliche Erstellung vor und definierte die Mitteilungspflichten nach Paragraph 277 SGB V neu. So verschwanden die SFB zugunsten der elektronisch erstellten SFB.

Aufwände für gutachterliche Stellungnahme steigen

Nach der Pandemie wurde das GVWG zum Booster der Digitalisierung. Die Anforderungen an fallabschließende gutachtliche Stellungnahmen der Medizinischen Dienste wurden erstmals gesetzlich definiert durch Anfügen eines Absatzes 6 im Paragraph 275 SGB V: „Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“

Die neuen gesetzlichen Anforderungen sind für die umfassenderen gutachtlichen Stellungnahmen, den Kurzgutachten und Gutachten, ohne Auswirkungen, da diese regelhaft schon seit vielen Jahren als elektronisches Produkt erstellt wurden. Allerdings war die fallabschließende SFB in besonderer Weise von dieser gesetzlichen Regelung betroffen. Bislang war dort nur

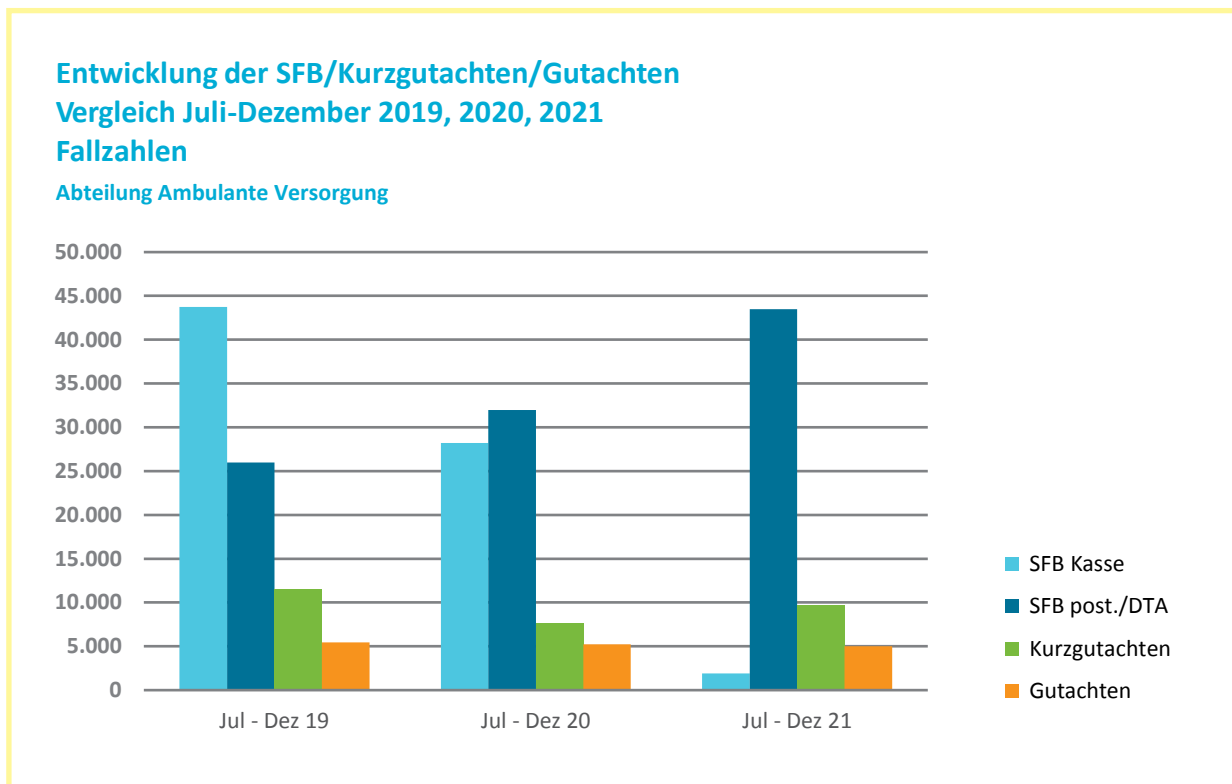


Diagramm 1

Entwicklung der SFB/Kurzgutachten/Gutachten Vergleich Juli-Dezember 2019, 2020, 2021 Stunden

Abteilung Ambulante Versorgung

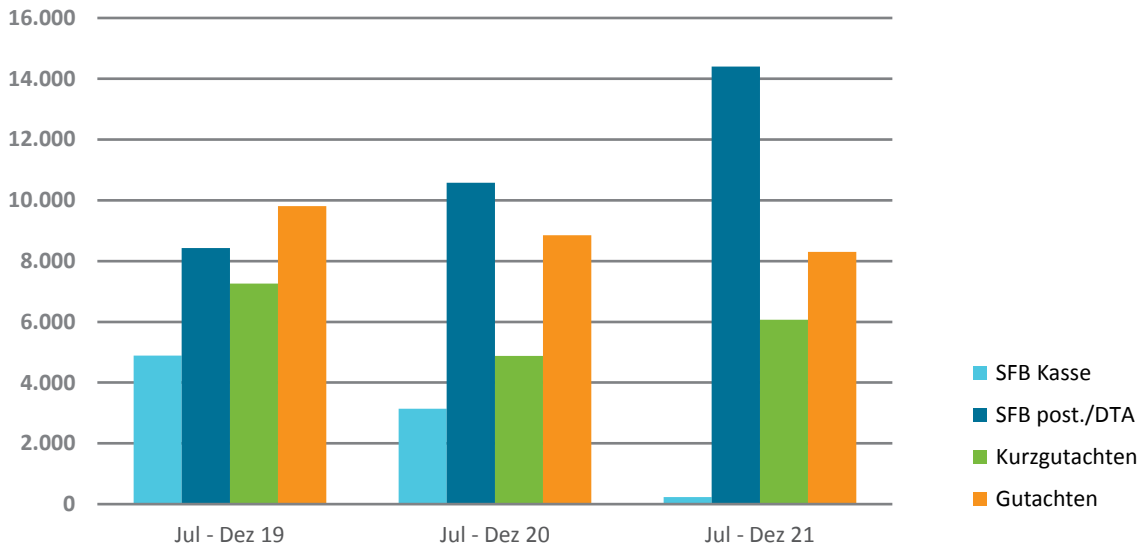


Diagramm 2

die Beantwortung der Frage des Auftraggebers gefordert. Deswegen musste der Produktkatalog der Medizinischen Dienste, in dem die Standards unserer Produkte definiert sind, auf Bundesebene überarbeitet werden. Hier übernahm der Medizinische Dienst Nord eine federführende Rolle.

Im Ergebnis war die Ambulante Abteilung des Medizinischen Dienstes Nord im Hinblick auf das häufigste Produkt der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) besonders von dieser gesetzlichen Neuregelung betroffen. Das bestätigt sich bei Betrachtung der Stundenzahlen der Abteilung Ambulante Versorgung des Medizinischen Dienstes Nord – insbesondere im zweiten Halbjahr 2021 (siehe **Diagramm 2**).

Der Aufwand der Begutachtung stieg und trotz deutlich reduzierter Erledigungszahlen im Vergleich zu 2019 war der Aufwand in Stunden in 2021 nicht erheblich niedriger. Seit 2020 war bei ebenfalls absinkenden Fallzahlen ein Anstieg der aufzubringenden Stunden für die

Erledigung der Fälle im zweiten Halbjahr 2021 zu verzeichnen.

Datenerhebung eingeschränkt

Vor allem beim häufigsten Begutachtungsanlass Arbeitsunfähigkeit (AU) kam bis 2019 die Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) im direkten Gespräch mit Mitarbeitern der Krankenkassen zum Einsatz. Die schnelle und adäquate Fallbearbeitung war dort möglich, weil die Krankenkassen für eine entsprechende Fallvorbereitung und anhand der Informationen für eine gezielte Fallauswahl sorgten.

Dieses etablierte Verfahren endete mit dem GVWG. Durch Änderung des Paragraphen 275 SGB V wurden die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen erheblich eingeschränkt, denn relevante Informationen dürfen nicht mehr bei den Versicherten oder dem die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit ausstellenden Leistungserbringer erfragt werden. Krankenkassen dürfen nur noch auf Grundlage

einer gutachtlichen Stellungnahme um Informationen zu unseren Händen bitten. Dadurch wurde die arbeits- und zeitintensive Einholung medizinischer Informationen auf die Medizinischen Dienste verlagert.

Die Auswertung verdeutlicht den gestiegenen Arbeitsaufwand durch die Befundanforderungen bei den nicht-fallabschließenden SFB seit 2020 (siehe **Diagramm 3**, folgende Seite). Die einzige Möglichkeit einer leichten Kompensation ist jetzt nur durch vermehrte Befragung der Versicherten auf telefonischen oder persönlichen Weg durch die Gutachterinnen und Gutachter erreichbar.

Gesamtauswirkungen auf die Abteilung

Es war absehbar, dass die erhöhten Aufwände für die Fallbearbeitungen in 2021 trotz absinkender Fallzahlen mit den vorhandenen gutachterlichen Ressourcen nicht mehr zu kompensieren sind.

Eine Priorisierung von Fallbearbeitungen innerhalb der Abteilung existierte schon seit 2013 durch Fristen nach dem Patientenrechtegesetz. Diese Priorisierung wurde erfolgreich aufrechterhalten. Dies ging aber zu Lasten der Bearbeitung der übrigen nicht-fristge-



Dr. Barbara Mörchen

Anteil nicht-fallabschließender Aufträge AU-Erstbegutachtungen: 2.Hj. 2020/2.Hj. 2021 Stunden

Abteilung Ambulante Versorgung

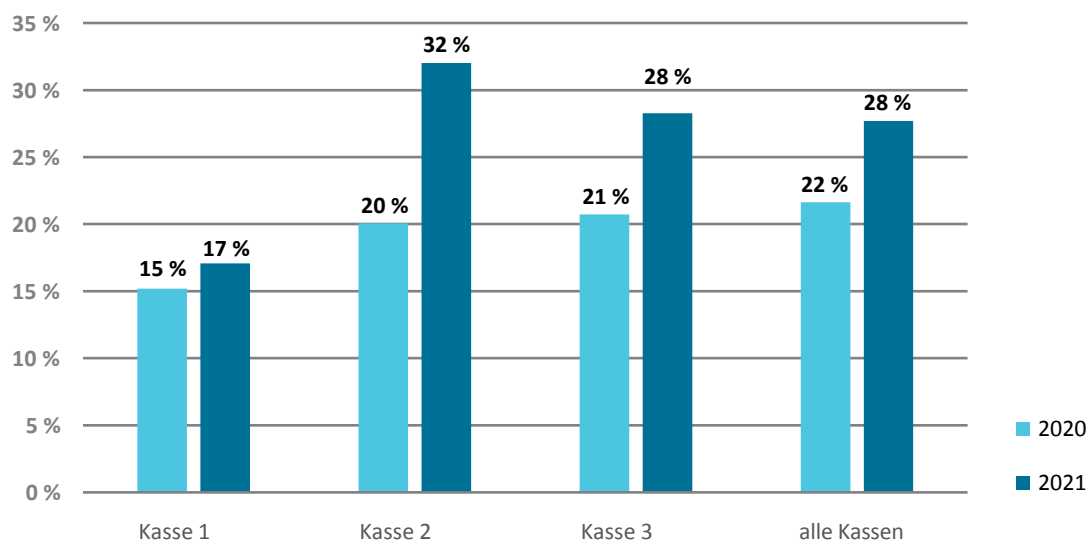


Diagramm 3

(Fortsetzung von Seite 25)

bundenen Fälle, die sich aus den Anlässen der Arbeitsunfähigkeit und aus den Widersprüchen aller Begutachtungsanlässe zusammensetzen. Es kam zu einem Anstieg der offenen Fälle, die in den letzten Jahren im Mittel bei 3.000 lagen und seit Herbst 2021 die Zahl 5.000 nicht mehr unterschritten. Gleichzeitig resultierte ein deutlicher Anstieg der Laufzeiten.

Druck von Versicherten und Krankenkassen hoch

Da es sich bei den Begutachtungsanlässen der Abteilung Ambulante Versorgung fast durchweg um Leistungen handelt, bei denen Versicherte auf Leistungen der GKV warten, ist diese Übergangszeit eine besondere Herausforderung für die Abteilung. Der Druck von Versicherten und Krankenkassen ist in nachvollziehbarer Weise hoch.

In einer Stellungnahme des MDS (heute Medizinischer Dienst Bund) vom 07.04.2021 zum Entwurf des GVWG wurden die oben aufgeführten Regelungen als Beitrag zu größerer Transparenz durchaus begrüßt. Und natürlich stärkt das GVWG die Position der Medizinischen Dienste, weil es deutlich macht, dass sensible Gesundheitsdaten nur in die Hände einer unabhängigen Begutachtungsinstitution gehören. Der MDS

resümierte: „Klar ist allerdings auch, dass die Neuregelung zu einem höheren Einsatz personeller Ressourcen zur Erledigung dieser Aufgaben führen wird oder zu einer Reduzierung der Erledigungen, wenn entsprechendes Personal am Arbeitsmarkt nicht verfügbar ist.“

Hier gilt der Dank dem Verwaltungsrat, der in sachgerechter Weise die erforderlichen zusätzlichen Stellen für 2022 bewilligt hat. Aktuell kompensieren die ersten Neueinstellungen zunächst nur die Altersabgänge. Die Produktivität wird sich daher wahrscheinlich erst zum Jahreswechsel 2022/2023 nach erfolgter Einarbeitung spürbar erhöhen.

Fazit und Ausblick: Das GVWG war zwar ein Gewinn im Hinblick auf die Stärkung der Unabhängigkeit und der Datensicherheit, führte im Gegenzug aber zu erheblich mehr Personalbedarf und einer Aufwandsteigerung für alle Beteiligten. Hier sind kreative Maßnahmen zu entwickeln, um möglichst ressourcenschonende Prozesse bei den Krankenkassen und Medizinischen Diensten zu implementieren.



Qualitäts-Portal: Soviel Standard wie nötig, so flexibel wie möglich

Die Medizinischen Dienste erstellen jedes Jahr mehrere Millionen gutachtliche Stellungnahmen. Anspruch ist, dass die Begutachtung bundesweit einheitlich in angemessener Qualität erfolgt. Der Gesetzgeber hat – neu – die Pflicht zum Erlass einer Qualitäts-Richtlinie in § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 aufgenommen. Die Qualitätssicherung besaß in den Medizinischen Diensten aber schon lange zuvor einen hohen Stellenwert.

Ergänzend zu den seit Jahren etablierten bundeslandübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Pflege und den Produktaudits wurde 2017 eine übergreifende Sicherung der fachlichen Qualität im Bereich der Begutachtung für die Krankenversicherung ins Leben gerufen. Auf Initiative der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste erfolgte dazu die Gründung einer bundesweiten Arbeitsgruppe. Zielstellung dieser Arbeitsgruppe war die Entwicklung eines Konzeptes für ein einheitliches Prüfverfahren der Gutachten für die Krankenversicherung auf der Basis eines fachlich einheitlichen Qualitätsverständnisses. Es handelt sich um eine verblindete Bewertung von Gutachten durch geschulte Begutachtende anderer Medizinischer Dienste (Peers) anhand zuvor festgelegter einheitlicher Qualitätskriterien. Das Konzept sieht die schrittweise Einführung der Qualitätssicherung in allen sozialmedizinischen Anlässen des SGB V vor.

Die beim Medizinischen Dienst Bund angesiedelte Geschäftsstelle QSKV unterstützt die „Qualitätssicherung in der Krankenversicherung“, QSKV, bei der Koordination und Organisation von Veranstaltungen. Darüber hinaus übernimmt die Geschäftsstelle das Controlling und Monitoring von Datenflüssen zur zeitgerechten Einstellung der zu prüfenden Gutachten in anonymisierter und pseudonymisierter Form sowie zur zeitgerechten Bewertung in der einheitlichen IT-Form durch die Medizinischen Dienste, die IT-gestützte Datenauswertung und das Erstellen von



Professor Reinhard Schuster

Berichten. Die Geschäftsstelle protokolliert die Ergebnisse der Konsensus- und der Qualitätskonferenzen. Sie ist Schnittstelle zwischen QSKV, den Kompetenzeinheiten und den Leitenden Ärztinnen und Ärzten. Ihr obliegt die Berichterstellung und Begleitevaluation in Kooperation und fachlicher Abstimmung mit der Qualitätskonferenz. Damit kommt der Geschäftsstelle eine Schlüsselrolle bei der Koordination der Qualitätssicherung zu.

Gestützt wird das ganze Verfahren durch eine zentrale Softwarelösung, die Auswertungen und eine entsprechende Evaluation des Verfahrens ermöglicht. Entwickelt wurde die Software durch **Professor Reinhard Schuster**, Leiter des Biometrischen Zentrums des Medizinischen Dienstes Nord.

Prof. Schuster, Sie haben das Portal programmiert, mit dem alle Medizinischen Dienste bei QSKV jetzt arbeiten. Was haben Sie gedacht, als man mit diesem anspruchsvollen Auftrag vor vier Jahren an Sie herangetreten ist? Hatten Sie Angst zu scheitern?

Wenn 15 Medizinische Dienste, die mit unterschiedlichen Software-Systemen arbeiten, interaktiv in einer gemeinsamen Plattform zusammenarbeiten sollen, sind

umfangreiche Schnittstellen- und Modellierungsprobleme zu lösen. Im Rahmen des gemeinsamen QSKV-Konzeptes muss die regionale Ausgestaltung der MD-internen Qualitätsprüfung durch jeden Medizinischen Dienst mit historisch gewachsenen Strukturen regional gestaltbar sein, da sich die Organisationsstrukturen in den Medizinischen Diensten in einer Vielzahl von Aspekten unterscheiden. Deshalb musste ein Portal erstellt werden, das einerseits ausreichend flexibel ist, andererseits hinreichend standardisiert ist.

Klingt anspruchsvoll, wie ist es gelungen?

Durch sehr viel Kleinarbeit und Abstimmung in Unterarbeitsgruppen der Qualitätskonferenz und in vielen bilateralen Gesprächen. Das Ganze ist ein ständig weiter lernendes System. Die ersten Erfahrungen Ende 2019 haben zum Beispiel gezeigt, dass zusätzlich ein Schulungsportal nötig ist. Das haben wir ergänzend programmiert, sodass es Anfang 2020 zur Verfügung stand. Und wir hatten einen entscheidenden Vorteil: Bei der IT-Umsetzung konnte auf die langjährigen Erfahrungen des Medizinischen Dienstes in der institutionsübergreifenden Pharmakotherapieberatung in Schleswig-Holstein zurückgegriffen werden.

QSKV hatte ja von Anfang an klare Zeitvorgaben. War das ein Problem?

Es war in der Tat eine spannende Frage, ob mit den vorhandenen Ressourcen die Fristen des Konzeptes eingehalten werden können. Die fachlich nötige bundesweite Vernetzung aller beteiligten Professionen und Experten der Medizinischen Dienste und der IT-Entwicklung war ein potenziell kritischer Punkt. Viele engagierte Kolleginnen und Kollegen in den Medizinischen Diensten haben letztlich im ständigen Austausch einen Erfolg ermöglicht. Im ersten Schritt müssen die einzelnen Dienste Gutachten ins Portal hochladen, damit andere Dienste sie bewerten können. (Fortsetzung Seite 28)

(Fortsetzung von Seite 27)

Wie hat man sich das praktisch vorzustellen?

Zunächst werden von jedem Medizinischen Dienst Auftragsnummern und Metainformationen wie Anlass, Freigabedatum in das Portal hochgeladen. Anhand dieser Daten erfolgt eine Zufallsziehung der zu prüfenden Gutachten nach den Vorgaben im QSKV-Konzept. Die pdf-Dateien der zugehörigen gezogenen Gutachten müssen von dem Medizinischen Dienst, aus dem das Gutachten stammt, in einem weiteren Schritt anonymisiert beziehungsweise pseudonymisiert in das Portal hochgeladen werden. Bei Ziehung der Stichprobe wird die Größe der Dienste berücksichtigt. Jeder Medizinische Dienst prüft so viele Gutachten anderer Dienste, wie er in die bundesweit übergreifende Prüfung gibt.

Sobald die pdf-Dateien ins Portal hochgeladen sind, kann die interne und die bundesweit übergreifende Prüfung mit einer optional automatischen oder manuellen Verteilung auf die Prüfer beginnen. Die Ziehung und der pdf-Upload kann entweder manuell über einen Browser oder optional vollautomatisch über einen Web Service erfolgen.

Welche unterschiedlichen Rollen gibt es im QSKV-System?

Zentral ist die Frau oder der Mann mit dem „goldenen Schlüssel“ in jedem Dienst, Q-Rolle genannt. Mitarbeitende mit der Q-Rolle nehmen in den einzelnen Diensten die Zuordnung von Personen und Rollen vor. Jede personelle Veränderung muss durch die Q-Rolle vor Ort in das System eingestellt werden. Mitarbeitende mit der administrativen A-Rolle führen die Ziehung und der pdf-Gutachtenupload durch. Die Prüfer selbst haben die sogenannte P-Rolle. Für die Vorbereitung und Durchführung der Konsensuskonferenzen gibt es die K-Rollen.

Wie wird das System angenommen? Gab es Anlaufschwierigkeiten?

Das System ist von allen Medizinischen Diensten gut angenommen worden. Im Medizinischen Dienst Nord erfolgt die Administration, anders als in anderen Diensten, bereits überwiegend automatisiert. Eine Vielzahl von Prozessschritten müssen in allen Anlassgruppen regional umgesetzt und weiterentwickelt werden. Auch das ist ein lernendes System.

In einer Arbeitsgruppe wurden außerdem Online-Hilfen für alle Rollen entwickelt, wobei die Sichtweise des Anwenders führend ist. Wichtig war auch, die Prüfanleitung in der jeweils aktuellen Version als auch direkt im Portal zur Verfügung zu stellen. All das erhöht die Akzeptanz.

Wie wird die Pseudononymisierung der Gutachten sichergestellt? Macht das der Dienst, der die Gutachten hochlädt?



Für die Anonymisierung (Versicherteninformationen) und Pseudonymisierung (Gutachter) ist der Dienst, der die Gutachten erstellt hat, zuständig. Es sollen ergänzend zum Beispiel alle Ortsangaben entfernt sein (anonymisiert), damit der über-regional prüfende Dienst blind und neutral prüfen kann. Dazu ist es wichtig, keine personenbezogenen Informationen im Freitext des Gutachtens zu verwenden, da sonst ein unnötiger Aufwand in der nachträglichen Anonymisierung entsteht.

Fällt einem übergreifend prüfenden Dienst ein Anonymisierungs- oder Pseudonymisierungsfehler auf, ist über die Geschäftsstelle der Dienst zu verständigen, der das Gutachten erstellt hat. Dieser muss dann eine neue Version des pdf-Gutachtens hochladen, das die ursprüngliche Version ersetzt. Die Anonymität der Dienste untereinander bleibt also wegen der zwischengeschalteten Geschäftsstelle auch hier erhalten.

Wie geht es dann weiter? Wie kommt der Gutachter des anderen Dienstes und nur er an das Gutachten, das speziell von ihm zu bewerten ist?



Die Medizinischen Dienste in Deutschland arbeiten künftig mit dem neuen QSKV-Portal. Die zentrale Softwarelösung zur Auswertung und Evaluation hat Professor Reinhard Schuster programmiert.

Diese Zuordnung zu einem anderen übergreifend prüfenden Dienst läuft stets vollständig automatisiert und manipulationsfrei im Portal ab. Für die Zugänge sind hohe Sicherheitsanforderungen nötig, da ein Zugriff beliebig aus dem Internet erfolgen kann. Dies erfüllt das System selbstverständlich.

Das Ergebnis kann sein, dass der QSKV-Gutachter das Gutachten gut findet, so wie es ist. Was aber passiert, wenn aus Sicht des zweitbewertenden Medizinischen Dienstes das Gutachten Mängel hat?

Bei Bewertungsunterschieden zwischen der internen und der übergreifenden Prüfung bekommt der Dienst, der intern geprüft hat, die übergreifenden Bewertungen vorgelegt. Er hat dann die Möglichkeit seine Bewertung zu ändern (erster Schritt in der K-Rolle). Gutachten mit verbleibenden Bewertungsunterschieden bekommt im Vorfeld der Konsensuskonferenz ein dritter Medizinischer Dienst zur Bewertung vorgelegt, der dann auch Referent zu diesem Gutachten auf der Konsensuskonferenz ist.

Wie kommt die Bewertung dann zurück zu dem Gutachter, der das Gutachten erstellt hat? Es ist ja wichtig, dass er daraus etwas lernen kann.

Erst wenn die Prüfung ausreichend einheitlich erfolgt und erste Erfahrungen aus den Konsensuskonferenzen vorliegen, ist eine Rückmeldung an die Gutachter vorgesehen. Dies wird in einigen Diensten derzeit pilotiert und wird auch im Medizinischen Dienst Nord in diesem Jahr umgesetzt. Die Gutachter können – nach dem Ausrollen dieser Feedbackschleife – die Bewertung ihrer Gutachten im Portal anonym einsehen. Auch eine Kommunikation zwischen Gutachter und Prüfer kann über das Portal anonym erfolgen.

Was hat man sich unter der sogenannten Konsensuskonferenz vorzustellen?

Die Konsensuskonferenzen dienen, wie der Name schon sagt, der Konsensfindung. Ziel ist die abschließende fachliche Bewertung von Gutachten, die im ersten Schritt diskrepante Bewertungsergebnisse aufweisen. Bei Abstimmungen in der Konsensuskonferenz hat jeder anwesende Dienst genau eine Stimme, unabhängig von der Anzahl der anwesenden Personen. Die Ergebnisse werden allen Medizinischen Diensten zur Verfügung gestellt und sind Basis der ständigen Weiterentwicklung des

Systems. In den Konsensuskonferenzen werden außerdem Vorschläge zur Weiterentwicklung von Prüffragen und Bewertungsbeispielen diskutiert, die endgültigen Entscheidungen dazu fallen dann auf Vorschlag der Qualitätskonferenz in der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte.

Was ist der Unterschied von Konsensuskonferenz und Qualitätskonferenz?

Die Qualitätskonferenz ist das unabhängige anlassübergreifende Fachgremium. Es untersteht der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte und besteht aus benannten Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Medizinischen Dienste. Ihre Aufgabe ist die fachliche Bewertung der Ergebnisse der Konsensuskonferenzen, die Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens und die Vorbereitung der Berichterstattung.

Wie werden die Kompetenzeinheiten eingebunden?

Sozialmedizinische Expertengruppen (SEG), Kompetenz-Centren (KC), die Kompetenzeinheit Hilfsmittelverzeichnis und Foren sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste, in denen die fachliche Beratungs- und Begutachtungskompetenz gebündelt wird. Die Kompetenzeinheiten spielen eine wichtige Rolle in der Weiterentwicklung des Prüfinstrumentes und unterstützen die Durchführung der Konsensuskonferenzen aus fachlicher Sicht. Fachfragen müssen in der Fachebene und nicht formal im QSKV-Prozess gelöst werden.

Gibt es besondere Herausforderungen, die Sie auf sich zukommen sehen bei der weiteren Entwicklung, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Branchensoftware?

Geplant ist eine Überführung von QSKV in die sich im Aufbau befindende Branchensoftware MDConnect. Das ist sicher eine Herausforderung. Der aktuelle Entwicklungsstand zu QSKV wird den Entwicklern der Branchensoftware jeweils als Anforderung kommuniziert. Möglich wäre auch eine Kommunikation zwischen Branchenlösung und dem QSKV-Portal über einen Web-Service. Unabhängig davon werden wir das QSKV-Portal auch in diesem Jahr weiter verbessern, unter anderem durch Ausweitung statistischer Auswertungen und regionaler Ergänzungswünsche sowie der Gestaltung einer Service-Schnittstelle für die QSKV-Geschäftsstelle für das Controlling der Bewertungen weiterentwickeln.



Alle Leistungen des Medizinischen Dienstes Nord in 2021

389.219	versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen
617	Prüfungen der Qualität in der Pflege
949	abgeschlossene Strukturprüfungen
15.948	Stunden Grundsatzberatung, davon 4.523 mit externem Auftrag

Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

versichertenbezogene Stellungnahmen

fallsteuernd (nicht fallabschließend)	42.288
fallabschließend	185.272
Gesamt	227.560

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Anlassgruppe	Anzahl	Anteil
Arbeitsunfähigkeit	34.065	18,4 %
Stationäre Leistungen	86.157	46,5 %
Ambulante Leistungen	12.642	6,8 %
NUB/Arzneimittelversorgung	5.966	3,2 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	23.694	12,8 %
Hilfsmittel GKV	14.392	7,8 %
Ansprüche gegenüber Dritten (inklusive Behandlungsfehler)	2.237	1,2 %
sonstige Anlässe	6.119	3,3 %
Gesamt	185.272	100 %

Beratungen mit externem und internem Auftrag

Art der Beratungsstunden	Anzahl	Anteil
Projekt	643	4,2 %
Expertise	2.865	18,7 %
Schulung	1.170	7,7 %
Gremien/Ausschüsse	2.876	18,8 %
Qualitätsprüfung inkl. internes QSKV-Prüfverfahren	1.190	7,8 %
sonstige Beratung: Strukturprüfung, interne Aufträge KH, etc.	6.548	42,8 %
Gesamt	15.292	100 %

Interner Wissenstransfer (Strukturprüfungen, Behandlungsfehler, Sonstiges) **1.905**
Kodierfachkräfte (nicht produktbezogener Zeitaufwand) **2.309**

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

**) Im Gegensatz zur „Übersicht der GKV- und SPV-Leistungen“, die die Betrachtung nach Begutachtungsanlass vorsehen, werden im „Überblick nach Abteilungen“ der Input und Output der einzelnen Abteilungen oder Organisationseinheiten ausgewiesen.

Leistungen im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

versichertenbezogene Stellungnahmen

fallsteuernd (nicht fallabschließend)	5.403
fallabschließend	156.256
Gesamt	161.659

fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Begutachtungsart	Anzahl	Anteil
Erstbegutachtung	73.923	47,3 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	67.761	43,4 %
Widerspruchsbegutachtung	14.572	9,3 %
Gesamt	156.256	100 %

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Art der Prüfung	ambulant	stationär	Gesamt
Regelprüfung	36	558	594
Anlassprüfung	13	8	21
Wiederholungsprüfung	0	2	2
Gesamt	49	568	617

Beratungen

Art der Beratung	Stunden	Anteil
Projektarbeit/Expertise	54	8,2 %
Gremienarbeit	421	64,0 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung § 114 SGB XI	166	25,4 %
Schulung/Sonstiges	15	2,4 %
Gesamt	656	100 %

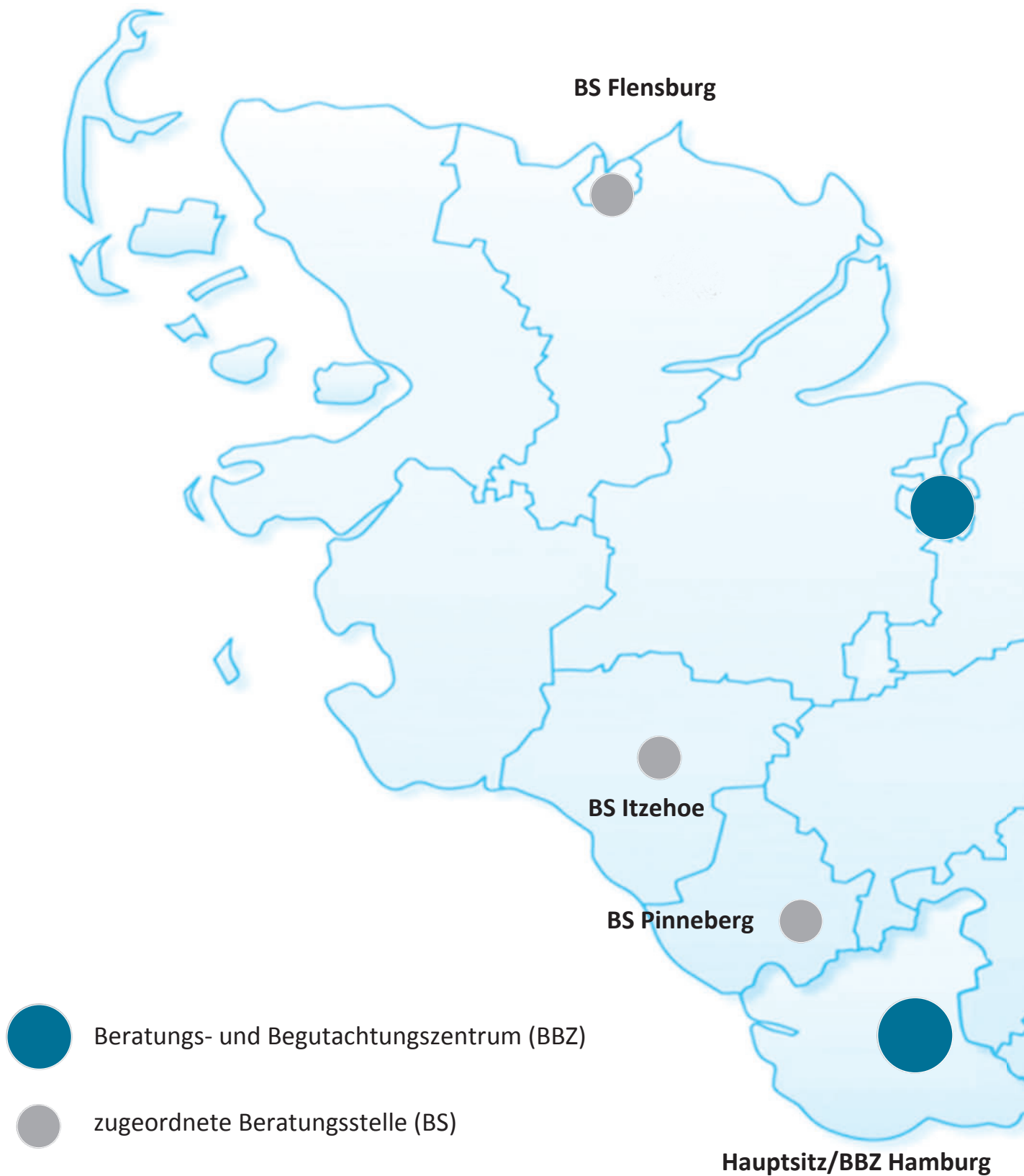
Überblick nach Abteilungen **

versichertenbezogene Stellungnahmen

Organisationseinheit	Auftragseingang* schriftlich	Auftragseingang gesamt	Ausgang schriftlich	Ausgang gesamt	Ausgang fallabschließend
Abteilung Ambulante Versorgung	116.960	128.481	110.937	122.458	93.808
Abteilung Krankenhaus	128.391	129.335	103.899	104.843	91.217
Abteilung Pflegeversicherung	186.752	186.755	161.915	161.918	156.503
Gesamt	432.103	444.571	376.751	389.219	341.528

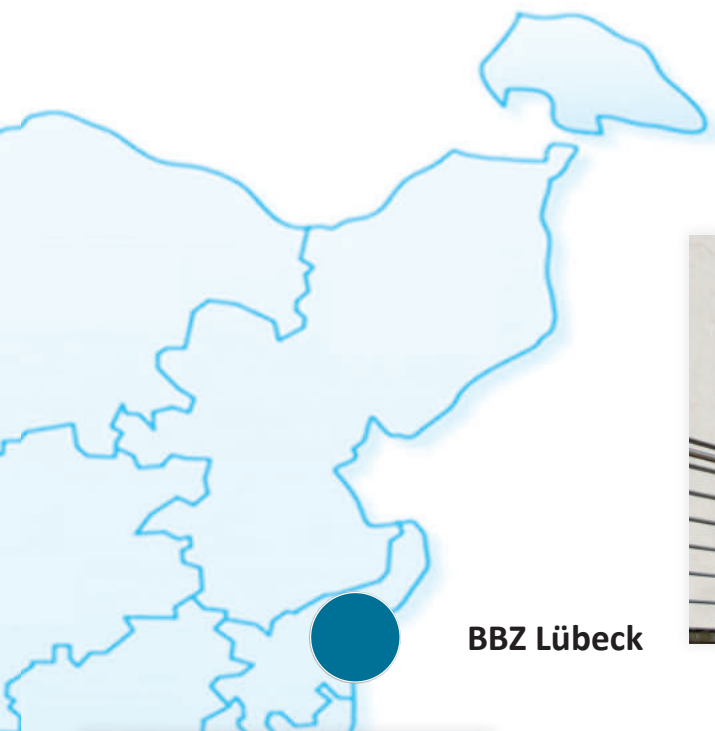
Begriffserläuterung: NUB = Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, QSKV = Qualitätssicherung Krankenversicherung

Standorte des Medizinischen Dienstes Nord





BBZ Kiel



BBZ Lübeck



BS Flensburg

Medizinischer Dienst Nord
Friedrich-Ebert-Straße 9
24937 Flensburg

Tel.	040 25169-5450
Fax	040 25169-9241

BBZ Kiel

Medizinischer Dienst Nord
Eichkamp 24c
24116 Kiel

Tel.	040 25169-5350
Fax	040 25169-9232

BBZ Lübeck

Medizinischer Dienst Nord
Fackenburg Allee 1
23554 Lübeck

Tel.	040 25169-5250
Fax	040 25169-9221

BS Itzehoe

Medizinischer Dienst Nord
Beethovenstr. 7
25524 Itzehoe

Tel.	040 25169-5620
Fax	040 25169-9461

BS Pinneberg

Medizinischer Dienst Nord
Heinrich-Christiansen-Str. 43
25421 Pinneberg

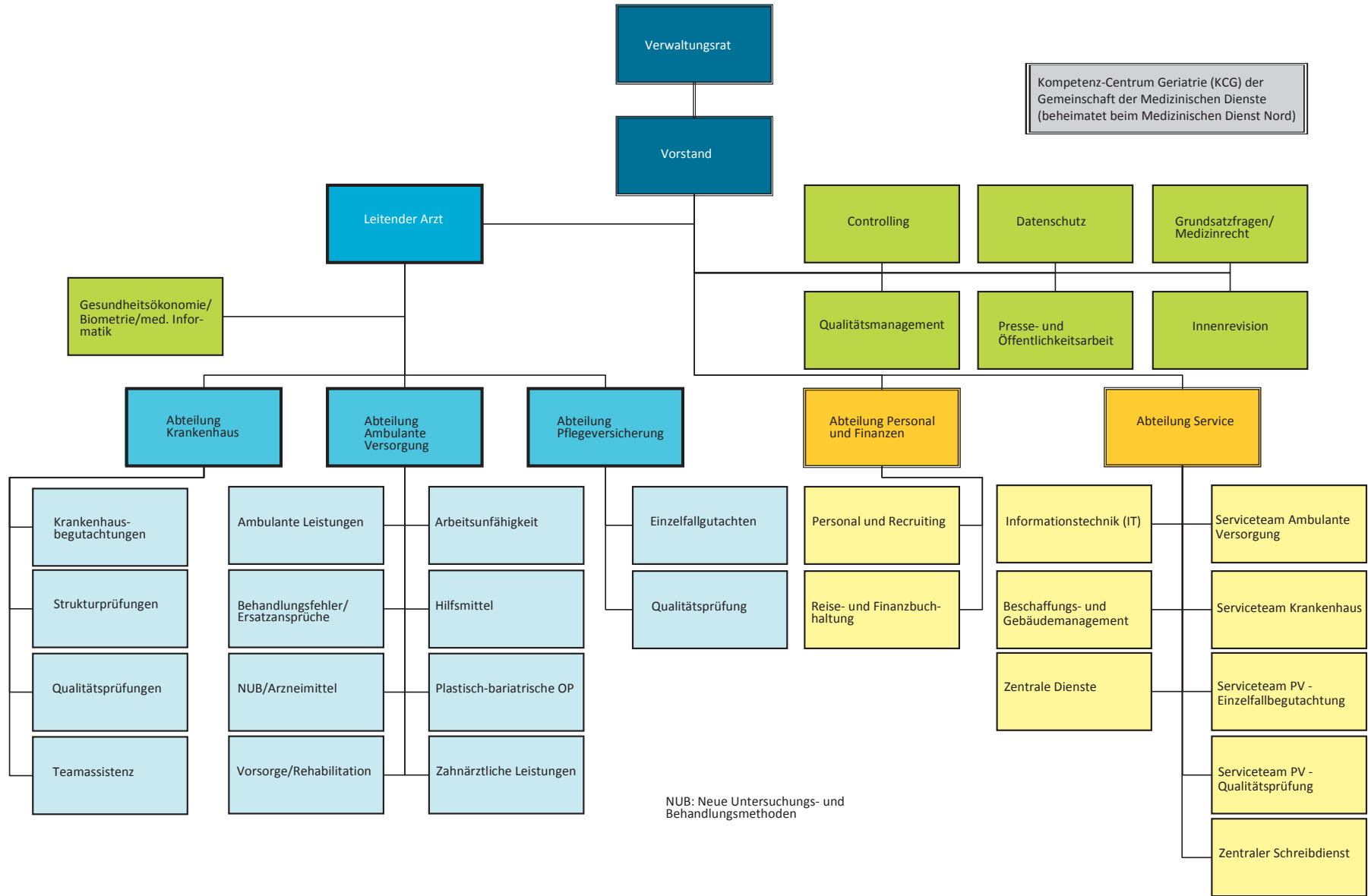
Tel.	040 25169-5750
Fax	040 25169-9271

BBZ Hamburg

Medizinischer Dienst Nord
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

Tel.	040 25169-0
Fax	040 25169-9514

Organigramm



Impressum

Herausgeber: Medizinischer Dienst Nord, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg, V.i.S.d.P. Peter Zimmermann, Vorstandsvorsitzender

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

Weitere Autoren:

Dr. Dirk Melcher, Stabsstelle Controlling, Seite 14 oben

Dr. Martin Schünemann, Seiten 21, 22

Dr. Barbara Mörchen, Seiten 24 - 26

Dr. Bernhard van Treeck, Seiten 27 - 29

Hana Koban / Thomas Rädisch, Stabsstelle Controlling, alle Diagramme sowie Seiten 30, 31

Fotos: Sandrina von Undin, außer: Daniel Reinhardt, Seite 3

Redaktion / Gestaltung / Layout / Umbruch: Jan Gömer

Druck: Druckerei Hinzke, Kanalstraße 62, 23552 Lübeck



**Medizinischer Dienst
Nord**

Hammerbrookstraße 5

20097 Hamburg

Tel.: 040 25169-0

E-Mail: info@md-nord.de

Website: <https://www.md-nord.de>

JAHRESBERICHT



2021 RÜCKBLICK/AUSBLICK 2022