

MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

JAHRESBERICHT

2017 RÜCKBLICK
AUSBLICK 2018

Vorwort des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Konstituierung des neuen MDK Nord-Verwaltungsrates für die Wahlperiode 2018 bis 2023 hat einige Veränderungen mit sich gebracht. Mit Ablauf der Amtszeit von sechs Jahren sind zum 31. Dezember 2017 mehr als die Hälfte der Mitglieder ausgeschieden. Einige waren seit der Gründungs- und Aufbauphase des MDK dabei und haben jetzt im Rahmen der Sozialwahlen, teilweise auch aus Altersgründen, dieses Ehrenamt der Selbstverwaltung abgegeben. Als neugewählter alternierender Vorsitzender danke ich dem bisherigen Verwaltungsrat ganz herzlich für seine Arbeit und die positive Begleitung des MDK Nord in den vergangenen Jahren. Der neue Verwaltungsrat kann dank der guten Vorbereitungen sowie der Beschlüsse für das Haushaltsjahr 2018 problemlos die Arbeit weiterführen und seine politische Verantwortung wahrnehmen.

Die neuen Mitglieder des Verwaltungsrates kommen aus unterschiedlichen Berufen und bringen ihre Erfahrungen aus den Selbstverwaltungen ihrer Krankenkassen und anderer Sozialversicherungsträger mit ein. Sie sind ehrenamtlich tätig und wollen durch ihr Engagement dazu beitragen, die Bedürfnisse der Versicherten und die gesellschaftspolitischen Diskussionen gleichermaßen im Blick zu behalten und somit einen Beitrag zur gesundheitspolitischen Weiterentwicklung zu leisten.

In den vergangenen beiden Jahren hatte der Verwaltungsrat des MDK Nord zahlreiche neue Stellen für die Stärkung der gutachterlichen Aufgaben genehmigt. Steigende Auftragszahlen sollen nicht zu längeren Bearbeitungszeiten für die Versicherten führen. Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade war in diesem Zusammenhang eine besondere und zusätzliche Herausforderung für die Abteilung Pflegeversi-

cherung. Die neue Systematik der Pflegegrade stellt einen Paradigmenwechsel dar, auf den sich die Gutachter durch intensive Schulungen vorbereitet hatten und die bei den Versicherten einen verständlichen Beratungsbedarf auslösten. Neben der demografischen Entwicklung führte insbesondere die Einführung der Pflegegrade zu einer deutlichen Steigerung der Anträge auf Pflegeleistungen. Rund 39.000 Versicherte in Schleswig-Holstein und Hamburg haben im vergangenen Jahr erstmals einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt.

Die neuen Mitglieder des Verwaltungsrates haben sich im ersten Quartal 2018 zügig in die anstehenden Aufgaben des Medizinischen Dienstes eingearbeitet. Die vorbereitenden Ausschüsse für verschiedene Arbeitsbereiche wurden gebildet und haben bereits ihre Arbeit aufgenommen. Wir erwarten, dass die Bundesregierung beim Herangehen an bekannte Reformbedarfe erfahrungsgemäß auch die Medizinischen Dienste miteinbeziehen wird. Dafür ist der Verwaltungsrat des MDK Nord gut vorbereitet und will Gesetzesvorhaben fachlich und sozialpolitisch aktiv begleiten. Nur so kann der MDK auch in Zukunft seine gesundheitspolitische

Verantwortung im Spannungsfeld zwischen Versorgungsstrukturen und individuellen Leistungsbedarfen wahrnehmen.

Vor diesem Hintergrund danke ich abschließend auch den inzwischen 530 Mitarbeitern des MDK Nord für ihren Einsatz und freue mich auf die Zusammenarbeit in der kommenden Wahlperiode.

Reinhard Richter, Vorsitzender des Verwaltungsrates



Reinhard Richter

Vorwort der Geschäftsführung und der Ärztlichen Leitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Jahren verzeichnet der MDK Nord einen Auftragszuwachs, so auch im vergangenen Jahr: **637.800** versichertenbezogene Stellungnahmen ist die Gesamtzahl der erledigten Aufträge. Das sind rund 6.000 mehr als 2016. Über die reine Quantität hinaus hat der MDK Nord auch viel für die Sicherheit der Versicherten geleistet. Das und anderes mehr will Ihnen dieser Jahresbericht 2017 aufzeigen.

Die Begutachtung von Behandlungsfehlern fällt vielen Betroffenen sofort ein, wenn sie die Hilfe des MDK suchen. 3.900 Versicherte aus beiden Bundesländern hatten im vergangenen Jahr – über ihre Krankenkasse – ihre Verdachtsfälle zur Begutachtung gemeldet, ähnlich viele wie in den Vorjahren. Ein von den Gutachtern bestätigter Behandlungsfehler hilft Betroffenen, wenn sie Ansprüche durchsetzen wollen. Alle, deren

Verdacht nicht bestätigt wird, finden Gewissheit, dass ein zermürender und teurer Rechtsweg wenig Aussicht auf Erfolg hätte. Auch das ist eine Form von Schutz, den der MDK Nord den Betroffenen geben kann.

MDK-Gutachter schützen durch ihre Begutachtung in bestimmten Bereichen Versicherte vor Behandlungsrisiken. Das ist besonders im Bereich der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Fall, zum Beispiel bei der Begutachtung von Anträgen auf Cannabis für medizinische Zwecke.

Nicht jede Innovation ist gut – oft überwiegt das Risiko den möglichen Nutzen und es gibt bessere Behandlungsoptionen. Die MDK-Gutachter wägen dabei in jedem Einzelfall den erwarteten Nutzen und gegebenenfalls bestehende psychische und körperliche Risiken ab. Ein ausführliches Interview zum Thema Cannabis in diesem Jahresbericht verdeutlicht das. Auch der Wunsch der



Dr. Bernhard van Treeck

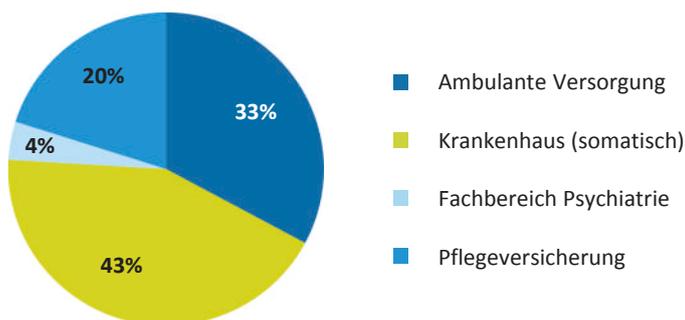
Patienten nach Behandlungssicherheit im Krankenhaus ist seit Jahren ein großes Thema. Als ein Anfang können die Krankenhaus-Strukturprüfungen des MDK Nord gesehen werden: Dabei überprüfen die Gutachter, ob die Klinik den qualitativen Anforderungen an eine bestimmte Behandlung entspricht, ob die Prozesse stimmen, ob erforderliche Räume und Geräte vorhanden und passend sind. Grundlage sind Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Strukturmerkmale bestimmter OPS-Kodes des DRG-Systems. Jedes Jahr beauftragen Krankenkassen mehr dieser Strukturprüfungen.

Alle Leistungen im Überblick 1: **637.800 versichertenbezogene Stellungnahmen,**

Gutachterliche Stellungnahmen

Im Jahr 2017 erstellte der MDK Nord **637.800** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen, davon **209.500** in der Abteilung Ambulante Versorgung, **274.900** in der Abteilung Krankenhaus (somatisch), **25.100** im Fachbereich Psychiatrie und **128.300** in der Abteilung Pflegeversicherung.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Organisationseinheit 637.800 Fälle



GKV-Anlässe/SPV-Anlässe

Für die GKV sind insgesamt **509.700** Stellungnahmen erstellt worden, davon **222.500** mit ambulantem und **287.200** mit stationärem Anlass; **128.100** für Anlässe der SPV. Abweichende Zahlen gegenüber der Betrachtung nach Abteilungen ergeben sich aus der abteilungsübergreifenden Bearbeitung bestimmter Stellungnahmen.

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



Peter Zimmermann

die Pflegeleistungen, auf die sie Anspruch haben, auch wirklich erhalten haben – ein neues Feld.

2017 haben neue Richtlinien diese Pflege-Qualitätssicherung noch engmaschiger gemacht. Und so geht es auch 2018 weiter. Seit Januar können auch vermehrt Leistungen der sogenannten „häuslichen Krankenpflege“ überprüft werden. Viele Anrufe und Anschreiben von Versicherten beim MDK Nord haben auch 2017 gezeigt, wie wichtig diese Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind. Meistens melden sie vermutete Missstände. Es melden sich auch Mitarbeiter aus der Pflege selbst, die sich zum Beispiel überfordert fühlen und zum Wohle der Bewohner Missstände melden. Das alles zeigt ein hohes Maß an Vertrauen, dem der MDK Nord gerecht werden will.

Diese Beispiele beschreiben die direkten Auswirkungen für die Versicher-

ten. Weniger offensichtlich ist jedoch die Steuerungsfunktion aller 637.800 versichertenbezogenen Stellungnahmen des MDK Nord. Sie führen dazu, dass die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sinnvoll eingesetzt werden. Denn schließlich ist es das Geld aller Versicherten, die auf die Solidargemeinschaft vertrauen, wenn sie selbst Hilfe brauchen.

Lesen Sie mehr dazu in diesem Jahresbericht 2017, der wie gewohnt auch die ersten Monate des neuen Jahres mit einbezieht und Ihnen einen Ausblick auf 2018 bietet.

Peter Zimmermann, Geschäftsführer

Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt

Was im Krankenhaus noch neu ist, ist in Pflegeeinrichtungen seit langem Routine. Mehr als 1.500 stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste in Hamburg und Schleswig-Holstein werden jährlich von Gutachtern des MDK Nord geprüft und beraten. Dabei werden die Abläufe in den Einrichtungen untersucht, aber vor allem sehen sich die Prüfer die Bewohner selbst an, sprechen mit ihnen, stellen fest, ob sie angemessen gepflegt werden.

Mit den Abrechnungsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten soll seit Ende 2016 ergänzend unter anderem festgestellt werden, ob Pflegebedürftige

1.530 Prüfungen der Qualität in der Pflege, 7.915 Stunden Grundsatzberatung

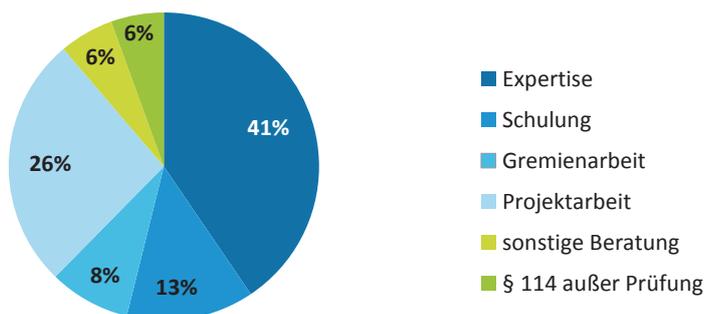
Qualitätssicherung

In Pflegeeinrichtungen sind **1.530** Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI geleistet worden.

Grundsatzberatung

Nicht versichertenbezogen sind über alle Abteilungen hinweg **7.915** Stunden Beratungstätigkeit geleistet worden.

Struktur der Tätigkeiten in der Grundsatzberatung (ohne Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI), 7.915 Stunden



Begriffserläuterung:

SFB Sozialmedizinische Fallberatung, im Krankenkassen-Gespräch oder postalisch

AU Arbeitsunfähigkeit

NUB Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

GKV gesetzliche Krankenversicherung

SPV soziale Pflegeversicherung

Inhalt

Vorwort des Verwaltungsrates	3
Vorwort Geschäftsführer/Leitender Arzt	4
Alle Leistungen im Überblick 1	4
Verwaltungsrat neu gewählt	7
Alle Leistungen im Überblick 2	7

Personalbedarf, Abteilung Personal	15
Neue EU-Datenschutzverordnung	33
Schnelle Umzüge, Abteilung Service	34
Interview zu MRG, Gesundheitsökonomie	36
Standorte des MDK Nord	38
Organigramm	40
Impressum	41

Danksagung:

Der MDK Nord dankt der Facharztambulanz Hamburg, der Pflegeeinrichtung „Haus Sonnenschein“ in Dannewerk sowie der Alexander-Apotheke in Hamburg für die freundliche Unterstützung der Fotoarbeiten. Der Firma Paravan dankt der MDK Nord für die Leihgabe eines Produktes für die Fotoarbeiten.

Abteilung Pflegeversicherung

Kraftakt für die Pflegegutachter	8
Zahlen der Abteilung, § 18 SGB XI 1/2	10,11
Prüfung und Beratung sichern Qualität	12
Zahlen der Abteilung, § 114 SGB XI	14

Abteilung Krankenhaus

DRG-System mit Prüfbedarf	16
Zahlen der Abteilung, somatisch 1/2	18,19
Arbeitsteilung durch Kodierfachkräfte	20,21
Zahlen der Abteilung, somatisch 3	21
Strittige Fälle im Gespräch, Psychiatrie	22
Zahlen der Abteilung, psychiatrisch 1/2	22,23

Abteilung Ambulante Versorgung

Immer mehr Gutachter-Aufgaben	24
Zahlen der Abteilung 1/2	26,27
Interview zu Cannabis, NUB/Arzneimittel	28
Auswertung 2017, Behandlungsfehler	32

Hinweis:

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



Mitglieder des neuen **Verwaltungsrates**, nach der konstituierenden Sitzung am 14. Dezember 2017: (von links) Wilfried Koletzko, Reinhard Richter, Günter Feigl, Herbert Fritsch, Joachim Heitman, Norbert Schneider, Thomas Hansen, Armin Tank, Mathieas Kohl, Klaus Wonneberger, Axel Stehr, Peter Malinowski.

Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Hansestadt Hamburg, (Foto links) wünschte den neuen Mitgliedern nach einem „gewissen Generationswechsel“, der sich nun vollzogen habe, viel Erfolg bei der Arbeit. Als Vertreterin der Rechtsaufsicht über den MDK Nord betonte sie im Anschluss die Bedeutung des MDK für das Gesundheitswe-

sen der zwei Bundesländer. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von den Selbstverwaltungen der Träger, den Kranken- und Pflegekassen, gewählt und entsandt. Sie wählen aus ihrer Mitte zwei alternierende Vorsitzende, die sich jährlich im Vorsitz ablösen.

Der Verwaltungsrat bestimmt unter anderem die Satzung, die Richtlinien für die Aufgaben-Erfüllung des MDK Nord sowie dessen Haushaltsplan. Das Gremium entscheidet ebenfalls über die Standorte und wählt den Geschäftsführer. Die insgesamt 15 Mitglieder des neuen Verwaltungsrates sind auf der Website www.mdk-nord.de veröffentlicht.

Alle Leistungen im Überblick 2

Erledigung ohne Gutachter-Einsatz

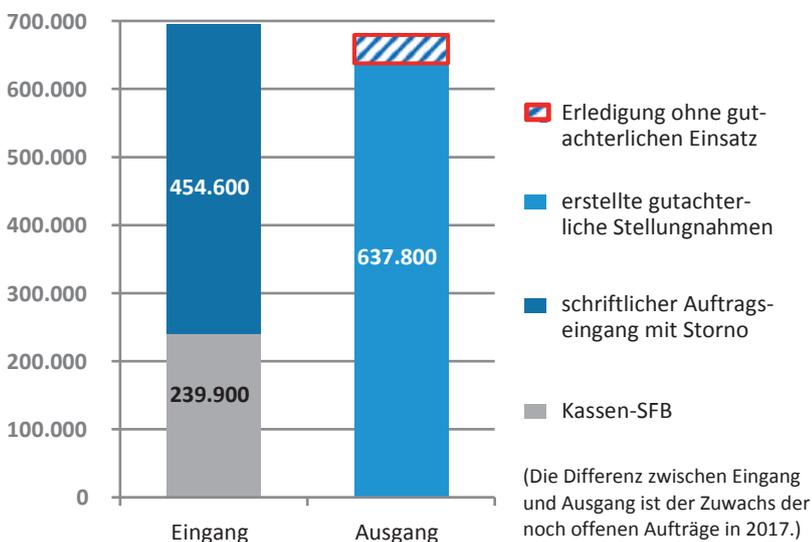
In bis zu **10 Prozent** der Fälle kommt es zur Stornierung der schriftlich eingegangenen Aufträge („echte

Storni“). Stornierungen entstehen meist dadurch, dass die Krankenkasse ihren Auftrag zurückzieht oder erforderliche Unterlagen fehlen, in der Pflege unter anderem auch wegen

fehlender Mitwirkung des Versicherten. Im DTA entstehen Stornierungen, wenn Aufträge technisch falsch geliefert werden. Es wird folglich keine gutachterliche Stellungnahme erstellt, was jedoch nicht bedeutet, dass Stornofälle die Systeme ganz ohne Aufwand durchlaufen. 41.600 solcher Fälle wurden in 2017 durch die Abteilung Service bearbeitet. Echte Storni kommen in allen Anlassgruppen vor. Besonders bei den Pflegeanlässen ist der im Vorfeld einer Stornierung geleistete Aufwand recht groß: bis zu dreimal kann vorher ein Fall die Schleife der Neuverplanung durchlaufen haben.

Neben den „echten Storni“ wird vom Service eine weitere Kategorie, die der „unechten Storni“, bedient. Hierzu zählen Fallabbrüche im Auftragsverfolgungssystem bei Sozialdatenanfragen, Unterlagenanforderung Dritter oder Akteneinsichtnahme. Fallabbrüche bei Nichteingang der angeforderten MiMa-Unterlagen (etwa 25 Prozent der MiMa-Fälle) zählen ebenfalls dazu.

Eingänge und Ausgänge unter Einbeziehung der Storni





Abteilung Pflegeversicherung, Fachbereich Einzelfallbegutachtung

Ein Kraftakt für die Pflegegutachter

Das Hauptthema der „Pflege“ kam 2017 wie erwartet: der Umstieg auf die Pflegegrade. Überraschend war jedoch, wie hoch und kräftig die Antragswelle wirklich war, die den MDK Nord anfangs geradezu überrollt hat. Rund 80.800 Persönliche Begutachtungen, damit fast 4.000 mehr als noch im Vorjahr, dazu eine komplett neue Begutachtungsphilosophie – das wurde zum Kraftakt für die Einzelfallgutachter. Insgesamt haben rund 39.400 Versicherte in 2017 erstmals einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt. Davon haben fast 30.600 eine Empfehlung für einen Pflegegrad 1 bis 5 erhalten.

Wie sich Anfang 2017 die Antragszahlen entwickeln würden, war vorher schwer abzuschätzen. „Auch den genauen Zeitaufwand für das neue, umfangreichere Begutachtungsverfahren konnten wir vorher nur in ‚Trockenübungen‘ ermitteln, realistische Erfahrungswerte gab es nicht“, blickt Abteilungsleiter Dr. Martin Schünemann auf die Startphase zurück. Wegen der vielen neuen Fragen sei jedoch klar gewesen, dass die Gutachter mindestens am Beginn der Umsetzung mehr Zeit vor Ort im Gespräch mit den Versicherten benötigen würden. Hinzu kam, dass bis Mitte Januar zunächst noch rund 6.100 Pflegeanträge nach altem Recht bearbeitet werden mussten, die vor Jahresende 2016 gestellt worden waren.

Obwohl der MDK Nord bereits 2016 zwanzig neue Gutachter wegen des erwarteten Auftragszuwachses eingestellt und qualifiziert hatte, mussten weitere fünf im ersten Quartal angeworben und

in ihr neues Aufgabengebiet eingeführt werden, um ihre Aufgaben so schnell wie möglich qualifiziert übernehmen zu können. Sie waren in der Anfangsphase noch nicht voll einsatzbereit. So traf eine erste – unerwartet hohe – Antragswelle den Fachbereich zu einem naturgemäß

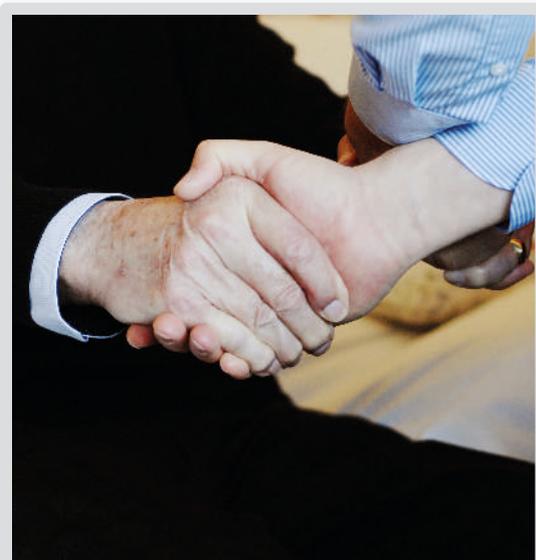


Dr. Martin Schünemann

ungünstigen Zeitpunkt: Im ersten Quartal gingen beim MDK Nord bis zu 10.000 Pflegeanträge mehr ein als im Vorjahreszeitraum, was zwangsläufig zu längeren Wartezeiten führen musste.

Deshalb habe der MDK Nord die Antragsteller bereits im April auf seiner Website darauf hingewiesen, dass sie auf die Begutachtung – trotz aller getroffener Maßnahmen – vielleicht bis zu zehn Wochen warten müssten, statt knapp vier Wochen wie im Jahr 2016, sagt Dr. Schünemann. „Wir haben aber auch betont, dass keinem Antragsteller dadurch ein finanzieller Nachteil entstehen wird, weil unabhängig von der Bearbeitungszeit immer das Datum der Antragstellung für den Anspruch entscheidend ist.“ Die bisher geltende Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen hatte der Gesetzgeber zuvor schon für 2017 ausgesetzt.

Die längere Bearbeitungszeit der neuen Gutachten erforderte schnell



Einzelfallbegutachtung in einer betreuten Wohnanlage in Ahrensburg: Pflegefachgutachter Volker Baum (großes Foto links) besucht Alexander von Larisch (76) und seine Frau Barbara. Herr von Larisch ist an Parkinson erkrankt und hat bereits den Pflegegrad 2. Weil sich sein Gesundheitszustand verschlechtert, hat er einen Höherstufungsantrag gestellt. Gutachter Baum befragt das Ehepaar und überprüft unter anderem die motorischen Fähigkeiten (Fotos oben, links und rechts), um die aktuellen Einschränkungen festzustellen. Aus den Ergebnissen wird nach einem vorgegebenen Bewertungssystem der Pflegegrad errechnet.

auch Anpassungen in den Tourenplänen der Gutachter. Denn sie besuchen Antragsteller an jedem Ort in Schleswig-Holstein und Hamburg und müssen mit ihren Fahr- und Begutachtungszeiten jeden Tag möglichst effektiv eingesetzt werden.

Die bisher verplante Anzahl von im Schnitt fünf Hausbesuchen pro Gutachter und Tag wurde nach den ersten Erfahrungen vorübergehend herabgesetzt. Damit sollte erst einmal Qualität erreicht und Routine erlangt werden. Dies sei allerdings erst im Herbst zu schaffen gewesen, so Dr. Schünemann, weil auch dann erst viele der in 2016 und 2017 zusätzlich eingestellten Gutachter ihre Aufgaben in vollem Umfang übernehmen konnten. Ab Herbst 2017 unterstützen zusätzlich weitere zehn Gutach-

ter des Fachbereiches Qualitätssicherung die Kollegen in der Einzelfallbegutachtung. Mit ihrer Vorerfahrung als Einzelfallgutachter halfen sie dabei, dass möglichst viele Antragsteller so schnell wie möglich besucht werden konnten.

Vollauf bewährt hat sich aus Sicht von Abteilungsleiter Schünemann die vom MDK Nord selbst entwickelte Software „NeoPVM“ zur Gutachtenerstellung. Damit sind alle Notebook-Rechner ausgestattet, mit denen die Pflegefachgutachter die Antragssteller besuchen, alle Daten eintragen und am Ende den Pflegegrad „berechnen“. Es war von einem kleinen Team aus Mitarbeitern der Stabsstelle Controlling und einem Mitarbeiter des Fachbereiches entwickelt worden. „Es hat sehr gut funktioniert und die wenigen Probleme zu

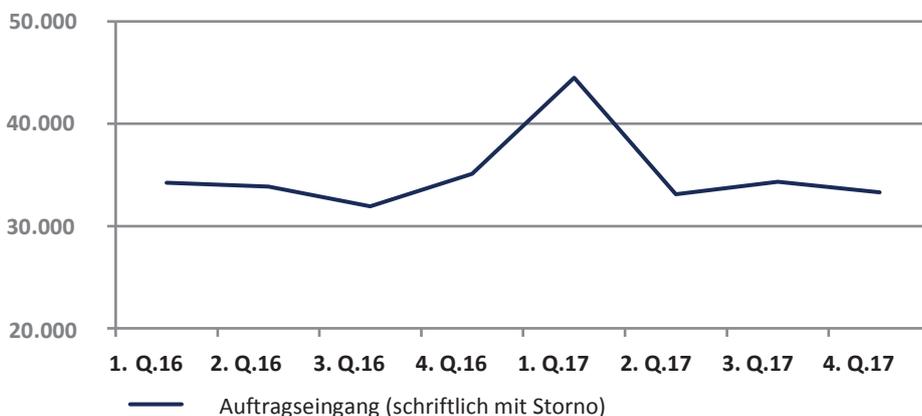
Beginn waren taggleich zu beheben, weil unser Programmierer direkt mit den Anwendern zusammenarbeiten konnte“, lobt Dr. Schünemann.

Wie erwartet hat das System der neuen Pflegegrade auch zu Missverständnissen bei den Versicherten geführt. „Viele wissen nicht, dass die Gutachter auch Fragen nach außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung stellen müssen, die Antworten aber für die Berechnung des Pflegegrades nicht relevant sind“, sagt Martin Schünemann. Sie würden nur für statistische Zwecke im Zusammenhang mit der Versorgungsforschung ausgewertet – eine Vorgabe des bundesweit einheitlichen Systems, nicht des MDK Nord, wie er betont.

Außerdem hätten viele Versicherte anfangs nicht gewusst, dass der neue

Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 1, Fachbereich Einzelfallbegutachtung nach § 18 SGB XI

Auftragseingänge schriftlich mit Storno 1. Quartal 2016 - 4. Quartal 2017



Im ersten Quartal 2017 gingen in der Abteilung Pflegeversicherung **32 Prozent** mehr schriftliche Aufträge ein als im Quartalsdurchschnitt des Vorjahres. Die weiteren drei Quartale 2017 entsprachen in etwa diesem Wert.

Mit dem traditionell relativ niedrigen Anteil an Kassen-SFB standen insgesamt **147.100** Aufträge zur Begutachtung.

Pflegegrad 1 allein Sachleistungen in Höhe von 125 Euro pro Monat vergütete, etwa für pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Damit sei er für die Pflege in der eigenen Wohnung gedacht, nicht um die viel höheren Kosten einer pflegerischen Versorgung bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen in ambulanter oder stationärer Pflege zu tragen.

Die Wartezeiten verkürzten sich schließlich im November wieder, weil die Aufträge schneller bearbeitet werden konnten. Alle Gutachter des Fachbereiches hätten mit vereinten Kräften bis an die Grenzen der Belastbarkeit dafür gesorgt, die noch offenen Anträge von 2017 fristgerecht zu bearbeiten, hebt Dr. Schünemann hervor. Dafür sei der MDK Nord ihnen sehr dankbar.

Überrascht hatte zum Jahresende dann aber eine Rechtsauslegung des Bundesversicherungsamtes (BVA), dass die wiedereingesetzte 25-Tage-Frist auch für alle noch offenen 2017er-Anträge gelten soll. Bis dahin war die Interpretation, dass sie nur für alle neuen Anträge ab 2018 gilt. „Eine solche späte Entscheidung lässt keinen Spielraum für Reaktionen mehr zu“, beklagt Martin Schünemann, der sich eine frühzeitige, klare Kommunikation auf Bundesebene gewünscht hätte.

Am Ende seien dennoch lediglich 120 Anträge aus 2017 im neuen Jahr verfristet, wofür die Antragsteller von ihrer Krankenkasse mit 70 Euro je angefangener Woche entschädigt würden. So hat es der Gesetzgeber vorgeschrieben. Andere Auswirkungen sollten die Versicherte nicht gespürt haben, weil sie so schnell wie möglich begutachtet worden seien, so Dr. Schünemann.

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

- 118 pflegfachliche Gutachter, Einzelfallbegutachtung nach § 18
- 53 pflegfachliche Gutachter, Qualitätssicherung nach § 114
- 6 Ärzte und Fachärzte
- 60 Honorargutachter

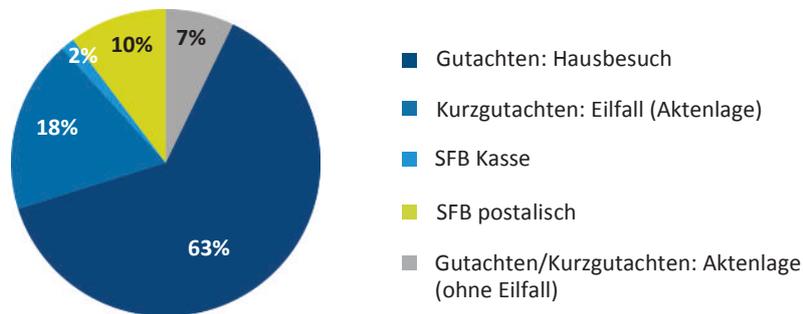
(Stand Ende 2017)

2018 ist Auftragslage weiterhin hoch

Die Auftragslage ist Anfang 2018 anhaltend hoch und die Bewältigung der Aufgaben innerhalb der engen Fristen bei Pflegeanträgen nicht einfach. „Die Gutachter werden weiterhin ihr Bestes geben, um den hohen Erwartungen an sie gerecht zu werden“, betont Dr. Schünemann. Aber auch für den MDK Nord sieht er zunehmend ein Problem, das Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen schon länger beklagen: nämlich geeignete Fachkräfte zu finden, um das enorme Pensum an Aufträgen in angemessener Qualität zu leisten. Dies werde in 2018 voraussichtlich eine der zentralen Herausforderungen für den Fachbereich und die Abteilung Pflegeversicherung sein.

Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 2, Fachbereich Einzelfallbegutachtung nach § 18 SGB XI

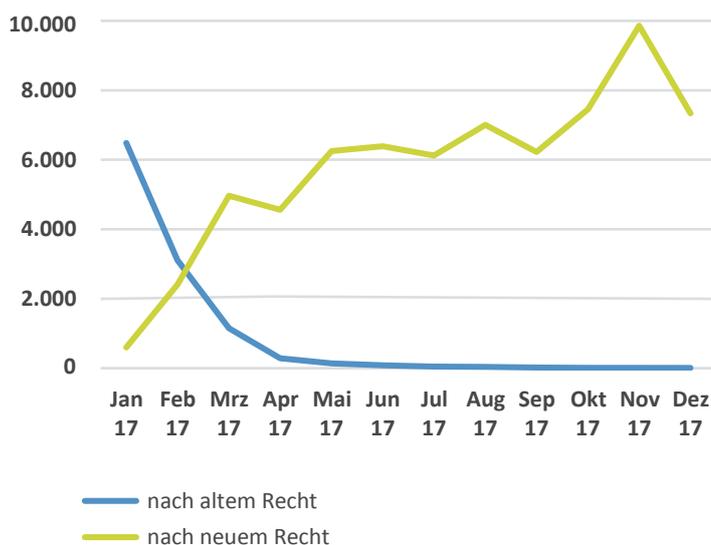
Gutachterliche Stellungnahmen Einzelfallbegutachtung



Erstellt wurden in 2017 insgesamt **128.300** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen, davon 98 Prozent fallabschließend. Zusätzlich wurden rund **96.700** als interne Fallvorsichtung bearbeitete Vorgänge erörtert.

Nicht versichertenbezogen wurden **834** Stunden Beratungstätigkeit registriert, vor allem für Gremienarbeit, Schulung und Beratung. Der Anteil der Hausbesuchsbegutachtung und der postalischen SFB erhöhte sich verglichen mit dem Vorjahr, zurückgegangen sind die Anteile der Aktenlagen und der Kassen-SFB.

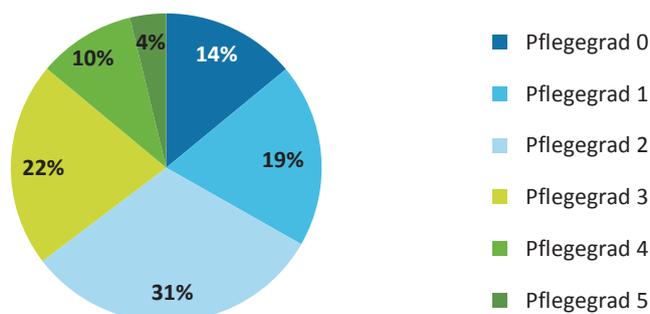
Gutachten im Hausbesuch nach neuem und altem Recht



Das Jahr 2017 war von besonderen Herausforderungen geprägt. Mit Jahresbeginn trat der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft und damit verbunden wurde NeopVM ausgerollt – eine komplett neue Software, die der Pflegereform Rechnung trägt. Mitarbeiterschulungen setzten sich auch 2016 fort; die Einarbeitung neu gewonnener Pflegefachkräfte lief auf Hochtouren. Die wöchentliche Begutachtungsmenge wurde vorübergehend reduziert.

Diese Fakten trugen neben dem bereits beschriebenen Anstieg der Eingänge zu einer rasanten Zunahme der offenen Begutachtungsaufträge bei. Gleichzeitig standen noch Aufträge nach altem Recht zur Begutachtung an.

Verteilung der Pflegegrade bei Gutachten im Hausbesuch



Für rund 85 Prozent der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Hausbesuch wurde ein Pflegegrad empfohlen. In 2017 sind in der Abteilung Pflegeversicherung keine Verfristungen aufgetreten, weil der Gesetzgeber die Fristen ausgesetzt hat.

Prüfung und Beratung sichern die Pflegequalität

Die Qualität der Pflege wird von Versicherten, der Politik und den Medien ständig diskutiert. Die Qualitätsprüfer des MDK Nord erleben fast jährlich Veränderungen in Form neuer Prüfrichtlinien. Zudem wird der Fachbereich Qualitätssicherung zunehmend als Ansprechpartner für Fragen der Pflege von Angehörigen wahrgenommen, ebenso wie von Vertretern der Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeitern. Viele Beschwerden über Pflegeeinrichtungen, die 2017 beim MDK Nord eingegangen sind, betonen, wie wichtig die Qualitätssicherung ist.

Die größte Veränderung erfolgte 2017 im Bereich der Prüfung der mehr als 700 ambulanten Pflegedienste in Schleswig-Holstein und Hamburg. Durch die neue Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) wurde hier Anfang des Jahres die Stichprobe verändert: Wurden in der Vergangenheit gemäß Richtlinie durchschnittlich fünf bis sechs Pflegebedürftige in die Qualitätsprüfung einbezogen, haben die Gutachter jetzt bei jedem Pflegedienst – unabhängig von der Größe – acht Versicherte auf ihren Pflegezustand hin persönlich zu begutachten. „Anders als bei Bewohnern einer Pflegeeinrichtung bedeutet das im ambulanten Bereich nicht nur mehr Zeit pro Person, sondern auch vermehrt Fahrzeiten zu jedem Einzelnen nach Hause“, erläutert Fachbereichsleiterin Elise Coners.

Zuvor hatte der Fachbereich im November 2016 bereits mit der Abrechnungsprüfung bei ambulanten Pflegediensten eine neue Aufgabe bekommen. Damit hatten die Gutachter erstmals auch Leistungsrecht zu prüfen. Das bedeutet, festzustellen, ob das, was die Pflegedienste mit den Pflegekassen und Krankenkassen abgerechnet haben, auch wirklich vertragsgerecht – oder überhaupt – geleistet worden ist. Hierbei hatten die Gutachter vergangenes Jahr in rund 40 Prozent der Fälle Auffälligkeiten festgestellt. Aufgefallen ist beispielsweise, dass eine Leistung abgerechnet worden ist,



obwohl der eingetragene Mitarbeiter laut Dienstplan eigentlich im Urlaub war.

„Der Grund dafür kann ein nicht angepasster Dienstplan sein oder aber ein Hinweis auf eine nicht erbrachte Leistung, erklärt Elise Coners. Etwaige Konsequenzen, wie beispielsweise Rückforderungen zuviel gezahlter Beträge, ziehen die Pflegekassen oder Krankenkassen nach Einbeziehung der ambulanten Pflegedienste. „Beide Änderungen haben dazu geführt, dass wir für die Prüfungen pro Pflege-

dienst mehr Zeit benötigen, nämlich überwiegend zwei Tage, statt nur einen Tag wie vorher“, sagt die Fachbereichsleiterin. Insgesamt habe der Arbeitsaufwand im Vergleich zu Vorjahr dadurch deutlich zugenommen.

Beschwerden über Pflegeeinrichtungen

183 Beschwerden sind im vergangenen Jahr über Pflegeeinrichtungen oder Pflegedienste beim MDK Nord eingegangen. Deren Auswertung zeigt, dass Betroffene vor allem die personelle Ausstattung bemängeln, gefolgt von Mängeln bei der Körperpflege, Ernährung, ausreichend Flüssigkeit und der Behandlungspflege. „Die Betroffenen rufen uns an, schicken E-Mails oder schreiben Briefe, sie nutzen die verschiedensten Wege, um uns die Situation mitzuteilen“, sagt die Fachbereichsleiterin, die viele der Gespräche führt.

„Auch Mitarbeiter von Einrichtungen, die uns anrufen, sind oftmals verzweifelt. Sie sagen, dass sie unter Bedingungen arbeiten müssen, die sie kaum aushalten.



Elise Coners



Qualitätsprüfung im **Haus Sonnenschein** in Dannewerk bei Schleswig: Pflegefachgutachterin Julia Burmeister (Foto links) bespricht mit Geschäftsführer Thorsten Gröbitz die Dienstpläne als Teil der Prüfung der Strukturqualität. Falls nötig, berät sie, damit Fehler behoben werden können. Ihre Kollegin Merle Bredemeyer (rechts) überprüft den Pflegezustand von Bewohnerin Gisela Preuhs. Die 83-Jährige (oben) ist eine von neun in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen. Pflegefachkraft Nina Mücke steht ihr zur Seite und kann ergänzende Fragen der Gutachterin beantworten.

Auch dass sie Arbeiten übernehmen müssen, für die sie sich nicht fachlich qualifiziert fühlen“, berichtet Elise Coners. Viele Betroffene melden sich anonym. Bei Mitarbeitern aus der Pflege sei es die Angst um den Arbeitsplatz, bei Bewohnern oder Angehörigen die Angst vor Nachteilen in der Einrichtung, wenn klar wird, dass sie sich beschwert haben. „Allerdings ist eine Beschwerde erfolgreicher, wenn wir genauer wissen, um wen und was es sich handelt. Die Anonymität der Anrufer wahren wir dabei natürlich. Darauf kann sich jeder verlassen“, erklärt Coners.



Pflegequalität im Norden verbessern

Wie notwendig regelmäßige Prüfungen sind, zeigen auch vom MDK festgestellte Qualitätsmängel in der stationären Pflege. Dafür hat der Fachbereich die Stichproben-Begutachtung von 6.500 Bewohnern der rund 800 stationären Pflegeeinrichtungen in beiden Bundesländern ausgewertet. In etwa 160 Einrichtungen konnten die Gutachter nicht nachvollziehen, ob vorbeugend etwas dafür getan worden ist, um aufgetretene Druckgeschwüre oder ein Untergewicht bei Bewohnern zu verhindern. In rund 100 dieser Einrichtungen stellten Gutachter bei mindestens einem Bewohner (der Stichprobe aus neun Bewohnern) ein Druckgeschwür fest. In 60 der Einrichtungen dokumentierten sie in mindestens einem Fall einen Gewichtsverlust bis zum Untergewicht. Vor diesem Hintergrund warnt Dr. Martin Schünemann,

der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung, vor Bestrebungen, die jährlichen Regelprüfungen aufzuweichen oder teilweise durch Selbstbewertungen der Einrichtungen zu ersetzen. „Ich möchte nicht, dass wir eine Einrichtung nicht geprüft haben und sich später herausstellt, dass es besser gewesen wäre, weil durch Mängel Bewohner zu Schaden gekommen sind“, sagt Dr. Schünemann.

2018 auch Prüfung Häuslicher Krankenpflege

In die Qualitätsprüfungen können seit Anfang 2018 zusätzlich Personen einbezogen werden, die ausschließlich Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) erhalten. Das ist nun unabhängig davon möglich, ob sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz bekommen. Die Gutachter nehmen dafür nach einem komplexen, durch die QPR vorgegebenen Entscheidungs-

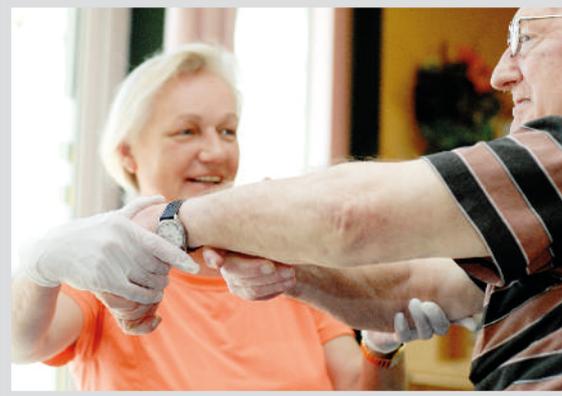


Aktivitäten und Mobilisierung (unten, Mitte) sind wichtig im **Haus Sonnenschein**. In der eigenen „Pflegeoase“ (links) leben Schwerst-Demenzranke in einer Gemeinschaft mit ständiger Betreuung.



muster eine weitere versorgte Person des Pflegedienstes in die Stichprobe auf. Im Vordergrund dieser zusätzlichen Auswahl stehen versorgte Personen des Pflegedienstes, die beispielsweise beatmet werden oder bei denen eine aufwendige Wundversorgung erfolgt.

Der neue Prüfkatalog laut QPR beinhaltet dafür viele neue Fragen, unter anderem die der personellen Ausstattung, wie Anzahl und Qualifikation bei Pflegediensten, die beatmete Personen versorgen, so Coners. „Dazu gehört beispielsweise auch, ob ein

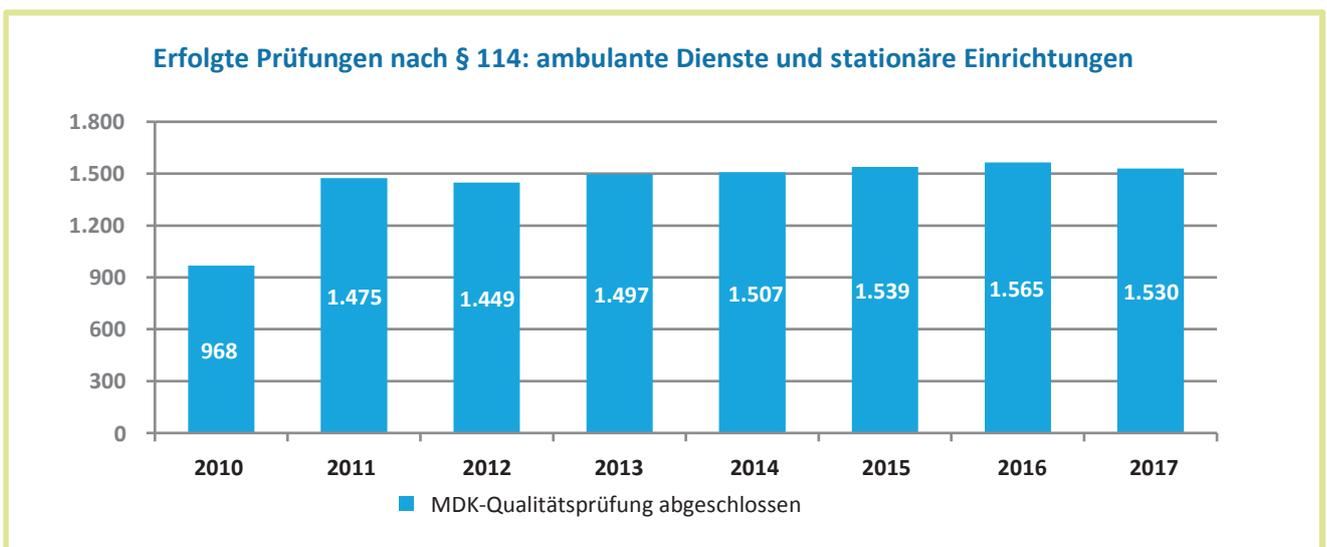


Mitarbeiter einer Beatmungs-Wohngemeinschaft auch in die Bedienung der Beatmungsgeräte eingewiesen worden ist“. Bei rund 40 Prozent der Pflegedien-

ste wird ihren ersten Berechnungen zufolge eine weitere Person in die Prüfung einbezogen, bei der Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden. Der Prüfaufwand ist gestiegen. Neueinstellungen im Fachbereich waren zwingend erforderlich. „Es ist auf jeden Fall gut für die Betroffenen“, betont Elise Coners, „dass die MDK die Qualität dieser Leistungen nun ebenfalls überprüfen können.“



Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 3, Fachbereich Qualitätssicherung nach § 114 SGB XI



Nahezu alle für das Jahr 2017 geplanten Qualitätsprüfungen konnten erledigt werden, trotz einer vorübergehenden Ressourcenumschichtung in den Bereich § 18 im vierten Quartal. **812** teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie **718** ambulante Pflegedienste wurden geprüft; darüber hinaus **35** Anhörungen und **10** Beratungen geleistet und **92** Stellungnahmen abgegeben.

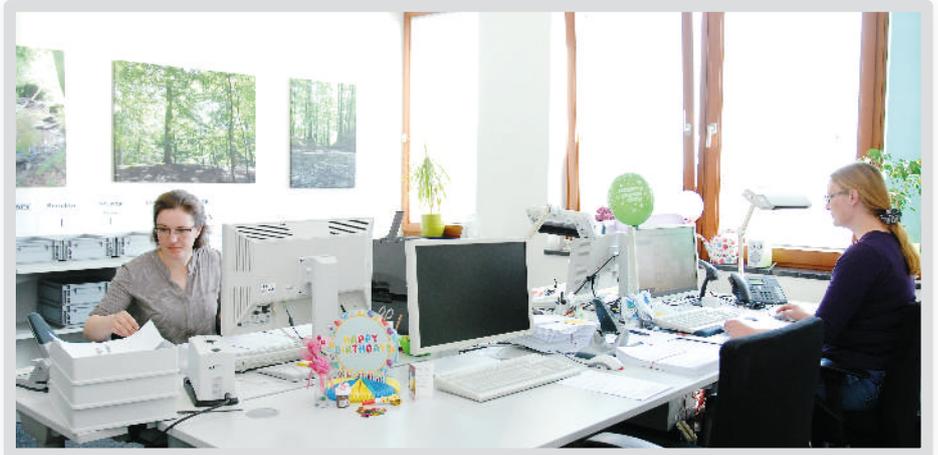
Ständiger Personalbedarf durch neue Anforderungen

Hunderte Bewerbungen jedes Jahr zeigen, wie attraktiv der MDK Nord als Arbeitgeber ist. Sie erfordern von der Abteilung Personal und Finanzen aber auch ein gut strukturiertes Bewerbungsverfahren, um jedem einzelnen Interessenten im Auswahlverfahren gerecht zu werden. Das Ergebnis: 2017 konnten 64 Mitarbeiter neu eingestellt und in den ersten Monaten 2018 bereits 51 weitere unter Vertrag genommen werden.

„In allen Bereichen besteht ständig Personalbedarf“, sagt Abteilungsleiter Botho Müller, „einfach, weil ständig neue Aufgaben hinzukommen, die der MDK Nord zu übernehmen hat.“ So hatten sich im vergangenen Jahr auf 18 Stellenausschreibungen auch 820 Bewerber gemeldet. 2016 waren es sogar einmal 2064. Neben Ärzten, Pflegefachkräften und Servicepersonal wurden 2017 zum ersten Mal auch Kodierfachkräfte für die Abteilung Krankenhaus gesucht (siehe Seite 20). Damit wuchs die Mitarbeiterzahl Ende 2017 auf mehr als 500 an. Diese Zahl ist in den ersten Monaten 2018 bereits auf 530 gestiegen. Den Bedarf habe der Verwaltungsrat erkannt, so Botho Müller, und in den vergangenen Jahren die nötigen Planstellen immer bewilligt.

Um allen Bewerbern die gleiche Chance zu geben, hat die Abteilung ein gestuftes Verfahren eingeführt: Wer nach Sichtung der Bewerbungsunterlagen geeignet erscheint, wird zum Test eingeladen. Darin wird Grundwissen zum MDK abgefragt ebenso wie zur eigenen Berufsqualifikation. Es folgen informelle Gespräche mit späteren Vorgesetzten sowie eine kurze Hospitation bei Kollegen, mit denen die Bewerber später arbeiten würden. „Wir haben dadurch selten Kündigungen in der Probezeit, weil potentielle Mitarbeiter verstehen, wie ihre Tätigkeit genau aussehen wird“, das ist Botho Müller wichtig.

Der Bewerberzuspruch aus den verschiedenen Berufsgruppen ist natur-



In vielen Abteilungen sucht der MDK Nord weitere Mitarbeiter. Ihre Arbeitsplätze sind wie hier im neuen BBZ Lübeck funktional eingerichtet, dürfen aber persönlich gestaltet werden.

gemäß unterschiedlich hoch. Bei Ärzten sei die Bewerbungsanzahl geringer, weil es einfach weniger gebe, und weil sie überall im Gesundheitssystem gesucht würden, vor allem in den Krankenhäusern, so Müller. „Allerdings spricht es sich auch bei Ärzten mittlerweile herum, dass der MDK eine attraktive Alternative ist.“ Ein Arbeitsalltag ohne Schicht- und Wochenenddienste wie beim MDK ist für junge Eltern besonders interessant. Noch dazu, weil der MDK Nord zurzeit 126 aktive Teilzeitmodelle anbiete. Arbeiten nur vormittags, nur nachmittags, an verschiedenen Wochentagen – fast jede Kombination sei möglich. „Wir gehen da auf Wünsche soweit ein, wie es nur irgendwie geht“,



Botho Müller

betont der Abteilungsleiter. Wichtig sei aber, dass die verschiedenen Arbeitszeiten später auch im Team zu koordinieren sind.

Die Mitarbeiterschaft hat sich in den vergangenen Jahren dadurch gewandelt; sie wird weiblicher: 70 Prozent aller Kollegen sind Kolleginnen. Auch von den ärztlichen Gutachtern sind 60 Prozent weiblich, was vor einigen Jahren noch genau umgekehrt war. Die Altersstruktur wird ebenfalls kontinuierlich jünger. Die Zahl der pflegefachlichen Gutachter hat inzwischen die der ärztlichen Gutachter überholt, auch als Folge der neuen Pflege-Gesetze mit Begutachtungsbedarf.

In der Abteilung Personal und Finanzen setzt das Team darauf, die steigende Zahl von Bewerbungen immer konsequenter elektronisch zu erfassen und zu bearbeiten. Ein Online-Bewerbungsverfahren ist für Botho Müller der nächste Schritt. Und die ersten Zahlen von 2018 unterstützen das: Allein im ersten Quartal sind bei ihm bereits 920 Bewerbungen eingegangen – mehr als im ganzen vergangenen Jahr.



DRG: ein „lernendes System“ mit steigendem Prüfbedarf

Die MDK-Prüfaufträge in Kliniken nehmen seit zwei Jahren wieder stetig zu. 2017 haben die Gutachter der Abteilung Krankenhaus (bisher Abteilung Stationäre Versorgung) so viele DRG-Kodierungen geprüft wie nie zuvor. Ein Plus im Vergleich zum Vorjahr von fast 18 Prozent bei den Abrechnungsprüfungen zeigt, wie diese Prüfaufträge weiter ansteigen. Ähnlich verhält es sich mit Aufträgen der Krankenkassen zur Strukturprüfung in Kliniken.

„Wir hätten erwartet, dass es nach der Einführung der DRG nach einigen Jahren zu einer Kontinuität bei den DRG-Fallprüfungen kommen würde“, sagt Abteilungsleiter Dr. Andreas Krokotsch. Das sei jedoch nicht passiert und könne mit verschiedenen Ursachen zusammenhängen. Die Zahl der Klinikbehandlungen steige von Jahr zu Jahr an. Außerdem nehme die Zahl der gesetzlich Versicherten seit Jahren zu. Schon werde deshalb auch von Jahr zu Jahr mehr geprüft, erläutert Dr. Krokotsch. „Die steigende Zahl von Krankenhausprüfungen ist teilweise statistisch bedingt. Der MDK hat kein Eigeninteresse, die Prüfungen zu steigern. Ohnehin ist der MDK unverändert lediglich der Auftragnehmer der gesetzlichen Krankenkassen.“ Zugenommen hat zudem die Quote der Begutachtungsaufträge durch die Krankenkassen, die von 13 Prozent der Krankenhausbehandlungen in Schleswig-Holstein und Hamburg im Jahr 2015 auf heute 15 Prozent gestiegen ist. Zurzeit erledigt die Abteilung rund 16.000 DRG-Abrechnungsprüfungen pro Monat.

Dabei ist die ursprüngliche Vermutung, dass trotz weiterer Prüfungen ab einem bestimmten Punkt die Korrekturquote sinken würde – ein sogenanntes „Deckenphänomen“ – nicht eingetreten. Stattdessen bleibe die Korrekturquote relativ konstant bei rund 60 Prozent aller geprüften Fälle. „Das zeigt offenbar weiteres Korrekturpotential, was mich erstaunt“, wertet Dr. Krokotsch. Angenommen hatte er, dass das 2003 einge-

führte System der diagnosebezogenen Fallgruppen, Diagnosis Related Groups (DRG), ein „lernendes System“ sei, das man später nur wenig zu überwachen bräuchte.

Doch das Gegenteil sei heute der Fall: Es sei kein Rückgang zu sehen. „Offenbar sind die Fehlanreize, die im Krankenhausbereich bestehen, mächtiger als der Lerneffekt“, so Dr. Krokotsch. Einen Grund dafür sieht er in dem politisch gewollten Wettbewerb unter den Krankenhäusern.

In den vergangenen Jahren hat der MDK Nord zunehmend mehr Gutachten im Rahmen von Begehungen erstellt, das heißt in der Klinik selbst und im direkten Kontakt mit Ärzten und Controllern. Dies wurde auch in den Kliniken sehr geschätzt, weil es einen schnellen Austausch und eine taggleiche Erledigung eines Falles möglich machte. Aufgrund der immer höheren Auftragszahlen konnten 2017 mit den vorhandenen Gutachtern nicht mehr alle Fälle in

den bestehenden Begehungskliniken geschafft werden. Ein Teil musste in ein Aktenlageverfahren umgesteuert werden, was betroffene Klinikvertreter und der MDK Nord verständlicherweise bedauern.

Trotz der gestiegenen Auftragszahlen konnte die Abteilung im Jahr 2017 die ihr gesetzte Bearbeitungsfrist einhalten. Elf Monate beträgt sie für die Begutachtung von Krankenhausabrechnungen. Dies gelang unter anderem



Dr. Andreas Krokotsch



durch eine Verfristungs-Ampel, die eine effektive Planung der Aufträge durch die Teamassistenz unterstützt (s. Seite 21).

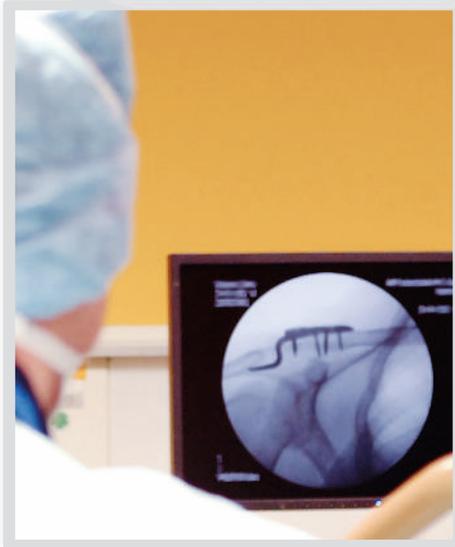
Strukturvorgaben und Verbesserungen

Der Einstieg in eine Krankenhaus-Qualitätsprüfung vollzieht sich bereits seit einigen Jahren über die Strukturprüfungen. Dabei prüfen die MDK-Gutachter sowohl Strukturvorgaben, die ihren Ursprung als Abrechnungs-Voraussetzungen des DRG-Systems haben, als auch Strukturvorgaben aus Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auch die Zahl dieser Prüfungen war 2017 unverändert hoch.

„Das Ergebnis ist, dass Strukturprüfungen tatsächlich zu Verbesserungen führen“, sagt Dr. Krokotsch. Hierbei wird geprüft, ob die Qualifikation des Personals den Anforderungen entspricht, ebenso wie die Prozesse, die Geräte und die Räume. Wichtig ist schließlich auch, ob die Verfahrensbeschreibungen und die Kooperationsverträge die geforderte stationäre Leistung überhaupt möglich machen. In der Regel würden Kliniken, die eine solche Prüfung nicht bestanden haben,



Chirurgen behandeln in der **Facharztklinik Hamburg** den Schlüsselbeinbruch eines Patienten: Drei Desinfektionsgänge sorgen für Keimfreiheit (links). Die Chirurgen verbinden den Knochen mittels offener Osteosynthese vorübergehend mit einer winkelstabilisierten Hakenplatte (oben) und arbeiten dabei besonders gewebeschonend. Anschließend kontrollieren sie den korrekten Sitz der Schrauben per Röntgenbild (unten). Sollte die Krankenkasse später Fragen zur Abrechnung haben, könnten MDK Nord-Gutachter diese später mit der Klinik klären.



die Mängel abstellen und MDK-Prüfer anschließend Verbesserungen erkennen können, sagt Krokotsch. Das sei im Sinne der Versicherten. Seltener würden Kliniken die Behandlungsleistungen aufgeben, für die sie nicht die erforderlichen Voraussetzungen schaffen können oder wollen.

„Ich wundere mich, dass Strukturprüfungen oft noch als Bedrohung gesehen werden“, sagt er und verweist auf einen Fall, in dem 2017 ein Krankenhaus

besonders stolz auf sein qualifiziertes Personal, seine gut organisierten Prozesse sowie seine gute Ausstattung war und der Prüfung positiv begegnet ist. „Sie wollten, dass auch der MDK das sieht und bescheinigt. Die Klinik wollte sich präsentieren und war überzeugt, dass alles perfekt ist und dass ihre Exzellenz auch öffentlich gemacht werden soll.“

Die MDK Nord-Prüfer sind froh über eine solche Einstellung in Krankenhäusern. „Auch wir freuen uns, wenn alles in Ordnung ist und bescheinigen das auch gerne“, verspricht Krokotsch. „Es wäre schön, wenn es mehr Kliniken positiv sehen würden und die Möglichkeit der Selbstdarstellung nutzen.“

Weiterhin keine einheitlichen Vorgaben

Noch ist für Dr. Krokotsch nicht klar ersichtlich, in welche Richtung sich diese Aufträge entwickeln. Eine angekündigte MDK-Qualitäts-Kontrollrichtlinie des Ge-

meinsamen Bundesausschusses (G-BA) lag bis April 2018 noch nicht abschließend vor. Diese Richtlinie soll die Vorgaben des Krankenhaus-Strukturgesetzes zu Strukturprüfungen umsetzen und allgemein verbindlich machen. Bisher stützen sich die Strukturprüfungen auf die G-BA-Richtlinien zu Strukturvorgaben, sowie auf die OPS-Komplexcodes (OPS = Operationen- und Prozeduren-Schlüssel). Sie regeln zum Beispiel, wie eine Klinik ausgestattet sein muss, um Frühgeborene zu versorgen sowie akute Schlaganfälle oder Palliativpatienten zu behandeln.

Zurzeit erledigen MDK Nord-Gutachter eine Strukturprüfung pro Woche, also 52 im Jahr 2017. An einer Prüfung – etwa einer Klinik-Abteilung, die interventionell Herzklappen einsetzt – sind zwei bis drei Gutachter beteiligt. Sie arbeiten einen Tag vor Ort in der Klinik. Hinzu kommen Vor- und Nachbereitungen, was

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

- 85 Gutachter, 10 Team-Assistentinnen, 4 Kodierfachkräfte. Gutachter sind Fachärzte unter anderem aus den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Kinderheilkunde, HNO und Strahlentherapie.
- 274.900 versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen

(Stand Ende 2017)

alles zusammen pro Prüfung im Durchschnitt zehn Manntage ergibt.

LQS-Auftrag zu Qualitätsvorgaben

Für 2018 hat der MDK Nord im Krankenhausbereich erstmals einen Prüfauftrag erhalten, der nicht von einer Krankenkasse oder einem Krankenkassenverband kommt: Aufgrund von Datenschutzgesichtspunkten ist der MDK Nord von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) damit beauftragt worden, einige Qualitätsvorgaben für Klinikleistungen in Hamburg und Schleswig-Holstein zu prüfen. Das wird sich ab Frühjahr 2018 auf die Bereiche Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mamma-Chirurgie beziehen.

Damit hat der MDK Nord in zwei von bundesweit nur drei Bundesländern – der MDK Sachsen-Anhalt wurde ebenfalls ausgewählt – diese Aufgabe übertragen bekommen. Das Neue daran ist, dass ein Team von sechs MDK Nord-

Gutachterinnen, Frauenärztinnen und eine Projektleiterin, jetzt direkt Behandlungsunterlagen einsehen. Dabei vergewissern sie sich, ob von den Kliniken selbst angegebene Ereignisse auch zutreffend sind, also ob eine Behandlung komplikationslos verlaufen ist oder nicht.

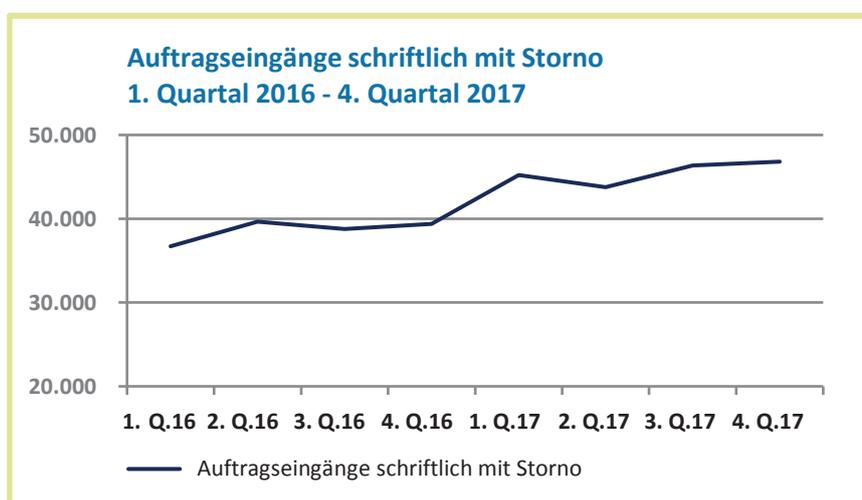
Die Gutachterinnen überprüfen dafür als komplikationslos gemeldete Fälle stichprobenhaft, ob sie wirklich komplikationslos waren. Gleichzeitig überprüfen die Gutachterinnen auch komplikationsbehaftete Fälle, um festzustellen, ob echte Komplikationen überhaupt vorlagen oder ob nicht auch ein Fehler in anderer Richtung passiert ist. „Das klingt so einfach, nachzuschauen, ob falsch oder richtig dokumentiert worden ist“, erläutert Dr. Krokotsch. „Wenn man sich das aber konkreter ansieht, dann ist die Frage, was eine Komplikation ist und was nicht, im Einzelfall gar nicht so einfach zu beantworten.“

Die zu überprüfenden Fälle der planungsrelevanten Qualitätsvorgaben werden vom neu gegründeten Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTiG, vorgegeben. Die Zusammenarbeit mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, von denen der MDK die Datensätze erhält, läuft in Hamburg und Schleswig-Holstein problemlos. Ergebnisse dieser externen Qualitätssicherung können erhebliche Auswirkungen für die Kliniken haben. Wiederholt komplikationsträchtige schlechte Ergebnisse können dazu führen, dass die zuständigen Landesplanungsbehörden den Kliniken solche Behandlungen zukünftig untersagen.

Abteilungsstruktur neu zugeschnitten

Mit Umstrukturierungen hat sich die Abteilung darauf eingestellt, die steigende Auftragszahl besser verarbeiten zu können und viele neue Mitarbeiter zu integrieren. Sieben neu

Zahlen der Abteilung Krankenhaus 1, somatische Begutachtung



Schriftlich eingegangen sind in 2017 knapp **18 Prozent** Aufträge mehr als im Vorjahr. Die Anzahl der in der Kassen-SFB vorgelegten Fälle erhöhte sich um **24 Prozent**. Die hieraus resultierende Gesamtzunahme der Beauftragung beläuft sich auf **20 Prozent** - eine ernstzunehmende Steigerung angesichts der ohnehin angespannten Lage der Offenstände und drohender Verfristungen. Dem entgegen setzte die Abteilungsleitung weitere Maßnahmen wie zum Beispiel Neugewinnung externer Gutachter/Begutachtungs-Unternehmen und eine Neustruktur des Hamburger Teams wegen des starken internen Personalzuwachses.



Postoperative Versorgung einer Patientin nach einer Fuß-Operation auf einer Station der **Facharztambulanz Hamburg**. Die Dauer der Krankenhaus-Behandlung muss medizinisch notwendig sein, schreibt das fünfte Sozialgesetzbuch vor. Wenn eine Krankenkasse Zweifel an der erforderlichen Dauer hat, muss der MDK Nord diese überprüfen.

eingestellte Gutachter hatten die zwei Teams im BBZ Hamburg vergangenes Jahr weiter vergrößert. Es war deshalb notwendig, sie Anfang 2018 umzustrukturieren. Aus 42 Mitarbeitern pro Team wurden – inklusive Neueinstellungen – jeweils 16 Mitarbeiter in drei Teams Anfang 2018. „Das hat zu kleineren Einheiten geführt, die nun flexibler reagieren können, wenn sich

Aufgaben und Termine ändern“, so Dr. Krokotsch. Leistungsfähiger und zufriedener durch bessere Kommunikation, das seien die Effekte der Umstrukturierung.

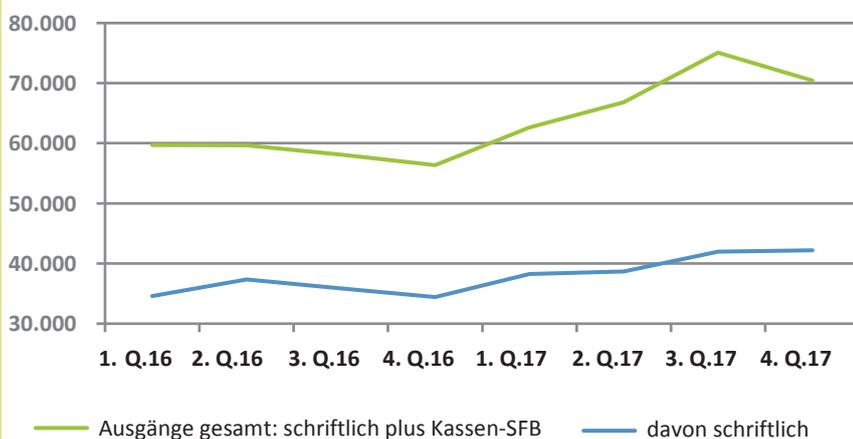


Zahlen der Abteilung Krankenhaus 2, somatische Begutachtung

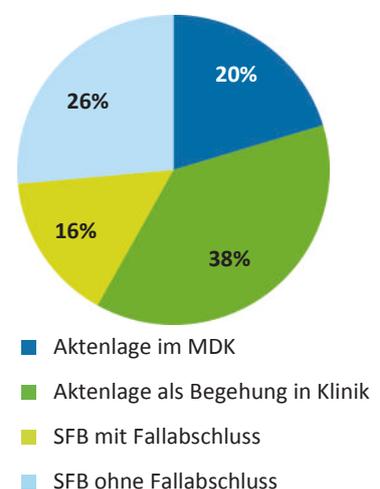
Insgesamt wurden in 2017 in der Abteilung Krankenhaus **274.900** somatische gutachterliche Stellungnahmen erstellt. Rund **157.400** Fälle konnten im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung vorgesichtet werden. Nicht versichertenbezogen wurden in diesem Bereich **4.757** Stunden Grundsatzberatung geleistet, insbesondere in der Projektarbeit, Expertise und Schulung.

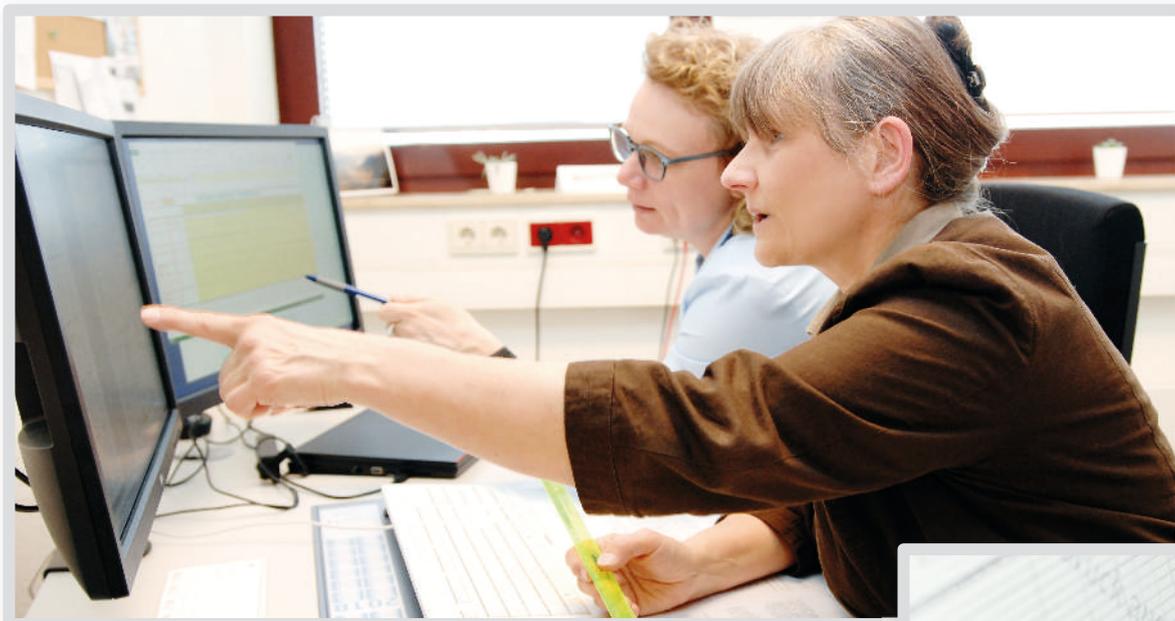
Im Produktmix behaupteten sich im Vergleich zum Vorjahr die Aktenlage im MDK und die fallabschließende SFB, der Anteil der in Begehung erstellten Aktenlagen ging indessen um **5 Prozent** zurück.

Gutachterliche Stellungnahmen, somatisch
1. Quartal 2016 - 4. Quartal 2017

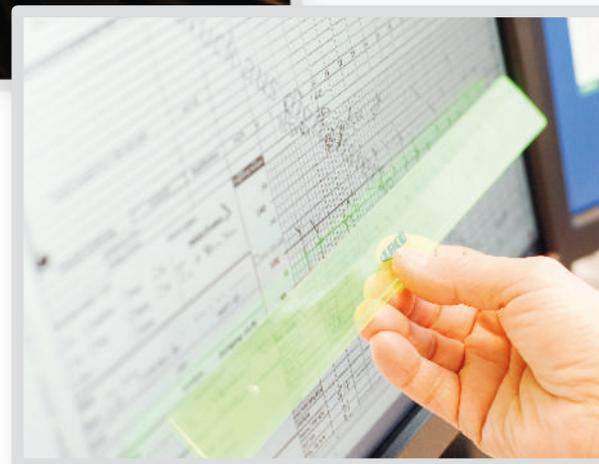


Stellungnahmen nach Produkt





Teamarbeit: Kristina Ullrich (hinten) ist ärztliche Gutachterin und erörtert mit der Kodierfachkraft Ute Zantop die Details eines Behandlungsfalles. Dafür hat Ute Zantop am Doppelbildschirm umfangreiche Datenblätter gesichtet, wozu das Ermitteln von Intensivpunkten gehört (unten). Das bedeutet unter anderem, Blutdruckwerte und Herzfrequenzen zu überprüfen.



Neue Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Kodierfachkräften

Die Begutachtung komplexer Klinikbehandlungen kann sehr umfangreich und zeitaufwendig sein. Bei vielen tausend Fällen im Monat wird Arbeitsteilung immer wichtiger, um der stetig steigenden Auftragsmenge gewachsen zu sein. Beim MDK Nord werden deswegen zunehmend auch Kodierfachkräfte eingesetzt. Sie sollen die ärztlichen Gutachter unterstützen.

Kodierfachkräfte sind im Krankenhausalltag seit Jahren selbstverständlich. Dort kodieren sie bereits maßgeblich die Klinikleistungen für die spätere Abrechnung mit den Krankenkassen nach dem DRG-System. Die Verantwortung dafür trägt dort am Ende der Arzt. „Für uns stellte sich die Frage, was davon auf den MDK übertragbar ist“, sagt Dr. Carsten Gläfke. Als Teamleiter im BBZ Lübeck hat er es daraufhin im Frühjahr vergangenen Jahres in einem Vorprojekt mit zwei pflegefachlich erfahrenen Teamassistentinnen erprobt. Er wollte feststellen, wie ärztliche Gutachter und Kodierfachkräfte in der Begutachtung sinnvoll zusammenarbeiten können.

Die ersten Ergebnisse waren so positiv, dass die Abteilung Mitte 2017 das Projekt auf alle übrigen Standorte und den Fachbereich Psychiatrie erweiterte. Stellen wurden ausgeschrieben, die ersten sieben Kodierfachkräfte Anfang 2018 eingestellt oder eigene Mitarbeiter verlagerten ihre Tätigkeiten im MDK Nord. Im Laufe des Jahres werden weitere hinzukommen.

„Was sollten Kodierfachkräfte allein und was zusammen mit den ärztlichen

Gutachtern prüfen?“ An dieser Frage arbeitet auch Dr. Jan Scherlitz, Teamleiter in Hamburg und Koordinator des Projektes in Hamburg. Als ehemaliger Leiter und Ausbilder einer Klinik-Kodierabteilung mit elf Fachkräften kann er die Erfahrung aus dem Krankenhausalltag einfließen lassen. „Training on the job – also arbeiten mit echten Fällen, so testen wir jetzt Möglichkeiten und Grenzen aus“, sagt er. Denn eine einheitliche Kodierfachkraft-Ausbildung gibt es nicht.

Deshalb wird den „KFK“, wie sie kurz genannt werden, auch in der Projektphase eine ärztliche Mentorin oder ein Mentor an die Seite gestellt. Beide arbeiten gemeinsam an der Fallbegutachtung, so wie es später auch in den Teams der Abteilung sein wird.

Die Kodierfachkräfte selbst sind – wie in den Kliniken – meist ausgebildete Pflegefachkräfte mit klinischer Erfahrung. „Sie sind nach den Ärzten die Berufsgruppe, die eine Krankenakte am besten lesen und bearbeiten kann. In der Klinik führen sogar sie die Akten und nicht die Ärzte“, hebt Dr. Scherlitz hervor. Deshalb seien sie hervorragend qualifiziert; Erfahrung in intensivmedizinischen Abteilungen oder

psychiatrischen Kliniken ist für die Arbeit im MDK-Projekt zusätzlich von Vorteil.

Eine erste Erkenntnis des Projektes ist, dass Kodierfachkräfte ihr spezialisiertes Wissen und Organisationstalent im MDK Nord am besten einsetzen, indem sie besonders umfangreiche Behandlungsfälle vorbereiten. „Dazu kann gehören, dass sie die vier wichtigsten Seiten aus einer digitalen Akte von 2000 Seiten herausfinden“, beschreibt Jan Scherlitz. Oder sie kontrollieren Checklisten und zählen sogenannte „Intensivscorepunkte“. Das kann bedeuten, dass bis zu 4.000 Werte eines Intensivpatienten addiert werden müssen, um den Umfang der Versorgung beurteilen zu können. „Bei mehreren Einzelwerten kann das dann 24-mal erforderlich sein“, so Scherlitz. „Auf diese Ergebnisse muss sich später der ärztliche Gutachter verlassen können“, ist Gläfke wichtig, „es bringt ja nichts, wenn sich unsere Kontrolleure nochmal gegenseitig kontrollieren!“

Für den Einsatz der Teams von Ärzten und Kodierfachkräften muss Carsten Gläfke zusätzlich berücksichtigen, dass der MDK Nord mehr als 60 Prozent der Aufträge in Begehungen bearbeitet, also



Die KFK-Projektgruppe mit Leiter Dr. Carsten Gläfke (1. v. links) und Dr. Jan Scherlitz, Koordinator in Hamburg, (2. v. links). Die Kodierfachkräfte (vorn) arbeiten mit ihren ärztlichen Mentoren (hinten) eng zusammen.

in den Kliniken und im direkten Kontakt mit Klinikärzten und -Controllern. Er entwickelt deshalb Verfahren, um geeignete Fälle für diese Einsätze herauszufiltern. Ziel ist es, dass ärztlicher Gutachter und KFK vor Ort zunächst möglichst unabhängig voneinander arbeiten können. Am Ende soll der ärztliche Gutachter durch die passgenaue Zuarbeit schneller zu einem Fallabschluss kommen.

Allen Beteiligten im Projekt ist klar, dass die Kodierfachkraft-Leistung eine unterstützende Tätigkeit für den

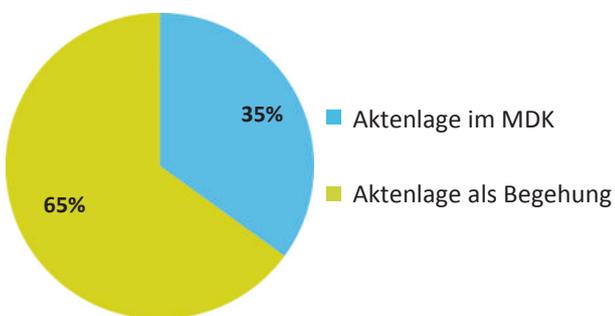
ärztlichen Gutachter ist und sich Kodierassistenten und ärztlich-gutachterliche Entscheidungen bestmöglich ergänzen müssen. „Diese neue Arbeitsteilung wird zu Anfang eine große Herausforderung für die Abteilung sein“, ist sich Carsten Gläfke bewusst. Aber er sieht sie vor allem als Chance für die Kollegen, neue Wege zu beschreiten, damit die ärztlichen Gutachter sich wieder verstärkt auf ihre medizinische Kernkompetenz konzentrieren können. „Im täglichen Miteinander werden später beide gewinnen,

wenn sie lernen, ihre Fähigkeiten zu ergänzen, denn beide sind schließlich Profis auf ihrem Gebiet“, so hat es Dr. Scherlitz zumindest im Krankenhaus erlebt. „Am Ende bleibt allerdings immer der ärztliche Gutachter verantwortlich für das Gutachten und unterzeichnet die Empfehlung“, betont Projektleiter Dr. Gläfke. „Das wird aus medizinischen wie aus rechtlichen Gründen ausnahmslos die Regel bleiben.“



Zahlen der Abteilung Krankenhaus 3, somatische Begutachtung

Verhältnis Aktenlage zu Krankenhaus-Begehung

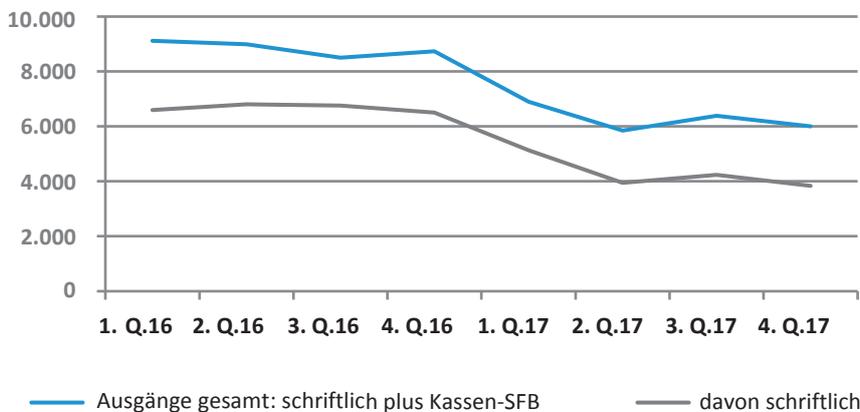


Durch die in 2016 begonnene vermehrte Umschichtung zur Aktenlage im MDK verringerte sich in 2017 der Anteil der Begehungen zum Vorjahr um **6 Prozent**.

Ein **Fristenmanagement** beugt vor: Werden DRG-Krankenhausabrechnungen nicht innerhalb einer elfmonatigen Frist beim MDK begutachtet, tritt eine Verfristung ein, die der Krankenkasse die Möglichkeit verwehrt, Abschlüsse geltend zu machen. Mit der Einführung der Fristenregelung etablierte der MDK Nord eigenentwickelte Instrumente zur Vorbeugung von Verfristungen. Neben einer Ampel-Systematik im gutachtenproduzierenden System Medok wurde 2017 von Dr. Melcher vom Team Controlling und Prof. Reinhard Schuster ein Simulationsmodell für Verfristungen entwickelt. In Abhängigkeit gewählter Parameter (Eingänge, Ausgänge, Bestandsalter) lassen sich damit mögliche Verfristungen prognostizieren. Dabei zeigt sich, dass neben der Steigerung der Bearbeitungsmenge, etwa durch externe Gutachter und eigene KFK, die Auswahl der Fälle (älteste Fälle immer zuerst) eine wichtige Rolle spielt. Vorbeugend betreibt die Teamassistenz ein geschicktes Fristenmanagement. So sind in 2017 so gut wie keine Fälle verfristet. Es ist jedoch ersichtlich, dass in 2018 bei bestimmten Parameterkonstellationen Verfristungen nicht zu vermeiden sein werden.

Zahlen der Abteilung Krankenhaus, Fachbereich Psychiatrie 1

Im Fachbereich Psychiatrie erstellte gutachterliche Stellungnahmen 1. Quartal 2016 - 4. Quartal 2017



Die fallenden Erledigungszahlen erklären sich vor allem damit, dass im ersten Quartal 2017 bestimmte Anlässe zur neurologischen Rehabilitation aus fachlichen Gründen in die Abteilung Krankenhaus somatisch verlagert wurden.

Währenddessen stieg signifikant die Anzahl der PEPP-Fälle, die früher nach Bundespflegesatz abgerechnet wurden. **50 Prozent** mehr PEPP-Fälle in 2017 bedeuteten für den Fachbereich einen deutlich erhöhten Bearbeitungsaufwand.

Fachbereich Psychiatrie

Strittige Fälle schneller im Gespräch klären

Das neue Abrechnungssystem geht voran, die Art der Begutachtung folgt und wird sich ändern: Nach der endgültigen Einführung des PEPP-Systems (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychotherapie) Anfang 2018 bearbeiten die MDK Nord-Gutachter die Aufträge zunehmend in Begehungen.

„Begehung“ bedeutet, dass die Gutachter – ähnlich wie in somatischen Kliniken – im Gespräch mit Klinikärzten und Controllern unter gemeinsamer Akteneinsicht strittige Fälle besprechen und klären, anstatt sie ohne persönlichen Kontakt mit den Behandlern am Schreibtisch zu bearbeiten. „Unser Ziel ist es, so viele Aufträge wie möglich in Begehungen zu erledigen“, betont der Fachbereichsleiter Psychiatrie, Dr. Nico Bartsch.

Im Laufe von 2016 und 2017 haben bereits sehr viele Kliniken auf das neue, seit Januar 2018 verpflichtende Abrechnungssystem umgestellt, das neue Möglichkeiten eröffnet. Das PEPP-System ist nach Einschätzung von Dr. Bartsch für Begehungen gut geeignet. Geprüft werden müssen nach PEPP nun auch die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen sowie die erbrachten Leistungen. Das bietet viele Möglichkeiten für die Fachleute von Klinik und MDK, um über einen Fall zu sprechen und die Abrechnung der Behandlungen leistungsgerecht zu ermitteln.

Bei den PEPP-Fällen liegt die Korrekturquote bei etwas mehr als 50 Prozent; die andere Hälfte der Fälle bleibt unbeanstandet. Korrekturquote bedeutet, dass im Rahmen der Fallprüfung aus Sicht des MDK-Gutachters etwas in der Kodierung oder der Verweildauer geändert werden muss. „In etwa 90 Prozent der



Dr. Nico Bartsch

Fälle können sich zurzeit beide Seiten in einer Begehung der Klinik am Ende einigen“, beschreibt Dr. Bartsch die ersten Erfahrungen.

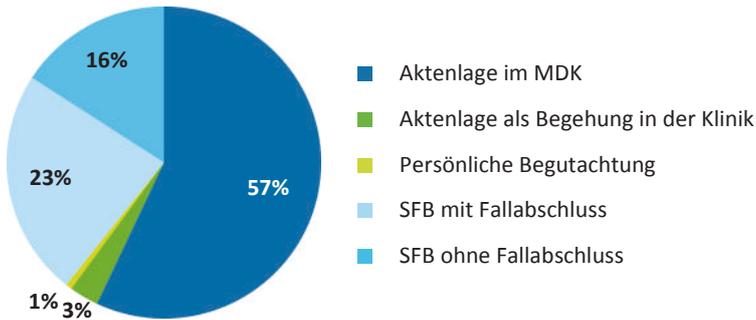
„Es entstehen dabei kollegiale Gespräche, ob zum Beispiel ein psychisch kranker Patient eher hätte entlassen werden können, oder warum es erst später möglich war“, so Dr. Bartsch. „Das geht natürlich nur, wenn man mit der Akte in der Hand gemeinsam am Tisch sitzt und sich austauschen kann.“ Ein reines Aktenlagegutachten aus dem Büro biete diese Möglichkeiten nicht und führe häufiger zu langwierigeren schriftlichen Auseinandersetzungen bis hin zu einem Sozialgerichtsverfahren. Deshalb würden auch die meisten Kliniken die Begehungen begrüßen.

Im Jahr 2017 hat der Fachbereich deren Anzahl deshalb parallel zur Umstellung auf PEPP gesteigert und peilt an, demnächst mehr als die Hälfte aller Aufträge so bearbeiten zu können.

Das hat auch den Vorteil, dass die psychiatrischen Gutachter einen Fall in der Regel nur noch zweimal „anfassen“ müssen: in der Erstbegutachtung und – falls man sich gar nicht einigen kann – für ein Gutachten zu einem Verfahren vor dem Sozialgericht. Als Fernziel hat Dr. Bartsch für sich und die derzeit 13 ärztlichen Gutachter sowie zwei Kodierfachkräfte des Fachbereiches gesetzt, eine Quote von rund 80 Prozent aller Fälle in Begehungen abzuarbeiten.

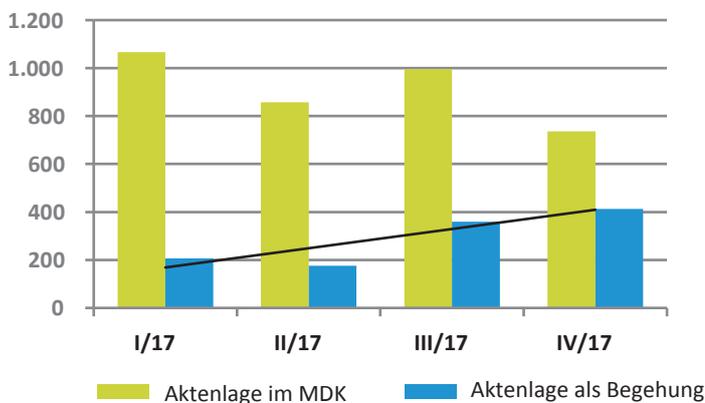
Zahlen der Abteilung Krankenhaus, Fachbereich Psychiatrie 2

Gutachterliche Stellungnahmen nach Produkt



In 2017 wurden vom Fachbereich Psychiatrie **25.100** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen erstellt, davon **20.800** fallabschließend. Rund **1.600** Fälle konnten im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung vorgesichtet werden. In der Grundsatzberatung wurden **1.051** Stunden registriert.

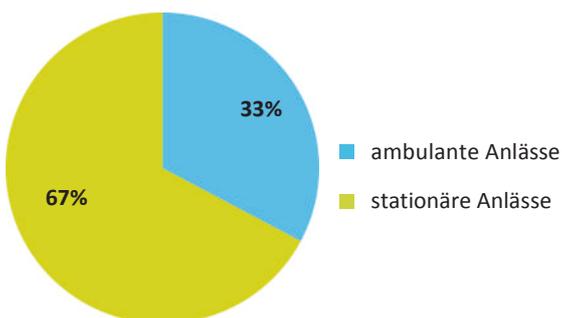
Verhältnis Aktenlage zu Krankenhaus-Begehung



Das Verhältnis der aufwendigen Produkte (Gutachten und Kurzgutachten) zu SFB bleibt im Vergleich zum Vorjahr konstant. Im Kontext der sowohl stationären als auch ambulanten Anlässe und des hohen SFB-Anteils erscheint der Anteil an Krankenhausbegehungen mit **3 Prozent** sehr gering.

Bei einer ausschließlichen Betrachtung der in Aktenlage erstellten Gutachten und Kurzgutachten der stationären Anlässe wird ersichtlich, dass mittlerweile mehr als jede dritte Aktenlage innerhalb einer Krankenhausbegehung erfolgt.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Anlassgruppe



Eine deutliche Zunahme des Anteils der stationären Anlässe um 16 Prozent gegenüber dem Vorjahr geht nicht zuletzt auf eine veränderte Abteilungszuordnung bestimmter Anlässe zur neurologischen Rehabilitation zurück, welche seit Anfang 2017 durch die Abteilung Krankenhaus somatisch übernommen werden.

Immer mehr Aufgaben auf Gutachter verlagert

Die Umstrukturierung von Krankenkassen und Veränderungen von Begutachtungsprozessen haben spürbare Auswirkungen auf die Abteilung Ambulante Versorgung. Trotz sinkender Auftragszahlen sind die Gutachter intensiv ausgelastet. Hinzugekommen sind 2017 neue Begutachtungsfelder wie Cannabis für medizinische Zwecke und die Begutachtung von Bundesbeamten. Beide zwar mit relativ niedrigen Fallzahlen, dafür aber mit komplexen Fragestellungen.

Die gesetzliche Neuregelung zur Vergabe von Cannabis für medizinische Zwecke kam im März 2017 nicht überraschend, aber ohne Vorbereitungszeit für die Umsetzung in der Begutachtung. „Das war ein neuer Aufgabenbereich, den wir uns erstmal erschließen mussten“, blickt Abteilungsleiterin Dr. Barbara Mörchen zurück. „Wichtig war zum Beispiel der Umgang mit der Definition einer ‚schwerwiegenden Erkrankung‘, die der Gesetzgeber als Voraussetzung einer Verschreibung von Cannabis nennt. Dafür gibt es bisher keine klarumrissene Definition in der Sozialgesetzgebung.“ Das musste schnell passieren, denn das Gesetz fordert bei der ersten Verordnung die Genehmigung der Krankenkasse, die – wie erwartet – in der Regel den MDK mit diesen Begutachtungen beauftragt haben. Außerdem waren Fristen von drei Wochen für einen Teil dieser MDK-Begutachtungen zu beachten.

Die Grundlage für diese Begutachtungen haben das Kompetenz-Centrum Psychiatrie und die Sozialmedizinische Expertengruppe 6 (SEG 6) der MDK-Gemeinschaft in Form einer Begutachtungs-Richtlinie erarbeitet. Beteiligt war als SEG-Mitglied der Pharmakologe und Gutachter der Abteilung, Dr. Marc Heidbreder. Ein Ziel war es, die Begutachtungen bundesweit zu vereinheitlichen (siehe Interview Seite 28).

Krankenkassen zentrieren Fallbearbeitung

Immer mehr Krankenkassen zentrieren ihre Fallbearbeitung und die dafür vorgesehenen Mitarbeiter. Dafür bauen sie Fachzentren auf, mal in Schleswig-Holstein oder Hamburg, mal aber auch in einem anderen Bundesland. Entsteht ein Zentrum an einem Standort des MDK Nord, dann bearbeiten die Gutachter in ihren Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) vor Ort auch Fälle von Versicherten aus anderen Bundesländern. Entsteht das Zentrum in einem anderen Bundesland, werden dort auch Fälle von Versicherten vorberaten, die im Zuständigkeitsbereich des MDK Nord – Schleswig-Holstein und Hamburg – leben. Das hat Auswirkungen darauf, wie die MDK-Gutachter der Abteilung arbeiten können. Tendenziell verlagerten sich mehr Fälle aus



Dr. Barbara Mörchen



der Abteilung in Zentren außerhalb des MDK Nord-Bereiches als umgekehrt. Damit verringerte sich der Anteil dieser schnellen Form der Begutachtung beim MDK Nord.

Gleichzeitig änderte sich auch der Mix der Begutachtungsanlässe. So hatte die Umstrukturierung einer großen Ersatzkrankenkasse im Frühjahr 2017 bewirkt, dass durch den Aufbau von Fachzentren zum Krankengeld – unter anderem im niedersächsischen Braunschweig – vom MDK Nord keine SFB mehr zum Thema der Arbeitsunfähigkeit vor Ort (Kassen-SFB) geleistet werden konnte. Durch die Ansiedlung eines Fachzentrums Krankenhaus/Rehabilitation in Hamburg wiederum stieg die Zahl der Kassen-SFB in diesem Sektor für die Abteilung an. Die Arbeitsleistung der Gutachter sei insgesamt nicht gesunken, sagt Dr. Mörchen. „Mehr Arbeit macht bei Zentrumsbildungen am Anfang aber auch, dass sich durch die Umstrukturierungen viele Krankenkassen-Mitarbeiter erst in neue Themengebiete einarbeiten müssen – wobei sie unsere Gutachter fachlich unterstützen.“ Gegebenenfalls müssen auch Gutachter der Abteilung in ein neues Themengebiet eingearbeitet werden.



Katrin Pohlmann, ärztliche Gutachterin im Fachbereich Hilfsmittel, bespricht mit Orthopädietechniker-Meister André Schuster die vielfältigen Funktionen eines elektrischen Rollstuhles. Spezielle Hubfunktionen und Fahrmodi (oben und kleines Foto) könnten besonders stark eingeschränkten Versicherten im Alltag helfen. Ob ein solches Modell im Einzelfall zweckmäßig, bedienbar und angemessen ist, würden die Gutachter im Auftrag der Krankenkasse prüfen.

Allerdings bedeute die Zentrenbildung nicht automatisch, dass solche Fälle gar nicht mehr zum MDK Nord kommen. Vielfach würden sie nur später vorgelegt, beispielsweise im Widerspruch, weiß Barbara Mörchen, weil dann wieder der MDK am Wohnort der Versicherten zuständig sei.

Fallzahlen steigen im Hilfsmittelbereich

Bei den Hilfsmitteln ist die Auftragszahl wieder gestiegen, auch weil mit der Neufassung des Heil- und Hilfsmittelgesetzes Anfang 2017 sogenannte „externe Hilfsmittelberater“ der Krankenkassen unzulässig sind. Aufträge zur orthopädisch-technischen Begutachtung, die die Kassen bislang mit Hilfsmittelberatern selbst bearbeitet haben, bekommt jetzt wieder der zuständige Fachbereich der Abteilung. Neben den ärztlichen Gutachtern sind im Fachbereich Hilfsmittel vier Orthopädietechniker, zwei davon sind Meister, an der Begutachtung beteiligt. Sie begutachten wenn nötig auch persönlich zu Hause bei den Versicherten, welches Hilfsmittel sie benötigen.



MiMa und DTA verändern Bearbeitung

Der Prozess der Digitalisierung ist der Abteilung bekannt, weil sie diese Vereinfachung schon vor Jahren eingeführt hat. So arbeiten die Gutachter seit langem mit dem Offline-Archiv „AVS-Outdoor“ in der Beratung der Krankenkassen vor Ort. Es stellt dafür medizinische Unterlagen elektronisch zur Verfügung; Papierunterlagen werden nicht mehr benötigt. Zu veränderten Arbeitsaufwänden hat das Anfang 2017 beendete Umschlagverfahren und die Einführung des Mitteilungs-Managements (MiMa) geführt. Der Unterlageneingang hat sich dadurch von den Krankenkassen weitgehend auf den MDK verlagert. Mit den wenigen Informationen, die den Krankenkassen dadurch noch zur Verfügung stehen, haben sie seither weniger Möglichkeiten, Fälle sinnvoll auszuwählen und sie für die Erstbegutachtung beim MDK adäquat vorzubereiten. Die Gutachter bekommen Unterlagen nicht mehr in Papierform zur Verfügung gestellt, sondern nun als elektronische Dateien. In der Folge benötigen Gutachter, insbesondere bei komplexen Fall-

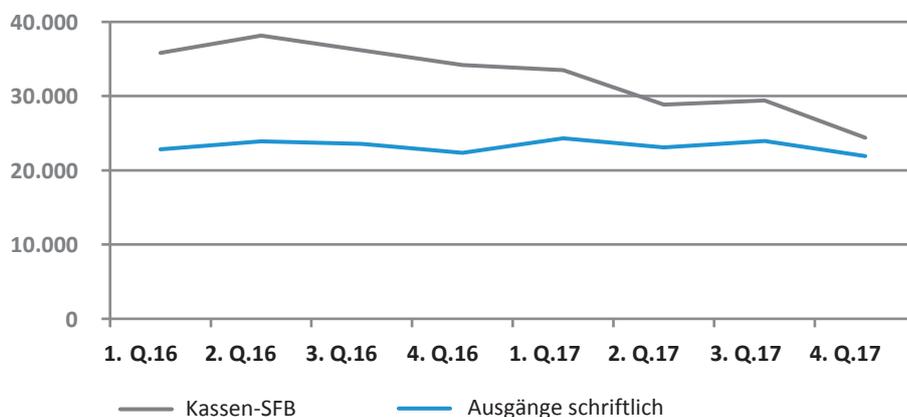
Zahlen der Abteilung Ambulante Versorgung 1

Die Abteilung leistet einen Großteil Ihrer Einzelfallbegutachtung als SFB mit den Krankenkassen in verschiedenen fachlichen Bereichen. Die höchsten Fallzahlen

werden hierbei in absteigender Reihenfolge in den Fachbereichen Arbeitsunfähigkeit, Vorsorge/Rehabilitation, Ambulante Leistungen (zum Beispiel Häusli-

che Krankenpflege) und Hilfsmittel erzielt. Die Umstrukturierung einer großen Krankenkasse mit bundesweiter Bildung von Fachzentren im Frühjahr 2017 war im Wesentlichen verantwortlich für eine deutliche Reduktion der Fallzahlen der Kassen-SFB in drei der genannten Fachbereiche. Erste Aktivitäten der Zentralisierung einer weiteren Kasse trugen hierzu bei. Zudem unterlag das Beauftragungsverhalten einzelner Krankenkassen dort in 2017 starken Schwankungen. Am stärksten fluktuieren die Beratungsanteile in den Anlassgruppen Vorsorge/Reha, Hilfsmittel und AU.

Gutachterliche Stellungnahmen 1. Quartal 2016 - 4. Quartal 2017



unterlagen mehr Zeit, um die Arztberichte und Untersuchungsergebnisse einzusehen.

Die Auftragsbearbeitung der Abteilung wird sich außerdem durch den elektronischen Datenaustausch mit den Krankenkassen (DTA) verändern. Ähnlich wie bereits der DTA der Abteilungen Krankenhaus und Pflegeversicherung soll der DTA auch hier auf lange Sicht die Aufträge und Antworten per Post und Telefax ersetzen. Die Abteilung hat den DTA mit Hilfsmittel-Aufträgen zweier Krankenkassen gestartet. Noch ist der Anteil im Fachbereich mit 60 DTA-übermittelten von insgesamt 1.900 Aufträgen (Beispiel März 2018) gering. Allen Krankenkassen steht diese neue Form der Auftragserteilung offen. Der DTA für die Fachbereiche Arbeitsunfähigkeit und Vorsorge/Reha soll ebenfalls noch 2018 beginnen. Neben der Erstellung des üblichen Gutachtens werden darüber hinaus auch sogenannte „Kranzfragen“ vom Gutachter beantwortet, die den Krankenkassen die Ergebnisse der Begutachtung zusätzlich in elektronischer Form zur Verfügung stellen.

Große Vielfalt der Begutachtung

Die Gutachten aus der Abteilung Ambulante Versorgung sind wegen der vielen verschiedenen Begutachtungsanlässe so

vielfältig wie in keiner anderen Abteilung des MDK Nord. Deshalb variiert auch der notwendige Aufwand pro Gutachten so stark. Die Komplexität der Begutachtungsaufträge steigt an, das führt zu einer zunehmenden Subspezialisierung der Gutachter. Deshalb ist es eine ambitionierte Aufgabe, die unterschiedlichen Aufträge innerhalb der Abteilung zu verteilen. Im vergangenen Jahr sind zudem die Fallzahlen zur Begutachtung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Krankenhaus weiter angestiegen. Auch diese NUB-Fälle werden von der Abteilung bearbeitet. Hierbei gilt es für die elf Gutachter in dem Fachbereich NUB/Arzneimittel, die üblichen Begutachtungs-Fristen von Krankenhausfällen einzuhalten.

Ganz andere Besonderheiten hat die Begutachtung von Bundesbeamten. 2016 war das Bundeseisenbahnvermögen an den MDK Nord herangetreten; seit 2017 erhält die Abteilung regelmäßig Aufträge zur Begutachtung. Seit August begutachten die Abteilungsleiterin Dr. Mörchen und weitere Gutachter, ob Beamte der Deutschen Bahn dienstfähig sind. „Hierbei gelten Regeln, die über die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit hinausgehen“, sagt die Internistin und Sozialmedizinerin. Dafür seien zusätzliche sozialmedizinische Kenntnisse erforderlich. Nach Beamtenrecht ist die Frage nach einer Dienstfähigkeit komplexer: Hierbei geht es nicht nur um die Beurteilung der zuletzt

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

- 61 Gutachter: Fachärzte fast aller Fachrichtungen
- 4 nichtärztliche Gutachter: Orthopädietechniker und Orthopädietechniker-Meister im Begutachtungsgebiet Hilfsmittel
- 209.500 versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen

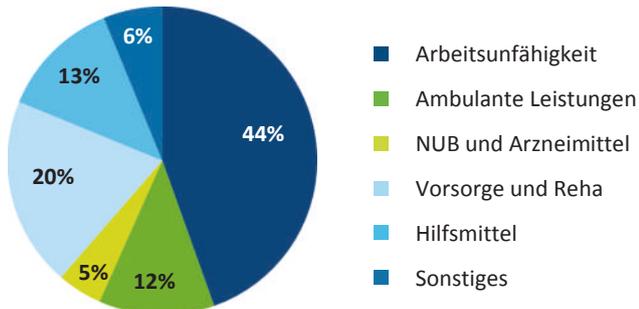
(Stand Ende 2017)

Zahlen der Abteilung Ambulante Versorgung 2

Insgesamt wurden in 2017 in der Abteilung **209.500** versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen erarbeitet. Die Fallzahl schriftlicher Produkte erhöhte sich zum Vorjahr um **0,7 Prozent**. Rund **1.200** Fälle wurden im Vorfeld

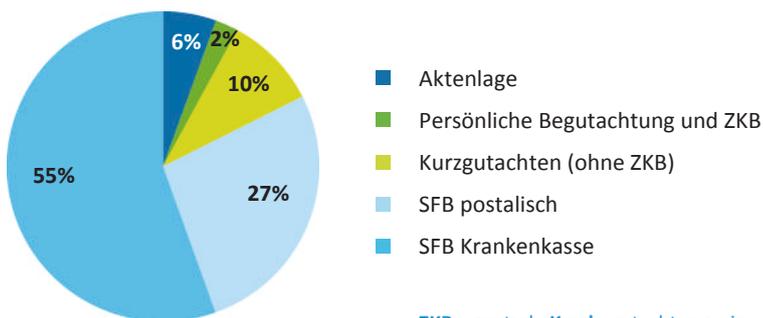
hinaus wurden **1.042** Stunden (nicht versichertenbezogener) Grundsatzberatung geleistet, überwiegend im Bereich der Expertise, Schulung und Beratung.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Anlassgruppe



Im Anlassmix verringerte sich im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit um 5 Prozent zugunsten der Anlassgruppen NUB/Arzneimittel und Vorsorge/Reha. Die Kategorie „Sonstiges“ beinhaltet die Anlassgruppen „Ansprüche gegenüber Dritten“ und „Sonstige ambulante Anlässe“.

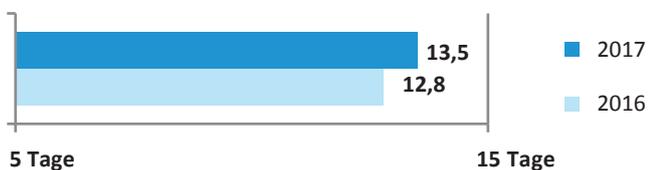
Gutachterliche Stellungnahmen nach Produkt



ZKB = zentrale Kurzbegutachtung, eine Form der Persönlichen Begutachtung

Die Abnahme der bei den Krankenkassen vorberatenen Fälle führte in 2017 zu Veränderungen im Produktmix: Der Anteil der aufwendigen Produkte Gutachten und Kurzgutachten ist mit plus 2 Prozent stärker vertreten.

Mittlere Laufzeit - schriftliche Produkte mit Fallabschluss Vergleich der Jahre 2016 und 2017 in Tagen



Der Jahresvergleich zeigt insgesamt eine leichte Erhöhung der Laufzeiten schriftlicher fallabschließender Produkte in 2017. In den Anlassgruppen Ambulante Leistungen, Hilfsmittel und Sonstige Ambulante Anlässe kam es zu einer Verkürzung der Laufzeit in diesem Bereich. Eine deutliche Verlängerung hingegen verzeichnet die Laufzeit der Anlassgruppe NUB/Arzneimittel. Diese ist hauptsächlich bedingt durch die beiden Anlässe „NUB im Krankenhaus“ und „Arzneimittel im Krankenhaus“, die anderen Verfristungsregeln unterliegen (11 Monate). Hinzu kam ein erhöhtes Fallaufkommen in diesem Begutachtungsgebiet.

ausgeübten Tätigkeit, sondern auch um die Fragen, ob sie im begrenzten zeitlichen Umfang wahrgenommen werden kann, oder ob andere Tätigkeiten möglich sind.

Die Abteilungsleiterin geht auch für das laufende Jahr 2018 von weiter steigenden Aufwänden aus, denen sich die Abteilung stellen werde, sagt sie. Besondere Herausforderungen sieht sie in der weitergehenden Digitalisierung der Prozesse sowie durch die Umbrüche und Umstrukturierungen bei den Krankenkassen.

Es sei deshalb gut, wenn die Auftraggeber den MDK Nord möglichst frühzeitig über Veränderungen informieren, sagt Dr. Barbara Mörchen, damit sich die Abteilung Ambulante Versorgung darauf einstellen kann. Im laufenden Jahr könne außerdem der DTA auch für Aufträge andere Fachbereiche angeboten werden.



„Blüten sind in Therapien kaum steuerbar“

Der Einsatz von Cannabinoiden für medizinische Zwecke ist nach wie vor umstritten. Er wird in Fachkreisen und vor allem auch in der Öffentlichkeit immer noch heftig diskutiert. Ein Grund ist, dass die geänderten Voraussetzungen für eine Verschreibung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V, die am 11. März 2017 in Kraft traten, viele Fragen offen lassen.

Für den MDK Nord bedeutete die Gesetzesänderung konkret, dass die Krankenkassen im vergangenen Jahr vermehrt Erstanträge von Patienten aus Schleswig-Holstein und Hamburg zur Begutachtung geschickt haben. Dr. Marc Heidbreder hat viele dieser Aufträge begutachtet und berichtet von den Besonderheiten bei der Bearbeitung solcher Anträge. Als Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie hat er an der Vereinheitlichung der Cannabis-Begutachtung innerhalb der MDK-Gemeinschaft mitgearbeitet. Er war an der Erstellung des vorläufigen Begutachtungslleitfadens der Sozialmedizinischen Expertengruppe Arzneimittelversorgung (SEG 6) sowie der im August 2017 bundesweit veröffentlichten Richtlinie des Spitzenverbandes der GKV beteiligt. Diese Richtlinie ist sowohl für die MDK der einzelnen Bundesländer als auch für die Krankenkassen der GKV verbindlich.

Herr Dr. Heidbreder, was können Sie nach gut einem Jahr Erfahrung mit der Begutachtung von Anträgen auf eine Therapie mit Cannabinoiden sagen? Welche Krankheiten stehen bei der Beantragung aktuell im Vordergrund?

Wir bekommen vor allem Anträge im Zusammenhang mit Schmerzzuständen unterschiedlichster Ursachen. Da reicht das Spektrum von Migräne über Polyneuropathien bis hin zu Knochenmetastasen eines Tumors. Bei Tumoren wird dann allerdings übersehen, dass eine Verordnung von Cannabinoiden auch im Rahmen der palliativen Versorgung möglich ist, diese Fälle uns aber nicht mehr vorgelegt werden, weil sie innerhalb von drei Tagen von der Krankenkasse entschieden werden müssen.

Wem könnte Cannabis denn helfen?

Es lässt sich wohl soweit sagen, dass Cannabis vor allem Schmerzpatienten mit chronischen Schmerzzuständen unterschiedlichster Ursachen helfen kann, wenn sie beispielsweise Polyneuropathien haben, die austerapiert sind. Gerade in diesen Fällen helfen auch Opiate erfahrungsgemäß wenig. Und eine Polyneuropathie ist eine wirklich unangenehme, für den Betroffenen häufig unerträgliche Erkrankung, die auch mit einer spezialisierten Schmerztherapie schwer anzugehen ist. Das sind solche Fälle, bei denen ich als Gutachter sagen würde, dass der behandelnde Arzt ausprobieren soll, ob Cannabinoide helfen können. Außerdem gibt es dafür wenigstens ein bisschen Evi-



denz. Die Indikation „Schmerzen“, die wir so in den Anträgen sehen, deckt sich übrigens auch mit den vorläufigen Zahlen der Begleiterhebung des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in der Schmerzen etwa drei Viertel aller Fälle ausmachen.

Eine weitere Indikation sehe ich außerdem in der Behandlung von Spastiken, speziell im Zusammenhang mit gravierenden Behinderungen aufgrund schwerer, oft genetisch bedingter Erkrankungen. Interessant ist auch Cannabidiol, kurz CBD, das in Reinform eigentlich nicht von dem Cannabisgesetz umfasst ist, bei therapieresistenten Epilepsien vor allem bei Kindern. Da wird sich im nächsten Jahr hinsichtlich der Zulassungen sicherlich einiges tun.

Um welche Bestandteile aus der Cannabis-Pflanze geht es in der Begutachtung und wie sind sie erforscht?

Das Spektrum der verfügbaren Bestandteile reicht von Fertigarzneimitteln über Blüten bis hin zu Extrakten aus der Pflanze. Deren arzneimittelrechtlicher Status ist teilweise noch unklar, geschweige denn, dass ein verbindlicher gesetzlicher Rahmen besteht. Von Studiendaten zu Blüten oder Extrakten will ich gar nicht reden, die gibt es einfach nicht. Bekannt ist, dass Cannabidiol, einer der Hauptbestandteile, wohl eine geringere und qualitativ andere Wirkung auf die Psyche hat als THC. Wahrscheinlich modifiziert es jedoch die Wirkung von Delta-9-Tetrahydrocannabinol, kurz THC. Das hat wiederum eine komplexe psychische („psychotrope“) Wirkung, die ja auch den Ruf von Cannabis als „Droge“ befördert hat, aber, wie schon gesagt, noch immer nicht genau untersucht ist. Bemerkenswert ist, dass



Die Rezeptur „Dronabinol“ wird als Tropfen oder in Kapseln angeboten. Das zähflüssige Dronabinol muss vor Gebrauch erwärmt und zubereitet werden. Dieses Rezeptur-Arzneimittel ist therapeutisch zu bevorzugen, weil es einen konstanteren Wirkspiegel als Blüten erzeugt.

überwiegend Blüten mit dem höchsten THC-Gehalt und dem niedrigsten CBD-Gehalt beantragt werden. Unklar ist die Rolle von weiteren Inhaltsstoffen wie zum Beispiel die Terpene, die in der Cannabis-Szene auch als wesentliche Faktoren für die Wirkung gesehen werden. Natürlich ist das bislang nicht wirklich belegt, weil ja auch grundsätzliche wissenschaftliche Erkenntnisse zur Funktion des Endocannabinoid-Systems beim Menschen fehlen.

Was sich mir nicht erschließt, ist, dass gefühlt in über 90 Prozent der bei uns vorgelegten Fällen eine Therapie mit Cannabisblüten beantragt wurde, obwohl Blüten hinsichtlich konstanter Wirkstoffspiegel kaum steuerbar sind und die Anwendungsform nicht wirklich patientengeeignet ist. Wenn diese inhaliert werden, tritt die Wirkung zwar schnell und stark ein, hält dafür aber nur ein bis zwei Stunden an. Das ist sicherlich nicht geeignet, um konstante Wirkspiegel zu erreichen, die man aber für die Therapie chronischer Erkrankungen braucht.

Was hat Sie denn angesichts dieser unklaren Studienlage am meisten irritiert?

Was sich mir nicht erschließt, ist, dass gefühlt in über 90 Prozent der bei uns vorgelegten Fällen eine Therapie mit Cannabisblüten beantragt wurde, obwohl Blüten hinsichtlich konstanter Wirkstoffspiegel kaum steuerbar sind und die Anwendungsform nicht wirklich patientengeeignet ist. Wenn diese inhaliert werden, tritt die Wirkung zwar schnell und stark ein, hält dafür aber nur ein bis zwei Stunden an. Das ist sicherlich nicht geeignet, um konstante Wirkspiegel zu erreichen, die man aber für die Therapie chronischer Erkrankungen braucht.

Welche Form ist denn geeignet und sinnvoll?

Dronabinol ist ein häufig verwendetes Rezeptur-Arzneimittel. Es ist ein reiner Wirkstoff aus der Pflanze, nämlich THC. Er wird in der Apotheke gebrauchsfertig gemacht und als Tropfen oder in Kapseln abgegeben. Als Fertigarzneimittel wird vor allem ein Extrakt, der zu gleichen Teilen CBD und THC enthält, beantragt. Er wurde unter dem Handelsnamen Sativex bereits vor Inkraft-

treten des Gesetzes für die Therapie von Spastiken bei der Multiplen Sklerose zugelassen. Nabilon, das unter dem Handelsnamen Canemes kurz vor Inkrafttreten des Gesetzes noch zugelassen wurde, ist meines Wissens bei uns in Anträgen noch nicht aufgetaucht.

Cannabis darf jetzt seit einem Jahr für medizinische Zwecke verschrieben werden. Für welche Krankheiten wird es beantragt, und wie hat sich das Indikationsspektrum entwickelt?

Wir waren angesichts der Flut der Begutachtungsaufträge überrascht, dass es letztlich doch so viele Krankheiten waren, eigentlich auch immer noch sind. Da waren außer chronischen Schmerzen ganz bunte Erkrankungsbilder dabei, die von Infektionen mit HIV über alle möglichen psychiatrischen Erkrankungen bis zu komplexen Tumorerkrankungen reichten.

Man kannte die Zahl von ungefähr 1.200 Patienten, die eine Ausnahmegenehmigung der Bundesopiumstelle hatten. Von dieser Anzahl ist offensichtlich auch die damalige Bundesregierung ausgegangen.

Sie hatten viel mehr Betroffene vermutet?

In der SEG 6 sind wir von vorneherein von höheren Zahlen ausgegangen, weshalb wir schon im Februar 2017 – als dann klar war, dass das Gesetz im März kommen wird – einen Begutachtungsleitfaden erstellt haben, der auch einen einheitlichen Arztfragebogen beinhaltete. So sollten die entsprechenden Anträge bundesweit vereinheitlicht vorstrukturiert bearbeitet werden. Der damals erstellte Arztfragebogen übrigens wird auch heute noch verwendet. Aktuell habe ich den Eindruck, dass sich das Ganze etwas



Dr. Marc Heidbreder



Die Cannabis-Blüte: Sie wird in abgestuften Anteilen von THC und CBD geliefert. Viele andere Inhaltsstoffe sind bislang unerforscht.

Wenn sich der verordnende Arzt dennoch für die Verordnung von Cannabisblüten entscheidet, welche Form der Anwendung ist dann empfehlenswert?

Ganz einfach: Keine! Wenn die Inhaltsstoffe der Blüten richtig wirken sollen, müssten sie eigentlich inhaliert werden, am besten mit einem Vaporisator, mit dem auch die Temperatur gesteuert werden kann. Eher schlecht ist die Verbrennung, wie bei einem klassischen „Joint“, der mit Tabak versetzt ist. Dieser ist insbesondere für Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) kontraproduktiv, dennoch sehen wir auch gelegentlich Anträge von COPD-Patienten auf Cannabisblüten.

Andere Patienten wenden Blüten auch an, indem sie diese als Tee benutzen, was aus pharmakologischer Sicht völlig unsinnig ist. Dafür ist weder die Temperatur des Wassers hoch genug, um die verschiedenen Wirkstoffe durch eine Decarboxylierung zu aktivieren, geschweige denn, um eine hinreichende Menge von Wirkstoffen in den Tee zu extrahieren.

Auch das Backen von Plätzchen mit Blüten, was von einigen Ärzten bei der Verordnung vorgeschlagen wird, ist keine therapeutische Lösung. Art und Intensität der Wirkung sind von vielen Faktoren abhängig. Am besten ist eben die regelmäßige Einnahme nicht von Blüten, sondern eines standardisierten Präparates, zum Beispiel dreimal am Tag, um so einen konstanten Wirkspiegel zu erreichen.

Gelten bei Palliativpatienten Ausnahmen?

Die große Gruppe der Palliativpatienten bekommen wir von den Krankenkassen, wie schon gesagt, so gut wie nie zur Begutachtung. Bei diesen schwerstkranken Patienten gelten am Ende ihres Lebens auch die üblichen Erwägungen nicht mehr, wie zum Beispiel die Steuerbarkeit der Therapie oder die auch hier

eingespielt hat, also die Fälle mittlerweile nach entsprechender Schulung von vielen unserer Gutachter bearbeitet werden können.

Auch die Anträge für Blüten sind meinem Eindruck nach etwas rückläufig, was wahrscheinlich auch den massiven Lieferengpässen von Cannabisblüten geschuldet ist. Weil sich die Zahl der entsprechenden Anträge aber bislang nicht verringert hat, bedeutet dies natürlich für uns einen hohen zusätzlichen Zeitaufwand für die Begutachtung dieser Fälle. Wohlgemerkt neben den anderen Begutachtungen, die ja nicht weniger werden.

Wie hoch sind die Erwartungen der Patienten?

Die Erwartungen vieler Patienten an den therapeutischen Erfolg waren und sind extrem hoch, teilweise, muss man sagen, auch irrational. Häufig wird auch das Argument vorgebracht, dass Cannabis schon seit mehreren tausend Jahren für die Therapie verwendet wird und schon alleine deswegen gut sein muss. Oft schreibt der behandelnde Arzt dann auch, dass „...der Patient schon positive Vorerfahrungen gemacht hat...“, was für uns natürlich schwer nachzuvollziehen ist.

Wir sehen es ebenfalls nicht selten, dass deswegen dann auch etablierte Therapien nicht angewendet wurden. Also ja, da ist eine immer noch sehr hohe Erwartungshaltung an Cannabis, die bislang in vielen Belangen eigentlich nicht gerechtfertigt ist. Die Erwartungshaltung

ist außerdem völlig konträr zu der bestehenden Evidenz, was die Therapie mit Cannabinoiden betrifft. Das hat auch eine vom Bundesgesundheitsministerium im vergangenen Jahr beauftragte wissenschaftliche Analyse der in den letzten zehn Jahren veröffentlichten Daten eindrucksvoll belegt.

Diese Erwartungshaltung wird durch was genährt? Durch Hoffnung, Erfahrung oder schlicht Fehlinformationen, zum Beispiel aus dem Internet?

Vermutlich von allem etwas. Bemerkenswert ist, dass Cannabisblüten und Cannabisextrakte als pflanzlich angesehen werden: für viele ein ganz wichtiges Argument, wegen der „grünen Medizin“, die gerade im Trend liegt. Es stimmt natürlich, die Blüten sind reine Bestandteile der Pflanze. Viele sehen aus diesem Grund Cannabis als pflanzliches Produkt als harmlos an, was aber nicht der Fall ist.

Dronabinol, das häufig verwendet wird und wie gesagt der reine Wirkstoff der Pflanze ist, das THC, wird von vielen trotzdem als „Chemie“ abgelehnt. Viele Betroffene wollen eben – und das auch verständlicherweise – keine Schmerzmittel mehr nehmen. Die hatten ihnen subjektiv nicht geholfen und vielleicht auch Nebenwirkungen ausgelöst. Deshalb stehen sie ihnen entsprechend kritisch gegenüber. Das sind genau die Patienten, die sich für Cannabis in Blütenform entscheiden.

Cannabisblüten können für die Anwendung in der Apotheke zerkleinert werden. Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) erlaubt die Abgabe von maximal 100 Gramm Blüten für den Zeitraum von 30 Tagen. Hier ist 1 Gramm abgewogen.

unzureichende Evidenz. Es ist in Ordnung, wenn es dem Betroffenen in irgendeiner Art und Weise helfen kann, sei es nur in Form eines Placebo-Effekts. Außerdem gibt es zumindest eine gewisse Evidenz bei der Behandlung von Erbrechen unter Zytostatika.

In welchen Fällen ist denn vom Gebrauch von Cannabinoiden abzuraten?

Da haben wir das Problem, dass wir über die psychotropen Auswirkungen von Cannabis noch relativ wenig wissen, vor allem, wenn gleichzeitig eine psychiatrische Erkrankung besteht. Insbesondere gilt THC deshalb als gefährlich, weil es Symptome einer Schizophrenie verstärken oder diese sogar auslösen kann. Deshalb wäre für jemanden, der an einer Schizophrenie leidet, die Anwendung von Cannabinoiden eine Kontraindikation, also auf keinen Fall zu empfehlen. Es sind sogar Fälle bekannt, bei denen Patienten, die an einer latenten, also nicht erkannten Schizophrenie litten, diese dann durch Cannabiskonsum erst ausgelöst worden ist.

Dies trifft wahrscheinlich auch auf bipolare Störungen zu. Auch kritisch zu sehen ist die Anwendung von Cannabinoiden bei Patienten, die von Cannabis und/oder anderen Substanzen abhängig sind, insbesondere bei solchen mit Mehrfachabhängigkeiten. Dies ist jedoch für uns nicht immer auf den ersten Blick erkennbar. Außerdem sollten Kinder und Jugendliche keine Cannabinoide erhalten. Und natürlich beeinträchtigen Cannabinoide bei Betroffenen die Fahrtüchtigkeit, die Fähigkeit Maschinen zu führen oder andere Tätigkeiten zu leisten. Das kann erhebliche Einschränkungen bedeuten.

Und wenn keine psychische Erkrankung vorliegt?

Mittlerweile wird bei kardiovaskulären Erkrankungen empfohlen, Cannabinoide zurückhaltend einzusetzen, da eine Häufung von Schlaganfällen und Herzinfarkten bei Menschen beobachtet wurde, die regelmäßig Cannabis konsumierten. Die Ursache hierfür ist jedoch noch nicht in Gänze geklärt. Insofern sollte der behandelnde Arzt seine Patienten über dieses potenzielle Risiko aufklären.

Auf welcher Grundlage können Sie als Gutachter zurzeit Empfehlungen aussprechen?

Wir können den Sachverhalt selbstverständlich nur aus rein medizinischer Sicht beurteilen, auch danach, ob eine schwerwiegende Erkrankung oder Symptomatik vorliegt. Dafür sollte ein vollständig ausgefüllter Arztfragebogen vorliegen, im Idealfall von einem Schmerztherapeuten ausgefüllt, obwohl Cannabinoide eigentlich von jedem Arzt, unabhängig von seiner



Fachrichtung, verordnet werden kann. Die Begutachtung ist letztlich eine sorgfältige medizinische Abwägung hinsichtlich der Symptome und dem, was der Betroffene schon an Therapien erhalten hat.

Sind die Voraussetzungen für eine Verordnung bei den verordnenden Ärzten bekannt?

Die Vorbereitung der Anträge ist nach einem Jahr auf jeden Fall besser geworden. Aber wir bekommen trotz des Leitfadens und der jetzt verbindlichen Begutachtungsanleitung immer noch Verordnungen von Ärzten, aus denen wir nicht schlau werden. Erst neulich wurde zum Beispiel ein Antrag auf „Cannabis plus C“ gestellt, das oral eingenommen werden sollte. Da weiß nur der verordnende Arzt, was das sein soll.

Es gibt aber auch immer noch Anträge, in denen der Arzt nur schreibt, der Patient „hat Schmerzen“. Mit solchen Anträgen kann man als Gutachter nichts anfangen und muss diese nach sorgfältiger Prüfung dann an die Kasse zurückgeben. Nicht selten sehen wir uns auch mit dem Problem konfrontiert, dass Cannabisblüten in Mengen verordnet werden, die bei Weitem über der in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) festgelegten Höchstmenge von 100 Gramm pro Monat liegen.

Wird bei der aktuellen Diskussion nicht auch übersehen, dass einigen Patienten anders besser geholfen werden könnte?

Ja. Wir bekommen von der Krankenkasse eine Medikationsübersicht mitgeschickt und können daraus ersehen, welche Medikamente schon eingesetzt wurden, ob es noch zugelassene Alternativen gibt oder ob die bislang erfolgten Therapien erfolglos waren. Zum Schutz des Versicherten würde ich dann immer darauf hinweisen, was er noch machen kann, bevor er ein Cannabinoid einnimmt. Wie gesagt, hängt dies aber von Fall zu Fall ab.

Herr Dr. Heidbreder, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Wann ist es Schicksal, wann ein Behandlungsfehler?

Eine Operation oder Behandlung kann anders verlaufen, als es Patienten erwarten. Doch wann ist es schicksalhaft und wann nicht? Könnte ein Zusammenhang bestehen zwischen dem, was passiert ist, und dem Schaden? Mit diesen Fragen fühlen sich Patienten oft alleingelassen. Ohne spezielles medizinisches Fachwissen kommen sie nicht weiter. Das bietet ihnen der MDK mit seiner Behandlungsfehler-Begutachtung. Im vergangenen Jahr haben 3.900 Versicherte über ihre Krankenkasse einen vermuteten Behandlungsfehler beim MDK Nord prüfen lassen.

Die Gutachter prüfen zuerst, ob ein angezeigter Verdacht auch aus medizinischer Sicht stichhaltig ist, bevor ein Fall ausführlich begutachtet wird. So konnten die MDK Nord-Gutachter 2017 aus den 3.900 Verdachtsfällen 812 stichhaltige Behandlungsfehler-Vorwürfe zur genauen Begutachtung herausfiltern. Das sind etwas weniger als 2016 mit 842 Gutachten. „Hier klappt nicht selten eine Lücke zwischen der eigenen Empfindung der Betroffenen und der Sicht eines unabhängigen ärztlichen Gutachters“, sagt Privatdozent Dr. Dimitrios Psathakis, der Leiter des Fachbereiches. Das sei angesichts der komplexen medizinischen oder pflegefachlichen Zusammenhänge aber auch verständlich. Mit der Begutachtung der 812 vorausgewählten Fälle konnte der MDK Nord im vergangenen Jahr schließlich 168 Behandlungsfehler bestätigen. Das sind rund 21 Prozent dieser stichhaltigen Vorwürfe, etwas weniger als in den Vorjahren.

Die Behandlungsfelder, in denen häufiger etwas falsch gemacht wird, sind seit Jahren die gleichen. Auch die Häufigkeit schwankt nur geringfügig. Die meisten der 168 bestätigten Behandlungsfehler des vergangenen Jahres sind mit 27 Prozent in der Unfallchirurgie und bei orthopädischen Operationen festgestellt worden. Mit 13 Prozent folgen Behandlungsfehler in der Pflege und mit rund neun Prozent in der Zahnmedizin, vor allem bei Kariesbehandlungen. Rund sechs Prozent der Behandlungsfehler sind in der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe gemacht worden. Den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Schaden für die Versicherten konnten die Gutachter in 88,8 Prozent der Fälle feststellen. Weitere medizinische Behandlungen waren in 152 Fällen, also in fast 91 Prozent der Fälle, notwendig.

Für diese Feststellung eines Behandlungsfehlers prüfen die Gutachter in jedem Einzelfall, ob die Behandlung nach „anerkanntem medizinischen Standard“ ausgeführt wurde. Nur wenn die Behandlung nicht gemäß dieses Standards erfolgte, haben die Versicherten auch eine Chance, dass Schadenersatz-Forderungen anerkannt werden. Die Gutachter konnten im vergangenen Jahr in 46 der 168 Fälle grobe Fehlleistungen feststellen, die aus Sicht der Fachleute nicht nachvollziehbar sind und gegen elementare Grundsätze des Fachgebietes verstoßen (2016 waren es 62 von 187).

Wenn der Standard nicht eingehalten wurde, wird im nächsten Schritt geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen



Priv.-Doz. Dr. Dimitrios Psathakis MBA

der fehlerhaften Behandlung und dem Schaden gibt – auch das ist längst nicht immer der Fall.

Die fachlich unabhängig erstellten Gutachten des Medizinischen Dienstes stehen über die Krankenkasse den Versicherten zur Verfügung. Die Erfahrung zeigt, dass sich in der überwiegenden Zahl aller Fälle die Behandler und deren Haftpflichtversicherer anschließend mit den Versicherten außergerichtlich ein-

nigen und einen Vergleich anstreben. Die Grundlage dafür ist das MDK-Gutachten.

„Die Gutachten des MDK Nord helfen vielen Versicherten, einerseits im Streitfall zu ihrem Recht zu kommen. Sie helfen ihnen aber auch, wenn sich ihr persönlicher Behandlungsfehler-Verdacht als unbegründet herausstellt. Dann sparen sie viel Geld und persönlichen Einsatz für eine zivilrechtliche Auseinandersetzung, die sie am Ende meist nicht gewinnen können“, sagt PD Dr. Dimitrios Psathakis. „Damit ist der MDK Nord für die gesetzlich Krankenversicherten ein wichtiger Berater, auf dessen neutrale Beurteilung sie sich verlassen können.“

Um ein solches Gutachten zu bekommen, können sich Versicherte mit Bezug auf den Paragraphen 66 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB) bei ihrer Krankenkasse mit ihrem Verdacht melden. Die Krankenkassen unterstützen den gesetzlichen Bestimmungen folgend den Versicherten bei der Prüfung, in der Regel, indem sie den MDK damit beauftragen.

Einige Voraussetzungen sollten Versicherte anschließend beachten, damit die MDK-Gutachter bestmöglich ihren Fall bearbeiten können. Sie sollten ein Gedächtnisprotokoll vorlegen, also eine Art Tagebuch über den Behandlungsverlauf. Darin sollten sie beschreiben, was, wann, wo passiert ist und von welchen Maßnahmen sie glauben, dass sie die Ursache für einen vermuteten und behandlungsfehlerbedingten Gesundheitsschaden sein können. Außerdem sind Kopien von ärztlichen, zahnärztlichen beziehungsweise pflegefachlichen Unterlagen hilfreich, die den Behandlungsverlauf wiedergeben. Hierzu zählen zum Beispiel medizinische Berichte und Entlassungsberichte, die in der Regel der Hausarzt erhalten hat. Reichen die vorgelegten medizinischen Informationen nicht aus, weisen die Gutachter auch darauf hin, welche Unterlagen noch für die medizinische Beurteilung notwendig sind.



Die DSGVO umfasst 99 Artikel plus 173 Erwägungsgründe, die als Ergänzungen und Auslegungshilfe dienen. Die DSGVO muss europaweit umgesetzt werden.

Datenschutz im MDK Nord

Alles nochmal „angefasst“ für die EU-Verordnung

Das Recht aller EU-Bürger, über ihre eigenen Daten zu bestimmen, will die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) stärken. Am 25. Mai ist sie in Kraft getreten. Auch der MDK Nord hat sich seit Anfang 2018 darauf vorbereitet. Im Umgang mit den Daten zwischen den Versicherten und dem MDK Nord ändert sich jedoch nichts.

Seit Monaten beschäftigt diese neue Verordnung praktisch alle Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen in der EU, weil sie personenbezogene Daten verarbeiten. Denn es geht nicht nur um die Daten von Kunden, also von Externen, sondern auch um die Daten der eigenen Mitarbeiter oder die von Vertrags- oder Handelspartnern. Einer der wichtigsten Punkte: der Betroffene muss jetzt in vielen Bereichen zustimmen, dass seine persönlichen Daten verarbeitet, also auch gespeichert werden.

Bei den Begutachtungen des MDK Nord habe das aber zu keinen wesentlichen Änderungen geführt, sagt der Datenschutzbeauftragte Stefan Manthey. Zum Inkrafttreten der DSGVO habe man einige Formular-Vordrucke überprüfen und wenn nötig anpassen müssen, erklärt Manthey. Ebenso sei geprüft worden, ob die Website des MDK Nord DSGVO-konform ist.



Datenschutz-Beauftragter Stefan Manthey im Gespräch.

Umfassender war für den Datenschutzbeauftragten die Aufgabe, alle internen Verarbeitungswege personenbezogener Daten zu dokumentieren. Diese Vorgabe müssen alle Unternehmen ab einer bestimmten Größe und alle öffentlichen Einrichtungen erfüllen. Beim MDK Nord hatte Stefan Manthey dafür eine Arbeitsgruppe gebildet, zusammengesetzt aus Fachleuten vieler Abteilungen und Fachbereiche. Sie hat die Umsetzung der Datenschutz-Regelungen erarbeitet.

Dazu gehörte zum Beispiel, wie und von wem zukünftig die von der DSGVO geforderten Verzeichnisse sogenannter „Verarbeitungstätigkeiten“ geführt werden. Die Arbeitsgruppe hatte schließlich eine Datenschutzfolge-Abschätzung zu

erstellen. „Unter dem Strich kann ich sagen, dass wir in den vergangenen Monaten alle Verfahren im MDK Nord sozusagen ‚angefasst‘ haben, damit sie der neuen Datenschutzverordnung entsprechen“, so Manthey.

Am Auftrag des MDK Nord, der auf der deutschen Sozialgesetzgebung basiert, habe sich durch die europäische DSGVO aber nichts geändert, betont der Datenschutzbeauftragte. Das betreffe auch Datenschutzregeln, die schon vorher galten: So werden weiterhin alle personenbezogenen Daten eines abgeschlossenen Begutachtungsvorganges nach Ende des fünften Jahres gelöscht.



Schnelle Umzüge dank flexibler Team-Planung

Gute Arbeit benötigt ein gutes Arbeitsumfeld, das aktuellen Anforderungen ständig angepasst wird. Eine große Aufgabe der Abteilung Service war deshalb im vergangenen Jahr der Umbau und Umzug gleich zweier Dienststellen in Schleswig-Holstein. Für zusammen 120 Mitarbeiter hat die Abteilung alles geplant, vorbereitet und abgewickelt. Für solche Spezialaufgaben hält sie ein kleines Team für das Beschaffungs- und Gebäudemanagement vor.

Die meisten Serviceteams arbeiten den drei medizinischen und pflegefachlichen Abteilungen zu. Sie verwalten, organisieren und archivieren die Aufträge und machen die Begutachtungen damit erst möglich. Das kleine Spezialteam der sieben Kolleginnen und Kollegen hatte dagegen in kurzer Zeit den Umzug des Beratungs- und Begutachtungszentrums (BBZ) Lübeck und der Beratungsstelle (BS) Flensburg zu bewerkstelligen. Beide waren baulich veraltet und für die vielen neuen Mitarbeiter einfach zu klein geworden.

„Solche Aufgaben lassen sich nur mit so einer flexiblen, eigenen Mannschaft erledigen. Bei Fremdfirmen fehlt dafür der direkte Zugriff auf Mitarbeiter und Termine“, erklärt Lutz Remshardt, dessen Organisationseinheit vergangenes Jahr zusätzlich vom zentralen Fachbereich zur Abteilung gewachsen ist. Die Kollegen vom Team der IT gehören seitdem auch dazu. „Das führt jetzt zu einer engeren Verzahnung mit dem Service und beschleunigt unsere Arbeitsprozesse.“

Den Umzug des BBZ Lübeck hatte der MDK Nord schon länger geplant. Das Gebäude in der Katharinenstraße nutzte der MDK bereits seit 1992. Es war mittlerweile veraltet und hat durch Wasserschäden häufiger Probleme bereitet. Entscheidend war auch, dass die Mitarbeiterzahl in Lübeck in den vergangenen fünf Jahren von 72 kontinuierlich auf 95 gestiegen war. Nach längerer Suche fand die Abteilung Service die neuen Räume in der Fackenburger Allee, die nicht nur verkehrsgünstiger in der Nähe des Bahnhofes und der Ausfallstraßen liegen. Sie bieten auch mehr Platz und einen besseren Raumschnitt

als am bisherigen Standort. „Hier konnten wir unser Raumkonzept am besten umsetzen, mit weniger Verkehrsflächen zugunsten von Büroflächen“, sagt Lutz Remshardt.

Das bedeutet für ihn, dass er die Gesamtfläche besser nutzen kann und die Mietkosten dennoch gleich bleiben. Außerdem hat der MDK Nord hier eine Ausbaureserve und ein Vormietrecht bekommen, für den Fall, dass die Mitarbeiterzahl weiter ansteigt. Der Planungsphase bis Mai folgte der Umbau bis Oktober, den auch das kleine Beschaffungs- und Gebäudemanagement-Team zu großen Teilen selbst leistete. „Wichtig war, dass wir den späteren Umzugstermin und den Umzug selbst so exakt planen, dass die Gutachter und Serviceteams so wenig wie möglich davon betroffen sind“, beschreibt Remshardt das Ziel. „Denn jeder



Abteilungsleiter Lutz Remshardt (oben) bespricht mit dem Team „Beschaffungs- und Gebäudemanagement“ die Raumverteilung der neuen Beratungsstelle Flensburg (Foto unten). Die Umbauten und Umzüge der BS Flensburg und des BBZ Lübeck (Mitte) hat die Abteilung Service detailliert geplant und umgesetzt. Teilbereiche wie im BBZ Hamburg renovieren Mitarbeiter des Teams auch selbst (rechts).

Tag Ausfall kann im BBZ Lübeck einige hundert Gutachten betreffen, die nicht angenommen, bearbeitet oder zurückgesandt werden können.“

Deshalb startete das Team am 23. November, einem Donnerstag, um 16 Uhr mit dem Hardware-Umzug, den die Kollegen der IT leisteten: Nach Dienstschluss zogen sie zuerst mit den Servern um, die mit neuen Leitungen im neuen Gebäude bereits um 22 Uhr wieder am Netz waren. Am Donnerstag um 11 Uhr





konnten sich die Gutachter mit ihren Laptops wieder einwählen und vorerst von zu Hause aus arbeiten. „So waren unsere Gutachter die ersten, die wieder aktiv werden konnten. Mit einem IT-Dienstleister wäre auch das so schnell nicht möglich gewesen“, betont der Abteilungsleiter. Als nächstes folgten am Donnerstag die Serviceteams, die nach zwei Stunden in den neuen Räumen wieder Aufträge annehmen, bearbeiten und weiterleiten konnten. Alle Möbel und Kartons wurden bis Freitagmittag geliefert. Montagmorgen stand für die fast 100 Mitarbeiter schließlich das große Einräumen der Büros an. Dadurch konnte die

Abteilung Service die Leerlaufzeiten durch den Umzug so kurz wie möglich halten. Wichtig war Lutz Remshardt auch, dass er durch die neue Raumaufteilung die Gutachter und ihre Serviceteams von vornherein effektiver platzieren konnte. So, wie es mittlerweile auch an den anderen Standorten praktiziert wird. Das Ziel: Serviceteams in die Mitte zwischen gutachterliche Abteilungen, denen sie zuarbeiten, außerdem Reserveräume freihalten, damit auch neue Kollegen später sinnvoll platziert werden können, ohne dass alle anderen wieder umziehen müssen. Im bisherigen Gebäude war auch das nicht mehr möglich.

Der Umzug der Beratungsstelle Flensburg war dagegen einfacher. Hier hatte der MDK Nord in 2017 für zurzeit 23 Mitarbeiter eine Etage einer Immobilie anmieten können, die gerade für ein

Geldinstitut gebaut wurde. Sie liegt ebenso zentral wie in Lübeck, nah am Zentrum, dem Bahnhof und zu Buslinien. In Flensburg waren der MDK und sein Vorgänger, der Vertrauensärztliche Dienst, bisher seit 1967 immer im gleichen Gebäude untergebracht. Ausbaureserven gab es dort nicht mehr; die Renovierung hätte sich nicht gelohnt.

In dem Neubau konnte die Abteilung Service die Raumaufteilung, die Verkabelung, die IT-Anbindung gleich so anlegen, wie es erforderlich ist. Der Umzug ging Anfang Januar 2018 noch schneller: Nach Dienstschluss im alten Gebäude waren Gutachter und Servicemitarbeiter bereits am nächsten Morgen in der neuen Beratungsstelle wieder voll arbeitsfähig. Damit ist der MDK Nord an beiden Standorten auch für zukünftige Aufgaben gut vorbereitet.





Mit MRG konnten 2017 in Schleswig-Holstein Arzneimittelkosten von rund zwei Millionen Euro eingespart werden – ohne die Versorgung der Patienten einzuschränken.

Stabsstelle Gesundheitsökonomie

„MRG zielgenauer gegen zu teure Verschreibungen“

Das neue Steuerungssystem der MRG, der Morbidity Related Groups, ist ein Erfolg: Es hat im vergangenen Jahr die Beratung zu Arzneimittelbudgets der niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein abgelöst und ermöglicht deutlich zielgenauere Beratungen. Das System hat Professor Reinhard Schuster von der MDK Nord-Stabsstelle Gesundheitsökonomie entwickelt. Die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) haben es 2017 in Schleswig-Holstein eingeführt.

Die MRG haben die seit 1988 geltenden Richtgrößen abgelöst. Sie hatten dazu geführt, dass niedergelassene Ärzte pro Quartal nur ein festgelegtes Arzneimittelbudget zur Verfügung hatten. Wer es überschritt, musste mit Regressforderungen der gemeinsamen Prüfungsstelle der Krankenkassen und der KV rechnen. Wer besonders schwer kranke Patienten, also Patienten mit hoher Morbidität behandelt, verordnet mehr Medikamente. Das alte Richtgrößensystem erkannte so etwas nicht, und das führte zu unnötigen Prüfungen und Frustration bei den Behandlern. Das neue Steuerungsmodell von Professor Dr. Reinhard Schuster beseitigt in diesem Bereich wesentliche Mängel. Es ist zielgenauer und führt zu einer Betrachtung, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Reinhard Schuster lehrt Mathematik an der Uni Lübeck und berät mit seiner MDK Nord-Stabsstelle die Krankenkassen in gesundheitsökonomischen Fragen. Im Gespräch berichtet er von den Erfahrungen im ersten Jahr und seinen Auswertungen.

Herr Professor Schuster, wie können Sie feststellen, ob und wie gut das MRG-System in der Realität funktioniert?



Prof. Dr. Reinhard Schuster

Wir sehen es am direkten Vergleich mit den Richtgrößen, die wir zwar 2017 nicht mehr angewandt haben, sie jetzt aber trotzdem berechnen und zum Vergleich heranziehen. Wie ist der Auswertungsstand davor und wie danach? Das haben wir ermittelt.

Und das Ergebnis?

Demnach hätte es vorher sehr viel mehr Auffälligkeiten gegeben, die sich bei der Prüfung nicht als haltbar erwiesen hätten. Im Vergleich alt gegen neu konnten wir mit MRG wesentlich zielgenauer herausfinden, ob zu teure Arzneimittel ver-

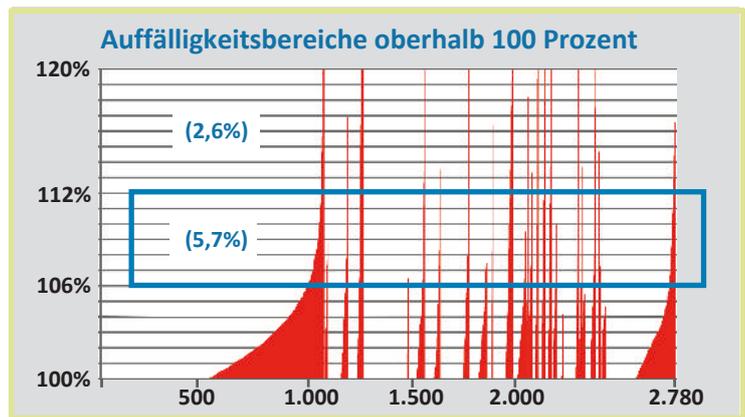
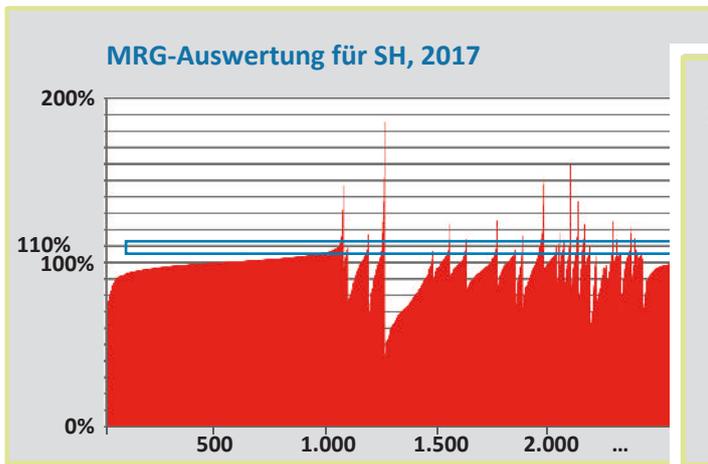
schrieben werden. Es ist also ein risiko-adjustiertes Verfahren, wie man es nennt.

Es sind die gleichen Ärzte mit den gleichen Verschreibungen...

... die jetzt entlastet worden sind, weil ihr Verschreibungsverhalten nach der neuen Systematik in Ordnung ist. Und das bei einem großen Teil der Ärzte. Diese Ärzte hätten früher für eine Prüfung viele Informationen liefern müssen, und es wäre nichts dabei herausgekommen. Also hätten alle viel Prüfaufwand gehabt, ohne dass am Schluss etwas übrigbleibt. Jetzt ist es zielgerichtet, und es werden bei der Prüfung nicht die falschen Ärzte, ich sage mal „aufgescheucht“. Wir können jetzt zielgenauer sagen, an welchen Stellen Nachsteuerungsbedarf besteht. Und das wurde in den Beratungen genutzt.

Beratungen von rund 200 Ärzten im vergangenen Jahr. Wie ging das vor sich?

Die Berater der Kassenärztlichen Vereinigung haben die Übersichtstabellen von mir bekommen, und nur das, was darin als roter Spitzenwert erscheint, musste mit den Ärzten besprochen werden. Damit konnte im Laufe des Jahres schon viel umgesetzt werden: Die Berater konnten zielgerichtet die Stellen mit



Die Auswertung von Professor Schuster zeigt, dass 2017 nach MRG nur **2,6 Prozent** der rund 2.780 sogenannten (Arzt-)Betriebsstätten in Schleswig-Holstein im Auffälligkeitsbereich über 112 Prozent lagen. Sie können auf Regress geprüft werden. **5,7 Prozent** lagen im Auffälligkeitsbereich zwischen 106 und 112 Prozent und können beraten werden. Im Vergleich dazu hätten nach dem Richtgrößen-Modell im vergangenen Jahr 31,5 Prozent mit Regress-Prüfung und 9,9 Prozent mit Beratung rechnen müssen.

(Auswertung/Diagramme: Prof. Reinhard Schuster)

Nachbesserungsbedarf ermitteln und dann konstruktiv mit den Ärzten besprechen, was sie schon im nächsten Quartal mit Umsteuerung bei Wirkstoffen oder ihren Behandlungsstrategien verändern können.

Das hat zu welchem Ergebnis geführt?

Wir können feststellen, dass durch die MRG und die Beratungen pro Jahr reichlich zwei Millionen Euro eingespart worden sind. Bei Gesamtkosten für Arzneimittel von mehr als einer Milliarde Euro für Schleswig-Holstein.

Das ist etwa genauso viel, wie davor durch die Richtgrößen eingespart werden konnte, also das ungeliebte System der Budgets.

Ja, es ist nicht mehr. Aber wir haben jetzt eine höhere Gerechtigkeit gegenüber Ärzten. Und sie haben wieder die Möglichkeit, etwas zu verschreiben, wenn das Quartal zu Ende geht. Das heißt, sie haben bessere Behandlungsmöglichkeiten ohne finanzielle Nachteile.

Wissen Sie, wie die rund 3.500 niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein die Umstellung aufgenommen haben?

Überwiegend positiv. Es ist natürlich erst einmal viel Erklärungsbedarf da. Aber wenn es verstanden worden ist, nehmen sie es gerne an. Es werden für eine Prüfung ja auch nur die angesprochen, die auffällige Verschreibungsmengen haben.

Gibt es denn jetzt gar keine Verschreibungsvorgaben mehr?

Doch, die Ärzte bekommen jetzt jeweils zum Beginn des Jahres einen sogenannten Garantiewert mitgeteilt. Dieser Wert wird gemeinsam von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Basis der Daten des Vorjahres berechnet. Soviel dürfen die Ärzte in jedem Fall ausgeben.

Sie dürfen aber auch mehr ausgeben, wenn bei ihnen Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen hinzukommen oder sie einfach mehr Patienten behandeln. Aber bis zu diesem Garantiewert sind sie erst einmal vollständig im grünen Bereich. Er ist das, was früher die Richtgröße war.

Früher wurde gesagt: pro Patient dieser Gruppe darfst du soundso viel ausgeben. Jetzt ist es eine Gesamtsumme für die Betriebsstätte, also die Praxis, solange sich die Struktur dieser Betriebsstätte nicht ändert. Kommen jetzt aber neue, „teurere“ Patienten dazu, dann ist das kein Problem. Dann gibt es eine retrospektive, also nachträgliche, Erhöhung.

Liegt der Garantiewert jetzt über der Richtgröße von früher?

Es ist kostenneutral. Nur hatten viele bisher ein Budget bekommen, das sie gar nicht brauchten. Und andere brauchten es, hatten aber ein zu geringes Budget. Also jemand, der viele leichte Fälle hatte, bekam genau so viel wie der, der viele schwere Fälle hatte. Es war also nicht so sehr die Gesamtmenge, sondern ein Aufteilungsproblem.

Jetzt wird es an der Morbidität der Patienten orientiert angeglichen. Und das

ist natürlich für die Ärzte wesentlich besser.

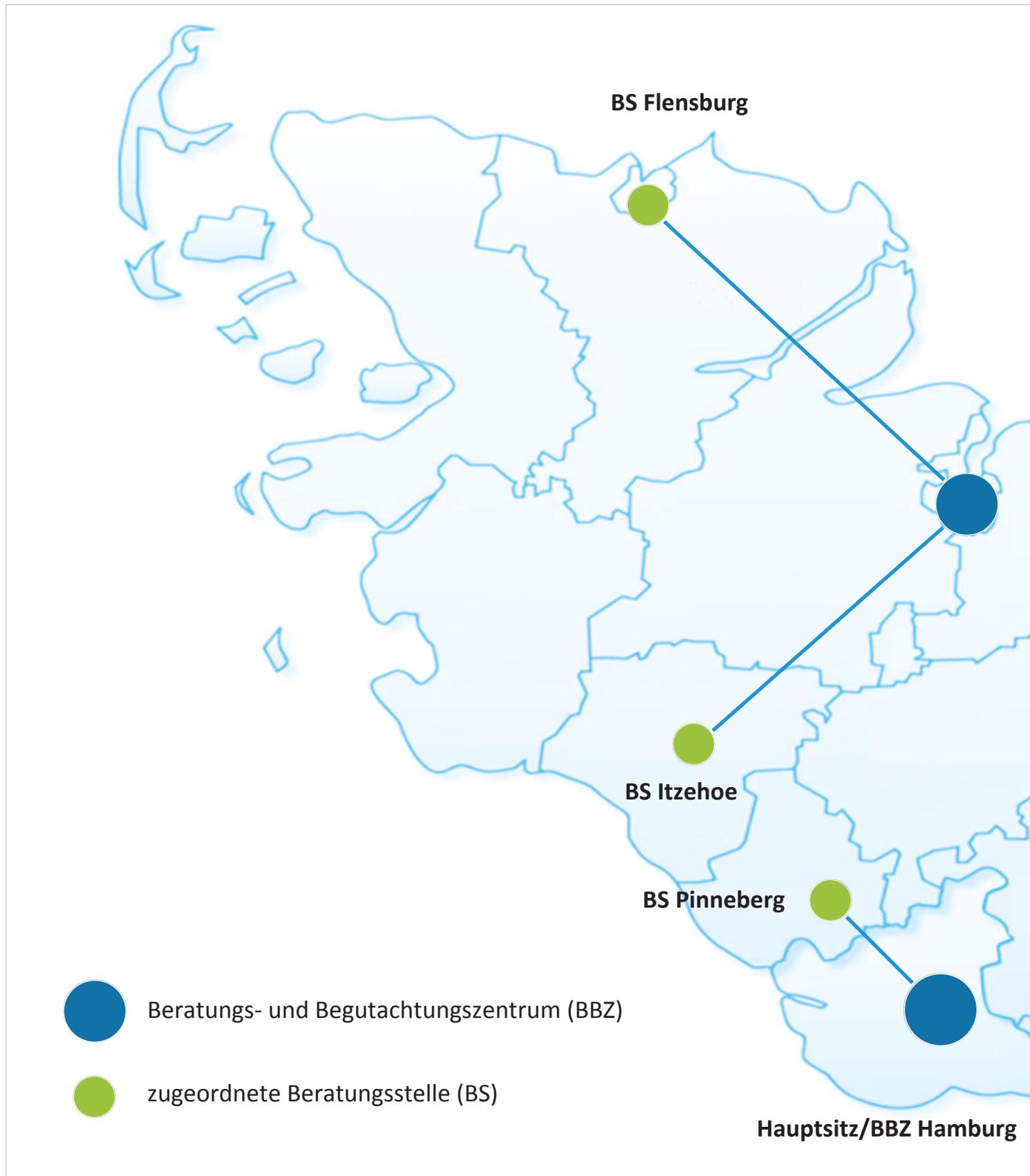
Wo finden Sie mit MRG denn neues, vor allem gerechtfertigtes Einsparpotential?

Viele Ärzte hatten ihre Budgets früher nicht ausgenutzt, weil sie nur leichte Fälle hatten. Sie werden jetzt vielleicht erstmals angeschrieben. Diese Ärzte müssen sich also umorientieren. Als Beispiel nenne ich einen Hautarzt, der immer sehr teure Salben verschrieben hat, was auch durch günstige Präparate – mit der gleichen Wirkung natürlich – zu ersetzen wäre. Er weiß jetzt, was er machen muss, und nun läuft es besser. Auch solche Fälle kommen dabei heraus. Das zeigt, dass es auch bei denen, die bisher nicht aufgefallen sind, Einsparpotential gibt. Und dieses Potential können wir jetzt erschließen, ohne dass die Behandlung der Patienten dadurch schlechter wird. Wenn wir das Gesamtsystem sehen, dann können wir damit also Ressourcen zielgerichteter für die Patienten einsetzen, die es nötig haben.

Herr Professor Schuster, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Das MRG-System hat 2017 bisher nur die Kassenärztliche Vereinigung in Schleswig-Holstein eingeführt. Anfang 2018 wird noch darüber verhandelt, ob weitere KV in anderen Bundesländern mit MRG die Richtgrößen ablösen werden.

Standorte des MDK Nord





BBZ Kiel

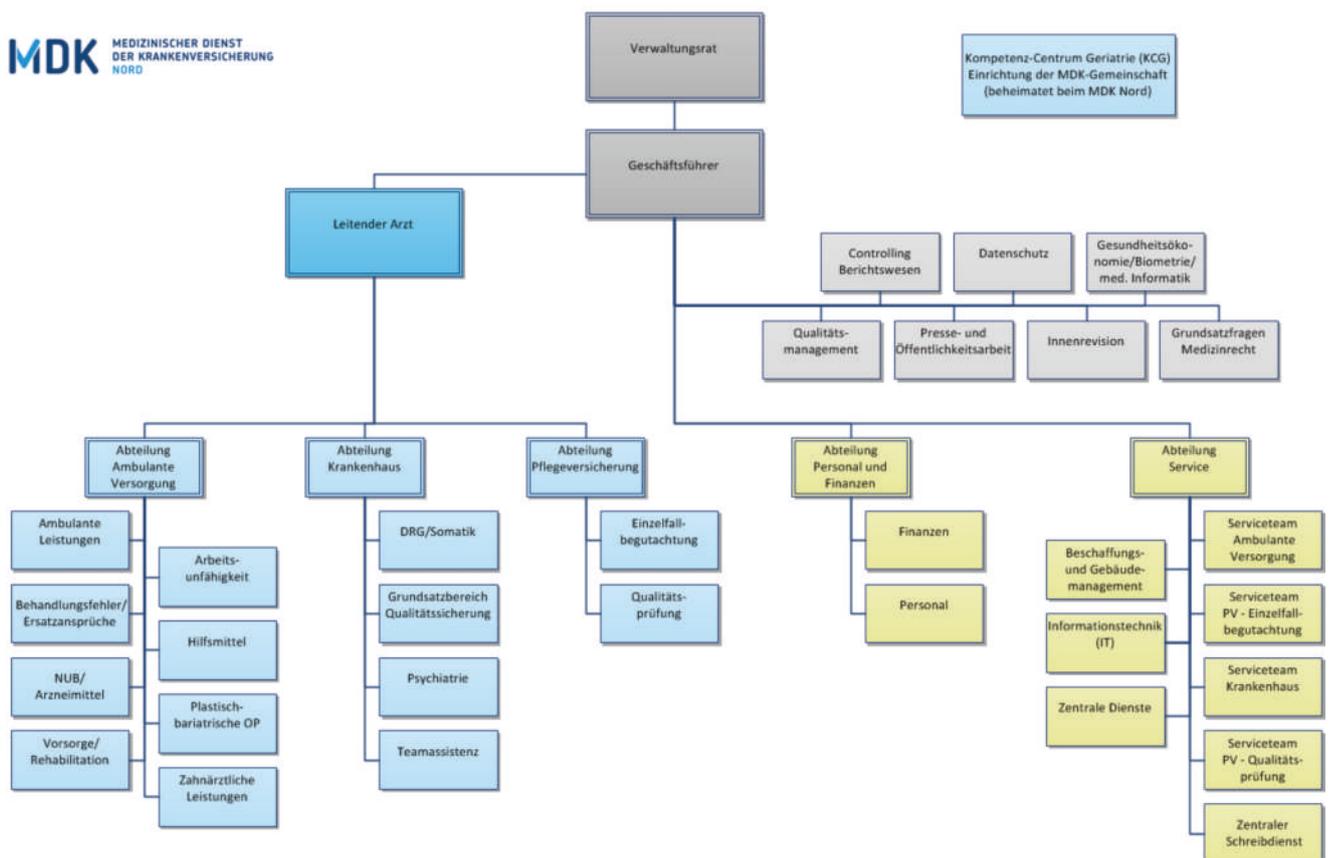


BBZ Lübeck



Organigramm

MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD



NUB/... = Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/...
PV = Pflegeversicherung
Stand 28.05.2018

Impressum

Herausgeber: MDK Nord, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg, V.i.S.d.P. Peter Zimmermann, Geschäftsführer

Fotos: Sandrina ven Undin, Ahrensburg, www.sandrinavenundin.de

Grafiken / Erläuterungen: Hana Koban (Team Controlling)

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

Druck: Druckerei Volker Hinzke GmbH, Kanalstraße 62, 23552 Lübeck

Kontakt: Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg, Tel. 040 25 169 - 1163, jan.goemer@mdk-nord.de



MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

Hammerbrookstraße 5

20097 Hamburg

Tel. 040 25 169 - 0

Telefax 040 25 169 - 509

E-Mail info@mdk-nord.de

Web www.mdk-nord.de