

JAHRESBERICHT

2018 RÜCKBLICK

AUSBLICK 2019

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Jahresbericht 2018 des MDK Nord ist ein eindrucksvoller Leistungsbeweis für einen selbstbewussten und aktiven Akteur im Gesundheitswesen. Hinter jeder Zahl stehen Entscheidungen von qualifizierten Mitarbeiterin und Mitarbeitern, die ihre Expertise zum Wohl der Gemeinschaft einbringen.

Viele dieser einzelnen Entscheidungen waren bestimmt nicht einfach zu treffen, auch weil die fachlichen beziehungsweise rechtlichen Möglichkeiten mit den individuellen oder institutionellen Erwartungen von Patienten und Patientinnen oder den zu prüfenden Institutionen nicht immer in Deckung zu bringen waren. Deshalb ist es notwendig, immer wieder zu betonen, dass solche Entscheidungen nicht aufgrund einer einseitigen Interessenvertretung, sondern aufgrund unabhängiger, wissenschaftlich begründeter Fachmeinungen getroffen werden.

Selbstverständlich ist nicht immer jeder mit den Entscheidungen des MDK vollumfänglich einverstanden. In diesen Fällen stehen alle Rechtsmittel inklusive einer gerichtlichen Überprüfung zur Verfügung. Dies ändert aber nichts an der wichtigen korrigierenden und kontrollierenden Aufgabe, die der MDK wahrnehmen muss und wahrnimmt. Um dies noch einmal in aller Deutlichkeit klarzustellen: Der MDK ist kein Büttel der Krankenkassen und hat erst recht keinen Auftrag, den zu prüfenden Personen oder Institutionen etwas willentlich vorzuenthalten oder ihnen gar zu schaden. Wer die Diskussionen der letzten Zeit um den



Dr. Matthias Gruhl

MDK begleitet hat, kann allerdings den Eindruck bekommen, dass genau dies dem MDK von Teilen der Leistungserbringer und der Politik unterstellt wird. Natürlich tut es Krankenhäusern weh, wenn ihre „optimierten Abrechnungsstrategien“ von den Kontrollinstanzen hinterfragt werden – müssen sie doch in einem harten Konkurrenzkampf auch gewinnorientiert arbeiten. Wenn dies aber in Einzelfällen nur mit Schaden für die Versichertengemeinschaft erfolgen kann, ist dies in unserem Rechtsstaat schlichtweg nicht legal. Deshalb veränderte Strukturen für die Kontrollinstanz zu fordern, ohne die eigene Abrechnungspraxis zu hinterfragen, lässt sich nicht begründen.

Und genau diese Aufgabe, den gegebenen Rechtsrahmen oder die bindenden Vereinbarung der Selbstverwaltung zu wahren, nimmt der MDK und seine Leitungsgremien wahr – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Seit

mehr als 30 Jahren hat sich diese Aufstellung des MDK bewährt, und so soll es auch bleiben.

Keinesfalls sollte die zu überprüfende Person oder Institution in den Gremien des MDK künftig über bestimmenden Einfluss verfügen. Entsprechende Avancen waren weder im Koalitionsvertrag noch mit einem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministers politisch durchsetzbar. Auch wenn turbulente Zeiten zur Verunsicherung beitragen können, so scheint doch jetzt der Wind aus der richtigen Richtung zu wehen.

Ob nun aufgrund besserer Einsicht oder aufgrund entsprechenden politischen Druck: die Chancen stehen gut, dass es beim unabhängigen, alleinig der Sache verpflichteten MDK in der jetzigen Konstruktion bleibt. Dass es so viel Unterstützung für den MDK in Teilen der Politik gibt, ist sicherlich der überzeugenden Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geschuldet. Deshalb kann und soll der vorgelegte Jahresbericht ein guter Anlass sein, Ihnen Dank und Anerkennung für Ihre Arbeit und Ihr Einsteigen für die gesetzliche Krankenversicherung auszusprechen.

Dr. Matthias Gruhl, Staatsrat

Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz
Freie und Hansestadt Hamburg

Vorwort des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

selten ist soviel über unser Gesundheitssystem diskutiert worden, wie in diesen Zeiten: Personaluntergrenzen, Qualitätsvorgaben, Kostensteigerung – jedes Thema wird politisch angefasst, medial verwertet und mit neuen Gesetzesvorhaben abgearbeitet. Viele Interessengruppen stoßen dabei mit Eigeninteressen aufeinander.

Selten wird jedoch in der Öffentlichkeit gesehen, dass es die Medizinischen Dienste sind, die durch Einzel- und Grundsatzbegutachtungen eine angemessene Versorgung der Versicherten absichern. Denn der hier gebündelte medizinische und pflegerische Sachverstand führt dazu, dass Versicherte verlässlich die Gesundheitsleistungen erhalten, die sie benötigen. Als Patientenschützer kümmern sich die Medizinischen Dienste um einzelne Behandlungsmethoden und Hilfsmittel: Ist eine bestimmte Versorgung im Einzelfall nicht erforderlich oder sogar schädlich, kann sie auch nicht empfohlen werden.

Wichtig ist und bleibt, dass der Medizinische Dienst diese Empfehlungen immer rein fachlich und vollkommen unabhängig von anderen Interessen trifft. Diese Sicherheit soll auch in Zukunft gewährleistet werden, egal wie der Gesetzgeber die Strukturen der Medizinischen Dienste in absehbarer Zeit ändern wird. Denn nur eine unabhängige Begutachtung sorgt für ein breites Vertrauen in unser Gesundheitssystem.

Wichtig bleibt für mich ebenso der föderale Aufbau der MDK in Deutschland. So können sich die Medizinischen Dienste den regionalen Gegebenheiten anpassen. Der MDK Nord muss zu jeder Zeit nah dran an den Akteuren des Gesundheitswesens der beiden Bundesländer sein, um schnell auf Veränderungen reagieren zu können. Seine



Jürgen Reimer

vielfältigen Aufgaben im Gesundheitswesen kann der MDK Nord nur mit qualifizierten und motivierten Fachkräften leisten, die nicht nur als Gutachter, sondern auch im Service und der IT dafür sorgen, dass die Gutachten qualitativ hochwertig und schnell ihre Auftraggeber erreichen.

Deshalb danke ich abschließend allen mittlerweile fast 580 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausdrücklich für ihren Einsatz.

Jürgen Reimer, Verwaltungsrats-Vorsitzender

Vorwort der Geschäftsführung und der Ärztlichen Leitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

um das große Ganze besser zu verstehen, hilft oft ein Blick auf die Details: Was genau leisten die Gutachterinnen und Gutachter des MDK Nord? Wie gehen sie vor? Was sind das für Gutachten, die sie erstellen? Diese Fragen soll in diesem Jahr unser Schwerpunkt „Wie ein Gutachten entsteht“ beantworten. Beispiele aus den medizinischen und pflegefachlichen Abteilungen zeigen, dass sich Gutachten je nach Anlass unterscheiden. Versicherte und Behandler können sie häufig nicht nachvollziehen, weil sie nicht die direkten Empfänger der Gutachten sind und ihnen deshalb wichtige Grundlagen fehlen. Der Schwerpunkt dieses Heftes soll zu einem besseren Verständnis beitragen.

Die Berichte unseres diesjährigen Schwerpunktes machen deutlich, wie unsere Zahl von 638.181 versicherten-bezogenen Stellungnahmen im Jahr 2018 zu werten ist. Die Zahl der Begutachtungen hat erneut zugenommen, allerdings nicht so stark wie in den Vorjahren. Hinter den Einzelfällen stehen sehr unterschiedliche Begutachtungsarten mit unterschiedlich großen Aufwänden. Wenn die Kranken- und Pflegekassen ihr Auftragsverhalten ändern, schlägt sich das häufig in den Begutachtungszahlen nieder. Der MDK Nord kann das nicht selbst steuern.

In 2018 war in der Abteilung Krankenhaus eine Auftragssteigerung von 14 Prozent und mehr als 22.000 zusätzlichen Gutachten festzustellen. Dieser Steigerung ist die Abteilung mit geänderten Abläufen und der Einstellung weiterer Gutachterinnen und Gutachter begegnet. Gesetzliche Änderungen könnten dieser Aufwärtsspirale bei den Krankenhaus-Abrechnungsprüfungen bald ein Ende setzen.

Grundsätzlich begrüßt der MDK Nord diesen Ansatz. Fraglich ist jedoch, ob die Änderungen des Gesetzentwurfes im Sinne der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten zu Ende gedacht sind. Zurzeit müssen mehr als



Peter Zimmermann

Dr. Bernhard van Treeck

50 Prozent der geprüften Klinik-Abrechnungen geändert werden. Wenn die Prüfquoten gesetzlich begrenzt werden, birgt das die Gefahr, dass mehr Falschkodierungen ungeprüft bleiben. Die Folge könnten ungerechtfertigte, hohe, zusätzliche Kosten für die Versichertengemeinschaft sein.

Nicht durch die Pflegekassen zu beeinflussen ist die Zahl der Anträge auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Hier beantragen die Versicherten oder deren Angehörige selbst die Leistung mit einem Rechtsanspruch darauf. Ein Plus von 7.500 Gutachten hat die Zahl des Vorjahres noch einmal deutlich übertroffen. Davon sind allein 5.500 als sogenannte Hausbesuchs-Gutachten mit persönlicher Begutachtung geleistet worden. Wie dies gelingt, lesen Sie ebenfalls im Schwerpunkt dieses Jahresberichtes. Es fällt übrigens auf, dass Versicherte noch immer viel Erklärungsbedarf zu dem – nicht mehr ganz so neuen – System der „Pflegegrade“ haben, den die MDK Nord-Gutachterinnen und -Gutachter vor Ort allein aber nicht immer decken können. Hier sind weiterhin vorrangig die Pflegekassen gefragt.

Die hohe fachliche Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter führt dazu, dass der MDK Nord mittlerweile – nutzerfinanziert – weitere Prüfauf-

träge im Gesundheitswesen wahrnimmt, die nicht im Sozialgesetzbuch verankert sind. So übt der Fachbereich Qualitätsprüfung der Abteilung Pflegeversicherung seit 2018 eine zusätzliche Aufgaben aus: Im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hat er Aufgaben der Wohn-Pflege-Aufsicht (WPA) der Bezirke in Hamburg übernommen. Damit werden mögliche Synergien im öffentlichen Gesundheitswesen genutzt. Denn ähnlich wie die Heimaufsichten in Flächenländern hat die WPA Prüfaufgaben, die sich teilweise mit denen des MDK überschneiden. Hierfür hat der MDK Nord zusammen mit der Behörde ein neues Regelwerk erarbeitet und einen großen Teil dieser Prüfungen übernommen.

Diesen Weg will der MDK Nord fortsetzen, um auch in weiteren Bereichen des Gesundheitswesens seine fachlich unabhängigen Expertisen anzubieten.

Wir wünschen Ihnen eine kurzweilige und interessante Lektüre.

Peter Zimmermann, Geschäftsführer

Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt

Inhalt

Grußwort	4
Vorwort des Verwaltungsrates	5
Vorwort Geschäftsführer/Leitender Arzt	6
Inhalt	7
Alle Leistungen im Überblick	8

Abteilung Service, IT/Telefon-Anbindung	19
Abteilung Personal, Online-Bewerbung	29

Standorte des MDK Nord	36
Organigramm	38
Impressum	39

Danksagung:

Der MDK Nord dankt der VAMED Ostseeklinik Damp, den Segeberger Kliniken, dem „Seniorenhaus An der Eiche“ in Quarnstedt und der BARMER-Landesvertretung Hamburg für die freundliche Unterstützung der Fotoarbeiten sowie der Schwerpunkt-Berichte.

Abteilung Krankenhaus

Schwerpunkt DRG-Begutachtung	10
Rückblick/Ausblick der Abteilung	13
Schwerpunkt Strukturprüfung	14
Zahlen der Abteilung, somatisch	17
Zahlen der Abteilung, psychiatrisch	18

Abteilung Pflegeversicherung

Schwerpunkt Pflegebegutachtung	20
Rückblick/Ausblick Pflegeeinzelfall	23
Zahlen Fachbereich § 18 SGB XI	24
Schwerpunkt Qualitätsprüfung	25
Rückblick/Ausblick Qualitätsprüfung	27
Zahlen Fachbereich §114 SGB XI	28

Abteilung Ambulante Versorgung

Schwerpunkt Reha-Fallberatung	30
Behandlungsfehler 2018	32
Zahlen der Abteilung	33
Rückblick/Ausblick der Abteilung	34
Zahlen zur Auftragsentwicklung	35

Hinweis:

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

Alle Leistungen des MDK Nord im Überblick

638.181	Versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen
1.600	Prüfungen der Qualität in der Pflege
10.303	Stunden Grundsatzberatung

Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Fallsteuernd (nicht fallabschließend)	118.926
Fallabschließend	383.825
Gesamt	502.751

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Anlassgruppe	Anzahl	Anteil
Arbeitsunfähigkeit	57.014	15 %
Stationäre Leistungen	233.005	60 %
Ambulante Leistungen	21.699	6 %
NUB/Arzneimittelversorgung	8.618	2 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	35.673	9 %
Hilfsmittel GKV	17.636	5 %
Ansprüche gegenüber Dritten (inklusive Behandlungsfehler)	2.140	1 %
Sonstige Anlässe	8.040	2 %
Gesamt	383.825	100 %

Beratungen

Art der Beratungsstunden	Anzahl	Anteil
Qualitätsprüfung Krankenhaus	2.824	34 %
Expertise	3.024	36 %
Projektarbeit	1.114	13 %
Schulung	400	5 %
Gremienarbeit	543	7 %
Sonstige Beratung/Verhandlungen	386	5 %
Gesamt	8.291	100 %

Begriffserläuterung:	SFB Sozialmedizinische Fallberatung, im Krankenkassen-Gespräch oder postalisch
	NUB Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
	AU Arbeitsunfähigkeit
	GKV gesetzliche Krankenversicherung
	SPV soziale Pflegeversicherung

*) Zu Überblick nach Abteilungen (Seite 9): Da Stornierungen bis zu mehrere Monate nach Auftragseingang erfolgen können, entstehen bei einer Netto-Betrachtung (ohne Storno) abhängig vom Datenstand differente Eingangszahlen. Um dies zu vermeiden, werden die Auftragseingänge inklusive der stornierten Aufträge gezählt (seit Januar 2018).

Leistungen für die soziale Pflegeversicherung (SPV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Fallsteuernd (nicht fallabschließend)	5.632
Fallabschließend	129.798
Gesamt	135.430

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Begutachtungsart	Anzahl	Anteil
Erstbegutachtung	72.463	56 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	48.405	37 %
Widerspruchsbegutachtung	8.930	7 %
Gesamt	129.798	100 %

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Art der Prüfung	ambulant	stationär	Gesamt
Regelprüfung	768	807	1.575
Anlassprüfung	8	13	21
Wiederholungsprüfung	0	4	4
Gesamt	776	824	1.600

Beratungen

Art der Beratung	Stunden	Anteil
Gremienarbeit	556	28 %
Projektarbeit	753	37 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung §114 SGB XI	503	25 %
Schulung/Sonstiges	200	10 %
Gesamt	2.012	100%

Überblick nach Abteilungen

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Organisationseinheit	Auftragseingang* schriftlich	Auftragseingang gesamt	Ausgang schriftlich	Ausgang gesamt	Ausgang fallabschließend
Abteilung Ambulante Versorgung	96.004	189.329	87.289	180.614	140.560
Abteilung Krankenhaus (somatisch)	213.233	327.757	182.685	297.209	224.401
Fachbereich Psychiatrie/Psychotherapie	15.598	25.887	14.275	24.564	18.525
Abteilung Pflegeversicherung	145.736	147.161	134.369	135.794	130.137
Gesamt	470.571	690.134	418.618	638.181	513.623

Schwerpunkt „Ein Gutachten entsteht“: Begehung einer Klinik

Was passt, was nicht? Wenn die OP in Pauschalen gepresst wird

Sie klingen wie Geheimcodes: B69C, K15D oder X05B, und sie haben Werte von wenigen hundert bis zehntausenden Euro. Sie gehören zu einem System von mehr als eintausend Buchstaben-Zahlen-Kombinationen, das die Haushalte deutscher Kliniken bestimmt, die gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Hinter diesen „Codes“ sind Operationen und Behandlungen verborgen, von Kopf, Herz, Knie bis zum Fuß. Abhängig von Diagnosen, Prozeduren und anderen Faktoren. Und eine leicht veränderte Ziffern-Zahlenfolge kann viel Geld ausmachen. Deshalb steht MDK Nord-Gutachter Christian Voß nun mit zwei Kolleginnen vor der VAMED Ostseeklinik Damp. Hier sollen sie einen Tag lang aus fachlich unabhängiger Sicht begutachten, ob von der Klinik die sogenannten „Fallpauschalen“ richtig kodiert worden sind.

Der helle und freundliche Raum im fünften Stock, den sie dafür beziehen, bietet zwar schönsten Blick auf den Strand am Ausgang der Eckernförder Bucht, doch in den nächsten Stunden werden sie nur Bildschirme und Akten vor Augen haben. Das MDK Nord-Team hat heute 40 Fälle auf der Liste, die mit zwei Controllern des Krankenhauses erörtert werden sollen. Seit das Fallpauschalen-System der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) vor 16 Jahren bundesweit eingeführt wurde, gehören solche Arbeitssitzungen mit dem MDK, auch „Begehung“ genannt, zum Alltag in der Ostseeklinik.

„Einen großen Anteil der Prüfanlässe macht die ‚Verweildauer‘ der Patienten aus“, erklärt Christian Voß, der sich die Arbeit heute mit Dr. Christina Kaske-Kuper aufteilt, seiner Kollegin aus der Beratungsstelle Flensburg. Er selbst kommt aus dem Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) Kiel, wie auch Martina Missling, die neue Kollegin, die sich heute in ihre Aufgaben einarbeitet.

„Musste der eine Versicherte so lange im Krankenhaus liegen oder musste die andere Versicherte für diesen Eingriff überhaupt vollstationär aufgenommen werden?“, zählt Christian Voß weiter die Fragen auf, die das Team für die Krankenkassen begutachten wird. Sie sind die Auftraggeber und laut Paragraph 275 des fünften Sozialgesetzbuches verpflichtet, bei Zweifeln in Einzelfällen den

MDK mit der Begutachtung zu beauftragen. Das DRG-System legt fest, dass Leistungen des Krankenhauses nach bestimmten Kriterien in eine Fallpauschale eingeordnet werden. Diese umfassen einen bestimmten Zeitraum der Behandlung mit einer unteren (UGVD) und einer oberen sogenannten Grenzübergangsdauer (OGVD). Für eine Behandlung innerhalb dieser Zeitspanne erhält das Krankenhaus einen bestimmten Betrag, der sich nach den durchschnittlichen Kostenaufwänden im Mittel berechnet.

Bei Liegezeiten unterhalb der UGVD wird ein Abschlag auf den Betrag berechnet, bei Überschreitung der OGVD ergeben sich nach der Anzahl der Tage Zuschläge. „Wir prüfen deshalb für jeden Tag, ob ein Versicherter aus medizinischen Gründen im Krankenhaus bleiben musste oder nicht“, erklärt Christian Voß und stützt sich dabei auch auf seine langjährige Erfahrung als Chirurg.

Dem MDK-Team Rede und Antwort stehen bei solchen Fragen Christoph Lepinat, der leitende Medizincontroller der Ostseeklinik, und sein Kollege Nico Jacobsen. Er habe fast jeden Fall einmal „angefasst“, sagt Christoph Lepinat dazu, und meint damit die Akten der rund



MDK Nord-Gutachter Christian Voß (links) bespricht mit Klinik-Controller Christoph Lepinat einen Fall



Operation am Knie in der **Ostseeklinik Damp**: Operateure setzen einem Patienten eine Kniegelenks-Endoprothese ein (Foto oben). Der passende Gelenkersatz am Oberschenkel (Foto rechts) wird dafür ausgesucht. Vor dem Eingriff desinfiziert der Operateur großflächig (Foto unten). Sollte die Krankenkasse später Fragen zur Abrechnung eines solchen Eingriffes haben, könnten MDK-Gutachter diese mit der Klinik klären.



6.500 stationären und 600 ambulanten Operationen, die die Ostseeklinik jedes Jahr leistet. Die 40 Fälle, um die es heute geht, plus die Fragen dazu, hat er schon vor Wochen übermittelt bekommen, als die Teamassistenz des MDK Nord diese Begehung angemeldet hat. Christian Voß und Dr. Kasko-Kuper sehen viele Fälle heute dagegen zum ersten Mal. Sie haben die

Unterlagen vorab auf den Laptop aufgespielt bekommen – alle für eine Woche, in der sie verschiedene Kliniken besuchen. Im Besprechungszimmer in Damp schieben sie auf den Bildschirmen die digitalisierten Unterlagen hin und her, schauen, fragen hier und da die Controller. Im Zweifelsfall würde man auch einen Arzt, der behandelt habe, dazu rufen, erklärt Christian Voß.

Die Ärzte sind in der Ostseeklinik oft nur ein Stockwerk entfernt tätig, zum Beispiel im großen OP-Bereich: Orthopädie, Wirbelsäulen-Chirurgie und Rheumatologie sind die Fachgebiete. Bei Operationen wie dem Einsetzen einer Kniegelenks-Endoprothese, einem Gelenkersatz, könnte – neben der richtigen Kodierung – gefragt werden: „In welchem Umfang war diese OP notwendig? Musste ein teureres Sondermodell aus anatomischen Gründen verwendet werden?“, zählt Voß die möglichen Fragen der Krankenkasse auf. Darauf müsste er dann anhand von Röntgenbildern und Arztberichten Antworten finden.

Den Ablauf jeder DRG-Begutachtung beschreibt er wie einen Trichter: Zuerst das „Eintrittskriterium“ finden, also die Hauptdiagnose, dazu mögliche Nebendiagnosen sowie die Prozeduren wie Operationen oder bestimmte Therapien, dann Geschlecht und Alter hinzu. „Alles zusammen ergibt einen Pfad, der zu einem DRG-Code für die Abrechnung führt. Wenn ich an einzelnen Punkten irgendetwas ändere, kann es sein, dass ich zu einem anderen Code komme.“ Strittig sei zwischen Gutachtern und Kliniken häufig, wie einzelne Punkte zu bewerten seien. „Es ist klar, dass wir nicht immer der gleichen Meinung sein können“, sagt Christian Voß, aber er schätze den fachlichen Austausch und die Diskussionen sehr, „auch wenn



40 Fälle stehen auf dem Plan: MDK-Gutachterin Dr. Christina Kaske-Kuper (Mitte) analysiert Daten und Berichte zu einem Eingriff. Klinik-Controller Nico Jacobsen kann Fragen dazu beantworten. Ihre Kollegin Martina Missling (links) ist neu im MDK-Team und arbeitet sich in die Aufgaben ein.

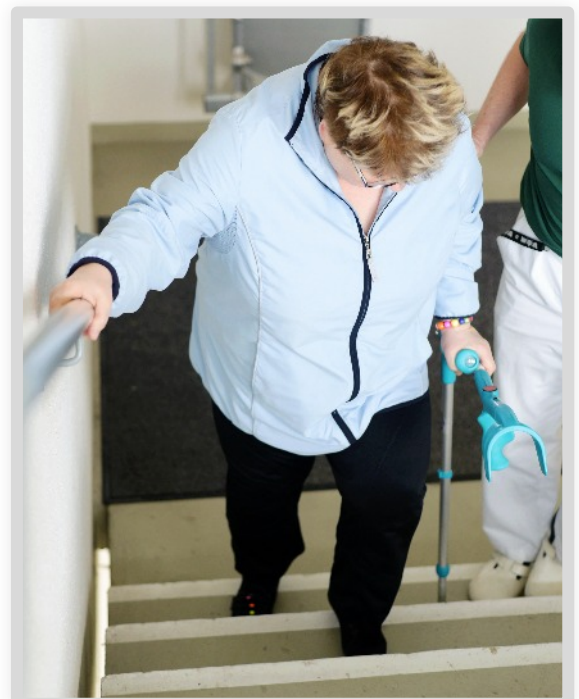
sie mal im Dissens enden“. Auch Ostseeklinik-Controller Christoph Lepinat outet sich als „Fan“ der Begehungs-Termine, wie er sagt: „Wir machen es gerne, um schnell und konstruktiv diese Fragen zu bearbeiten.“

Das sei viel einfacher, als jedes Mal Unterlagen zur Aktenlage-Begutachtung auszudrucken und zu verschicken. „Außerdem wollen wir uns einigen und gehen selten ins Widerspruchsverfahren oder vor das Sozialgericht“, betont Lepinat. Von dem Besuch des MDK Nord-Teams bekommen die Patienten der Ostseeklinik Damp übrigens nichts mit. Und die

Patienten, um deren Behandlung es konkret geht, sind schon längst entlassen und wieder zu Hause. Mit welchem DRG-Code ihre Behandlung abgerechnet worden ist, muss sie nicht interessieren. Das klären Krankenhaus und Krankenkasse am Ende miteinander.



In der angeschlossenen Rehaklinik können Patienten in Damp sofort nach einer Operation damit beginnen, ihr Knie in der Motorschiene zu bewegen. Ein Therapeut unterstützt sie bei Gehübungen. Die „Reha“ wird als sogenannte Anschluss-Heilbehandlung nicht im DRG-System abgerechnet. Damit ist sie nicht Teil einer DRG-Begutachtung.



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.

- 101 ärztliche Gutachter, 13 Teamassistenten, 15 Kodierfachkräfte. Ärztliche Gutachter sind Fachärzte unter anderem aus den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Kinderheilkunde, HNO und Strahlentherapie.

(Stand Ende 2018)

Abteilung Krankenhaus, Rückblick/Ausblick

„Der Druck auf alle ist gewaltig“

Die Aufträge zur DRG-Begutachtung nehmen weiter zu. Mit einem Zuwachs von 14 Prozent gegenüber dem Vorjahr sind die Anforderungen auch 2018 weiter gewachsen. Zur festen Größe entwickeln sich seit Jahren auch die Strukturprüfungen in Kliniken. Damit prüft der MDK Nord, ob Kliniken die Voraussetzungen dafür haben, um angebotene Gesundheitsleistungen zu erbringen. Insgesamt hat die Abteilung Krankenhaus rund 22.300 gutachterliche Stellungnahmen mehr abgegeben als im Vorjahr.

„Wir drehen uns alle immer schneller im Rad“, beschreibt Abteilungsleiter Dr. Andreas Krokotsch die Situation bei der Einzelfall-Abrechnungsprüfung. Die Auftragssteigerung von 14 Prozent macht beim MDK Nord einen Anstieg von einigen tausend Aufträgen pro Jahr aus. Denn mit der sogenannten DRG-Begutachtung, benannt nach dem Fallpauschalen-System der Diagnosis-Related-Groups (DRG), hat der MDK Nord zu prüfen, ob die Leistungen der Kliniken den Richtlinien entsprechend kodiert, also abgerechnet worden sind und ob die Verweildauer aus fachlich unabhängiger Sicht angemessen war. Dieses als „lernendes System“ angelegte Verfahren biete jedoch auch Fehlanreize, bemängelt Dr. Krokotsch seit Jahren.

Die Anzahl der Fälle, die in den Begutachtungen auffallen und korrigiert werden müssten, schwanken dabei von Krankenhaus zu Krankenhaus. In einigen seien es 75 bis 80 Prozent der geprüften Leistungen, in anderen nur 30 Prozent. Dabei begutachtet der MDK Nord insgesamt nur rund 18 Prozent aller Fälle, die die Kliniken mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Diese Quote steigt allerdings von Jahr zu Jahr und nähert sich im zweiten Quartal 2019 der 20-Prozent-Marke. Vor diesem Hintergrund plant der Gesetzgeber Änderungen bei den Abrechnungsprüfungen, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststehen.

Auch die Strukturprüfungen, sozusagen das zweite Standbein der Abteilung, werden von den Krankenkassen in zunehmendem Maße beauftragt. 52 Prüfungen,



Dr. Andreas Krokotsch

also im Schnitt eine pro Woche, haben die Teams in 2018 geleistet. Dabei prüft der MDK, ob Kliniken die qualitativen Voraussetzungen dafür erbringen, gewisse Leistungen anzubieten. Geprüft werden kann, ob erforderliche Geräte vorhanden und einsetzbar sind, spezielles Personal vorhanden ist und ob Verfahrensbeschreibungen vorliegen. Dienstpläne zeigen an, ob Leistungen verlässlich erbracht werden können.

„Der Druck auf alle ist gewaltig“, so Dr. Krokotsch, „es geht in den Kliniken teilweise um Millionenbeträge und kann zu einem Abrechnungsausschluss führen, wenn Voraussetzungen nicht erfüllt werden.“

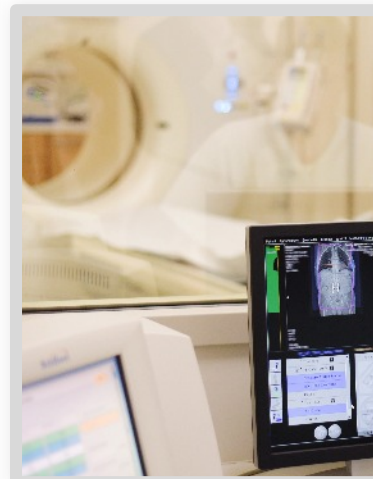
„Wir bieten deshalb auch immer Gespräche zur Vor- und Nachbereitung an, um zu erläutern, wie was geprüft wird und

gegebenenfalls geändert werden muss“, betont Dr. Krokotsch. Manche Kliniken seien davon überrascht, zunehmend würden Kliniken es aber mittlerweile gerne annehmen. Diese Beratung sei für beide Seiten besser, als wenn Kliniken eigene, aber weniger zielführende Wege gehen, um Strukturprobleme zu lösen, betont Dr. Krokotsch. Zu diesen Gesprächen sind dann immer auch die Krankenkassen als Auftraggeber eingeladen.

Ein weiteres Aufgabenfeld wächst ebenfalls: die Aufträge der Landesgeschäftsstellen zur Qualitätssicherung (LQS). Dies sind Aufträge an die Abteilung, die nicht von einer Krankenkasse oder einem Kassenverband kommen. Seit Frühjahr 2018 prüft ein MDK Nord-Gutachterteam für die LQS, ob von Kliniken selbst angegebene Behandlungsergebnisse zutreffend sind, also ob eine Behandlung komplikationslos verlaufen ist oder nicht.

Der MDK korrigiert dabei in beide Richtungen. Auch unzutreffende Komplikationen können in unkomplizierte Verläufe geändert werden. Gestartet wurde in den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie. Seit dem Start im Frühjahr 2018 leistete das Team für diese Aufgabe mehr als 700 Stunden an Beratungstätigkeit. Es ist bereits abzusehen, dass diese Jahresleistung bis Ende 2019 weit überschritten wird.





Blick durchs MRT: Das Gutachter-Team begeht verschiedene Bereiche der **Segeberger Kliniken**. Geprüft wird, ob Geräte und Räume vorhanden und einsetzbar sind. Ebenso müssen die Wege kurz sein.

Schwerpunkt „Ein Gutachten entsteht“: Strukturprüfung einer Klinik

Qualität fängt mit Strukturen an

Ist alles vorhanden, wie es gefordert, bezahlt und medizinisch erforderlich für die Patienten ist? Solche Fragen an die Ausstattung und Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern werden strukturiert durch unabhängige externe Prüfer erst seit wenigen Jahren gestellt. Mittlerweile sind Aufträge von Krankenkassen oder Kassenverbänden zur Qualität bestimmter Behandlungen üblich. Sie erfolgen in Form sogenannter Strukturprüfungen durch den MDK Nord. Beispiel: Ein Team der Abteilung Krankenhaus prüft, wie die Segeberger Kliniken für spezielle Operationen am Herzen ausgestattet sind.

Auf den ersten Blick wirkt der heutige Klinikbesuch wie eine Einzelfall-DRG-Begehung. Allerdings hat das Team um Dr. Frauke Tappmeyer viel grundsätzlichere Fragen im Gepäck: Erfüllt das Krankenhaus alle Vorgaben, um Patienten mit komplexen Herz-Operationen an Aortenklappen und Mitralklappen zu versorgen? Im Detail geht es um das Einsetzen von Aortenklappen über einen Katheter, kurz „TAVI“, und um „Mitra-Clips“, die bei Funktionsstörungen der Mitralklappen genutzt werden.

Diese Verfahren sind weniger belastend für Patienten, also „minimalinvasiv“, weil dafür die Implantate

über die Gefäße eingeschoben werden und der Brustraum nicht geöffnet werden muss. „Das sind beides Verfahren, die gerade älteren Patienten sehr gut helfen können, was früher nicht möglich war“, erklärt Dr. Tappmeyer. Deshalb würden sie auch viele Kliniken anbieten. Überprüft werde außerdem die Qualität der operativen Versorgung von Aortenaneurysmen, also krankhafter Erweiterungen der Hauptschlagader.

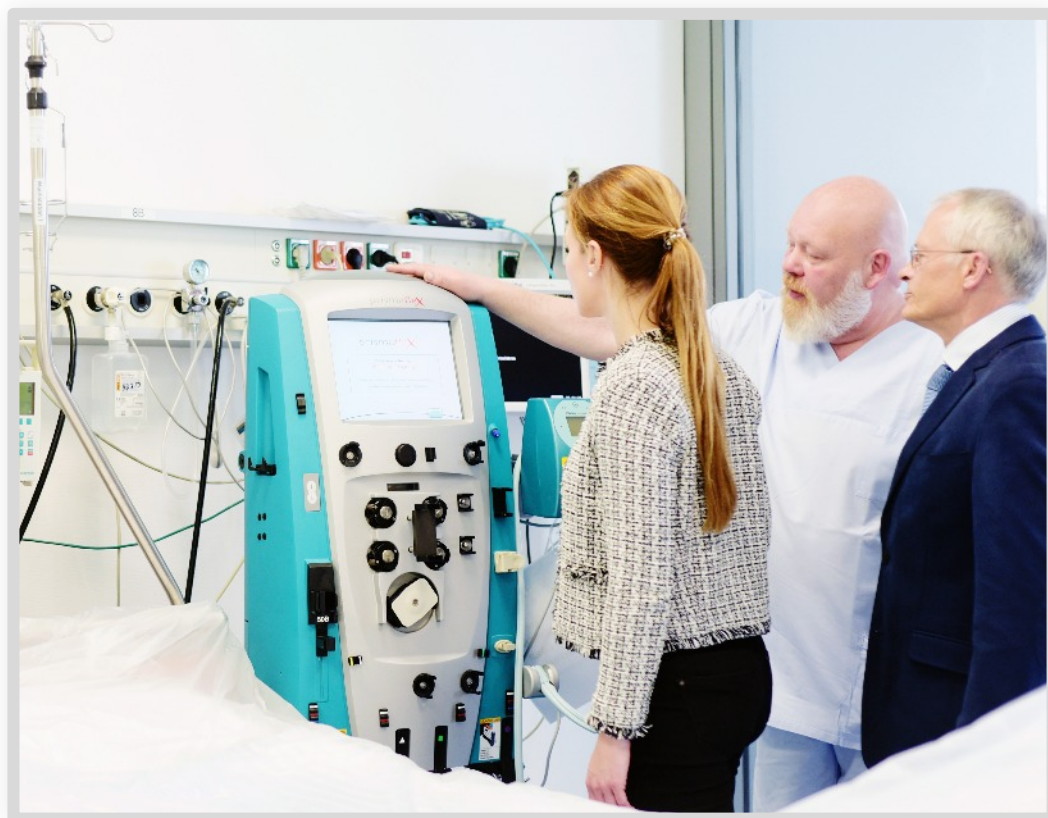
Damit Krankenhäuser diese hoch spezialisierten Leistungen erbringen dürfen, müssen sie genaue Vorgaben wie die der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-Richtlinie)

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einhalten. „Die Krankenkassen können die Qualität der Versorgung im Einzelfall nicht überprüfen. Deshalb überprüfen wir als MDK in Strukturprüfungen, ob die Kliniken die technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Erbringung bestimmter Leistungen erfüllen“, beschreibt die Gutachterin, „und wir nehmen diese Aufgabe gerne wahr.“

Die Prüfung in Bad Segeberg ist Routine, Klinik und MDK kennen sich schon lange. Dennoch ist sie heute Chefsache für Klinik-Geschäftsführer Axel Post, der gemeinsam mit dem leitenden



Wichtige Voraussetzung: Es müssen jederzeit Fachkräfte Messergebnisse auswerten (oben) und Dialyse-Geräte (Foto rechts) bedienen können.



Controller und der Personalchefin alle Fragen beantworten will. Schließlich hängt von dieser Prüfung ab, ob sein Haus diese Leistung weiterhin für die gesetzlich versicherten Patienten erbringen kann.

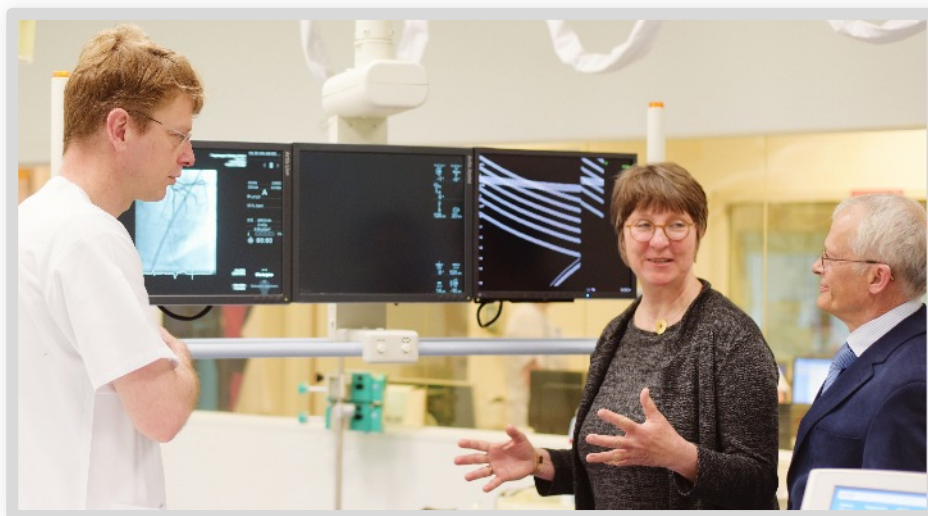
Vorgespräch, Rundgang, Nachgespräche: so sieht der folgende Arbeitstag des MDK Nord-Dreierteam aus, das jahrelange klinische Erfahrung mitbringt. „Das Vorgehen während der Prüfung folgt einem festen Schema und hat sich bewährt. Während des Rundganges durch die Klinik werden die Wege der Patienten nachvollzogen und vor Ort überprüft, ob die notwendige technische Ausstattung vorhanden ist“, beschreibt Tappmeyer die Aufgaben. Durch Gespräche mit den Klinik-Mitarbeitern seien die Abläufe leicht nachzuvollziehen. Dabei arbeitet das Team eine Checkliste ab, damit alles verlässlich nachvollziehbar ist.

Auf dem Rundgang lässt sich das MDK Nord-Team acht Abteilungen und Klinikbereiche zeigen, so wie es die Richtlinie vorschreibt. Dazu gehören die Intensivstation mit den technischen Möglichkeiten zur Überwachung und Unterstützung von Organsystemen sowie die radiologische Abteilung mit der Möglichkeit kernspintomographischer Untersuchungen. Das Team sieht sich

außerdem das Herzkatheter-Labor und speziell ausgestattete Operationsäle an, in denen sowohl minimalinvasiv über die Gefäße wie auch offen operiert werden kann. Dabei notieren sie, dass alles nah beieinander liegt. „Das ist gut, denn je kürzer die Versorgungswege, umso besser, denn Patienten können auf Wegen am schlechtesten überwacht werden“, erklärt die Gutachterin. Ob auch ein Radiologe vor Ort und ständig verfügbar sei, der die Befunde lesen könne? Diese

Frage kann ihnen der leitende Radiologie-Assistent gleich am MRT beantworten. Später wird das Team dazu noch die Dienstpläne durchsehen müssen.

Denn neben der technischen Ausstattung und den Abläufen wird bei der Prüfung besonderer Wert darauf gelegt, dass das dafür erforderliche Personal rund um die Uhr verfügbar ist. „Das ist auch bei geplanten Operationen wichtig, falls Komplikationen auftreten.“ Denn nach dem Paragraphen 107 des fünften



MDK Nord-Gutachterin Dr. Frauke Tappmeyer (Mitte) im Gespräch mit Guido Kassner (links), dem leitenden Radiologie-Assistenten der Segeberger Kliniken, und ihrem Kollegen Dr. Armin Kalmbach.



Das MDK-Team checkt Dienstpläne und Qualifikationen des Klinikpersonals: (von links) Dr. Frauke Tappmeyer, Dr. Armin Kalmbach, Dr. Saskia Schareyka.

Sozialgesetzbuches sei die medizinische Versorgung im Krankenhaus jederzeit zu gewährleisten. „Zusätzlich gilt der Facharztstandard“, ergänzt Dr. Tappmeyer, was bedeute, dass ein Facharzt jederzeit zur Behandlung hinzugezogen werden könne, „und nicht erst am Montag wieder.“

Die rund 45 Auskünfte und Nachweise, die die Richtlinie ebenfalls einfordert, wurden bei den Segeberger Kliniken vorab schriftlich angefragt, plus sieben weitere zur pflegerischen Versorgung. Heute legt sie alles vor. Für eine Gutachterin allein wäre diese Arbeit an einem Tag zu aufwendig, meint auch Kollegin Dr. Saskia Schareyka. „So viele Formulare und Pläne durchzusehen, zu beurteilen, zu notieren, das kostet einfach Zeit“, meint sie. Deshalb nehme sie sich einzelne Aufgaben vor, ebenso wie ihr Kollege Dr. Armin Kalmbach.

Für die MHI-Richtlinie beispielsweise sei unter anderem zu prüfen, erklärt sie, ob im Prüfzeitraum in jeder Schicht auf der Intensivstation eine Pflegekraft mit der Fachweiterbildung „Intensivpflege“ eingesetzt wurde. „Dazu kommt noch, wann genau jemand diese Fachweiterbildung erworben hat“, so Dr. Schareyka, „war es vor oder nach dem Prüfzeitraum?“ Bei all diesen Fragen wird das Team von Personalleiterin Kirsten Tödt von den Segeberger Kliniken unterstützt. Sie erläutert und steuert die angeforderten Dienstpläne, Urkunden, Zertifikate bei,

die das Team durchsieht und alles in der Checkliste vermerkt. „Laut Richtlinie sind das nur die Minimalanforderungen“, betont Dr. Frauke Tappmeyer, „deswegen müssen wir so streng prüfen.“

Für die Klinik bedeuteten solche Prüfungen einen erheblichen Aufwand, sagt Geschäftsführer Axel Post von den Segeberger Kliniken. „Wir glauben aber, dass Strukturprüfungen die Grundlage für eine konstruktive Zusammenarbeit mit Kostenträgern und dem MDK festigen können“, betont er. „Das bedeutet für mich zum einen, dass bestehende Interpretationsspielräume der Vorgaben gemeinsam bewertet werden und zum anderen, dass gute Prüfungsergebnisse das Vertrauensverhältnis stärken, so dass in Zukunft weniger Überprüfungen notwendig werden.“

Das Ergebnis dieser Strukturprüfung kann das Team am Ende des Prüftages noch nicht vorstellen. Die Auswertung folgt erst im Büro, wo die Gutachter auch ihre Prüfberichte schreiben. Diese sind vertraulich und bekommen anschließend nur die Klinik selbst und die Auftraggeber der Prüfung zu sehen.



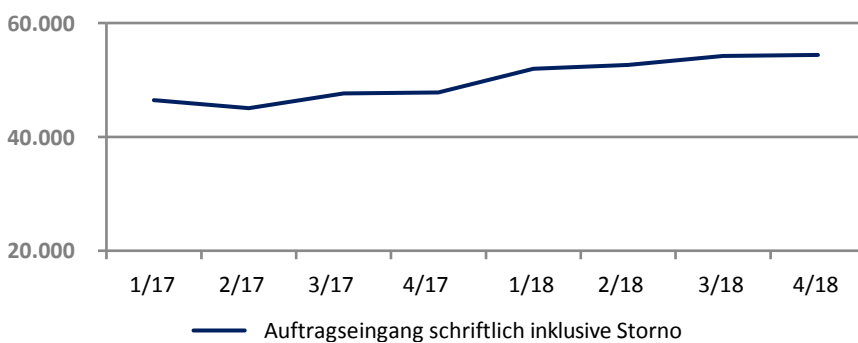
In Sitzungen vor und nach der Begehung legt das Prüfungsteam gemeinsam Aufgaben fest und bespricht abschließend die Ergebnisse mit den Segeberger Kliniken: (von links) Holger Sier, leitender Medizincontroller, Klinik-Geschäftsführer Axel Post und Personalleiterin Kirsten Tödt.



Zahlen der Abteilung Krankenhaus, somatische Begutachtung

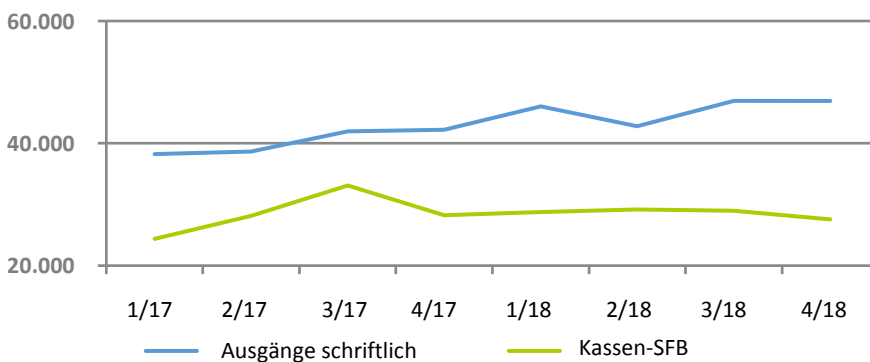
Versichertenbezogene Stellungnahmen	297.209
davon fallsteuernd (nicht fallabschließend)	72.808
davon fallabschließend	224.401
Vorsichtung der Fälle	180.308
Stunden Grundsatzberatung	6.728

Auftragseingänge schriftlich inklusive Storno, 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



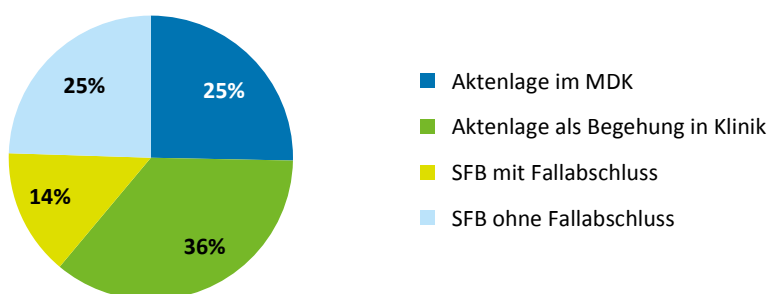
Im Vergleich zu 2017 gab es erneut einen enormen Zuwachs in der Beauftragung: **14 Prozent** mehr schriftliche Aufträge sind für die Abteilung Krankenhaus (somatisch) eingegangen. Die Anzahl der Fallvorlagen bei der Kasse blieb auf dem Vorjahresniveau.

Gutachterliche Stellungnahmen, 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der erledigten gutachterlichen Stellungnahmen um **8 Prozent**. Betrachtet man ausschließlich die schriftlichen Ausgänge, macht die Zunahme sogar **13 Prozent** aus.

Stellungnahmen nach Erledigungsart



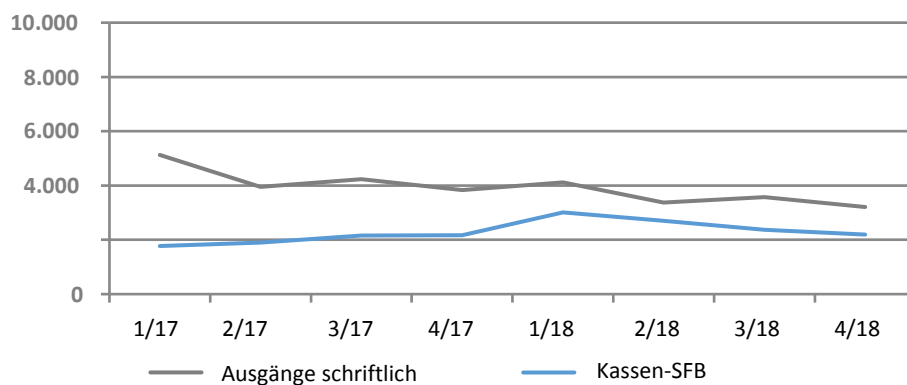
Im Vergleich zu 2017 wuchs der Anteil der Gutachten um **3 Prozent**.

Bei deren Erledigung zeigt sich zunehmend die Umschichtung zur Aktenlage. Der Begehungsanteil im Verhältnis zu Aktenlagen beträgt **59 Prozent**.

Zahlen der Abteilung Krankenhaus, Fachbereich Psychiatrie 1

Versichertenbezogene Stellungnahmen	24.564
davon fallsteuernd (nicht fallabschließend)	6.039
davon fallabschließend	18.525
Vorsichtung der Fälle	1.334
Stunden Grundsatzberatung	414

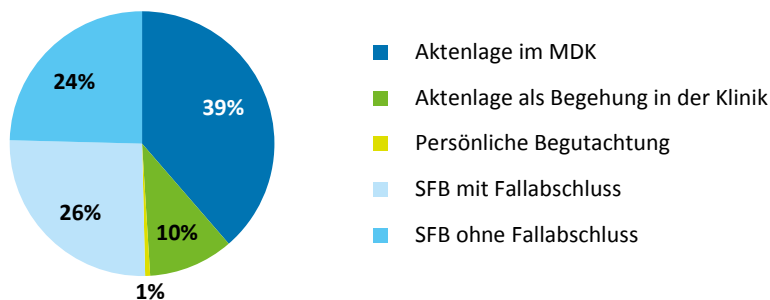
Gutachterliche Stellungnahmen, 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



Im Vergleich zu 2017 wurde der Fachbereich schriftlich um **15 Prozent** weniger beauftragt.

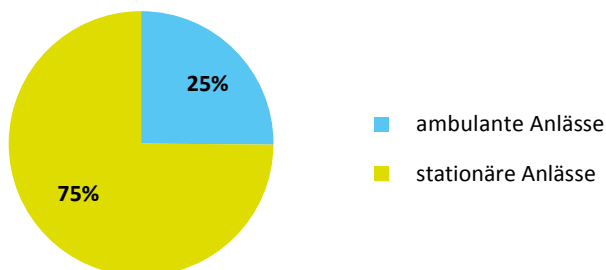
Deutlich zugelegt haben hingegen die SFB-Vorlagen bei der Kasse, deren Anstieg zum Vorjahr **29 Prozent** beträgt. Die Anzahl der schriftlichen gutachterlichen Stellungnahmen verringerte sich um **17 Prozent**.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Erledigungsart



Den größten Anteil der gutachterlichen Stellungnahmen bildeten mit **39 Prozent** die in Aktenlage erstellten Kurzgutachten und die Gutachten.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Anlassgruppe



Der Trend zur Zunahme der stationären psychiatrischen Fragestellungen setzt sich weiter fort. In 2017 waren es **67 Prozent**, in 2018 bereits **75 Prozent**.

Schnellere Leitungen für größeren Datenfluss

Das „gute alte Telefon“ hat ausgedient: „voice-over-IP“ ist der neue Standard, auf den auch der MDK Nord im Jahr 2018 umstellen musste. Doch eine Körperschaft mit fast 580 Beschäftigten kann nicht einfach neue Telefone kaufen – eine EU-weite Ausschreibung war vorgeschrieben. Erforderlich war dies auch für die komplett neue Vernetzung aller Dienststellen mit Glasfaser-Leitungen, um einen höheren Datenfluss auch für die Zukunft zu gewährleisten.

Bei der Umstellung der Telefonanlage gab es keine Wahl: Die bisherigen ISDN-Verbindungen wurden vom Leitungsanbieter nicht mehr unterstützt. Die Umstellung auf das neue System „voice-over-IP“, also internetbasiertes Telefonieren, erfordere ein komplett neues Leitungssystem, neue Anschlüsse und neue Telefongeräte, erklärt Lutz Remshardt, der Leiter der Abteilung Service. Aufgrund der Auftragsgröße sei dafür eine europaweite Ausschreibung vorgeschrieben, die im ersten Quartal 2018 beendet und im Rest des Jahres umgesetzt wurde.

Die alten Telefon-Kupferleitungen waren dafür jedoch nicht ausgelegt und auch für die erforderlichen Leitungsgeschwindigkeiten der IT-Anbindungen der MDK-Standorte nicht mehr ausreichend. Das Problem: Kein Standort war zu dem Zeitpunkt an ein Glasfasernetz angebunden. So musste die Abteilung im



Lutz Remshardt

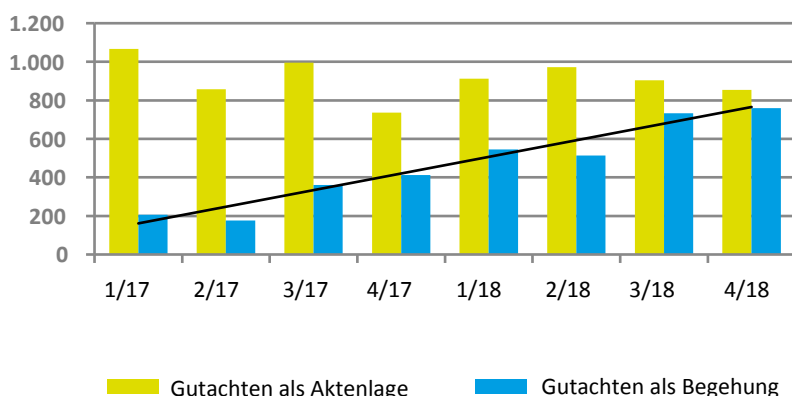
vergangenen Jahr alle BBZ und Beratungsstellen mit Glasfaser-Leitungen versorgen lassen. „Eine Aufgabe, die wir an externe Dienstleister vergeben haben, von der Planung bis zur Ausführung, weil das nicht zu unserem Tagesgeschäft gehört“,

erläutert Lutz Remshardt. „Unsere Aufgabe war es, parallel den laufenden Betrieb des MDK Nord sicherzustellen.“

Im ersten Quartal 2019 konnte der MDK Nord dann die neuen Leitungen in Betrieb nehmen und die neuen Telefone anschließen. Damit sind nun auch alle Mitarbeiter über einheitliche Durchwahlnummern zu erreichen, die unabhängig vom Standort in Hamburg oder Schleswig-Holstein sind. Auch das Glasfasernetz selbst habe die Arbeitsfähigkeit des MDK Nord entschieden verbessert, so Lutz Remshardt. „Wir haben es zwar auf die jetzt erforderliche Bandbreite ausgelegt, können es in der Zukunft aber auch weiter ausbauen.“

Zahlen der Abteilung Krankenhaus, Fachbereich Psychiatrie 2

Verhältnis Aktenlage im MDK zu Aktenlage als Krankenhaus-Begehung 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



Bei der ausschließlichen Betrachtung von Aktenlagen-Gutachten mit stationären Anlässen stieg der Anteil der Begehungen während der beiden vergangenen Jahre rasant und stabilisierte sich in 2018 auf ein Jahresdurchschnittsniveau von **41 Prozent**. Im letzten Quartal 2018 wurde sogar knapp jedes zweite Gutachten als Krankenhausbegehung erstellt.

Die Anzahl der in 2018 im Fachbereich erstellten PEPP-Gutachten stieg zum Vorjahr um **54 Prozent**.

Schwerpunkt „Gutachten“: Pflegebegutachtung

Nicht die Diagnose zählt, sondern die benötigte Hilfe

„Guten Morgen Frau Lafrenz, ich komme vom MDK Nord“, mit der Begrüßung an der Haustür beginnt Lina Holz ihre Einzel-fallbegutachtung. Es ist ihr erster Termin an diesem Tag in einem Hamburger Mehrfamilienhaus. Heute wird sie insgesamt fünf Versicherte besuchen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen nach Paragraph 18 des elften Sozialgesetzbuches gestellt haben. Alle verlaufen nach ähnlichem Muster, wie bei ihren 120 Kolleginnen und Kollegen, die jeden Werktag in Schleswig-Holstein und Hamburg zu Begutachtungen gehen.

Zuerst Vertrauen aufbauen, mögliche Ängste nehmen, das sei wichtig zu Beginn einer Begutachtung, erklärt Lina Holz. Das fällt ihr bei Chrysula Lafrenz nicht schwer. Die 96 Jahre alte Seniorin erwartet sie fröhlich und bittet in die Wohnung, in der sie noch allein lebt. „Ich komme vom MDK, weil Sie sich mehr Unterstützung von der Pflegeversicherung wünschen“, fährt Lina Holz fort. Das ist für die examinierte Pflegefachkraft nicht nur ein Standardsatz, sondern sie möchte damit betonen, worum es ihr bei diesem Besuch geht. Die Seniorin hat bereits einen Pflegegrad und möchte eine Höherstufung, sagt sie, weil ihr einige Tätigkeiten immer schwerer fielen. Den Antrag dafür hat Frau Lafrenz' Sohn bei der Pflegekasse gestellt, weil auch ihm aufgefallen ist, dass seine Mutter mehr Hilfe benötigt. Christian Lafrenz erwartet die Gutachterin bereits im Wohnzimmer seiner Mutter. Er ist selbst bereits Rentner und unterstützt sie heute bei der Begutachtung.

Lina Holz hat diesen Termin am Tag zuvor vorbereitet. Erst dann kann sie relativ sicher sein, dass es bei dem vereinbarten Termin bleibt. Denn häufig werden kurzfristig Termine abgesagt, unter anderem, weil die Betroffenen im Krankenhaus behandelt werden müssen. Der Höherstufungsantrag von Frau Lafrenz war über die Pflegekasse als Begutachtungs-Auftrag beim Serviceteam der Abteilung Pflegeversicherung des MDK Nord eingegangen. Gemeinsam mit mehreren anderen Anträgen auf einen Pflegegrad wurde er für Lina Holz in eine Tagestour eingeplant.

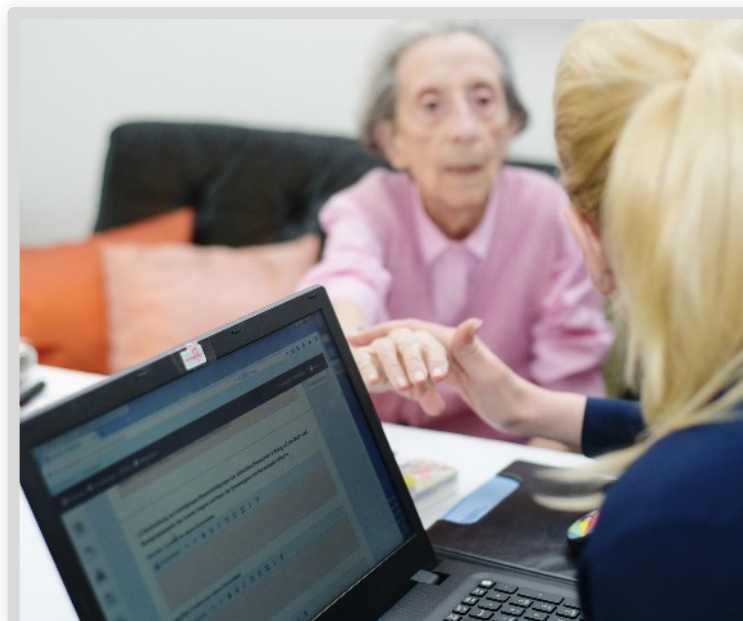
„Wenn ich weiß, wen ich begutachten soll, schaue mir vorab erstmal bereits vorhandene oder mit eingereichte Informationen an, um mich auf die Begutachtung vorzubereiten. Bekannte Diagnosen zu kennen, kann hilfreich sein, ist aber nicht immer entscheidend. Schließlich geht es ja nicht um die Krankheiten selbst, sondern darum, welche Auswirkung sie auf die Selbständigkeit und Fähigkeiten haben“, erklärt Lina Holz. Die Bewertung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten ist in Graden differenziert und in den bundesweit geltenden Begutachtungsrichtlinien genau beschrieben.

Anhand ihres Tourenplans mit Adressen und Telefonnummern weiß Lina Holz, ob sie zuvor noch weitere Personen über diese Begutachtung informieren muss, damit diese dabei sein können: meistens seien es Angehörige, gelegentlich auch rechtliche Betreuer, manchmal Anwälte. Wenn es notwendig ist, ruft sie vorher an und stimmt nochmals den genauen



Zeitraum, wann sie an dem Tag kommt, mit diesen Beteiligten ab. Frau Lafrenz hatte übrigens schon fünf Tage vorher Post vom Serviceteam mit dem heutigen Termin bekommen, zudem einen Anruf einer Servicemitarbeiterin des MDK Nord am Vortag, um sicherzustellen, dass heute auch alles klappt.

Wenn Lina Holz ihren Laptop am Morgen das erste Mal aufklappt, hat sie bereits ihren eigenen Sohn in die Kita gebracht. Heute also beginnt ihr Tag bei der 96-Jährigen, die, so erklärt



Die Gutachterin prüft den Zustand der Haut von Frau Lafrenz.



MDK Nord-Gutachterin Lina Holz (rechts) spricht mit Chrysula Lafrenz in der Begutachtung, welche Unterstützung die 96-Jährige im Alltag benötigt. Christian Lafrenz begleitet seine Mutter und kann zusätzliche Fragen beantworten. Die Gutachterin lässt sich auch zeigen (Foto rechts), wie die Versicherte ihr Bad nutzen kann.



der Sohn der Versicherten, kürzlich gestürzt sei, nicht mehr von allein aufstehen und sich gerade noch per Telefon bei ihm melden konnte. Lafrenz' Sohn besucht seine Mutter täglich, erledigt Einkäufe für sie, „auch alles Finanzielle“, berichtet er. Lina Holz schreibt alles gleich mit, tippt in den Laptop während sie zuhört.

„Das Gedächtnis meiner Mutter hat auch nachgelassen, ich muss sie immer mal wieder an etwas erinnern, was wir besprochen hatten“, fährt Christian Lafrenz fort. „Welchen Monat haben wir, welches Jahr. Was haben Sie gestern zum Mittag gegessen?“

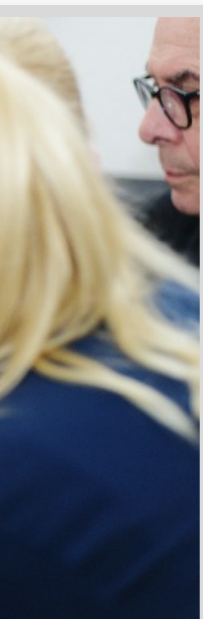
Mit solchen Fragen macht sich Lina Holz dann selbst ein Bild von den sogenannten „kognitiven“, also geistigen, Fähigkeiten der Seniorin. So kann die Gutachterin erkennen, in wieweit die Selbständigkeit und die Fähigkeiten im alltäglichen Leben eingeschränkt sind. „Buntes Gemüse gab's gestern zum Mittag“, erinnert sich die 96-Jährige.

Ja, sie esse mal allein, mal würde die Pflegekraft helfen, sagt sie. Allerdings habe seine Mutter deutlich abgenommen, von 47 auf 34 Kilogramm, ergänzt ihr Sohn. Sie esse zu wenig, vergesse auch zu trinken.

All das sind wichtige Informationen für die Gutachterin, die abschließend nach Hilfsmitteln fragt, die Frau Lafrenz täglich benötigt: Brille, Hörgeräte, Rollator, Haltegriffe, Toilettenstuhl? Lina Holz lässt sich von der Seniorin zeigen, wie das Bad ausgestattet ist, welche Wege sie in der Wohnung zurückzulegen hat und wie sie damit zurecht kommt.

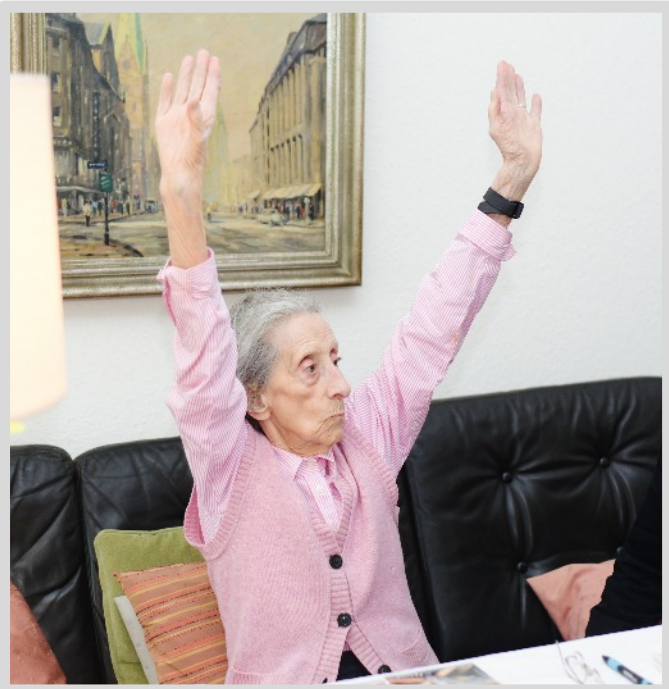
Wie sie geht und agiert. Als Pflegefachkraft mit zehn Jahren Erfahrung kann Lina Holz beurteilen, was sie sieht. Ihre weiterführende Ausbildung zur Pflegedienstleitung hilft außerdem. Auch als Gutachterin sei sie schließlich immer noch Pflegefachkraft, jedoch in einer anderen Position. Hier ermittle sie die Einschränkungen der Fähigkeiten, damit die Versicherten einen entsprechenden Pflegegrad und damit die entsprechende Unterstützung bekommen.

Bei diesem Termin irritiert es niemanden, dass sie alles in den Laptop tippt. Das sei nicht immer so, sagt Lina Holz später. „Manchmal halten die Leute inne, wenn ich schreibe. Aber dann erkläre ich, dass sie ruhig weiterprechen können, dass ich hier parallel arbeite und auch daran gewöhnt bin. Sonst kann ich mich nach vier oder fünf Hausbesuchen nicht mehr an alle Einzelheiten erinnern.“ Die Begutachtung erfolgt nach einem bundesweit





Lina Holz stellt fest, mit welchen Einschränkungen sich die 96-Jährige in ihrer Wohnung fortbewegen kann. Dazu gehört auch, sich die motorischen Fähigkeiten zeigen zu lassen (Foto unten).



standardisierten Muster. Lina Holz arbeitet sich Seite für Seite durch, bewertet in dem Begutachtungs-Programm in einzelnen sogenannten „Modulen“ den Grad der Selbständigkeit: ob jemand selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig oder unselbständig ist. Daraus ergibt sich dann

der Pflegegrad. Mal wählt sie schon während des Termins den Grad der Selbständigkeit bei einzelnen Kriterien aus, mal erst später bei der Fertigstellung am Schreibtisch zu Hause. Davon bekommt die Seniorin wenig mit, während Lina Holz mit ihr und ihrem Sohn spricht.

In einer Dreiviertelstunde hat Lina Holz bei diesem ersten Termin des Tages alles Wichtige gefragt und gesehen. Welcher Pflegegrad sich ergibt, kann sie allerdings zum Ende des Gespräches noch nicht sagen. Das ergibt sich erst, wenn sie später, nach den Begutachtungen des Tages, auswertet. Nicht ihre persönliche Meinung entscheidet, ob die oder der Antragsteller einen höheren Pflegegrad bekommt, sondern wie die Befunde – ausgewiesen in den Modulen – vom Punktesystem mit seinem Algorithmus bewertet werden. Bundesweit einheitlich und gerecht soll der Zugang zu Pflegeleistungen sein.

„In manchen Fällen muss ich allerdings sofort handeln“, ergänzt Lina Holz. „Wenn ich sehe, dass Pflege nicht sichergestellt und jemand hilflos und akut gefährdet ist, dann informiere ich umgehend die Pflegekasse darüber.“ Das könne entscheidend sein, damit ein ambulanter Pflegedienst oder eine vorübergehende Kurzzeitpflege sofort für Hilfe sorgen kann.



Pflegegrade: Berechnung oft missverstanden

Die Zahlen steigen weiter: auch 2018 sind wieder mehr Anträge auf eine Pflegeleistung gestellt worden als im Vorjahr. Rund 86.300 Versicherte in Schleswig-Holstein und Hamburg haben Mitarbeiter des MDK Nord zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung besucht und persönlich begutachtet, eine erneute Steigerung von fast sieben Prozent zum Vorjahr. Dabei zeigen sich häufig Missverständnisse der Versicherten, wie Pflegegrade ermittelt und berechnet werden.

Wenig überraschend haben mit der Einführung des neuen Systems der Pflegegrade mehr Versicherte Anträge auf Pflegeleistungen gestellt. Das hatte sich bereits im Vorjahr gezeigt. Ein Grund ist, dass nun auch Betroffene mit kognitiven Einschränkungen wie Demenz höhere Einstufungen erwarten können. Der Kreis der Anspruchsberechtigten hat sich erweitert; fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen haben eine Zunahme an Höherstufungsanträgen zur Folge. Dies hat beim MDK Nord neben rund 5.500 zusätzlichen Hausbesuchen zu einem Plus von rund 2.000 gutachterlichen Stellungnahmen nach Aktenlage im Vergleich zu 2017 geführt – dem Jahr mit den bisher meisten Beauftragungen und erstellten Gutachten.

Denn neben den sogenannten „Hausbesuchsgutachten“ als Standard der Begutachtung werden weitere Gutachten nach Aktenlage aufgrund von medizinisch-pflegerischen Unterlagen und Befunden erstellt. Dazu gehören unter anderem Gutachten für Versicherte, die noch im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden und bei denen wegen ihres akuten Versorgungsbedarfes eine besondere Eile besteht, eine Entscheidung zu bekommen. Im Vergleich



Dr. Martin Schünemann

zu 2017 falle auch auf, dass zunehmend mehr Höherstufungsanträge gestellt würden, bemerkt Dr. Martin Schünemann, der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung.

„Viele Versicherte haben die Fehleinschätzung, dass sie mit dem Ergebnis ihrer Begutachtung ‚nur einen Punkt‘ vom nächsthöheren Pflegegrad entfernt seien, und versuchten es deshalb nochmal“, so Dr. Schünemann. Die Punkte einzelner Kriterien im Gutachten würden jedoch in sogenannte „gewichtete Punkte“ umgewandelt, dies sei in den bundes-

einheitlichen Richtlinien so hinterlegt. Einen einfachen Anstieg von Punkt zu Punkt gebe es damit nicht. „Es kommt aber auch nicht unerwartet, denn so transparent und einfach, wie bei der Einführung von vielen gehofft, sei das System der Bewertung nicht“, so Dr. Schünemann.

Die Pflegekassen könnten bei der Menge an zusätzlichen Aufträgen nicht wirklich steuernd unterstützen, weil einerseits ein Rechtsanspruch auf Begutachtung bestehe und andererseits die Anträge nicht begründet werden müssten. Hier sieht Dr. Schünemann einen Handlungsbedarf des Gesetzgebers, Klarheit zu schaffen.

Trotz Auftragszunahme hat der Fachbereich Einzelfallbegutachtung die weit überwiegende Mehrheit seiner Gutachten innerhalb der Frist – 20 Arbeitstage beim MDK und 25 Arbeitstage vom Antrag bis zum Bescheid der Pflegekasse – erledigt. Nur rund 2.500 der knapp 136.000 gutachterlichen Stellungnahmen konnten nicht innerhalb dieser Frist fertiggestellt werden. Bei den meisten davon betrug die Verzögerungen nur wenige Tage, sodass die Versicherten es kaum zu spüren bekamen. „Nachteile hatten sie dadurch sowieso nicht, da eine etwaige Leistung immer rückwirkend – in der Regel ab dem Antragsdatum – gezahlt wird“, betont Dr. Schünemann.

Die Zahl der Anträge wird nach Einschätzung von Martin Schünemann auch im Jahr 2019 weiter steigen. „Wir leben mit dem demografischen Wandel. Zur Zeit ist ein Ende der Auftragszunahme noch nicht abzusehen, wahrscheinlich braucht es noch drei bis fünf Jahre.“

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. (10 Prozent davon prüfen Mitarbeiter der privaten Krankenversicherungen.)

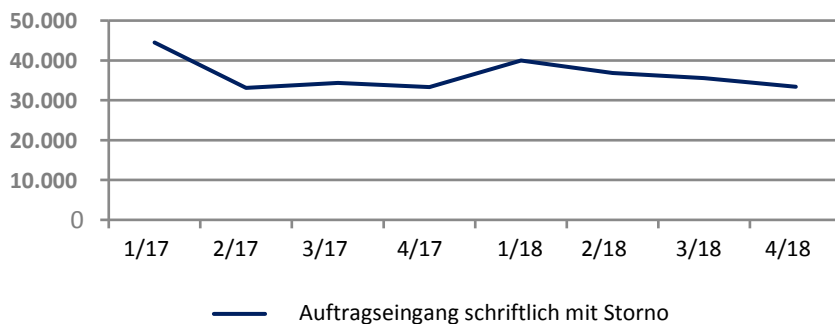
- 116 pflegefachliche Gutachter, Einzelfallbegutachtung
- 55 pflegefachliche Gutachter, Qualitätssicherung
- 5 Ärzte und Fachärzte
- 52 Honorargutachter

(Stand Ende 2018)

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

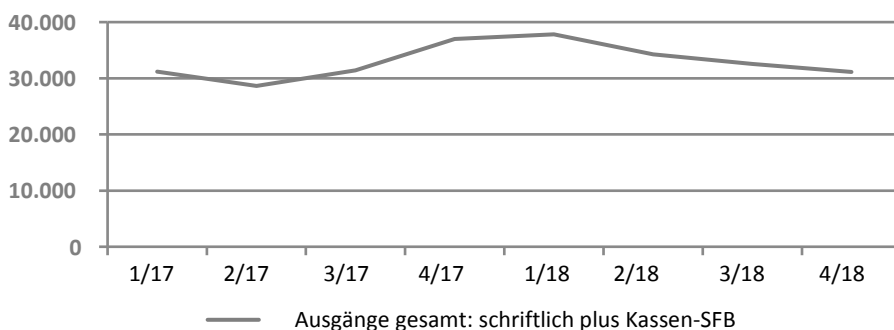
Versichertenbezogene Stellungnahmen	135.794
davon fallsteuernd (nicht fallabschließend)	5.657
davon fallabschließend	130.137
Vorsichtung der Fälle	101.169
Stunden Grundsatzberatung	490

Auftragseingang schriftlich inklusive Storno, 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



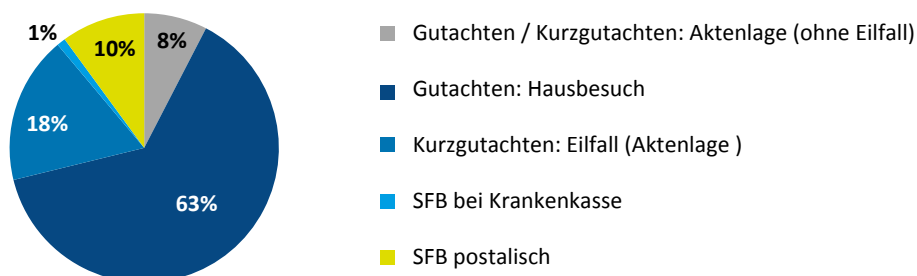
Für die Abteilung Pflegeversicherung ist von Januar bis Dezember 2018 erneut eine hohe Zahl von Begutachtungsaufträgen eingegangen.

Gutachterliche Stellungnahmen, 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



Insgesamt hat der Fachbereich **6 Prozent** mehr gutachterliche Stellungnahmen geleistet als 2017.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Erledigungsart



Im Mix der Erledigungsarten gibt es im Vergleich zum Vorjahr nur minimale Abweichungen.

Schwerpunkt „Ein Gutachten entsteht“: Qualitätsprüfung einer Pflegeeinrichtung

Wenn die Prüfer morgens vor der Tür stehen

Es ist zwar Routine, aber doch immer wieder aufregend: Wenn morgens „der MDK“ vor der Tür steht, hat die Pflegeeinrichtung zur Qualität ihrer Pflegeleistungen alles offenzulegen, mindestens einmal im Jahr. So will es der Gesetzgeber. Im „Seniorenhaus An der Eiche“ in Quarnstedt in Schleswig-Holstein weiß man, was Carmen Keßler und Markus Hohmann, das heutige MDK Nord-Qualitätsprüfer-Team, in den nächsten zwei Tagen von ihnen wollen. Die stationäre Pflegeeinrichtung in der kleinen Gemeinde gehört zu den rund 1.600 Heimen und ambulanten Pflegediensten, die jedes Jahr vom MDK Nord überprüft werden.

Am ersten Tag Ergebnisqualität, am zweiten Strukturqualität – so fasst Markus Hohmann vom Prüfteam das straffe Arbeitspensum für die zwei Tage in Quarnstedt zusammen. „Ergebnis“ bedeutet: Bewohner ansehen, ihren Pflegezustand überprüfen; „Struktur“ heißt, zu prüfen, wie das Pflegeheim seine Arbeit organisiert und ob alles den Vorgaben entspricht. „Natürlich ist das immer ein Störfaktor im Arbeitsablauf“, sagt Detlef Melz, der Pflegedienstleiter des Seniorenhauses, der nun mit Franziska Schütt, seiner Schichtleiterin, alle Fragen des Prüfteams beantworten wird. „Aber wir zeigen einfach alles, so wie es ist, und haben nichts zu verstecken.“

So sieht es auch Heimleiter Andreas Diener, dem die jährliche MDK-Prüfung sehr wichtig ist. Denn er führt das Haus mit 51 Betten und 63 Mitarbeitern als Einzelunternehmer. Der gelernte Krankenpfleger und Pflegedienstleiter hat das Seniorenheim in der ehemaligen Schule von Quarnstedt vor 22 Jahren übernommen und es ausgebaut.

„Die Auswahl der Versichertenstichprobe treffen wir immer erst am Prüftag“, erklärt Markus Hohmann das weitere Vorgehen. Denn nun stehen die sogenannten Persönlichen Begutachtungen der Bewohner an. Nicht das eigene „Bauchgefühl“ gibt vor, was das Prüfteam wie zu erledigen hat, sondern die Qualitätsprüfungs-Richtlinien, die QPR. Sie werden vom GKV-Spitzenverband erlassen, sind bundesweit einheitlich und die Grundlage der Prüfungen. Im Seniorenhaus in Quarnstedt geben die QPR vor, dass neun Bewohner einer Stichprobe, aufgeschlüsselt nach den Pflegegraden, anzusehen sind. Zum Vergleich: Bei ambulanten Pflegediensten wären es zurzeit acht – plus gegebenenfalls eine weitere



MDK Nord-Gutachterin Carmen Keßler bearbeitet den „Strukturteil“ mit Detlef Melz, dem Pflegedienstleiter des **Seniorenhauses An der Eiche**. Wichtig ist, ob notwendige Schulungen stattfinden und Hygieneanforderungen erfüllt sind. Gutachter Markus Hohmann (Foto unten) überprüft, ob Medikamente wie ärztlich angeordnet gegeben und Herstellervorgaben beachtet werden.



Person, wenn sie Häusliche Krankenpflege (HKP) bekommt.

Carmen Keßler und Markus Hohmann haben ausgewählt und müssen nun viel

telefonieren, mit Angehörigen, Betreuern, und immer wieder fragen. Denn die Persönlichen Begutachtungen seien für die Versicherten freiwillig, betont Hohmann, aber ja auch in ihrem eigenen Interesse. So ist Günter Giese einer der Bewohner, die Markus Hohmann besuchen darf. Er fühle sich hier wohl, sagt der alleinstehende 93-Jährige. Ja, er könne noch sicher laufen, nutze manchmal den Rollator.

„Er hilft gerne mal dem Hausmeister“, fügt Franziska Schütt hinzu, die Günter Giese bei der Begutachtung begleitet. Wichtig ist Markus Hohmann aber auch, ob der Senior noch allein isst, die Körperpflege selbst noch schafft sowie den Toilettengang. Auch ein Blick auf seine Haut dürfe – wie bei allen – nie fehlen, sagt der Gutachter und gelernte Krankenpfleger, der neben diversen Weiterbildungen früher auch selbst viele



Markus Hohmann prüft die Pflegeleistung, die Günter Giese bekommt, als Bestandteil der Qualitätsprüfung. Der 93-Jährige ist einer von neun in die Stichprobe einbezogenen Bewohnern. Schichtleiterin Franziska Schütt unterstützt ihn dabei und kann ergänzend Fragen des Gutachters beantworten. Markus Hohmann verlässt sich nicht nur auf ein Gespräch, sondern sieht sich persönlich den körperlichen Zustand an (Foto rechts).

Jahre stellvertretend eine Krankenhausstation geleitet hat.

Denn anders als bei einer Einzelbegutachtung für einen Pflegegrad will der Prüfer hier sehen, ob die Pflege auch korrekt erbracht wird. Deshalb geht er mit Günter Giese noch etwas auf und ab. Prüft dabei, ob der alte Herr stürzen könnte und wenn, ob die Pflegeeinrichtung das bedacht und dem vorgebeugt hat. Am Ende fragt Markus Hohmann den 93-Jährigen noch danach, wie zufrieden er hier ist, ob seine Wünsche auch berücksichtigt werden. Dieses „Zufriedenheitsgespräch“ findet unter vier Augen statt. Auch das schreibt die QPR vor, damit sich Bewohner immer frei äußern können.

Bei Kollegin Carmen Keßler im Dienstzimmer sieht es dagegen formaler aus, wie

sie mit Pflegedienstleiter Detlef Melz große Aktenordner hin- und herschiebt: Sie bearbeiten den „Strukturteil“, bei dem geklärt werden soll, ob sich das Seniorenhaus an die vorgegebenen Standards hält, bei der Ernährung, dem Hygienekonzept inklusive der Schulung im Umgang mit multiresistenten Keimen und der sozialen Betreuung.

Und alles ist zu belegen, weshalb die Aktenordner ständig bewegt werden. Viel Arbeit? Schon, aber aus gutem Grund. „Diese QPR dient dem Patientenschutz, ist verpflichtend und

öffentlich, jeder kann sich strukturell vorbereiten“, wendet Carmen Keßler ein. Deshalb sei wohl die Strukturqualität in der Regel in Ordnung, sagt Markus Hohmann.

„Bei der Prozess- und Ergebnisqualität hapert’s dagegen öfter“, berichtet er von seinen Erfahrungen. Denn die hinterfragt, ob Vorgaben auch wirklich umgesetzt werden. „Wir beraten dann vor allem, wenn Risiken nicht erkannt werden, damit die Einrichtung es in Zukunft besser machen kann.“ Das scheint im Seniorenhaus in Quarnstedt heute aber nicht nötig. Die Prüfung ist fast fertig. Und für Pflegedienstleiter Detlef Melz steht bereits fest: „Wir werden wie immer morgen alles im Team besprechen und etwaige Verbesserungen umsetzen.“

Auf den Prüfbericht müssen er und sein Heimleiter jedoch noch etwas warten. Schließlich müssen Markus Hohmann und Carmen Keßler im Büro noch alle



Der bauliche Zustand einer Pflegeeinrichtung ist nicht Teil der MDK-Prüfung. Sollten die Prüfer jedoch offensichtliche Mängel erkennen, wie defekte Steckdosen oder nicht ordnungsgemäß befestigte Handläufe, würden sie diese dennoch im Prüfbericht beschreiben.



Die Ergebnisse der zweitägigen Qualitätsprüfung besprechen die Gutachter mit Vertretern der Pflegeeinrichtung: (von links) Heimleiter und Hauseigner Andreas Diener, Schichtleiterin Franziska Schütt und Pflegedienstleiter Detlef Melz.

Informationen zusammentragen, um den Prüfbericht zu schreiben, sowie den Transparenzbericht. Während der eine Sozialdaten enthält und – außer an das Seniorenhaus – nur an die Landesverbände der Pflegekassen, die Heimaufsicht und den Sozialhilfeträger gehen darf, zeigt der andere nur einen festgelegten Auszug der Daten, die bekannte „Pflegenote“. Dafür ist die Pflegenote aber öffentlich und für Heimleiter Andreas

Diener ein Aushängeschild. Die Erkenntnisse des Prüfberichtes werden ihm später jedoch viel besser zeigen, was schon gut klappt und was vielleicht noch zu verbessern wäre.



Abteilung Pflegeversicherung, Rückblick/Ausblick Qualitätsprüfungen

SGB plus WBG und immer neue Richtlinien

Zur Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen gehört der Wandel. Jedes Jahr verändern neue Gesetze und Richtlinien die Vorgehensweise bei den Prüfungen. Auch 2018 konnte der Fachbereich seine gesetzliche Prüfquote erfüllen und alle vorgesehenen der rund 1.600 stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste in Schleswig-Holstein und Hamburg überprüfen. Gleichzeitig hat der Fachbereich daran mitgewirkt, die Anleitung der für den MDK Nord zusätzlich dazu gekommenen Regelprüfung nach dem Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) weiterzuentwickeln.

Die Änderung des Jahres 2018 betraf vor allem die Prüfung ambulanter Pflegedienste. Mit Jahresbeginn hatten die Prüfer dabei zusätzlich auch Versicherte einzubeziehen und persönlich zu begutachten, die ausschließlich Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) erhalten. Dies gilt nun unabhängig davon, ob sie auch Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz bekommen. Und es betrifft vor allem Personen, die beispielsweise beatmet werden, oder aufwändige Wundbehandlungen bekommen.

Die Prüfer nehmen dafür nach einem Stichprobenverfahren, welches die Richtlinie vorsieht, eine weitere versorgte

Person in die Qualitätsprüfung auf. Bis Ende 2017 betrug die Stichprobengröße acht Personen, danach acht plus eine weitere. „Das hat die Stichprobenauswahl vor Ort noch komplizierter gemacht“, erläutert Fachbereichsleiterin Elise Coners, „deshalb haben wir dafür eine Stichproben-Matrix erstellt, um die Personen zügig vor Ort auswählen zu können.“ Dabei hatten sich die vorherigen Erwartungen bestätigt: in etwas mehr als 40 Prozent aller Pflegedienst-Prüfungen muss nun zusätzlich ein ausschließlich HKP-versorgter Versicherter einbezogen werden. Der zusätzliche Prüfaufwand sei zwar gestiegen, so Elise Coners, der



Elise Coners

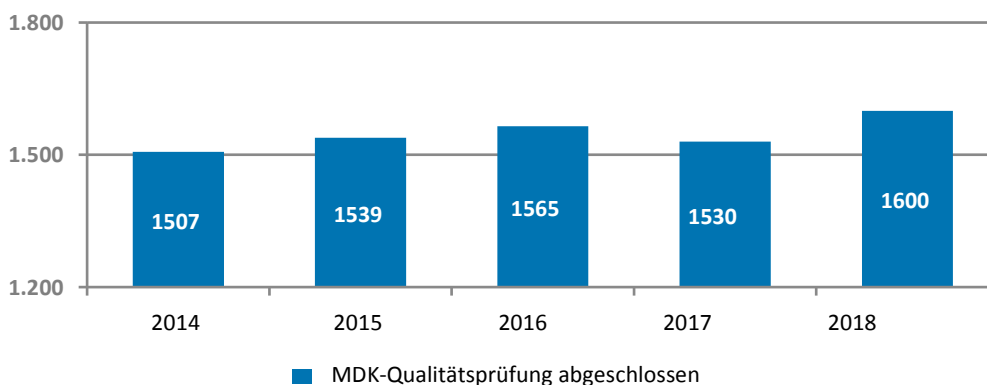
zusätzliche Aufwand jedoch im Sinne der Patientensicherheit gerechtfertigt.

Seit der Änderung der Richtlinie im vergangenen Jahr ist ein zusätzliches Kapitel mit Prüfungsfragen zu beantworten. Dies trifft jedoch nur zu, wenn der Pflegedienst auch beatmungspflichtige Versicherte versorgt. Dazu gehört, dass die Qualifikationen der verantwortlichen

Zahlen der Abteilung Pflegeversicherung 2, Fachbereich Qualitätssicherung nach § 114 SGB XI

Qualitätsprüfungen	1.600
Stunden Grundsatzberatung	1.723
davon Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung §114	503
davon Gremien- und Projektarbeit	1.220

Erfolgte Prüfungen nach § 114: ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen



Der Fachbereich prüfte in 2018 insgesamt **776** ambulante und **824** stationäre Einrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein.

Pflegefachkraft überprüft werden, sowie auch die Befähigungen aller anderen Mitarbeiter, die im Bereich der Beatmung eingesetzt werden. Nachzuweisen ist außerdem, ob die Pflegekräfte entsprechend der Anforderungen eingearbeitet worden sind. Zudem ist das Überleitungsmanagement und die Einweisung in die eingesetzten Beatmungsgeräte zu belegen. Eine entsprechende Überprüfung ist im Jahr 2018 bei 34 Pflegediensten erfolgt. Bei 30 Pflegediensten wurden Verbesserungsbedarfe festgestellt.

Neue Aufgabe für den Fachbereich

Synergien nutzen zu wollen, ist oft nur ein Schlagwort für gutgemeinte Reden. Im Gesundheitswesen der Stadt Hamburg hat sich eine solche Idee jedoch durchgesetzt: die Übernahme der Regelprüfungen der Heimaufsichten der Bezirke – hier als Wohn-Pflege-Aufsicht bezeichnet – durch den MDK Nord. Das Ziel der Hamburgischen Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) war es, das Personal und die Fachkenntnis des MDK zu nutzen und die eigenen, hoheitlichen Prüfungen mit denen des MDK zusammenzulegen. Was so einfach klingt, benötigte einige Vorbereitung: die Zustimmung durch die Bürgerschaft, dann einen Vertrag, den Behörde und MDK Nord erarbeiten, der auch die Finanzierung der Aufgabe durch die Stadt regelt.

Gemeinsam mit der BGV wurde der bereits bestehende Prüfkatalog überarbeitet und eine Prüfanleitung geschrieben. Zusätzlich erfolgte die Entwicklung einer Prüfsoftware durch den MDK Nord. „Es war eine Herausforderung, die wir gerne angenommen haben“, betont Elise Coners, „auch weil wir damit einen zweiten, anderen Blick in die Einrichtungen bekommen.“ Zusätzlich zu den Feststellungen der Versorgungsqualität durch

die MDK Prüfungen sind Aufgaben hinzugekommen, die das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HamWBG) vorsieht. Das bedeutet, dass Prüfer beispielsweise die Personalausstattung im Blick haben, ebenso wie die Fachkraftquote der Einrichtung.

„Ganz konkret nimmt an der zeitgleichen Prüfung eine weitere Kollegin teil, die ausschließlich diese zusätzliche Aufgabe übernimmt“, so Elise Coners. „Sie hat an dem Tag sozusagen einen ‚anderen Hut‘ auf.“ Auch organisatorisch hat der MDK Nord diese Aufgabe sichtbar getrennt, durch spezielle Dienstaussweise mit Hamburg-Logo. So können die Einrichtungen immer erkennen, wer vor Ort gerade welche Aufgabe übernimmt. Nach der Schulung der Mitarbeiter seien diese Prüfungen 2019 gut angelaufen, berichtet Coners. Eine Evaluation durch die Behörde werde noch 2019 folgen.

Umbruch in der Qualitätsprüfung

Der Fachbereich bereitet sich im ersten Halbjahr 2019 auf den lange diskutierten Umbruch in der Qualitätsprüfung vor. Damit wird die Prüfroutine neu gestaltet und die auch vom MDK Nord immer wieder bemängelten Pflegenoten werden abgeschafft. Sie sollen durch ein neues Bewertungssystem ersetzt werden. Im November treten die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für vollstationäre Einrichtungen und Kurzzeitpflege in Kraft. Die Auswirkungen dieser Umstellung kann Elise Coners noch nicht voraussagen. Auf jeden Fall aber werde sie weitere neue Prüft Themen mit sich bringen.

Bewerbungsverfahren

Bewerbungen online statt Berge aus Papier

Das Ende der Papierberge ist in der Abteilung Personal und Finanzen (fast) gekommen: 2018 hat sie ein Online-Bewerbungsverfahren eingerichtet. Es ermöglicht, die bis zu 1.600 Bewerbungen jedes Jahr zügiger, zeitsparender und umwelt-schonender zu bearbeiten.

„Wir bekommen kaum noch Bewerbungen in Papier“, so die Bilanz von Abteilungsleiter Botho Müller Anfang 2019. „Noch vor einem Jahr hatten wir oft mannshohe Mappenberge, die eingescannt und versandt werden mussten. Nun nutzen die

Bewerber zu 80 Prozent das niedrigschwellige Online-Angebot über unsere Website oder bewerben sich per E-Mail.“

2018 hatte die Abteilung das Online-Verfahren auf der MDK Nord-Website in Auftrag gegeben. In Zusammenarbeit mit dem Team IT, dem Qualitätsmanager und dem Pressesprecher wurde daraufhin eine Abfragemaske erarbeitet, über die Bewerber seitdem ihre Daten eingeben und Unterla-



Botho Müller

gen hochladen und verschicken können. Dies ist unabhängig vom genutzten Gerät möglich, ob PC, Tablet oder Smartphone. Die Eingänge über die geschützte MDK Nord-Website werden in einer internen Datenbank zugeordnet und verwaltet. Viele manuelle Bearbeitungsschritte seien damit entfallen, was bei bis zu 400 Bewerbungen auf eine einzige Ausschreibung eine enorme Arbeitserleichterung für die Mitarbeiterinnen der Abteilung bedeute, hebt Botho Müller hervor.

Auffallend sei, dass sich weiterhin viele Fachkräfte auf die verschiedenen Stellenangebote beim MDK Nord bewerben. Die angebotenen Aufgaben sowie die flexiblen und familienfreundlichen Arbeitszeiten seien weiterhin sehr attraktiv, gibt Botho Müller die Rückmeldungen vieler Bewerbungsgespräche wider. 2018 konnte der MDK Nord wie in den Vorjahren erneut 70 neue Kolleginnen und Kollegen einstellen, womit er Ende des Jahres auf 540 Beschäftigte anwuchs. 2019 wird ein mindestens gleiches Personalwachstum mit ähnlich vielen Neueinstellungen erwartet.

The form is titled "Wir freuen uns, dass wir Ihr Interesse geweckt haben. Hier können Sie uns Ihre Bewerbung schnell und unkompliziert übermitteln." It contains the following fields:

- Anrede (dropdown menu)
- Titel (dropdown menu)
- Vorname* (text input)
- Name* (text input)
- PLZ* (text input)
- Wohnort* (text input)
- Straße und Hausnummer* (text input)
- ggf. Adresszusatz (text input)
- E-Mail* (text input)
- E-Mail bestätigen* (text input)
- Telefonnummer, falls wir Rückfragen haben (text input)
- Bewerbung auf Kennziffer: (dropdown menu)
- oder Initiativbewerbung auf folgende Stelle: (dropdown menu)
- Bewerbung auf Kennziffer: (dropdown menu)
- oder Initiativbewerbung auf folgende Stelle: (dropdown menu)
- Standort* (checkboxes for Hamburg, Lübeck, Kiel, Flensburg, Itzehoe, Pinneberg)
- Als Anlagen akzeptieren wir ausschließlich PDF-Dateien mit einer Größe von jeweils max. 5 MB. (blue box)
- Bewerbungsanschreiben (erwünscht) (button: Dateien hinzufügen oder Dateien hier auswählen)
- Lebenslauf* (button: Dateien hinzufügen oder Dateien hier auswählen)
- ergänzende Unterlagen* (max. 5 Dateien) (button: Dateien hinzufügen oder Dateien hier auswählen)

Below the form, there is a note: "Ergänzende Unterlagen sollten mindestens sein: Berechtigungen zur Berufsausübung (z.B. Examenszeugnis, Approbation), anerkannte Zusatzqualifikationen (z.B. Facharztanerkennungen, Fachweiterbildungen, bei ärztlichen Gutachtern ggf. auch Promotionsurkunde) und die Zeugnisse über die letzten Berufstätigkeiten."

Eintragen, Anhänge hochladen und abschicken: Die Online-Bewerbung über die Abfragemaske erleichtert den Vorgang für beide Seiten. Sie ist auf der Website des MDK Nord auf der Seite „Beruf und Karriere“ eingerichtet (Foto unten) und mit jedem Endgerät zu nutzen.

The screenshot shows the MDK Nord website with the navigation bar (MDK, MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG NORD, Kontakt, Wir über uns, Presse/Medien, Ihr Anliegen) and a search bar. The main content area is titled "Ihre Bewerbung" and contains the same application form as shown in the previous screenshot. The form is partially filled out, and a mouse cursor is visible over the "Absenden" button.

Schwerpunkt „Ein Gutachten entsteht“: SFB bei der Krankenkasse

45 an einem Tag: Fallberatung erleichtert Reha-Empfehlungen

Beim Wort „Rehabilitation“ wird oft noch an die alte Badekur gedacht, mit Wasser-treten und abendlichem Kurkonzert. Dabei ist die „Reha“ schon lange eine klar definierte medizinische Gesundheitsleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Ob sie für die einzelnen Versicherten geeignet sind oder nicht, das beurteilen im Einzelfall MDK Nord-Gutachterinnen wie Dr. Sieglinde Bog-Radigk – häufig in der Sozialmedi-zinischen Fallberatung (SFB) direkt bei der Krankenkasse.

Für die Fachärztin für Chirurgie und Sozialmedizinerin, die den Fachbereich „Vorsorge und Rehabilitation“ leitet, ist der Weg vom eigenen Büro zum Einsatzort heute nicht weit: das Reha-Zentrum der BARMER kann Dr. Sieglinde Bog-Radigk zu Fuß erreichen, nur wenige Minuten ent-fernt vom Hamburger Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) des MDK Nord. Jeden Tag der Woche berät hier ein MDK-Gutachter die Krankenkassen-Mitar-beiter. Einmal pro Woche kommt Dr. Bog-Radigk. Die SFB steht für gutachtliche Empfehlungen, die noch in der Kassenbe-ratung ausgesprochen werden. Wegen der Schnelligkeit der Begutachtung ist sie bei den Krankenkassen sehr beliebt. Allein bezogen auf Rehabilitation werden die MDK Nord-Gutachter auf diese Weise jeden Monat zu bis zu 4.000 Einzelfällen befragt.

Für Dr. Bog-Radigk stehen heute 45 Fälle auf dem Plan, die sie mit Matthias Prüsmann und Marc Hofmann von der BARMER bespricht. Bei der SFB geht es nicht darum, ausführliche Gutachten zu schreiben, sondern die schon gut vorbe-reiteten Unterlagen zu sichten, zu beur-teilen und den Kassen-Mitarbeitern zu empfehlen, was zu tun ist. Es sind Fragen, die die Sachbearbeiter nicht aus eigener Kenntnis beantworten können. Als Grund-lage dient beiden, Krankenkasse wie MDK, die erlassene „Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation“, die als Richtlinie verbindlich ist.

Diese schreibt unter anderem vor, dass die gewünschte Rehabilitation bei den Krankenkassen mit dem dreiseitigen Vordruck, dem Muster 61, zu beantragen ist. Die zur Begründung notwendigen ärztlichen Befunde sollten beigelegt sein. „Und dabei stelle ich dann häufig fest,

dass etwas fehlt, was logischerweise vorliegen müsste“, bemängelt Dr. Bog-Radigk. Mal sei es bei einer Essstörung ein Reha-Antrag, der keine Gewichtsangaben enthält, mal ein Antrag wegen der chronischen Lungenerkrankung COPD ohne ein Befund eines Lungenfacharztes, zählt sie auf. Alles Unterlagen, die die behandelnden Ärzte liefern müssten.

„So ist schon die Eingangsvoraus-setzung für eine Reha nicht erfüllt, wenn vom Arzt erstaunlicherweise ‚keine Beeinträchtigungen‘ angekreuzt ist.“ Denn das, so erklärt die Gutachterin, sei die gesetzliche Grundvoraussetzung für



Gutachterin Dr. Sieglinde Bog-Radigk in der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) mit Marc Hofmann (oben rechts) und Matthias Prüsmann (unten links) von der BARMER.



eine Reha-Maßnahme. Insgesamt benö-tige sie aussagekräftige Unterlagen, um vier Punkte beurteilen zu können: neben der Notwendigkeit, also der Rehabedürf-

tigkeit, müssen auch die Rehafähigkeit, die Rehaprognose sowie das Ziel der bean-tragten Rehabilitationsmaßnahme daraus hervorgehen. „Ich verlasse mich dabei



Empfehlungen abgeben noch während der Beratung ist der Vorteil der SFB. So kann sich Dr. Bog-Radigk an diesem Tag 45 Einzelfälle ansehen und abschließend bearbeiten.

eher auf den Text im Antrag als auf die Kreuze auf dem Vordruck“, sagt sie. Sie sieht es pragmatisch, nicht bürokratisch. Schließlich sollen Versicherte nicht darunter leiden, wenn Angaben des Arztes uneindeutig sind, meint sie. Wenn sie im Büro arbeitet, ruft sie in Zweifelsfällen auch die behandelnden Ärzte an, um diese Fragen zu klären.

Zu den aktuellen Fällen, die Matthias Prüsmann und Marc Hofmann ihr heute bei der BARMER vorlegen, steuert die Krankenkasse wie immer zusätzlich sogenannte „Leistungsauszüge“ bei: über bereits früher bewilligte ambulante Krankengymnastik, Logopädie, Reha-Sport oder Ergotherapie – oder stationäre Reha-Maßnahmen, die Versicherte bereits bekommen haben. Das ist wichtig, weil laut Paragraph 40 Absatz 3 des fünften Sozialgesetzbuches grundsätzlich nur alle vier Jahre eine Reha zu gewähren ist. „Wenn die jüngste Reha also kürzer als vier Jahre zurückliegt“, erklärt Dr. Bog-Radigk, „kann ich anhand der Berichte gleich sehen, was schon erreicht worden ist und ob eine Ausnahme gerechtfertigt wäre.“

„Wo ist denn das? Was haben Sie dazu? Mir fehlt hier...“ Dr. Bog-Radigk geht mit den BARMER-Sachbearbeitern jeden Antrag durch. „Das geht schneller als per Post und der Mehrwert ist der Austausch mit den Gutachtern“, lobt Prüsmann die SFB. Auch er lerne immer dazu, sagt sein Kollege Marc Hofmann, der wie alle Sozialversicherungs-Fachangestellten der Krankenkassen selbst keine medizinische Ausbildung hat. „Wir besprechen hier die Krankheitsbilder anhand der Angaben in den für uns zugänglichen Unterlagen, und erfahren, welche Einschränkungen die Versicherten haben und was sie

benötigen. Das ist auch für unsere Auswahl der Reha-Klinik wichtig“, betont er. Wie in dem Fall eines Versicherten mit Diabetes als Hauptdiagnose und einem Herzproblem als Nebendiagnose: „Hätte ich dabei nicht darauf geachtet, dass die Klinik auch eine kardiologische Fachabteilung hat, hätte ich am Bedarf vorbei entschieden.“

Für Dr. Sieglinde Bog-Radigk sind es an diesem Arbeitstag immer wieder die gleichen Fragen, die sie an die Anträge stellen muss: Ist die Reha laut Richtlinie notwendig und auch sinnvoll? Ist der Versicherte körperlich und mental dazu fähig, daran teilzunehmen? Schafft er das Ziel in der gesetzlich vorgegebenen Zeit von drei Wochen? Durch ihr sozialmedizinisches Fachwissen kennt die Gutachterin den Unterschied zwischen Diagnose und Beeinträchtigung.

Ein Verständnis, das sie bei vielen behandelnden Ärzten vermisst. Viele seien der Meinung, dass eine Diagnose ausreicht – und würden es damit ihren Patienten bei der Antragstellung unnötig schwer machen. „Ob jemand bei der Diagnose COPD nur Husten hat oder keine drei Schritte mehr gehen kann, ist ein gravierender Unterschied“, betont sie.

Häufig kann sie eine Reha nicht empfehlen, weil eine weitere Voraussetzung fehlt: Die Versicherten haben noch keine oder nicht alle in Frage kommenden ambulanten Maßnahmen wie Krankengymnastik oder Ergotherapie genutzt. Die Richtlinie schreibt jedoch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ vor, setzt also für ein positives Votum voraus, dass eine ambulante Behandlung am Wohnort nicht ausreichend ist. Und schließlich muss die Gutachterin „medizinische Voraussetzungen nicht erfüllt“ als Ergebnis festhalten, wenn sie anhand der Unterlagen erkennt, dass Versicherte nicht motiviert oder nicht fähig sind,

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

- 58 Gutachter: Fachärzte fast aller Fachrichtungen
- 4 nichtärztliche Gutachter: Orthopädietechniker und Orthopädietechniker-Meister im Begutachtungsgebiet Hilfsmittel

(Stand Ende 2018)

ihre Gesundheit zu verbessern oder – bei gleicher Diagnose – frühere Rehabilitationen nichts verbessert haben.

45 SFB-Fälle: Das bedeutet für Dr. Sieglinde Bog-Radig heute 45 einzelne Lebens- und Leidensgeschichten, auf die sie gewissenhaft eingehen will. Die sie aber auch im Sinne der Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Vorgaben wie medizinischer Leitlinien beurteilen muss. Nur aufgrund einer kompetenten medizinischen Beratung können die Krankenkassen-Mitarbeiter, die neben ihr sitzen, den Versicherten zu einer erfolversprechenden Reha verhelfen.

Und das, was früher einmal die „Kur“ war, erklärt die Gutachterin am Schluss, gebe es übrigens auch noch im Leistungskatalog: als ambulante Vorsorge-Maßnahme wie Massagen und Fango an einem anerkannten Kurort, meistens selbst bezahlt mit einem Zuschuss der Krankenkasse. Mit der medizinischen Rehabilitation habe das aber wenig zu tun.

Behandlungsfehler, Jahresbilanz 2018

Jeder vierte begutachtete Vorwurf ist berechtigt

Gutachter des MDK Nord haben im vergangenen Jahr 235 Behandlungsfehler bestätigt. Das sind rund 26 Prozent von 904 eingehend begutachteten Vorwürfen. Damit haben die MDK-Gutachter etwas mehr Verdachtsfälle bestätigt als 2017 (168 Fälle gleich 20,7 Prozent).

Die Gutachter prüfen zuerst, ob ein angezeigter Verdacht aus medizinischer Sicht nachvollziehbar ist, bevor ein Fall ausführlich begutachtet wird. So konnten die MDK Nord-Gutachter 2018 aus 3.676 Verdachtsfällen die 904 Behandlungsfehler-Vorwürfe zur vertieften Begutachtung herausfiltern. Das sind etwas mehr als in 2017 mit 812 Gutachten. „Die Unterstützung der Krankenkassen durch den MDK Nord bei der Vorprüfung der Versichertenanfragen hat hier Wirkung gezeigt“, sagt Privatdozent Dr. Dimitrios Psathakis, der Leiter des Fachbereiches Behandlungsfehler. Das sei angesichts der komplexen medizinischen Zusammenhänge ein sinnvoll abgestuftes, gemeinsames Vorgehen.

Die meisten der 235 bestätigten Behandlungsfehler sind mit 21 Prozent in der Unfallchirurgie und bei orthopädischen Operationen festgestellt worden. Mit 8,9 Prozent folgen Behandlungsfehler in der Pflege und mit rund 9,4 Prozent in der Frauenheilkunde (6 Prozent in 2017). Mit geringem Abstand dazu sind es Zahnheilkunde und Neurochirurgie mit je 7,2 Prozent. Den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Fehler und dem Schaden für die Versicherten konnten die Gutachter in 81,5 Prozent der Fälle feststellen (88,8 Prozent in 2017).

Weitere medizinische Behandlungen aufgrund eines Behandlungsfehlers waren in 205 Fällen (152 Fälle in 2017) und damit in 87,2 Prozent (90,2 Prozent in 2017) der Fälle notwendig. Für die Feststellung eines Behandlungsfehlers prüfen die

Gutachter in jedem Einzelfall, ob die Behandlung nach „anerkanntem medizinischen Standard“ ausgeführt worden ist. Nur wenn die Behandlung nicht gemäß dieses Standards erfolgte, haben die Versicherten eine Chance, dass Schadenersatz-Forderungen anerkannt werden. So konnten die Gutachter in den vergangenen Jahren zunehmend seltener grobe Fehler feststellen, die aus Sicht der Fachleute nicht nachvollziehbar sind und gegen elementare Grundsätze des Fachgebietes verstoßen: 2018 in 61 von 235 Fällen (26 Prozent), 2017 in 46 von 168 Fällen (28 Prozent).

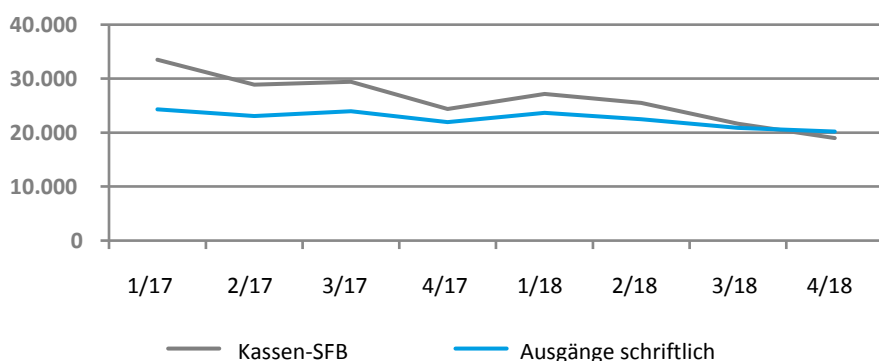
Die fachlich unabhängig erstellten Gutachten des MDK stehen über die Krankenkasse den Versicherten zur Verfügung. Die Erfahrung zeigt, dass sich in der überwiegenden Zahl aller Fälle die Behandler und deren Haftpflichtversicherer anschließend mit den Versicherten außergerichtlich einigen und einen Vergleich 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 Behandlungsfehlerverdacht als unbegründet herausstellt. Dann sparen sie viel Geld und persönlichen Einsatz für eine zivilrechtliche Auseinandersetzung, die sie am Ende 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.“

Zahlen der Abteilung Ambulante Versorgung

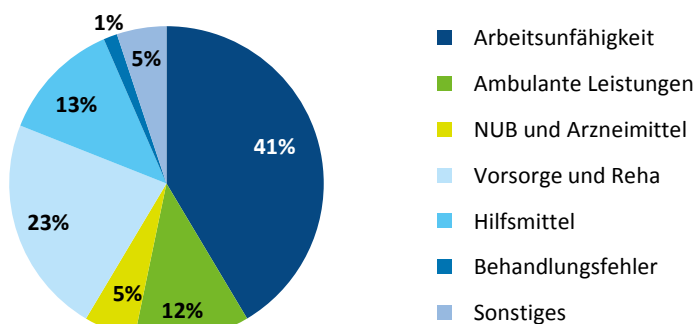
Versichertenbezogene Stellungnahmen	180.614
davon fallsteuernd (nicht fallabschließend)	40.054
davon fallabschließend	140.560
Vorsichtung der Fälle	1.328
Stunden Grundsatzberatung	809

Gutachterliche Stellungnahmen, 1. Quartal 2017 - 4. Quartal 2018



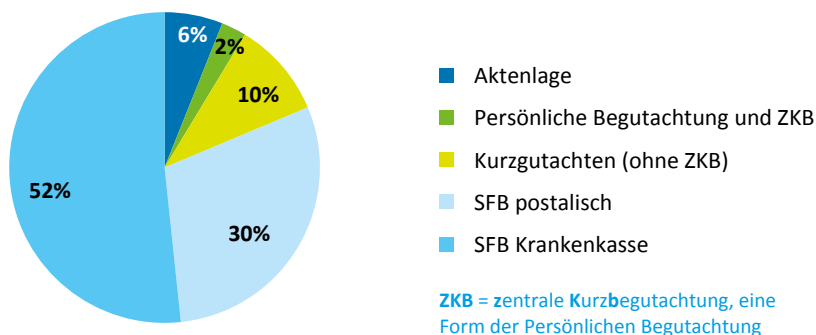
Während die schriftlichen Aufträge für die Abteilung im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr um **8 Prozent** abgenommen haben, fällt der Rückgang der Fallvorlagen bei der Krankenkasse (Kassen-SFB) mit **20 Prozent** größer aus. Den wesentlichen Anteil hieran haben die Umstrukturierungsprozesse einer Krankenkasse, die noch nicht abgeschlossen sind. Die Anzahl der schriftlich erstellten gutachterlichen Stellungnahmen blieb **6 Prozent** unter dem Vorjahreswert.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Anlassgruppe



Im Vergleich zum Vorjahr sind die Anteile der Anlassgruppen Vorsorge/Rehabilitation und NUB/Arzneimittel gewachsen, geschrumpft hingegen ist der Anteil der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit. Die Beratung und Begutachtung im Bereich der AU bildet mit **41 Prozent** nach wie vor den größten Anteil unter den Anlässen der Abteilung Ambulante Versorgung.

Gutachterliche Stellungnahmen nach Erledigungsart



Die SFB ist in der Abteilung nach wie vor am häufigsten vertreten. Gegenüber dem Vorjahr blieb der Anteil der Kurzgutachten und Gutachten auf gleichem Niveau. Eine Verschiebung gab es lediglich zwischen den postalischen SFB und den SFB bei der Krankenkasse.

Gutachten-Aufträge: mal weniger, mal mehr, macht die Planung der Abteilung schwierig

Für die Abteilung Ambulante Versorgung hatte das Jahr 2018 neue Herausforderungen mit sich gebracht. Die Zahl der Aufträge einer großen Krankenkasse sank unerwartet auf etwa ein Drittel der früheren Aufträge, um dann zum Jahresende wieder anzusteigen. Die große Vielfalt der Begutachtungsthemen und das weiterhin schwankende Auftragsverhalten anderer Krankenkassen hat die Abteilung gefordert. Darauf flexibel reagieren zu können, setzt eine entsprechende Anzahl qualifizierter Gutachter voraus, die die Abteilung bereithalten muss.

Die Zahl der gutachterlichen Stellungnahmen ist im Vergleich zu 2017 um rund 29.000 gesunken. Der Rückgang betraf vor allem die weniger aufwändigen Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB). Hierfür war maßgeblich die Umstrukturierung einer großen Krankenkasse. Mit deren Zentrenbildung, die bereits 2017 begonnen hatte, war der Mix der Begutachtungsanlässe neu zugeschnitten worden. Im Rahmen der Umstrukturierung verlor der MDK Nord zunächst Aufträge in bestimmten Themengebieten, die einem anderen MDK übertragen wurden.

„Es war jedoch abzusehen, dass der Rückgang der Aufträge nur vorübergehend sein würde, weil die Krankenkasse andere Aufgaben und Auftragsvolumina für den MDK Nord angekündigt hatte“, sagt Abteilungsleiterin Dr. Barbara Mörchen. Die weitere Umsetzung der Umstrukturierung hat dann gegenläufig Ende 2018 zu wieder ansteigenden Begutachtungszahlen geführt.

Anfang 2019 gingen Zentren derselben Krankenkasse in Betrieb: ein Rehabilitationszentrum, dessen Beratung in der Zuständigkeit des Begutachtungs- und Beratungszentrums (BBZ) Kiel liegt, sowie Hilfsmittelzentren in der Zuständigkeit des BBZ Lübeck. Die Hilfsmittelzentren legen nicht alle möglichen Begutachtungsanlässe im Bereich Hilfsmittel vor, sondern fokussieren sich nur auf einen Teil davon und auf bestimmte Themengruppen (siehe Beispiele Seite 33). Dr. Mörchen: „Das bedeutet, dass wir weitere Gutachter für diese mehr nachgefragten Begutachtungsthemen qualifizieren müssen.“ Andererseits würden bereits vorhandene sozialmedizinische Kenntnisse durch die Umverlagerung zu anderen MDK nicht mehr benötigt. Dies sei eine anspruchsvolle Aufgabe für die Personalentwicklung.

Zusätzlich hätten, so Dr. Barbara Mörchen, auch andere Krankenkassen ohne Ankündigung ihr Beauftragungsverhalten variiert. „Das merken wir nur rückwirkend anhand der Erledigungszahlen. Trotz dieser Schwankungen müssen wir aber jederzeit das dafür erforderliche Personal vorhalten“, erläutert sie. „Wir können jedenfalls nicht entdecken, dass der Bedarf insgesamt geringer wird“, so Dr. Mörchen.

Planungsgrundlage für die Zahl der erforderlichen Gutachter sind die sogenannten „Produktzeiten“. Das sind durchschnittliche Zeitwerte, die für eine gutachtliche Stellungnahme aufgewendet werden. Eine Überprüfung dieser Zeitwerte war erforderlich geworden, weil sich seit der letzten Erhebung Arbeitsabläufe und Inhalte der Begutachtung deutlich geändert hatten. Neue Aufgaben waren hinzugekommen, andere komplexer geworden. Neue gesetzliche Vorgaben zur Begutachtung, und geänderte interne Abläufe warfen die Frage auf, inwieweit die Produktzeiten noch der Realität entsprachen. Eine Neuerhebung dieser Produktzeiten im ersten Halbjahr 2018 hat entsprechend viel Korrekturbedarf gezeigt. Demzufolge mussten Produktzeiten einzelner Gutachtentypen sowohl nach oben als auch nach unten angepasst werden. „Das wichtigste Anliegen der Abteilung, mit adäquaten und aktuellen Produktzeiten arbeiten zu können, wurde erfüllt“, so Dr. Mörchen.

Die Steigerung der Komplexität vieler Fragestellungen macht ein neues Aufgabengebiet deutlich: das der CAR T-Zellen-Therapie. Diese spezialisierte Krebstherapie aus den USA fasst zunehmend auch in Deutschland Fuß. Seit Herbst 2018 ist die Abteilung Ambulante Versorgung mit dieser Fragestellung befasst, hat bisher jedoch erst einzelne Fälle begutachtet.



Dr. Barbara Mörchen

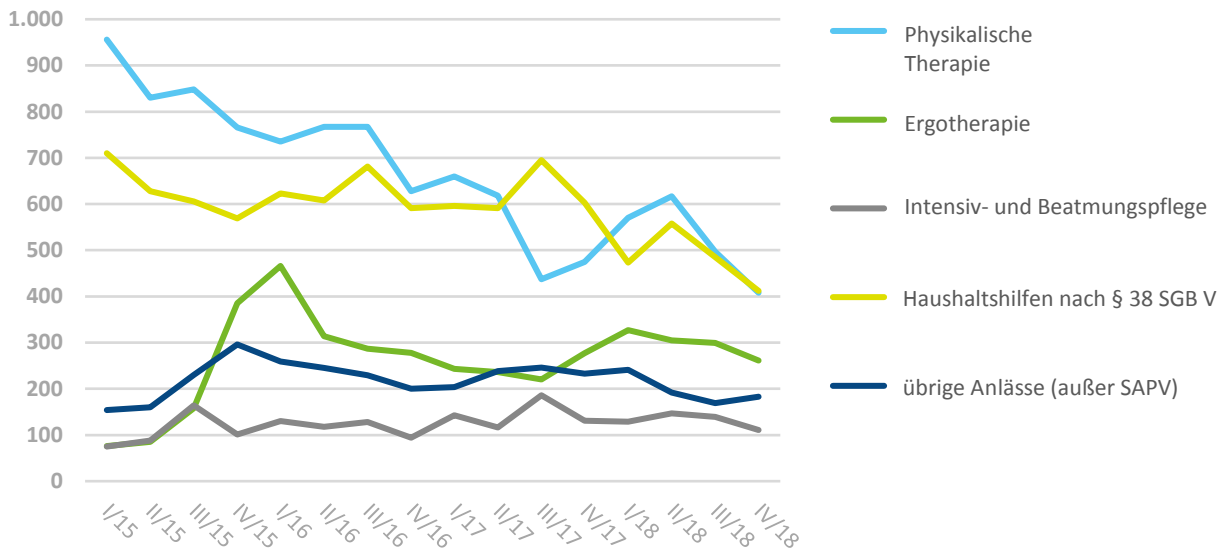
Diese Begutachtung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Onkologie (KCO) der MDK-Gemeinschaft.

Die CAR T-Zellen werden bundesweit nur in einigen dafür qualifizierten Zentren angewendet und in noch geringen Fallzahlen. Es geht primär um die Frage, ob diese Therapie als „ultima ratio“ lebensbedrohlich erkrankten Versicherten im Einzelfall angeboten werden kann, oder ob andere verfügbare Therapien noch zur Verfügung stehen und noch nicht angewendet wurden. Vor allem aufgrund der mit den CAR T-Zellen verbundenen möglichen Komplikationen, die auch tödlich verlaufen können. Zudem sind damit hohe Kosten verbunden. Wenn möglich sollten deshalb zunächst andere, aussichtsreichere und wirtschaftlichere Therapien zum Einsatz kommen. Eine besondere Herausforderung ist, dass entsprechend der Schwere der Erkrankung und der Dringlichkeit einer Therapie die Bearbeitungszeit nur wenige Tage beträgt.

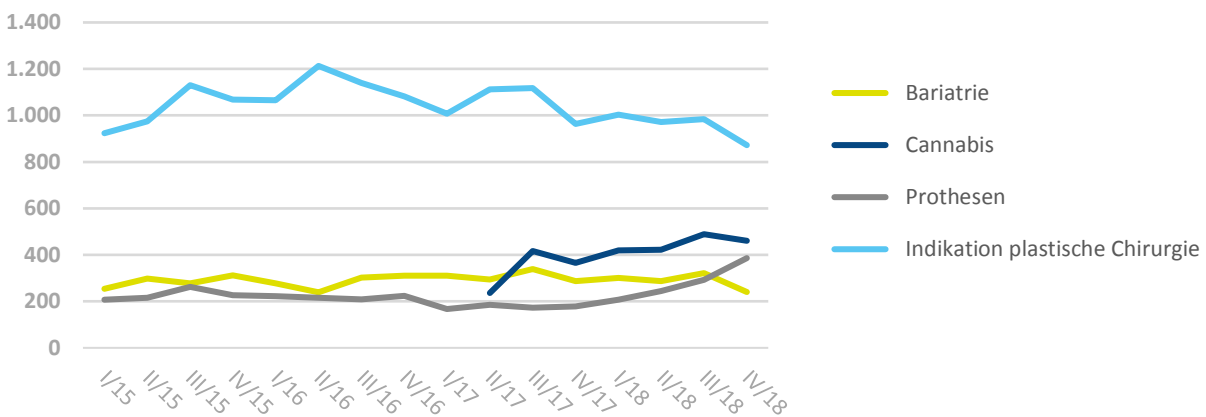
Damit die Qualität der Gutachten bundesweit einheitlich ist, erarbeitet die

Zahlen zur Auftragsentwicklung der Abteilung

Schwankung der Auftragseingänge aller Krankenkassen am Beispiel der Anlassgruppe „Ambulante Leistungen“, 2015 - 2018



Gutachterliche Stellungnahmen für alle Krankenkassen am Beispiel ausgewählter ambulanter Anlässe, 2015 - 2018



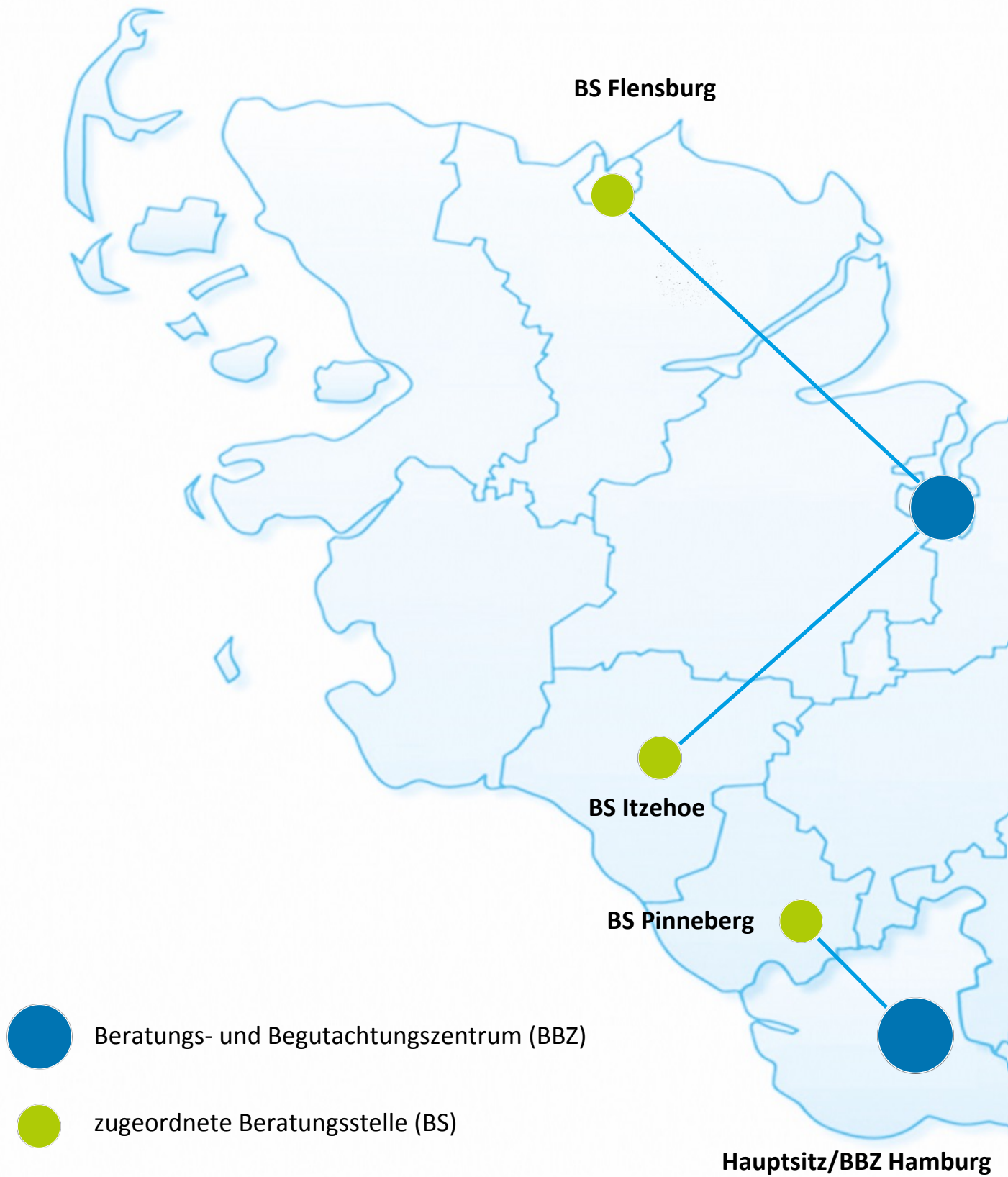
MDK-Gemeinschaft seit 2018 ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung (QS) neben den bereits vorhandenen internen und bundeslandübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, zum Beispiel den Produktaudits und den umfassenden Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung. Neben dem Leitenden Arzt und Prof. Reinhard

Schuster vom MDK Nord ist auch die Abteilung Ambulante Versorgung in der Arbeitsgruppe vertreten, die die Qualitätssicherung für den Bereich der Krankenversicherung (QSKV) erarbeitet. Für den Anlass der Arbeitsunfähigkeit sind die Grundlagen gelegt. Das QSKV-System sieht Stichproben von Gutachten vor und eine bundeslandübergreifende fachliche

Prüfung der Gutachten aus der Stichprobe einschließlich Konsensuskonferenzen. Ein anspruchsvoller Ansatz, der natürlich nicht ressourcenneutral umzusetzen ist.



Standorte des MDK Nord





BBZ Kiel



BBZ Lübeck



BS Flensburg

MDK Nord
Friedrich-Ebert-Straße 9
24937 Flensburg

Tel.	040 25 169-5450
Fax	040 25 169-49241

BBZ Kiel

MDK Nord
Eichkamp 24c
24116 Kiel

Tel.	040 25 169-5350
Fax	040 25 169-49232

BBZ Lübeck

MDK Nord
Fackenburg Allee 1
23554 Lübeck

Tel.	040 25 169-5250
Fax	040 25 169-49221

BS Itzehoe

MDK Nord
Beethovenstr. 7
25524 Itzehoe

Tel.	040 25 169-5620
Fax	040 25 169-49461



BS Pinneberg

MDK Nord
Heinrich-Christiansen-Str. 43
25421 Pinneberg

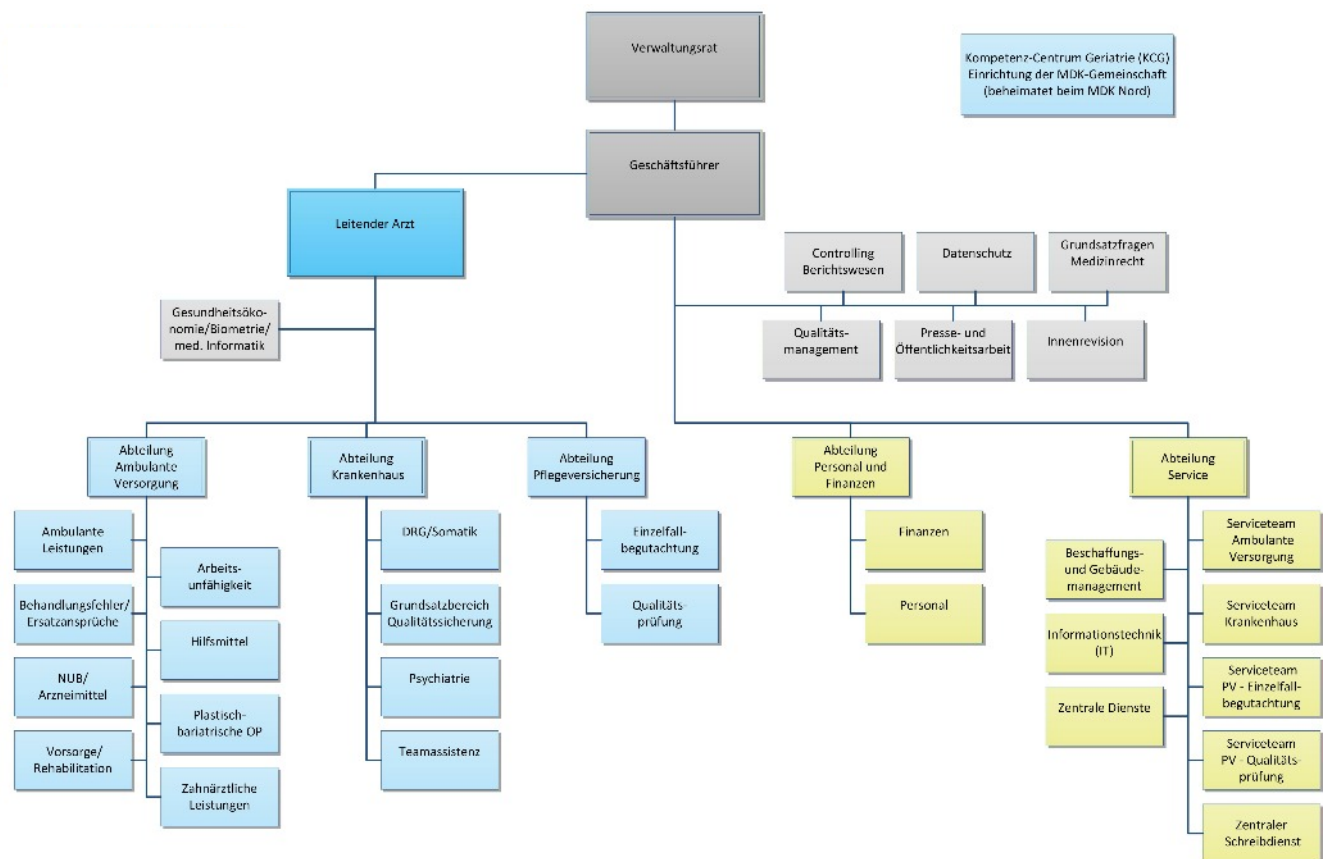
Tel.	040 25 169-5750
Fax	040 25 169-49271

BBZ Hamburg

MDK Nord
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

Tel.	040 25 169-0
Fax	040 25 169-49514

Organigramm



MDK Nord Organigramm 2.5.vsd
- Stand 25.01.2019

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

Impressum

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

Fotos: Sandrina ven Undin, Ahrensburg, www.sandrinavenundin.de; BGV Hamburg (Seite 4), Ursula Rummel (Seite 5)

Grafiken / Erläuterungen: Hana Koban (Team Controlling)

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

Druck: Riemer Druck, Sorbenstraße 48, 20537 Hamburg

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

E-Mail info@mdk-nord.de

Web www.mdk-nord.de



MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

JAHRESBERICHT

2018 RÜCKBLICK

AUSBLICK 2019