

# 20006 Fakten 20007



Medizinischer Dienst der Krankenversicherung  
Niedersachsen

**MDK**



**MDK Niedersachsen –  
Unternehmen für  
Gesundheitssicherung**

Seite 3



**MDK Niedersachsen  
im Jahr 2006/2007**

Seite 4 - 7



**Prüfungen der Pflegequalität  
im Jahr 2006**

Seite 8 - 11



**“Wenn die Gutachterin kommt”**

Seite 12 + 13



**DRG-Begutachtung**

Seite 14 + 15



**Behandlungsfehler  
können passieren**

Seite 15



**Jahresbilanz 2006  
Beratungen und  
Begutachtungen**

Seite 16



**Weniger  
Krankschreibungen -  
weniger AU-  
Begutachtungen**

Seite 17



**Zahnmedizinische  
Beratung**

Seite 18



**Haushalt 2006  
schafft Spielraum für  
mehr Personal**

Seite 19

# Der MDK Niedersachsen – Ein Unternehmen für Gesundheitssicherung

„Bei all unserem Handeln dürfen wir unser Ziel nicht aus den Augen verlieren, den MDK Niedersachsen auf Dauer als akzeptierten Partner auf der Seite der Kranken- und Pflegekassen zu erhalten und zwar so zu erhalten, dass wir auch bei Wettbewerbsaufträgen als leistungsstarker Partner ein Image erworben haben“, sagte Rolf Wille, Vorsitzender des Verwaltungsrates auf der Personalversammlung im Juni 2007.

Mit der konsequenten Verfolgung der Unternehmensziele konnte der MDK Niedersachsen sicherlich Akzeptanzpunkte bei seinen Kunden, den Kranken- und Pflegekassen, sammeln. Sowohl im Jahr 2006 als auch in 2007 standen bei wachsenden Auftragszahlen kundenorientierte Bearbeitungszeiten bei DRG- und Pflegebegutachtungen ganz oben auf der Prioritätenskala.

Für große Verunsicherung bei den Medizinischen Diensten sorgten im Sommer 2006 die politischen Diskussionen um das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Nach den ersten Referentenentwürfen war nicht auszuschließen, dass den Medizinischen Diensten auf Landesebene weitgehende Kompetenzen genommen werden sollten,

zugunsten einer Zentralisierung auf Bundesebene. Bundesratsinitiativen konnten verhindern, dass diese Überlegungen Gesetzeskraft bekamen. Dennoch wird das GKV-WSG nicht ohne Auswirkungen auf die Medizinischen Dienste bleiben.

Die Medizinischen Dienste können nun außerhalb des Umlagesystems Beratungsaufträge übernehmen. Zudem sieht das GKV-WSG vor, dass die Krankenkassen zur Finanzierung der MDK die Umlagen je Mitglied nach dem Wohnortprinzip an die Medizinischen Dienste abführen. Ab April 2007 erhält jeder MDK die Umlage für die Mitglieder, die im jeweiligen Bundesland wohnen.

Neben viel Zahlenmaterial erfahren Sie in diesem Bericht mehr über interessante Aktivitäten des sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienstes für die Kranken- und Pflegeversicherung in Niedersachsen. „Fakten“ bezieht diesmal sowohl Berichte aus dem Jahr 2006 als auch 2007 ein. Wir haben uns hierzu entschieden, um die Ergebnisse der Prüfungen der Pflegequalität mit aufnehmen zu können. Der Bericht dazu wurde Ende August 2007 von den Vorständen der Pflegekassenverbände verabschiedet.



Viel Freude beim Lesen wünschen...

**Rolf Wille**  
Vorsitzender des  
Verwaltungsrates

**Heinz-Joachim Barchmann**  
alternierender Vorsitzender des  
Verwaltungsrates

...und die Unternehmensleitung des MDKN

**Jürgen Vespermann**  
Geschäftsführer

**Prof. Dr. Wolfgang Seger**  
Stellv. Geschäftsführer und  
Unternehmensbereichsleiter  
Spezialaufgaben

**Dr. Hubert Krell**  
Unternehmensbereichsleiter  
Kernaufgaben



# MDK Niedersachsen im Jahr 2006/2007

Eine Auswahl von Aktivitäten des MDK Niedersachsen aus den Jahren 2006 und 2007:



## Neuer Weiterbildungsservice für Mitarbeiter der Krankenkassen

Die Schulungen des MDK Niedersachsen für Mitarbeiter der Krankenkassen sind gefragt. Seit Anfang August 2007 ist das Weiterbildungsangebot neu strukturiert.

Knapp 50 Themen stehen im Angebot. Wer mehr zu einzelnen Kursen wissen möchte, kann im Internet unter [www.mdk-niedersachsen.de](http://www.mdk-niedersachsen.de) themenbezogen auf die Inhalte kommen. Über das Internet kann auch

die Buchungsanfrage einfach und direkt an den MDK Niedersachsen gerichtet werden.

Auf einem Flyer hat der MDK Niedersachsen das Weiterbildungsangebot zusätzlich schriftlich zusammengefasst. Die Krankenkassen können das Faltblatt unter [fortbildungs-info@mdkn.de](mailto:fortbildungs-info@mdkn.de) direkt anfordern.

## Die AOK zu Gast in der Unternehmenszentrale

Der Gesundheits- und Marktausschuss des Verwaltungsrates der AOK - die Gesundheitskasse für Niedersachsen traf sich zu seiner turnusgemäßen Sitzung am 25. Juni 2007 in den Räumen des MDK Niedersachsen in Hannover.

Themenschwerpunkte dieser Tagung waren neben AOK-internen Beratungspunkten eine Präsentation des MDK Niedersachsen. AOK-Vorstand Dr. Jürgen Peter, zeigte sich sehr zufrieden mit dem Themenspektrum und der Qualität der Referate.



v.l. Jürgen Vespermann, Dr. Jürgen Peter (AOK), Prof. Wolfgang Seger, Dr. Hubert Krell, Heinz-Joachim Barchmann (AOK), Prof. Rainer Kirchner.

## VdAK-Chef referiert über das GKV -WSG auf der Personalversammlung

Jörg Niemann, Leiter der Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV erläuterte die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Zusammenarbeit mit dem MDK. Rund 250 Mitarbeiter erhielten auf der Personalversammlung am 20. Juni 2007 direkten Aufschluss aus der Sicht eines Trägerverbandes.



### IT-Projekt gestartet

Der Verwaltungsrat des MDK Niedersachsen fasste 2006 den Beschluss, für das Auftragsmanagement und die Gutachtenerstellung eine neue Informationstechnologie aufzubauen. Am 19. Dezember 2006 startete unter der Leitung von Prof. Wolfgang Seger, Unternehmensbereichsleiter Spezialaufgaben, eine Projektgruppe, die sich mit der Umsetzung der künftigen IT-Strategie befasst.

Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, bis zum vierten Quartal 2007 ein neues Auftragsmanagement (AMS) und erste Anwendungen für die Gutachtenerstellung (GES) aufzubauen. Das zurzeit eingesetzte Produkt mit Namen ISmed soll ab Ende 2007 schrittweise abgelöst werden. Damit die neuen Programme möglichst anwenderfreundlich werden, sind Mitarbeiter aus den Organisationseinheiten am Projekt beteiligt.

### Digitaler Datenaustausch mit den Krankenkassen

Viele Krankenkassen haben Interesse, bundesweit mit den Medizinischen Diensten die Auftrags- und Gutachtendaten für DRG-Aufträge elektronisch austauschen. Künftig

soll es den Krankenkassen ermöglicht werden, zunächst bei DRG-Aufträgen einen bundesweit vereinbarten Datensatz zentral an den MDK Niedersachsen elektronisch zu übermitteln. Neben der Papierersparnis steht der Zeitgewinn im Vordergrund. Die Postwege entfallen und im MDK muss der Auftrag nicht mehr manuell angelegt werden. Die Stammdaten für die Versicherten und ergänzende Informationen kommen direkt von der Krankenkasse. Ist das Gutachten fertig gestellt, erhält die Krankenkasse wiederum in einem definierten Datensatz alle nötigen Angaben aus dem DRG-Gutachten. Das Gutachten selbst ist als PDF-Datei an den Datensatz angehängt. Sofern keine ergänzenden Hinweise des Gutachters vermerkt sind, kann die Kasse ihre Leistungsentscheidungen aus den Angaben des „strukturierten Datensatzes“ treffen. Das Gutachten braucht sie in diesem Fall nicht mehr detailliert auswerten.



Bernd Nulle, IT-Leiter des MDK Niedersachsen, erläutert am 20. Dezember 2006 einzelne Funktionen der geplanten EDV.

Technologie brauchen die Pflegegutachter nicht mehr in die Pflegecenter zu kommen, um Gutachtenaufträge abzuholen oder fertige Gutachten abzugeben. Im Testeinsatz sollen Erfahrungen gesammelt werden, ob ein flächendeckender Einsatz in Niedersachsen und Bremen demnächst realistisch ist.

### Pflegegutachten werden gefunkt

Der MDK Niedersachsen testet parallel den Einsatz der drahtlosen Übertragung von Pflegegutachten. Dazu wurden sogenannte UMTS-Lizenzen für Notebooks von Pflegefachkräften angeschafft. Mit dieser



### Neues Internetangebot

Internet-Benutzer können sich seit Mitte März 2007 mit dem neuen Internetauftritt auf der Eingangsseite leichter orientieren und schneller zu "ihren" Inhalten finden.

Die sechs Rubriken richten sich unter anderem gleich direkt an die Zielgruppen wie Versicherte oder Krankenkassen. Wer sich schnell einen

Überblick über den MDK Niedersachsen verschaffen will, klickt „Wir über uns“. In dieser Rubrik sind auch Stellenangebote enthalten. Ziel des neuen Internet-Angebotes ist es, mit wenigen Klicks schnell an wesentliche Informationen zu kommen ohne dabei zu sehr in die Inhaltstiefe zu gehen. Das Design wurde wesentlich überarbeitet und orientiert sich am gemeinsamen Internetportal der Medizinischen Dienste.



# MDK Niedersachsen im Jahr 2006/2007

Eine Auswahl von Aktivitäten des MDK Niedersachsen:

MDK  
Magazin  
beliebt



## SEG-Expertenforum 120 Fachleute diskutieren über die Zunahme psychischer Erkrankungen



Wilfried Koletzko von der DAK Hamburg referierte auf dem SEG-Expertenforum

Der Krankenstand sinkt immer weiter. Offensichtlich scheint es deutschen Arbeitnehmern immer besser zu gehen. Während die Fehlzeiten in vielen Betrieben zurückgehen, steigt der Anteil psychischer Erkrankungen. Wie Kranken- und Rentenversicherungen, Betriebs- und Sozialmediziner und Arbeitgeber damit umgehen, diskutierten 120 Teilnehmer auf dem Expertenforum der Sozialmedizinischen Expertengruppe 1 (SEG) am 30. November in Hannover. Die Leitung hatte Dr. Sabine Grotkamp.

Viermal im Jahr gibt die MDK-Gemeinschaft ihr Magazin „MDK Forum“ heraus. Die Themen drehen sich rund um die MDK-Welt und das Gesundheits- und Sozialsystem. Zu den Interviewpartnern zählte unter anderem der Luftfahrtpsychologe der Lufthansa, Reiner Kemmler. Die meisten Interviews können Sie auch auf der Internetseite des MDK Niedersachsen ([www.mdk-niedersachsen.de](http://www.mdk-niedersachsen.de)) hören und als Audio herunterladen.

## MDKN-Veranstaltung in Hannover: ICF zum Anfassen

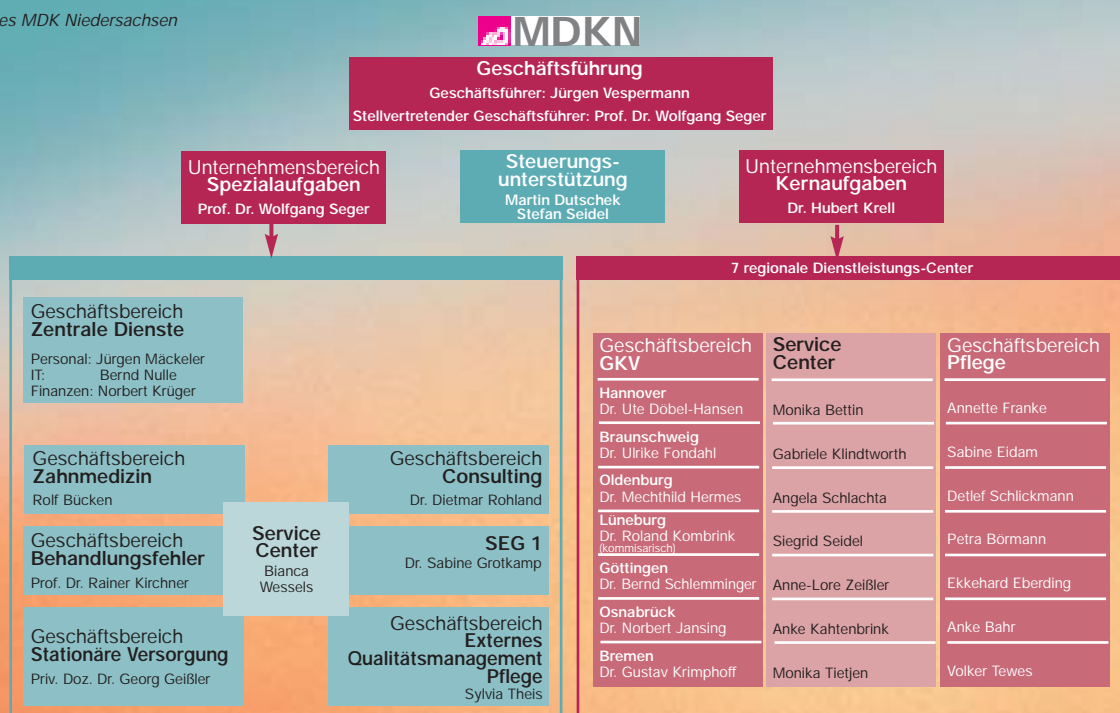
Am 26. September 2006 fand in der Medizinischen Hochschule Hannover das erste Niedersächsische ICF-Anwender-Symposium statt. Veranstalter waren der MDK Niedersachsen und die Akademie für Sozialmedizin. Rund 220

Stellen sich in der Podiumsdiskussion den Fragen der Teilnehmer: (v.l.): Professor Wolfgang Seger, Dr. Hans Peter Rentsch (Kantonsspital Luzern), Dr. Peter Frommelt (Asklepios Klinik Schauffling)



Ärzte, Therapeuten und andere Mitarbeiter in Rehabilitationseinrichtungen, Wissenschaftler und Mitarbeiter von Sozialleistungsträgern nahmen am Symposium teil. Die Veranstaltung wurde vom Leitenden Arzt des MDK Niedersachsen, Prof. Wolfgang Seger, konzipiert und geleitet.

Organigramm des MDK Niedersachsen



## Standorte der Verwaltungsgemeinschaft\* in den Regionen

Braunschweig	Bremen	Göttingen	Hannover	Lüneburg	Oldenburg	Osnabrück
Wolfsburg	Bremerhaven	Hameln		Stade	Aurich	Meppen
		Hildesheim		Walsrode		

Das zuständige Regionalcenter finden Sie über die Ortsangabe bzw. Postleitzahl im Internet unter: [www.mdkn.de](http://www.mdkn.de)

\*Der MDK Niedersachsen und der MDK im Lande Bremen bilden seit 1. Januar 2004 eine Verwaltungsgemeinschaft



Das MDKN-Team in Stade mit Führungskräften und Unternehmensleitung.

### Beratungszentrum Stade in neuen Räumen

Die Mitarbeiter des MDK Niedersachsen sind in einen schmacken Neubau gezogen“, schrieb das Stader Wochenblatt Ende Juni 2006. Davon überzeugten sich am 30. August 2006 die eingeladenen Gäste aus der Krankenversicherung und dem Gesundheitswesen.

Der Umzug von einem in das andere Gebäude ‚Am Schwingedeich‘ hat sich gelohnt. Ohne dass sich die Mitarbeiter über Platzmangel beklagen können, ist der Neubau mit einer Fläche von 445 Quadratmetern circa halb so groß wie die ehemaligen Räume im Altbau. Von Vorteil für Gehbehinderte sind die ebenerdig liegenden Räume. Parkplätze stehen ausreichend zur Verfügung. Stolz sind die Mitarbeiter in Stade darauf, dass während des Umzugs der Dienstbetrieb aufrechterhalten werden konnte.



Das neue Team in Bremerhaven zusammen mit den MDK-Geschäftsführern aus Niedersachsen und Bremen.

### Neues Team in Bremerhaven vorgestellt

Am 23. Juni 2006 präsentierten der MDK im Lande Bremen und der MDK Niedersachsen geladenen Krankenkassenvertretern die umgebauten Räumlichkeiten in Bremerhaven. Damit verbunden war die Vorstellung der Führungskräfte der Region Bremen und des Mitarbeiterteams in Bremerhaven.

In Bremerhaven arbeiten seit Mitte Juni 2006 fünf niedersächsische Mitarbeiter/innen, unter anderem aus dem aufgelösten Beratungszentrum in Cuxhaven, und vier Bremer Kollegen in einem Team zusammen.



Das Beratungszentrum in Walsrode bleibt erhalten.

### Standort Walsrode bleibt erhalten

Der Verwaltungsrat des MDK Niedersachsen beschloss in seiner Sitzung am 13. Juli 2007 in Hannover, das Beratungszentrum in Walsrode zu erhalten.

Eigentlich sahen die Beschlüsse des Verwaltungsrates aus dem Jahr 2004 vor, das Beratungszentrum in Walsrode zu schließen. Auf Anregung der AOK Niedersachsen hin, wurden alle Strukturdaten aktuell aufbereitet. Der Verwaltungsrat kam schließlich zu dem Ergebnis, dass nach dem Schließen der Standorte in Celle und Uelzen die geografische Lage den Erhalt von Walsrode rechtfertigt. Da sich mittlerweile der Raumbedarf reduzieren wird, ist damit eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit gegeben.

Im Jahr 2006 wurden gemäß dem vom Verwaltungsrat beschlossenen Standortkonzept folgende Beratungszentren aufgelöst: Celle, Cuxhaven, Goslar, Leer, Nienburg und Wilhelmshaven.



## Prüfungen der Pflegequalität im Jahr 2006



### Bewohner bei Qualitätsprüfungen einbezogen

In die ausgewerteten Prüfungen wurden insgesamt 1.903 Pflegebedürftige (366 ambulant und 1.537 stationär) einbezogen. Bei ambulanten Diensten entsprach die Anzahl im Durchschnitt 12 Prozent der Pflegebedürftigen, die der Pflegedienst am Tag der Prüfung zu seinen SGB XI- sowie SGB XI/SGB V-Kunden zählte und in stationären Einrichtungen entsprach die Anzahl im Durchschnitt 13 Prozent der Versorgungskapazität am Tag der Prüfung. In der Regel liegt der Schwerpunkt der Prüfung bei 70 Prozent der Pflegebedürftigen bei der Beurteilung des Pflegezustandes und bei 30 Prozent der Pflegebedürftigen beim Gespräch über deren Zufriedenheit mit der Pflege- und Versorgungssituation.

2006	ambulant	stationär	gesamt
Anlassprüfungen	41	198	239
Wiederholungsprüfungen	5	110	115
Stichprobenprüfungen	50	120	176
Gesamt	96	428	524

Seit 1996 erfolgten rund 2.400 Qualitätsprüfungen in Niedersachsen. Im Jahr 2006 wurde die Pflege und Versorgung von 524 der 2.539 mit Versorgungsvertrag tätigen Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen geprüft. Dies entspricht 21 Prozent und abzüglich der Wiederholungsprüfungen 16 Prozent der in Niedersachsen mit Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

Die Qualitätsprüfungen bezogen sich auf 239 Anlassprüfungen (46 Prozent der Gesamtprüfquote), 170 Stichpro-

benprüfungen (32 Prozent) und 115 Wiederholungsprüfungen (22 Prozent) und fanden bei ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen, Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen statt. In Nachtpflegeeinrichtungen wurden im Jahr 2006 keine Qualitätsprüfungen durchgeführt. 3.143 Pflegebedürftige wurden in die Prüfungen einbezogen.

Das Tätigkeitsfeld der Qualitätsprüfungen wird beim MDK Niedersachsen vom Geschäftsbereich Externes Qualitätsmanagement Pflege zentral organisiert, koordiniert und qualitätsgesichert. Die Qualitätsprüfungen erfolgten im Jahr 2006 durch 16 Pflegefachkräfte mit einem Anteil von 14 Vollzeitstellen.

Mehr Informationen finden Sie im Download unter [www.mdk-niedersachsen.de](http://www.mdk-niedersachsen.de).



## Zusammenfassung der Ergebnisse der Anlass- und Stichprobenprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Auswahl der im Folgenden benannten Items erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Kriterien, die für den Zufriedenheitsgrad der Versicherten relevant sind
- Messbarkeit
- Kostenrelevanz für die Kranken- und Pflegekassen

**Ständige Anwesenheit mindestens einer examinierten Pflegefachkraft:** Dies ist die personelle Voraussetzung für die Gewährleistung der Pflege und Versorgung der Versicherten auf dem aktuellen Stand der Kenntnisse.

Bezogen auf alle Prüfarten ist eine stetige Verbesserung festzustellen. Der Erfüllungsgrad im Jahr 2006 lag bei 85 Prozent. Damit liegt im Vergleich zu 2003 eine Steigerung um rund 11 Prozent vor. Die Prüfergebnisse bei Anlassprüfungen sind unwesentlich besser als bei Stichprobenprüfungen.

Setzt man den Qualitätsindikator der ständigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft mit den Indikatoren der Ergebnisqualität (Dekubitusprophylaxe, Pflege bei Ernährung mittels Sondenkost, Freiheitsentzug und nicht legitimierte Medikamentenabgabe) in Zusammenhang, ist festzustellen, dass die Ergebnisqualität in Einrichtungen, in denen nicht ständig eine Pflegefachkraft anwesend ist, deutlich schlechter ist, als in Pflegeeinrichtungen mit ständiger Präsenz einer Fachkraft.

Anzahl der Prüfungen seit 2000



**Pflegekonzept:** Das Konzept stellt eine Handlungsorientierung für die Mitarbeiter dar und ist für die Versicherten eine Informationsmöglichkeit bei der Auswahl einer für sie geeigneten Pflegeeinrichtung.

Im Jahr 2003 verfügten 46 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Einrichtungen über eine aussagefähige Pflegekonzeption, 2006 waren es 61 Prozent. Noch keinerlei pflegekonzeptionelle Gedanken waren im Jahr 2003 immerhin bei 11 Prozent und in 2006 bei sieben Prozent der Einrichtungsträger nachvollziehbar. Die restlichen Einrichtungen haben eine Pflegekonzeption erstellt, diese beinhaltete jedoch noch nicht alle relevanten Punkte oder war den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung nicht bekannt, so dass nicht transparent war, ob die Konzeption die



# Prüfungen der Pflegequalität im Jahr 2006

Grundlage pflegerischer Tätigkeiten bildet. Bezüglich der Prüfarten, unangemeldete Anlassprüfungen und angemeldete Stichprobenprüfungen, ist bei Stichproben ein tendenziell besseres Prüfergebnis festzustellen.

**Fortbildungsplan:** Gemäß § 11 SGB XI pflegen, versorgen und betreuen die Pflegeeinrichtungen entsprechend dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Fortbildungen sollen die Mitarbeiter dazu befähigen, ihr Wissen zu aktualisieren. Es wurde geprüft, ob die Pflegeeinrichtung einen prospektiven Fortbildungsplan vorhält.

Das Qualitätskriterium eines prospektiven Fortbildungsplans wurde ab 2005 in die Auswertung aufgenommen. Im Jahr 2005 erfolgten die Fortbildungen der in der Pflege tätigen Mitarbeiter bei 83 Prozent der in die Anlass- und Stichprobenprüfungen einbezogenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage einer prospektiven Planung, im Jahr 2006 waren es durchschnittlich 85 Prozent.

**Pflegeprozess:** Er ist die systematische Herangehensweise an eine Tätigkeit. Die Prozessregelung geht zurück auf E. Deming, der Anfang der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts in Japan für die Wirtschaft tätig wurde und als einer der Pioniere des modernen Qualitätsmanagements bezeichnet wird. (Die Begriffe Pflegeprozess und Prozessqualität sind nicht zu verwechseln.)

Erstmals seit dem Jahr 2003 haben alle Pflegeeinrichtungen den Pflegeprozess vollständig oder teilweise erfasst, wobei die vollständige Umsetzung des Pflegeprozesses seit nunmehr drei Jahren relativ konstant bei nur rund vier bis sechs Prozent liegt. Es liegen keine relevanten

Unterschiede zwischen Anlass- und Stichprobenprüfungen vor.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre setzte sich auch in 2006 fort: Es gibt zwar immer weniger Pflegeeinrichtungen, die sich nicht mit dem Pflegeprozess beschäftigen, gleichzeitig setzen aber auch immer weniger Pflegeeinrichtungen den Pflegeprozess vollständig um. Diese Feststellung betrifft alle Trägerarten und nahezu Einrichtungen aller Größen, wobei Einrichtungen mit einer Versorgungskapazität von mehr als 80 Plätzen das Qualitätskriterium zumindest bei durchschnittlich sieben Prozent vollständig erfüllen.

**Dekubitusprophylaxe:** Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wurde ermittelt, bei wie vielen Versicherten zum Zeitpunkt der Prüfung ein Dekubitus vorlag, bei dem als Ursache eine Sorgfaltspflichtverletzung seitens der Pflegeeinrichtung angenommen werden musste.

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, bei denen Versicherte einen Dekubitus erlitten haben, ist im Längsschnittvergleich relativ konstant bei fünf bis sechs Prozent. Kritisch ist die Verschiebung von der Bewertung „ja“ – Qualitätskriterium voll erfüllt - zu Qualitätskriterium „teilweise“ erfüllt. Dies ist insofern problematisch, da die Pflegeeinrichtungen nicht adäquat reagieren, obwohl ein Dekubitusrisiko vorliegt. Viele Pflegeeinrichtungen haben zwar die Kernaussagen des Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege in den hauseigenen Standard übernommen, die Kernaussagen werden jedoch überwiegend noch nicht in den Pflegealltag implementiert. So werden Mobilisierungszeiten immer noch routinemäßig festgelegt, ohne die

Druckentlastung individuell auf den Versicherten abzustimmen. Auch wird häufig versäumt, eine adäquate Druckentlastung zu planen, wenn zwar ein Dekubitusrisiko ermittelt wurde, der Versicherte jedoch mehrere Stunden am Tag sitzend verbringt. In sitzender Position ist der Druck auf disponierte Stellen höher als im Liegen. Trotzdem werden druckentlastende Maßnahmen häufiger bei dauerhaft liegenden Versicherten geplant, offensichtlich weil eine liegende Position nach dem subjektiven Empfinden vieler Pflegenden fälschlicherweise schwerer wiegt, als der durch Sitzen ausgelöste Druck auf das belastete Gewebe. Gegebenenfalls könnte die Verschlechterung des Qualitätsniveaus auch darin begründet sein, dass die Pflegeeinrichtungen ihren Focus zunehmend auch auf andere Themenbereiche legen, z.B. die Sturzprophylaxe oder das pflegerische Schmerzmanagement und es dabei versäumt haben, die Dekubitusprophylaxe mit ununterbrochener Intensität weiter zu verfolgen.

Von den 78 Versicherten, die wegen zunehmender Sorgfaltspflichtverletzungen einen Dekubitus hatten, war die Mehrzahl, 65 Versicherte, von einem Dekubitus Grad 1 oder 2 betroffen, neun Versicherte hatten einen 3.- oder 4.-gradigen Dekubitus und bei vier Versicherten konnte der Grad während der Prüfung nicht eindeutig bestimmt werden

Bei der Dekubitusprophylaxe waren die Prüfergebnisse bei der Klassifizierung „ja“ – Qualitätskriterium voll erfüllt – bei den angekündigten Stichprobenprüfungen deutlich besser als bei den nicht angekündigten Anlassprüfungen. Demgegenüber wurde bei Stichprobenprüfungen seltener ein Dekubitus festgestellt als bei Anlassprüfungen.



**Ausbau der Qualitätssicherung**  
 Nach dem Referentenentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom September 2007 soll die Qualitätssicherung der Pflege weiter ausgebaut werden. Vorgesehen ist, die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes in verständlicher Sprache aufzubereiten und zu veröffentlichen, um Transparenz für die Bürger zu schaffen.

**Ernährung mittels Sondenkost:** Hier wurde ermittelt, in wie vielen Fällen Versicherte 1.100 kcal pro Tag oder weniger erhielten, ohne dass eine Bedarfserhebung vorlag, die diese Energiezufuhr rechtfertigte oder die Pflegeeinrichtung den Versicherten nicht über die Risiken einer Mangelernährung informiert hat oder Informationen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung nicht zeitnah an andere, an dem Prozess Beteiligte, weitergab.

Bei diesem Qualitätskriterium ist im Längsschnittvergleich ein konstantes Prüfergebnis festzustellen. Im Jahr 2006 bestand bei der Pflege von 81 Versicherten Verbesserungspotenzial. Sie erhielten 1.100 kcal ärztlich verordnete Sondenkost pro Tag oder weniger, ohne dass erforderliche Pflegemaßnahmen, z.B. die Überwachung des Ernährungszustandes oder eine Information des behandelnden Arztes über das Körpergewicht der Versicherten, nachvollziehbar waren. Als problematisch wird gesehen, dass in den vergangenen vier Jahren keine positive Entwicklung zu verzeichnen ist, etwa bei jedem 10. in die Prüfungen einbezogenen Versicherten war dieses Qualitätskriterium nicht angemessen erfüllt.

**Freiheitseinschränkung und Freiheitsentzug:** Sie stellen eine besondere Belastung für den Betroffenen dar. Es wurde untersucht, ob die gesetzlichen Bestimmungen zu freiheitseinschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Pflege Berücksichtigung fanden.

Bis auf eine Negativentwicklung im Jahr 2004 ist konstant ein angemessener Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei 98 Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen. Der Unterschied in den Ergebnissen zwischen Stichproben- und Anlassprüfungen ist nicht relevant.

**Medikamente:** Es wurde geprüft, ob und ggf. wie häufig Medikamente verabreicht worden sind, ohne dass eine ärztliche Verordnung oder der entsprechende Wille des Versicherten ersichtlich war.

Die Ergebnisse liegen seit 2003 konstant bei rund 95 Prozent Erfüllungsgrad, nennenswerte Unterschiede zwischen den unangekündigten Stichprobenprüfungen und den unangekündigten Anlassprüfungen bestehen nicht. Von der nicht legitimierte Medikamentenabgabe waren im Jahr 2006 absolut 85 Versicherte betroffen.

**Bessere Abstimmung der Prüfverfahren soll Pflegeeinrichtungen entlasten**

Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen sollen besser koordiniert werden. Für die Prüfung der Pflegequalität in Niedersachsen sind derzeit die Heimaufsichtsbehörden der Kommunen und der MDK Niedersachsen zuständig. Dieser nimmt die Prüfungen im Auftrag der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen vor. Zusammen mit dem niedersächsischen Sozialministerium hatten sich diese Akteure im Oktober 2006 auf ein abgestimmtes Vorgehen geeinigt. Heimaufsichten und MDK Niedersachsen wollen durch gegenseitige Information, Abstimmung und gemeinsame Terminabsprachen sowie eine Verständig über die im Einzelnen notwendigen Prüfmaßnahmen noch enger zusammenarbeiten.

Die vom Gesetzgeber seit Anfang 2006 geforderte Aufgabentrennung zwischen Heimaufsicht und MDK wird damit konkretisiert. Dieses nach Einschätzung der Beteiligten bundesweit erstmalig entwickelte Verfahren wird zunächst in den Modellkommunen Verden, Rotenburg/Wümme, Peine und der Region Hannover erprobt. Ziel ist es, die Pflegeeinrichtungen von bürokratischem Aufwand zu entlasten. Sollte sich der Modellversuch bewähren, ist vorgesehen, das Verfahren im gesamten Bundesland Niedersachsen einzuführen.



## Pflegeversicherung " Wenn die Gutachterin kommt "

Alfons Körner (Name geändert) ist mit seinen Kräutern alt geworden. Die grasgrüne, zarte Aloe vera, die in zwei Töpfen in seinem Wohnzimmer sprießt, erinnert ihn an gute Zeiten. Die anderen Kräuter, die wie eine müde Trauergemeinde auf dem Balkon schlapp die welken Blätter hängen lassen, demonstrieren, dass die guten Zeiten vorbei sind. Der 84-jährige schwört auf die Heilkraft – „aber seitdem ich sie nicht mehr pflegen kann, ist es damit vorbei.“ Heute braucht Herr Körner selbst Pflege. Deshalb ist Annette Franke vom Medizinischen Dienst gekommen. ...So lautet die Einleitung der im

August 2007 von HAZ-Redakteurin Gabi Stief erzählten Reportage „Die Gutachterin kommt.“

Im Jahr 2006 sind die Gutachter des MDK Niedersachsen 94.732-mal zu Haus- und Heimbefuchen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit „gekommen“. Insgesamt wurden 137.921 Gutachten erstellt und 94.202 sozialmedizinische Fallberatungen (SFB) durchgeführt. Die Zahl der Erstantragstellungen und der Wiederholungsbegutachtungen hielt sich mit 67.927 zu 62.640 gegenüber dem Vorjahr etwa die Waage. Die Zahl der Widerspruchsgutachten ging trotz höherer

Begutachtungszahlen gegenüber dem Vorjahr um etwa 100 zurück. Die Pflegekassen in Niedersachsen gaben dem MDK Niedersachsen 3.432 Begutachtungsaufträge mehr als im Jahr 2005.

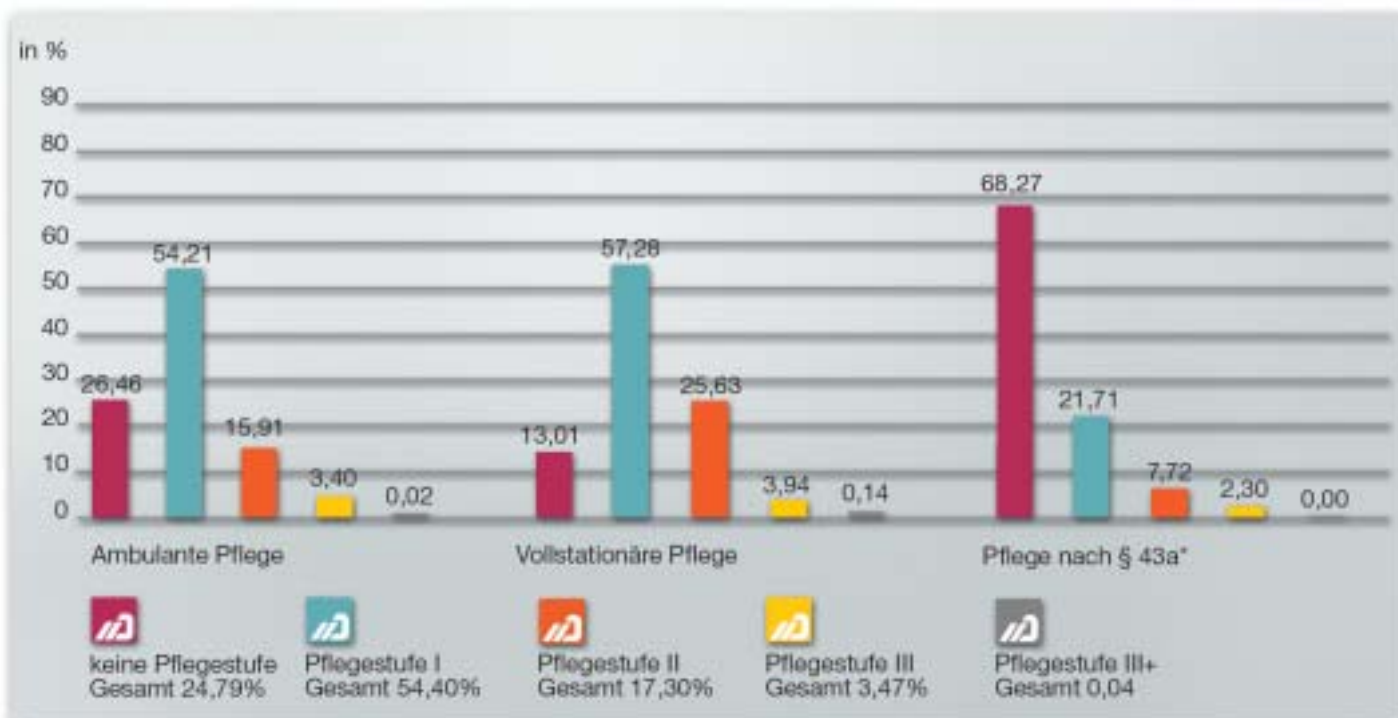
Die Empfehlungen zur Pflegestufe bei Erstbegutachtungen veränderten sich gegenüber dem Vorjahr kaum. Durch vermehrten Personaleinsatz von internen und externen Pflegefachkräften reduzierte der MDK Niedersachsen die Bearbeitungszeiten weiter. Im Juni 2007 dauerte die Bearbeitung eines Erstantrages durchschnittlich etwa sechs Wochen und lag damit im Bundesdurchschnitt.

Seit 2002 hat der MDK Niedersachsen auch zu beurteilen, ob es sich beim Antragssteller um eine Person mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz han-

delt. Im Jahr 2006 stellten die Gutachter/innen bei Empfehlung der Pflegestufe I bei 21,8 Prozent das Vorliegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz fest. In der Pflegestufe II waren es 35,6 und in der

Pflegestufe III 53,6 Prozent. Von den insgesamt 26.534 empfohlenen Pflegestufen in der ambulanten Pflege wurden 6.657 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz festgestellt.

### Empfehlungen zur Pflegestufe bei Erstbegutachtungen in Prozent



\* Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen



### Überarbeitete Begutachtungs-Richtlinien

Am 1. September 2006 traten die neuen Begutachtungs-Richtlinien in Kraft. Mit dieser Neufassung wurden die Richtlinien zum einen an die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts angepasst. Zum anderen flossen langjährige Erfahrungen aus der Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste ein.

### Schulung zur neuen Pflegebegutachtungsrichtlinie

Im Herbst 2006 fanden intensive Schulungen zur neuen Begutachtungsrichtlinie statt. Rund 260 Pflegefachkräfte, ärztliche Gutachter, die Pflegebegutachtungen durchführen sowie externe Gutachter, nahmen an der Schulung teil.

Kernpunkte der Schulung waren das neue Gutachtenformular, die neuen Härtefallrichtlinien, die Ermittlung des Mehraufwandes in der Kinderbegutachtung, PEA (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) sowie krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

Vom MDKN begutachtete Anträge	Aktenlage	Haus-/Heimbesuche	Gesamt
<b>Ambulante Pflege</b>			
Geldleistung	7.306	46.236	53.542
Kombinationsleistungen	4.398	15.534	19.932
Sachleistungen	7.237	11.743	18.980
<b>Ambul. Pflege Gesamt</b>	<b>18.941</b>	<b>73.513</b>	<b>92.454</b>
<b>Vollstationäre Pflege</b>	<b>9.998</b>	<b>20.188</b>	<b>30.186</b>
<b>Pflege nach § 43a*</b>	<b>338</b>	<b>580</b>	<b>918</b>
<b>Sonstige Pflege</b>			
Kurzzeitpflege	8.639	167	8.806
Pflegehilfsmittel	813	25	838
Verbesserung des Wohnumfeldes	972	90	1.062
Teilstationäre Pflege	5	3	8
Sonstige Pflege z.B. Rentenvers.-zeiten	3.483	166	3.649
<b>Sonst. Pflege Gesamt</b>	<b>13.912</b>	<b>451</b>	<b>14.363</b>
<b>Gesamt</b>	<b>43.189</b>	<b>94.732</b>	<b>137.921</b>

Sozialmedizinische Fallberatung	mit Ergebnis erledigt	zur Begutaempfohlen	weitere Ermittlungen
<b>Gesamt 94.202</b>	<b>39.929</b>	<b>49.958</b>	<b>4.315</b>

\* Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Antragseingänge	Erstanträge	Wiederholungsbegutachtungen	Widersprüche	Gesamt	Gesamt: % Anteil
<b>Ambulante Pflege</b>					
Geldleistung	27.405	22.343	4.400	54.148	39,01%
Kombinationsleistungen	8.736	10.234	1.159	20.129	14,50%
Sachleistungen	12.207	5.854	1.001	19.062	13,73%
<b>Ambul. Pflege Gesamt</b>	<b>48.348</b>	<b>38.431</b>	<b>6.560</b>	<b>93.339</b>	<b>67,24%</b>
<b>Vollstationäre Pflege</b>	<b>8.530</b>	<b>20.488</b>	<b>1.162</b>	<b>30.180</b>	<b>21,74%</b>
<b>Pflege nach § 43a*</b>	<b>491</b>	<b>399</b>	<b>35</b>	<b>925</b>	<b>0,67%</b>
<b>Sonstige Pflege</b>					
Kurzzeitpflege	8.530	165	102	8.797	6,34%
Pflegehilfsmittel	461	326	51	838	0,60%
Verbesserung des Wohnumfeldes	460	506	80	1.046	0,75%
Teilstationäre Pflege	5	1	1	7	0,01%
Sonstige Pflege z.B. Rentenvers.-zeiten	1.102	2.324	253	3.679	2,65%
<b>Sonst. Pflege Gesamt</b>	<b>10.558</b>	<b>3.322</b>	<b>487</b>	<b>14.367</b>	<b>10,35%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>67.927</b>	<b>62.640</b>	<b>8.244</b>	<b>138.811</b>	<b>100,00%</b>



## DRG-Begutachtung – Es geht um Millionenbeträge

„In keinem Land der Welt wurden die Fallpauschalen im Krankenhaus in dieser Breite und Tiefe eingeführt wie in Deutschland“, sagte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Rudolf Kösters beim 6. Nationalen DRG-forum im April 2007 in Berlin. Die Krankenhäuser rechnen mittlerweile einen Großteil ihres Umsatzes von 60 Milliarden Euro über die 1.082 Fallpauschalen Diagnosis Related Groups (DRG) und 105 Zusatzentgelte ab.

Jedes fallbezogene System bietet Anreize, die Anzahl der Krankenhausaufnahmen zu erhöhen, um potenzielle Einnahmeverluste je Einweisung auszugleichen. So war es auch im Rahmen der DRG-Einführung notwendig, das neue Vergütungssystem gegen Anfälligkeiten, vor medizinisch sowie nicht notwendigen Leistungen zu schützen. Der rechtzeitige Aufbau differenzierter Prüfverfahren durch die Medizinischen Dienste hat deshalb auch für die Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystems große Bedeutung.

Die Gutachter des MDK Niedersachsen stellten im Jahr 2006 bei 54,6 Prozent der insgesamt 32.884 (Gutachten) geprüften Rechnungen Korrekturbedarf mit Kostenminderung fest. Insgesamt geht es bei den Krankenkassen um Millionenbeträge. Gemessen auf der Basis der Rückmeldungen können Krankenkassen in Niedersachsen bis zu 1.500 Euro bei Begutachtungen und circa 622 Euro bei Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) an Einsparbeträgen je Fall erzielen.

Ein Beispiel: Ein Patient wird wegen eines Lungentumors behandelt. Die Klinik rechnet außerdem unrechtmäßig eine Lungenentzündung und COPD (chronisch-obstruktive Bron-



Dokumentation auf einer Krankenhausstation

chitis) ab. Die Rechnung ist 1.206 Euro zu hoch.

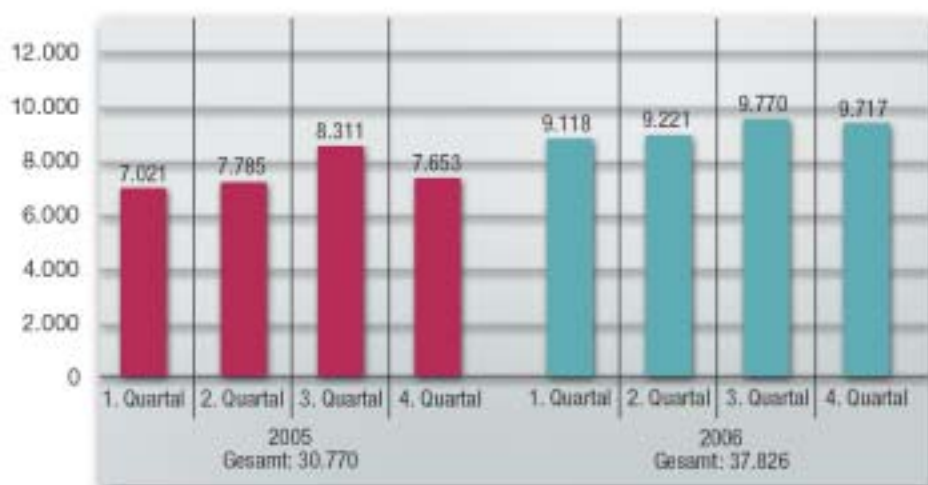
Die von den Krankenhäusern vorgenommenen Kodierungen werden in sich immer plausibler. Wirklich einfach zu erkennende Verstöße oder Fehlinterpretationen gegen einzelne Kodierregelungen sind mittlerweile selten geworden. Umso schwieriger gestaltet sich das Herausfinden eines Einzelfalles, der genauer überprüft werden sollte.

Die Auftragsentwicklung für „DRG-Gutachten“ zeigt einen kontinuierli-

chen Anstieg über die Jahre. Dies gilt auch nach der Hochrechnung für 2007. Die Nachfrage der Kassen lässt auch für 2008 einen weiteren Anstieg erwarten. Der gewachsenen Nachfrage nach fachmedizinischer Unterstützung in Abrechnungsfragen des DRG-Systems wurde mit Einführung der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) in 2003 auch in diesem Beratungsfeld entsprochen. Mit Einführung des neuen Abrechnungssystems stieg der Beratungsbedarf der Krankenkassen gegenüber dem MDK Niedersachsen drastisch an.

Etwa 35.000 Aufträge zur DRG-Begutachtung stapelten sich Ende 2006 im Geschäftsbereich Stationäre Versorgung des MDK Niedersachsen. Die Prognose der Bearbeitung sieht gut aus. Mit den auf der Folgeseite aufgeführten Maßnahmen wird der Auftragsbestand Ende 2007 auf etwa 13.000 reduziert werden können.\*

### Auftragseingänge von DRG-Begutachtungsaufträgen beim MDKN



\* Rund 6.000 DRG-Aufträge aus den Eingangsjahren 2004, 2005 und 2006 mussten an die Kassen 2006 zurückgegeben werden, da die Aufträge wegen fehlender Behandlungsdokumentation nicht adäquat bearbeitet werden konnten.

# Behandlungsfehler können passieren

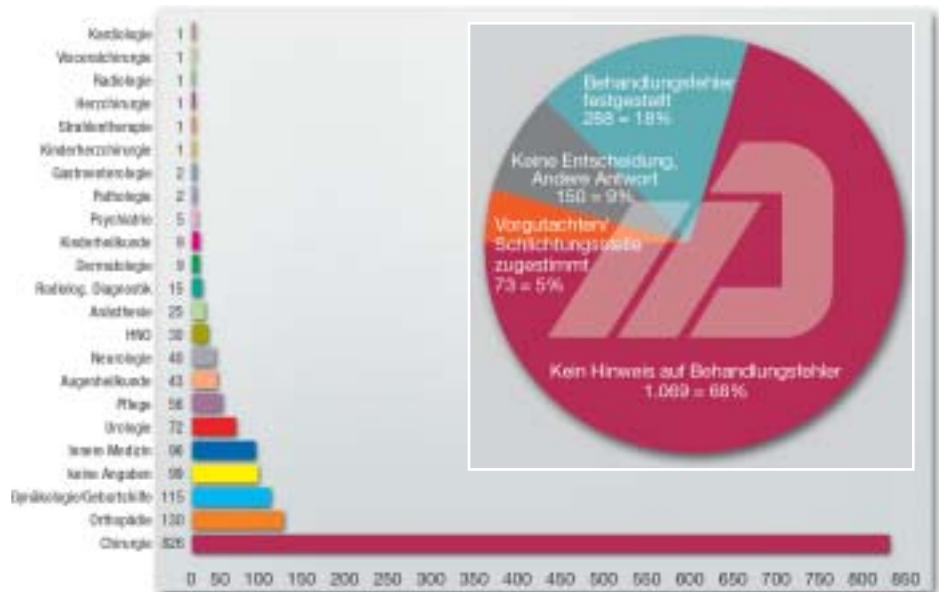
## Maßnahmenkatalog für die DRG-Begutachtung

- Zusammenarbeit mit anderen MDK
- Mehrarbeit für die ärztlichen Gutachter und das Verwaltungspersonal (40-Stundenwoche)
- freiwillig, bezahlte Mehrarbeit
- Unterstützung durch ärztliche Gutachter aus dem Unternehmensbereich Kernaufgaben
- Intensivierung der Kassenschulungen und der Einzelfallvorberatung, um auf diese Weise die Beauftragung für schriftliche Gutachten zu reduzieren
- Ausbildung vier weiterer Kodierassistenzkräfte, Einstellung von drei ausgebildeten Kodierfachkräften
- Personalaufstockung ärztliche Gutachter
- Personalaufstockung im Servicecenter
- Einsatz von neuen externen Gutachtern

Ein 18-Jähriger klagt mehrmals beim Notarzt über starke Schmerzen im Bein, doch niemand erkennt seine Thrombose. Eine 80-Jährige stürzt im Bad einer Klinik, ihr Beinbruch bleibt ungemerkt. Immer häufiger klagen Patienten über Behandlungsfehler, wie diese. Das macht sich auch in den Aufträgen zur Begutachtung von Behandlungsfehlern beim MDK Niedersachsen bemerkbar. Mit 1.580 Gutachten wurde die Zahl von 2005 um 168 Gutachten übertroffen.

Der Großteil der vermeintlichen Behandlungsfehlergutachten bezieht sich auf das Fachgebiet Chirurgie, gefolgt von Orthopädie und Gynäkologie. In knapp jedem fünften Fall haben die MDK-Gutachter einen Behandlungsfehler festgestellt, das heißt eine Verletzung der erforderlichen Sorgfaltspflicht.

## Fachgebiete und Ergebnisse der Behandlungsfehlergutachten Gesamt: 1.580



## Ergebnisse der abgeschlossenen DRG-Aufträge (Gesamt 32.884)



## Aufgaben der Begutachtung:

- Klärung des medizinischen Sachverhalts
- Bewertung des in Vorwurf geratenen ärztlichen Handelns
- Beurteilung – falls schuldhaft Fehler festgestellt werden – ob dies einen gesundheitlichen Schaden beim Patienten hatte.

Wegen Behandlungsfehlern in Krankenhäusern sterben bundesweit jährlich etwa 17.000 Patienten. Die meisten Fälle gingen auf Infektionen sowie Arzneimittelnebenwirkungen

zurück, rechneten Wissenschaftler auf der Basis von 51 Studien für Deutschland, finanziert vom Bundesgesundheitsministerium, hoch.



# Jahresbilanz 2006 zu Beratungen und Begutachtungen

Die ärztlichen Gutachter des MDK Niedersachsen konzentrieren sich in ihrer Beratung und Begutachtung auf Fragen der Fallpauschalen-Abrechnung von Krankenhausleistungen. Sowohl bei den Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) als auch den Begutachtungen standen stationäre Leistungen hoch im Kurs. Die Beratungsleistungen nahmen im Jahr 2006 um knapp 6.000, die Begutachtungen um mehr als 20.000 im Vergleich zum Vorjahr zu. Da Sozialmedizinische Fallberatungen zu Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Regel zeitaufwendiger sind als zu anderen GKV-Leistungen, nahm die Zahl aller Beratungen (SFB) insgesamt um etwa 77.000 ab. Dagegen stieg die Zahl der Gutachten im Jahr 2006 im Vergleich zum Vor-

jahr um etwa 25.000 an. Die Zunahme dieser Aktenlagengutachten und der körperlichen Untersuchungen war nicht nur bei den stationären Leistungen, sondern auch bei Fragestellungen zur ambulanten Versorgung, zu unkonventionellen Untersuchungsmethoden und Arzneimitteln sowie zu Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation und Hilfsmitteln, zu verzeichnen.



Sozialmedizinische Fallberatung bei der Krankenkasse



Sozialmedizinische Fallberatung		davon konnten in der SFB erledigt werden			
Beratungsanlass	Anzahl	als SFB	als kurze Stellungnahme	Gesamt	Erledigungsanteil in %
Arbeitsunfähigkeit	187.596	145.708	10.038	155.746	83,02%
Stationäre Leistungen	101.146	73.892	12.621	86.513	85,53%
Ambulante Leistungen	117.206	90.992	15.935	106.927	91,23%
UUB*/Arzneimittel	7.320	3.882	1.767	5.649	77,17%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	130.949	95.183	21.731	116.914	89,28%
Hilfsmittel GKV	42.602	25.731	6.595	32.326	75,88%
Zahnmedizin	305	257	4	261	85,57%
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	969	513	151	664	68,52%
Sonstige Anlässe	4.603	2.588	1.477	4.065	88,31%
<b>Gesamt</b>	<b>592.696</b>	<b>438.746</b>	<b>70.319</b>	<b>509.065</b>	<b>85,89%</b>

\* UUB = Neue und/oder unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

# Weniger Krankschreibungen – weniger AU-Begutachtungen

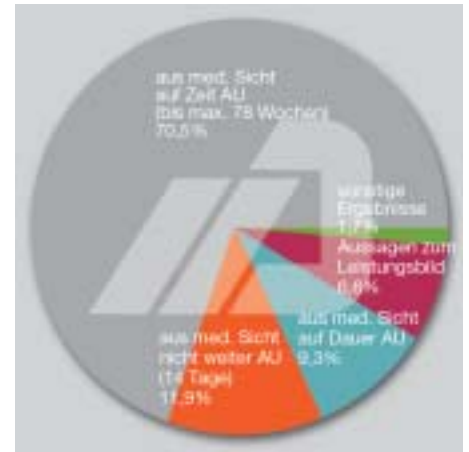
In Deutschland melden sich die Arbeitnehmer immer seltener krank. Gemäß den Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums ist der Krankenstand in den deutschen Betrieben im ersten Halbjahr 2007 auf ein Rekordtief gefallen. Die Arbeitnehmer hätten in den ersten sechs Monaten dieses Jahres durchschnittlich 3,34 Prozent der Sollarbeitszeit gefehlt - gegenüber 3,37 Prozent im Vorjahr. Die Fehlzeiten entsprechen 3,6 Arbeitstagen.

Die Arbeitnehmer in den neuen Bundesländern fehlten dem Bericht zufolge 3,59 Prozent der Sollarbeitszeit - das sind neun Prozent mehr als ihre Kollegen im Westen. Dort waren es 3,29 Prozent. Laut Statistik waren die Krankenstände im März 2007 mit 4,68 Prozent der Sollarbeitszeit am höchsten. Dagegen fehlten die Beschäftigten im Januar mit 2,33 Prozent der Sollarbeitszeit am wenigsten. Neben der hohen Arbeitslosigkeit führen Experten vor allem Veränderungen in der Struktur der Beschäftigten auf die niedrigen Fehlzeiten zurück. Der Arbeiteranteil in Industrie und Bau mit schwerer körperlicher Arbeit und relativ hohen Kranken-

ständen geht zurück, und die Beschäftigung im Dienstleistungsbereich steigt. Zudem investierten die Unternehmen stärker in die Gesundheitsprävention. Ein weiterer Grund für die abnehmenden Krankenstände sei, dass sich viele Betriebe in den vergangenen Jahren von Mitarbeitern mit schwächerer Gesundheit getrennt haben.

Psychische Erkrankungen nehmen dagegen als einzige Krankheitsart zu und sind inzwischen die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit.

Die Abnahme der Krankschreibungen macht sich auch im Auftragsverhalten der Krankenkassen gegenüber dem MDK Niedersachsen bemerkbar. Wurde der Gutachterdienst im Jahr 2005 rund 210.000-mal bei Arbeitsunfähigkeit zu Rate gezogen, waren es 2006 noch gut 187.000 sozialmedizinische Fallberatungen (SFB). Die Begutachtungen reduzierten sich um etwa 2.000 auf 25.878 Gutachten.

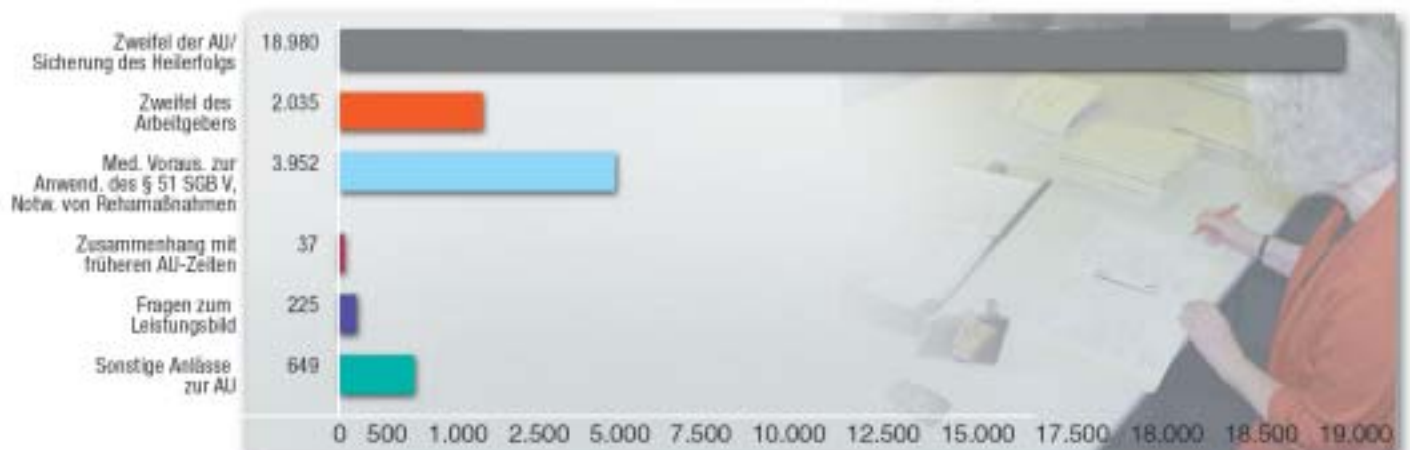


**Begutachtungsergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit (AU)**



Eine ärztliche Gutachterin diktiert ihre Stellungnahme.

## Begutachtungen der Arbeitsunfähigkeit - Gesamt 25.878



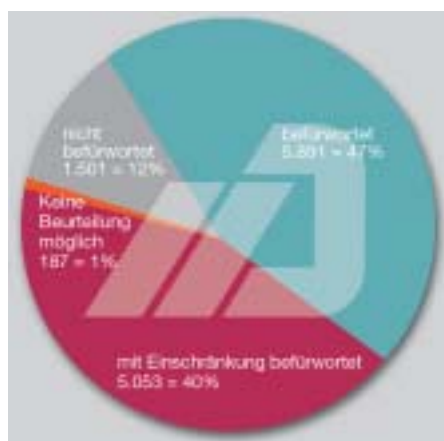


## Zahnmedizinische Beratung - Mängelrügen- und Behandlungsfehlergutachten nehmen zu

Für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) und Suprakonstruktionen zahlen die Krankenkassen seit Januar 2005 einen klar kalkulierbaren, festgelegten Betrag - den befundorientierten Festzuschuss. Dieser Erstattungsbetrag orientiert sich am konkreten Befund (z.B. "fehlender Zahn im Unterkiefer"). Das bedeutet: Alle Versicherten bekommen bei gleichem Befund den gleichen Betrag von ihrer Kasse erstattet.

Vor Beginn der Behandlung muss die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan prüfen und genehmigen. Bei dieser Aufgabe unterstützen die rund 150 externen zahnärztlichen Gutachter des MDK Niedersachsen die Krankenkassen. Während sich die Begutachtung von prothetischer Versorgung quantitativ auf dem Niveau des Jahres 2005 bewegt, nahmen die Begutachtungen von vermeintlichen zahnärztlichen Behandlungsfehlern um 32 und von Mängelrügen um 318 zu. Der Anteil der als berechtigt angesehenen Behandlungsfehlervorfälle blieb mit etwa 20 Prozent gleich.

Bei der Zahnersatz-Begutachtung ist festzustellen, dass nach wie vor etwa 10 Prozent der beim MDK Niedersachsen eingehenden Zahnersatz-Planungen formale Fehler in der



Ergebnisse der Zahnersatz-Planungsgutachten

Ausführung der Heil- und Kostenpläne enthalten, zumeist falsche Zuordnungen von Regelversorgungen.



### MDKN-Gutachter machen Zahnteams der Kassen fit

Gemeinsam mit zahnärztlichen Gutachtern des MDK Niedersachsen wurden im Jahr 2006 knapp 200 Mitarbeiter/innen von Krankenkassen für die Beratung der Versicherten fortgebildet.



Geschäftsbereichsleiter Rolf Bücken (links vorne im Bild) mit Fortbildungsteilnehmern der Barmer

Mit Einführung des Festzuschuss-Systems im Jahr 2004 hat sich die Arbeit der Zahnteams in den Kassen vor Ort grundlegend geändert. Vor allem der Beratungsbedarf bei den Versicherten ist deutlich gestiegen. Zur Steigerung der Beratungskompetenz wurde das zahnärztliche Wissen des MDK Niedersachsen in die Fortbildungen der Kassenmitarbeiter einbezogen.

Fortbildungen gab es unter anderem auch zum Thema Kieferorthopädische Frühbehandlung von Kindern.

### Begutachtungsanlässe 2006 (Gesamt 15.767)

Kategorie	Anzahl
Zahnersatz	12.632
sonstige Fragestellungen (z.B. Kieferorthopädie, Außervertragliche Leistungen, Parodontose)	1.628
zahnmed. Behandlungsfehler	174
Mängelrügen	1.333



# Haushalt 2006 schafft Spielraum für mehr Personal

Der Zusammenhang liegt auf der Hand: Bleiben die Finanzen stabil, ändert sich wenig am Personalbestand. Für einen Wissendienstleister wie den MDK Niedersachsen entfallen etwa 80 Prozent der Finanzmittel auf das Personal. Mit dem Haushaltsbeschluss des Verwaltungsrates am 15. Dezember 2006 konnten bei etwa gleich bleibender Umlagehöhe je Mitglied mit dem insgesamt circa 45 Millionen Euro umfassenden Haushalt einige zusätzliche Stellen geschaffen werden. Der Zuwachs bezog sich auf zusätzliche ärztliche Mitarbeiter/innen für die DRG-Begutachtung und weitere Pflegefachkräfte. Neu hinzu kam die Berufsgruppe der Kodierassistenten/innen. Gleich acht neue Mitarbeiterstellen entfielen allein darauf.

## Neue Berufsgruppe Kodierassistenten

Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) kam auf den Medizinischen Dienst in Niedersachsen eine Welle von Prüfaufträgen zu. Der Großteil bezieht sich auf DRG-Kodierungen. Seit Anfang 2006 entlasten Kodierassistentinnen die ärztli-



chen Gutachter/innen mit Vorbereitungsarbeiten bei den DRG-Begutachtungen.

Die Ende 2006 beim MDK Niedersachsen beschäftigten acht Kodierassistentinnen wurden entweder intern auf diese Aufgabe vorbereitet oder kamen mit entsprechender Qualifikation neu zum MDK Niedersachsen.

Die Weiterbildung zur Kodierassistentin umfasst insgesamt 20 Wochen und gliedert sich in fünf einwöchige Schulungsblöcke mit insgesamt 158,5 Unterrichtsstunden sowie in 15 Praktikumswochen auf. Neben dem Basiswissen zum DRG-System und spezifischen Wissen für die Kodier-

tätigkeit geht es auch um Themenschwerpunkte wie ICD 10, OPS 301, Kodierrichtlinien, Pharmakologie, Laboruntersuchungen, Diagnostik und Dokumentation. In der Einarbeitungszeit wurden die angehenden Kodierassistentinnen von Mentoren betreut.

Ausgebildete Kodierassistenten können die MDK-Gutachter direkt inhaltlich bis hin zur Erstellung kompletter Gutachtenentwürfe unterstützen. Kodierassistentinnen sind jedoch keine Gutachter. Die letzte Verantwortung für das Gutachten bleibt beim Arzt.

Beschäftigte im MDK Niedersachsen	2004		2005		2006	
	Vollstellen	Mitarbeiter/innen	Vollstellen	Mitarbeiter/innen	Vollstellen	Mitarbeiter/innen
Ärztliche Gutachter/innen	142	155	146	159	149	162
Pflegefachkräfte	113,5	143	114,5	144	118	148
Kodierassistenz					8	8
Service-Mitarbeiter/innen	195	231	197	236	199	236
Zentrale Dienste	37	39	38,5	41	39,5	42
Raumpflege und Hausmeister	7,5	13	6	10	5	8
Auszubildende	3	3	3	3	3	3
<b>Gesamt</b>	<b>498</b>	<b>584</b>	<b>505</b>	<b>593</b>	<b>521,5</b>	<b>607</b>

Stand 31.12.2006

Herausgeber:  
Unternehmensleitung  
des MDK Niedersachsen

Stand: August 2007

Verantwortlich:  
Geschäftsführer  
Jürgen Vespermann  
Hildesheimer Straße 202  
30519 Hannover

Redaktion:  
Martin Dutschek  
Telefon: (0511) 8785 1110  
Telefax: (0511) 8785 91001  
E-Mail: [redaktion@mdkn.de](mailto:redaktion@mdkn.de)

Redaktionsassistentz:  
Katja Marquering

Herstellung: Wetzel Werbeagentur  
Telefon: (0 50 33) 39 007-0

# 20006 Fakten 20007



[www.mdk-niedersachsen.de](http://www.mdk-niedersachsen.de)

**MDK**