



Medizinischer Dienst
Nordrhein



QUALITÄT AUF DEM PRÜFSTAND

Jahresbericht 2024



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie werden uns zustimmen, wenn wir sagen: Jeder möchte in guten Händen sein. Wer ins Krankenhaus muss, möchte die beste Versorgung, um schnell wieder gesund zu werden. Wer aufgrund seiner Erkrankung professionelle Pflege benötigt, möchte im Heim oder von einem Pflegedienst ebenfalls gut versorgt sein.

Wir vom Medizinischen Dienst Nordrhein möchten das auch. Es ist Ziel unserer Arbeit, dass gesetzlich Versicherte immer in guten Händen sind. Mit unserer Arbeit leisten wir einen wichtigen Beitrag für eine hochwertige und umfassende medizinische und pflegerische Versorgung. Denn wir überprüfen unter anderem die Strukturen und die Qualität in Krankenhäusern sowie die Qualität in Pflegeeinrichtungen und von ambulanten Diensten. So können wir auf Defizite, Verbesserungspotenzial oder auch auf positive Beispiele in der Versorgung aufmerksam machen.

Deshalb veröffentlichen wir unsere Prüfungsergebnisse regelmäßig – in unseren Reports und in diesem Jahresbericht. Auf den folgenden Seiten geben wir Ihnen einen Einblick in die pflegerische Versorgung in Nordrhein und berichten, was unser „Prüfstand“ bei der Qualität in nordrheinischen Krankenhäusern ergeben hat.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre, die wir bei Ihnen in guten Händen wissen.



Andreas Hustadt
Vorstandsvorsitzender



Dr. Petra Lohnstein
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Inhalt

3 Vorwort

MEDIZINISCHER DIENST NORDRHEIN

- 6 Engagiert für eine gute Versorgung
- 8 Halbzeitbilanz: Die Vorsitzenden über die Arbeit des Verwaltungsrates
- 10 Große Baustellen: Der Vorstand über Veränderungen im Gesundheitswesen
- 12 Gleiche Arbeit, gleiche Titel: Weiterbildung Sozialmedizin für psychologische Psychotherapeuten
- 15 Auf der Suche nach Gerechtigkeit: Bericht der Ombudsperson
- 16 Das KCO und die Fortuna: Die Entwicklung des Kompetenz-Centrums Onkologie

KRANKENVERSICHERUNG

- 18 Medizinische Fachkompetenz gefragt
- 20 Qualität auf dem Prüfstand: Wie der Medizinische Dienst Krankenhäuser kontrolliert
- 22 Qualität unter Kontrolle: Probleme bei der Versorgung von Frühgeborenen
- 24 Personal unter Kontrolle: Erste Prüfungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen
- 27 Strukturen unter Kontrolle: Strukturen in Krankenhäusern deutlich verbessert
- 28 Wieder Luft zum Atmen: Neue Regelungen in der außerklinischen Intensivpflege

PFLEGEVERSICHERUNG

- 32 Qualität und Versorgung sichern
- 34 Gute Pflege, schlechte Pflege: Qualität der Pflegeeinrichtungen in Nordrhein
- 40 Ein Gesetz und seine Folgen: Bilanz und Ausblick nach 15 Jahren Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

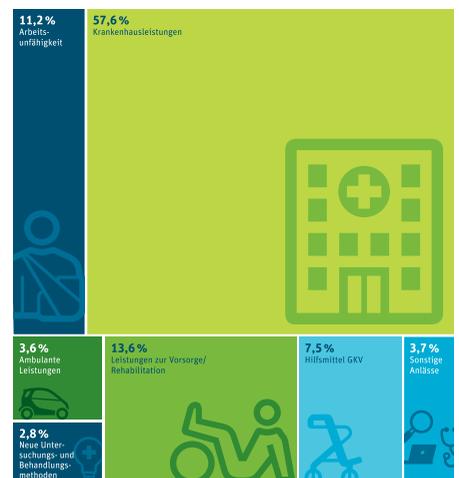
- 43 Zahlen, Daten, Fakten 2023
- 59 Impressum
- 60 Standorte des Medizinischen Dienstes Nordrhein

12

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten können nun die Weiterbildung in Sozialmedizin absolvieren



43



Der Medizinische Dienst Nordrhein in Zahlen



20

Der Medizinische Dienst prüft die Qualität von Krankenhausbehandlungen – die Ergebnisse der Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen im Überblick

28

Die neue Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege und die Rolle der Medizinischen Dienste hierbei



34

Die Ergebnisse der Pflegequalitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes Nordrhein geben einen Einblick in die pflegerische Versorgung in Nordrhein

Medizinischer Dienst Nordrhein

Engagiert für eine gute Versorgung

Der Medizinische Dienst Nordrhein ist ein unabhängiger Beratungs- und Gutachterdienst. Zu seinen Kunden zählen die gesetzlichen Krankenkassen, die Pflegekassen und Krankenhäuser. Die über 1.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten mit ihrer medizinischen und pflegerischen Expertise sowie ihrem Engagement einen wichtigen Beitrag für eine hochwertige und umfassende Versorgung der Versicherten, die gleichzeitig wirtschaftlich und angemessen ist. Der Medizinische Dienst Nordrhein ist einer von insgesamt 15 Medizinischen Diensten in Deutschland. Er ist selbstständig organisiert und fachlich unabhängig. Über wesentliche Belange des Medizinischen Dienstes Nordrhein entscheidet der Verwaltungsrat. Seine Mitglieder wählen auch den Vorstand.



Für rund **11%** aller
Mitglieder der Kranken- und Pflegekassen
in Deutschland ist der Medizinische
Dienst Nordrhein zuständig.
Weitere Informationen im Heft
ab Seite 43 und unter:
www.md-nordrhein.de





Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates Klaus-Peter Hennig (r.) und Michael Knittel

Die Halbzeitbilanz

Vor drei Jahren trat der neue Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nordrhein seine Arbeit an. Damit ist die Hälfte der Amtszeit vorbei und Zeit für die alternierenden Vorsitzenden, eine Zwischenbilanz zu ziehen.

Es ist Frühjahr 2021. Corona bestimmt noch immer die Schlagzeilen und vor allen Dingen den Alltag. Das Leben vieler dreht sich um Impftermine, Masken und Abstandsregeln. Das Arbeitsleben findet zumeist virtuell statt.

In dieser Zeit konstituiert sich der 23-köpfige Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Er besteht aus 16 Vertreterinnen und Vertretern, die von den Verwaltungsräten der Kranken- und Pflegekassen gewählt worden sind. Fünf weitere Mitglieder sind auf Vorschlag der Interessenverbände der Patientinnen und Patienten und zwei auf Vorschlag der Berufsvertretungen der Ärztekammern und Pflegeberufe durch die Landesregierung benannt worden.

Die Coronapandemie lässt nur virtuelle Treffen zu. Dennoch gelingt es dem Gremium schnell, per Videokonferenz ihre alternierenden Vorsitzenden zu wählen: Klaus-Peter Hennig und Michael Knittel. „Es war schon ungewöhnlich und ein schwieriger Start unter diesen Bedingungen, aber uns war allen

klar, dass wir verpflichtet sind, den Medizinischen Dienst nach vorn zu bringen“, sagt Knittel. „Die Videokonferenzen waren in der Coronakrise notwendig. Aber es fehlte die persönliche Begegnung der neuen Verwaltungsratsmitglieder. Mit den dann folgenden Präsenzsitzungen hat sich die gemeinsame Arbeit sehr positiv entwickelt“, ergänzt Hennig. Die ersten Beschlüsse werden zügig und einvernehmlich getroffen. So wählen die Mitglieder des Verwaltungsrates einstimmig den Vorstand des Medizinischen Dienstes Nordrhein: Andreas Hustadt und Werner Greilich. Auch muss die neu eingerichtete Ombudsstelle besetzt werden. Die unabhängige Stelle wurde im Zuge des MDK-Reformgesetzes eingerichtet. „Mit Dirk Meyer, dem früheren Patientenbeauftragten NRW, haben wir dieses neue Amt sehr gut besetzen können“, resümiert Knittel.

Beim Blick auf die Anfänge des Verwaltungsrates erinnert sich Hennig auch an die erste Klausurtagung in Präsenz: „Der Start unserer Klausurtagungen war eine sehr gute

DER VERWALTUNGSRAT

Alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates

Michael Knittel (Ersatzkassen)
Klaus-Peter Hennig (BKK-Landesverband Nordwest)

Vertreterinnen und Vertreter der Patienten und Verbraucher

Manuela Dörtelmann (Sozialverband VdK e. V.)
Christiane Grote (Verbraucherzentrale NRW e. V.)
Dr. Michael Spörke (Sozialverband Deutschland e. V.)
Dr. Martin Theisohn (BAGSO e. V.)
Oliver Totter (Lebenshilfe NRW e. V.)

Berufsvertreterin und Berufsvertreter

Gudrun Haase-Kolkowski
(Errichtungsbeauftragte der Pflegekammer NRW)
Rudolf Henke (Präsident der Ärztekammer Nordrhein)

Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber

Susanne Breick (AOK Rheinland/Hamburg)
Friederike Busch (Ersatzkassen)
Felicitas Coenen (Ersatzkassen)
Elke Janßen (AOK Rheinland/Hamburg)
Bernd Kaden (AOK Rheinland/Hamburg)
Kirsten Kalweit (Ersatzkassen)
Alexander Mangold (IKK Classic)
Petra Mück (Ersatzkassen)
Matthias Pieper (AOK Rheinland/Hamburg)
Andrea Randerath (BKK Landesverband Nordwest)
Christiane Saboldt (IKK Classic)
Joachim Stamm (Ersatzkassen)
Heinz-Wilhelm Tölkes (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)
Dr. Jan Wetzel (Ersatzkassen)

Gelegenheit, sich näher persönlich kennenzulernen und strategische Optionen für den Medizinischen Dienst Nordrhein intensiv zu erarbeiten.“

Der Schulterchluss zwischen den Mitgliedern des Verwaltungsrates ist schließlich auch bei einer weiteren Entscheidung gefragt: Der langjährige stellvertretende Vorstandsvorsitzende Werner Greilich geht in den Ruhestand. Der Verwaltungsrat beruft Dr. Petra Lohnstein als seine Nachfolgerin in den Vorstand. Im August 2022 tritt Lohnstein, die zuvor Verbundleiterin beim Medizinischen Dienst Nordrhein war, ihr neues Amt an. „Unser Verwaltungsrat hat mit Petra Lohnstein eine sehr gute hausinterne Lösung gefunden. Die kommenden Herausforderungen für den Medizinischen Dienst Nordrhein müssen mit einem hervorragenden Vorstandsduo angenommen werden. Dies ist mit Andreas Hustadt und Petra Lohnstein gewährleistet“, sagt Hennig.

Gemeint ist damit nicht nur der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, den auch die Medizinischen Dienste zu spüren bekommen, sondern auch die sogenannten Fallzahlenentwicklungen. Insbesondere immer mehr Anträge auf Einstufungen in einen Pflegegrad müssen gestemmt werden. Pro Jahr steigt die Zahl an Pflegebegutachtungen in Nordrhein um etwa zehn Prozent. „Hier sehen wir den Medizinischen Dienst Nordrhein sehr gut aufgestellt und durchorganisiert“, sagt Knittel. „Denn hierfür braucht es Weitblick, einen guten Füh-

rungsstil und motivierte Beschäftigte. Doch irgendwann ist die Flut an Aufträgen mit dem bestehenden Personal nicht mehr zu stemmen.“ So hat der Verwaltungsrat für das Jahr 2024 eine Steigerung des Haushaltes von 13 Prozent beschlossen. Das Haushaltsvolumen beträgt damit rund 145 Millionen Euro. Hennig: „Eine moderate Steigerung der Umlage ab 2024 war unausweichlich. Denn wir sind gehalten, der gesetzgeberischen Entscheidung zu folgen, die Pflegebegutachtungen fast komplett mit Hausbesuchen zu leisten. Dies hat eine erhebliche Personalverstärkung und damit neue Kosten für den Medizinischen Dienst zur Folge.“

„Ganz vorn“, so Knittel, „ist der Medizinische Dienst Nordrhein mit der Möglichkeit, neuerdings die Termine für die Pflegebegutachtungen online zu buchen“. Dies hilft ungemein bei der Tourenplanung und sorgt für fristgerechte und schnelle Begutachtungstermine, die von den Versicherten selbst oder von den Betreuenden ausgewählt und vereinbart werden können. Das ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Serviceoptimierung des Medizinischen Dienstes Nordrhein.

Nun ist Frühjahr 2024. Corona ist noch immer da, bestimmt aber nicht mehr das Alltagsleben. Themen wie das Krankenhausreformgesetz, Fachkräftemangel und Digitalisierung sind stattdessen in die Schlagzeilen gerückt und bestimmen nun die Arbeit des Verwaltungsrates für die kommenden drei Jahre seiner Amtszeit.



GROSSE BAUSTELLEN IM GESUNDHEITSWESEN



Krankenhausreform und Digitalisierung – das sind aktuell große Baustellen im Gesundheitswesen. Sie bringen Veränderungen mit sich, die auch Auswirkungen auf die Arbeit des Medizinischen Dienstes haben. Der Vorstand erläutert, wie der Medizinische Dienst Nordrhein den Herausforderungen begegnet und den Wandel gestaltet.

Vorstandsvorsitzender Andreas Hustadt und die stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Petra Lohnstein

Baustelle 1: Krankenhausreform

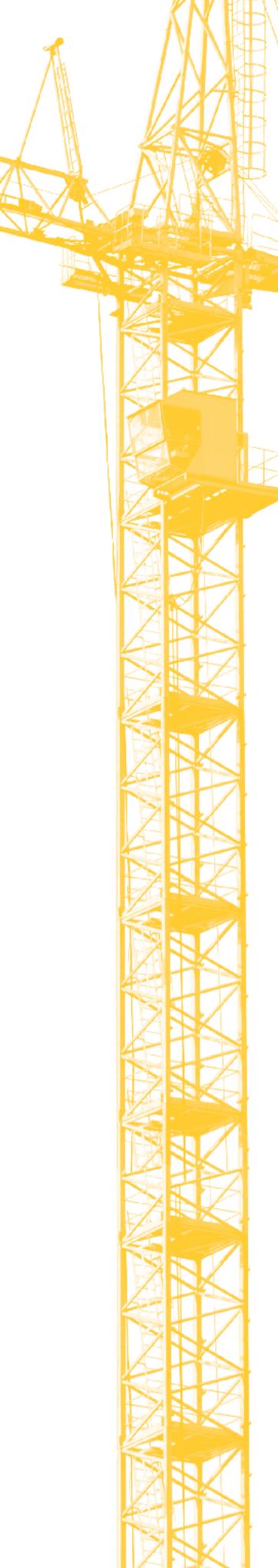
Es geht um einen wesentlichen Grundpfeiler der medizinischen Versorgung. Mit der Krankenhausreform soll der Finanznot der Krankenhäuser entgegengewirkt und zeitgleich eine gute Versorgung sichergestellt werden.

Es ist eine Gesetzesinitiative auf den Weg gebracht worden, die die Krankenhausversorgung und das Vergütungssystem umgestalten und nachhaltig stabilisieren soll. Demnach werden Kliniken einer Versorgungsstufe zugeordnet. Oder anders formuliert: Nicht alle sollen alles machen. Stattdessen soll die Grundversorgung flächendeckend gesichert und komplexe Behandlungen von großen Häusern übernommen werden, die darauf spezialisiert sind.

„Wie begrüßen die Reformvorschläge“, sagt Andreas Hustadt, Vorstandsvorsitzender

des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Die Behandlungsqualität solle entscheidend sein, welche und wie viele Leistungen ein Krankenhaus erbringen kann. „Die aktuelle Lage zeigt deutlich, wie wichtig eine Neuausrichtung der Klinikstrukturen ist, um die Bevölkerung bedarfsgerecht und mit hoher Qualität zu versorgen.“ Hatten doch jahrelang ökonomische Fehlanreize dazu geführt, bei den Pflegestellen zu sparen und gleichzeitig ein breites Behandlungsspektrum anzubieten, obwohl personelle und strukturelle Qualitätsvoraussetzungen nicht gesichert waren.

Krankenhäuser, die bestimmte Leistungen in medizinischen Fachgebieten anbieten wollen (Leistungsgruppen), müssen dafür Qualitätskriterien erfüllen. Das sollen die Medizinischen Dienste ab 2025 regelmäßig überprüfen. „Es ist der richtige Schritt, bereits in



der Krankenhausplanung Qualitätskriterien für die Erteilung von Versorgungsaufträgen vorzugeben, wie es aktuell in Nordrhein-Westfalen geschieht. Dabei hat der Gesetzgeber die Vorschläge der Medizinischen Dienste für eine bürokratiearme Ausgestaltung der Prüfungen aufgenommen“, sagt Hustadt.

Die „neuen“ Qualitätsprüfungen im Rahmen der Krankenhausplanung sollen integriert in die Qualitätskontrollen und die Strukturprüfungen erfolgen, die die Medizinischen Dienste bereits durchführen. „Wir sind für diese Aufgabe schon jetzt gut aufgestellt“, sagt Hustadt. Er sieht den Medizinischen Dienst Nordrhein als verlässlichen Partner bei der Entwicklung und Überprüfung der Qualitäts- und Strukturvoraussetzungen: „Durch die breit gefächerte medizinische Expertise der Gutachterinnen und Gutachter sowie die langjährigen Erfahrungen mit dem Abrechnungssystem und den Krankenhausstrukturen können wir die Aufträge von Bund und Ländern unmittelbar erfüllen.“

Zudem wolle man in Nordrhein einen Beitrag leisten, dass das Nebeneinander von Strukturprüfungen, Qualitätskontrollen und den neuen Leistungsgruppen-Prüfungen mittelfristig harmonisiert wird. „Für die Leistungserbringung und die Abrechnung müssen gleiche Kriterien relevant sein. Wer einen Versorgungsauftrag erhält, muss die Leistungen auch abrechnen können. In diesem Zusammenhang unterstützen wir Bund und Länder bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens für die Krankenhausqualität. Wir bringen unsere Expertise und die Erfahrung aus der Prüfpraxis für eine gute Versorgung gerne ein.“

Baustelle 2: Digitalisierung

Die Coronapandemie hat gezeigt, wie schlecht es zum Teil um die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen bestellt ist. Dabei ist insbesondere ein sektorenübergreifender Datenaustausch ein wichtiger Faktor für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. „Wir bieten unseren Kunden schon seit Jahren sichere, digitale Übertragungswege an“, sagt Dr. Petra Lohnstein, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Nordrhein.

Das betrifft sowohl die Daten für die von den Krankenkassen beauftragten Gutachten und den Abruf der Prüfberichte der Pflegeeinrichtungen als auch die Bereitstellung von Unterlagen durch die Krankenhäuser für Prüfungen.

„Alle der rund 170 nordrheinischen Krankenhäuser nutzen unser Portal, um Behandlungsunterlagen und Strukturinformationen sicher auszutauschen. Diese technische Lösung steht auch unmittelbar für die neuen Prüfungen der Leistungsgruppen zur Verfügung und wird dafür ausgebaut“, erklärt Lohnstein.

So kann der Medizinische Dienst Nordrhein Informationen aus bisherigen Prüfungen nutzen und Bürokratie für die Krankenhäuser abbauen. „Räumliche und gerätetechnische Einrichtungen müssen nicht jährlich neu und aufwendig überprüft werden. Das Gleiche gilt für Ausbildungsnachweise des ärztlichen und pflegerischen Personals. In den Begehungen vor Ort werden wir künftig alle der vom Krankenhaus beantragten Prüfungen an einem Termin durchführen.“

Aber auch für die Versicherten gibt es seit diesem Jahr ein neues digitales Angebot. Mit dem Terminservice-Portal können sich Pflegebedürftige und deren Angehörige ihren Termin für eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad online auswählen. „Für die Versicherten ist das ein absoluter Servicegewinn. Und wir können dadurch Absagen für Begutachtungstermine reduzieren und so unser Mitarbeitenden noch effizienter einsetzen.“

Darüber hinaus baut der Medizinische Dienst Nordrhein sein digitales und hybrides Seminar- und Veranstaltungsprogramm aus. Gerade kurze, intensive Onlineschulungen sind für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassen ein großer Gewinn und werden nachgefragt. „Aber bei aller Digitalisierung freuen wir uns, jetzt wieder vermehrt Gäste zu Präsenzveranstaltungen einladen zu können. Nach mehreren digitalen Austauschen laden wir Vertreterinnen und Vertreter aus den Krankenhäusern nun wieder zu uns in die Standorte ein. Die Krankenhausreform bietet schließlich eine Menge Gesprächsstoff“, sagt Lohnstein.

GLEICHE ARBEIT



Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erstellen beim Medizinischen Dienst ebenso wie Ärztinnen und Ärzte Gutachten. Die Weiterbildung in Sozialmedizin blieb ihnen jedoch bislang verwehrt. Eine Änderung in der Berufsordnung macht dies nun möglich, und der Medizinische Dienst Nordrhein setzt es um.

Auf diesen Tag haben Dr. Lars Job und seine Kolleginnen und Kollegen lange gewartet. Es ist der 20. Oktober 2022. Im Ministerialblatt wird eine Änderung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW veröffentlicht. Den Leiter des Medizinischen Fachbereichs Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beim Medizinischen Dienst Nordrhein interessiert vor allen Dingen der Abschnitt „IV. Sozialmedizin“.

Diese Änderung ermöglicht es psychologischen Psychotherapeuten, die Weiterbildung „Sozialmedizin“ zu erlangen. „Nun können wir unsere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht nur intern schulen, sondern ihnen auch eine externe Weiterbildung anbieten, bei der sie einen Titel erlangen können“, erklärt Job.

Beim Medizinischen Dienst Nordrhein arbeiten derzeit zehn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die wie ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen Gutachten erstellen. Hierfür durchlaufen sie eine einjährige intensive, strukturierte Einarbeitung. Doch Sozialmedizinkurse mit einem anerkannten Abschluss

blieben ihnen bislang verwehrt. Dies hat sich nun geändert. Die ersten Weiterbildungskurse starten im Jahr 2024.

Zuvor musste die Kammer auf Bundesebene entscheiden und die Weiterbildungsordnung auf Landesebene geändert werden. Job, selbst Arzt und Sozialmediziner, sowie der Leitende Arzt des Medizinischen Dienstes Nordrhein, Dr. Klaus-Peter Thiele, haben die Kammer bei der Entwicklung des Weiterbildungscurriculums für die Weiterbildungsordnung beraten. Schließlich hat der Medizinische Dienst Nordrhein die wissenschaftliche Leitung für die Weiterbildungskurse Sozialmedizin der Ärztekammer Nordrhein.

Arbeitsfähigkeit beurteilen

Die Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Nordrhein wird etwa vier Jahre dauern und umfasst unter anderem mindestens 320 Stunden Theorie, mindestens sechs Begehungen von Einrichtungen sowie eine eintägige Teilnahme an öffentlichen Sitzungen beim Sozialgericht oder Landessozialgericht.

Die Begehungen sind Besichtigungen von Arbeitsstätten. Denn Sozialmediziner müssen die Arbeitsfähigkeit von Menschen beurteilen. Und dafür müssen sie wissen, welchen Belastungen Beschäftigte ausgesetzt sind oder wie es um den Arbeitsschutz bestellt ist. Natürlich können sie nicht jede Arbeitsstätte zuvor gesehen haben, doch manche Besichtigungen vermitteln einen Einblick, welche Anforderungen grundsätzlich an Förderbändern, in Sortieranlagen oder in Produktionshallen bestehen.

Oder wie es in der Weiterbildungsordnung definiert ist: Die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin umfasst die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen im Zu- →

„Dieser Gesamtüberblick über die Sozialmedizin hilft ungemein bei der Einordnung und ist ein wichtiger Hintergrund für die Erstellung der Gutachten.“ DR. LARS JOB

sammenhang mit psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Teilhabe an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die diesbezügliche Beratung der Sozialleistungsträger.

Sozialmedizin in Theorie und Praxis

Die Kenntnisse der Rahmenbedingungen der verschiedenen sozialen Sicherungssysteme ist es, was laut Job, die Weiterbildung so wertvoll macht. „In unseren Gutachten geht es um einen Ausschnitt der Sozialmedizin, der in erster Linie die Krankenversicherung betrifft. Die Weiterbildung vermittelt nun umfangreiche Kenntnisse aller sozialen Sicherungssysteme, auch derer, mit denen wir nur mittelbar zu tun haben, wie etwa Unfall- oder Rentenversicherung. Dieser Gesamtüberblick über die Sozialmedizin hilft aber ungemein bei der Einordnung unserer Fragestellungen und ist ein wichtiger Hintergrund für die Erstellung der Gutachten.“

Deshalb stehen in den Theoriestunden auch Themen wie „Prinzipien des Gesundheits- und Sozialsystems und deren Interaktion“, „Sozialleistungsträger und ihre Aufgaben und Schnittstellen gemäß Sozialgesetzbuch“ oder „Einrichtungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation“ auf dem Plan.

In den Gutachten des Medizinischen Dienstes geht es schließlich um die medizinische Ver-

sorgung der Menschen. Etwa um die Frage, ob zum Beispiel Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind oder ob nicht eine andere Therapie bessere Heilungschancen bringt als die eigentlich verordnete oder ob eine Arbeitsunfähigkeit weiterhin besteht. Dabei ist neben medizinischer und psychologischer Expertise eben auch Wissen um den sozialen Kontext gefragt.

„Als Sozialmediziner muss ich verstehen, warum bestimmte Umstände zu einer Erkrankung führen oder die Genesung beeinflussen“, erklärt Thiele. „Sozialmedizin ist ein spannender Blick über den Tellerrand, und diesen Blick vermittelt die Ausbildung.“ Oder wie Rudolf Virchow, Pionier der Sozialmedizin, es einst formulierte: Die Medizin könne nicht ohne das Wissen sozialer Zusammenhänge verstanden werden.



Weiterbildung Sozialmedizin

Zusätzlich zu einer intensiven, strukturierten Einarbeitung absolvieren neben allen ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern nun auch alle psychotherapeutischen Gutachterinnen und Gutachter die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin. Der Medizinische Dienst schließt hierzu eine Weiterbildungsvereinbarung mit seinen Beschäftigten ab, stellt sie für die Weiterbildung frei und übernimmt dafür vollständig die Kosten.



Auf der Suche nach Gerechtigkeit



Versicherte und Angehörige wenden sich an die Ombudsstelle des Medizinischen Dienstes Nordrhein, damit ihr Problem schnell und unkompliziert gelöst wird. Von den rund 700 Anliegen innerhalb von zwölf Monaten waren jedoch nur 50 ein Fall für die Ombudsperson.

Der Sohn will einfach nur Gerechtigkeit. Seiner Meinung nach müsste seine Mutter einen höheren Pflegegrad bekommen. Die Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes war doch nur so kurz zu Besuch. Oberflächlich und lückenhaft war die Begutachtung, so erzählte es ihm die Mutter jedenfalls. Deshalb legt er Widerspruch ein – ohne Erfolg. Nun wendet er sich an die Ombudsstelle des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Ombudsperson Dirk Meyer prüft das Anliegen eingehend, doch er kann keine Mängel in der Pflegegradermittlung finden. Es bleibt beim zuvor festgestellten Pflegegrad 1.

Dies ist eines von 50 Ombudsverfahren, die vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. September 2023 von Meyer bearbeitet wurden. 654 Anliegen, die in diesem Zeitraum an ihn gerichtet wurden, waren jedoch kein Fall für die Ombudsstelle. Die Menschen waren häufig verunsichert, an wen sie ihre Beschwerde richten können, und kontaktierten die Ombudsstelle. In vielen Fällen wurde die Rolle des Medizinischen Dienstes fehlinterpretiert. Statt an die Kranken- oder Pflegekassen, wendeten sich die Versicherten an die Ombudsstelle, etwa um Widerspruch einzureichen. Aber auch ihnen konnte geholfen werden, indem Informationen bereitgestellt, an andere Stellen vermittelt oder die Sachlage erläutert wurde.

Was übrig blieb, waren 50 Verfahren. Zumeist wurden diese eingeleitet, weil Kritik an den Ergebnissen der Gutachten im Raum stand. In 44 Fällen konnte diese Kritik jedoch nicht bestätigt werden. In acht der 44 Fälle konnten zwar Teile der Beschwerde bestätigt werden, doch dies führte nicht zu einem anderen Begutachtungsergebnis. Lediglich in sechs

Ombudsverfahren kam es zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses. Nach eingehender Prüfung wurden in drei Fällen jeweils höhere Pflegegrade ermittelt. Grund waren abweichende oder neue Erkenntnisse im individuellen Hilfebedarf der Versicherten oder in der Anwendung der Begutachtungsrichtlinie. Gleiches galt für drei Fälle aus der ambulanten Krankenversicherung. Hier waren jeweils die Begutachtungsbereiche Hilfsmittel, Heilmittel und Reha angesprochen.



DER OMBUDSBERICHT

Jährlich erstellt die Ombudsstelle des Medizinischen Dienstes Nordrhein einen Bericht. In ihm werden die Anfragen an die Ombudsperson in anonymisierter Form festgehalten. Der Bericht 2023 ist auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Nordrhein veröffentlicht. Er umfasst den Zeitraum von Ende des vorangegangenen Berichts am 1. Oktober 2022 bis zum 30. September 2023.

Das KCO und die Fortuna



Professor Dr. Axel Heyll übergibt die Leitung des Kompetenz-Centrums Onkologie in jüngere Hände. Zum Abschied blickt er auf die Entwicklung des KCO zurück und damit auf 24 Jahre, die viel mit Fachwissen, harter Arbeit, aber auch Glück und einem Fußballverein zu tun haben.

Fortuna, einfach immer wieder Fortuna. Das Kompetenz-Centrum Onkologie (KCO) der Medizinischen Dienste ist eng mit der römischen Glücksgöttin verbunden, aber auch mit dem gleichnamigen Fußballverein aus Düsseldorf.

Leiter des KCO ist Professor Dr. Axel Heyll. Auf seinem Schreibtisch sitzt eine kleine rot-weiße Badeente mit Fortuna-Logo. An der Wand hängen Bilder des Zweitliga-Vereins. Heyll ist nicht nur ein großer Fan der Fortuna, sondern auch eng mit seiner Heimatstadt verbunden, und das war „Fortüne“ für das KCO, als es im Jahr 2000 gegründet und die Leitungsposition ausgeschrieben wurde.

Heyll hat in Düsseldorf studiert und arbeitete 18 Jahre in der medizinischen Klinik für Hämatologie und Onkologie an der Uniklinik Düsseldorf, zuletzt als Leitender Oberarzt. Sein Vertrag war nur befristet und er suchte nach einer neuen Herausforderung. Da kam die Ausschreibung vom Medizinischen Dienst Nordrhein gerade recht. Konnte er doch eine neue Aufgabe übernehmen, die ganz andere

Perspektiven bot als eine Karriere in der Klinik, und das auch noch in seiner Heimatstadt.

Zu Beginn bestand das KCO nur aus zwei Ärzten und zwei Assistenzkräften. „Wir haben die Kassen schon damals regelmäßig zum Off-Label-Use beraten“, erzählt Heyll. Also zu medikamentösen Therapien, die noch nicht für eine bestimmte Krebsbehandlung zugelassen sind. „Unsere Position war schon immer: Wenn es genug wissenschaftliche Belege dafür gibt, dass die Therapie den Erkrankten einen Vorteil bringt, befürworten wir sie.“ Zur damaligen Zeit keine Selbstverständlichkeit. Zumeist wurden nicht zugelassene Therapien auch nicht von den Kassen übernommen. „Damals sind einige Onkologen in anderen Medizinischen Diensten unserer Position bereits gefolgt, aber erst mit einem Bundessozialgerichtsurteil wurde diese gestärkt.“ Mit dem Urteil vom 19. März 2002 konnten unter bestimmten Voraussetzungen, die in der Onkologie häufig erfüllt waren, Arzneimittel auch außerhalb der Zulassung zu lasten der gesetzlichen Krankenversicherung



„Jeder Einzelne im Team hat sich einen guten Ruf erarbeitet, bei der Deutschen Krebsgesellschaft und in vielen Fachgesellschaften.“ PROF. DR. AXEL HEYLL

verordnet werden. „Darüber haben wir uns sehr gefreut und unsere Arbeit hat richtig Fahrt aufgenommen“, sagt Heyll. Dieser Meilenstein in der Arbeit des KCO war ein riesiges Glück für Patientinnen und Patienten, die vom Schicksal schwer getroffen worden waren.

— Richtschnur ist die evidenzbasierte Medizin

Heute beschäftigt das KCO elf Ärztinnen und Ärzte sowie fünf Assistenzkräfte. „Jeder von uns hat seinen eigenen Schwerpunkt. Sonst könnte man sich nicht so tief einarbeiten und alle neuen Entwicklungen im Blick behalten“, erklärt Heyll und vergleicht es mit der Arbeit an Hochschulkliniken. Richtschnur für das KCO ist die evidenzbasierte Medizin.

„Und mittlerweile kann jeder für seinen Schwerpunkt ähnliche Erfolge verbuchen“, berichtet Heyll voller Stolz von seinem Team. „Jeder Einzelne hat sich einen guten Ruf erarbeitet, innerhalb der Medizinischen Dienste, bei der Deutschen Krebsgesellschaft und in vielen Fachgesellschaften.“ Das KCO-Team erstellt nicht nur Gutachten, sondern berät auch alle Medizinischen Dienste, hat an einigen Leitlinien zur Krebstherapie mitgearbeitet,

unterstützt die Deutsche Krebsgesellschaft bei ihren Bemühungen zur Qualitätssicherung in der Versorgung und berät den GKV-Spitzenverband im Gemeinsamen Bundesausschuss zu Behandlungsmethoden und Versorgungsstrukturen. „Uns ist wichtig, die Qualitätsanforderungen hoch zu halten und zeitgleich innovative Therapien zu unterstützen, sobald die wissenschaftlichen Daten dafürsprechen.“

Wenn Heyll über die Arbeit des KCO spricht, wird klar, dass alle im Team an einem Strang ziehen und das gleiche Ziel verfolgen. Deshalb war für Heyll die Entscheidung, vor 24 Jahren die Klinik zu verlassen, die richtige: „Ich bin davon überzeugt, mit meiner jetzigen Tätigkeit mehr Gutes für Krebskranke getan zu haben, als es mir als einzelner Arzt am Krankenbett jemals möglich gewesen wäre.“

Wenn Heyll im Sommer die KCO-Leitung abgibt, hat er mehr Zeit, und wieder spielt Fortuna eine Rolle: Seine Nachfolge hat Glück, ein erfolgreiches und engagiertes Team zu übernehmen. Und Fortuna Düsseldorf wird möglicherweise einen Fan mehr bei Auswärtsspielen begrüßen können, eine Dauerkarte für Heimspiele hat Heyll ja eh schon.

Krankenversicherung

Medizinische Fachkompetenz gefragt

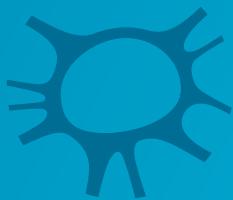
Ob Fragen zur Arbeitsunfähigkeit von Versicherten, zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln oder zur Notwendigkeit einer Rehabilitation – Fachärztinnen und Fachärzte des Medizinischen Dienstes Nordrhein beraten die Krankenkassen bei zahlreichen sozialmedizinischen Fragen zur ambulanten Versorgung und erstellen entsprechende Gutachten. Gefragt ist die medizinische Fachkompetenz der Gutachterinnen und Gutachter auch bei der Prüfung von Klinikabrechnungen oder von Qualität und Strukturen in Krankenhäusern.



**Über
330.000**

gutachterliche Stellungnahmen
haben die Krankenkassen 2023 bei den
Ärzteams des Medizinischen Dienstes
Nordrhein eingeholt.

Weitere Informationen im Heft
ab Seite 43 und unter:
www.md-nordrhein.de



Qualität auf dem Prüfstand

Der Medizinische Dienst prüft die Qualität von Krankenhausbehandlungen auf unterschiedliche Weise – in Strukturprüfungen und in Qualitätskontrollen. Ein Überblick.



Für Krankenhäuser gibt es vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für bestimmte Behandlungen Vorgaben zur Qualität und wie diese dokumentiert wird. Überprüft wird dies vom Medizinischen Dienst in Qualitätskontrollen.

Hierzu zählen derzeit zwölf sogenannte Qualitätssicherungs-Richtlinien. Dabei geht es um komplexe Behandlungen, die einen sehr hohen Qualitätsstandard voraussetzen. Dies sind unter anderem Behandlungen von Früh- und Reifgeborenen, in der Kinderherzchirurgie oder in der Kinderonkologie. Oder auch Qualitätsanforderungen bei Herzklappeneingriffen, bei der Versorgung eines Oberschenkelbruchs nahe des Hüftgelenks oder bei einem Bauchaortenaneurysma, einer gefährlichen Ausdehnung der Bauchschlagader. Jedes Krankenhaus oder jede Station, die eine solche Behandlung durchführen möchte, wird einmalig überprüft – entweder im Kalenderjahr 2020, 2021, 2022, 2023 oder 2024.

Im Gegensatz zu diesen Qualitätssicherungs-Richtlinien werden andere Richtlinien anhand von Stichproben überprüft. Unter diese fällt die Kontrolle von Notfallstrukturen in Krankenhäusern oder die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“. Bei Letzterer wird der Medizinische Dienst beauftragt, die vom G-BA festgelegten Mindestvorgaben für Personal in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu kontrollieren.

Bei den Stichproben der Notfallstrukturen in Krankenhäusern werden in den Jahren 2021 bis 2026 jeweils 20 Prozent aller Krankenhäuser überprüft, die an der strukturierten Notfallversorgung teilnehmen, und ab 2027 jeweils neun Prozent. Die Notfallversorgung ist in Stufen unterteilt. Es gibt Häuser, die eine Basisnotfallversorgung übernehmen, andere übernehmen die erweiterte Notfallversorgung und müssen damit mehr Fachabteilungen und Fachpersonal, eine größere Intensivstation oder zusätzliche medizinisch-technische Ausstattungen vorhalten. Noch mehr Anforderungen – wie etwa eine Hubschrauberlandestelle unmittelbar am Krankenhaus ohne Zwischen-

transport – werden an die umfassende Notfallversorgung gestellt. Und im Falle der speziellen Notfallversorgung bedarf es zum Beispiel einer Notfallversorgung für Kinder oder einer Schlaganfallversorgung.

Für alle Richtlinien-Kontrollen gilt: Gutachterteams des Medizinischen Dienstes können beauftragt werden, wenn Krankenkassen einen Anlass für eine Prüfung oder konkrete Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen sehen.

— Strukturelle Vorgaben erfüllen

Auch bei den Strukturprüfungen steht die Qualität auf dem Prüfstand. Für besonders komplexe Krankheitsbilder müssen Krankenhäuser nachweisen, dass sie bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt aktuell für 54 verschiedene Krankenhausleistungen – darunter beispielsweise die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung oder die Leistungen zur Behandlung schwer kranker Kinder.

Im Gegensatz zu den Qualitätskontrollen wird der Medizinische Dienst bei den Strukturprüfungen nicht von den Krankenkassen beauftragt, sondern von den Krankenhäusern. Überprüft wird, ob ein Krankenhaus die sogenannten Strukturmerkmale erfüllt. Das Ergebnis der Krankenhausstrukturprüfung entscheidet dann darüber, ob das Krankenhaus die Behandlung mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen kann.

Alle Strukturmerkmale, die der Medizinische Dienst überprüft, sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel, kurz OPS, festgelegt. OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinmedizinischen Maßnahmen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt jährlich den OPS im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus.

Qualität unter Kontrolle

Bei jedem dritten Antrag wurden Anforderungen, die an Behandlungen gestellt sind, von den Krankenhäusern nicht erfüllt. Probleme zeigten sich vor allem bei der Versorgung von Frühgeborenen. Hier offenbarten die Qualitätskontrollen ein strukturelles Problem in Nordrhein.

Es geht um die kleinsten der Kleinen: Extreme Frühchen, die bei ihrer Geburt wenige Hundert Gramm wiegen. Um sie adäquat zu versorgen, braucht es ein erfahrenes Behandlungsteam. Doch gerade bei der Behandlung von Früh- und Reifgeborenen zeigten sich im Jahr 2023 Auffälligkeiten.

Wer Frühchen behandeln möchte, muss eine hohe Qualität in der Behandlung sowie viel Personal vorhalten. Wie viel Personal und wie viel Erfahrung nötig sind, entscheidet das Geburtsgewicht. Aus diesem Grund gibt es drei verschiedene Level der Versorgung. Möchten Krankenhäuser Frühgeborene behandeln, die weniger als 1.250 Gramm wiegen, müssen sie die Anforderungen eines „Perinatalzentrums Level 1“ erfüllen. Neugeborene, die zwischen 1.250 und 1.500 Gramm wiegen, werden in Level-2-Häusern versorgt. Für Kinder über 1.500 Gramm ist die Versorgung in Häusern mit „Perinatalem Schwerpunkt – Level 3“ vorgesehen.

Sechs Krankenhäuser mit perinatalem Schwerpunkt wurden 2023 kontrolliert und erhielten allesamt einen positiven Bescheid. Bei den Level-1-Häusern, also denen mit den höchsten Anforderungen, gab es im Jahr 2023 acht Kontrollen, gleich zu Beginn des Jahres 2024 folgten fünf weitere. Von den insgesamt 13 Kontrollen waren fünf negativ. Bei jedem der fünf Häuser waren gleich mehrere Vorgaben

nicht erfüllt. Oft mangelte es an Fachpersonal – etwa aus der Kinderkardiologie, Kinderchirurgie, Neonatologie, oder es fehlten Gynäkologen mit dem Schwerpunkt „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“.

„Krankenhäuser, die zum Beispiel keine Kinderkardiologie selbst betreiben, können mit anderen Häusern kooperieren. Zweimal existierte unter anderem kein Vertrag. Was nach einer Formalie klingt, ist aber für Kinder, die vielleicht 350 Gramm wiegen, überlebenswichtig“, erklärt Dr. Claudia Kreuzer, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Stationäre Versorgung, die ablehnenden Bescheide. Am häufigsten fehlte in diesen Krankenhäusern die psychosoziale Betreuung. Hier geht es vor allem darum, die Eltern für die Nachsorge zu schulen. Ein Punkt, der über das spätere Leben der Kinder mitentscheidet.

„Grundsätzlich sind die Level-1-Häuser in Nordrhein aber gut aufgestellt“, sagt Kreuzer. Ganz anders die Level-2-Häuser. Alle fünf Kontrollen dieser Häuser im Jahr 2023 fielen negativ aus. Gründe für die ablehnenden Bescheide waren vielfältig: Die fünf Krankenhäuser erfüllten zusammen 50 Vorgaben nicht. Auch hier war Personalmangel der häufigste Grund. Qualifikationen der ärztlichen Leitung und Stellvertretung fehlten und die vorgeschriebenen Anwesenheiten von Spezialisten konnten nicht nachgewiesen werden.

Kreuzer: „Unsere Kontrollen bestätigen das grundsätzliche Strukturproblem, das aktuell diskutiert wird und mit der Krankenhausreform gelöst werden soll.“ Ein Blick auf die Zahlen verdeutlicht es: Von 787.523 Geburten im Jahr 2018 in Deutschland kamen laut GKV-Spitzenverband 6.541 Frühgeborene zu Welt, die ein Gewicht von weniger als 1.250 Gramm hatten.

Das entspricht etwa 0,8 Prozent aller Geburten. In Nordrhein bieten insgesamt 19 Krankenhäuser die Versorgung dieser Frühchen (Level 1) an und werden in den Jahren 2023 und 2024 vom Medizinischen Dienst überprüft. Doch für diese kleine Anzahl von Frühgeborenen wäre eine spezialisierte Versorgung in etwa fünf Krankenhäusern ausreichend. Denn zudem handelt es sich bei den kleinsten Frühgeborenen in den seltensten Fällen um Spontangeburt. Oft zeichnen sich schon früh in der Schwangerschaft Probleme ab. Die betroffenen Frauen sind bereits in Behandlung oder im Krankenhaus, wo versucht wird, die Geburt solange wie möglich hinauszuzögern. Bei der Level-1-Versorgung kommt es demnach viel mehr auf Qualität als auf Quantität an.

„Es braucht Expertinnen und Experten mit viel Erfahrung, um die extremen Frühchen gut versorgen zu können. Nicht jeder kann einen künstlichen Darmausgang legen, der gerade einmal so groß ist wie ein kleiner Fingernagel.

Hier sollten im Sinne der guten Versorgung alle Kräfte gebündelt werden“, erklärt Kreuzer.

Zudem gibt es ein Problem mit dem Pflegepersonal. Eigentlich soll dieser Aspekt bei den Qualitätskontrollen auch geprüft werden. Wissen die Krankenhäuser bereits, dass sie nicht genug Pflegepersonal für die kleinsten der Kleinen vorhalten können, melden sie dies dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser beruft ein Lenkungsgremium, das mit den Häusern klärt, was getan werden kann, und vereinbart entsprechende Ziele. Befinden sich Krankenhäuser in diesem sogenannten klärenden Dialog, prüft der Medizinische Dienst die Ausstattung an Pflegepersonal nicht, denn es steht ja bereits fest, dass zu wenig davon vorhanden ist. Bis auf zwei Krankenhäuser haben sich in Nordrhein alle zu dem klärenden Dialog angemeldet. Die beiden übrig gebliebenen wurden kontrolliert und konnten die Vorgaben nicht erfüllen. Somit scheint es kein Krankenhaus in Nordrhein zu geben, das die Vorgaben an das Pflegepersonal nach der Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen in den Stufen Level-1 und Level-2 erfüllen kann.

Gute onkologische Versorgung

Die weiteren Ergebnisse der Qualitätskontrollen fallen recht unterschiedlich aus. Während etwa die CAR-T-Zelltherapie ein positives Versorgungsbeispiel ist, zeigen die Ergebnisse bei Eingriffen an Herzklappen ein recht durchwachsendes Bild.

Bei der CAR-T-Zelltherapie geht es um die Behandlung bestimmter Formen von Blut- und Lymphdrüsenkrebs. Diese hoch aufwendige Therapie sollte nur in spezialisierten hämatonkologischen Zentren durchgeführt werden, die über ausreichend Pflegepersonal verfügen sowie über genügend ärztliche Expertinnen und Experten zahlreicher Fachdisziplinen →



mit notwendiger Erfahrung. In Nordrhein ist dies durchweg der Fall: 13 Kontrollen im Jahr 2023 waren allesamt positiv. Bereits in den Jahren zuvor war das Bild ähnlich. Bei insgesamt elf Kontrollen in den Jahren 2021 und 2022 erfüllte nur ein Krankenhaus die Voraussetzungen nicht.

Bei der minimalinvasiven Operation an den Herzklappen werden zwei Verfahren kontrolliert: Mitraclip und TAVI. Von den insgesamt 39 Prüfungen waren zwölf positiv und 15 negativ. Zumeist fehlte es an ärztlichem sowie pflegerischem Fachpersonal. In zwölf Fällen war eine Beurteilung nicht möglich, da die Qualifikation der Kardiotechniker in Deutschland nicht geregelt ist. Kardiotechniker oder auch klinische Perfusionisten bedienen die hochkomplexen Herz-Lungen-Maschinen. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiotechnik empfiehlt die Inhalte des „European Certificate in Cardiovascular Perfusion“ als Mindeststandard. Hatten Kardiotechniker dieses europäische Zertifikat, sah der Medizinische Dienst Nordrhein die Voraussetzung als erfüllt an. Bei allen anderen konnte das Merkmal mangels verbindlicher Vorgabe nicht beurteilt werden.

Insgesamt führte der Medizinische Dienst Nordrhein 207 Qualitätskontrollen im Jahr 2023 durch. Bei 114 Aufträgen wurden alle Anforderungen erfüllt. In 74 Fällen wurden nicht alle Anforderungen erfüllt und in 16 Fällen war eine abschließende Beurteilung nicht möglich.



Personal unter Kontrolle

Seit 2023 prüft der Medizinische Dienst auch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestvorgaben für Personal in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Ein Erfahrungsbericht über die ersten Prüfungen in Nordrhein.

Die Prüferinnen und Prüfer staunten nicht schlecht. Eine Tagesklinik, in der es keine Betten gibt, rechnete Stunden fürs Bettenmachen an. Ein anderes Krankenhaus gab an, dass ein Transplantationsmediziner mehrere Stunden „psychiatrische Regelaufgaben“ übernommen hatte. Die Prüfteams vom Medizinischen Dienst Nordrhein konnten in ihren Qualitätskontrollen die Angaben der beiden Häuser nicht berücksichtigen. Schließlich waren sie gekommen, um die Einhaltung der Personalanforderungen zu kontrollieren.

Grundlage hierfür ist die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“, kurz PPP-RL. Mit ihr soll die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sichergestellt werden. Die Krankenhäuser müssen für Behandlungen bestimmte Personalmindestvorgaben erfüllen. Dies gilt bereits seit 2020. Neu ist, dass dies seit 2023 vom Medizinischen Dienst überprüft wird.

„Die Beispiele sind Einzelfälle, aber sie zeigen deutlich, welche Herausforderungen die Qualitätskontrollen für beide Seiten mit sich bringen“, sagt Dr. Lars Job, Leiter des Medizinischen Fachbereichs Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik beim Medizinischen Dienst Nordrhein. „Denn die Richtlinie macht zwar sehr kleinteilige Vorgaben, dennoch bleiben Fragen offen oder es besteht ein mehr oder weniger großer Interpretationsspielraum. Der wird naturgemäß von den einzelnen Akteuren unterschiedlich ausgelegt“, sagt Job. „Deshalb legen wir bei unseren Kontrollen die Richtlinie streng nach Wortlaut aus, um uns an die Vorgaben zu halten und um einheitliche Prüfungen möglich zu machen. Wo die Richtlinie nicht eindeutig ist, haben wir rein fachlich-inhaltliche Überlegungen im systematischen Zusammenhang mit der PPP-RL angesetzt.“

Mitarbeitende fürs Bettenmachen zu berechnen, obwohl es gar keine Betten gibt, oder die Tätigkeit eines Transplantationsmediziners als psychiatrische Regelaufgabe zu deklarieren, lässt natürlich keinen Interpretationsspielraum zu. Doch die Prüfteams standen vor weitaus komplexeren Aufgaben: Bei im Ausland erworbenen Qualifikationen fehlte es zum Beispiel häufig an Äquivalenzbescheinigungen, die eine Gleichwertigkeit zur deutschen Ausbildung nachwies. Bei Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis fehlte der erforderliche Kooperations- oder Honorarvertrag. Und nicht selten wurden Mitarbeiter von ihren Arbeitgebern einer PPP-RL-Berufsgruppe zugeordnet, obwohl sie nicht die erforderliche Qualifikation hatten.

„Diskussionsbedarf gab es auch immer wieder bei der Auslegung der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der PPP-RL“, sagt Job. „Auf Grundlage der Richtlinie sowie der ‚Tragenden Gründe‘ muss die anrechenbare diagnostische, therapeutische oder pflegerische Tätigkeit einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen oder Patienten haben. Diesen Bezug konnten wir bei der pauschalen Anrechnung ohne kon-

krete Tätigkeitsbelege, zum Beispiel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zentralen Patientenverwaltung, der Abrechnung oder des zentralen Medizincontrollings, in der Regel nicht gelten lassen.“

Sehr aufwendig waren laut Job oft die Kontrollen der sogenannten Vollkraftstunden des Personals am jeweiligen Standort. Die Krankenhäuser errechnen diese sehr unterschiedlich. „Einige Rechensysteme waren gut nachvollziehbar, viele jedoch sehr intransparent. Insbesondere Krankenhäuser mit mehreren Standorten oder mehreren Einrichtungen errechnen die Personalstunden je Standort manchmal einfach über einen Verteilerschlüssel, quasi wie eine betriebswirtschaftliche Kostenstellenzuordnung“, erzählt Job. Bei den Prüfungen stellte sich dann jedoch heraus,



dass diese Berechnungen nicht immer etwas mit der tatsächlichen Anwesenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Standort zu tun hatten. „Es ist natürlich völlig in Ordnung und sinnvoll, wenn Personal an verschiedenen Standorten tätig ist. Dass es aber überhaupt keine standortbezogenen Dienst- oder Einsatzpläne gibt, aus denen hervorgeht, wann ein Mitarbeiter wie lange wo war, hat uns dann doch sehr überrascht.“

Gelegentlich hätten auch Krankenhausvertreter bestätigt, dass die über den Ver- →

teilerschlüssel errechneten Stunden nicht die Realität abbilden würden. „Auf unsere Nachfragen mussten die Krankenhäuser teilweise einräumen, dass einzelne Mitarbeiter im genannten Quartal überhaupt nicht am Standort tätig waren, obwohl Stunden für sie angegeben wurden.“ Oder der mathematische Algorithmus errechnete negative Anwesenheitszeiten. Dann galt es, in akribischer Kleinarbeit den Arbeitsumfang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Standort zu ermitteln, was jedoch aufgrund fehlender Belege nicht immer gelang.

„Von Anfang an war es unser Ziel, trotz der zum Teil sehr komplexen und kleinteiligen Richtlinienvorgaben die Kontrollen möglichst für beide Seiten aufwandsarm und pragmatisch zu gestalten. Die Praxis lehrte uns dann, dass dies nicht immer möglich war. Wir haben die Richtlinie nicht erstellt und halten einzelne Vorgaben für diskussionswürdig, doch ist es unser Auftrag, die Einhaltung zu prüfen.“

Effiziente Kontrollen für beide Seiten

Dass es auch anders geht, zeigte sich in den Häusern, die sehr gut vorbereitet waren. In solchen Fällen lagen Qualifikationsnachweise vor. Für jeden Mitarbeiter konnten die Regelaufgaben benannt werden, und es gab nachvollziehbare Dienstpläne, aus denen die tatsächlich geleisteten Stunden am Standort oder in der Einrichtung ermittelt werden konnten.

Auch der in der PPP-Richtlinie vorgegebene notwendige Abzug von Ausfallzeiten wurde von einigen Krankenhäusern vorbildhaft aufgeführt. Andere Kliniken hingegen berücksichtigten Ausfallzeiten gar nicht oder zogen einfach bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die gleiche Pauschale ab. „In solchen Fällen haben sich unsere Gutachterinnen und Gutachter sehr bemüht, die realen Ausfallzeiten zu ermitteln.“

Gemäß MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) haben die Kontrollen vor Ort in der geprüften Einrichtung stattzufinden. „Schnell war uns aber klar, dass einige Prüfschritte, wie etwa die Kontrolle von Qualifikationsunterlagen und Arbeitsverträgen, besser und effizienter in Aktenlage durchgeführt beziehungsweise vorbereitet werden können. So konnte der Vor-Ort-Termin erheblich verkürzt und Personal auf beiden Seiten geschont werden.“ Deshalb wurden die Krankenhäuser gebeten, dem Medizinischen Dienst die erforderlichen Unterlagen vorab zuzuschicken. Viele kamen dieser Aufforderung nach, und in der Regel konnten die Kontrollen dann an einem Tag vor Ort komplett abgeschlossen werden, da die Häuser bereits im Vorfeld auf fehlende Dokumente aufmerksam gemacht wurden.

„Es war uns immer bewusst, dass die Qualitätskontrollen auch für die Krankenhäuser neu sind und diese vor Herausforderungen stellt. Daher haben wir uns bemüht, den Krankenhäusern soweit wie möglich entgegenzukommen. Wenn Dokumente fehlten, haben wir sowohl



vor als auch nach dem Prüftermin den telefonischen Kontakt gesucht, um zu erläutern welche Unterlagen noch fehlen und warum.“

Insgesamt 32 Qualitätskontrollen führte der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2023 durch. In aller Regel wurden die Prüferinnen und Prüfer sehr freundlich empfangen und vor Ort herrschte eine angenehm konstruktive Arbeitsatmosphäre. „Die jeweils anwesenden Vertreter, überwiegend aus der Verwaltung und dem Controlling, waren sehr bemüht, uns zu unterstützen und die notwendigen Informationen bereitzustellen. Bevor es in die zweite Runde geht, haben wir die Zeit genutzt, um unsere Erfahrungen zusammenzutragen, Verbesserungspotenzial zu identifizieren und unsere Prozesse noch einmal anzupassen. Davon werden auch die Kliniken profitieren.“

Als Wunsch an die Krankenhausvertreter hat Job, dass diese dem Medizinischen Dienst alle erforderlichen Unterlagen vor dem Prüftermin vorlegen. „Die Unterlagen müssen die Qualifikation, die durchgeführten Regelaufgaben, die tatsächliche Tätigkeit am zu prüfenden Standort sowie die Ausfallzeiten jedes Mitarbeiters eindeutig und nachvollziehbar belegen. Dann steht unsererseits einer unkomplizierten und schlanken Qualitätskontrolle vor Ort nichts im Wege.“

Die Ergebnisse im Überblick:

Im Jahr 2023 führte der Medizinische Dienst Nordrhein 32 Qualitätskontrollen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch. Dabei erfüllten nur fünf Krankenhäuser die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Mindestvorgaben für Personal. In 25 Fällen wurden die Vorgaben nicht erfüllt. Bei zwei Prüfungen war eine abschließende Beurteilung nicht möglich.

Strukturen unter Kontrolle

Im dritten Prüfungsjahr zeigt sich, dass sich die Strukturen in Krankenhäusern deutlich verbessert haben.

Ziel der 2021 vom Gesetzgeber eingeführten Strukturprüfungen ist die Gewährleistung hoher Behandlungsstandards – und somit auch eine optimale Versorgungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten. Diese Versorgung ist in Nordrhein gut. Beim überwiegenden Teil der 2023 geprüften Krankenhäuser gab es keine Beanstandungen. Bei der Begutachtung wurden lediglich 1,7 Prozent der 1.360 eingegangenen Anträge negativ beschieden. Oder positiv formuliert: 98,3 Prozent waren erfolgreich. Fielen im ersten Jahr der Strukturprüfungen erst 85 Prozent der Anträge positiv aus, hatte sich die Quote im zweiten Jahr bereits auf 92 Prozent verbessert.

Die Gründe für die Ablehnungen haben sich kaum geändert: Zumeist fehlt es an Personal. Wie in den Jahren zuvor vor allen Dingen auf den Intensivstationen und in der Kinderintensivversorgung. Auch bei den neurologischen Komplexkodes, wie etwa der Schlaganfallbehandlung, konnten hier und da Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt werden. Wurden die Hygienekodes im ersten Jahr noch sehr oft negativ beschieden, hatten die Häuser bereits im zweiten Jahr in Personal und Ausstattung investiert. Im dritten Jahr mussten nur noch vier Anträge abgelehnt werden, weil nicht jedes Zimmer über eine Schleuse verfügte, die für die Behandlung von multiresistenten oder isolationspflichtigen Erregern vorgeschrieben ist.



Wieder
Luft zum

Die außerklinische Intensivpflege wurde neu geregelt. Hierbei geht es zumeist um Patientinnen und Patienten, die beatmet werden oder Atemluft über eine Trachealkanüle erhalten. Was die neue Richtlinie vorschreibt und welche Rolle der Medizinische Dienst dabei hat.

Der Tag, der Martin K.s* Leben verändert hat, begann mit Müdigkeit und Kopfschmerzen. Als auch noch hohes Fieber hinzukam, dachte der 57-Jährige an eine Grippe und dass diese schon vorübergehen würde. Sie ging aber nicht vorüber. Denn es war keine Grippe.

Als sich K. benommen fühlte und Sprach- sowie Gedächtnisprobleme einsetzten, ging er zum Arzt. Die Diagnose traf ihn wie ein Schlag: Hirnhautentzündung infolge einer Herpesinfektion. Und es kam noch schlimmer: Krampfanfälle, Lungenembolie, und schließlich musste K. auf einer Intensivstation im Krankenhaus beatmet werden.

Als sich der Zustand des 57-Jährigen stabilisierte und eine Entlassung in eine Rehabilitation anstand, wurde er einer von rund 700 Patienten, die 2023 vom Medizinischen Dienst Nordrhein begutachtet wurden. Denn K. musste zwar nicht mehr beatmet werden, erhielt aber noch seine Atemluft über eine Trachealkanüle. Eine Kanüle, die per Luftröhrenschnitt eingesetzt wird. Er erhielt von seinen Ärzten eine Verordnung zur außerklinischen Intensivversorgung, kurz AKI. Bei der AKI geht es um beatmete oder mit einer Trachealkanüle versehene Patientinnen und Patienten. Also um Menschen wie Martin K., die außerhalb eines Krankenhauses versorgt werden sollen – zunächst in einer Reha-Klinik und später zu Hause von einem Intensivpflegedienst in sogenannten Beatmung-WGs oder in spezialisierten Einrichtungen für Beatmungsentwöhnung.

Mindestens 14 Tage vor der Entlassung aus dem Krankenhaus müssen die Krankenkassen informiert werden, um die AKI-Verordnung genehmigen zu können. Im Fall von Martin K. wurde zudem ein Gutachten erstellt. Gutachter war Dr. Wilhelm Rehorn vom Medizinischen Dienst

Nordrhein. Der Facharzt für Anästhesiologie begutachtet im Auftrag der Krankenkassen, wie Beatmungspatientinnen und -patienten weiterbetreut werden können, wenn es nicht möglich war, die Kanüle bis zum Ende der Krankenhausbehandlung zu entfernen.

Rehorn kann sich noch gut an den Patienten erinnern. „Er ist ein Beispiel dafür, wie eine perfekte AKI ablaufen kann. Doch dies ist leider nicht immer der Fall“, sagt der Gutachter. Er weiß, wovon er spricht, hat er doch in den vergangenen acht Jahren über 4.000 Patientinnen und Patienten in Nordrhein begutachtet und Statistik darüber geführt. Die meisten sind männlich, zwischen 40 und 90 Jahre alt. Ein Großteil von ihnen muss nach neurologischen Erkrankungen intensivversorgt werden. Zweithäufigste Ursache für eine außerklinische Intensivversorgung ist eine Lungenerkrankung. Viele von ihnen bleiben sehr lange tracheotomiert und damit in der außerklinischen Intensivversorgung.

Richtlinie regelt Verordnungen

Um die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten zu verbessern, wurde die AKI neu organisiert. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses regelt, in welchen Fällen eine außerklinische Intensivpflege ärztlich verordnet werden darf. Die neuen Regelungen sehen vor, dass bei allen tracheotomierten →

oder beatmeten Patientinnen und Patienten sowohl vor der Entlassung aus dem Krankenhaus als auch anschließend in der ambulanten Versorgung von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten eine sogenannte Potenzialerhebung erstellt werden muss. Das bedeutet konkret: Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus müssen die Patientinnen und Patienten von zwei Fachärzten mit speziellen Kenntnissen untersucht werden, um festzustellen, ob ein kurzfristiges, mittelfristiges, langfristiges oder gar kein Dekanülierungspotenzial erkennbar ist. Alles mit dem Ziel, die Versorgung der Betroffenen zu verbessern und die Therapie so zu optimieren, dass eine Beatmungsentwöhnung oder sogar eine Dekanülierung stattfinden kann.

Dekanülierungspotenzial erheben

Martin K. wurde ein kurzfristiges Dekanülierungspotenzial attestiert. Das heißt, Ärzte und Gutachter glaubten, dass der Patient in etwa zwei Monaten wieder selbstständig atmen könne, sogar ohne Kanüle. Ist ein kurzfristiges Potenzial (bis zu zwei Monate) erkennbar, müssen laut AKI-Richtlinie die Versicherten nun in eine spezialisierte Klinik überwiesen werden. Sollte ein mittel- (zwei bis sechs Monate) oder langfristiges Potenzial (ab sechs Monate) erkennbar sein, können die Versicherten in die außerklinische Versorgung entlassen werden. In allen Fällen muss eine nahtlose Versorgung gewährleistet sein. Liegen die benötigten Ka-

pazitäten am vorgesehenen Leistungsort nicht vor, müssen geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der ununterbrochenen Leistungserbringung ergriffen werden, so die Richtlinie.

Wie wichtig gerade letztere Aspekte sind, weiß Rehorn aus langjähriger Erfahrung: „Damit die Menschen wieder lernen, selbstständig zu atmen, muss die Anschlussversorgung perfekt funktionieren.“ Eben wie bei Martin K.: Er kam in eine Reha-Klinik, wurde sehr gut versorgt und konnte nach einiger Zeit über die Kanüle selbstständig atmen. „Selbst wenn die Patientinnen und Patienten schon eigenständig über die Trachealkanüle atmen können, können sie diese nicht einfach entfernen“, erklärt Rehorn. Durch den Fremdkörper hat sich der Kehlkopf verschoben. Dadurch treten Schluckstörungen auf. Auch leiden Patienten wie K. an Muskelschwäche, müssen ihre Atemmuskulatur wieder trainieren.

K., dem ein kurzfristiges Dekanülierungspotenzial bescheinigt wurde, kam aufgrund dessen nach der Reha in ein spezialisiertes Zentrum. Logopäden, Physio-, Ergo- und Atemtherapeuten kümmerten sich täglich um ihn. „Es braucht eine so intensive Therapie, um Fortschritte zu erzielen. Und vor allen Dingen muss diese Therapie gleich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt und die Reha erfolgen“, erklärt Rehorn und verdeutlicht dies noch mit einem Negativbeispiel: „Wird ein Patient beispielsweise zu Hause versorgt und es kommt erst mal drei Wochen gar kein Logopäde vorbei und danach auch nur einmal in der Woche, sinken die Chancen für eine Dekanülierung dramatisch. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit einem mittel- oder langfristig



Die neue Richtlinie soll ein nahtloses Zusammenwirken aller an der außerklinischen Versorgung beteiligten Professionen sicherstellen.





Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte müssen unter anderem ein Netzwerk aller beteiligten Professionen aufbauen und regelmäßige Konsultationen abhalten.



vorhandenem Potenzial kann die Dekanülierung nur durch die Begleitung einer intensiven Logopädiebehandlung sichergestellt werden.“ Bislang waren jedoch nach Rehorns Erfahrungen Verzögerungen bei der Weiterbehandlung von 14 bis 30 Tagen keine Seltenheit.

Genau hier setzt die neue Richtlinie an. Sie schreibt eine kontinuierliche Versorgung direkt nach der Verlegung vor. Ob die Versorgung am sogenannten Ort der Leistungserbringung sichergestellt ist, wird von den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes jährlich überprüft. Weiterhin ist in der Richtlinie geregelt, dass nach der Entlassung speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzte im Abstand von sechs Monaten persönliche Visiten vornehmen müssen, um das Dekanülierungs- bzw. Optimierungspotenzial zu überprüfen. Zusätzlich müssen die verordnenden Ärztinnen und Ärzte unter anderem ein Netzwerk aller betei-

ligten Professionen aufbauen und regelmäßige Konsultationen abhalten, die Besprechungen protokollieren, die Angehörigen einbinden.

Martin K. hatte Glück, denn er konnte von den bestehenden Strukturen in Nordrhein profitieren, über die manch andere Regionen nicht verfügen. Schon heute gibt es in Nordrhein neun Weaning-Zentren. Diese auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten Zentren können die Versorgung regional sicherstellen. In einem hiervon wurde K. therapiert. Aus ihm wurde also kein Patient, der lange in der außerklinischen Intensivversorgung bleibt. Schon sechs Monate, nachdem er auf die Intensivstation gekommen war, konnte er dekanüliert werden und hatte endlich wieder Luft zum Atmen.

*(Name v. d. Red. geändert)

Pflegeversicherung

Qualität und Versorgung sichern

Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf eine hochwertige Versorgung – sowohl in den eigenen vier Wänden als auch in Pflegeeinrichtungen. Mehr als 640 examinierte Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes Nordrhein leisten dazu einen wichtigen Beitrag. Zum einen führen sie im Auftrag der Pflegekassen regelmäßige Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen oder bei ambulanten Pflegediensten durch. Zum anderen überprüfen sie die Pflegebedürftigkeit. Hierzu besuchen die Pflegefachkräfte Versicherte zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Neben der Empfehlung eines Pflegegrades und zur Art und zum Umfang von Pflegeleistungen schlagen sie, falls notwendig, auch Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation vor.



Fast **400.000**
Pflegegutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit erstellte
der Medizinische Dienst Nordrhein
im Jahr 2023.
Weitere Informationen im Heft
ab Seite 43 und unter:
www.md-nordrhein.de



Gute Pflege, schlechte Pflege?





Der Medizinische Dienst Nordrhein veröffentlicht erstmals die Ergebnisse der Pflegequalitätsprüfungen in einem Report. Die Zusammenstellung gibt einen Einblick in die pflegerische Versorgung und ihre Qualität in Nordrhein.

Rund 1,2 Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen sind pflegebedürftig. Dies ist mehr als die Einwohnerzahl von Köln. Sie alle benötigen Unterstützung, einige mehr, andere weniger. Sie leben vielleicht in einem Pflegeheim oder werden zu Hause und von einem ambulanten Pflegedienst betreut. Eins haben jedoch alle gemein: Sie vertrauen darauf, dass sie gut versorgt werden.

1,2 Millionen Menschen gut zu versorgen, ist keine leichte Aufgabe. Es bedarf nicht nur ausreichenden, sondern auch qualifizierten Personals. Und es ist eine Qualitätssicherung nötig, denn schließlich hängt von der Qualität der Pflege ab, wie gut es den Menschen geht. Als verpflichtende Qualitätssicherung hat der Gesetzgeber festgelegt, dass der Medizinische Dienst stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste einmal im Jahr prüft. Ziel ist, die Qualität der Versorgung und die Transparenz zu steigern. Dazu gehört auch, die Pflegeheime, Tagespflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste zu beraten, wie die Pflege verbessert und wie Mängeln vorgebeugt werden kann.

So weit, so gut. Doch gelingt dies auch? Wie gut ist die Pflegequalität hierzulande? Einer Antwort auf diese Frage ist der Medizinische Dienst Nordrhein nachgegangen und hat im Jahr 2023 erstmals einen Pflegereport veröffentlicht. Grundlage hierfür waren über 1.000 Qualitätsprüfungen, die vom 1. Juli 2021 bis zum 30. Juni 2022 stattgefunden haben. Darunter waren 511 Prüfungen von stationären Einrichtungen und 982 von ambulanten Diensten, hiervon waren 42 außerklinische Intensivpflegedienste. In dem Report „Pflege-Qualitätsprüfungen“ sind aber auch die Erfahrungen der rund 70 Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nordrhein eingeflossen. Denn in ihrer täglichen Arbeit erhalten sie einen guten Einblick, wie es um die Versorgung vor Ort konkret steht.

Das Ergebnis stimmt positiv und nachdenklich zugleich: Denn neben der grundsätzlich guten pflegerischen Versorgung in Pflege- →

heimen und durch ambulante Dienste zeigte sich auch Verbesserungspotenzial. Das war insbesondere dann der Fall, wenn ein höherer pflegerischer Aufwand oder höhere pflegfachliche Anforderungen für die Versorgung der Menschen notwendig waren. Konkret: Je mehr Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch benötigte, je aufwendiger die Pflege war, desto schwieriger wurde es für einige stationäre und ambulante Einrichtungen, diesem gerecht zu werden.

Bei der zeitintensivsten Form der ambulanten Pflege, der außerklinischen Intensivpflege (AKI), zeigten sich schließlich auch die meisten Defizite. Schwerstpflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die künstlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, werden bei der AKI in der Regel von spezialisierten am-

bulanten Pflegediensten versorgt. Und eben diese Versorgung von Beatmungspatienten muss sich deutlich verbessern.

Alles in allem zeigen diese Ergebnisse, dass die Qualität der Pflege in Zukunft nur sichergestellt werden kann, wenn das notwendige Fachpersonal und auch Hilfskräfte mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Eine große gesellschaftspolitische Herausforderung, die nicht allein die Organisationen und Einrichtungen der Pflege meistern können. Denn eins ist auch klar: Im Zuge des demografischen Wandels wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen weiterwachsen. Der Landesbetrieb NRW.IT prognostiziert, dass es 2050 etwa 1,6 Millionen Pflegebedürftige in NRW geben wird.

Eine Qualitätssicherung ist nötig, denn schließlich hängt von der Qualität der Pflege ab, wie gut es den Menschen geht.



Ergebnisse des Pflegereports im Detail



Stationäre Pflegeeinrichtungen

Während 511 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurden 4.325 pflegebedürftige Menschen besucht. Die Auswertung der Prüfberichte zeigt: Stationäre Pflegeheime leisten vor allem eine gute Grundpflege, wie etwa die Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Sinneswahrnehmung oder bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Positiv hervorzuheben ist zudem die Planung und Unterstützung rund um die Eingewöhnungsphase für die Bewohnerinnen und Bewohner nach ihrem Einzug.

Medikamentenversorgung

Verbesserungspotenzial zeigte sich vor allem bei der Medikamentenversorgung – in mehr als 20 Prozent der Fälle gab es Auffälligkeiten. So waren zum Beispiel Medikamentenpläne nicht korrekt, Bewohnerinnen und Bewohner erhielten falsche oder gar keine Medikamente oder in falscher Dosierung. So waren zum Beispiel die Gutachterinnen und Gutachter mittags auf den Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner und fanden Tabletten vor, die eigentlich schon morgens hätten verabreicht werden müssen. Oder bei einem Diabetiker wurde Insulin nicht nach dem ärztlich verordneten Schema verabreicht.

Wundversorgung

Probleme bestanden zudem bei der Wundversorgung. Diese erfolgt aufgrund einer ärztlichen Anordnung. Denn unabhängig von Ursachen, wie bei-

spielsweise Wunden nach operativen Eingriffen oder Druckgeschwüren (Dekubitalgeschwüre), müssen die pflegerischen Maßnahmen individuell für den Pflegebedürftigen geplant und ausgeführt werden. Bei rund 18 Prozent der besuchten Bewohnerinnen und Bewohner wurde die Wundversorgung jedoch als defizitär bewertet. Ein Prüfteam beobachtete etwa, dass eine Wunde nicht unter den notwendigen hygienischen Standards versorgt wurde. Die Pflegefachkräfte verwendeten nichtsteriles Verbandsmaterial und nichtsterile Scheren. In einem anderen Fall wurde ein bestehender Dekubitus gar nicht versorgt.

Medizinisch-pflegerische Bedarfslagen

Verbesserungspotenzial besteht zudem bei der „Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen“. Hier geht es um schwer erkrankte Menschen, die zum Beispiel beatmet werden, mit einer Magensonde oder einem Stoma versorgt sind und bei denen eine hohe fachliche Expertise bei der Pflege gefragt ist. Bei knapp einem Viertel der besuchten Personen zeigten sich Auffälligkeiten. So war etwa das Personal nicht ausreichend qualifiziert, die Hygiene mangelhaft oder die Handhabung der notwendigen Hilfsmittel nicht sachgerecht. So wurde in einem Fall das Absauggerät nicht nach den Vorgaben des Herstellers gereinigt. In einem anderen Fall war bei einer Person, die rund um die Uhr beatmet werden musste, das Ersatzgerät nicht einsatzbereit.



Ambulante Pflegedienste

Insgesamt 6.261 pflegebedürftige Menschen wurden während 982 Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten besucht. Grundsätzlich ist die Versorgung gut. Es zeigt sich aber auch hier: Je mehr Unterstützung ein Pflegebedürftiger benötigt, desto mehr Verbesserungspotenzial herrscht in der Versorgung.

Körperpflege

Wie bei den Prüfungen der stationären schneidet auch bei den ambulanten Einrichtungen die Ergebnisqualität bei der Körperpflege sehr gut ab. In 99,8 Prozent der Fälle war die Körperpflege aus Sicht der Prüferinnen und Prüfer angemessen und entsprach den Wünschen der Pflegebedürftigen.

Beratungsleistungen

Positiv bewertet wurden auch die Beratungsleistungen der ambulanten Dienste. Dabei geht es um Informationsgespräche und Beratungen der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen etwa zur Flüssigkeitsversorgung, zur Ernährung oder zum Umgang mit einer Demenzerkrankung.

Arztkontakt

Verbesserungspotenzial zeigte sich vor allem beim Kontakt mit dem behandelnden Arzt beziehungsweise der behandelnden Ärztin. Bei etwa einem Drittel der besuchten pflegebedürftigen Menschen wäre es aufgrund des gesundheitlichen Zustandes erforderlich gewesen, mit den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern Kontakt aufzunehmen, doch das wurde versäumt.

Schmerzmanagement

Auch das Schmerzmanagement war verbesserungswürdig. Bei fast einem Drittel entsprach es nicht den fachlichen Anforderungen. Ein Beispiel: Wie bei allen Medikamenten muss auch für die Schmerzmedikation ein Plan vorliegen, in dem verordnete Medikamente, Dosierungen und Zeitpunkt der Medikamentengabe notiert sind. Doch es lagen drei verschiedene Pläne bei einer Person vor. Die Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes wussten nicht, welcher Plan aktuell war. In der Folge wurden Medikamente nicht nach ärztlicher Verordnung oder in einer falschen Dosierung verabreicht.





Außerklinische Intensivpflege

Die außerklinische Intensivpflege, kurz AKI, ist eine besondere Form der ambulanten Pflege. Durch die Weiterentwicklung der Medizintechnik ist es in den vergangenen Jahren möglich geworden, dass auch Menschen mit schwersten Erkrankungen zu Hause oder in anderen ambulanten Wohnformen betreut werden können. Es geht dabei vor allem um Patientinnen und Patienten, die beispielsweise künstlich beatmet werden, tracheotomiert sind oder unter schweren Krampfanfällen leiden.

Wurden sie früher überwiegend nur auf stationären Intensivstationen versorgt, so ist es heute mit der Unterstützung von spezialisierten Pflegefachkräften möglich, dass die Betroffenen in ganz unterschiedlichen Settings außerhalb der Klinik gepflegt, betreut und begleitet werden. Sie benötigen in der Regel rund um die Uhr eine Intensivpflege, denn bei ihnen besteht die Gefahr, dass jederzeit lebensbedrohliche Situationen eintreten können. Speziell ausgebildete Pflegefachkräfte müssen die Atem- und Herz-Kreislauf-Funktion überwachen oder Beatmungsgeräte sowie Inhalations- und Absauggeräte bedienen können.

Pflegepersonal

Insgesamt konnten 42 Qualitätsprüfungen in der außerklinischen Intensivpflege durchgeführt und dabei 62 Versicherte begutachtet werden. Das Ergebnis zeigt, dass dieser Pflegebereich deutliche Defizite aufweist. Zum einen ist die Zahl an qualifiziertem Pflegepersonal für die AKI häufig nicht ausreichend. So waren zum Beispiel bei etwa 18 Prozent der besuchten Bewohnerinnen und Bewohner keine kontinuierliche Beobachtung und ständige Interventionsbereitschaft gewährleistet.

Beatmung/Sauerstoffversorgung

Zum anderen fielen beim Umgang mit der Beatmung, der Sauerstoffversorgung, beim Absaugen oder bei der Inhalation Mängel auf. Bei rund 40 Prozent wurde das Absaugen nicht korrekt durchgeführt. Vor allem die hygienischen Anforderungen wurden nicht eingehalten.

Schmerzmanagement

Probleme gab es auch beim Schmerzmanagement. Pflegebedürftige in der AKI sind aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung häufig nicht in der Lage, sich über Schmerzen zu äußern. Daher müssen Schmerzausbrüche an Mimik und Gestik erkannt werden, an Unruhezuständen oder anderen nonverbalen Reaktionen. Mithilfe einer systematischen Krankenbeobachtung lässt sich erfassen, ob bei der Person chronische oder akute Schmerzen bestehen. Jedoch mangelte es in fast 30 Prozent der Fälle an einer systematischen Schmerzeinschätzung.

Alarmfunktionen

Bedenklich ist, dass bei etwa einem Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohngemeinschaften nicht sichergestellt war, dass die Alarme jederzeit funktionieren, wahrgenommen und darauf entsprechend reagiert wird. Teilweise waren Alarme an den Geräten ausgeschaltet oder keine Grenzwerte eingestellt. Es wurden auch einfach Türen geschlossen, und die Patientinnen und Patienten waren nicht mehr zu hören.



etz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) Vom 28. Mai 2008 Der Bund
gesetz beschlossen: Artikel 1 Änderung des Elften Buches
soziale Pflegeversicherung Artikel 1 des Gesetzes vom 26. 1
GBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs.
es Gesetzes vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842), wird wie folgt
Inhaltsübersicht
d wie folgt geändert:
Nach der Angabe zu § 7 wird folgende Angabe eingefügt:
Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst: „§ 10 Pflegebe
und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“. d) Nach der A
ird folgende Angabe eingefügt: „§ 44a Zusätzliche Leistun
Die Überschrift des Fünften
Abschnitts des Vierten Kapitels
ird wie folgt gefasst:
Fünfter Abschnitt Leistungen für Versicherte mit erhebliche
treuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungss
Nach der Angabe zu § 45c wird folgende Angabe eingefügt
förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe“
Die Angabe zu § 75 wird wie folgt gefasst: „§ 75 Maßnahm
Indesempfehlungen und Vereinbarung über die pfleger
Die Angabe zu § 80 wird wie folgt gefasst: „§ 80 (weggef
Nach der Angabe zu § 82a wird folgende Angabe eingefügt
erstützung“. k) Nach der Angabe zu § 84 wird folgende
87b Vergütung aus Zuschüsse für Pflegebedürftige mit erheb
lgemeinem Behandlungsbedarf“. l) Die Überschrift des Fünf
es Achten Kapitels wird wie folgt gefasst: Fünfter Abschn
versorgung und Pflege (Zusatzpunkte (m) Nach der Angabe zu
ird folgende Angabe eingefügt: „§ 111 Zusatzpunkte“
ngabe zu § 112 wird wie folgt gefasst: „§ 111 Qualitätsverantw
Die Angabe zu § 113 wird wie folgt gefasst: „§ 113 Maßstabe
r Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“.

herung
undestag hat das folgende
Sozialgesetzbuch

Mai 1994,
14

igt geändert:

Ein Gesetz und seine Folgen

„§ 7a Pflegeberufgesetz
Bericht der Bundesregierung
Angabe zu § 44
gen bei Pflegezeit“.

Vor 15 Jahren wurde das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebracht. Mit ihm wurden die regelmäßigen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes in Pflegeheimen eingeführt. Was hat sich seitdem verändert? Zeit, Bilanz zu ziehen und einen Ausblick zu wagen.

em allgemeinen
strukturen“.
gt: „§ 45d

Pflegenotstand, Pflegekrise, Fachkräftemangel in der Pflege – Schlagzeilen wie diese sind aktuell in Medien zu lesen. Doch die Frage, wie die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sichergestellt werden kann, ist nicht neu. Vor 15 Jahren wurde das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebracht. Dadurch sollten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen besser unterstützt und die Qualität in der Pflege verbessert werden.

Rückblick: In den 2000er-Jahren gab es keine jährlichen Qualitätskontrollen in Pflegeheimen. Der Medizinische Dienst wurde von den Landesverbänden der Pflegekassen nur zu Stichproben oder Anlassprüfungen beauftragt. „Wenn wir damals in eine Einrichtung kamen, erhielt man schon den Eindruck, dass in Pflegeheimen schlechte Zustände herrschten“, erzählt Robert Pelzer, Fachbereichsleiter Pflege-Qualitätsprüfungen beim Medizinischen Dienst Nordrhein. „Aber wir wurden ja auch nur aus einem konkreten Grund beauftragt, beispielsweise aufgrund einer Beschwerde.“

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz kamen die Regelprüfungen. Jede Einrichtung wurde einmal jährlich nach ihrer Qualität geprüft. Von den einigen wenigen Kontrollen stieg die Zahl bis 2023 auf über 2.800 pro Jahr. „Das Gefühl, dass in Pflegeeinrichtungen unhaltbare Zustände herrschen, wurde recht schnell relativiert“, erinnert sich Pelzer. Aber dennoch: „Es herrschte ein anderes Bewusstsein für Qualitätsanforderungen, als es nun üblich ist.“

Heute, 15 Jahre später: „Mit dem veränderten Bewusstsein hat sich auch die Qualität verbessert“, sagt Pelzer. Ähnlich sehen dies nicht nur die Prüfer, sondern auch die, die Pflege leisten. Ende 2023 hatte der Medizinische Dienst Nordrhein zu einer Dialog-Veranstaltung geladen, um der Frage nachzugehen, was sich seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verändert hat. Über 70 Gäste aus Pflegeeinrichtungen, von Verbänden, Kassen und aus der Politik folgten der Einladung. In Vorträgen und Diskussionsrunden schilderten die unterschiedlichen Akteure aus dem Gesundheitswesen, wie es aus ihrer Sicht um die Qualität der Pflege in Nordrhein steht.

Prüfungen motivieren das Personal

Dr. Heidemarie Kelleter, Referentin für Qualitätsberatung beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, machte in ihrem Vortrag deutlich, dass das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen zu einem Paradigmenwechsel geführt hat und die Qualitätsprüfungen dazu beitragen, das Pflegepersonal zu motivieren. Für Robert Pelzer →

verträge,
rische Versorgung
allen)“.
gt: „§ 82b Ehrenamtliche
Angabe eingeführt
lichem
ten Abschnitts
itt Integrierte
u § 92b
vortung“.
und Grundsätze

erheblichem allgemeinem

Betreuungsbedarf

sind in gleicher

Weise, insbesondere

über anerkannte

niedrigschwellige

Betreuungsangebote

zu unterrichten und zu

beraten.“

4. Nach § 7 wird

folgender § 7a eingefügt

„§ 7a Pflegeberatung (1)

Personen, die

nach diesem

erhalten, haben ab

dem 1. Januar

2009 Anspruch

individuelle Beratung

und Hilfestellung

in der Pflege

bei der Auswahl

anspruchsberechtigter

von bundes-

oder landesrechtlich

vorgesehenen

Sozialleistungen

sonstigen Hilfen

die auf die Unterstützung

von Menschen mit

Pflege-, Versorgungs-



vom Medizinischen Dienst ist dies ebenfalls ein entscheidender Punkt: „Bei unseren Prüfungen geht es nicht nur darum, alle vorgeschriebenen Anforderungen zu überprüfen. Wir beraten auch zu generellen Qualitätsentwicklungen und zu konkreten Situationen oder Abläufen“, erklärt Pelzer.

Zudem hat sich die Pflege selbst sehr verändert. Leitlinien, wie sie in der Medizin schon lange existieren, haben in den vergangenen Jahren auch als sogenannte Expertenstandards in der Pflege Einzug gehalten. „Zuvor wurde einfach gepflegt, wie es immer gemacht wurde. Heute ist die Pflegewissenschaft viel weiter als noch vor 15 Jahren“, sagt Pelzer. Wie Kelleter vom Diözesan-Caritasverband sieht auch er die Beschäftigung mit dem Qualitätsmanagement als wichtigen Punkt für gute Pflege. „Wenn man sich bei unseren Prüfungen die Pflegeprozesse anschaut, sieht man deutliche Verbesserungen. Ich würde nicht so weit gehen und sagen, dass sich aufgrund unserer Prüfungen die Pflege verbessert hat. Aber man kann sagen, dass dadurch das Qualitätsbewusstsein geschärft wurde.“

Ausblick: Bei allen positiven Entwicklungen gibt es aber auch Dinge, die aus Sicht aller Beteiligten verbesserungswürdig sind. Kelleter würde es begrüßen, wenn zukünftig in den Prüfungen die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner noch mehr Gewicht hätten. Und auch die beiden anderen Vortragenden auf der Dialog-Veranstaltung Ende 2023 äußerten

Wünsche für die Zukunft. Christiane Grote, Leiterin Fachgruppe Gesundheit und Pflegemarkt der Verbraucherzentrale NRW, möchte mehr Transparenz für die Verbraucherinnen und Verbraucher. Studien hätten gezeigt, dass die Systematik sowohl der externen Prüfberichte als auch der internen Erhebungen der Pflegeeinrichtungen zu schwierig, zu bürokratisch und damit zu unverständlich seien.

Schwarze Schafe schneller sanktionieren

Und Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, machte klar, woran es aus Sicht der Kassen immer noch mangelt: An einer grundlegenden und nachhaltigen Finanzierungsreform der Pflegeversicherung, an einer stärkeren Unterstützung für pflegende Angehörige, dem „größten Pflegedienst Deutschlands“, und an gesetzlichen Regelungen, die es möglich machen, die wenigen schwarze Schafe in der Pflegebranche schneller sanktionieren zu können.

Bleibt nur die Frage, ob sich die Qualität in der Pflege in Nordrhein nach 15 Jahren Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nun verbessert hat. Die Antwort ist ein klares „Ja“. Es hat sich viel verbessert in der Pflege. Dennoch gibt es Stellschrauben, an denen gedreht werden muss.

Zahlen, Daten, Fakten 2023



Der Medizinische Dienst
Nordrhein ist zuständig
für **6.313.115** Mitglieder
der gesetzlichen Kranken- und
Pflegekassen – das entspricht
11,2 % aller Mitglieder
bundesweit.

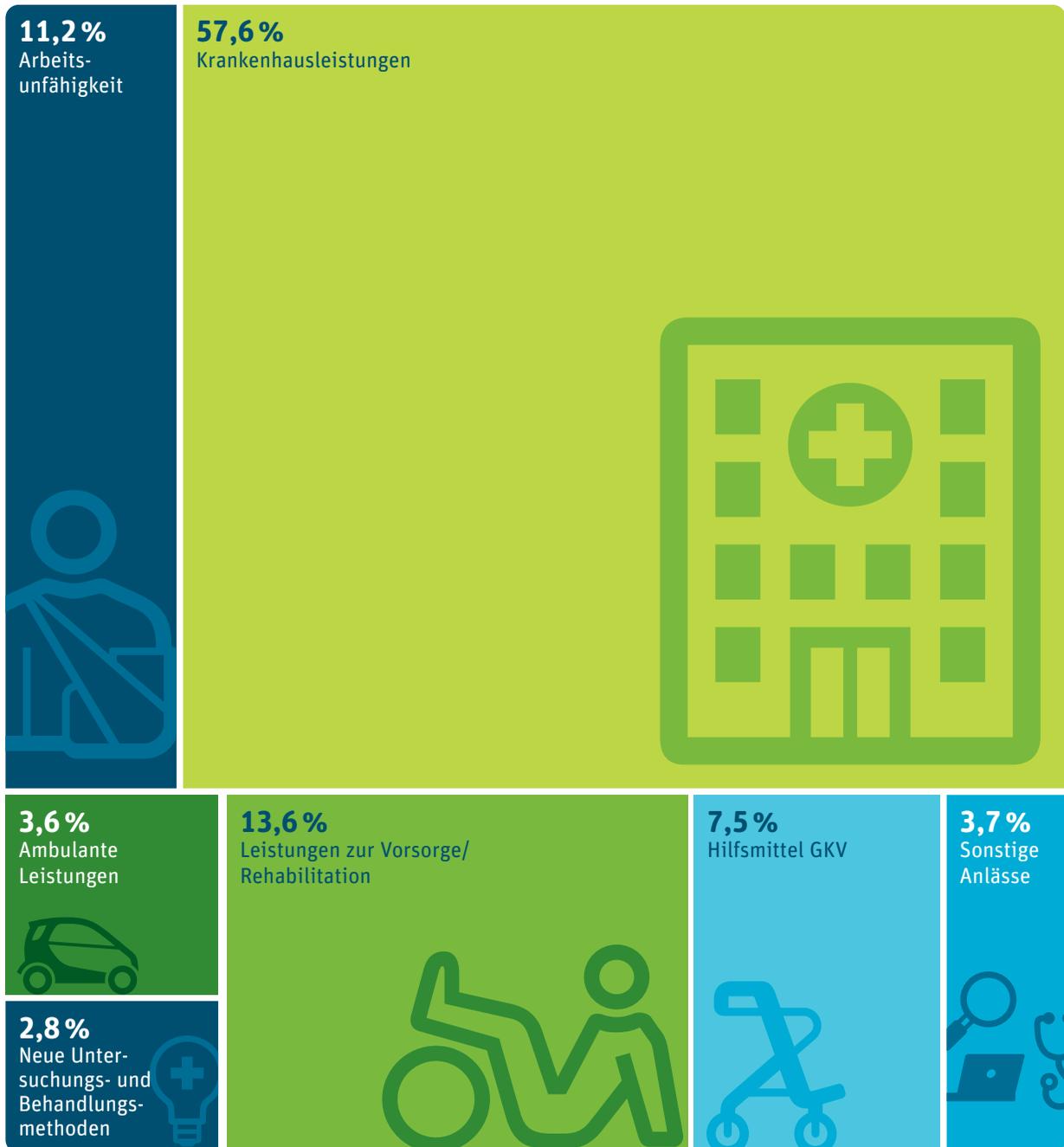


1.427 Beschäftigte
an **8** Standorten – darunter
643 pflegefachliche Gutach-
terinnen und Gutachter sowie
268 Ärztinnen und Ärzte

Leistungen auf einen Blick

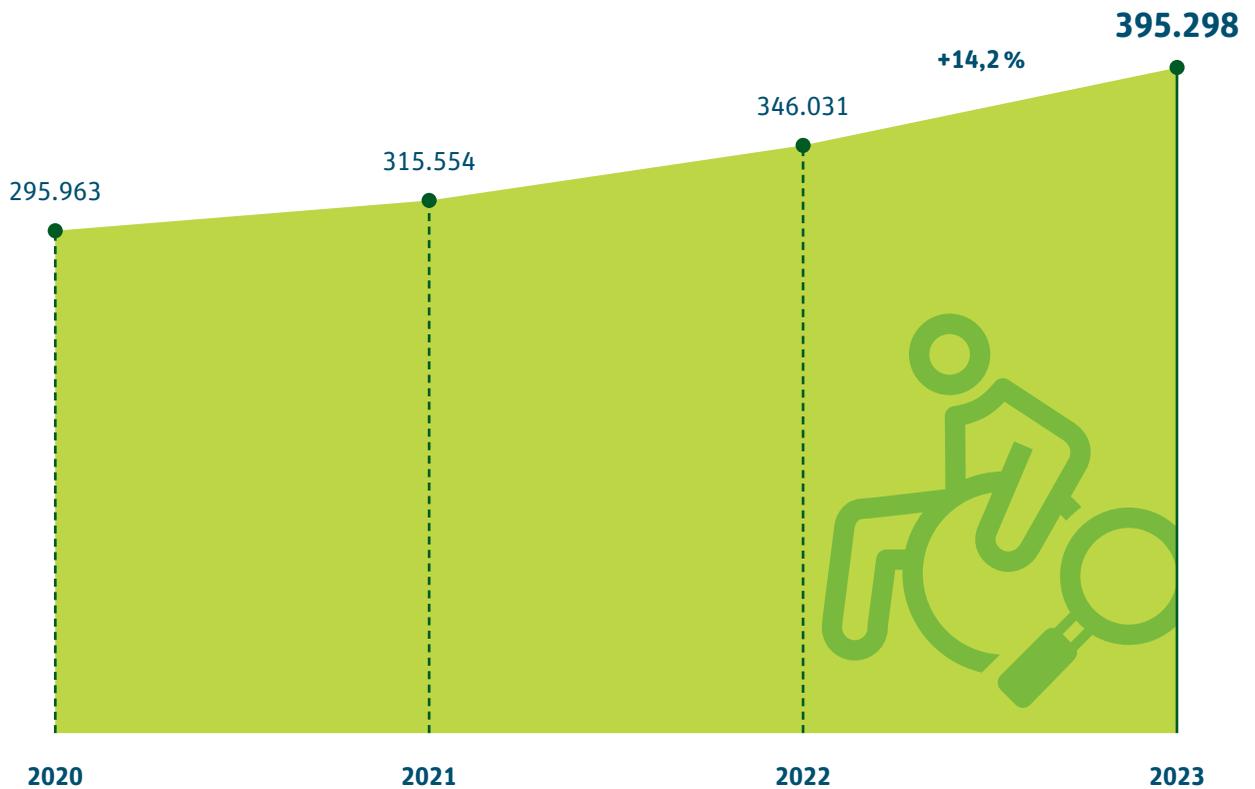
Krankenversicherung

Insgesamt **334.929** **gutachterliche Stellungnahmen** zu den folgenden Bereichen haben die Krankenkassen 2023 bei den Ärztinnen und Ärzten des Medizinischen Dienstes Nordrhein eingeholt.



Pflegeversicherung

Der Medizinische Dienst Nordrhein erstellte insgesamt **395.298 Pflegegutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit** im Jahr 2023 – eine Steigerung von rund **14,2 Prozent** zum Vorjahr.



Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen

Der Medizinische Dienst prüft die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

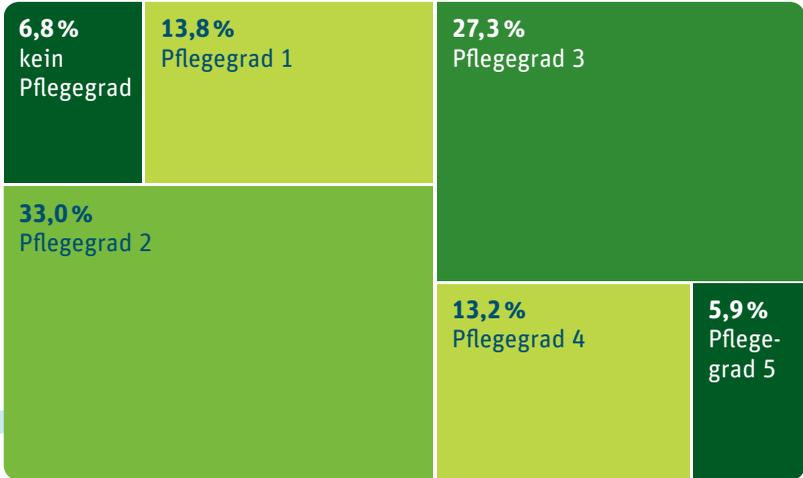


2.843
Prüfungen insgesamt

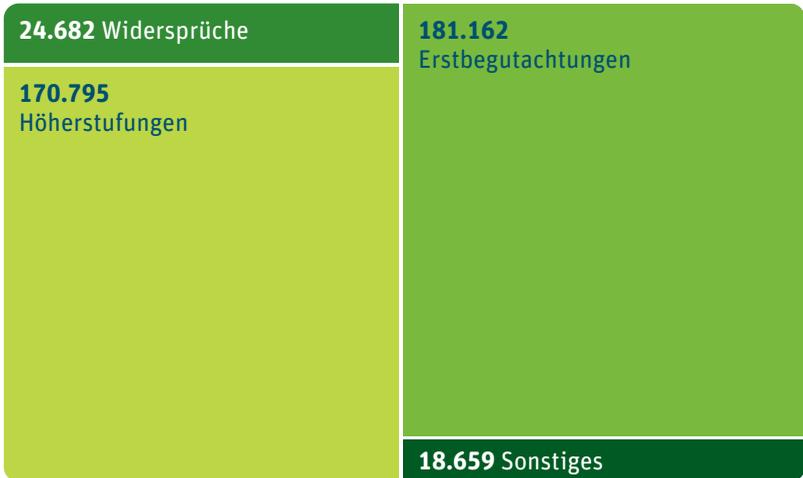
Pflegeeinzelfallbegutachtung

Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst. Der Maßstab für die Begutachtung ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie selbstständig der Mensch seinen Alltag bewältigen kann.

395.298 **Das Ergebnis der Gutachten ...**
Pflegegutachten



Die Gutachten betrafen ...



45,8%
Erstbegutachtungen

Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen

Bei der Qualitätsprüfung in einem Pflegeheim geht es dem Medizinischen Dienst vor allem um eine gute Pflege und medizinische Betreuung. Wie gut werden die pflegebedürftigen Menschen tatsächlich gepflegt?

2.843
Qualitätsprüfungen

Davon waren ...

1.452

Prüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen

1.391

Prüfungen von stationären Pflegeeinrichtungen



78 Anlassprüfungen

wurden 2023 aufgrund von Beschwerden oder Hinweisen auf Missstände in Pflegeheimen durchgeführt.



Krankenhaus-Strukturprüfungen

Für bestimmte Behandlungen müssen Krankenhäuser über strukturelle Voraussetzungen verfügen, die vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Die Prüfungen sind Voraussetzung dafür, dass Kliniken diese Leistungen nach dem sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können.

1.360 Anträge für eine Strukturprüfung 2023 hat der Medizinische Dienst Nordrhein erhalten.

Von den Anträgen wurden ...

94,1 %
befürwortet

4,2 % noch offen (Stand: 19.01.2024)

1,7 % abgelehnt

Bereiche der Strukturprüfungen

26,2 %
Psychiatrie

73,8 %
Somatik

Komplexeleistungen im somatischen Bereich (in Clustern)

293
Komplexbehandlung
Intensivmedizin

244
Komplexbehandlung
bei Infektion mit
isolationspflichtigen
Erregern/Hygiene

151
Komplexbehandlung
chronischer
Erkrankungen und
Rehabilitation

151
Sonstiges

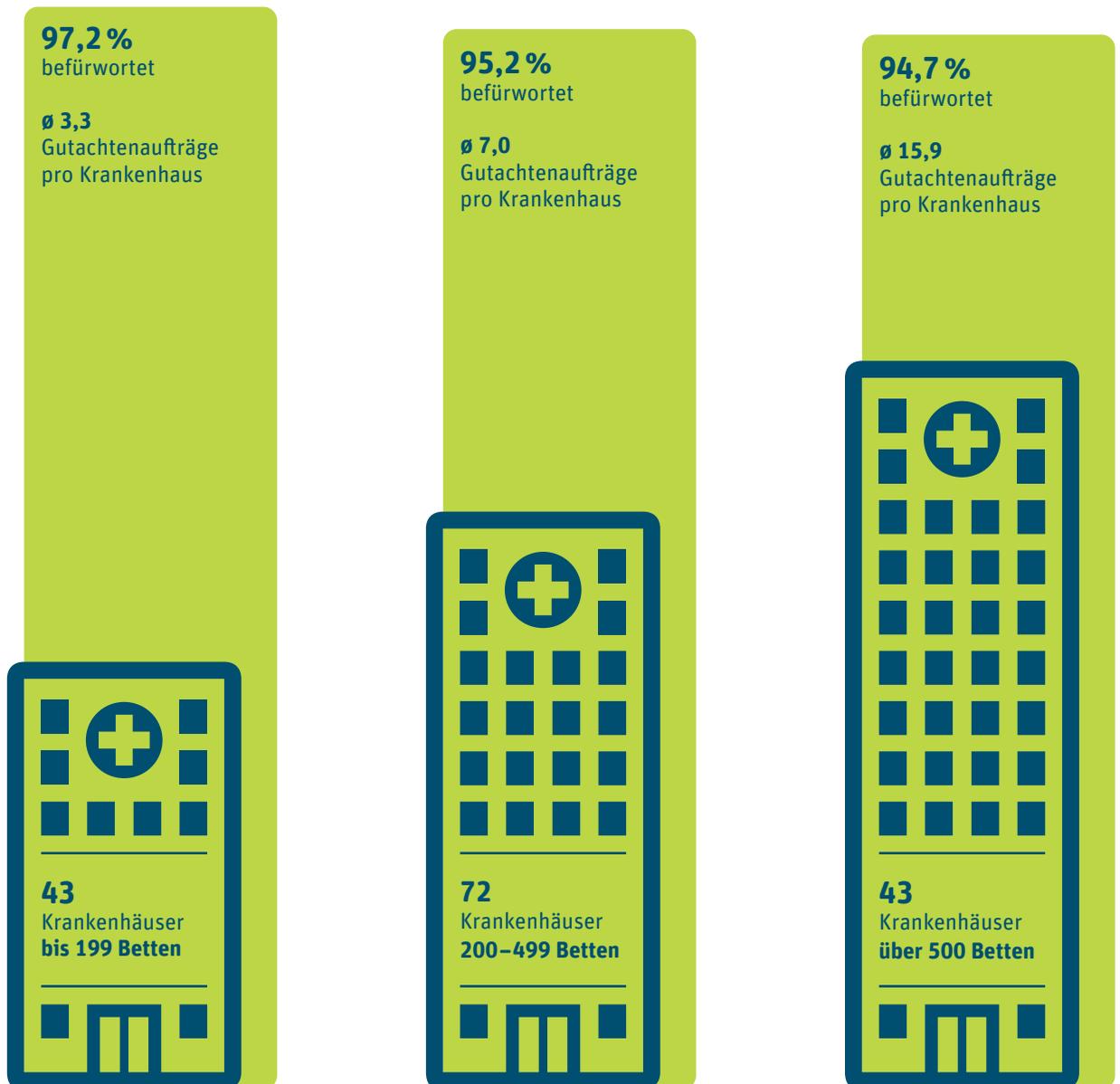
102
Komplexbehandlung
Palliativmedizin

62
Komplex-
behandlung
Schlaganfall

Kliniken können den Medizinischen Dienst Nordrhein mit Strukturprüfungen beauftragen. Hierbei wird geprüft, ob ein Krankenhaus die erforderlichen Strukturen einer Komplexbehandlung erfüllt – wie etwa technische und personelle Voraussetzungen. Ist die Prüfung bestanden, können die Kliniken die Leistung mit den Krankenkassen vereinbaren und abrechnen.



Von insgesamt **171 Krankenhäusern** in Nordrhein haben **158 Anträge für Strukturprüfungen** gestellt.



Krankenhausabrechnungen

192.876 Krankenhausabrechnungen hat der Medizinische Dienst Nordrhein 2023 geprüft, **53,0 Prozent** hiervon wurden beanstandet. Die Prüfquote lag 2023 im Durchschnitt bei **8,6 Prozent**.

Die Leistungen für stationäre Behandlungen rechnen die Kliniken über sogenannte diagnose-bezogene Fallpauschalen (DRG) mit den Krankenkassen ab. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, bei Rechnungsauffälligkeiten den Medizinischen Dienst einzuschalten und mit der Prüfung der Krankenhausabrechnungen zu beauftragen.

192.876
geprüfte Rechnungen

Von den geprüften Rechnungen waren ...

47,0 %
korrekt

7,9 %
beanstandet,
keine
Änderung
des Betrages

44,5 %
Rechnungen gekürzt

172,5 Mio. Euro
Rechnungskürzungen



0,6 % Rechnungsbeträge erhöht

Inhalte der Abrechnungsprüfung ...

55,8 %
Verweildauer

33,9 %
Fragen zur Kodierung

6,5 %
Zusatzentgelte

2,53 %
Fallsplitting

1,5 %
Sonstige

Qualitätskontrollen im Krankenhaus

Um die Behandlungsqualität in Krankenhäusern zu sichern, hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz die Möglichkeit von Qualitätskontrollen geschaffen. Dabei werden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an Qualität und Dokumentation vor Ort kontrolliert.

207 Qualitätskontrollen hat der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2023 durchgeführt.

46 Bauchaortenaneurysma



39 Minimalinvasive Herzklappeninterventionen



32 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie



32 Notfallstrukturen in Krankenhäusern



19 Versorgung Früh- und Reifgeborene



13 CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien



6 Kinderonkologie



6 Stammzelltransplantation bei Leukämie und Myelom



5 Lungenvolumenreduktion bei Lungenemphysem



5 Liposuktion bei Lipödem



4 Neuartige Therapie bei spinaler Muskelatrophie

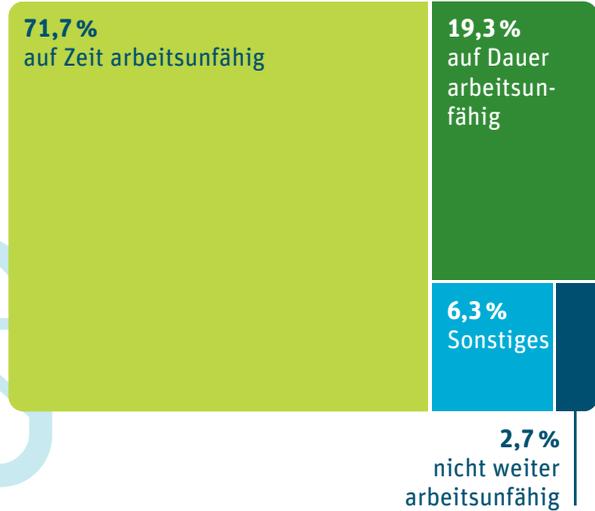


Arbeitsunfähigkeit

Der Medizinische Dienst Nordrhein beurteilt die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von Versicherten.

37.465
Stellungnahmen

Nach sozialmedizinischer Beurteilung war der Versicherte ...



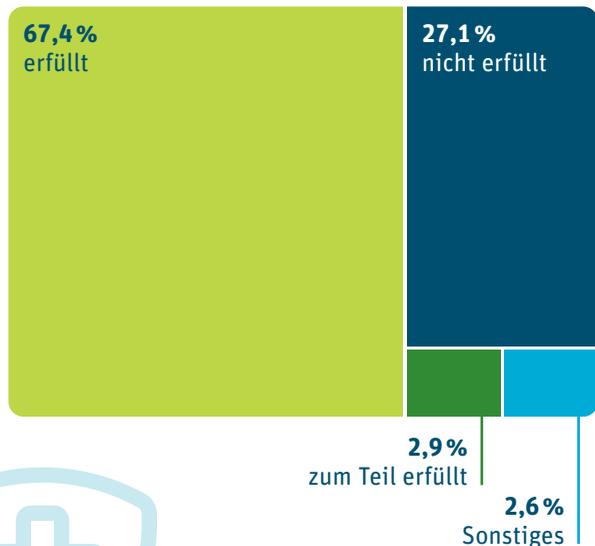
Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen sollen verhindern, dass eine Erkrankung eintritt oder sich verschlimmert. Dazu gehört vor allem die Mutter- oder Vater-Kind-Vorsorgeleistung.

5.809
Stellungnahmen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...

Beispiel: Mutter- oder Vater-Kind-Vorsorgeleistung
 Von insgesamt 4.458 Stellungnahmen waren die Voraussetzungen bei **72,3 % erfüllt**



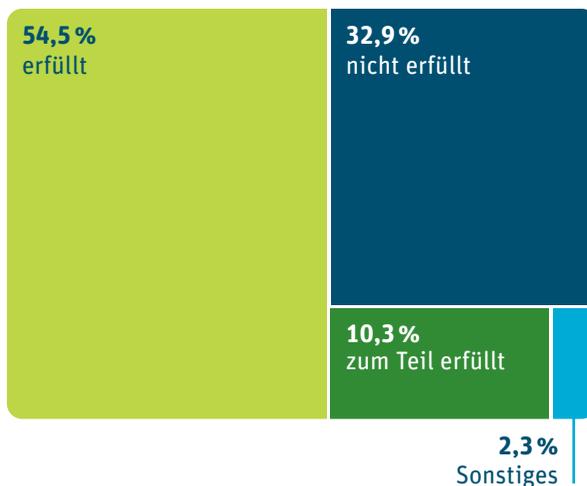
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der Medizinische Dienst nimmt sozialmedizinisch Stellung zu den Erfolgsaussichten verordneter rehabilitativer Maßnahmen. Wesentliches Ziel einer ambulanten oder stationären Rehabilitation ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mindern.

39.873
Stellungnahmen



Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Beispiel: Erstanträge ambulante Rehabilitation im Vergleich zu Erstanträgen stationäre Rehabilitation

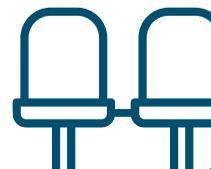
Von insgesamt 27.699 Stellungnahmen zur stationären Rehabilitation waren die Voraussetzungen bei

53,7 % erfüllt



Von insgesamt 2.802 Stellungnahmen zur ambulanten Rehabilitation waren die Voraussetzungen bei

62,1 % erfüllt



Ambulante Leistungen

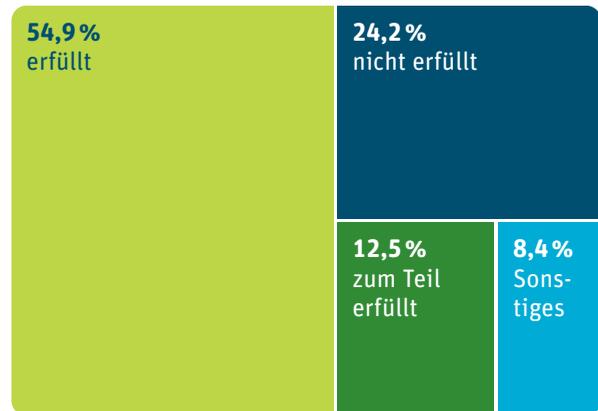
Der Medizinische Dienst Nordrhein nimmt Stellung zu Verordnungen in der ambulanten Versorgung. Dazu gehören zum Beispiel die häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen oder die ambulante Palliativversorgung.



12.217
Stellungnahmen

Die medizinische Voraussetzung für die Leistung waren ...

Beispiel: spezialisierte ambulante Palliativversorgung
 Von insgesamt 1.537 Stellungnahmen waren die Voraussetzungen bei **80,8 % erfüllt**

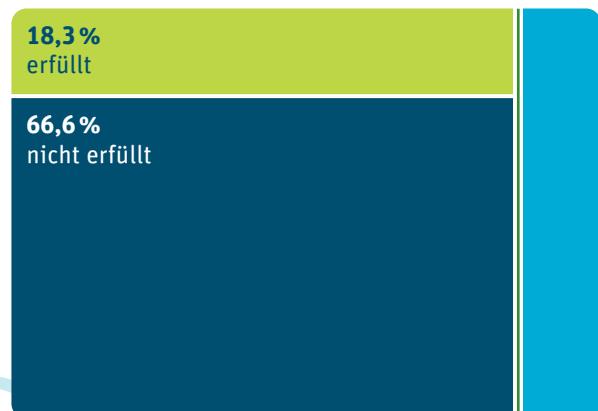
NUB/Arzneimittel

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sind diagnostische und therapeutische Verfahren, deren Nutzen medizinisch noch nicht eindeutig geklärt ist. Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Krankenkasse, ob in Ausnahmefällen die Anwendung dennoch medizinisch empfohlen werden kann.

9.327
Stellungnahmen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...

Beispiel Arzneimittel: Cannabis
 Von insgesamt 1.958 Stellungnahmen waren die Voraussetzungen bei **38,0 % erfüllt**

0,8% zum Teil erfüllt
14,3% Sonstiges

Hilfsmittel

Hilfsmittel sollen den Erfolg einer Behandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine vorübergehende oder dauerhafte Funktionseinschränkung ausgleichen.

25.155
Stellungnahmen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...

Beispiel: orthopädische Schuhe

Von insgesamt 2.400
Stellungnahmen waren die
Voraussetzungen bei

63,7 % erfüllt

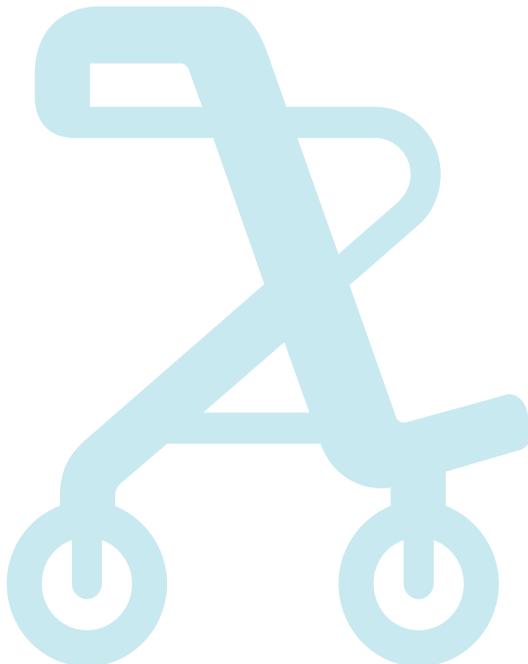


45,2 %
erfüllt

14,0 %
zum Teil
erfüllt

30,6 %
nicht erfüllt

10,2 %
Sonstiges



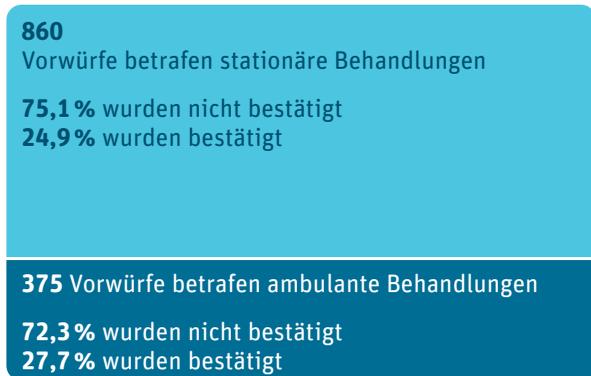
Behandlungsfehler

Besteht der Verdacht auf einen Behandlungsfehler, kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst damit beauftragen, ein medizinisches Gutachten erstellen zu lassen.

1.235

Von den Vorwürfen wurden ...

Vorwürfe zu Behandlungsfehlern



Die fünf medizinischen Fachgebiete mit den meisten Vorwürfen 2023

364

Orthopädie und Unfallchirurgie



106
Zahnmedizin



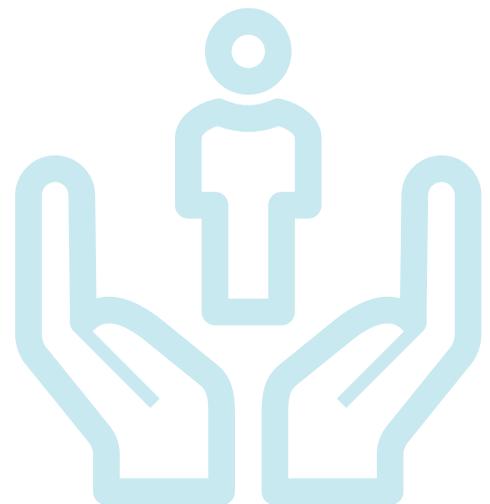
89
Viszeralchirurgie



85
Frauenheilkunde und Geburtshilfe



86
Innere Medizin



Lob und Kritik

Im Medizinischen Dienst Nordrhein arbeiten täglich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Hand in Hand, um Anliegen möglichst schnell und kompetent bearbeiten zu können.



502 kritische Rückmeldungen haben den Medizinischen Dienst Nordrhein zu den verschiedenen Arbeitsbereichen im Jahr 2023 erreicht.



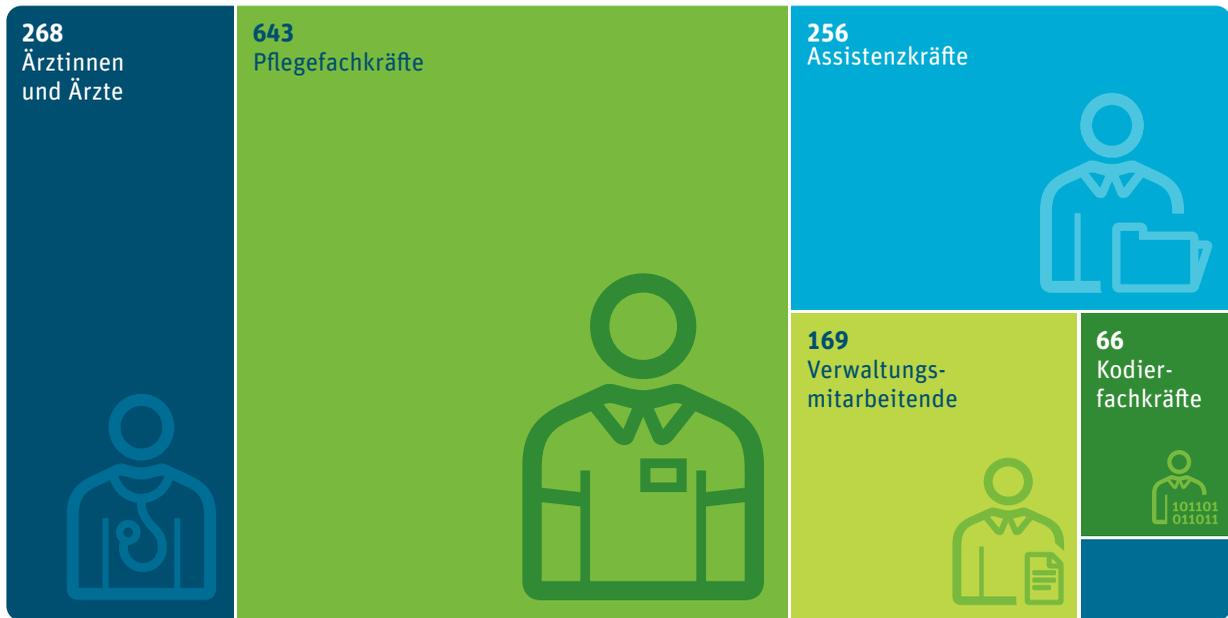
Bearbeitungsdauer

8,1 Arbeitstage per Brief/E-Mail

3,1 Arbeitstage per Telefon

Personal

Beim Medizinischen Dienst Nordrhein sind insgesamt **1.427 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** beschäftigt (Stand 31.12.2023).



25 Nicht ärztliche Gutachter*

*davon 3 Apotheker/-innen, 10 Psych. Psychotherapeut/-innen, 1 Orthopädienschuhmachermeisterin, 6 Orthopädiemechanikermeister/-innen, 4 Orthopädiemechaniker/-innen und 1 Methodenwissenschaftlerin

Im Medizinischen Dienst Nordrhein arbeiten Ärztinnen und Ärzte mit rund **30 verschiedenen Facharztqualifikationen** zusammen. Darunter sind zum Beispiel folgende medizinische Fachgebiete:



Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Nordrhein
Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf
Tel.: 0211 1382-0
www.md-nordrhein.de
E-Mail: info@md-nordrhein.de

Redaktion

Dr. Barbara Marnach (verantwortlich)
Birgit Corsmeier
Carsten Frowein
Dr. Lars Job
Julia Schmidt

Gestaltung

fountain studio, Düsseldorf
www.fountainstudio.de

Fotografie

Oliver Tjaden
www.olivertjaden.de

Druck

Druckstudio GmbH
www.druckstudiogruppe.com

Sonstige Bildquellen

Alexander Potapov – stock.adobe.com
Panya Studio – stock.adobe.com
zinkevych – stock.adobe.com
Merpics – istockphoto.com
Halfpoint – istockphoto.com



Der Jahresbericht steht auch zum Download bereit
www.md-nordrhein.de



Medizinischer Dienst Nordrhein

6.313.115 Mitglieder
der Kranken- und Pflegekassen

Über **1.400**
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

8 Standorte



BBZ: Beratungs- und Begutachtungszentrum



Weitere Zahlen und Fakten finden Sie unter:
www.md-nordrhein.de