



Thema:	Workshop MDK	Protokolldatum:	16.05.2005
Von:	Garbe	Termin:	12.05.2005
Ort:	Pflegezentrum p&w Heimfeld, Haus W, Café	Zeit:	18.30 – 21.00 Uhr
Teilnehmer:	Maija Garbe (MGA), Gyde Jungjohann (GJU), Beate Kassner (BKA), Sascha Linzer (SLI), Regina Möllenberg (RMÖ), Barbara Mollenhauer (BMO), Anna Niemeyer (NIE), Jens Prager (JPR), Achim Rogge (ARO), Hans Heiner Stöver-Ramien (HHS), Tanja Tietjens (TTI), Frau Wittkop (für HWE) <b>Abwesend:</b> Gabi Kruse (GKR), Klaus Stelter (KST), Hendrik van den Bussche (vdB)		
Gäste	Dr. Elke Mohr, Leiterin der Abteilung Pflege beim MDK Hamburg (EMO)		

Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
Vorstellung aller Anwesenden	
Begrüßung	Nach der Begrüßung stellen sich die anwesenden Projektgruppenmitglieder und EMO vor.
Vorstellung SEAMAN	Da EMO Inhalte und Ziele des Projekts SEAMAN bereits aus einer Präsentation vor der Harburger Pflegekonferenz bekannt sind, berichtet NIE ausschließlich den aktuellen Stand im Projektverlauf.
Vorstellung MDK	<p>Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die gesetzliche Grundlage der Arbeit bilden die Sozialgesetzbücher, insbesondere das SGB V und XI. Der MDK arbeitet per Gesetz unabhängig. Es ist dem MDK nicht gestattet, in ärztliche Behandlungen einzugreifen. Die Entscheidung über eine Leistung liegt bei den Kranken- und Pflegekassen. Die Finanzierung des MDK erfolgt durch eine Umlage, die von den Trägern des MDK (gesetzliche Kranken- und Pflegekassen, d.h. deren Mitgliedern) aufgebracht wird.</p> <p>Der MDK besteht seit 1989. Die Vorgängerorganisation war der Vertrauensärztliche Dienst (LVA). Entsprechender Dienstleister für die privaten Versicherungen ist Medicproof. Der MDK Hamburg umfasst vier Abteilungen: I Verwaltung, II ambulante Versorgung, III stationäre Versorgung und IV pflegerische Versorgung. Die Abteilung Pflegerische Versorgung existiert seit 1995 und umfasst inzwischen 17 Sekretäre, 27 Pflegefachkräfte und 13 Ärzte. Unterstützend arbeiten 32 externe Begutachter. Jährlich werden ca. 32.000 Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung bearbeitet.</p>
Begutachtung im Bereich Pflege	<p>In den letzten 10 Jahren wurden 3 Eilverfahren entwickelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Überleitung vom Krankenhaus (KH) in ein Pflegeheim (PH)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- In diesem Fall ist eine Begutachtung nach Aktenlage möglich.                                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1. KH verständigt per Fax die Pflegekasse (PK) über Pflegebedarf und Notwendigkeit einer Heimunterbringung</li> <li>2. PK verständigt MDK und fordert zur Begutachtung auf</li> <li>3. MDK begutachtet innerhalb von 2 Stunden nach Eingang nach Aktenlage</li> <li>4. MDK faxt Ergebnis sowohl an die PK als auch an KH (die direkte Unterrichtung des KH ist nicht gesetzeskonform, wird aber von allen Seiten toleriert). <b>Hintergrund:</b> der MDK ist nicht berechtigt, die Daten länger als 6 Wochen zu speichern. Darüber hinaus liegen die Informationen zeitnah dem SD des KH vor, der diese an das inzwischen organisierte PH weiter gibt.</li> <li>5. PK entscheidet über die Leistung und teilt dem Patienten das Ergebnis mit</li> </ol> </li> <li>- das Eilverfahren nach Aktenlage ist ein prognostisches Schnellverfahren. Je nach PK wird der MDK innerhalb von 4 Wochen bis 6 Monaten oder auch nie zu einer Nachbegutachtung vor Ort aufgefordert.</li> <li>- In 95% aller Fälle liegen innerhalb von 2 Tagen Pflegeeinstufungen vor.</li> </ul> </li> <li>b) Überleitung in die Kurzzeitpflege                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- In diesem Fall ist theoretisch eine Begutachtung nach Aktenlage möglich. Da per Definition Pflegebedürftigkeit länger als 6 Monate zu erwar-</li> </ul> </li> </ul>



Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
	<p>ten sein muss, damit eine Bewilligung der Leistung empfohlen werden kann, gibt es die Empfehlung und Bewilligung in der Praxis selten.</p> <p>c) Überleitung in die ambulante Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Begutachtung nach Aktenlage ist nur bei einer Krebserkrankung im Endstadium möglich. In allen anderen Fällen lehnen die Kassen eine Begutachtung nach Aktenlage in diesem Bereich ab.             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Mitarbeiter des MDK versuchen dringende Fälle –soweit identifiziert und möglich – vorzuziehen</li> <li>2. nach der Begutachtung wird das Gutachten schnellst möglich fertiggestellt und umgehend der PK übermittelt</li> <li>3. bei den PK bleiben die Gutachten teilweise noch bis zu Monaten liegen</li> </ol> </li> </ul> <p>Grundsätzlich ist eine Begutachtung nach Aktenlage nicht gesetzeskonform, sondern eine persönliche Begutachtung vorgeschrieben. Das Verfahren des MDK im Rahmen einer Anerkennung einer Pflegestufe ist sehr kompliziert und komplex und in der Folge nicht transparent. Es wird ein ausführliches 14seitiges Formularblattgutachten erstellt und der zuständigen Pflegekasse ggf. die Anerkennung einer Pflegestufe empfohlen. Die Pflegebegutachtung unterscheidet sich von den Assessments in Krankenhaus, Pflegeheim und ambulantem Pflegedienst. Im Moment werden die Möglichkeiten externe Gutachter zu beauftragen, um die Anträge zügig bearbeiten zu können, eingeschränkt, d.h. in Tendenz werden die Wartezeiten zur Zeit länger.</p>
Stationäre Versorgung	<p>Das Kostenübernahmeverfahren durch die Krankenkassen (KK) ist in der stationären medizinischen Versorgung anders organisiert. Grundsätzlich müssen die KK die Leistungen des KH bezahlen. Rückwirkend können die KK - nach einer Begutachtung durch den MDK mit entsprechendem Ausgang- ihre Leistungen zurück fordern.</p>
MDK in der Zukunft	<p>Zum Ende des Jahres werden der MDK Hamburg und der MDK Schleswig-Holstein fusionieren. Aus diesem Zusammenschluss wird sich vermutlich ein verändertes Verfahren der Begutachtung im Bereich Pflege ergeben. Z.Zt. findet in Schleswig-Holstein im Bereich der ambulanten Pflege die Begutachtung nach Aktenlage Anwendung. Es ist anzunehmen, dass dieses ressourcen- und zeitsparende Verfahren nach dem Zusammenschluss übernommen werden wird.</p> <p>In Zukunft werden aller Voraussicht nach fast ausschließlich Pflegefachkräfte die Begutachtung im Bereich der pflegerischen Versorgung durchführen.</p>
<b>Fragen und Diskussion</b>	
Hilfsmittel	<p>Es wird die Unübersichtlichkeit des Hilfsmittelangebots kritisch diskutiert. Darüber hinaus ist die lange Dauer zwischen Beantragung und Bewilligung Gegenstand der Diskussion. Die Hilfsmittelbewilligungen werden in den Kompetenzzentren der KK bzw. PK und nicht in den Geschäftsstellen vor Ort bearbeitet. Nicht selten werden Hilfsmittel erst mal abgelehnt. Bei Widerspruch durch die Patient/innen wird der MDK eingeschaltet. Die Hilfsmittelversorgung wird in Hamburg von der Abteilung II (ambulante Versorgung) bearbeitet. In dem Referat sind Chirurgen, Orthopäden, Orthopädiemeister, und orthopäd. Schuhmechaniker tätig. Eine Rolle spielt darüber hinaus die teilweise Uneindeutigkeit und damit einhergehende Definitionsmöglichkeit, ob es sich um Pflegehilfsmittel, und damit eine Leistung der Pflegeversicherung, handelt, oder um Leistungen der Krankenversicherung.</p>
Fehlerhafte Verordnungen	<p>Grundsätzlich müsste jeder Verordnung ein Hausbesuch und ein Eintrag in die Pflegedokumentation durch den Hausarzt vorausgehen. Vom MDK abgelehnt werden Verordnungen, wenn sie inhaltlich nicht schlüssig sind. Dies ist der Fall, wenn sich kein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen verordneten Leistungen und angegebenen Diagnosen herstellen lässt. Eine Befürwortung der Bewilligung ist dann nicht möglich. In Einzelfällen und wenn ausreichend Zeit vorhanden ist, fragen MDK-Mitarbeiter bei den verordnenden Behandlern nach. Grundsätzlich sind hierfür aber keine personellen Ressourcen vorhanden. Es wird diskutiert, ob eine entsprechende Schulung von Arzthelfer/innen dieses Problem lösen oder lediglich an die falschen Adressaten verschieben würde.</p>



Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
Verzögerung der Kostenübernahmezusagen in der ambulanten Pflege	Es ist augenfällig, dass im Bereich der ambulanten Pflege deutlicher Änderungsbedarf besteht. Gleichzeitig wird deutlich, dass dieser Bedarf schon im Rahmen diverser Gremien und Anlässe ohne Ergebnis identifiziert wurde. Es wird diskutiert, ob ein konsequentes privat in Rechnung Stellen der ambulanten Pflegedienste die Patient/innen mobilisieren und einen Veränderungsprozess in Gang bringen könnte.
Ergebnis	
Stand der Dinge	Es gibt keine Geschäftsbeziehung zwischen dem MDK und den verschiedenen Leistungserbringern. Der Kontakt läuft grundsätzlich über die Kostenträger. Die Versorgungslücke im Bereich der ambulanten Pflege auf Grund der Verzögerung der Kostenübernahmezusage ist nicht durch einen beschleunigten und optimierten Informationsaustausch zwischen MDK und Leistungserbringern zu schließen. Laut EMO ließe sich im Optimalfall aus der im Projekt SEAMAN entwickelten Überleitung direkt die Pflegestufe ableiten. Evt. ließe sich die derzeitige Korrespondenz per Fax zwischen KH und MDK zukünftig zwecks Optimierung von Tempo, Effizienz und Sicherheit elektronisch bestreiten.
Weiteres Vorgehen	Um ebenfalls die Abläufe beim MDK im Bereich der Stationären Versorgung kennen zu lernen und gegebenenfalls in diesem Bereich Schnittmengen und Kooperationsmöglichkeiten zu identifizieren, wird die Leitung der Abteilung Stationäre Versorgung ins Projekt eingeladen ( <b>voraussichtlich 23.06.05</b> ).