

MDK Kongress



Der Medizinische Dienst ist kein Wunschkonzert

Gesundheitspolizei? Leistungsverweigerer? Handlanger der Krankenkassen? In den vergangenen 25 Jahren haben Kritiker dem MDK manches Etikett verpasst. Akteure von gestern und heute diskutierten unter der Moderation von Katrin Brand, ARD-Journalistin, über die Rolle der MDK in der Gesundheits- und Pflegepolitik.

»Der Vorgänger des Medizinischen Dienstes (MD) war der Vertrauensärztliche Dienst. Aufgabe des vAD war Krankenkontrolle und Überwachung – das entsprach überhaupt nicht einem modernen Gesundheitssystem. Deshalb war es notwendig, einen Medizinischen Dienst für die gesetzliche Krankenversicherung zu schaffen«, erklärte **Dr. Manfred Zipperer**, seinerzeit Referatsleiter im Arbeits- und später im Gesundheitsministerium. Eine Zäsur sei die Einführung der Pflegeversicherung 1995 gewesen. »Die Pflegeversicherung hat die Medizinischen Dienste vor völlig neue Aufgaben gestellt. Gutachter mussten geschult und neue Organisationsstrukturen aufgebaut werden. Die Pflege ist für die MD eine Erfolgsgeschichte geworden. Daher haben die Dienste immer mehr Aufgaben von der Politik übertragen bekommen. Der MD hat das Fachwissen, um das Gesundheitssystem zu verbessern.«

Dem stimmte **Stefan Grüttner**, Sozialminister von Hessen, zu: »Heute geht es um Qualitätssicherung, darum, wie die beste Versorgung für die Versicherten zu gewährleisten ist. Gleichwohl muss es sich der MDK zu eigen machen, seine Entscheidungen gegenüber den Patienten zu begründen und zu erklären. Nur dann ist es gerechtfertigt, die Menschen auch zu enttäuschen, wenn sie Leistungen erwarten, die nicht gewährt werden können.«

Gutachter in der Zwickmühle

»Die Rolle des MDK ist nicht Wunschkonzert. Der MDK dient dem Sozialstaat und der Sicherung von Leistungen«, sagte **Prof. Herbert Rebscher**, Vorstandsvorsitzender der DAK. Er beschrieb die Zwickmühle, in der sich die MDK immer wieder befinden: »Es gibt ein paar Jobs, in denen man nicht auf Popularität schießen sollte. Dazu zählt, Teil eines Gutachterdienstes zu sein. Bei der Einführung der Pflegeversicherung war die Sorge verbreitet, dass das Geld nicht ausreichen könnte. Deshalb hatte man Angst, dass die MDK zu positiv begutachten. Die Bundesregierung wollte, dass nicht zu viel begutachtet wird. Und die Kommunen wollten das Gegenteil: »Möglichst viele Pflegebedürftige sollten Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Denn das entlastete die Kommunen. Dazwischen saßen die Gutachter, die eigentlich nur Fehler machen konnten.«

Und welche Rolle spielt die Unabhängigkeit?

»Die Unabhängigkeit der Dienste ist im Gesetz verankert. Sie ist der Dreh- und Angelpunkt für ihre Glaubwürdigkeit. Ich finde die kassenunabhängige und -übergreifende Finanzierung ausgesprochen förderlich dafür. Das haben wir bei der Schaffung der MDK gut gemacht«,

sagte Manfred Zipperer. Auch für Herbert Rebscher kann es keine Alternative zur Unabhängigkeit geben: »Wir Kassen stehen so im Wettbewerb untereinander, dass wir uns nie über eine einheitliche Begutachtung einig würden. Bundesweites Leistungsrecht ist außerhalb des Wettbewerbs. Die Grundidee des MD ist eine wettbewerbsunabhängige und faire Begutachtung für die Patienten aller Kassen.« Und Stefan Grüttner machte deutlich, dass die MDK im Dienste der Krankenversicherung und nicht der Krankenkassen stünden. »Trotz aller Beschwerden ist klar, dass der Medizinische Dienst den Menschen dient.«



Moderatorin Katrin Brand (ARD)

Der Blick nach vorn

Wie sieht die Zukunft der Medizinischen Dienste aus? Nach Manfred Zipperer kommen viele neue Felder hinzu – sei es im Bereich Qualitätssicherung, bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Behandlungsfeldern und vielem anderen mehr. Die Dienste seien dafür gut aufgestellt. Aber auch ein neuer Trend sei unvermeidbar: »Patientenvertreter wollen zunehmend in Gremien des Gesundheitssystems mitbestimmen. Der Druck ist aufgrund des neuen Patientenselbstverständnisses dafür groß.« Für Herbert Rebscher wird der MDK aufgrund der demografischen Entwicklung weiter an Bedeutung gewinnen: »Der Versorgungsbedarf ändert sich. Der MDK-Gutachter ist derjenige, der die Menschen in der Pflegesituation aufsucht. Wir brauchen die MDK als Anker für eine verlässliche, gemeinsame Leistungsentscheidung.« **Michaela Gehms / MDS**

Medizinische Dienste sind für neuen Pflegebegriff vorbereitet

Was ist neu am neuen Pflegebegriff? Wie wird er sich auf die MDK-Begutachtung auswirken? Welche Verbesserungen bringt er den Versicherten? Welchen Beitrag leisten die Medizinischen Dienste für eine qualitativ hochwertige Pflege? Diese Fragen beantworteten Dr. Peter Pick und Dr. Ulf Sengebusch bei einer Pressekonferenz im Rahmen des MDK-Kongresses.

»In Zukunft wird es nicht nur darum gehen, mehr pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Es wird vor allem darum gehen, den Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen in allen relevanten Lebensbereichen zu erfassen und damit eine individuelle Leistungsgestaltung zu ermöglichen. Das bisherige Begutachtungsverfahren wird den Menschen nur unzureichend gerecht«, erklärte **Dr. Peter Pick**, Geschäftsführer des MDS. Das neue Verfahren werde künftig alle Dimensionen der Pflegebedürftigkeit erfassen. Viele Betroffene – insbesondere mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Einschränkungen – erhielten einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Mit Blick auf das neue Pflegestärkungsgesetz sagte Pick: »Der Medizinische Dienst begrüßt die Verbesserungen, die damit auf den Weg gebracht werden. Positiv ist vor allem, dass die Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege erweitert und flexibler kombiniert werden können. Das trägt zur Entlastung der pflegenden Angehörigen bei.«

Dr. Ulf Sengebusch, Geschäftsführer des MDK-Sachsen machte deutlich, dass sich die Medizinischen Dienste als serviceorientierte Partner der Versicherten verstünden. »Erste Auswertun-

gen der Versichertenbefragung zeigen: 86% der Befragten sind mit der Begutachtung und Beratung durch unsere Mitarbeiter zufrieden. Insbesondere die Kompetenz, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der MDK-Gutachter überzeugte.« Dies sei angesichts der 1,4 Millionen Pflegebegutachtungen im Jahr von entscheidender Bedeutung. Ein weiteres Arbeitsfeld der Medizinischen Dienste seien die Qualitätsprüfungen in den Pflegeheimen und ambulanten Diensten. Jährlich würden über 22500 Einrichtungen und Dienste geprüft. »Die MDK-Gutachter sehen sich dabei die Qualität der Pflege an den Menschen an. Diese Prüfungen waren und sind unverzichtbar, um die Versorgungsqualität zu verbessern und zu sichern«, erklärte Sengebusch. **Michaela Gehms / MDS**

Pressekonferenz anlässlich des MDK-Kongresses 2014: (v. l.) Dr. Ulf Sengebusch, Dr. Peter Pick, Michaela Gehms



Die Unabhängigkeit des MDK

Der Referenten-Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz sieht die Reform der MDK-Verwaltungsräte vor: Patientenvertreter und Vertreter der Pflegeberufe sollen Stimmrecht erhalten. Hermann Gröhe diskutiert mit Vertretern der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes.

Ich bin versucht zu sagen: Revolution statt Evolution«, kommentierte **Dr. Volker Hansen**, Verwaltungsratsvorsitzender des MDS das Gesetzesvorhaben. »Der MDK wurde vor 25 Jahren als unabhängiger Dienst der Krankenversicherung ins Leben gerufen. Für die Selbstverwaltung ist die Unabhängigkeit ein hohes Gut. Sie ist unverzichtbar, damit der MDK seine Aufgaben erfüllen kann. Das geplante Gesetz schlägt aber einen ganz anderen Weg ein. »Wer den unabhängigen MDK zu einem abhängigen machen will, der muss die Gremien für die Leistungserbringer öffnen, die vom Geld der Beitragszahler und der Krankenkassen leben«, so Dr. Hansen. »Die haben nichts zu suchen in den Gremien der MDK.«

K für Krankenversicherung

Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** vertrat dagegen die Auffassung, dass die Reform die Unabhängigkeit der MDK stärken könne: »Ja, das K in MDK steht für Krankenversicherung und nicht für Krankenkasse. Wir sind der Überzeugung, dass das Einbeziehen des Sachverständigen von Betroffenen die Unabhängigkeit stärkt. Das ist das Ziel, das wir mit dem Versorgungsstärkungsgesetz verfolgen. Selbstverständlich werden wir darüber auch weiterhin Gespräche führen.« Ausdrücklich lobte Bundesminister Gröhe das Engagement des MDK bei der Studie zur Erprobung des Begutachtungsverfahrens zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Gröhe unterstrich an diesem

Beispiel die Bedeutung des Medizinischen Dienstes für das Gesundheitswesen. Durch seine vielfältigen Begutachtungs- und Beratungsleistungen für die Kranken- und Pflegeversicherung und deren Versicherte trage der Medizinische Dienst zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland bei. Der Gesundheitsminister hob auch hervor, dass die Arbeit der MDK in den vergangenen 25 Jahren immer wichtiger geworden sei und dass die Mitarbeiter der MDK heute auch dafür stünden, dass durch Pflegebegutachtung und Qualitätssicherung 2,6 Millionen Menschen in Deutschland gute und angemessene Pflege erhielten.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes blickte in ihrem Beitrag auf die Entstehungsgeschichte des MDK vom Vertrauensärztlichen Dienst hin zum modernen, dienstleistungsorientierten Begutachtungs- und Beratungsdienst zurück. »Die Aufgaben des MDK umfassen weit mehr als die eines Prüfdienstes. Er ist sozialmedizinischer Dienstleister für die Krankenkassen. Dazu brauchen wir die Unabhängigkeit, das fachliche Fundament und bundesweit einheitliche Bewertungen für Leistungen durch das MDK-System«, stellte Frau Dr. Pfeiffer klar.

Unparteilichkeit sei wichtig, wenn künftig medizinische und pflegerische Versorgung nach den allgemeinen sozialgesetzlichen Grundsätzen der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit finanzierbar bleiben sollen, betonte **Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy**, Geschäftsführer des MDK Hessen, in seinem Beitrag. **Jan Gömer / MDK Nord**



Dr. Ulf Sengebusch und Dr. Peter Pick mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Dr. Volker Hansen (v. l. n. r.)

Qualitätssicherung der Zukunft in der Pflege

Interne und externe Qualitätssicherung der Pflege stehen vor Veränderungen: Ergebnisindikatoren für die stationäre Pflege werden diskutiert, die Transparenzvereinbarungen stehen in der Kritik und externe MDK-Prüfungen müssen überprüft werden. Wohin geht die Reise?

Ziel der Veranstaltung war es, einen Ansatz der internen Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen den Prüfaufgaben des MDK gegenüberzustellen und Schnittstellen anzuschauen. In diesem Zusammenhang stellte **Dr. Heidemarie Kelleter**, Referentin für Qualitätsberatung beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, erste Erfahrungen ihres Verbandes mit dem Projekt EQisA (Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe) vor.

Nachhaltige Pflegequalität mit EQisA

EQisA ist ein Gemeinschaftsprojekt des Caritas Verbandes mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld. Beim ersten Praxistest nahmen 145 stationäre Pflegeeinrichtungen in acht Bundesländern teil, d. h. 50 verschiedene Träger und 13 600 Bewohnerinnen und Bewohner. Seit dem Start im Januar 2012 wurden bisher sechs Messungen durchgeführt. Hauptziel ist die Sicherung einer nachhaltigen Pflegeergebnisqualität: »Wir wollen die Erfolge von Pflege messen«, betonte Kelleter. Dazu werden in den Pflegeeinrichtungen gesundheitsbezogene Indikatoren erhoben und extern ausgewertet. Experten überprüfen die Ergebnisqualität auf Nachvollziehbarkeit.

Pflegeeinrichtungen wollen die ergänzende MDK-Prüfung

Schon während der Erhebung der Daten zeigten sich positive Effekte: Die Mitarbeiter fühlen sich durch ihre Einbindung in ihrer Fachlichkeit bestärkt. Die Ergebnisse wurden reflektiert und es wurde nach Ansätzen zur Qualitätsverbesserung gesucht. Mit Blick auf den nachfolgenden Vortrag vertrat Kelleter die Auffassung, dass auch bei der Indikatorenerhebung durch die Pflegeeinrichtungen externe Prüfungen durch den MDK weiterhin notwendig bleiben.

MDK-Qualitätsprüfung – mehr als Noten

Jürgen Brüggemann vom Team Pflege des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDs) griff anfangs Kritik an den externen Qualitätsprüfungen des MDK auf. Er führte aus, dass hinter der Kritik oft Informationsdefizite stünden. Denn die Prüfung umfasse weit mehr, als die veröffentlichten Transparenz-Ergebnisse darstellten. So sei eine Kernfunktion die Vertragsprüfung. Dabei gehe es darum, ob die vertraglichen Anforderungen erfüllt werden. Der Schutz der Versicherten sei ein weiterer wichtiger Aspekt. Darüber hinaus berate der MDK die Einrichtungen während der Prüfungen.

Die Pflegequalität sei nicht zuletzt aufgrund der regelmäßigen

Veröffentlichungen der MDK-Prüfungen ein öffentliches Thema geworden. Richtig sei zudem gewesen, dass man von Anfang an auf die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen gesetzt habe. Der MDK decke immer wieder Risikopotenziale und Verbesserungsmöglichkeiten auf. Die Versorgungsqualität habe sich Schritt für Schritt verbessert, beispielsweise bei der Ernährung und dem Medikamentenmanagement. »Der Mix aus Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität hat sich bewährt. Und die Einrichtungen profitieren zudem von der Beratung mit Blick auf Entbürokratisierungspotenziale«, erklärte Brüggemann. Neben den jährlichen MDK-Prüfungen hätten auch die Veröffentlichungen der Pflegenoten nachhaltige Veränderungen in der Pflege ausgelöst.

Gleichwohl sei es erforderlich, die Qualitätsprüfungen des MDK weiterzuentwickeln: Es gehe jetzt darum, sie auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten. Dabei müsse noch einmal reflektiert werden, welcher Qualitätsbegriff der Pflegeversicherung zugrunde liege. »Bei der Weiterentwicklung des Prüfinstrumentariums für die stationäre Pflege ist sowohl die Prüfpraxis als auch pflegewissenschaftliches und methodisches Know-how einzubeziehen. Ebenso sind die Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen«, erläuterte Brüggemann.

Es geht um eine gute Versorgung der Versicherten

Dr. Monika Kücking, Leiterin der Abteilung Gesundheit beim GKV-Spitzenverband, betonte in der anschließenden Diskussion, dass beim Abschluss der erstmaligen Transparenzvereinbarung zu wenig Zeit war, auf der Basis einer gemeinsam getragenen Definition von Pflegequalität ein rundum fundiertes System zu entwickeln. Sie wünsche sich eine schrittweise Weiterentwicklung und flächendeckende Verbreitung von Ergebnisindikatoren. Parallel dazu sei die unabhängige externe Qualitätsprüfung unverzichtbar. Kücking appellierte an die verantwortlichen Akteure in der Pflege, im Interesse einer guten Versorgung der Versicherten konstruktiv zusammenzuwirken.

Der Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege **Dr. Gerhard Timm** sah in den Ergebnisindikatoren ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung der Pflegequalität. Sie böten eine gute Basis für ein vergleichendes Benchmarking. Er forderte eine Stärkung der Selbstverwaltung, um schneller Entscheidungen fällen zu können. Die alleinige Richtlinienkompetenz der Pflegekassen lehnte Timm ab. Die Verbraucherinnen und Verbraucher sollten zudem stärker eingebunden werden.

Hendrik Haselmann / MDK Berlin-Brandenburg

Im Fokus – Versorgungsqualität im Krankenhaus

Übereinstimmend sagen die beiden ersten Referenten: Für die Beschreibung der bestehenden Problemlage bei der Versorgungsqualität im Krankenhaus könnten sie Folien von Präsentationen aus der Jahrtausendwende oder sogar früher relativ unverändert weaternutzen.

Durchaus provozierende Fragen des Moderators belebten die gut besuchte Veranstaltung derart, dass schließlich sogar drei Referenten spontan auf die vorbereitete Präsentation verzichteten und einen freien Vortrag hielten.

Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, erklärte, dass es kein Erkenntnisproblem gäbe, wenn Lösungen für unzweifelhaft noch bestehende Qualitätsprobleme gesucht würden. »In Deutschland besteht noch heute eine 1973 festgeschriebene Krankenhausstruktur, aus der sich die Medizin aber herausentwickelt hat – das passt nicht mehr.«



Prof. Dr. Axel Ekkernkamp

Weitere Datenerhebungen zwecklos

Sowohl **Prof. Dr. Axel Ekkernkamp**, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin, als auch **Dr. Stefan Etgeton**, Senior Expert der Bertelsmann Stiftung schlossen sich der Meinung an, dass weitere Datenerhebungen und -veröffentlichungen im gegenwärtig geübten Stil keinen Sinn machen. Etgeton: »Die Blockadehaltung von Akteuren hinsichtlich der Datenveröffentlichung wird mehr und mehr aufgegeben. Stattdessen wird die Öffentlichkeit mit Daten zugeschüttet, was ebenfalls zur Intransparenz führt. Weniger ist mehr!«

Ekkernkamp bemerkte zur Qualität der heute erhobenen Daten noch: »Wir dokumentieren inzwischen auch akribisch falsche Endpunkte, wie z. B. die Wundheilungsstörung beim Leistenbruch im Krankenhaus. Die kann dort während des kurzen stationären Aufenthaltes von Patienten gar nicht mehr auftreten.«

Wenn also nach übereinstimmender Meinung Zahlen und Daten bislang zu keinen relevanten Fortschritten der Versorgungsqualität geführt haben – was hilft dann?

In mehr oder weniger großer Übereinstimmung wurden drei wesentliche Punkte genannt:

Abbau der bestehenden Überversorgung (Krankenhausschließungen), normative Festlegungen und eine stärkere Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Indikationsstellung statt auf Prozess- und Ergebnisqualität.

Es gibt zu viele Betten, die bewirtschaftet werden wollen

Gerade der Vertreter der Leistungserbringer formulierte unverblümt, dass eines der Grundübel der deutschen Krankenhausqualität die Überversorgung durch zu viele zu bewirtschaftende Krankenhausbetten sei, hier gab es keine Widersprüche.

Patient ist kein Homo oeconomicus

Sowohl Straub als auch Etgeton forderten mehr Mut zu normativen Festlegungen von den Mandatsträgern der Patienten, die sie neben der Politik auch bei den Krankenkassen und den Fachgesellschaften verorten. Bislang überließen diese Mandatsträger noch immer zu viele Entscheidungen dem Patienten, der aber z. B. kein Homo oeconomicus sei, statt über eine mutige und konsequente Strukturpolitik und Festlegung von Qualitätsmerkmalen sowie Mindestmengen Wirkung zu erzielen. Hier wünschte sich Ekkernkamp eher noch etwas Zeit, den in seinen Augen bereits begonnenen Weg zu gehen, durch echte transparente Benchmarkprozesse unter Kliniken Qualitätsmerkmale von Indikationsstellung und Behandlung zu eruieren, zu konsentieren und umzusetzen. Dass dabei die Frage nach dem Nutzen einer jeden Behandlung kritisch gestellt werden müsse, dürfe in Deutschland nicht weiterhin Lippenbekenntnis sein, sondern müsse Praxis werden.

Die Rolle des MDK im Krankenhaus

PD Dr. Matthias Mohrmann, leitender Arzt des MDK Baden-Württemberg, stellte zum Abschluss die vielfältigen Begutachtungsfelder dar, in denen der MDK bereits heute in die Qualitätssicherung von Krankenhausbehandlungen eingebunden ist, auch wenn dies bislang noch nicht so wahrgenommen wird und die Ergebnisse aktuell fast nur den Krankenkassen zur Verfügung stehen. Mit Ausblick auf die im Koalitionsvertrag genannte Qualitätsprüfung im Krankenhaus durch den MDK verfolgt er das Ziel, »den MDK als wertschätzenden Partner auf Augenhöhe mit beratender Funktion für die geprüften Krankenhäuser wahrnehmbar zu machen.«

Dr. Annette Busley / MDS

Wie sicher soll die Medizin der Zukunft sein?

Zwei hochkarätige Experten für die Themen Patientensicherheit und Nutzenbewertung lieferten unter diesem Titel ihre Impulsvorträge. Damit setzten sie die Startpunkte für fokussierte Gespräche der Teilnehmer in Kleingruppen an den einzelnen Tischen.

Patientensicherheit

Im ersten Teil der insgesamt knapp dreistündigen Veranstaltung fokussierte **Andreas Meyer**, Leiter Risikomanagement / Versicherungen bei der Helios Kliniken GmbH, unter dem Titel »Patientensicherheit – ein nationales Gesundheitsziel! Aber wie?« auf die Sicherheit der Versorgung. Eindrucksvoll hielt er eine Grafik mit einer deutlich abfallenden Kurve in die Höhe: Sie zeigte die Zahl der Verkehrstoten innerhalb der letzten Jahrzehnte, die trotz zunehmenden Verkehrsaufkommens von etwa 20 000 auf nunmehr unter 4000 abgesunken ist. Und das nicht von ungefähr. Unfallforschung, zahlreiche Verbesserungen technischer oder organisatorischer Art und konkrete Regeln und Vorschriften haben dazu beigetragen.

Im Straßenverkehr sprechen wir von Unfällen, in der Medizin (häufig hoch emotionalisiert) von Fehlern. Auch einem Verkehrsunfall liegt letztlich irgendwo ein Fehler zugrunde, der vermeidbar ist oder dessen schwerwiegende Folgen abgemildert werden können. Meyer schlug vor, auch in der Medizin den Denkansatz zu ändern und besser vom *Behandlungsunfall* zu sprechen. Wie im Straßenverkehr bedarf es gemeinsamer Anstrengungen und Transparenz über konkrete Ereignisse, um das System Gesundheitsversorgung sicherer zu machen. Dazu braucht es eine nationale Behandlungsunfallstatistik angelehnt an die Entwicklung im Straßenverkehr. Anknüpfungspunkte sollten von Patienten geltend gemachte Behandlungsfehlervorfälle (»Haftplichtfälle«) sein. Aus dieser überschaubaren Zahl von Fällen könnten strukturierte Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden oder sie könnten Ansatz für eine weitere Bewertung sein. Auf lokaler Ebene sollten diese Informationen im Rahmen des Risikomanagements um Erkenntnisse aus den Berichts- und Lernsystemen (CIRS, Fehlermeldesysteme) ergänzt werden. Ziel müsse eine neue Sicherheitskultur sein, in der *Behandlungsunfälle* systematisch vermieden werden.

An den Teilnehmertischen wurde im Anschluss unter der Moderation von **Prof. Dr. Egon Endres** von der Katholischen Stiftungsfachhochschule München diskutiert. Fazit: Es besteht kein prinzipielles Dilemma zwischen Erfordernissen der Patientensicherheit und ökonomischen Bestrebungen. Die Verdeutlichung dieser Tatsache jedoch, die resultierende Einsicht aller Beteiligten und die Umsetzung in Bezug auf kurzfristige Entscheidungen seien das Problem. In konkreten Situationen könne deshalb sehr wohl eine scheinbare Schieflage zwischen Ökonomie und Sicherheit hervortreten.

Nutzenbewertung

Im zweiten Teil lieferte **Josef Hecken**, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in seinem Impulsvortrag »Nut-



zenbewertung und Patienteninteressen – Wie passt das zusammen?« ein energisches Plädoyer für die bedeutsame Arbeit des G-BA. Die Schwierigkeit in der Nutzenbewertung bestehe vor allem im Spagat zwischen der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz einer neuen Methode und ihrem innovativen Potenzial. Einerseits möchte man nutzbringende neu entwickelte Methoden den Patienten nicht vorenthalten, andererseits sollten diese – oftmals teuren – Entwicklungen auch tatsächlich erfolgversprechender bzw. letztlich erfolgreicher sein. Leider bestehe durchaus die Erfahrung, dass von der Industrie auch Versuche unternommen werden, weniger erfolgreiche Innovationen nach einer langen und kostenintensiven Entwicklungsphase dennoch in die Versorgung einzuführen. Die Aufgaben des G-BA gingen dabei weit über die vorgelagerte Zulassung hinaus. So wurden im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) bisher 92 entsprechende Bewertungsverfahren durchgeführt. Für die Glaubwürdigkeit und den Erfolg dieses Verfahrens spricht laut Hecken auch, dass bisher noch in keinem Fall gegen das Ergebnis Klage eingereicht wurde. Immerhin in 18 Fällen habe der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen bescheinigen können, so dass ein Arzneimittel früher in die Versorgung kam. Es handele sich hier also um ein Vorgehen im Sinne der Versorgungsqualität und der Sicherheit der versicherten Patientinnen und Patienten – keinesfalls um ein bloßes *Kostendämpfungsinstrument*, wie manche Kritiker behaupteten.

Weitgehende Übereinstimmung bestand im Auditorium, dass das geschilderte Vorgehen im G-BA und die Grundlagen (z. B. AMNOG) richtig und zielführend sind: Der regelhaft eher hilflose Patient habe Anspruch auf diese Art der Unterstützung. Die Patientenorientierung hin zu Aspekten der Lebensqualität und dem, »was Patienten wirklich wollen«, müsse hingegen sogar noch verstärkt werden. **PD Dr. Max Skorning / MDS**



Die neue Begutachtungssystematik in der Pflege

Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen sollen demnächst Grundlage für eine gerechte Zuordnung von Leistungspauschalen der Pflegeversicherung sein. Ein Paradigmenwechsel soll es werden, da sind sich – auch in dieser Diskussionsveranstaltung – alle Beteiligten einig.

Dr. Barbara Gansweid, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Pflege« der MDK-Gemeinschaft, stellte zunächst das Neue Begutachtungsassessment (NBA) vor und erklärte, dass es vieles einfacher, gerechter und besser mache.

Die neue Begutachtungsphilosophie berücksichtigt Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher und psychischer bzw. kognitiver Beeinträchtigungen und bezieht beispielsweise den allgemeinen Betreuungsbedarf sowie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ein. »Der neue Maßstab ist der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen«, erklärte Gansweid: »Wir messen den Grad der Selbständigkeit statt den Zeitaufwand. Das bedeutet, es gibt keine Minutenzählerei mehr!«

Das neue Begutachtungsassessment bietet die Grundlage für ein einheitliches Verständnis von Pflegebedürftigkeit und für eine gemeinsame Sprache für Gutachter und Pflegendende.

Der lange Weg zum NBA

Die Schritte der Pflegereformen, die auf dem Weg zum NBA zurückgelegt wurden, stellte **Martin Schölkopf**, Unterabteilungsleiter Pflegeversicherung im BMC, vor. Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNeG) hätte bereits zentrale Maßnahmen beinhaltet wie zum Beispiel Leistungsverbesserungen in Höhe von rund einer Milliarde Euro, insbesondere für an Demenz Erkrankte, eine Flexibilisierung des Angebots, mehr Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige und die Stärkung der Serviceorientierung von MDK und Kassen. »Die Statistik der Pflegekassen zeigt, dass die Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ankommen«, so Schölkopf. »Außerdem schafft es der MDK weitaus überwiegend, innerhalb der gesetzlichen Frist die Begutachtung durchzuführen.«

Auch mit Blick auf die *Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege*, die *Allianz für Menschen mit Demenz* und schließlich auf das *Projekt zur Entbürokratisierung in der Pflege* zeigte sich Schölkopf zuversichtlich: »In der Koalitionsvereinbarung hat die Pflege erkennbar einen besonderen Stellenwert. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll nach Erprobung noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden.

Wie dies tatsächlich aussehen könnte und was dabei nicht außer Acht gelassen werden darf, damit befassten sich im Anschluss drei Impulsreferate zum NBA. Zunächst erklärte die Projektleiterin der Praktikabilitätsstudie **Dr. Andrea Kimmel** aus dem Team »Pflege« des MDS, wie die neue Begutachtung der MDK umgesetzt wird, und stellte die Studie vor.

Geprüft auf Herz und Nieren

Ziel sei es, nicht nur das NBA auf Praktikabilität zu überprüfen, sondern auch die Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013. »Die Rückmeldungen waren durchweg positiv«, so Kimmel. »Die Gutachterinnen und Gutachter konnten sich besser als bislang auf die individuelle Situation des Versicherten einstellen, weil die Fragen des NBA näher am Leben seien. Viele fanden es positiv, dass das Zählen von Minuten zukünftig entfällt und Ressourcen und Beeinträchtigungen umfassender als bislang abgebildet werden.« Vor allem Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen werde man mit dem NBA besser gerecht.

Anschließend ergänzte **Prof. Dr. Heinz Rothgang** vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (zes) die Frage: Wie spiegeln sich tatsächlich die Pflegeaufwände in den neuen Pflegegraden? Dazu wurden gesundheitliche, betreuende und pflegerische Leistungen bei mehr als 1700 Bewohnerinnen und Bewohnern in 38 stationären Einrichtungen unter die Lupe genommen. »Wir wollen Aussagen machen können über die Art und den Umfang von bezogenen gesundheitlichen, pflegerischen und betreuenden Leistungen im Kontext der bisherigen Pflegestufen und im Kontext der zukünftigen Pflegegrade«, erklärte Rothgang.

Eine Reform auch für die Pflegebedürftigen?

Ob das NBA denn auch eine Reform für die Pflegebedürftigen bedeute, fragte **Jens Kaffenberger**, der Bundesgeschäftsführer des Sozialverbands vdk Deutschland e. V. Und beantwortete seine Frage gleich mit einem eindeutigen Ja: Das NBA biete für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen viele Vorteile, wie zum Beispiel bessere Leistungen für Menschen mit Demenz, psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Auch setzten die Leistungen früher ein, wie eine Wohnraumanpassung und niedrigschwellige Hilfen schon im Pflegegrad 1. Allerdings führe eine Höherstufung im stationären Bereich zu höheren Eigenanteilen und Kosten für die Sozialhilfeträger. »Deshalb müssen die Pflegesätze angepasst werden. Höhere Eigenanteile werden von den Pflegebedürftigen nicht als Verbesserung erlebt«, forderte Kaffenberger. Der vdk werde weiter Druck machen, dass das NBA in dieser Legislaturperiode tatsächlich kommt. 20 Jahre Erfahrung seien Erfahrung genug. **Dr. Martina Koesterke / MDS**

Wenn der MDK kommt ...

Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste stehen im Spannungsfeld zwischen Einzelinteressen der Betroffenen und sozialrechtlichen Vorgaben: Können sie den Erwartungen gerecht werden? Darüber diskutierten Experten auf dieser Forumsveranstaltung.

Prof. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, beleuchtete die rechtliche Stellung des MDK. Er machte deutlich, dass der MDK einerseits im gesetzlichen Auftrag der Kranken- oder Pflegekassen handle. In der Hand der Kassen liege letztlich auch die Entscheidung über die Anträge der Versicherten. Dementsprechend sei es aus der Perspektive der Versicherten und ihrer Angehörigen schwierig, zwischen MDK und Pflege- oder Krankenkasse zu differenzieren. Auf der anderen Seite käme den Gutachterinnen und Gutachtern eine wesentliche Rolle als unabhängige Experten zu, denn beim Erstellen der Gutachten bestehe keine Weisungsbefugnis gegenüber den Gutachtern. Die Kassen folgten in ihrer Entscheidung in der Regel dem MDK-Vorschlag. Gerade im Rahmen der Pflegebegutachtung sei der Stellenwert der Gutachter sehr hoch. »Die Gutachter sind in dem gesamten Prüfverfahren diejenigen, die bei den Versicherten vor Ort waren und sich ein Bild über die Situation gemacht haben. Auch über die Empfehlung einer Pflegestufe hinaus können die Gutachter Versicherte beraten, etwa in Fragen zu Hilfsmitteln und die entsprechenden Empfehlungen an die Kassen weitergeben«, erläuterte Wenner.

In seiner Rolle als Patienten- und Versichertenvertreter betonte **Fritz Schösser**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bayern, wie unverzichtbar ein verlässlicher Begutachtungsprozess für die Betroffenen sei. »Die einheitliche Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste ist ein hohes Gut, denn sie gibt für alle Beteiligten die not-

wendige Rechtssicherheit«, so Schösser. Dafür sei eine kontinuierliche Qualitätssicherung unentbehrlich. Rückmeldungen der Versicherten zeigten, wie wichtig es zudem sei, das Begutachtungsverfahren für sie transparent zu machen. Häufig führten mangelnde Kenntnisse über Abläufe und Zuständigkeiten zu Beschwerden der Versicherten. »Kassen und MDK sind gleichermaßen gefragt, wenn es um Transparenz und Kommunikation über MDK-Gutachten und Leistungsentscheidungen geht«, sagte Schösser.

Von den ersten Ergebnissen der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des MDK berichtete **Dr. Ina Bossow**, Geschäftsführerin des MDK Mecklenburg-Vorpommern. 86% der Versicherten seien mit der Begutachtung zufrieden. Das sei ein sehr positives Echo, so Bossow, aber zugleich ein Ansporn, noch besser zu werden. Im Qualitätsverständnis der Medizinischen Dienste spielten die Patienten- und Versichertenorientierung eine immer wichtigere Rolle. »Versicherte können erwarten, dass Leistungsentscheidungen nachvollziehbar sind«, stellte Bossow fest. Speziell bei ablehnenden Entscheidungen bleibe es eine wesentliche Herausforderung für die Medizinischen Dienste, deutlich zu machen, dass die Gutachten der Pflegefachkräfte und Ärzte auf der Grundlage von sozialrechtlichen Vorgaben entstehen. Es bleibe eine wesentliche Aufgabe der Medizinischen Dienste, ihre Entscheidungsgrundlagen für Versicherte transparent zu machen. Das sei ein wichtiger Schritt zu einer größeren Akzeptanz des MDK und seiner Aufgaben. **Dr. Barbara Marnach / MDK Nordrhein**

Dr. Ina Bossow, GF des MDK Mecklenburg-Vorpommern, mit Moderator Jürgen Zurheide (wDR)



Pflege der Zukunft

»Der eigene Körper wird irgendwann zu einem Rätsel, das macht die Verletzlichkeit, die Vulnerabilität von Menschen im hohen Lebensalter aus«: Die Abschlussveranstaltung begann mit einem einfühlsamen, ethisch geprägten Impulsreferat von Prof. Dr. Andreas Kruse, dem Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Demnach sei die Pflegebedürftigkeit oft nicht kontinuierlich progressiv, sondern sie verlaufe oszillierend, vor allem bei älteren Menschen. Einer verbesserten Rehabilitation und Prävention misst **Prof. Dr. Andreas Kruse** eine große Bedeutung zu, da sie die Widerstands- und Leistungsfähigkeit fördern: »Wir müssen die rehabilitative Pflege stark machen, weil wir bemerkenswerte Schnittmengen haben«, fordert er. Ziel seien neben einer Stärkung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung sowie der Teilhabe, für die eine barrierefreie Umwelt gut erreichbar sein müsse, auch sorgende Gemeinschaften. Zukünftig werden Kruse zufolge dementielle Erkrankungen dominieren, wobei auch die kognitive Verletzlichkeit steige und psychiatrische und neurologische Perspektiven eine wesentliche Rolle spielen. »Menschenwürde und Lebensqualität lassen sich nicht von außen bestimmen. Wir können Rahmenbedingungen schaffen. Aber bestimmt wird vom Individuum selbst«, so Kruse.

Prof. Dr. Andreas Kruse



Zitate der anschließenden Podiumsdiskussion:

»Es ist eine andere Generation, die alt wird. Die jetzt Hochbetagten gehören zur Kriegsgeneration und nehmen viel in Kauf, um zu Hause bleiben zu können. Das Problem ist die Einsamkeit über den Tag, wenn der Körper zum Gefängnis wird. Hier müssen wir angemessene Strukturen schaffen. Die nachfolgende Generation wird sicherlich anders alt – aber der Gesetzgeber sollte die Wohnform nicht vorschreiben.«

**Karl-Josef Laumann, Staatssekretär im BMG, CDU,
Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege**

»Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist eine Oase in der Ferne, in die viel Hoffnung hineinprojiziert wird. Wir wären mutiger und schärfer herangegangen. Unsere Befürchtung ist, dass das Geld nicht ausreicht. Ich glaube, am Pflegealltag wird sich nichts ändern, die Pflegenden werden weiterhin hetzen und vor Ort wird nicht viel ankommen. Diesen Etikettenschwindel haben die Menschen nicht verdient.«

Elisabeth Scharfenberg, MdB, Pflegepolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen im Bundestag

»Die Pflegereform ist viel mehr ein Flickenteppich als ein Richtungswechsel. Ohne eine grundsätzliche Neuausrichtung und eine umfassende Finanzierung der Pflegeversicherung wird der neue Pflegebegriff am Ende nur eine große Worthülse sein. Deshalb fordern wir eine solidarische Bürgerversicherung, in die alle in Deutschland lebenden Menschen Beiträge entsprechend ihres Einkommens einzahlen – ohne Beitragsbemessungsgrenze.«

Pia Zimmermann, MdB, Pflegepolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE im Bundestag

»Prof. Kruse hat uns ein Menschenbild gezeigt, das wir anstreben sollten. Die gesellschaftlichen Einstellungen haben sich geändert und die Aufmerksamkeit ist gestiegen. Den ersten Schritt, den die Regierung getan hat, muss man wertschätzen. Aber wir müssen auch an den anderen Baustellen arbeiten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wirkt auf vielen Ebenen, aber er führt nicht ins Paradies.«

**Gernot Kiefer,
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes**

»Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringt sicherlich große Vorteile. Auch wenn er nicht alle Probleme lösen wird, bietet er doch eine neue Basis. Mit einem alten Begriff kann man nicht in eine neue Richtung marschieren. Das System wird mit dem NBA auf eine neue Grundlage gestellt. Ob das Geld reicht? Es sind in der Tat viele Kostenschätzungen unterwegs. Ich frage mich, woher die Menschen diese Zahlen kennen, da wir doch noch gar nicht mit dem neuen Verfahren arbeiten. Erst wenn die Ergebnisse der Erprobungsstudien vorliegen, kann seriös gerechnet werden.«

**Dr. Peter Pick,
Geschäftsführer des MDS**

Zusammengestellt von Dr. Martina Koesterke / MDS

Schlusswort

Für die Medizinischen Dienste, deren Aufgabe es oft ist, kritische Fragen zu stellen, gehört es zum Selbstverständnis, sich dem Dialog mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu stellen. Das schafft Akzeptanz und hilft Lösungen zu finden, auf die die Versicherten in jedem Einzelfall setzen.

Wir beziehen Position für hohe Versorgungsqualität, Patientensicherheit und eine gute Pflege. »Gesundheit und Pflege der Zukunft« brauchen den Dialog der Akteure. Die Medizinischen Dienste suchen diesen Dialog und werben dabei für eine rational begründete Gesundheitsversorgung und Pflege.

Einen Dialog schafft man jedoch nie allein. Deshalb möchte ich mich bei allen bedanken, die den heutigen Tag mit Leben erfüllt haben, vor allem den Besucherinnen und Besuchern des MDK-Kongresses für Ihre engagierte Diskussionsbereitschaft. Ohne Sie wäre alles nichts gewesen.

Ich danke allen Vertreterinnen und Vertretern aus der Politik, und hier ganz besonders Herrn Bundesminister Gröhe und Herrn Staatssekretär Laumann, für ihre Beiträge, mit denen sie auch ihre Wertschätzung für die Arbeit der Medizinischen Dienste zum Ausdruck gebracht haben.

Mein Dank gilt auch allen Referentinnen und Referenten für ihre sachkundigen und anregenden Beiträge und allen Moderatorinnen und Moderatoren dafür, dass sie den roten Faden nicht aus den Augen gelassen haben.

Ich danke auch allen Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und der MDK für ihren Besuch und ihre Unterstützung und last but not least danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Medizinischen Dienste, die durch ihren hervorragenden Einsatz bei der Vorbereitung und Durchführung diesen Kongress erst möglich gemacht haben.

Damit schliesse ich den MDK-Kongress 2014.

Allen einen guten Heimweg und auf Wiedersehen!

**Dr. Stefan Gronemeyer, leitender Arzt
und stv. Geschäftsführer des MDS**

Dr. Stefan Gronemeyer

