



**Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V.**

Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004

Autoren:
Alexander Wagner
Uwe Brucker

Essen, Januar 2006

Hausanschrift:
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201 / 8327-155
Fax: 0201 / 8327-100
E-Mail: a.wagner@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.org>

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Zehn Jahre Begutachtungstätigkeit für die Pflegeversicherung	5
2.1 Das Begutachtungsgeschehen	5
2.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen	9
2.3 Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen.....	12
2.4 Profession der Gutachter	16
2.5 Zusammenfassung	17
3. Qualitätsverbessernde Maßnahmen eines Medizinischen Dienstes zur Reduzierung der Erledigungsdauer von Pflegegutachten	18
3.1 Ebusiness-Workflow und ZAK	19
3.2 Ausblick.....	22
4. Literatur	23

1. Vorwort

Die Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes informieren über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) für die Pflegeversicherung sowie über die medizinische, pflegerische und soziale Situation der Antragsteller und der Pflegebedürftigen. Grundlage sind die Informationen aus der so genannten „Pflegestatistik-Richtlinie“ gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI. Sie regelt den Informationstransfer über das Auftrags- und Begutachtungsgeschehen aller MDK.

Der Berichtszeitraum 2004 markiert für den Medizinischen Dienst die erste Dekade seiner Begutachtungstätigkeit für die Pflegeversicherung. Dieses Datum gibt Anlass für eine rückblickende Betrachtung. Kapitel 2 beleuchtet das Begutachtungsgeschehen der vergangenen zehn Jahre in seinen verschiedenen Funktionen für die Pflegeversicherung wie für die Versicherten.

Die allen Pflegeberichten des Medizinischen Dienstes zu Grunde liegende Informationsquelle ist die Pflegestatistik, die der MDS quartalsweise führt. „Statistik ist exakt und bildet Sachverhalte adäquat ab“. So oder so ähnlich steht es in vielen Lehrbüchern der Statistik. Die Aussage ist sicherlich richtig, doch – wie bei so vielen Dingen des täglichen Lebens – steckt der Teufel im Detail. Ändern sich gesetzliche Grundlagen oder Maßstäbe in der Bewertung von (Begutachtungs-) Sachverhalten, verschieben sich gegebenenfalls die Proportionen im Zahlengerüst. Aus den Daten allein lässt sich dies nicht ablesen. Hier ist beispielsweise auf die Verabschiedung der Härtefall-Richtlinien vom 10. Juli 1995 und die Einführung der „Zeitkorridore“ in den Begutachtungs-Richtlinien vom 1. Juni 1997 hinzuweisen. Es liegt auf der Hand, dass diese Spezifikationen und Modifikationen Einfluss auf die Statistiken haben.

Nicht zuletzt hat sich die Grundlage der Statistikführung selbst verändert, als die damals neue Pflegestatistik-Richtlinie die „alte“ – auf freiwilliger Basis erhobene – Auftrags- und Begutachtungsstatistik ablöste.

Diese „Unschärfen“ machen sich vor allem bei der Betrachtung von Zeitreihen bemerkbar. Nicht jeder Verlauf und jede Änderung hat rein sachlich-logische Gründe. In vielen Fällen spielt auch der oben genannte Faktor eine nicht unerhebliche Rolle. Die Zusammenstellung der Statistiken der letzten zehn Jahre wurde deshalb auch dazu genutzt, das Datenmaterial nach dem letzten, derzeit verfügbaren Stand aufzubereiten. Die notwendige Interpretation

erfolgte auch vor dem Hintergrund von Änderungen in der Statistikführung und Modifikationen der Begutachtungspraxis.

Schon im Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2001/2002 (MDS, 2003) wurde über organisatorische Maßnahmen in einem MDK berichtet, die die Erledigungsdauer von Begutachtungsaufträgen nachhaltig senken konnte. Unter Erledigungs- oder Bearbeitungsdauer wird die Zeit verstanden, die zwischen Auftragseingang beim MDK und Übermittlung des fertigen Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse verstreicht. Dieses Thema wird wegen seiner Bedeutung in Kapitel 3 noch einmal aufgegriffen. Insbesondere für den Versicherten ist es wichtig, zeitnah über mögliche Leistungen der Pflegeversicherung informiert zu sein. Nur so erhält er Sicherheit für die Planung seiner Pflege. Am Beispiel des MDK Sachsen-Anhalt wird gezeigt, wie die Optimierung organisatorischer Strukturen und der Einsatz moderner EDV-Techniken zu einer nachhaltigen zeitlichen Straffung des Bearbeitungsprozesses geführt haben.

2. Zehn Jahre Begutachtungstätigkeit für die Pflegeversicherung

2.1 Das Begutachtungsgeschehen

Seit nunmehr zehn Jahren prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, ob ein Versicherter pflegebedürftig ist oder nicht. Annähernd 14 Mio. Begutachtungen haben die MDK in diesem Zeitraum durchgeführt (siehe Tabelle1).

Tabelle 1

**Von den Medizinischen Diensten durchgeführte
Begutachtungen für die Pflegeversicherung**

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon nach beantragter Leistung		
		ambulant	stationär	§ 43a SGB XI
1995	1.705.617	1.705.617	-	-
1996	1.661.115	1.007.583	653.532	-
1997	1.370.409	1.074.955	295.454	-
1998	1.368.195	1.056.903	282.846	28.446
1999	1.255.281	988.601	259.681	6.999
2000	1.279.606	984.024	287.556	8.026
2001	1.274.337	975.996	291.993	6.348
2002	1.287.736	979.324	301.394	7.018
2003	1.308.665	981.071	319.954	7.640
2004	1.269.902	947.010	314.534	8.358
Gesamt	13.780.863	10.701.084	3.006.944	72.835

Die ersten Pflegebegutachtungen führten die Medizinischen Dienste bereits im vierten Quartal 1994 durch, also fast ein halbes Jahr vor dem 1. April 1995, ab dem zum ersten Mal Leistungen der ambulanten Pflege flossen. Durch diesen zeitlichen Vorlauf konnten die Medizinischen Dienste dazu beitragen, dass alle pflegebedürftigen Antragsteller zeitnah Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Trotzdem musste ein gewaltiger Antragsberg im ersten Jahr abgearbeitet werden. Insgesamt 1,7 Mio. Antragsteller auf ambulante Leistungen wurden im Jahr 1995 begutachtet.

Leistungsbeginn für die Pflege in vollstationären Einrichtungen war der 1. Juli 1996. Da mit einem großen Auftragsvolumen zu rechnen war, begann der MDK auch hier seine Begutachtungstätigkeit schon ein halbes Jahr früher. Um die Begutachtungen noch zusätzlich zu beschleunigen, bekamen die MDK von den Alten- und Pflegeheimen in der Anfangszeit Listen von Versicherten. Zusammen mit ambulanten Antragstellern wurde im Jahr 1996 fast das

gleiche Begutachtungsvolumen wie 1995 erreicht. Nach der Einführungsphase sank die Zahl der jährlichen Begutachtungen und hat sich in der Zwischenzeit bei 1,3 Mio. eingependelt.

Versicherte können zwischen Leistungen bei ambulanter Pflege, teilstationärer oder vollstationärer Pflege sowie Leistungen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)¹ wählen. Ambulante Leistungen unterstützen und fördern die Pflege im häuslichen Umfeld des Versicherten. In vielen Fällen wird die Pflege vom Ehepartner oder von nahen Verwandten erbracht. Wird professionelle Pflege notwendig, kann auch diese im Rahmen der häuslichen Pflege in Form von Sachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch genommen werden. Leistungskombinationen sind möglich. Stationäre Leistungen können Versicherte beantragen, die in einem Alten-/Pfleheim wohnen bzw. wohnen wollen.

Die Zeitreihe in Tabelle 1 zeigt bei ambulanten und stationären Begutachtungen verschiedene Entwicklungsverläufe. Die Zahl der Begutachtungen von Versicherten mit beantragten ambulanten Leistungen nahm nach der unmittelbaren Einführungszeit, also seit 1997, fast kontinuierlich um 12 Prozent ab, solche mit vollstationären Leistungen dagegen um 6,5 Prozent zu. Eine Bewertung dieses Sachverhaltes muss berücksichtigen, dass der MDK nicht ausschließlich Versicherte begutachtet, die erstmals einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen. Begutachtungen von Menschen, die schon als pflegebedürftig anerkannt sind, machen einen weiteren wichtigen Zweig in der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes aus.

Es gibt drei Begutachtungsarten, die sich in ihrer formal-rechtlichen Bedeutung unterscheiden:

1. Erstbegutachten
2. Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen und
3. Widerspruchsbegutachtungen (Widersprüche)

Um eine **Erstbegutachtung** handelt es sich immer dann, wenn die Begutachtung bei einem Versicherten erfolgt, der sich zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht im Leistungsbezug des Pflegeversicherungs-Gesetzes befindet.

Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen (im Folgenden auch Folgebegutachtungen genannt) werden nur bei solchen Versicherten durchgeführt, die bereits als pflegebedürftig anerkannt sind. Eine Höherstufungsbegutachtung setzt einen Antrag auf eine erneute

¹ Wegen des quantitativ geringen Aufkommens wird dieser Leistungszweig hier nicht weiter berücksichtigt.

Begutachtung des Versicherten voraus, der eine Zunahme seines Hilfebedarfs vermutet. Wiederholungsbegutachtungen werden von den Pflegekassen in Auftrag gegeben. Die Pflegekasse wird sich dabei in der Regel an der entsprechenden gutachterlichen Empfehlung im vorangegangenen Pflegegutachten orientieren. Obwohl eine Differenzierung beider Begutachtungsarten in der Statistik nicht möglich ist, sprechen Anhaltspunkte dafür, dass es sich in den meisten Fällen um eine erneute Begutachtung handelt, die vom Versicherten wegen der Zunahme seines Hilfebedarfs gewünscht wird, also um eine Höherstufungsbegutachtung.

Eine **Widerspruchsbegutachtung** liegt dann vor, wenn der Versicherte Widerspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse einlegt hat.

Allen drei Begutachtungsarten ist gemein, dass sie personenbezogen mehrmals im Jahr gezählt werden können. Wenn bspw. ein Versicherter nach Erhalt des Leistungsbescheides „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI und ggf. nach einem „erfolglosen“ Widerspruch erneut einen Antrag bei seiner Pflegekasse stellt, wird dieser wieder als „Erstauftrag“ in der Statistik dokumentiert. Obwohl solche Mehrfach-Zählungen nicht häufig sind, muss darauf hingewiesen werden, dass die Begutachtungsstatistik Produkte (Pflegegutachten), aber keine „Köpfe“ (Versicherte) zählt.

Das in dieser Differenzierung dargestellte Begutachtungsvolumen in Tabelle 2 zeigt, dass die Zahl der Erstbegutachtungen abnimmt. Immer weniger Menschen stellen erstmalig einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Tabelle 2

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen nach Gutachtenart

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon (Häufigkeit)			davon (in v.H.)		
		Erstgutachten	Höherstufungs-Wiederholungsbegutachtungen	Widersprüche	Erstgutachten	Höherstufungs-Wiederholungsbegutachtungen	Widersprüche
1995	1.705.617	Keine Angaben					
1996	1.661.115	1.390.126	180.909	90.080	83,7	10,9	5,4
1997	1.370.409	905.439	371.502	93.468	66,1	27,1	6,8
1998	1.339.749	750.645	495.561	93.543	56,0	37,0	7,0
1999	1.248.282	690.134	481.678	76.470	55,3	38,6	6,1
2000	1.271.580	679.588	512.238	79.754	53,4	40,3	6,3
2001	1.267.989	670.889	519.266	77.833	52,9	41,0	6,1
2002	1.280.718	666.071	543.711	70.936	52,0	42,5	5,5
2003	1.301.025	671.364	552.014	77.647	51,6	42,4	6,0
2004	1.261.544	651.485	529.988	80.071	51,6	42,0	6,3

Obwohl Folgebegutachtungen im Jahr 1995 noch nicht gesondert erfasst wurden, ist davon auszugehen, dass es sich damals fast ausschließlich um Erstbegutachtungen handelte. Auch im Jahre 1996 beträgt der Anteil von Folgebegutachtungen an allen Begutachtungen „nur“ 10 Prozent. Danach nahm ihr Anteil kontinuierlich zu. Im Jahre 2004 wurden über 40 Prozent aller Begutachtungen bei schon als pflegebedürftig anerkannten Versicherten durchgeführt.

Die Zunahme von Folgebegutachtungen ist auf zwei Ursachen zurückzuführen. Zum einen musste sich der Bestand an Pflegebedürftigen (die Prävalenz), die wiederholt begutachtet werden können, erst aufbauen. Der zweite Punkt betrifft den Zeitraum zwischen Erst- und Folgebegutachtung. Das auslösende Moment für eine Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtung sind entweder der Versicherte (Höherstufungsantrag) oder die Pflegekasse (Wiederholungsbegutachtung). In beiden Fällen verstreicht naturgemäß eine bestimmte Zeit zwischen der Erst- und der Folgebegutachtung. Obwohl hierzu keine statistischen Informationen vorliegen, kann die mittlere Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden.

Wie in der Gesamtbetrachtung nimmt auch im ambulanten Leistungsbereich die Zahl der Erstbegutachtungen ab (siehe Tabelle 3). Ihr Anteil an allen ambulanten Begutachtungen nähert sich allmählich der 55 Prozent-Marke. Die Zahl der Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen nahm bis 1998 sehr stark zu und pendelt seitdem um die 350.000 in der absoluten Häufigkeit bzw. um die 35 Prozent-Marke in der anteiligen Verteilung.

Tabelle 3

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante Begutachtungen nach Gutachtenart 1995 bis 2004

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon (Häufigkeit)			davon (in v.H.)		
		Erstgutachten	Höherstufungs- Wiederholungs- begutachtungen	Wider- sprüche	Erstgut- achten	Höherstufungs- Wiederholungs- begutachtungen	Wider- sprüche
1995	1.705.617	Keine Angaben verfügbar					
1996	1.007.583	789.384	151.666	66.533	78,3	15,1	6,6
1997	1.074.955	728.181	276.169	70.605	67,7	25,7	6,6
1998	1.056.903	622.516	353.006	81.381	58,9	33,4	7,7
1999	988.601	580.707	340.255	67.639	58,7	34,4	6,8
2000	984.024	563.052	350.357	70.615	57,2	35,6	7,2
2001	975.996	558.041	349.294	68.660	57,2	35,8	7,0
2002	979.324	560.287	357.794	61.243	57,2	36,5	6,3
2003	981.071	556.863	357.964	66.244	56,8	36,5	6,8
2004	947.010	529.490	349.185	68.335	55,9	36,9	7,2

Im stationären Bereich lässt die Zeitreihe keine eindeutigen Trendaussagen zu. Die Zahl der Erstantragsteller pendelt in den letzten Jahren zwischen 100.000 und 120.000 (siehe Tabelle 4). Es muss offen bleiben, ob sich die seit 2003 festzustellende Zunahme in Zukunft fortsetzen wird.

Tabelle 4

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte stationäre Begutachtungen nach Gutachtenart 1996 bis 2004

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon (Häufigkeit)			davon (in v.H.)		
		Erstgutachten	Höherstufungs- Wiederholungs- begutachtungen	Wider- sprüche	Erstgut- achten	Höherstufungs- Wiederholungs- begutachtungen	Wider- sprüche
1996	653.532	600.742	29.243	23.547	91,9	4,5	3,6
1997	295.454	177.258	95.333	22.863	60,0	32,3	7,7
1998	282.846	128.129	142.555	12.162	45,3	50,4	4,3
1999	259.681	109.427	141.423	8.831	42,1	54,5	3,4
2000	287.556	116.536	161.881	9.139	40,5	56,3	3,2
2001	291.993	112.848	169.972	9.173	38,6	58,2	3,1
2002	301.394	105.784	185.917	9.693	35,1	61,7	3,2
2003	319.954	114.501	194.050	11.403	35,8	60,6	3,6
2004	314.534	121.995	180.803	11.736	38,8	57,5	3,7

Die Zunahme von Begutachtungen im stationären Bereich beruht vor allem auf dem steigenden Anteil von Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen. Er liegt mit fast 60 Prozent erheblich über dem im ambulanten Sektor mit einem Anteil von unter 40 Prozent.

Der hohe Anteil von Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen im stationären Bereich ist vor allem durch das durchschnittlich höhere Alter von Pflegebedürftigen in Alten-/ Pflegeheimen begründet. Diese Menschen leiden oftmals an chronischen und stark progredient verlaufenden Krankheiten. Der Hilfebedarf nimmt in diesen Fällen sehr schnell zu. Nicht vergessen werden darf aber dabei auch, dass das ausgebildete Personal in den Alten- und Pflegeheimen eine leistungsrelevante Zunahme des Hilfebedarfs eher erkennt, als die (Laien-) Pflegepersonen zu Hause. Zudem haben auch die Heime ein Interesse an Pflegebedürftigen mit einer bedarfsgerechten Pflegestufeneingruppierung.

2.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen

Eine der Hauptaufgaben des Medizinischen Dienstes liegt in der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit. Liegt diese vor, empfiehlt der Gutachter der auftraggebenden Pflegekasse eine der drei Pflegestufen:

- Pflegestufe I, „erheblich pflegebedürftig“,
- Pflegestufe II, „schwer pflegebedürftig“,
- Pflegestufe III, „schwerst pflegebedürftig“.

Die Einstufung wird über die Art und das Ausmaß des Hilfebedarfs in den in § 14 SGB XI genannten Einrichtungen in den Bereichen der Grundpflege und in der hauswirtschaftlichen Versorgung ermittelt.

In den bisherigen Veröffentlichungen des Medizinischen Dienstes wurden die Begutachtungsempfehlungen fast immer differenziert nach beantragter ambulanter und stationärer Leistung dargestellt. In der nachfolgenden Statistik wird diese Darstellungsart um eine Gesamtbetrachtung erweitert. In Tabelle 5 sind dazu die Begutachtungsempfehlungen von ambulanten und stationären Erstantragstellern zusammengefasst. Hintergrund dieser Vorgehensweise ist die Überlegung, dass das Antragstellerverhalten und die Pflegebedürftigkeit zunächst unabhängig von der jeweiligen Versorgungssituation sind.

Tabelle 5

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Erstbegutachtungen und Begutachtungsempfehlungen

Erstantragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen									
Jahr	Erstbegutachtungen	davon (Häufigkeiten)				davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995 *	1.678.792	496.394	527.369	445.297	209.732	29,6	31,4	26,5	12,5
1996	1.390.126	368.152	404.173	395.578	222.223	26,5	29,1	28,5	16,0
1997	905.439	249.951	337.752	232.390	85.346	27,6	37,3	25,7	9,4
1998	750.645	224.538	310.640	165.907	49.560	29,9	41,4	22,1	6,6
1999	690.134	200.443	298.778	149.067	41.846	29,0	43,3	21,6	6,1
2000	679.588	204.352	297.642	140.361	37.233	30,1	43,8	20,7	5,5
2001	670.889	197.198	305.485	134.758	33.448	29,4	45,5	20,1	5,0
2002	666.071	196.694	311.664	128.777	28.936	29,5	46,8	19,3	4,3
2003	671.364	200.774	311.499	130.205	28.887	29,9	46,4	19,4	4,3
2004	651.485	192.750	304.080	126.960	27.695	29,6	46,7	19,5	4,3

* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen

Im Jahr 2004 wurde in 29,6 Prozent keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes festgestellt. In 46,7 Prozent lagen die Voraussetzungen der Pflegestufe I, in 19,5 Prozent die der Pflegestufe II und in 4,3 Prozent die der Pflegestufe III vor.

Im Zeitablauf lassen sich verschiedene Entwicklungslinien erkennen. Die Zahl der Erstantragsteller hat im Berichtszeitraum 1995 bis 2004 abgenommen. Der Anteil der Begutachtungsempfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ blieb mit rund 30 Prozent konstant. Der

Anteil der Empfehlung „Pflegestufe I“ nimmt dagegen um 15 Prozentpunkte zu, Pflegestufe II und III nehmen ab. Vier Sachverhalte begründen diese Verläufe.

1. In der Anfangszeit der Begutachtungstätigkeit traf der Medizinische Dienst in einer Art Vollerhebung auf den Bestand der zu diesem Zeitpunkt bzw. in diesem Zeitraum pflegebedürftigen Versicherten. In epidemiologischer Sprache ausgedrückt: der MDK erfasste die Prävalenz. Dies bedeutet, dass in den Anfangsjahren alle Menschen mit erheblicher, schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit begutachtet wurden. Dies ist eine der Ursachen für die hohen Anteile der Pflegestufen II und III in den ersten drei Jahren der Pflegebegutachtung. Die danach durchgeführten Erstbegutachtungen betrafen nur noch Versicherte, die innerhalb eines Jahres „neu“ pflegebedürftig wurden (Inzidenz). Der hohe Anteil der Pflegestufen II und III ging deshalb zurück.

2. Zum zweiten ist eine Änderung in der Statistikführung zu berücksichtigen. Davon betroffen waren Personen, die schon vor In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungs-Gesetzes pflegebedürftig im Sinne der damaligen Krankenversicherung (nach §§ 53 ff. SGB V) waren. Nach Artikel 45 PflegeVG wurde dieser Personenkreis ohne vorherige Begutachtung automatisch der Pflegestufe II zugeordnet. Die Versicherten hatten die Möglichkeit, eine Höherstufung in Pflegestufe III bei ihrer Pflegekasse zu beantragen. Von diesem Recht machten viele Versicherte Gebrauch. Dieser Höherstufungsantrag wurde dann vom MDK begutachtet. Selbst in den Fällen, in denen der Gutachter einen Hilfebedarf feststellte, der unter den gesetzlichen Kriterien der Pflegestufe II lag, hatte der Pflegebedürftige in aller Regel einen Anspruch auf Leistungen der Pflegestufe II.

Bis zum In-Kraft-Treten der Pflegestatistik-Richtlinie nach § 53a SGB XI ab dem Berichtszeitraum 1998 wurden diese Begutachtungen unter „Höherstufungsbegutachtung“ registriert. Damit fielen Sie nicht unter die in Tabelle 5 dokumentierten „Erstbegutachtungen“. In der neuen Statistik-Richtlinie dagegen wurden sie zu den Erstbegutachtungen gezählt. In der Konsequenz lag auch in den Folgejahren nach 1997 der Anteil von Pflegestufe II im Vergleich zu 2004 etwas höher.

3. Ein weiterer statistischer Effekt betrifft Änderungen in der Begutachtungspraxis im stationären Bereich. Im Gegensatz zu den Anfangsjahren des Pflegeversicherungsgesetzes ist der typische Erstantragsteller auf stationäre Leistungen nicht mehr der Versicherte, der sich schon in einem Alten- und Pflegeheim befindet und dann einen Antrag auf Leistungen stellt. Die Praxis vieler Heime sieht vor, dass nur noch Pflegebedürftige aufgenommen werden, die im Sinne des SGB XI bereits pflegebedürftig sind.

Nach Angaben der Medizinischen Dienste befinden sich 50 bis 80 Prozent der vollstationären Erstantragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Die Bearbeitung solcher Begutachtungsaufträge ist in den Medizinischen Diensten – je nach Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen – unterschiedlich. Viele MDK führen in der Einrichtung eine Kurzbegutachtung durch, in der geprüft wird, ob der Versicherte pflegebedürftig ist oder nicht. Bei festgestellter Pflegebedürftigkeit wird noch keine abschließende Pflegestufe empfohlen, der Fall jedoch in der Statistik als „Pflegestufe I“ ausgewiesen. Erst in der darauffolgenden Begutachtung im Alten-/Pflegeheim wird in einer Begutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit gutachtlich ermittelt. Diese Begutachtungen werden jedoch in vielen Fällen als Folgebegutachtungen dokumentiert und sind dann nicht Gegenstand der Statistikführung der Tabelle 5.

4. Auch der Begutachtungsprozess selbst und die ihm zu Grunde liegenden Kriterien waren dem Wandel unterworfen. Änderungen des Gesetzes, die Rechtsprechung und nicht zuletzt gutachterliche Erfahrungen aus der Praxis gaben Anlass zur Modifizierung und Ände-

rung der verschiedenen Begutachtungsanleitungen und Richtlinien, die für die Gutachter Grundlage ihres Handelns stellen. Hier ist insbesondere auf die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ hinzuweisen.

Einführungseffekte, Änderungen in der Statistikführung, Modifikationen der den Begutachtungen zu Grunde liegenden Richtlinien und eine Änderung der Begutachtungspraxis bilden sich unmittelbar in der Zeitreihenstatistik der Begutachtungsempfehlungen ab. In der Zwischenzeit haben sich die Zahlen stabilisiert. Als Richtgrößen können folgende Anteile in den Begutachtungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes herangezogen werden:

- „nicht erheblich pflegebedürftig“ – 30 Prozent
- Pflegestufe I – 46 Prozent
- Pflegestufe II – 20 Prozent
- Pflegestufe III – 4 Prozent

Natürlich wird diese Faustformel nicht immer währenden Bestand haben. In einer Untersuchung wurde belegt, dass sich der derzeit stattfindende demographische Wandel in einer leicht überdurchschnittlichen Zunahme von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I zeigen wird (WAGNER, 2002). Aus dieser Perspektive wird es auch in den Begutachtungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes zukünftig leichte Verschiebungen geben.

2.3 Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen

Wiederholte Begutachtungen von Pflegebedürftigen finden dann statt, wenn der pflegebedürftige Versicherte einen entsprechenden Antrag bei seiner Pflegekasse stellt (Höherstufungsbegutachtung), oder wenn die Pflegekasse eine erneute Begutachtung beim MDK in Auftrag gibt (Wiederholungsbegutachtung). Diese Begutachtungsart erfüllt damit zwei Funktionen: Zum einen werden die Leistungen der Pflegeversicherung an den veränderten Hilfebedarf der Pflegebedürftigen angepasst. Zum zweiten unterziehen die Pflegekassen das Leistungsgeschehen einer stetigen Überprüfung.

In Kapitel 2.1 wurde dargelegt (siehe Tabelle 2, Kapitel 2), dass schon seit mehreren Jahren über 40 Prozent aller Begutachtungen bei schon als pflegebedürftig anerkannten Menschen durchgeführt werden. Im stationären Bereich bilden sie sogar das Gros des Begutachtungsvolumens. In einer Kennziffer kann berechnet werden, wie hoch der Anteil von Pflegebedürftigen ist, die jährlich wiederholt begutachtet werden. Dazu wird die Zahl der jährlich vom MDK durchgeführten Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen in Prozent auf die Zahl der Leistungsempfänger bezogen. In Tabelle 6 ist das Ergebnis dieser Berechnung doku-

mentiert. Die Daten zeigen, dass seit geraumer Zeit jährlich knapp 30 Prozent der Leistungsempfänger statistisch betrachtet wiederholt begutachtet werden².

Tabelle 6

**Anteil Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen
in v.H. der Leistungsempfänger**

Jahr	Leistungs- empfänger *	Höherstufungs-/Wieder- holungsbegutachtungen	
		Anzahl	in v.H. der Leistungsempfänger
1995	1.061.418	Keine Angaben vorhanden	
1996	1.546.746	180.909	11,7
1997	1.660.710	371.502	22,4
1998	1.738.118	495.561	28,5
1999	1.826.362	481.678	26,4
2000	1.822.104	512.238	28,1
2001	1.839.602	519.266	28,2
2002	1.888.969	543.711	28,8
2003	1.895.417	552.014	29,1
2004	1.925.703	529.988	27,5

* am Jahresende

Quelle: Leistungsempfänger: Bundesministerium für
Gesundheit und Soziale Sicherung

Pflegebedürftigkeit ist kein statischer Zustand, sondern ein Prozess eines sich verändernden Hilfebedarfs. In der Zwischenzeit hat sich dafür auch der Begriff der Pflegebiographie eingebürgert (WAGNER, 2005). Dies lässt sich u.a. aus dem Vergleich der Begutachtungsempfehlungen aus den Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen mit den Einstufungen aus der vorangegangenen Begutachtung ableiten (siehe Tabelle 7). Es zeigt sich, dass in vielen Fällen der Hilfebedarf pflegestufenrelevant zunimmt.

Bei ambulanten Pflegebedürftigen, bei denen in der der Folgebegutachtung vorangegangenen Begutachtung die Empfehlung Pflegestufe I ausgesprochen wurde, liegt in 46 Prozent der Fälle keine pflegestufenrelevante Erhöhung des Hilfebedarfs vor. In 8,2 Prozent wird keine erhebliche Pflegebedürftigkeit mehr empfohlen. In 45,8 Prozent der Fälle hat sich der Umfang des Hilfebedarfs jedoch so sehr ausgeweitet, dass die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vorliegen. Bei ambulanten Pflegebedürftigen der Stufe II wird zu 34,1 Prozent die Höherstufung in Pflegestufe III empfohlen.

² Es handelt sich dabei um ein statistisches Modell, das u.a. von der Annahme ausgeht, dass alle Pflegebedürftigen am Jahresende auch im darauf folgenden gesamten Berichtsjahr im Leistungsbezug stehen.

Bei Pflegebedürftigen in Alten- und Pflegeheimen liegt die Höherstufungsquote gegenüber dem ambulanten Bereich höher. Sie beträgt in der Pflegestufe I 68,8 Prozent und in der Pflegestufe II 52,3 Prozent. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es sich bei diesem Personenkreis – wie schon oben erwähnt – hauptsächlich um alte oder sehr alte Menschen handelt, die an chronisch verlaufenden Krankheiten leiden.

Tabelle 7

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung 2004

ambulant			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-Wiederholungsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	46,0	8,2	45,8
Pflegestufe II	54,8	11,1	34,1
Pflegestufe III	82,2	17,8	-

stationär			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-Wiederholungsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	29,2	2,2	68,6
Pflegestufe II	43,5	4,3	52,3
Pflegestufe III	75,0	25,0	-

Die Aussage von der Zunahme des Hilfebedarfs trifft nicht auf Pflegebedürftige der Stufe III zu. Hier wird sogar in rund 20 Prozent der Fälle die Herabstufung auf Pflegestufe II empfohlen. Dies ist oftmals vor dem Hintergrund zu sehen, dass eine Pflegeperson für die vollständige Übernahme einer Verrichtung einen geringeren Zeitaufwand benötigt als für die Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der eigenständigen Durchführung. Kann der Pflegebedürftige bestimmte Verrichtungen auch mit Anleitung und Unterstützung durch die Pflegeperson nicht mehr eigenständig durchführen, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen vollständig übernehmen. Dies führt häufig dazu, dass sich der Zeitaufwand für die Hilfeleistung verringert und deshalb in manchen Fällen eine niedrigere Pflegestufe empfohlen wird.

Die Auswertungen zu den Begutachtungsempfehlungen in Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen in Tabelle 7 eröffnen noch einen anderen Aspekt im Zusammenhang mit dem idealtypischen Verlauf einer Pflegebiographie. Dabei geht es um die Frage, wie eine solche Biographie endet. Es gibt insbesondere folgende Möglichkeiten, aus dem Leistungsbezug auszutreten:

1. Bei festgestellter „nicht mehr erheblicher Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des Gesetzes in Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen,
2. bei Tod des Versicherten.

Tabelle 7 zeigt, dass sich der Hilfebedarf von 8,2 Prozent der ambulanten und von 2,2 Prozent der stationären Pflegebedürftigen der Pflegestufe I in der Folgebegutachtung so verringert hat, dass „keine erhebliche Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des Gesetzes mehr vorlag. Im Jahr 2004 war dies bei rund 23.000 Pflegebedürftigen der Fall.

Statistiken zur Sterblichkeit von Pflegebedürftigen und die mittlere Verweildauer im Leistungsbezug auf Grundlage empirischen Materials fehlen bislang. Es kann jedoch eine Modellrechnung erstellt werden, die den Umfang jährlicher Sterbefälle schätzt. Diese Modellrechnung wird in Tabelle 8 dargestellt.

- **Im ersten Schritt** wird die Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende 2003 und die Zahl der Erstbegutachteten mit Empfehlung einer Pflegestufe im Jahr 2004 ermittelt (Pos. 1 und 2).
- **Im zweiten Schritt** wird die fiktive Zahl der Leistungsempfänger (Pos. 3) errechnet. Darunter wird die Zahl von Leistungsempfängern verstanden, die zum Jahresende 2004 vorläge, wenn alle Pflegebedürftigen zum Jahresende 2003 auch noch am Jahresende 2004 gelebt hätten. Dazu werden dann noch die „neuen“ Pflegebedürftigen des Jahres 2004 addiert (Pos. 1+2). Dies natürlich auch unter der Voraussetzung, dass sie das Jahresende 2004 erlebt haben.
- **Im dritten Schritt** wird die Zahl tatsächlicher Pflegebedürftiger zum Jahresende 2004 (Pos. 4) dokumentiert. Deren Häufigkeit wird von der fiktiven Zahl der Leistungsempfänger 2004 (Pos. 3) subtrahiert. Auf diese Weise errechnet sich der zu erklärende Überhang (Pos. 5). Dabei handelt es um die Pflegebedürftigen, die zwischen den Jahresenden 2003 und 2004 aus dem Leistungsbezug der Pflegeversicherung ausgeschieden sind.
- **Vierter Schritt:** Wir wissen aus den obigen Ausführungen, dass 23.000 ehemalige Pflegebedürftige in Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen wegen abgenommenem Hilfebedarf nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind (Pos. 6)
- **Fünfter Schritt:** Werden diese „Nicht-Mehr-Pflegebedürftigen“ (Pos. 6) vom zu erklärenden Überhang (Pos. 5) abgezogen, erhält man die Zahl derjenigen Pflegebedürftigen, die nach dieser Modellrechnung zwischen den Jahresenden 2003 und 2004 verstorben sind.

Tabelle 8

**Modellrechnung
Schätzung der jährlichen Sterbefälle von Pflegebedürftigen**

1. Schritt		Anzahl	Position
Leistungsempfänger 2003		1.893.356	1
"Neue" Pflegebedürftige im Jahr im Jahr 2004 (Inzidenz)		460.000	2
2. Schritt		Anzahl	
Fiktive Zahl der Leistungsempfänger 2004		2.353.356	3
3. Schritt		Anzahl	
Tatsächliche Zahl der Leistungsempfänger 2004		1.925.703	4
Zu erklärender Überhang		427.653	5
4. Schritt		Anzahl	
Nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI in Folgegutachten		23.000	6
5. Schritt		Anzahl	
Geschätzte Anzahl jährlicher Sterbefälle von Pflegebedürftigen		404.653	7

Der Austritt von Pflegebedürftigen aus dem Leistungsbezug erfolgt in etwas über 20.000 Fällen wegen nicht mehr bestehender Pflegebedürftigkeit, in 400.000 Fällen jedoch wegen Todes.

2.4 Profession der Gutachter

Die Aufgabe, die Begutachtungen für die Pflegeversicherung durchzuführen, stellte die Medizinischen Dienste vor eine große Herausforderung. Zunächst musste der riesige Antragsberg in angemessener Zeit abgebaut werden. Diese Herkulesaufgabe war nicht nur mit eigenem Personal zu stemmen. In großem Umfang wurden deshalb in der Anfangszeit externe Gutachter geschult und mit den Begutachtungen betraut. Auf der anderen Seite war abzusehen, dass der interne Personalkörper in den Medizinischen Diensten auch nicht ausreichen würde, das zu erwartende Begutachtungsaufkommen in den darauffolgenden Jahren bewältigen zu können. Der MDK expandierte. Vor Einführung der Pflegeversicherung, im Jahr 1993, waren 4.500 Personen in den Medizinischen Diensten angestellt, zum Jahresende 2004 waren es fast 7.000.

Eine weitere Änderung betraf die Gutachter in den Medizinischen Diensten selbst. Die Aufgaben im Bereich der Krankenversicherung wurden, von wenigen Ausnahmen abgesehen, ausschließlich durch Ärzte und Ärztinnen wahrgenommen. Der Gesetzgeber hat für die Begutachtungen für die Pflegeversicherung jedoch auch Pflegefachkräfte vorgesehen. Angehörige dieser Profession wurden deshalb neu im MDK eingestellt. Im Jahr 2004 waren 1.250 Pflegefachkräfte mit Aufgaben aus dem SGB XI betraut. 65 Prozent aller ambulanten und 70 Prozent aller stationären Begutachtungsaufträge werden in der Zwischenzeit von Pflegefachkräften bearbeitet.

2.5 Zusammenfassung

Der Medizinische Dienst hat die ihm übertragenen Aufgaben für die Pflegeversicherung mit Kompetenz und Engagement umgesetzt. 14 Millionen Pflegegutachten zeugen von den Erfahrungen auf diesem Feld. Sie machen den MDK zu einem wichtigen Ansprechpartner in Sachen Pflegeversicherung. In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen wird der Begutachtungsprozess und die ihm zu Grunde liegenden Begutachtungsrichtlinien einer stetigen Überprüfung unterzogen. Änderungen durch gesetzgeberische Maßnahmen, die Rechtssprechung und die in den Qualitätsprüfungen erkannten Problembe- reiche sind wesentliche Quellen, die zu entsprechenden Anpassungen führen.

In der versichertenbezogenen Begutachtung und Beratung erfüllt der Medizinische Dienst vor allem zwei Funktionen: In den Erstbegutachtungen wird geprüft, ob der Antragsteller einen Hilfebedarf hat, der den gesetzlichen Kriterien von Pflegebedürftigkeit entspricht. In den Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen wird bei schon als pflegebedürftig anerkannten Menschen begutachtet, ob sich der Hilfebedarf im Zeitverlauf geändert hat. In vielen Fällen wird eine Zunahme festgestellt, die zur Empfehlung einer höheren Pflegestufe führt.

Schon frühzeitig hat der MDK den Stellenwert der Qualität der Pflegebegutachtung erkannt und ein Prüfinstrument entwickelt. Auch hier hat er Pionierarbeit geleistet, da aus der Literatur keine vergleichbaren Instrumente für (sozial-)medizinische Gutachtertätigkeit bekannt waren. Diese Entwicklungsphase konnte in der Zwischenzeit abgeschlossen werden. In monatlichem oder vierteljährlichem Rhythmus prüft der MDK parallel zur Begutachtungstätigkeit seine Pflegegutachten auf Transparenz der Darstellung, Kompetenz der Bewertung und Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidungen. Die Ergebnisse belegen einen hohen Qualitätsstandard (MDS, 2005).

3. Qualitätsverbessernde Maßnahmen eines Medizinischen Dienstes zur Reduzierung der Erledigungsdauer von Pflegegutachten

Die Richtlinien nach § 53a SGB XI der Spitzenverbände der Pflegekassen wollen die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste fördern und regeln. Zu diesem Zweck wird u. a. die Pflegestatistik geführt, auf deren Grundlage die Pflegeberichte erstellt werden. Diese Statistik beinhaltet u.a. die Erledigungsdauer von Pflegegutachten in den MDK, das ist die Differenz zwischen Auftragseingang beim MDK und Versand des fertigen Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse.

Die Erledigungsdauer von Begutachtungsaufträgen für die Pflegeversicherung stellt für die einzelnen Medizinischen Dienste seit jeher ein Problem dar; gilt es doch durch geeignete organisatorische Maßnahmen gegenüber den Versicherten und den auftraggebenden Pflegekassen eine möglichst zügige und effiziente Bearbeitung des Begutachtungsauftrages sicher zu stellen. Dieser Beitrag beschreibt Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im MDK Sachsen-Anhalt, der sich den Bearbeitungs- und Laufzeiten in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit angenommen hat und im Ergebnis die Bearbeitungsdauer der Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung deutlich verringern konnte.

Die Bearbeitungsdauer von Pflegegutachten im Medizinischen Dienst wird in Kalendertagen gezählt; es ist der Zeitraum zwischen Eingang des Auftrags beim MDK und dem Statistikdatum. Das Statistik- bzw. Freigabedatum ist das Datum, an dem das Pflegegutachten vom Gutachter freigegeben wurde, an die auftraggebende Kasse verschickt und aus der Auftragsdatenbank ausgetragen wird (Postlauf). Aus der MDK-Statistik geht die Zahl der Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung mit einer Bearbeitungsdauer von:

- bis unter 4 Wochen,
- 4 bis unter 8 Wochen,
- 8 bis unter 12 Wochen,
- 12 Wochen und mehr und
- die durchschnittliche Bearbeitungsdauer aller Begutachtungsaufträge in Kalendertagen.

hervor. Diese Informationen werden regelmäßig an die Spitzenverbände der Pflegekassen übermittelt.

Die Reduzierung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten als Qualitätsziel des Medizinischen Dienstes ist für alle Beteiligten von gleichermaßen hoher Bedeutung. Der Antrag stellende Versicherte hat zeitnahen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, da er Klarheit über seine finanzielle Ausstattung durch die Pflegeversicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit haben will. Die Pflegekasse benötigt dazu das fertig gestellte Pflegegutachten

des Medizinischen Dienstes als Grundlage für ihren Leistungsbescheid. Erst mit dem Leistungsbescheid erlangt der antragstellende Versicherte Sicherheit bezüglich der von ihm zu planenden Leistungen aus der Pflegeversicherung. Je früher er über seine Pflegestufe Bescheid weiß, desto eher kann er mit Hilfe der Angehörigen und ggf. eines professionellen Pflegedienstes seine Pflege und Unterstützung sowie die damit verbundenen Haushaltsausgaben planen.

Planungssicherheit benötigen auch im Falle der stationären Pflegebedürftigkeit die Pflege erbringenden Heime. Je länger der Leistungsbescheid der Pflegekassen wegen des nicht vorliegenden Pflegegutachtens nach der Antragstellung auf sich warten lässt, desto weniger wissen sie, ob die als Vorleistung von ihnen erbrachten Pflegeleistungen auch von der Pflegestufe und der damit zusammenhängenden Pflegeklasse erfasst bzw. refinanziert werden.

Auch die Pflegekassen haben an einer zügigen Bearbeitung der Anträge im MDK ein aktives Interesse. Deren Versicherte haben nicht nur bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, sondern vor allem auch einen Anspruch auf effektive und zeitnahe Beantwortung der Frage der Leistungsvoraussetzungen durch den Gutachterdienst MDK.

Letztlich hat auch jeder MDK ein „natürliches“ Interesse an einer möglichst kurzen Bearbeitungsdauer der Gutachten, zeigt sich doch an einer effizienten und effektiven Auftragsbearbeitung auch die Dienstleistungsqualität des aus Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung immerhin zu 50 Prozent finanzierten Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Die Kritik angesichts von Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten von 80 Tagen und mehr zu Beginn der Pflegeversicherung ist mit Einführung der Begutachtungsstatistik auf eine empirische Grundlage gestellt worden. Im Jahr 1999 lag über alle MDK die mittlere Erledigungsdauer von Pflegegutachten im ambulanten Bereich noch bei 60 Tagen (im stationären Bereich bei 46 Tagen).

In diesem Beitrag wird dargestellt, wie es dem MDK Sachsen-Anhalt gelungen ist, seine Laufzeiten von 78 Tagen im ambulanten und 58 Tagen im stationären Bereich im Jahr 1999 durch Einsatz moderner Technik und durch Umorganisation innerhalb des Dienstes auf 35 Tage bzw. 25 Tage im Jahr 2004 zu senken.

3.1 Ebusiness-Workflow und ZAK

Als zentrale organisatorische Veränderung hat der MDK Sachsen-Anhalt einen Wechsel von der bis Dezember 2002 dezentralen Organisation der Pflegebegutachtung zu einer zentralen Organisationsform vorgenommen. Hinzu kam die Implementierung einer eBusiness-Lösung für den gesamten Workflow vom Eingang eines Auftrags zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bis hin zum Versand des fertigen Gutachtens. Die bedeutendsten Innovationswerkzeuge waren der Einsatz einer zentralen Tourenplanung in ISmed („frei verschiebbarer Gutachtenkomplex“) und die Ausstattung der Gutachter mit Laptops oder Tablett-PC's, die sie bei der Begutachtung im häuslichen Bereich bzw. im Pflegeheim benutzen.

eBusiness: Workflow der Tourenplanung

1. Versichertentabelle aktualisieren
2. Aufträge mit Begutachtungsdatum löschen
3. Falsch geschriebene Straßennamen filtern und bereinigen
4. Aufenthaltsadressen aktualisieren
5. **Priorität** wird gesetzt:
Priorität A – alle Kurzzeitpflegen und Altdaten
Priorität B – alle Aufträge älter 14 Tage (Eingangsdatum)
Priorität C – alle Aufträge jünger 14 Tage (Eingangsdatum)
6. **Besuchsdauer** setzen:
 - **20 Minuten** – alle Aufträge zu Pflegehilfsmitteln, alle Aufträge zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
 - **60 Minuten** – alle Erstaufträge, Folgeaufträge
 - **90 Minuten** – alle Widersprüche, alle Kinder bis 11 Jahre
7. Versicherte mit gleicher Anschrift erhalten gleiche Priorität
8. Ehepaare/Geschwister filtern, erhalten gleiche Priorität
9. Orte/Teilorte mit PLZ-Datenbank vergleichen, Fehler filtern
10. Fehlerhafte Gutachter-Nummern selektieren
11. Widersprüche filtern und zuordnen
12. Altdaten nach Posteingangsdatum und Vergabe A-Priorität filtern
13. Kurzzeitpflegen zur Überwachung filtern
14. Ist-Besuche (z.B. Kinder-Begutachtung nur in den Ferien) werden gefiltert
- 15./16. Abgleich mit Gutachteranwesenheit (elektronische Zeiterfassung) und Gutachterwünschen

Die fertig bearbeiteten Daten werden in den Tourenplaner übernommen und elektronisch vertourt. Problem: Neubaugebiete, Baustellen, Fähren.

Quelle: MDK Sachsen-Anhalt

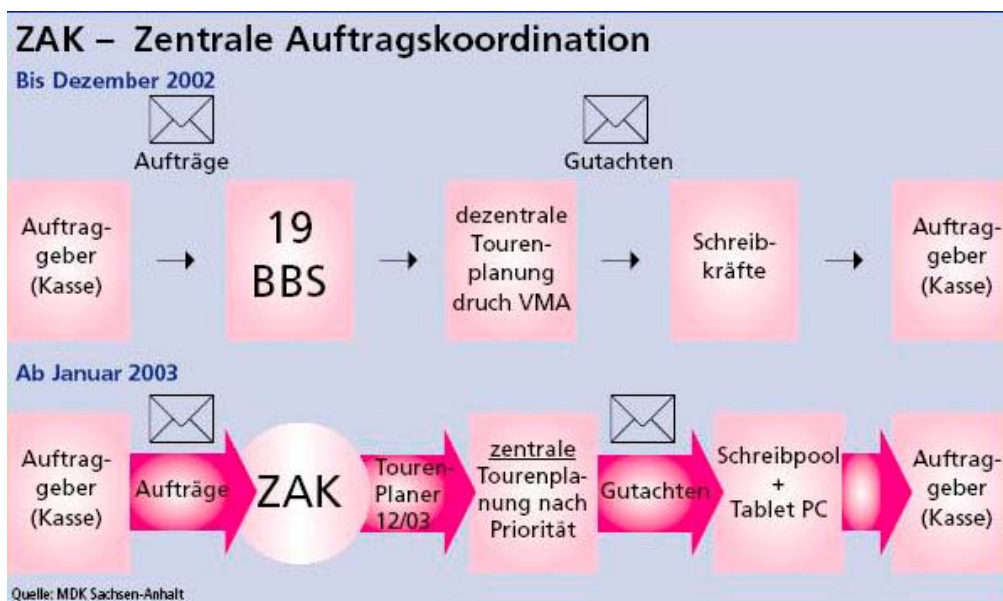
Organisatorisch hat der MDK Sachsen-Anhalt zum Jahresbeginn 2003 als neues Team die so genannte zentrale Auftragskoordination (ZAK) geschaffen, die die Pflegegutachter in mehrfacher Hinsicht unterstützen soll. Die ZAK verfügt über eine zentrale landesweite Tourenplanung, für die täglich alle Pflegegutachten aus ISmed in eine Datenbank eingelesen werden. Die sich daran anschließende Datenbereinigung dient zur Vorbereitung der Tourenplanung. Bereits mit einer optimierten Tourenplanung konnten die Fahrkosten und Fahrzeiten deutlich gesenkt werden. Allein durch diese Einsparung haben sich die Softwarekosten für dieses Tourenplanprogramm in kurzer Zeit amortisiert. Mit der zentralen Ressourcen-

steuerung konnte auch auf die regionalen Auftragschwankungen im MDK Sachsen-Anhalt zielgenau reagiert werden.

Mit der zentralen Bündelung der Auftragsverwaltung wurden auch eine Auftragsübertragung und die gutachterliche Rückgabe neu gestaltet. Diese erfolgen in elektronischer Form an 40 Heimarbeitsplätzen der Pflegegutachter. Diese können – und auch das ist neu – eventuell benötigte Vorgutachten durch eine ebenfalls installierte elektronische Archivlösung zeitnah am Bildschirm einsehen. Durch diesen stark EDV-geprägten Workflow sind die Laufzeiten der Pflegegutachten im Jahresvergleich 2003/2004 um 23 Prozent gesenkt worden. Alleine im Monat Dezember 2004 lag die durchschnittlichen Laufzeit mit 24 Kalendertagen sogar unterhalb der dienstintern angestrebten Zielmarge.

Zur Aufgabenstellung des 12-köpfigen ZAK-Teams gehört:

- die Überprüfung der Auftragsunterlagen auf Vollständigkeit
- ggf. die Anforderung von weiteren Unterlagen bei der Pflege- bzw. Krankenkasse
- die Erfassung des Auftrags in ISmed
- ggf. Mahnungen nach Befundanforderungen
- telefonische Terminvereinbarung mit den Versicherten und schriftliche Terminbestätigung
- Tourenplanung nach festgelegter Priorität
- Ersatztermine für ausgefallene Hausbesuche eintakten
- Terminsicherung
- Scannen zur Archivierung der Unterlagen
- Gutachtausdruck, Postlauf und Versand
- Archivierung des Gutachtens



3.2 Ausblick

Seit Mitte des Jahres 2004 gehört zum neuen eBusiness-Workflow im Geschäftsbereich Pflege des MDK Sachsen-Anhalt auch der landesweite digitale Datenaustausch „digidaus“, der zwischen dem MDK und der AOK Sachsen-Anhalt praktiziert wird. Monatlich fließen ungefähr 3.000 Gutachtenaufträge von der AOK zum MDK und als fertige Produkte an die AOK wieder zurück. Bisher war damit ein hoher Zeitaufwand für die manuelle Datenbereinigung verbunden, der aber mittlerweile durch regelmäßige Qualitätsgespräche zwischen MDK und AOK sukzessive geringer geworden ist. Der Einsatz der Elektronik steht hier erst am Anfang; weitergehende Lösungen werden beim MDK Sachsen-Anhalt bereits diskutiert.

4. Literatur

- MDS, 2003:** Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen 2003.
- MDS, 2005:** Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Qualitätsprüfungen 2004. Essen 2005.
- WAGNER, 2002:** Wagner, Alexander: Einfluss von Pflegebiographie und demographischem Wandel auf die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. In: IKK-Bundesverband (Hrsg.): Die Krankenversicherung. Heft 11, November 2002.
- WAGNER, 2005:** Wagner, Alexander: „Pflegebiographie“ – was ist das? In: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.): MDK-Forum. Heft 4, Dezember 2004.