

MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten



2010

Tätigkeitsbericht

INHALT

Vorwort	02
Tätigkeitsbereich des Unternehmens	04
Wer beauftragt MEDICPROOF?	05
Das MEDICPROOF-Gutachternetz	06
Die verschiedenen Auftragsformen	07
Besonderheiten der PPV-Gutachten	09
Weitere Auftragsformen der privaten Pflegeversicherungen	11
Vergütung	12
Servicevertrag und Auftragsabwicklung	14
Interne Personalstruktur	15
Freie Mitarbeiter	16
Qualitätssicherung	17
Auftrags- und Erledigungsstatistik	19
Verteilung der Gutachten auf die Bundesländer	21
Auswertung der Begutachtungsergebnisse	22
Besonderheiten der Versichertenstruktur	24
Einwendungen	25
Pflegebegutachtungen nach vorangegangener „Vorab-Einstufung“	26
Ausblick	27

**Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,**

das vergangene Jahr stellte uns vor besondere Herausforderungen. Es galt, nahezu zeitgleich sowohl eine neue Abteilung für „Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen“ aufzubauen und das Unternehmen umzustrukturieren als auch in ein neues Bürogebäude umzuziehen.

Trotz dieser aufwändigen und zeitintensiven Aktivitäten hat MEDICPROOF auch im Jahr 2010 ein gutes Ergebnis erzielt: Mit 120.895 bearbeiteten Aufträgen können wir einen Anstieg von 3,6 Prozent verzeichnen, und auch der Gesamtumsatz ist von 21,3 Mio. Euro im Jahr 2009 auf 22,2 Mio. Euro im Jahr 2010 gestiegen. Die Geschäftsaussichten für das laufende Jahr sind positiv, sodass wir auch 2011 von einer weiter steigenden Auftragslage ausgehen können.

Umzug ins Cologne Oval Office

Im Mai haben wir das neue und mit vielen innovativen Elementen ausgestattete Bürogebäude „Cologne Oval Office“ (COO) am Gustav-Heinemann-Ufer 74a bezogen. Seither arbeitet MEDICPROOF unter einem Dach mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) und den anderen Unternehmen der PKV-Familie, MEDCOM Arztrechnungs-Service GmbH und COMPASS Private Pflegeberatung GmbH. Damit wurden für alle vier Unternehmen die Voraussetzungen geschaffen, über Shared Service-Einheiten effizienter zu arbeiten, Synergieeffekte zu erzielen und unternehmensübergreifende Prozesse anzugleichen.

Impressum:

MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 A
50968 Köln

Telefon: +49 221 / 888 44 - 0
Telefax: +49 221 / 888 44 - 888
info@medicproof.de
www.medicproof.de

Fotos:

© MEDICPROOF
istock, Fotolia
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

Satz und Layout: Tine Klußmann, www.TineK.net



Neufassung des Gesellschaftsvertrags und Reorganisation

Im Juni 2010 haben wir den Gesellschaftsvertrag neu gefasst, um auf eine Ausweitung unseres Geschäftsfelds vorbereitet und flexibler aufgestellt zu sein. Seither heißen wir nicht mehr „MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mit beschränkter Haftung“, sondern „MEDICPROOF GmbH“. Es wurde ein Aufsichtsrat etabliert, die Geschäftsführungs- und Vertretungsregelung geändert und die Organisationsstruktur an die neuen Verhältnisse angepasst. Ein neuer Claim beschreibt das Selbstverständnis von MEDICPROOF als „Der medizinische Dienst der Privaten“. Den Geschäftsanteil unserer bisherigen Tochtergesellschaft „MEDCOM Arztrechnungs-Service GmbH“ haben wir außerdem an den PKV-Verband abgetreten.

Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen

Ein weiteres zentrales Thema im Jahr 2010 war für uns der Aufbau einer Abteilung für Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen (QPP) mit dem Ziel einer aktiven Beteiligung des PKV-Verbands an den vom Gesetzgeber beschlossenen Qualitätsprüfungen stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen. Um die Kapazitäten und die Infrastruktur für mehr als 2.500 Qualitätsprüfungen pro Jahr zu schaffen, begann MEDICPROOF bereits Anfang des Jahres mit der Projektarbeit und dem Aufbau der Abteilung. Zum 1. Dezember 2010 wurde die QPP-Abteilung vom PKV-Verband übernommen und seitdem eigenständig weitergeführt.

Herausforderungen im Geschäftsjahr 2011

In diesem Jahr werden wir unsere zwar eingespielte, jedoch in die Jahre gekommene Datenbank durch ein neues elektronisches Verwaltungssystem ersetzen, das den geänderten betrieblichen Abläufen und deren zunehmender Komplexität gerecht wird. Es handelt sich dabei um eine Eigenentwicklung, die unsererseits die Voraussetzungen für eine Online-Übertragung von Aufträgen und Gutachten schaffen soll. Ein weiteres damit verbundenes Ziel ist die Umstellung auf eine papierlose Arbeitsweise in der MEDICPROOF-Zentrale.

Durch die verschärften gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit werden wir im Jahr 2011 auf diese Themen ein besonderes Augenmerk richten. Auch unsere diesjährige Seminarreihe für externe Gutachter widmet sich dem Schwerpunktthema Datenschutz. Gleichzeitig müssen wir dafür sorgen, dass die veränderten räumlichen Voraussetzungen einer kritischen Betrachtung durch die Datenschutzbehörden standhalten.

Inwieweit ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein darauf abgestelltes Begutachtungsverfahren noch 2011 konkretisiert werden, ist derzeit nicht abzusehen. Wir werden allerdings die nötigen Vorkehrungen treffen, um gesetzliche Änderungen zeitnah umsetzen zu können.

Wenn Sie unseren Tätigkeitsbericht auch schon in den vergangenen Jahren gelesen haben, dann wird Ihnen aufgefallen sein, dass wir dessen Gestaltung überarbeitet haben. Das neue Design des Berichts geht einher mit einer Weiterentwicklung unseres Corporate Designs und ist Teil unserer Bemühungen, auch die Instrumente der Unternehmenskommunikation zu hinterfragen und bei Bedarf neu zu gestalten. Weitere Maßnahmen werden im Laufe des Jahres folgen.

Köln, im Juni 2011

Dr. Ulrike Diedrich
Geschäftsführerin

Tätigkeitsbereich des Unternehmens

Die MEDICPROOF GmbH prüft seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 Leistungsvoraussetzungen für den Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). MEDICPROOF ist ein Tochterunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) mit Sitz in Köln.

Aufgrund der unterschiedlichen Risikostruktur in den einzelnen privaten Versicherungsunternehmen schreibt das Pflegeversicherungsgesetz¹ einen Finanzausgleich für die private Pflegepflichtversicherung vor. Um diesen Ausgleich abzuwickeln, wurde von den privaten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Pflegepflichtversicherung betreiben, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegründet (Pflege-Pool-GbR), deren Gesellschaftervertrag vorsieht, für Begutachtungen MEDICPROOF einzuschalten.

Die privaten Pflegeversicherungsunternehmen sind darüber hinaus verpflichtet, bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen². Die Pflegebedürftigkeit privat versicherter Antragsteller wird demzufolge auf der Grundlage der „Begutachtungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ (Begutachtungs-Richtlinien – BRI) in ihrer jeweils geltenden Fassung beurteilt.

Auf Basis der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Musterbedingungen der Privaten Pflegepflichtversicherung – MB/PPV 2010) sieht jeder einzelne Versicherungsvertrag Leistungen vor, die nach Art und Umfang denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Aufgabe von MEDICPROOF ist es, eine bundesweite und versicherungsübergreifend einheitliche Begutachtung sicherzustellen. Faktisch nimmt MEDICPROOF damit die Aufgaben eines medizinischen Dienstes der privaten Krankenversicherungsunternehmen für den Bereich der Pflegepflichtversicherung wahr.

Zur Auftragserledigung bedient sich das Unternehmen eines bundesweiten Netzes freiberuflich tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter³. In der Ausübung ihrer Tätigkeit sind diese selbstständig und weisungsfrei.

MEDICPROOF fungiert in erster Linie als Dienstleister, koordiniert und sichert die Qualität der Begutachtung. Dazu gehört, die freien Mitarbeiter in Fragen der Begutachtung problem-lösend zu begleiten und die Versicherungsunternehmen in Fragen der Medizin und Pflege zu beraten.



¹ in § 111 SGB XI

² § 23 Absatz 6 Satz 1 SGB XI

³ Im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung und für besseren Lesefluss wird im folgenden Text weitestgehend die maskuline Form verwendet.

Wer beauftragt MEDICPROOF?

Private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen

Die Begutachtungsaufträge erhält MEDICPROOF von den 44 privaten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Pflegepflichtversicherung betreiben sowie von der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Für die Übernahme des Pflegerisikos dieser ehemals bundeseigenen Sozialeinrichtungen wurde eigens die „Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen“ (GPV) gegründet.

Kommunen und Privatpersonen

In geringem Umfang erstellt MEDICPROOF auch Gutachten für Auftraggeber, die nicht dem PKV-Verband angehören. So ließen verschiedene Kommunen die Voraussetzungen für „Hilfe zur Pflege“⁴ durch MEDICPROOF überprüfen.

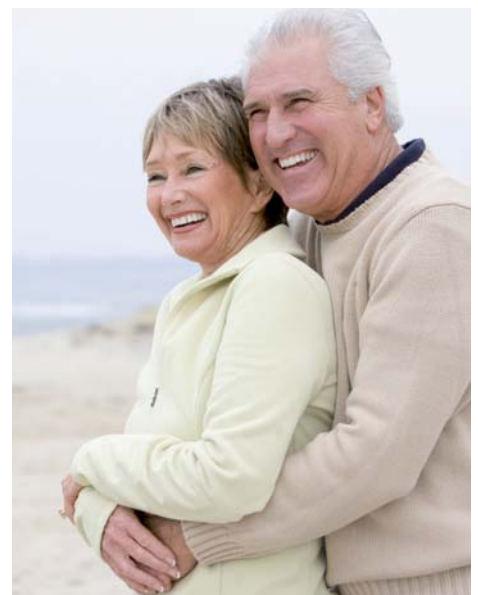
Daneben werden auch Pflegegutachten bei nicht versicherten Personen erstellt, die zum Beispiel als Selbstzahler eine Pflegestufenzuordnung für die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung benötigen.

Ärzte führen Begutachtungen durch

Aufgrund einer entsprechenden Regelung in den Versicherungsverträgen werden mit der Feststellung von Eintritt, Umfang und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich Ärzte beauftragt⁵. Darin unterscheiden sich die Vorgaben zur Begutachtung in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) von denen der sozialen Pflegeversicherung (SPV), wo zunehmend Pflegefachkräfte in das Begutachtungsverfahren eingebunden sind. Allerdings besteht in der PPV die Möglichkeit einer ergänzenden pflegefachlichen Stellungnahme, wenn es darum geht, neben den Feststellungen im ärztlichen Gutachten noch relevante pflegerische Sachverhalte zur Qualität der Versorgung aufzuzeigen. MEDICPROOF hält dafür ein bundesweites Netz von Pflegefachkräften vor.

Das Gutachternetz wird kontinuierlich und bedarfsgerecht angepasst – auch unter qualitativen Gesichtspunkten. Anzahl und Verteilung der freien Mitarbeiter (Abbildung 1) entsprechen grundsätzlich dem regionalen Auftragsaufkommen, wobei de facto vereinzelte Lücken – insbesondere im ländlichen Raum – zu verzeichnen sind.

Vor Vertragsabschluss werden alle Gutachter von MEDICPROOF geschult und in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung weitergebildet.

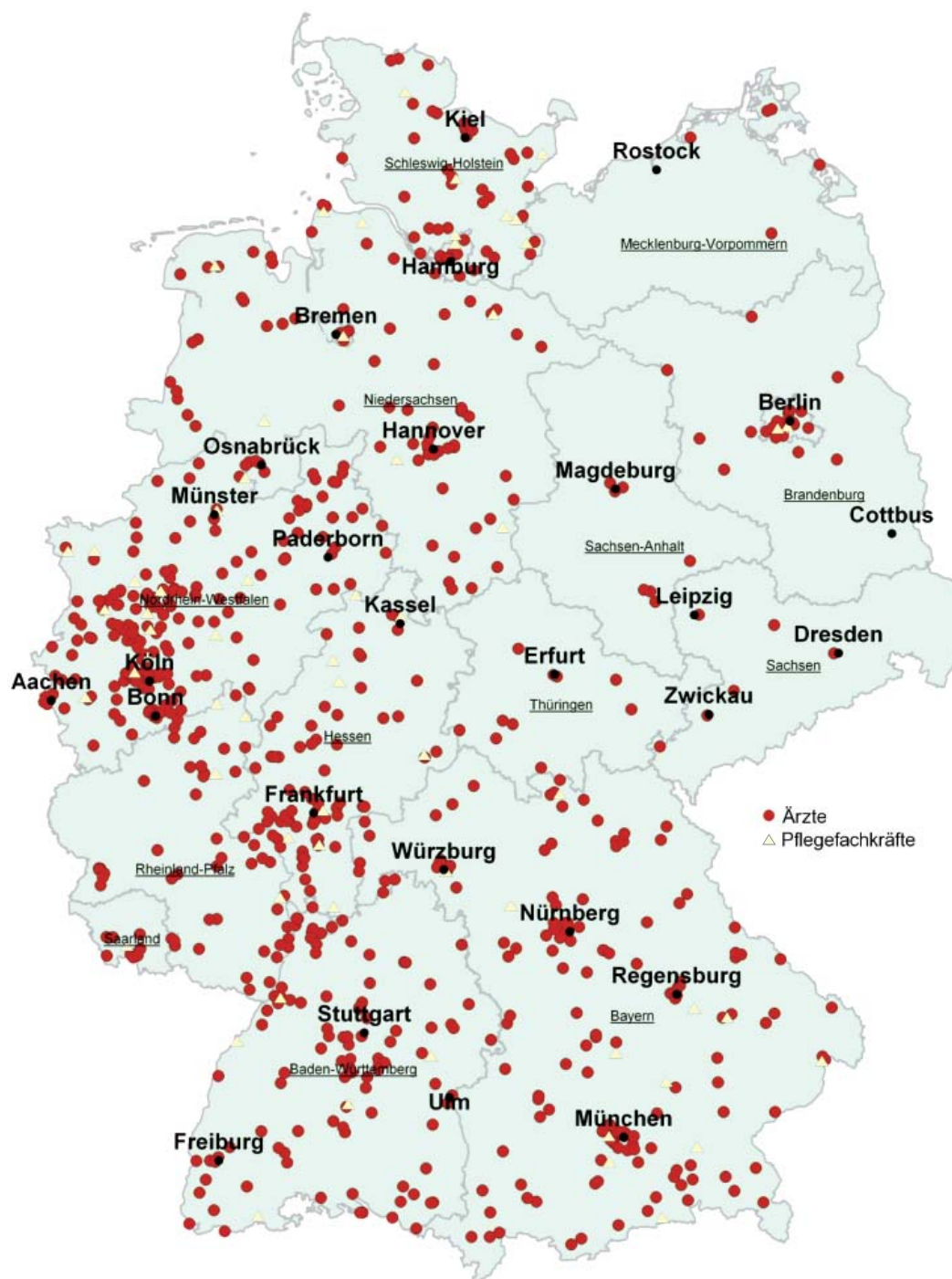


⁴ § 61 des zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII)

⁵ § 6 Abs. 2 MB/PPV 2010

Das MEDICPROOF-Gutachternetz

Abbildung 1: Bundesweites Gutachternetz 2010



Die verschiedenen Auftragsformen

Gutachten der privaten Pflegepflichtversicherung

Pflegegutachten

Aufträge zur Überprüfung von Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegeversicherung sind die weitaus häufigste Auftragsform. Die Feststellungen erfolgen auf der Grundlage eines Besuchs im Wohnbereich der Antragsteller. Bei der Begutachtung ist der ursächliche Zusammenhang darzustellen zwischen dem vorliegenden Hilfebedarf bei den im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens und einer Krankheit oder Behinderung. Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihrer Abstufung wird anhand der gesetzlich vorgegebenen Kriterien geprüft. Dasselbe gilt für die Anspruchsvoraussetzungen eines zusätzlichen Betreuungsaufwands bei mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Inhalt und Gliederung der MEDICPROOF-Gutachten sind dem „Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) angeglichen. Die Bearbeitung durch die Gutachter erfolgt mit einer eigens dafür entwickelten Software. Die in dieser Hinsicht standardisierten Gutachten enthalten Angaben

- zu pflegerelevanten Aspekten der Versorgungssituation,
- zu medizinischen Hintergründen, pflegerelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie zu individuellen Ressourcen eines Antragstellers und zu seinen psychomentalen Fähigkeiten,
- zu Art und zeitlichem Umfang des Hilfebedarfs bei den gesetzlich definierten, gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens,
- zum Umfang der Pflegetätigkeit ehrenamtlich tätiger Pflegepersonen und professioneller Pflegekräfte,
- zur Sicherstellung der Pflege und Versorgung,
- zur voraussichtlichen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und
- zu möglichen Verbesserungen der Pflegesituation, insbesondere durch die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Anpassungen des individuellen Wohnumfelds.

Kindergutachten

Bei der Begutachtung von Kindern ist nur der krankheitsbedingte Mehraufwand an notwendigen Hilfeleistungen im Vergleich zu einem altersentsprechend entwickelten gesunden Kind zu berücksichtigen. Auch dessen Ermittlung orientiert sich an den Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien. In der Regel gestaltet sich die Begutachtung kranker, behinderter und pflegebedürftiger Kinder schwieriger und zeitaufwändiger als die Begutachtung von Erwachsenen. Die Aufträge werden deshalb an speziell dafür weitergebildete Gutachter vermittelt und höher vergütet.

Erstgutachten

Stellt eine versicherte Person erstmals einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, wird MEDICPROOF mit der Erstellung eines Erstgutachtens beauftragt. Unter leistungsrechtlichen Aspekten gelten auch jene Gutachten als Erstgutachten, die erstellt werden, wenn ein Antragsteller bereits zu einem früheren Zeitpunkt begutachtet worden ist, die Leistungsvoraussetzungen aber nicht als erfüllt angesehen wurden und somit der Versicherungsfall⁶ noch nicht eingetreten ist.

⁶ § 1 Absatz 1 der MB/PPV



Folgegutachten

Bezieht eine versicherte Person aufgrund einer vorangegangenen Begutachtung Leistungen aus der Pflegeversicherung, bestehen verschiedene Möglichkeiten der Nachbegutachtung. Zum einen kann dies der Versicherte oder ein Bevollmächtigter selbst beantragen, wenn sich der Pflegebedarf in vermutlich pflegestufenrelevantem Umfang erhöht oder reduziert hat. In diesen Fällen handelt es sich um „Gutachten nach Änderungsantrag“. Zum anderen kann das Pflegeversicherungsunternehmen eine Überprüfung der Pflegestufe als „Wiederholungsgutachten“ in Auftrag geben. Eine Begutachtung auf Veranlassung des Versicherers ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts⁷ (BSG) allerdings nur angemessen, wenn Gründe für die Annahme bestehen, die Pflegebedürftigkeit könne sich in einem für die Einstufung relevanten Umfang geändert haben.

Pflegehilfsmittelgutachten

Neben den Gutachten, die Aufschluss über die Pflegebedürftigkeit geben sollen, können auch eigenständige Gutachten in Auftrag gegeben werden, die beurteilen, ob eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder die Anpassung des individuellen Wohnumfelds notwendig sind. Dies ist zum Beispiel dann angebracht, wenn nach einer vorangegangenen Standard-Begutachtung neue Bedürfnisse im Bereich der Pflegehilfsmittelversorgung entstanden sind, die eine neue Beurteilung rechtfertigen, ohne dass sich die Pflegestufe geändert hat. Ist die Beurteilung zeitnah zum letzten Gutachten ohne Hausbesuch möglich, erfolgt sie nach Aktenlage. In den meisten Fällen erfordert die Pflegehilfsmittelbegutachtung oder die Begutachtung zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds jedoch einen erneuten Hausbesuch.

Feststellung der eingeschränkten Alltagskompetenz

Die Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz setzt richtliniengemäß voraus, dass die psychomentalen Fähigkeiten des Antragstellers beurteilt werden (Screening). Wird aufgrund einzelner Auffälligkeiten ein erheblicher und dauerhafter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf ermittelt, schließt sich das im Pflegeleistungsergänzungsgesetz vorgeschriebene Verfahren an, mit dessen Hilfe eingeschätzt wird, wie ausgeprägt die vorhandenen Störungen (Assessment) sind. Anhand eines 13 Punkte umfassenden Kriterienkatalogs wird überprüft, ob eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei Personen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen und demenzbedingten Fähigkeitsstörungen anerkannt werden kann. Die Durchführung des Assessments verlangt grundsätzlich die Inaugenscheinnahme des Betroffenen. Das Verfahren kann aber unabhängig von der Feststellung oder Beurteilung von Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden, wenn sich zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten, die für die Beurteilung der Einschränkung der Alltagskompetenz von Bedeutung sind, im Vergleich zum Vorgutachten geändert haben, der grundpflegerische Hilfebedarf aber gleich geblieben ist.

⁷ vgl. Urteile vom 22. August 2001, Az.: B 3 P 21/00 R und B 3 P 4/01 R

Besonderheiten der PPV-Gutachten

Die Unterschiede zum Begutachtungsverfahren in der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich im Wesentlichen aus der Rechtsform des Gutachtens. Die Beziehung zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen unterliegt den Regeln des Zivilrechts, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für die private Pflegepflichtversicherung erstellten Gutachten wertet das Bundessozialgericht (BSG) demzufolge als Schiedsgutachten im Sinne von § 84 VVG⁸. Durch ein Schiedsgutachten soll außergerichtlich und dennoch rechtsverbindlich die für zwei Vertragsparteien verbindliche gutachtliche Klärung eines bestimmten Sachverhalts herbeigeführt werden. Unter Bezug auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung soll geklärt werden, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt. Ein Schiedsgutachten gilt darüber hinaus solange als verbindlich, bis dargestellt werden kann, dass eine offenbar erhebliche Abweichung von der wirklichen Sachlage besteht. Aufgrund der vorgenannten BSG-Entscheidungen ist eine Leistungszusage im Bereich PPV gleichzeitig als „deklaratorisches Schuldanerkenntnis“ anzusehen und die Erklärung eines privaten Versicherungsunternehmens, Leistungen gemäß den Feststellungen im ärztlichen Gutachten zu erbringen, bindend. Die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung sind demnach sowohl an die gutachterliche Feststellung als auch an ihre einmal ergangene Leistungszusage gebunden.

Zweitgutachten

Anders als in der Sozialversicherung ist ein formales Widerspruchsverfahren in der privaten Pflegepflichtversicherung keine Voraussetzung für eine – spätere – Klage. Gegen die Leistungsentscheidung eines privaten Versicherungsunternehmens kann innerhalb einer Frist von sechs Monaten unmittelbar Klage vor dem zuständigen Sozialgericht erhoben werden. Durch die Einholung einer „zweiten Meinung“ in Form eines sogenannten Zweitgutachtens lässt sich die gerichtliche Auseinandersetzung aber häufig vermeiden. Alle vorgenannten Gutachten können daher eine weitere Begutachtung nach sich ziehen, wenn vom Antragsteller oder seinem Bevollmächtigten Einwände dagegen vorgebracht und entsprechend begründet werden. Der Zweitgutachter ist in diesen Fällen gehalten, sich mit den Einwänden des Versicherten sowie mit den Feststellungen des Vorgutachters auseinanderzusetzen und zu einem eigenen Ergebnis zu kommen.



⁸ vgl. Urteile vom 22. August 2001, Az.: B 3 P 21/00 R und B 3 P 4/01 R



Begutachtung der Aktenlage

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfolgt nach Aktenlage, wenn die zu begutachtende Person nach der Antragstellung und vor der geplanten Begutachtung verstorben ist. Diese Beurteilungen werden anhand von Pflegeprotokollen, Pflegedokumentationen und Krankenhaus- oder Arztberichten überwiegend von den hauptamtlich tätigen Ärzten von MEDICPROOF vorgenommen.

Weiterversorgung nach Klinikaufenthalt

Zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären pflegerischen Versorgung im Anschluss an einen Klinikaufenthalt kommt bei MEDICPROOF das seit 1996 bewährte Verfahren der „Vorab-Einstufung“ nach Aktenlage zum Einsatz. Dafür müssen vom Krankenhaus oder vom behandelnden Arzt Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, die neben der pflegebegründenden Diagnose vor allem den daraus resultierenden grundpflegerischen Hilfebedarf erkennen lassen. Nach Übermittlung der Unterlagen werden diese auf Anhaltspunkte zum Hilfe- und Betreuungsbedarf des Versicherten hin gesichtet und die Ergebnisse dem auftraggebenden Versicherungsunternehmen kurzfristig mitgeteilt. Die Einschätzung des voraussichtlichen Umfangs einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit drückt sich in einer vorläufigen Pflegestufenzuordnung und für den vollstationären Bereich zusätzlich in einer Bewertung der Notwendigkeit stationärer Pflege aus. Die Pflegestufenzuordnung ist aufgrund der oft nur bedingt aussagefähigen Unterlagen jedoch eher restriktiv. Hierdurch soll verhindert werden, dass die Höhe der zugesagten, zeitlich begrenzten Leistungen zu einem späteren Zeitpunkt revidiert werden muss.

„Vorab-Einstufung“ nach Aktenlage

Ist die Aktenlage hinreichend aussagefähig und eindeutig, können auch die gängigsten pflegeerleichternden Hilfsmittel empfohlen werden, die dann bei Entlassung des Pflegebedürftigen zu Hause bereit stehen. Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 1. Juli 2008 und den damit verbundenen Fristvorgaben wurde das Verfahren um den Aspekt der Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz erweitert. Eine verkürzte Begutachtungsfrist gilt gemäß PfWG auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Die endgültige Begutachtung mit Hausbesuch findet etwa vier bis sechs Wochen nach der Krankenhausentlassung statt.

Eine direkte Begutachtung im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitations-Einrichtung ist dagegen nur in Ausnahmefällen geboten, wenn zum Beispiel bestimmte Leistungszusagen eine Voraussetzung für die Krankenhausentlassung darstellen, wie es bei umfangreicher Hilfsmittelversorgung der Fall sein kann. Dann wird neben der Begutachtung im Krankenhaus auch noch eine Beurteilung des häuslichen Umfelds im Hinblick auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und den Möglichkeiten der Wohnumfeldverbesserung in Auftrag gegeben.



Weitere Auftragsformen der privaten Pflegeversicherungen

Pflegefachliche Stellungnahme

Alle bislang angesprochenen Gutachtenformen dienen dazu, Leistungsvoraussetzungen festzustellen, die aufgrund der Vorgaben in den Versicherungsbedingungen⁹ von einem Arzt durchzuführen sind. Sind in dem ärztlichen Gutachten bestimmte pflegerische Aspekte nicht eindeutig zu klären, bietet MEDICPROOF den Pflegeversicherungen an, eine ergänzende pflegefachliche Stellungnahme durch eine Pflegefachkraft einzuholen. Diese beinhaltet neben der dezidierten Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs stets konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation im Sinne eines individuellen Pflegeplans.

Schulung pflegender Angehöriger

Die Pflegefachkräfte können auch mit der Schulung pflegender Angehöriger im häuslichen Umfeld beauftragt werden. Dabei handelt es sich nicht um eine gutachterliche Stellungnahme, sondern um eine Versicherungsleistung¹⁰, die pflegenden Angehörigen oder an Pflege interessierten Personen konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Hierzu gehören zum Beispiel Lagerungstechniken zur Vermeidung von Druckgeschwüren, Rücken schonendes Arbeiten oder pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz oder Ernährungsproblemen.

Kausalitätsabgrenzung

Ist die Pflegebedürftigkeit eines Versicherten auf Unfallfolgen oder ein Versorgungsleiden im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zurückzuführen, sind die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung nachrangig. In welchem Maße dann beispielsweise Entschädigungen nach BVG oder der gesetzlichen Unfallversicherung zum Tragen kommen, ist eine anspruchsvolle Form der ärztlichen Begutachtung und wird in freier Form ausgeführt (Kausalitätsabgrenzung).

Stellungnahme zu Einspruchs- oder Sozialgerichtsverfahren

Stellungnahmen zu Einspruchs- oder Sozialgerichtsverfahren werden in der Regel durch die ärztlichen Mitarbeiter von MEDICPROOF verfasst. Sie müssen als eine Sonderform der Auftragsbearbeitung in den Fällen angesehen werden, in denen zum Beispiel bereits ein formal korrektes Zweitgutachten vorliegt und die auftraggebende Pflegeversicherung bei drohendem oder laufendem Sozialgerichtsverfahren um Klärung oder Hilfe bei der Beantwortung von Anwaltsschreiben oder Klageschriften bittet.

Aufträge der privaten Krankenversicherungen

Fragen aus dem Bereich der Krankenversicherung

Darüber hinaus bietet MEDICPROOF den privaten Krankenversicherungen gutachterliche Stellungnahmen zu weiterführenden Fragen an, die sich aus Pflegegutachten ergeben können. Dabei handelt es sich häufig um die Abgrenzung und den Umfang behandlungspflegerischer Maßnahmen oder um die Frage, ob eine palliative Versorgung notwendig ist. Diese Leistungen fallen in den Bereich der Krankenversicherung und werden separat abgerechnet.

Von der pflegerischen Versorgung gänzlich unabhängig sind Aufträge, die Leistungsvoraussetzungen bei Krankentagegeldversicherungen überprüfen, die Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung und Krankenhausverweildauer beurteilen sowie Umfang und Notwendigkeit einzelner ambulanter Behandlungsverfahren begutachten. Die Kosten für derartige Aufträge werden auf der Grundlage der im Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) für medizinische Sachverständige vorgesehenen Honorarsätze oder nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

⁹ § 2 (6) MB/PPV
¹⁰ Vgl. § 4 (15) MB/PPV rsp. § 45 SGB XI

Vergütung

Insgesamt ergeben sich folgende abrechnungsrelevante Auftragstypen:

Tabelle 1: Vergütungsstruktur 2010:

Gutachten-Typ		Honorar in EUR	
		Vergütungsbetrag	zzgl. MwSt (19 %)
Standard-Pflegegutachten, Erst- und Folgegutachten		140,00	26,60
Kinder-Pflegegutachten, Erst- und Folgegutachten bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres		200,00	38,00
Standard-Zweitgutachten, Gutachten im Einspruchsverfahren		300,00	57,00
Kinder-Zweitgutachten, Gutachten im Einspruchsverfahren bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres		360,00	68,40
Eigenständiges Pflegehilfsmittelgutachten	■ nach Aktenlage	25,00	4,75
	■ mit Hausbesuch	70,00	13,30
Eigenständiges Pflegehilfsmittel-Zweitgutachten Gutachten im Einspruchsverfahren		140,00	26,60
Gutachten zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz		90,00	17,10
Zweitgutachten zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz Gutachten im Einspruchsverfahren		140,00	26,60
Pflegefachliche Stellungnahme als Ergänzung zum ärztlichen (Standard-)Pflegegutachten		120,00	22,80
Schulung pflegender Angehöriger vor Ort als Versicherungsleistung gemäß § 45a SGB XI resp. § 4 (15) MB/PPV		90,00	17,10
Kausalitätsabgrenzung bei Pflegebedürftigkeit		210,00	39,90
Stellungnahmen zu Einspruchs- und Sozialgerichtsverfahren		200,00	38,00
Aufwandsentschädigungen	■ vergeblicher Hausbesuch	25,00	4,75
	■ vergebliche Terminvereinbarung	5,00	0,95

Entfernungsabhängige Aufwandspauschale

Der Vergütungsstruktur liegt eine für alle Beteiligten wirtschaftliche Mischkalkulation zugrunde, bei der auf mögliche aufwändigere Einzelfälle bezogene Wirtschaftlichkeitsüberlegungen unberücksichtigt bleiben müssen. Die angegebenen Beträge verstehen sich als Pauschalvergütungen, mit denen

grundsätzlich alle Aufwendungen – einschließlich des Zeitaufwands für Fahrten bis zu einer Entfernung von 20 Kilometern – abgegolten sind. Bei Entfernungen ab 21 Kilometern kann eine ebenfalls pauschalierte, entfernungsabhängige Aufwandsentschädigung geltend gemacht werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Entfernungsabhängige Aufwandspauschalen 2010

Entfernung (= einfache Wegstrecke)	Honorar in EUR	
	Vergütungsbetrag	zzgl. MwSt (19 %)
0 – 20 km	mit dem Gutachtenhonorar abgegolten	
21 – 40 km	20,00	3,80
41 – 60 km	40,00	7,60
61 – 80 km	60,00	11,40
81 – 100 km	80,00	15,20
101 – 120 km	100,00	19,00
121 – 140 km	120,00	22,80
usw.	maximal jedoch 300,00	maximal jedoch 57,00

Auslandsbegutachtungen

Seit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 5. März 1998 zur Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten auch pflegebedürftige Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung bei dauerhaftem Aufenthalt in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) Pflegegeld¹¹. Zum EWR zählen die EU-Staaten (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich und Zypern), Island, Liechtenstein und Norwegen sowie aufgrund eines bilateralen Abkommens mit der Europäischen Gemeinschaft seit Juni 2002 auch die Schweiz.

Honorierung der Auslandsbegutachtungen

Die Honorierung der Auslandsgutachten erfolgt grundsätzlich gemäß der oben angeführten Vergütungsstruktur, wobei im Ausland eine entfernungsabhängige Aufwandspauschale von 0,51 Euro für jeden dort gefahrenen Kilometer gewährt wird. Mehrkosten werden individuell vereinbart.

Organisationspauschale

Die MEDICPROOF GmbH erhebt für jeden Auftrag eine Organisationspauschale, die seit Januar 2009 bei 35,00 Euro (zzgl. 19 % MwSt) für PKV-Unternehmen liegt. Für Auftraggeber, die nicht zu den Mitgliedern des PKV-Verbandes zählen, beträgt die Organisationspauschale 52,50 Euro (zzgl. 19% MwSt).

¹¹ Vgl. § 4 (2) MB/PPV (§ 37 SGB XI)

Servicevertrag und Auftragsabwicklung

Servicevertrag mit den Versicherern

Das Angebot für die Versicherungsunternehmen umfasst neben den genannten Begutachtungen weitere Beratungen zu Sachverhalten, die über gutachterlich zu beantwortende Fragen hinausgehen. Dies gilt insbesondere für Einzelheiten bei der Versorgung mit (Pflege-)Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds¹². Im Gutachten geht es dabei ausschließlich darum, medizinisch-pflegerische Sachverhalte und die sich daraus ergebenden Indikationen von Hilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege, Linderung von Beschwerden und Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung zu beurteilen und darzustellen. Die gutachterlichen Empfehlungen beschränken sich dabei auf Produktgruppen.

Erweiterte Fachkompetenz

Durch weitergehende Kenntnisse über die zur Verfügung stehende Produktpalette und deren Einsatzmöglichkeiten sind die Mitarbeiter der Abteilung „Hilfsmittel/Wohnumfeld“ in der Lage, individuelle Versorgungskonzepte zu erstellen, Kostenvoranschläge im Auftrag der Versicherungsunternehmen zu prüfen und Empfehlungen auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten abzugeben. Welches Pflege-/Hilfsmittel im Einzelfall zur Verfügung gestellt wird, entscheidet jedoch das Versicherungsunternehmen.

Ergänzungsangebote in der Hilfsmittelversorgung

Für die fachliche Beratung stehen sowohl den Versicherungsunternehmen als auch den Gutachtern insgesamt sieben Mitarbeiter zur Verfügung, davon eine Ärztin, drei Ergotherapeutinnen und eine Physiotherapeutin. Zur Aufrechterhaltung dieses Personalbestands wird für die Serviceleistungen bei speziellen Fragen zur Hilfsmittelversorgung und zu Anpassungen des individuellen Wohnumfelds von den Versicherungsunternehmen eine Gebühr erhoben, wenn sie über die Feststellungen hinausgehen, die im Zusammenhang mit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu beantworten sind. Neben einem Grundbetrag, den die Versicherungen für kostenlose telefonische Beratungen pauschal entrichten, werden im Einzelfall – je nach Beratungsintensität – für zusätzliche schriftliche Stellungnahmen weitere Gebühren in Höhe von 10, 30, oder 80 Euro berechnet. Grundlage ist eine gesonderte vertragliche Vereinbarung zwischen der MEDICPROOF GmbH und 87 Prozent der Unternehmen.

Auftragsabwicklung

Die Begutachtungsaufträge werden der MEDICPROOF GmbH von den Versicherungsunternehmen vornehmlich auf dem Postweg und nur zu einem geringen Teil elektronisch übermittelt.

Auftragsverteilung

Alle Aufträge werden in einem zentralen Verwaltungssystem erfasst und anschließend IT-gesteuert an die Auftragnehmer (Gutachter) verteilt. In der Regel erhält der Gutachter den Auftrag, der am nächsten zum Aufenthaltsort des Antragstellers wohnt. Eine manuelle Zuteilung erfolgt nur, wenn Besonderheiten eines Einzelfalls die Begutachtung durch einen Arzt mit spezieller Qualifikation oder den Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich machen oder mit der automatischen Verteilung kein in der Nähe wohnender Gutachter mit freien Kapazitäten gefunden wurde. Die durchschnittliche Auftragszahl liegt bundesweit für jeden ärztlichen Gutachter bei etwa 13 Gutachten im Monat. Während in den neuen Bundesländern auf einen Gutachter wesentlich weniger Aufträge pro Monat bei gleichzeitig relativ weiten Anfahrtswegen entfallen, wird in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern die durchschnittliche Auslastung zum Teil deutlich überschritten. Die fertigen Gutachten werden ebenfalls per Post an MEDICPROOF zurückgesandt, wo vor der Weiterleitung an das auftraggebende Versicherungsunternehmen eine formale Qualitätskontrolle durchgeführt wird.

Bearbeitungsfristen

Nach gesetzlicher Vorgabe¹³ soll „dem Antragsteller[...] spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden“. Wenngleich es sich hierbei um eine Regelung für die soziale Pflegeversicherung handelt, vereinbarten die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung ebenfalls, die Fünf-Wochenfrist einzuhalten. MEDICPROOF wurde dabei eine Bearbeitungsfrist von 25 Kalendertagen eingeräumt. Für die freiberuflich tätigen ärztlichen Gutachter liegt der vertraglich vereinbarte Bearbeitungszeitraum bei 21 Tagen. Die zeitnahe Bearbeitung wird seitens der MEDICPROOF GmbH kontinuierlich überwacht. Die Fristen können jedoch nicht eingehalten werden, wenn sich die zu begutachtende Person in stationärer Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung befindet oder eine Terminvereinbarung mit Angehörigen, Pflegepersonen und Betreuern, die bei der Begutachtung anwesend sein möchten, innerhalb dieses Zeitraums nicht zustande kommt. Über derartige Verzögerungen hat der Gutachter die MEDICPROOF-Zentrale umgehend zu informieren.

¹² § 4 Abs. 7 MB/PPV (entsprechend § 40 SGB XI)

Interne Personalstruktur

Mitarbeiter in der Kölner Zentrale

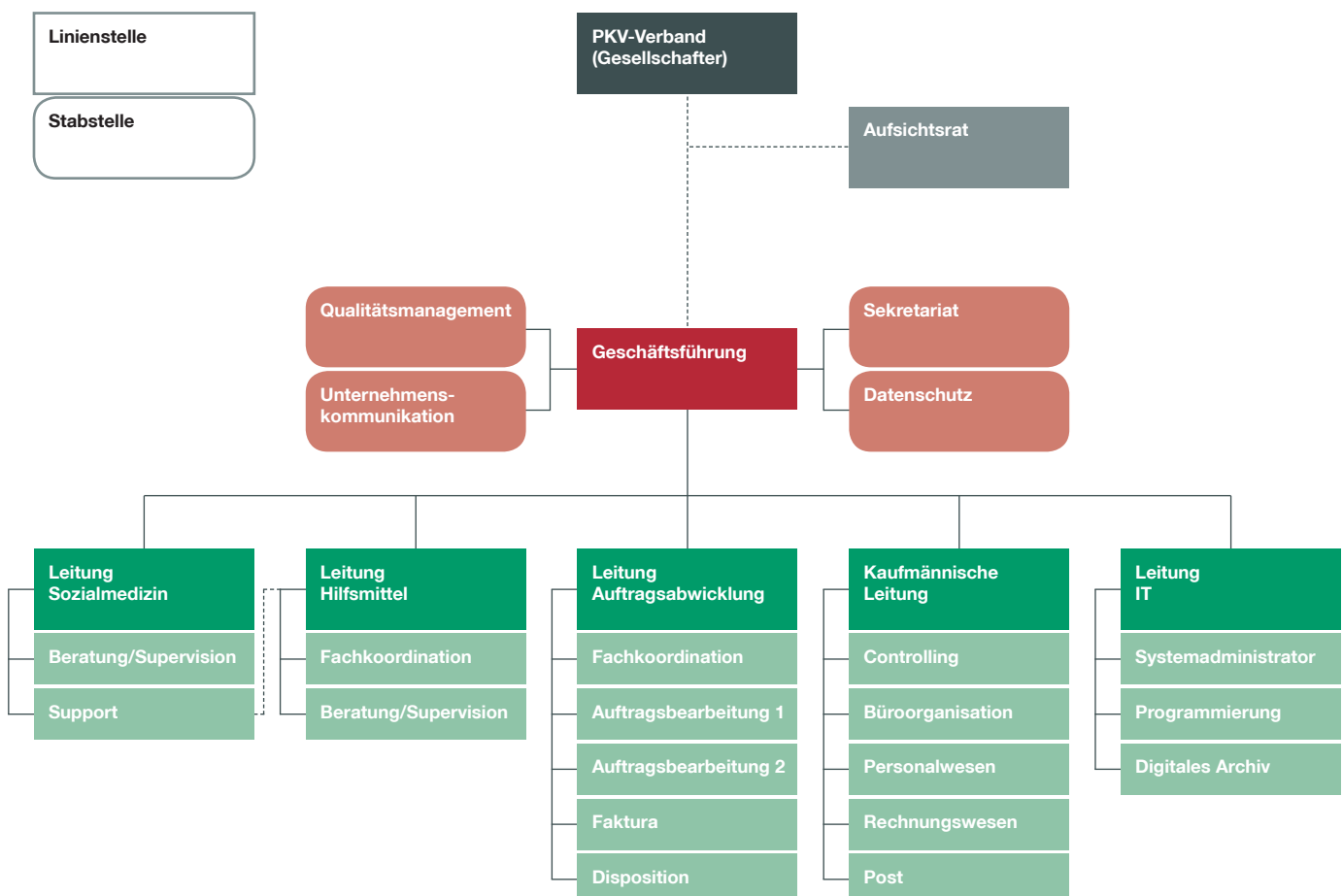
Steigende Ansprüche an Qualitätsstandards und zeitnahe Leistungserbringung erfordern einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der sich in den letzten Jahren schwerpunktmäßig auf den Personalaufbau konzentrierte. Bis Ende 2010 konnten die notwendigen Personalkapazitäten im Innendienst weitgehend ausgebaut werden. Am 1. Dezember 2010 war die MEDICPROOF-Zentrale in Köln mit 63 Mitarbeitern besetzt. Die Personalaufstockung machte im Vergleich zum Vorjahr 7% aus.

Die Neuausrichtung des Unternehmens ging einher mit einer neuen Organisationsstruktur (Abbildung 2), der erstmals eine Vollzeit-Geschäftsführung vorsteht. Ihr sind zwei Stabstellen (Unternehmenskommunikation und Qualitätsmanagement) zugeordnet. In der Abteilung Auftragsabwicklung erfolgt der gesamte Prozess der Auftragsbearbeitung von der Datenerfassung der Begutachtungsaufträge über deren Verteilung an die freien Mitarbeiter, die Terminverfolgung der Bearbeitungszeiten, die Rückmeldung von Gutachten und deren formaler Qualitätskontrolle bis hin zur Fakturierung der Leistungsabrechnung.

Die Qualitätssicherung der Gutachtenerstellung unterliegt den Abteilungen „Sozialmedizin“ und „Hilfsmittel/Wohnumfeld“. Neben der Auswahl geeigneter Gutachter gehört vor allem die Schulung, Information und Superversion der freien Mitarbeiter sowie die Plausibilitätskontrolle der Gutachten zum Aufgabenbereich. Darüber hinaus beraten die Mitarbeiter dieser Abteilungen die auftraggebenden Versicherungsunternehmen.

Zur kaufmännischen Abteilung gehören die Querschnittsfunktionen Controlling, Finanz- und Rechnungswesen, Personalmanagement und die Poststelle. Die Abteilung für Informationstechnik (IT) ist zuständig für die Bereitstellung und Aufrechterhaltung der notwendigen IT-Infrastruktur (Administration/Systembetreuung von Rechnern und Telefonanlage) sowie die Entwicklung und das Release-Management unternehmensspezifischer Software. Um eine effiziente Kontrolle der Geschäftstätigkeit des Unternehmens zu sichern, wurde zudem ein Aufsichtsrat eingerichtet.

Abbildung 2:
Organisationsstruktur der MEDICPROOF GmbH



Freie Mitarbeiter

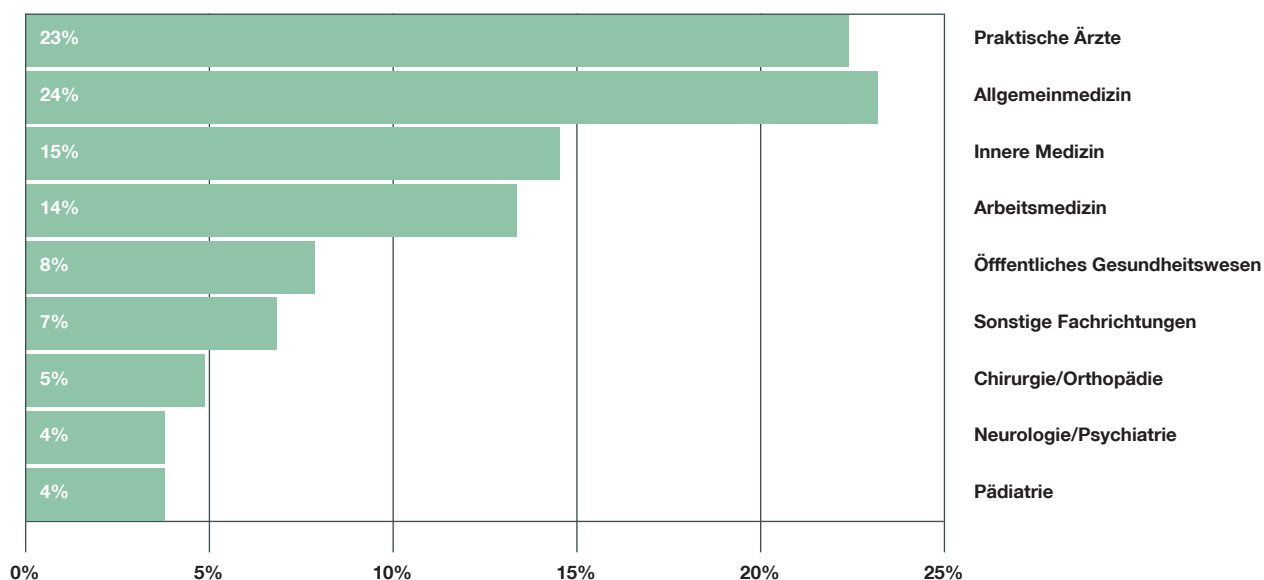
Mit Stand vom 1. Dezember 2010 waren insgesamt 855 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig: 779 Ärzte (90%) und 76 Pflegefachkräfte (10%). Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem regionalen Aufkommen von Begutachtungen. Um der perspektivischen Fallzahlsteigerung unter Einhaltung der gesetzlich festgelegten Fristen gewachsen zu sein, muss der derzeitige Gutachterstamm weiter ausgebaut werden.

Die Gutachtenerstellung für MEDICPROOF ist als Nebentätigkeit anzusehen. Der größte Anteil der freien Mitarbeiter ist hauptberuflich angestellt in Kliniken, bei Behörden (zum Beispiel in Gesundheitsämtern oder anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes), bei arbeitsmedizinischen Diensten, verschiedenen Sozialleistungsträgern oder auch bei niedergelassenen Ärzten. Einen weitaus geringeren Anteil stellen die selbstständigen niedergelassenen Ärzte dar. Eine kleine Anzahl freier Mitarbeiter ist ausschließlich als Gutachter tätig. Neben den aus dem bisherigen Berufsleben ausgeschiedenen Ärzten umfasst diese Gruppe auch jüngere Ärztinnen, die aus familiären Gründen – und in der Regel vorübergehend – eine Festanstellung aufgegeben haben.



Die Qualifikationen der ärztlichen Mitarbeiter stellen sich wie folgt dar (Mehrfachangaben wurden berücksichtigt):

**Abbildung 3:
Qualifikation der freien Mitarbeiter**



Fluktuation

Nach der Honorarerhöhung zum 1. Januar 2009 konnte der Gutachterstamm nur geringfügig ausgebaut werden. Der zunehmende Ärztemangel macht sich auch hier bemerkbar. 2010 wur-

den 61 Ärzte neu unter Vertrag genommen. Neuverträge mit Pflegefachkräften wurden nicht abgeschlossen. Zu Vertragsauflösungen kam es mit 48 Ärzten und 5 Pflegefachkräften.

Grundlagen der Qualitätssicherung

Für die soziale Pflegeversicherung gelten eigene Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung. Ziel dieser Richtlinien ist es, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu sichern und zu verbessern, um eine bundesweit einheitliche Begutachtungspraxis zu gewährleisten.

Weil die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, „für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen“¹³ erfolgt die Qualitätssicherung der Gutachten bei MEDICPROOF unter dieser Vorgabe. Sie betrifft alle Ebenen des Qualitätsmanagements:

Strukturqualität

Neben den finanziellen Rahmenbedingungen wird die Strukturqualität bestimmt durch die Personalstruktur des Unternehmens sowohl in der Kölner Zentrale als auch durch Anzahl und Qualifikation der freien Mitarbeiter und nicht zuletzt durch die technische Ausstattung.

Technische Ausstattung

Über ein zentrales Verwaltungssystem mit Datenbank erfolgt die Erfassung, die automatische Verteilung und die Terminverfolgung der zu erledigenden Aufträge, die Rückmeldung der fertig erstellten Gutachten und die Fakturierung. Ergänzt wird dieses System durch selbst entwickelte Komponenten, die es ermöglichen, Office-Anwendungen und Datenbank zu verbinden.

Im Informationsaustausch zwischen der MEDICPROOF-Zentrale und den freien Mitarbeitern hat sich das MEDICPROOF-Extranet als feste Größe etabliert. Das Extranet erreicht jeder Gutachter über ein persönliches Kennwort. Hier finden Gutachter auch außerhalb der Geschäftszeiten wertvolle Hinweise und Unterstützung bei bestimmten Fragestellungen. Seit Juni 2009 steht dafür eine Wissensdatenbank mit umfassenden Informationen zum Pflegeversicherungsgesetz und E-Learning-Modulen über die Begutachtungspraxis zur Verfügung. Sie wird kontinuierlich weiterentwickelt und auf den jeweils aktuellen Stand gebracht.

Der Seminarkalender bietet nicht nur einen Überblick über die angebotenen Veranstaltungsorte und -termine, sondern gleichzeitig die Möglichkeit, sich online für die einzelnen Seminare anzumelden. Die Gutachter können sich darüber hinaus über die Zertifizierung der Seminare durch die jeweiligen Landesärztekammern informieren.

Für einige Einsatzgebiete ersetzt das Extranet bereits herkömmliche Kommunikationswege. Updates für die MEDICPROOF Software ProofForms erfolgen grundsätzlich über das Extranet.

Der Einsatz dieser speziellen Bearbeitungssoftware ist für die Gutachter obligatorisch und wird seit 2004 von der IT-Abteilung in enger Zusammenarbeit mit den fest angestellten ärztlichen Mitarbeitern von MEDICPROOF kontinuierlich weiterentwickelt. Vollständigkeitskontrollen und Plausibilitätsverknüpfungen erleichtern den Gutachtern die Bearbeitung. Andere Funktionen unterstützen sie bei der Terminvereinbarung und -planung sowie der Auftragsverwaltung. So ist es möglich, die im Rahmen der Begutachtung zurückgelegten Fahrstrecken zusammenzustellen um sie steuerlich geltend zu machen.

Darüber hinaus schafft ProofForms die notwendigen Voraussetzungen für eine zukünftige elektronische Übermittlung der Gutachten. Diesem Ziel dient auch die Entwicklung des neuen Verwaltungssystems. Es bildet eine wichtige Voraussetzung für die Umstellung auf eine einheitliche, von MEDICPROOF zur Verfügung gestellte Plattform und eine schnellere und transparentere Kommunikation mit Auftragnehmern und Auftraggebern.

¹³ § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB XI

¹⁴ § 23 Abs. 6 SGB XI

Prozessqualität

Die Prozessqualität drückt sich in der Gesamtheit der Abläufe und Interaktionen aus, die bei MEDICPROOF intern sowie in der Zusammenarbeit mit Auftraggebern, Auftragnehmern und nicht zuletzt zwischen den Gutachtern und begutachteten Personen stattfinden.

Intern fließen vor allem die definierten Arbeitsabläufe der Auftragserfassung, der effizienten Gutachtenverteilung und Terminverfolgung, die Korrespondenz mit Versicherungen und Gutachtern sowie eine korrekte Abwicklung des Honorarflusses in die Prozessqualität ein. Sie findet im Wesentlichen Ausdruck in der Länge der Bearbeitungszeit und der Zufriedenheit von Auftraggebern und -nehmern. Externe Prozesse, wie zum Beispiel die Erstellung der Gutachten, unterstützt MEDICPROOF mit der Weiterentwicklung der eigenen Bearbeitungssoftware ProofForms durch Vollständigkeitskontrollen und Plausibilitätsverknüpfungen.

Interaktionen zwischen Gutachtern und Antragstellern sowie deren Angehörigen sind zum einen abhängig von der sozialen Kompetenz und Erfahrung des Gutachters, zum anderen von der Erwartungshaltung der zu Begutachtenden. Diese sozialen Aspekte finden vor allem Ausdruck in schriftlich vorgebrachter Kritik seitens der Begutachteten, zu der es allerdings nur bei etwa jeder tausendsten Begutachtung gekommen ist.

Zu den zentralen Aufgaben von MEDICPROOF gehört es, die freien Mitarbeiter in Fragen der Begutachtung zu qualifizieren und durch regelmäßige Gutachtertreffen einen Erfahrungsaustausch zu initiieren. Voraussetzung für einen Vertragsabschluss zwischen freiberuflich tätigen Gutachtern und MEDICPROOF ist die Teilnahme an einem Einführungsseminar zur Pflegebegutachtung und einem Grundlagenseminar zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Einführungsveranstaltungen

Ergänzend zu insgesamt drei Einführungsworkshops, an denen 66 Ärzte teilnahmen, wurden drei Grundlagenseminare zur Begutachtung von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen durchgeführt.

Erst nach der erfolgreichen Teilnahme an beiden Veranstaltungen erhielten die neuen Gutachter Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Weitere Schulungsveranstaltungen betrafen die Begutachtung von Kindern und die Erstellung von Zweitgutachten, die von 60 ärztlichen Gutachtern besucht wurden sowie sechs Regionaltreffen zum allgemeinen Erfahrungsaustausch mit insgesamt 247 Teilnehmern. Am Vorabend der Regionaltreffen fanden teilweise weiterführende Schulungen in der Begutachtung von (Pflege-)Hilfsmitteln und Anpassungen des individuellen Wohnumfelds für 166 Teilnehmer statt.

Ergebnisqualität

Qualitätskontrollen

Die zur Erhebung der Ergebnisqualität notwendigen Qualitätskontrollen der fertigen Gutachten konzentrieren sich zunächst ausschließlich auf formale Vorgaben und auf die Vollständigkeit des Gutachtens. In der Beurteilung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte sind die beauftragten Ärzte und Pflegefachkräfte unabhängig und nicht weisungsgebunden. Allerdings werden die anhand eines internen Kriterienkatalogs identifizierten gutachterlichen Aussagen zusätzlich einer Plausibilitätsprüfung durch die hauptamtlich tätigen Ärzte von MEDICPROOF unterzogen. Darüber hinaus werden alle Gutachten von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern einer systematischen Qualitätskontrolle unterzogen, ebenso die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern, alle Gutachten mit der Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands („Härfälle“) sowie Gutachten mit besonderen Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung und für Wohnumfeldverbesserungen.

Rückfragen der Versicherungsunternehmen

Neben der Qualitätskontrolle dienen auch die auftragsbezogenen Rückfragen der Versicherungsunternehmen einer gezielten Schwachstellenanalyse. Die Rückfragenquote von 2,0 % zeigte keine signifikante Änderung im Vergleich zum Vorjahr. Nach wie vor machen die Rückfragen zu Pflegehilfsmittelempfehlungen und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zwei Drittel aller Versicherungsanfragen aus.



Auftragsformen der PPV-Gutachten

Auftrags- und Erledigungsumfang

Zusammen mit den zum Ende des Jahres 2009 noch nicht erledigten Aufträgen wurden 2010 insgesamt 120.895 Aufträge bearbeitet. Das entspricht einem Anstieg von 3,6% (im Vorjahr: 4,5%). Bei 100.701 Aufträgen ging es um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und um die Zuordnung einer Pflegestufe aufgrund einer Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Personen. Weitere 20.194 Aufträge umfassten Beurteilungen, die als Ergänzung zu einem Standardgutachten durchgeführt wurden, wie zum Beispiel eigenständige Pflegehilfsmittelgutachten oder Gutachten zur Bewertung der Alltagskompetenz, aber auch Stellungnahmen zu Einspruchs- und Sozialgerichtsverfahren oder ergänzende pflegfachliche Stellungnahmen. Auch Gutachten, die nicht mit einer persönlichen Inaugenscheinnahme des Antragstellers verbunden waren und bei denen es nicht um eine dauerhafte Pflegestufenzuordnung ging, fielen in diese Gruppe. Hierzu gehören Stellungnahmen zur Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage bei Verstorbenen, vorläufige Entscheidungen über den Leistungsrahmen vor Entlassung eines Antragstellers aus stationärer Krankenhausbehandlung oder die Fälle, in denen die Pflegeperson Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch nehmen wollte. Auch die Einsätze von Pflegefachkräften zur Schulung von ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen gehörten dazu. 6.312 Aufträge waren am Ende des Berichtsjahrs noch nicht erledigt.

Aufteilung der Gutachten nach Auftragsstypen

Bei 34,5% aller durchgeführten Gutachten handelte es sich um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Zuordnung einer Pflegestufe nach Erstanträgen. 32,2% der Gutachten erfolgten aufgrund einer von den Versicherten angezeigten Veränderung des Pflegeaufwands oder der Pflegesituation, und bei 13,0% der Aufträge handelte es sich um reine Wiederholungsgutachten auf Initiative der Versicherungen. Die Zahl der eigenständigen Beurteilungen der Alltagskompetenz lag im Berichtsjahr bei 2.222.

Der Anteil weiterer Auftragsstypen ist der Tabelle 3 zu entnehmen.

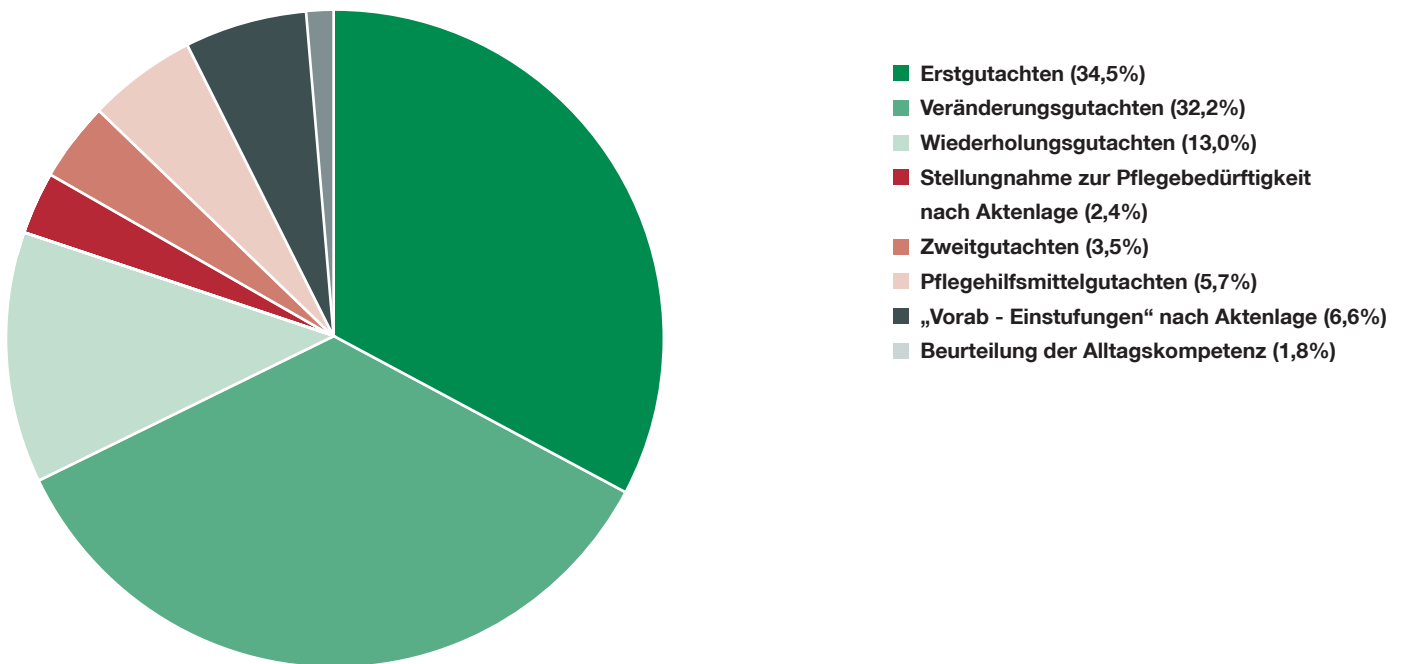
Tabelle 3:
Bearbeitete Aufträge in der privaten Pflegepflichtversicherung 2010

Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit				Andere gutachterliche Entscheidungen				
Erstgutachten	Follegutachten		Zweitgutachten	Stellungnahmen nach Aktenlage bei Verstorbenen	Pflegehilfsmittelgutachten	„Vorab-Einstufungen“ nach Aktenlage	Beurteilung der Alltagskompetenz	Pflegefachliche Stellungnahmen u. Schulung pflegender Angehöriger
	Veränderungen	Wiederholungen						
41.770	38.959	15.729	4.243	2.926	6.857	7.953	2.222	204
34,5%	32,2%	13,0%	3,5%	2,4%	5,7%	6,6%	1,8%	0,2%

Außerdem wurden 32 (0,03%) Stellungnahmen zu Einspruchs- und Sozialgerichtsverfahren erledigt.



Abbildung 4:
PPV-Gutachten nach Auftragstypen 2010



Bearbeitungszeiten

Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Datum der Auftragserfassung und dem der Gutachtenrückmeldung lag im Jahr 2010

- im Bereich der ambulanten Begutachtungen bei 21 Tagen,
- im Bereich der stationären Begutachtungen bei 18 Tagen.

Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Bearbeitungszeit im Berichtszeitraum 2010 um jeweils einen Tag verkürzt werden.

Aufgrund der besonderen Gegebenheiten und einer verlängerten Planungsphase betrug die Bearbeitungszeit bei Auslandsgutachten im Jahr 2010 durchschnittlich 36 Tage.

Verteilung der Gutachten auf die Bundesländer

Die Anzahl der im Auftrag der privaten Pflegeversicherungen durchgeführten Begutachtungen pro Bundesland zeigt Tabelle 4 für den Berichtszeitraum 2010.

Tabelle 4:
PPV-Begutachtungen pro Bundesland
vom 01.01.2010 bis 31.12.2010

Bundesland	Anzahl durchgeführter Begutachtungen	davon in Prozent		
		ambulant	stationär	
Baden-Württemberg	13.494	77,0%	23,0%	
Bayern	19.536	74,0%	26,0%	
Berlin	2.718	80,2%	19,8%	
Brandenburg	503	82,7%	17,3%	
Bremen	956	78,5%	21,5%	
Hamburg	2.719	74,3%	25,7%	
Hessen	9.968	81,6%	18,4%	
Mecklenburg-Vorpommern	201	86,7%	13,3%	
Niedersachsen	10.410	75,9%	24,1%	
Nordrhein-Westfalen	25.175	78,1%	21,9%	
Rheinland-Pfalz	7.249	76,9%	23,1%	
Saarland	1.611	82,0%	18,0%	
Sachsen	319	82,5%	17,5%	
Sachsen-Anhalt	191	88,3%	11,7%	
Schleswig-Holstein	4.732	72,8%	27,2%	
Thüringen	231	80,0%	20,0%	

Abbildung 5:
Auftragsverteilung der PPV-Gutachten
nach Bundesländern 2010

Auslandsbegutachtungen

Auftrags- und Erledigungsumfang

Im Berichtszeitraum wurden 278 Auslandsgutachten erstellt. 51% dieser Begutachtungen fanden in den direkt angrenzenden Nachbarländern Frankreich, Luxemburg, Belgien, Tschechien, Polen, Österreich, Schweiz und Dänemark statt. Ein weiterer Schwerpunkt lag – wie in den Jahren zuvor – im Mittelmeerraum, wobei auf Spanien, einschließlich der Balearen und der Kanarischen Inseln, rund 17% entfielen.

4% der Begutachtungen fanden in Italien statt, die verbleibenden 28% verteilten sich auf die übrigen Länder des EWR.

Mehrkosten

Die Mehrkosten für Auslandsbegutachtungen beliefen sich im Berichtszeitraum auf durchschnittlich 165 Euro pro Fall.

Auswertung der Begutachtungsergebnisse

MEDICPROOF-Einstufungen 2010

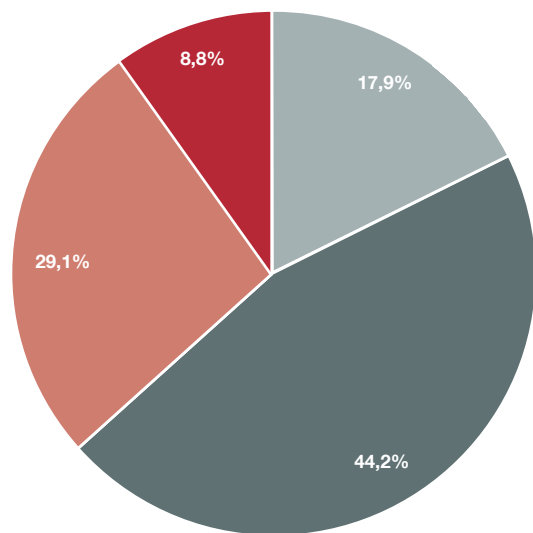
Die in der Tabelle 5 dargestellten Ergebnisse der Pflegestufenverteilung beziehen sich auf alle im Berichtszeitraum 2010 durchgeführten Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Abgrenzung einer Pflegestufe.

Tabelle 5:
MEDICPROOF-Einstufungen (alle Begutachtungstypen) 01.01.2010 – 31.12.2010

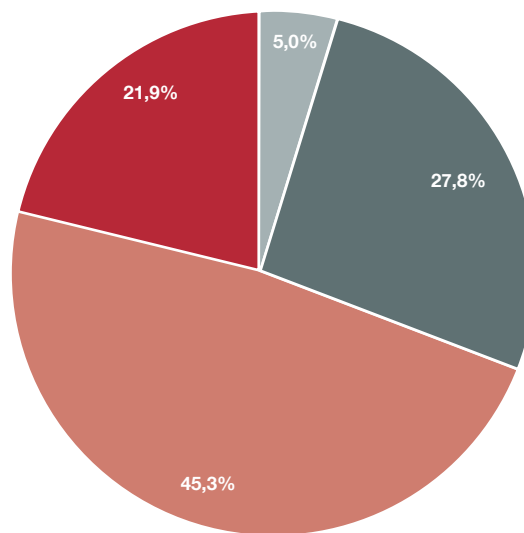
	nicht pflegebedürftig	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
ambulant	17,9%	44,2%	29,1%	8,8%
gesamt: 75.007	13.389	33.173	21.844	6.601
stationär	5,0%	27,8%	45,3%	21,9%
gesamt: 25.850	1.286	7.186	11.713	5.665

Abbildung 6:
MEDICPROOF-Einstufungen
(alle Gutachtentypen) 2010

Ambulante Gutachten



Stationäre Gutachten



Erstgutachten

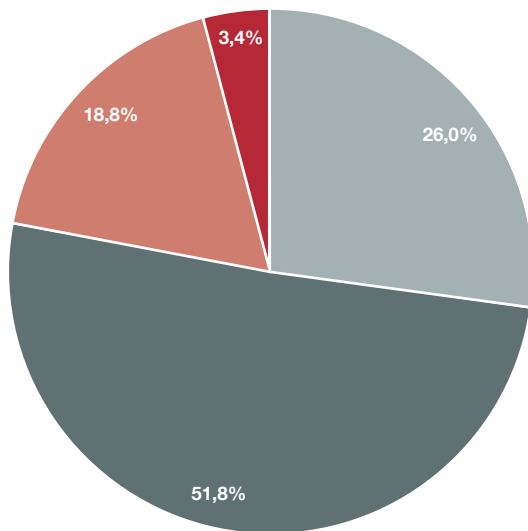
Während in der Tabelle 5 alle Begutachtungsarten – auch alle Folgebegutachtungen – berücksichtigt werden, spiegelt Tabelle 6 nur die Ergebnisse der Begutachtungen nach Erstantrag für das Jahr 2010 wider. Im Vergleich zu den Ergebnissen der vergangenen Jahre kam es nicht zu signifikanten Veränderungen.

Tabelle 6:
MEDICPROOF-Einstufungen der Erstgutachten 01.01.2010 – 31.12.2010

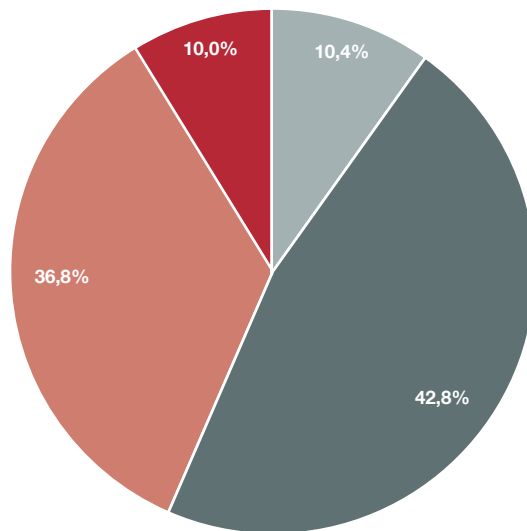
	nicht pflegebedürftig	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
ambulant	26,0%	51,8%	18,8%	3,4%
gesamt: 34.700	9.050	17.960	6.517	1.173
stationär	10,4%	42,8%	36,8%	10,0%
gesamt: 7.070	738	3.023	2.605	704

Abbildung 7:
MEDICPROOF-Einstufungen
der Erstgutachten 2010

Ambulante Gutachten



Stationäre Gutachten



Besonderheiten der Versichertenstruktur

Alter und Geschlecht von Erstantragstellern

Tabelle 7 liefert eine Übersicht über die prozentuale Häufigkeit der Antragsteller in verschiedenen demographischen Gruppen. Daran wird deutlich, dass die Antragsteller überwiegend hohen Altersstufen zuzurechnen sind, was sich vor allem im stationären Bereich niederschlägt. Während die Geschlechterverteilung im Bereich der ambulanten Versorgung annähernd gleich ist,

überwiegt im stationären Bereich der Anteil der weiblichen Antragsteller mit insgesamt 56%. Der Anteil der über 80-jährigen Antragsteller liegt weiterhin bei über 53%, im stationären Bereich bei 61%. Der Anteil der über 90-jährigen Antragsteller ist mit fast 8% vergleichbar mit dem Vorjahr.

Tabelle 7: Antragstellungen nach Altersstufen und Geschlecht 01.01.2010 – 31.12.2010

Alter der Antragssteller	ambulant		stationär		ambulant + stationär	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 19 Jahre	1,48%	1,06%	0,18%	0,15%	1,25%	0,86%
20 – 65 Jahre	7,05%	4,06%	6,15%	2,96%	6,90%	3,88%
66 – 80 Jahre	20,55%	14,10%	15,92%	12,81%	19,77%	13,88%
81 – 90 Jahre	19,15%	25,29%	18,43%	32,53%	19,04%	26,52%
91 Jahre und älter	2,83%	4,45%	3,39%	7,45%	2,93%	4,95%
	100%		100%		100%	

Personen mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erweiterte sich der Leistungsanspruch von Personen, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung einen regelmäßigen und dauerhaften Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben. Der Anspruch besteht bereits, wenn der Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Er gliedert sich darüber hinaus in einen Grundbetrag (für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) sowie einen erhöhten Betrag (für Personen, deren Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt ist). Die Verteilung der Zweistufigkeit der eingeschränkten Alltagskompetenz gibt Tabelle 8 wieder.

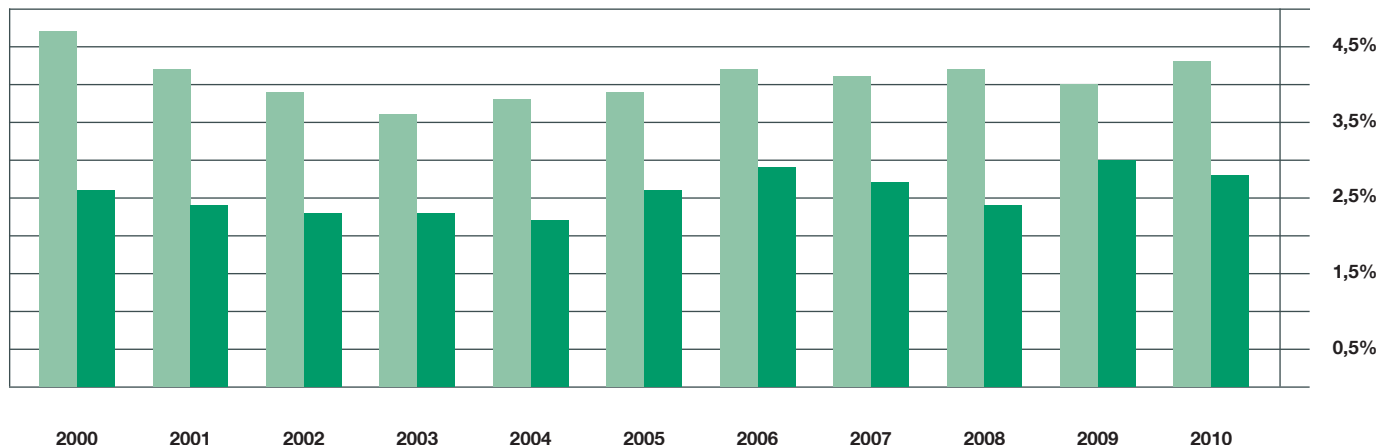
Tabelle 8:
Verteilung der Personen mit erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz auf die einzelnen Pflegestufen 01.01.2010 – 31.12.2010

Pflegestufe	ambulant			stationär		
	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkt	in erhöhtem Maße eingeschränkt	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkt	in erhöhtem Maße eingeschränkt
0	82%	11%	7%	70%	19%	11%
1	73%	13%	14%	52%	24%	24%
2	59%	16%	25%	29%	27%	44%
3	44%	17%	39%	16%	27%	57%

Einwendungen

Der Prozentsatz der Einwendungen wich 2010 nicht signifikant von den Vorjahren ab.

Abbildung 8: Einwendungen 2000 bis 2010 im Vergleich



Einspruchsraten und Einspruchsverhalten

Im ambulanten Bereich kam es bei 4,3% der erfolgten Begutachtungen zu Einsprüchen durch die Versicherten oder ihre Bevollmächtigten, im Bereich vollstationärer Pflege lag der Anteil bei 2,8%. Die höchste Einspruchsrate war mit 6,3% im Bereich

der Kinderbegutachtung festzustellen. Tabelle 9 zeigt für den Berichtszeitraum 2010 die Einstufungsempfehlungen der Zweitgutachten.

Tabelle 9: Einstufungsempfehlungen der Zweitgutachten im Jahr 2010

	Pflegestufe	Vorgutachten ambulant				Vorgutachten stationär			
		0	1	2	3	0	1	2	3
Zweitgutachten	0	886	0	0	0	100	1	0	0
	1	916	489	2	0	146	54	11	2
	2	67	577	217	0	13	126	64	25
	3	7	24	287	22	2	2	179	24
gesamt		1.876	1.090	506	22	261	183	254	51

Pflegestufen der Vorgutachten

50% der Einwendungen erfolgten, wenn im Vorgutachten keine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen („Pflegestufe 0“) festgestellt wurde. Gegen die Anerkennung von Pflegestufe I im Vorgutachten richteten sich 30%, 18% entfielen auf Vorgutachten mit der Pflegestufe II und unter 2% auf Vorgutachten mit Pflegestufe III.

Bei den abweichenden Beurteilungen der Zweitgutachter ist vor allem die Einspruchsfrist von bis zu sechs Monaten zu berücksichtigen. Diese trägt dazu bei, dass sich der Hilfebedarf der pflegebedürftigen Person bei der zweiten Begutachtung abweichend von der des Vorgutachtens darstellen kann, überwiegend zugunsten einer höheren Pflegestufe. Bei 55% der Fälle wurde im Zweitgutachten eine höhere Pflegestufe vorgeschlagen, bei knapp der Hälfte davon ist eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung mit Zunahme des Hilfebedarfs Ursache für die Höherstufung.

Die Einstufungsempfehlung des Vorgutachters konnte in diesen Fällen grundsätzlich bestätigt werden. In einigen Fällen drückte sich die seit der letzten Begutachtung eingetretene Veränderung des Hilfebedarfs auch in einer niedrigeren Pflegestufe aus. Im stationären Bereich wurde mit der Einwendung gegen Pflegestufe III in der Regel die Rückstufung in Pflegestufe II angestrebt, gegebenenfalls um Zuzahlungen zu den an die Pflegestufe gekoppelten Pflegesätzen der vollstationären Einrichtung möglichst gering zu halten.

Pflegebegutachtungen nach vorangegangener „Vorab-Einstufung“

Endgültige Begutachtungen

Von den im Jahr 2010 durchgeführten 7.953 „Vorab-Einstufungen“ ließen sich 4.357 (55%) nachfolgende Begutachtungen ableiten. Bei den verbleibenden 4.410 (45%) Fällen konnte entweder die Nachbegutachtung im Berichtszeitraum aufgrund einer noch nicht abgeschlossenen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation nicht erfolgen oder der Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen wurde nach der Krankenhausentlassung wieder zurückgezogen. Auch ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der auf diese Weise „vorläufig“ begutachteten Versicherten vor der endgültigen Begutachtung verstorben ist.

Pflegeeinstufungen vorangegangener „Vorab-Einstufung“

Die Zeit zwischen der „Vorab-Einstufung“ nach Aktenlage und Vor-Ort-Begutachtung trägt dazu bei, den auf Dauer, das heißt für mindestens sechs Monate, bestehenden Hilfebedarf sicherer zu ermitteln, als es bei einer Begutachtung im Krankenhaus möglich wäre. Die bei den Nachbegutachtungen ermittelten Pflegestufen stimmten in 2.121 Fällen (49%) mit den „Vorab-Einstufungen“ überein. Bei 1.497 (34%) Nachbegutachtungen lagen die Pflegestufen höher und bei nur 739 (17%) niedriger als in der „Vorab-Einstufung“. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der vor Ort durchgeführten Nachbegutachtungen:

Tabelle 10: Einstufungsempfehlungen der „Vorab-Einstufungen“ im Jahr 2010

Gesamtzahl der Nachbegutachtungen	Pflegestufe der „Vorab-Einstufung“		
	< Nachbegutachtung	= Nachbegutachtung	> Nachbegutachtung
4.357	1.497	2.121	739
100%	34%	49%	17%

Zusammenfassend belegen diese Ergebnisse, dass sich die „Vorab-Einstufung“ bewährt hat und nicht zugunsten einer weniger aussagefähigen, jedoch deutlich kostenintensiveren Krankenhausbegutachtung aufgegeben werden sollte.

Wirtschaftliche Situation

Auftrags- und Umsatzsituation

Im Geschäftsjahr 2010 stieg das Auftragsvolumen der PPV-Unternehmen um 3,6% (Vorjahr 4,5%) auf 138.540. Der Gesamtumsatz hat sich von rund 21,3 Mio. Euro im Jahr 2009 auf 22,2 Mio. Euro im Jahr 2010 erhöht.

Verwaltungspauschale

Im Berichtszeitraum waren die unternehmerischen Aktivitäten der MEDICPROOF GmbH zudem geprägt vom Aufbau der Abteilung „Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen“. 2008 hatte der Gesetzgeber in § 114a Absatz 5 SGB XI die PPV-Unternehmen zu einer Beteiligung an den Kosten der Qualitätsprüfungen in Höhe von zehn Prozent verpflichtet, sofern diese ohne Beteiligung des PKV-Verbands durchgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund nahm zunächst MEDICPROOF den Aufbau der neuen Abteilung vor und stattete diese mit Personal und Sachmitteln aus, um die vollständige Prüfbereitschaft zum 1. Januar 2011 sicherzustellen. Die damit im Zusammenhang stehenden direkten und anteiligen indirekten Kosten wurden vom PKV-Verband getragen.

Die neue Aufgabe erforderte eine Anpassung des Geschäftszwecks und eine Satzungsänderung, die am 15. Juni 2010 erfolgte und mit der Neuordnung der Geschäftsführung sowie dem Einsetzen eines Aufsichtsrats einherging. Der Namenszusatz „Gesellschaft für medizinische Gutachten“ wurde abgelegt und ein neuer Claim „Der medizinische Dienst der Privaten“ etabliert.

In der zweiten Jahreshälfte erfolgte dann eine Abkehr von den ursprünglichen Planungen zur Integration der QPP-Abteilung in die MEDICPROOF-Strukturen. Stattdessen erfolgt die Beteiligung an Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen entsprechend § 114 a SGB XI zukünftig unmittelbar durch den PKV-Verband selbst. Das Auftragsverhältnis zwischen dem PKV-Verband und MEDICPROOF wurde somit zum 1. Dezember 2010 einvernehmlich aufgehoben und die neu errichtete Abteilung von diesem an Zeitpunkt vom PKV-Verband fortgeführt.

Die damit verbundene vorübergehende Personalausweitung führte 2010 zu einer Personalkostensteigerung um 29,4 %.

Eine einschneidende Veränderung stellte im Berichtszeitraum der Umzug von MEDICPROOF in ein neues Bürogebäude „Cologne Oval Offices“ (COO) dar, das der PKV-Verband gemeinsam mit seinen Tochterunternehmen im Mai 2010 bezog. Dieser Umzug war zugleich Anlass dafür, das veraltete Inventar von MEDICPROOF komplett auszutauschen. Die Investitionen in neue Wirtschaftsgüter und in eine verbesserte Infrastruktur führten zu weiteren Ausgabensteigerungen.

Dennoch ist die Finanz- und Vermögenslage des Unternehmens als gut zu bezeichnen.

Ausblick

Der Berichtszeitraum umfasst den Beginn einer Reorganisationsphase der MEDICPROOF GmbH, die angestoßen wurde durch den Aufbau der Abteilung für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen. Notwendig ist sie aber auch zur weiteren Professionalisierung der kontinuierlich gewachsenen Strukturen. Auch im Jahr 2011 wird MEDICPROOF noch geprägt sein von der 2010 begonnenen Reorganisation und zunehmend in die Phase der Konsolidierung übergehen.

Vor dem Hintergrund zahlreicher neuer Aufgaben gilt es, den Standard einer qualitativ hochwertigen Arbeit zu halten und weitere Verbesserungen zu erzielen. Das erfordert nicht nur weitere technische Investitionen, sondern auch personelle Anpassungen.

Die Geschäftsaussichten für das laufende Jahr werden grundsätzlich positiv beurteilt. MEDICPROOF rechnet mit einer weiterhin steigenden Auftragslage, der allerdings Kostensteigerungen im Zusammenhang mit den teilweise fortzuführenden und teilweise neu zu etablierenden Projekten zur Einführung eines „document management systems“ (DMS) und der Vorbereitung der elektronischen Auftrags- und Gutachtenübermittlung gegenüber stehen.



MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten

MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 A
50968 Köln

Telefon: +49 221 - 888 44 - 0
Telefax: +49 221 - 888 44 - 888
info@medicproof.de
www.medicproof.de