

MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten



2011

Tätigkeitsbericht

INHALT

Vorwort	02
MEDICPROOF – Der medizinische Dienst der Privaten	04
Auftrags- und Erledigungsstatistik 2011	05
Besonderheiten der Versichertenstruktur	07
Auswertung der Begutachtungsergebnisse	08
Verteilung der Gutachten auf die Bundesländer	10
Einwendungen	11
Pflegebegutachtungen nach vorangegangener „Vorab-Einstufung“	12
Wirtschaftliche Situation	12
Häufigste Auftragsformen	13
„Ziel ist die Online-Übertragung von Aufträgen und Gutachten“	14
Auftraggeber und -nehmer	16
Das MEDICPROOF-Gutachternetz	17
Vergütung	18
Auftragsabwicklung	20
Interne Personalstruktur	21
Freie Mitarbeiter	22
Qualitätssicherung	23

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

der demographische Wandel stellt uns gerade im Bereich der Pflegeversicherung vor große Herausforderungen. Wichtige Reform-Themen betreffen dabei die Finanzierung, den Fachkräftebedarf, die Unterstützung pflegender Angehöriger sowie die stärkere Berücksichtigung kognitiver und psychomentaler Einschränkungen bei der Leistungsbemessung. Letzteres setzt die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und ein darauf abgestelltes Begutachtungsverfahren voraus. Das vom Bundesministerium für Gesundheit erarbeitete Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) gilt dabei als Einstieg in eine zukünftig noch weitreichendere Pflege-Reform und wird sich auch auf die Begutachtungspraxis und die Auftragsabwicklung bei MEDICPROOF auswirken. Bereits 2011 haben wir angesichts der sich abzeichnenden Veränderungen begonnen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Geringe Auftragssteigerung

Anders als in den vorangegangenen Jahren hat sich das Auftragsvolumen 2011 im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Mit 122.723 bearbeiteten Aufträgen ist ein Anstieg von lediglich 1,5 Prozent zu verzeichnen (2010: 120.895). Angesichts der zu erwartenden Zunahme an Antragstellungen dürfte es sich hierbei allerdings um einen Einmaleffekt handeln. Die Aussichten für das laufende Jahr sind positiv, sodass wir 2012 von einer steigenden Auftragslage in Höhe von mindestens drei Prozent ausgehen.

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

Konzeption / Redaktion:
Dr. Ulrike Diedrich, Geschäftsführung
Thomas Hessel, Unternehmenskommunikation

Fotos:
© MEDICPROOF
istock, Fotolia

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



Wirtschaftliche Auswirkungen der Umstrukturierung

Der Gesamtumsatz stieg von 22,2 Mio. Euro im Jahr 2010 auf 22,6 Mio. Euro im Jahr 2011. Die hinter den Erwartungen zurück gebliebene Auftragslage, insbesondere jedoch die finanziellen Auswirkungen der im Jahr 2010 begonnenen Umstrukturierung des Unternehmens und die Beseitigung eines technischen und infrastrukturellen Investitionsstaus führten 2011 erstmalig in der Geschichte der MEDICPROOF GmbH zu einem negativen Betriebsergebnis. Um den zukünftigen Herausforderungen auch unter veränderten Rahmenbedingungen gewachsen zu sein, wurde die Organisationspauschale ab 1. Januar 2012 um fünf Euro pro Auftrag angehoben.

Konstante Bearbeitungsdauer

Auf einem konstanten Niveau bewegt sich die Bearbeitungsdauer. Wie bereits 2010 lag die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Eingang des Begutachtungsauftrags bei der MEDICPROOF GmbH bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens auch im Jahr 2011 bei 23 Tagen im Bereich ambulanter und bei 19 Tagen im Bereich stationärer Pflege. Vor dem Hintergrund des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes und der darin vorgesehenen Verzugsstrafe bei Überschreitung der Bearbeitungsfrist gilt es für MEDICPROOF, die Auftragsabwicklung weiter zu optimieren.

Eine wichtige Voraussetzung hierzu haben wir Mitte November erfolgreich geschaffen: nach der Migration unseres neuen elektronischen Verwaltungssystems „ProofCenter“ sind wir in der Lage, der zunehmenden Komplexität betrieblicher Arbeitsabläufe gerecht zu werden und auch die Auftragsbearbeitung weiter zu beschleunigen. Auf den Seiten 14 und 15 stellen wir Ihnen das Projekt näher vor.

Verstärkte Akquise-Maßnahmen

Im vergangenen Jahr konnten wir unser bundesweites Gutachternetz nicht wie gewünscht ausweiten. Es umfasst derzeit 768 aktive Ärztinnen und Ärzte sowie 67 Pflegefachkräfte. Mit insgesamt 54 Ab- und 56 Neuzugängen ist die Fluktuation 2011 größer ausgefallen als in den letzten Jahren. Da künftig eine größere Anzahl an Gutachtern vonnöten sein wird, um der perspektivischen Fallzahlsteigerung unter Einhaltung der gesetzlich festgelegten Bearbeitungsfrist gewachsen zu sein, haben wir seit Herbst 2011 unsere Akquise-Maßnahmen deutlich intensiviert.

So haben wir unseren Internetauftritt neu gestaltet und dabei eigens einen Bereich eingerichtet, der Informationen rund um die Gutachtertätigkeit bereithält. Seit Ende 2011 kann man sich dort auch einen von uns produzierten Film anschauen, der Ausschnitte einer Begutachtungssituation zeigt und Antworten auf die Frage gibt, weshalb es für Ärzte interessant sein kann, als Gutachter für MEDICPROOF zu arbeiten. In diesem Jahr sind wir außerdem auf medizinischen Fachveranstaltungen als Aussteller vertreten und stellen das Unternehmen auf verschiedenen Internetplattformen vor.

Herausforderungen im Geschäftsjahr 2012

Das laufende Jahr ist gekennzeichnet von der Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG), durch das unter anderem der Dienstleistungscharakter der medizinischen Dienste unterstrichen und die Rechte von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im Begutachtungsverfahren gestärkt werden sollen. Wir brauchen die damit verbundenen Herausforderungen und den Vergleich mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht zu scheuen.

Der im PNG neu angefügte § 123 SGB XI gibt den Hinweis auf die nach wie vor geplante Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens. Auf der Grundlage der seit 2008 vorliegenden Ausarbeitungen des damaligen Expertenbeirats sollen nun durch einen neuen Beirat alle dafür noch nicht hinreichend geklärten Fragen wieder aufgegriffen werden und konkrete Vorschläge gemacht werden. Sowohl der PKV-Verband als auch MEDICPROOF sind im jetzigen Gremium vertreten und in die Umsetzung eingebunden. Insofern werden wir uns auch in dieser Hinsicht rechtzeitig auf alle notwendigen Veränderungen einstellen können.

Köln, im Juni 2012

Dr. Ulrike Diedrich
Geschäftsführerin

MEDICPROOF – Der medizinische Dienst der Privaten

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, die MEDICPROOF GmbH zur Prüfung von Leistungsvoraussetzungen einzuschalten.

Gleichzeitig sind die privaten Pflegeversicherungsunternehmen 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 „Begutachtungs-Richtlinien 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 2011) sieht jeder einzelne Versicherungsvertrag Leistungen vor, die nach Art und Umfang denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Aufgabe von MEDICPROOF ist es, eine bundesweit 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 dabei als unabhängige und neutrale Institution, die das Begutachtungsverfahren koordiniert und die Qualität der Begutachtung sichert. Dazu gehört es, die freien Mitarbeiter in Fragen der Begutachtung problemlösend 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

Auftragsformen der PPV-Gutachten

Auftrags- und Erledigungsstatistik

Zusammen mit den zum Ende des Jahres 2010 noch nicht erledigten Aufträgen wurden 2011 insgesamt 122.723 Aufträge gutachterlich bearbeitet (Vorjahr: 120.895). Das entspricht einem Anstieg von 1,5%. Bei 102.851 Aufträgen (Vorjahr: 100.701) 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 19.810 Aufträge umfassten Beurteilungen, die als Ergänzung zu einem Standardgutachten durchgeführt wurden, wie zum Beispiel eigenständige Pflege-/Hilfsmittelgutachten 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. 6.410 Aufträge waren am Ende des Berichtsjahrs noch nicht erledigt.

Aufteilung der Gutachten nach Auftragsarten

Bei 34,3% aller durchgeführten Gutachten handelte es sich um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Zuordnung einer Pflegestufe nach Erstanträgen. 30,8% der Gutachten erfolgten aufgrund einer von den Versicherten angezeigten Veränderung des Pflegeaufwands oder der Pflegesituation, und bei 15,1% der Aufträge handelte es sich um reine Wiederholungsgutachten auf Initiative der Versicherungen. Die Zahl der eigenständigen Beurteilungen der Alltagskompetenz lag im Berichtsjahr bei 2.140.

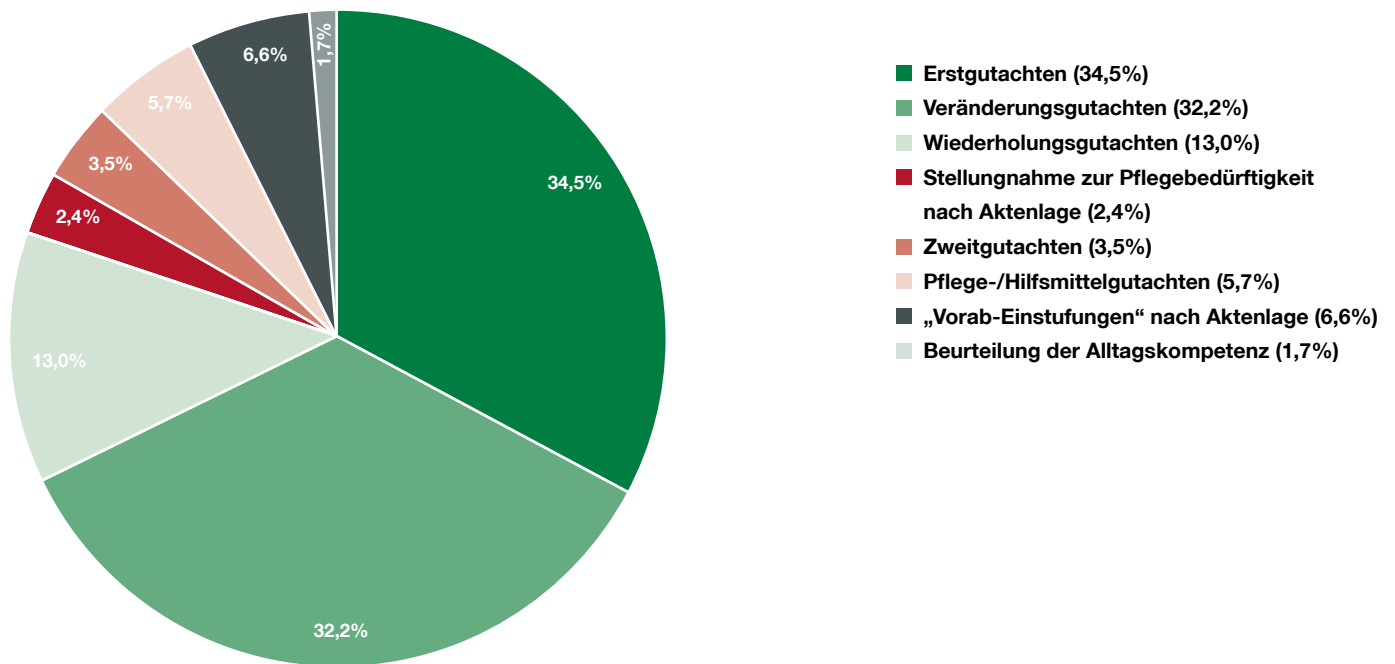
Der Anteil weiterer Auftragsarten ist der Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1:
Bearbeitete Aufträge in der privaten Pflegepflichtversicherung 2011

Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit				Andere gutachterliche Entscheidungen				
Erstgutachten	Follegutachten		Zweitgutachten	Stellungnahmen nach Aktenlage bei Verstorbenen	Pflege-/Hilfsmittelgutachten	„Vorab-Einstufungen“ nach Aktenlage	Beurteilung der Alltagskompetenz	Pflegefachliche Stellungnahmen u. Schulung pflegender Angehöriger
	Veränderungen	Wiederholungen						
42.059	37.791	18.525	4.476	2.667	6.857	8.043	2.140	165
34,3%	30,8%	15,1%	3,6%	2,2%	5,6%	6,6%	1,7%	0,1%



Abbildung 1:
PPV-Gutachten nach Auftragstypen 2011



Bearbeitungszeiten

Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Datum der Auftragserfassung und dem der Gutachtenrückmeldung lag im Jahr 2011 über alle Gutachtenformen

- im Bereich der ambulanten Begutachtungen bei 23 Tagen,
- im Bereich der stationären Begutachtungen bei 19 Tagen.

Die Bearbeitungszeit ist damit im Berichtszeitraum 2011 im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben

Besonderheiten der Versichertenstruktur

Alter und Geschlecht von Erstantragstellern

Tabelle 2 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. Im ambulanten Bereich ist der Anteil der über 80-jährigen Antragsteller auf 55% angestiegen (Vorjahr 53%), im stationären Bereich liegt er wie im Vorjahr bei 61%. In den Altersgruppen bis 80 Jahre überwiegt

der Anteil männlicher Antragsteller, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, während in der Gruppe der Hochaltrigen der Anteil der weiblichen Antragsteller mit 31% deutlich über dem der männlichen (23%) liegt. Der Anteil der über 90-jährigen Antragsteller ist mit insgesamt 8,5% ebenfalls angestiegen. Im Vorjahr wurden 8% nur knapp erreicht.

Tabelle 2: Antragstellungen nach Altersstufen und Geschlecht 01.01.2011 – 31.12.2011

Alter der Antragsteller	ambulant		stationär		ambulant + stationär	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 19 Jahre	1,42%	0,96%	0,14%	0,07%	1,20%	0,81%
20 – 65 Jahre	7,05%	3,93%	6,26%	3,15%	6,91%	3,79%
66 – 80 Jahre	20,83%	14,04%	16,50%	12,95%	20,09%	13,85%
81 – 90 Jahre	19,90%	24,07%	17,97%	31,17%	19,59%	25,25%
91 Jahre und älter	3,04%	4,76%	3,67%	8,11%	3,16%	5,35%
	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 3 wieder.

Tabelle 3:
Verteilung der Personen mit erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz auf die einzelnen Pflegestufen 01.01.2011 – 31.12.2011

Pflegestufe	ambulant			stationär		
	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkt	in erhöhtem Maße eingeschränkt	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkt	in erhöhtem Maße eingeschränkt
0	81,3%	12,5%	6,2%	68,9%	20,9%	10,2%
1	71,5%	13,5%	14,9%	50,0%	24,5%	25,4%
2	56,8%	16,7%	26,5%	28,3%	26,9%	44,8%
3	37,5%	19,2%	43,3%	11,2%	25,5%	63,3%

Auswertung der Begutachtungsergebnisse

MEDICPROOF-Einstufungen 2011

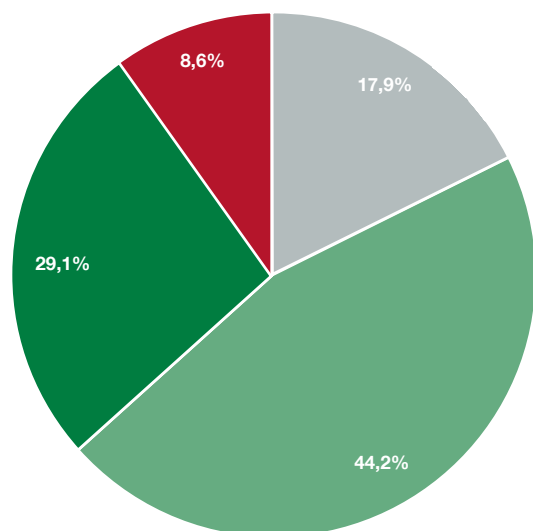
Die in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse der Pflegestufenverteilung beziehen sich auf alle im Berichtszeitraum 2011 durchgeführten Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Abgrenzung einer Pflegestufe.

Tabelle 4:
MEDICPROOF-Einstufungen (alle Begutachtungstypen) 01.01.2011 – 31.12.2011

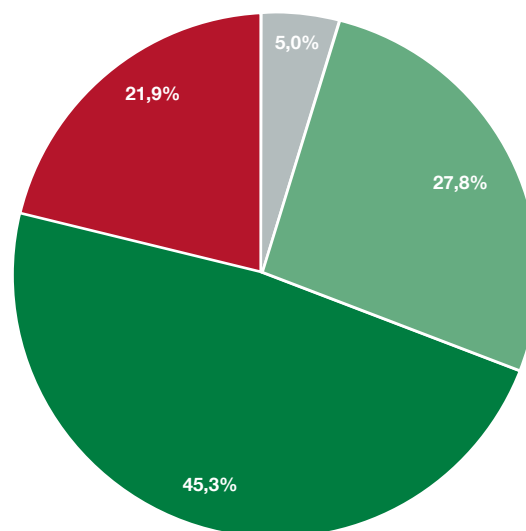
	nicht pflegebedürftig	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
ambulant	17,9%	44,2%	29,1%	8,6%
gesamt: 76.140	13.730	33.754	22.076	6.580
stationär	5,0%	27,8%	45,3%	21,9%
gesamt: 26.531	1.353	7.532	11.914	5.732

Abbildung 2:
MEDICPROOF-Einstufungen
(alle Gutachtentypen) 2011

Ambulante Gutachten



Stationäre Gutachten



Erstgutachten

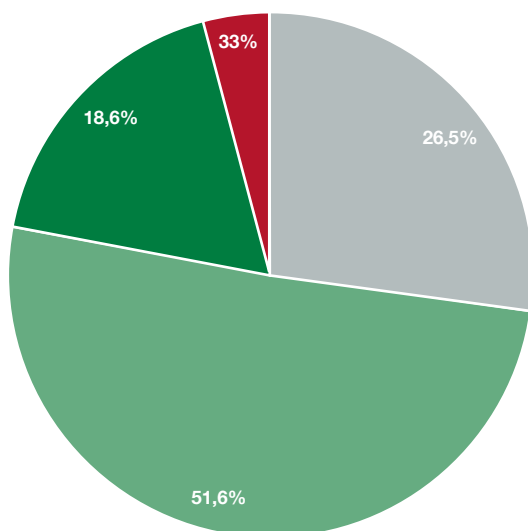
Während in Tabelle 4 alle Begutachtungsarten – auch alle Folgebegutachtungen – berücksichtigt werden, spiegelt Tabelle 5 nur die Ergebnisse der Begutachtungen nach Erstantrag für das Jahr 2011 wider. Im Vergleich zu den Ergebnissen der vergangenen Jahre kam es nicht zu signifikanten Veränderungen.

Tabelle 5:
MEDICPROOF-Einstufungen der Erstgutachten nach Erstantrag 01.01.2011 – 31.12.2011

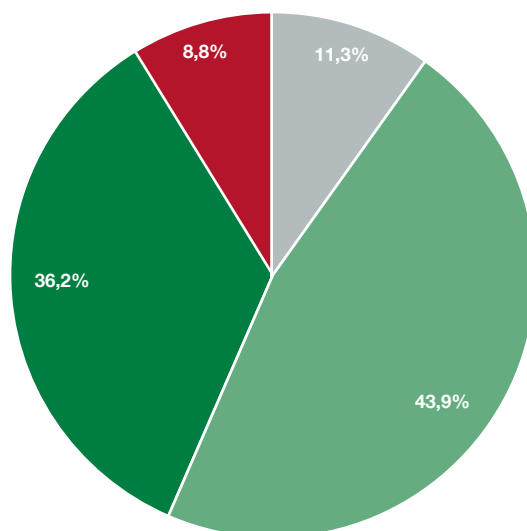
	nicht pflegebedürftig	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
ambulant	26,5%	51,6%	18,6%	3,3%
gesamt: 34.886	9.249	17.996	6.489	1.152
stationär	11,3%	43,9%	36,2%	8,8%
gesamt: 6.326	796	3.150	2.595	632

Abbildung 3:
MEDICPROOF-Einstufungen
der Erstgutachten 2011

Ambulante Gutachten



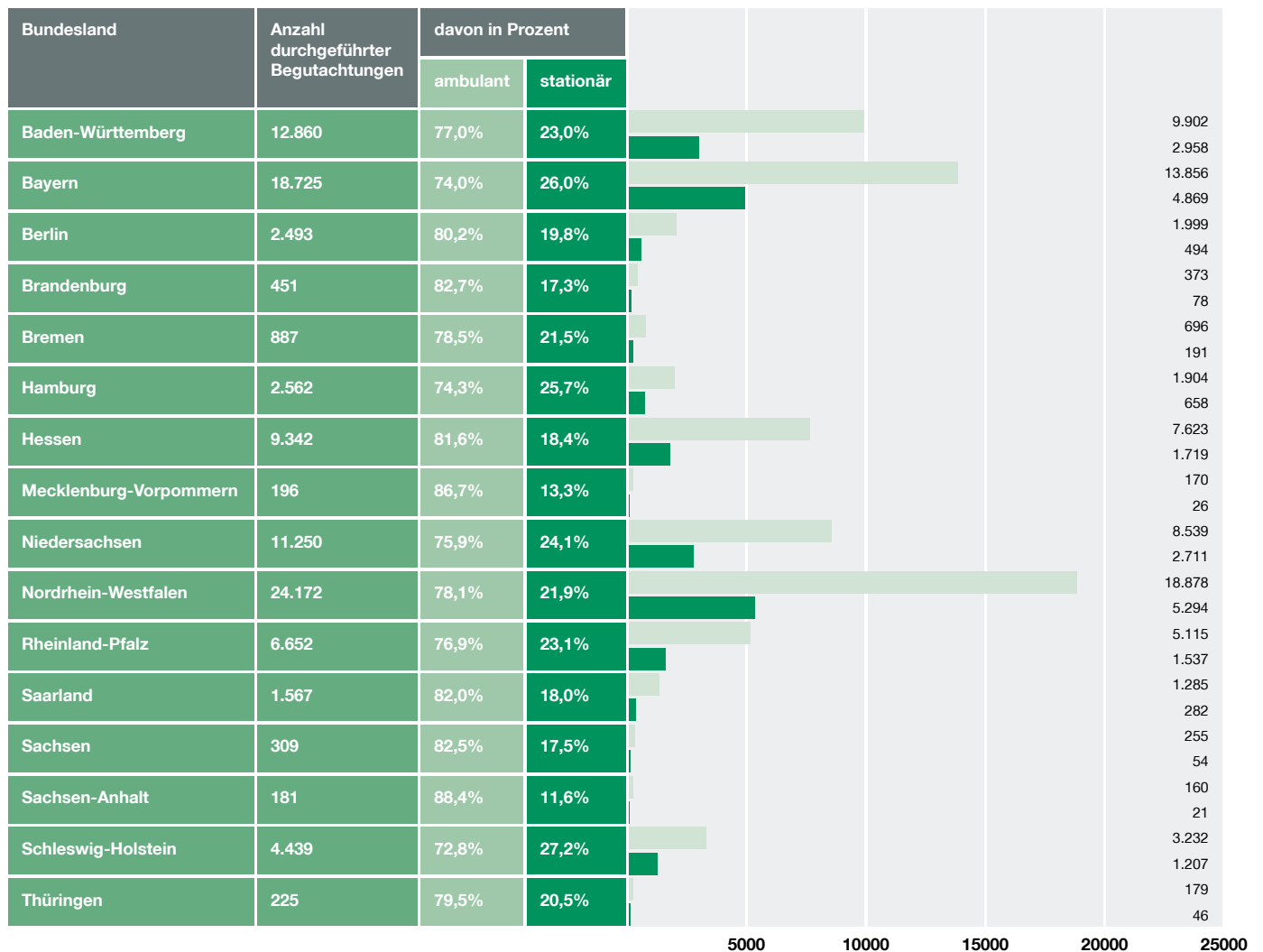
Stationäre Gutachten



Verteilung der Gutachten auf die Bundesländer

Die Anzahl der im Auftrag der privaten Pflegeversicherungen durchgeführten Begutachtungen pro Bundesland zeigt Tabelle 6 für den Berichtszeitraum 2011.

Tabelle 6:
Verteilung der Gutachten nach Bundesländern 2011 (Begutachtungen im Wohnbereich der Versicherten)



Auslandsbegutachtungen

Auftrags- und Erledigungsumfang

Pflegebedürftige Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung erhalten auch bei dauerhaftem Aufenthalt in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) Pflegegeld. Im Berichtszeitraum wurden 262 Auslandsgutachten erstellt. 67% dieser Begutachtungen fanden in den direkt angrenzenden Nachbarländern Frankreich, Niederlande, 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 23% entfielen. 10% der Begutachtungen verteilten sich auf die übrigen Länder des EWR.

Einwendungen

Der Prozentsatz der Einwendungen stieg 2011 im Vergleich zu den Vorjahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich leicht an.

Abbildung 4: Einwendungen 2006 bis 2011 im Vergleich

Einspruchsraten und Einspruchsverhalten

Im ambulanten Bereich kam es bei 4,6% der erfolgten Begutachtungen zu Einsprüchen durch die Versicherten oder ihre Bevollmächtigten, im Bereich vollstationärer Pflege lag der Anteil bei 3,5%. Die höchste Einspruchsrate war mit 6,3% im Bereich der Kinderbegutachtung festzustellen. Tabelle 7 zeigt für den Berichtszeitraum 2011 die Einstufungsempfehlungen der Zweitgutachten.

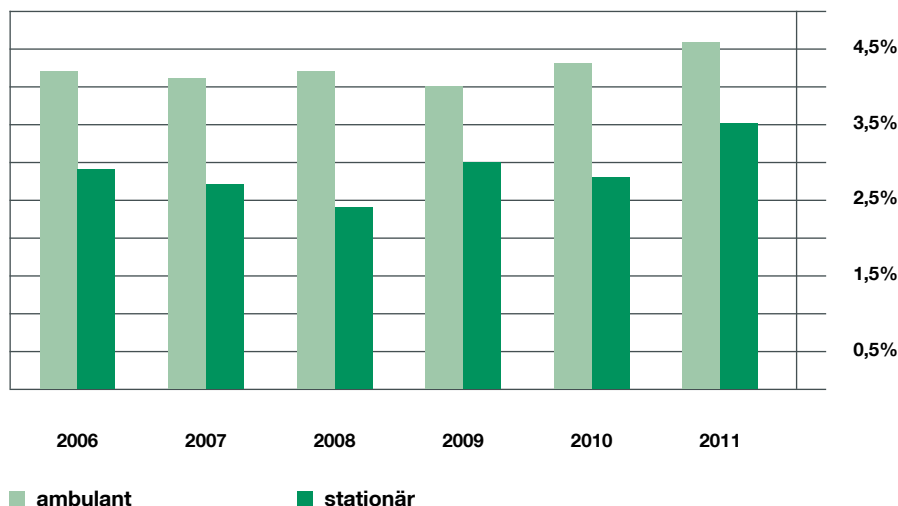


Tabelle 7: Einstufungsempfehlungen der Zweitgutachten im Jahr 2011

Pflegestufen der Vorgutachten

Im ambulanten Bereich erfolgten 54% der Einwendungen, wenn im Vorgutachten keine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen („Pflegestufe 0“) festgestellt wurde.

Einstufung im Vorgutachten	Einstufung nach Zweit-GA ambulant				Gesamt	Einstufung nach Zweit-GA stationär				Gesamt
	0	1	2	3		0	1	2	3	
0	822	6	0	0	828	95	0	0	0	95
1	1.002	483	5	0	1.490	153	58	12	1	224
2	70	613	189	1	873	10	125	83	17	235
3	6	32	273	22	333	1	8	179	29	217

Gegen die Anerkennung von Pflegestufe I im Vorgutachten richteten sich 32%, 13% entfielen auf Vorgutachten mit der Pflegestufe II und 1% auf Vorgutachten mit Pflegestufe III.

Im stationären Bereich werden die meisten Einwendungen (35%) gegen die Anerkennung von Pflegestufe II erhoben. 34% der Einwendungen erfolgen, wenn keine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen festgestellt wurde, die Einwendungen gegen Pflegestufe I machen 25% und die gegen Pflegestufe III 6% aus.

Bei den abweichenden Beurteilungen der Zweitgutachter ist zu berücksichtigen, dass der Einspruch an keine Fristvorgabe gebunden ist und auch noch längere Zeit nach Erstellung des Vorgutachtens erfolgen kann.

Das führt nicht selten zu einer von der Vorbegutachtung abweichenden Darstellung des Hilfebedarfs, überwiegend zugunsten einer höheren Pflegestufe. Bei 55% der Fälle wurde im Zweitgutachten eine höhere Pflegestufe vorgeschlagen. Bei 42% davon ist die Ursache für die Höherstufung auf eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung mit Zunahme des Hilfebedarfs zurückzuführen. Die Einstufungsempfehlung des Vorgutachters konnte in diesen Fällen also 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 Einwendungen gegen Pflegestufe III manchmal auch 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 2011 durchgeführten 8.043 „Vorab-Einstufungen“ ließen sich 4.574 (57%) nachfolgende Begutachtungen ableiten. Bei den verbleibenden 3.469 (43%) 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 dieser vorläufigen 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 2.279 Fällen (50%) mit den Vorab-Einstufungen überein. Bei 1.450 (32%) Nachbegutachtungen lagen die Pflegestufen höher und bei nur 610 (17%) niedriger als in der Vorab-Einstufung. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der vor Ort durchgeführten Nachbegutachtungen:

Tabelle 8: Einstufungsempfehlungen der „Vorab-Einstufungen“ im Jahr 2011

Gesamtzahl der Nachbegutachtungen	Pflegestufe der „Vorab-Einstufung“		
	< Nachbegutachtung	= Nachbegutachtung	> Nachbegutachtung
4.339	1.450	2.279	610
100%	32%	50%	18%

Zusammenfassend belegen diese Ergebnisse, dass sich die vorläufige Pflegestufenzuordnung nach Aktenlage bewährt hat und nicht zugunsten einer weniger aussagefähigen, jedoch deutlich zeit- und kostenintensiveren Krankenhausbegutachtung aufgegeben werden sollte.

Wirtschaftliche Situation

Geschäftsergebnis, Auftragszahlen und Umsatz

MEDICPROOF verzeichnete 2011 erstmalig ein negatives Geschäftsergebnis. Neben den bereits 2010 angestiegenen Aufwendungen für Personalaufbau sowie Investitionen in Infrastruktur und IT führten die unternehmerischen Aktivitäten 2011 mit der ProofCenter-Einführung, der Verankerung gestiegener datenschutzrechtlicher Anforderungen sowie einer Neuausrichtung der Unternehmenskommunikation zu weiteren Kostensteigerungen.

Der Auftragseingang belief sich auf 137.564 und weist eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr von nur 1,2% auf. Die Zahl der erledigten Gutachten zur Prüfung von Leistungsvoraussetzungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ist im Jahr 2011 mit 122.723 gegenüber 2010 (120.895) um 1,5% gestiegen.

Zwar hat sich der Gesamtumsatz von rund 22,2 Mio. Euro im Jahr 2010 auf 22,6 Mio. Euro 2011 erhöht, das Betriebsergebnis beläuft sich aber auf -460.000 Euro und hat sich im Vergleich zu 2010 um 352.000 Euro verschlechtert. Unter Berücksichtigung der neutralen Ergebnisse beläuft sich der Jahresfehlbetrag auf -321.000 Euro.

Wesentliche Veränderungen des Umlaufvermögens resultieren aus dem Abgang liquider Mittel und aus der Steigerung der sonstigen Vermögensgegenstände. So führte einerseits die Veräußerung des Tochterunternehmens MEDCOM Arztrechnungs-Service GmbH an den PKV-Verband zu einem Finanzanlagenabgang und die ProofCenter-Einführung zu Restzahlungen an den Lieferanten und zur Erhöhung der Abschreibungskosten, andererseits ließ sie den Wert der immateriellen Vermögensgegenstände ansteigen. Bilanziell ist die Finanz- und Vermögenslage der MEDICPROOF GmbH mit einer Eigenkapitalquote von knapp 58% als gut zu bezeichnen.

Erhöhung der Organisationspauschale

Um den veränderten Rahmenbedingungen und dem anhaltenden Professionalisierungsdruck auch für die Zukunft gewachsen zu sein, wurde eine Erhöhung der Organisationspauschale ab dem 1. Januar 2012 um fünf Euro für jeden Begutachtungsauftrag (zzgl. MwSt.) beschlossen.

Für das Jahr 2012 geht MEDICPROOF von einem Anstieg der Auftragszahlen um ca. 3% aus. Darüber hinaus ist ein geringerer Anstieg der Gesamtaufwendungen geplant, sodass bereits im laufenden Geschäftsjahr wieder ein Jahresüberschuss zu erwarten ist.

Häufigste Auftragsformen

Die meisten Pflegegutachten werden in Auftrag gegeben, um zu überprüfen, ob Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung bestehen. Auf der Grundlage eines Besuchs im Wohnbereich der Antragsteller und anhand der gesetzlich vorgegebenen Kriterien stellt ein ärztlicher Gutachter fest, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und – falls ja – welcher Pflegestufe diese zuzuordnen ist.

Erstgutachten

Stellt eine versicherte Person erstmals einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, wird MEDICPROOF mit der Erstellung eines Erstgutachtens beauftragt.

Folgegutachten

Bezieht ein Versicherter aufgrund einer vorangegangenen Begutachtung Leistungen aus der Pflegeversicherung, kann er eine Nachbegutachtung selbst beantragen, wenn sich der Pflegebedarf in vermutlich pflegestufenrelevantem Umfang erhöht oder reduziert hat. Gleiches gilt für das Pflegeversicherungsunternehmen.

Kindergutachten

Bei der Begutachtung von Kindern ist nur der krankheitsbedingte Mehraufwand an notwendigen Hilfeleistungen im Vergleich zu einem altersentsprechend entwickelten gesunden Kind zu berücksichtigen. In der Regel ist die Begutachtung kranker, behinderter und pflegebedürftiger Kinder aufwändiger als die Begutachtung von Erwachsenen.

Pflege-/Hilfsmittelgutachten

Mit diesen eigenständigen Gutachten wird beurteilt, ob eine Versorgung mit Pflege-/Hilfsmitteln oder die Anpassung des individuellen Wohnumfelds notwendig sind.

Eingeschränkte Alltagskompetenz

Die Alltagskompetenz gilt bei Menschen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen und demenzbedingten Fähigkeitsstörungen als eingeschränkt, wenn sie dadurch einen besonderen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben. Für den Nachweis müssen die psychomentalen Fähigkeiten des Antragstellers beurteilt werden.

Zweitgutachten

Grundsätzlich kann gegen jede Leistungsentscheidung eines PPV-Unternehmens 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.

Pflegefachliche Stellungnahme

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.

„Vorab-Einstufungen“

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Anschluss an einen Klinikaufenthalt ist zeitnah auch eine vorläufige Pflegestufenzuordnung nach Aktenlage möglich. Dafür werden MEDICPROOF vom Krankenhaus entsprechende Unterlagen übermittelt, die es erlauben, den Pflegebedarf einzuschätzen.

Eine ausführliche Zusammenstellung aller Auftragsformen finden Sie auf der MEDICPROOF-Website in der Rubrik Unternehmen/Pflegegutachten.



„Ziel ist die Online-Übertragung von Aufträgen und Gutachten“

Mit der Einführung des neuen elektronischen Verwaltungssystems „ProofCenter“ hat MEDICPROOF ein für die weitere Entwicklung des Unternehmens bedeutendes Projekt erfolgreich abgeschlossen. Der Migration des Systems im November 2011 sind mehrere Jahre intensiver Projektarbeit vorausgegangen, in die insgesamt über 20 Mitarbeiter involviert waren. Abteilungsübergreifend wurden 14 Fach- und 22 Technikkonzepte erarbeitet, die jeweils zwischen 60 und 350 Seiten stark sind. ProofCenter ist zur zentralen Anwendung innerhalb des gesamten Prozesses der Auftragsbearbeitung geworden. Pro Tag werden darin über 600 Aufträge erfasst sowie knapp 200 Änderungsmitteilungen, Erinnerungsschreiben und Stornos bearbeitet.

Als Abteilungsleiterin der Auftragsabwicklung war Claudia Max eine der federführenden Projekt-Mitarbeiterinnen.



Frau Max, welche Ziele sind mit dem Projekt ProofCenter verbunden?

Unser Haupt-Anliegen war und ist, innerhalb der gesamten Auftragsbearbeitung alle Daten auf elektronischem Weg übertragen zu können. Dadurch wollen wir die Bearbeitungszeiten noch weiter verkürzen. Mit der Einführung von ProofCenter haben wir einen wichtigen Schritt auf diesem Weg getan und die technischen Voraussetzungen geschaffen, um in einem der nächsten Schritte die Online-Übertragung von Aufträgen und Gutachten in Angriff nehmen zu können.

Dabei ist ProofCenter vor allem als integrierendes System angelegt, in das Folgeprojekte wie zum Beispiel ein Dokumenten-Management-System unmittelbar angebunden werden. Wir haben mit der Migration des Systems also ein wichtiges Zwischenziel erreicht.



Die Migration des neuen Systems war sicher aufregend. Hat alles wie geplant funktioniert?

Wenn man sich einmal vor Augen führt, dass wir mehr als zwei Millionen Datensätze von den alten Datenbanken ins neue ProofCenter übertragen mussten, dann kann man sich leicht vorstellen, dass an den Tagen der ProofCenter-Migration alle angespannt waren. Wir haben die Systemumstellung aber letztlich ohne größere Bearbeitungsrückstände bewältigt – und darauf sind wir sehr stolz.

Der Einführung des neuen Systems ist eine mehrjährige intensive Projektarbeit vorangegangen. In welche Phasen kann man diese einteilen?

Wie viele Mitarbeiter waren insgesamt involviert?

Das Kernteam, das von Anfang bis Ende eng in das Projekt eingebunden war, bestand aus fünf Mitarbeitern, plus zwei Mitarbeiter unseres externen Dienstleisters. In der Phase der Fachkonzepterstellung waren neun Mitarbeiter aus den Abteilungen Auftragsabwicklung, Hilfsmittel, Sozialmedizin und IT involviert. In der Programmierungs- und Testphase arbeiteten rund 15 MEDICPROOF-Mitarbeiter am ProofCenter. Einzelne Kollegen wurden für das Projekt komplett aus dem Tagesgeschäft rausgenommen und zum Teil durch Zeitarbeitskräfte ersetzt, die allermeisten haben ihre Aufgaben aber neben oder zusätzlich zur täglichen Arbeit erledigt. Die ProofCenter-Entwicklung war also für das gesamte Unternehmen ein Kraftakt, den wir mit viel Teamwork und guter Abstimmung untereinander bewältigt haben.



Zunächst einmal haben wir unsere Ausgangslage gründlich analysiert und uns viele Fragen gestellt, zum Beispiel welche Voraussetzungen für eine elektronische Datenübertragung geschaffen werden müssen. Wir haben uns für ein schrittweises Vorgehen entschieden: zunächst intern die technischen Voraussetzungen für eine papierlose Arbeitsweise schaffen, im Anschluss daran die Datenübertragung mit den Versicherungen und den Gutachtern umsetzen. In der nächsten Phase haben wir zunächst alle internen Prozesse festgehalten, jeden einzelnen Arbeitsschritt aufgenommen und uns überlegt, wie wir künftig die Prozesse gestalten wollen. Das neue ProofCenter sollte also eine auf unsere Bedürfnisse zugeschnittene Individualentwicklung werden. Die Anforderungen an ProofCenter wurden von den verschiedenen Fachbereichen in Fachkonzepten festgehalten, darauf aufbauend hat die IT-Abteilung ihre Technikkonzepte entwickelt und umgesetzt. Nach der Programmierung des Systems begann ab Mitte 2010 die Testphase. Dazu haben wir aus allen Fachbereichen Mitarbeiter ausgewählt, die das neue System auf Herz und Nieren geprüft haben.

Wie wird das Ziel der Online-Übertragung in diesem Jahr weiter verfolgt?

Wir haben einen sogenannten Release-Plan erstellt, der vorsieht, vier Mal im Jahr ein Update von ProofCenter einzuspielen. Dazu halten wir über ein Ticketsystem Verbesserungspotenziale und Fehlerquellen fest, was wiederum unmittelbar in die Releases einfließt. Parallel dazu legen wir die konzeptionellen Grundlagen für das Dokumenten-Management-System, das wir im Jahr 2013 einführen möchten.

Private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen

Die Begutachtungsaufträge erhält MEDICPROOF von 43 privaten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Pflegepflichtversicherung betreiben sowie von der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Für die Übernahme des Pflegerisikos dieser beiden 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 vereinzelt die Voraussetzungen für „Hilfe zur Pflege“¹ 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 beauftragt MEDICPROOF mit der Feststellung von Eintritt, Umfang und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich Ärzte². 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, zum Beispiel zur Qualität der Versorgung, aufzuzeigen. MEDICPROOF hält dafür ein bundesweites Netz von Pflegefachkräften vor.

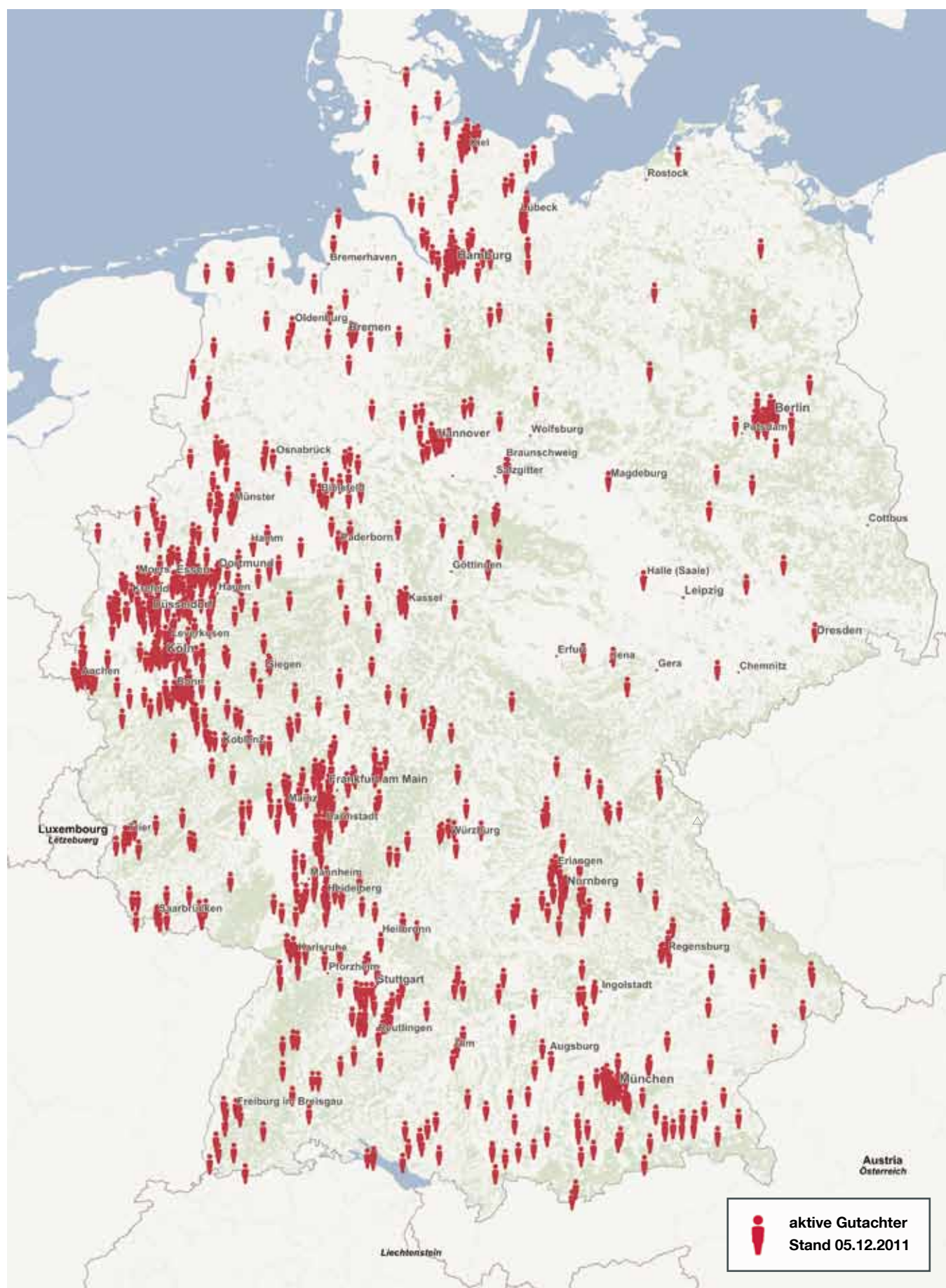
Das Gutachternetz wird kontinuierlich und bedarfsgerecht angepasst – auch unter qualitativen Gesichtspunkten. Anzahl und Verteilung der freien Mitarbeiter (Abbildung 5) entsprechen grundsätzlich dem regionalen Auftragsaufkommen, wobei de facto vereinzelt Lücken – insbesondere im ländlichen Raum – zu verzeichnen sind.

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



¹ § 61 des zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII)

² § 6 Abs. 2 MB/PPV 2010



Vergütung

Insgesamt ergeben sich folgende abrechnungsrelevante Auftragstypen:

Tabelle 9: Vergütungsstruktur 2011:

Gutachten-Typ		Honorar in EUR	
Pflegepflichtversicherung		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 Pflege-/Hilfsmittelgutachten	■ nach Aktenlage	25,00	4,75
	■ mit Hausbesuch	70,00	13,30
Eigenständiges Pflege-/Hilfsmittel-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

MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten

Der medizinische Dienst der Privaten

MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten

Entfernungsabhängige Aufwandspauschale

Die angegebenen Beträge verstehen sich als Pauschalvergütungen, mit denen grundsätzlich alle Aufwendungen – einschließlich des Zeitaufwands für Fahrten bis zu der einfachen Entfernung von 20 Kilometern – abgegolten sind.

Bei Entfernungen ab 21 Kilometern (einfache Strecke) kann eine ebenfalls pauschalierte, entfernungsabhängige Aufwandsentschädigung geltend gemacht werden (Tabelle 10). Der Vergütungsstruktur liegt eine für alle Beteiligten wirtschaftliche Mischkalkulation zugrunde.

Tabelle 10: Entfernungsabhängige Aufwandspauschalen 2011

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

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.



¹ Vgl. § 4 (2) MB/PPV (§ 37 SGB XI)

Auftragsabwicklung

Die Begutachtungsaufträge werden der MEDICPROOF GmbH von den Versicherungsunternehmen bislang noch 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 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 Vorgabe¹ soll „dem Antragsteller [...] spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden“. Wenngleich diese Regelung bislang nur für die soziale Pflegeversicherung gilt, vereinbarten die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung ebenfalls, die Fünf-Wochenfrist einzuhalten. MEDICPROOF wurde dabei eine Bearbeitungsfrist von 25 Kalendertagen eingeräumt. Sie enthält den für die freiberuflich tätigen ärztlichen Gutachter vertraglich vereinbarten Bearbeitungszeitraum von 21 Tagen.

Die zeitnahe Bearbeitung wird seitens der MEDICPROOF GmbH kontinuierlich überwacht.

Die Fristen können jedoch in den Fällen nicht eingehalten werden, in denen sich die zu begutachtende Person in stationärer Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation 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.

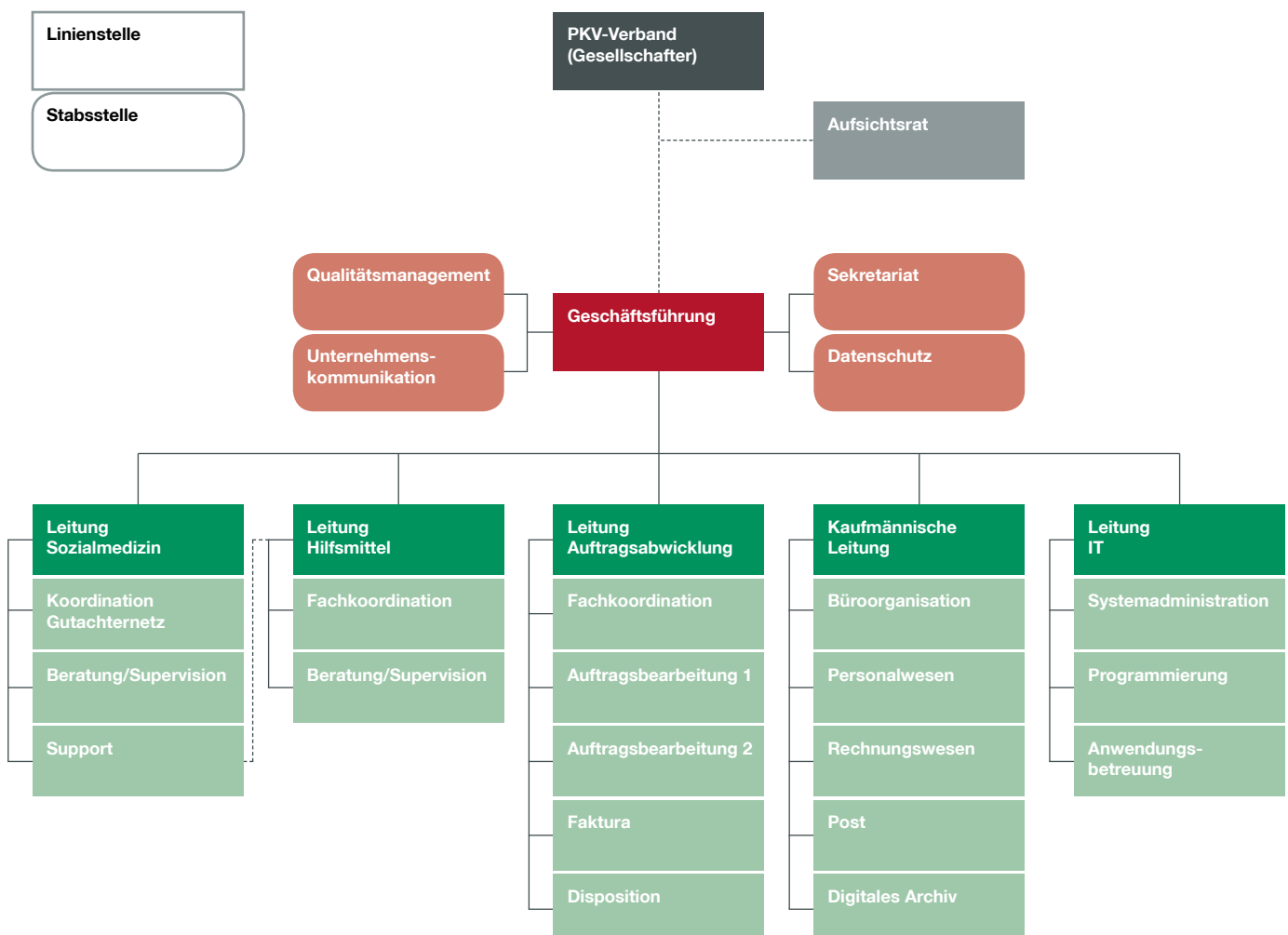


¹ § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB XI

Interne Personalstruktur



Abbildung 6: Organisationsstruktur der MEDICPROOF GmbH



Freie Mitarbeiter

Mit Stand vom 31. Dezember 2011 waren insgesamt 835 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig: 768 Ärzte (92%) und 67 Pflegefachkräfte (8%). 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 Großteil der engagierten Ärzte arbeitet langfristig für MEDICPROOF und ist entweder niedergelassen oder hauptberuflich angestellt in Kliniken, bei Behörden, arbeitsmedizinischen Diensten oder verschiedenen Sozialleistungsträgern.

Abbildung 7:
Qualifikation der freien Mitarbeiter

Allgemeinmedizin	25%
Innere Medizin	16%
Arbeitsmedizin	12%
Chirurgie, Orthopädie	5%
Öffentliches Gesundheitswesen	9%
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	7%
Kinder- und Jugendmedizin	4%
Sonstige Fachärzte	7%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	2%
Sozialmedizin	19%
Praktische Ärzte	18%

Gutachterschulungen

Zu den zentralen Aufgaben von MEDICPROOF gehört es, die freien Mitarbeiter in Fragen der Begutachtung zu qualifizieren, weiterzubilden und durch regelmäßige Gutachtertreffen einen Erfahrungsaustausch sicherzustellen.

Zum Vertragsabschluss mit freien Mitarbeitern kommt es erst nach der erfolgreichen Teilnahme an einem zweieinhalb Tage dauernden Einführungsworkshop, bestehend aus einer Einführung in die Praxis der Pflegebegutachtung und einem Grundlagenseminar zur Versorgung mit Pflege-/Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Insbesondere für Ärzte, die ihre bisherige hauptberufliche Tätigkeit aus familiären Gründen einschränken oder vorübergehend aufgeben müssen, ist die Gutachtertätigkeit aufgrund der flexiblen Zeiteinteilung interessant. Ähnliches gilt für Ärzte, die aus Altersgründen aus dem bisherigen Berufsleben ausgeschieden sind oder kürzertreten möchten.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil ärztlicher Mitarbeiter mit einer Facharztqualifikation deutlich erhöht. Abbildung 7 zeigt die Qualifikationen der ärztlichen Mitarbeiter (Mehrfachangaben wurden berücksichtigt):

Fluktuation

2011 konnte der Gutachterstamm nicht weiter ausgebaut werden. Der zunehmende Ärztemangel macht sich auch hier bemerkbar. 2011 wurden 56 Ärzte neu unter Vertrag genommen. Neuverträge mit Pflegefachkräften wurden nicht abgeschlossen. Zu Vertragsauflösungen kam es mit 54 Ärzten und sechs Pflegefachkräften.

Ergänzend zu insgesamt drei Einführungsworkshops, an denen 56 Ärzte teilnahmen, wurden drei Grundlagenseminare zur Begutachtung von Pflege-/Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen durchgeführt.

Weitere Schulungsveranstaltungen betrafen die Begutachtung von Kindern und die Erstellung von Zweitgutachten sowie sechs Regionaltreffen zum allgemeinen Erfahrungsaustausch. Am Vorabend der Regionaltreffen fanden teilweise weiterführende Schulungen in der Begutachtung von Pflege-/Hilfsmitteln und Anpassungen des individuellen Wohnumfelds statt.

Qualitätssicherung

Ziel der Qualitätssicherung ist es, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines bundesweit einheitlichen und zügigen Begutachtungsverfahrens zu gewährleisten.

Strukturqualität

Neben den finanziellen Rahmenbedingungen wird die Strukturqualität bestimmt durch die technische Ausstattung des Unternehmens sowie durch die Personalstruktur sowohl in der Kölner Zentrale als auch durch Anzahl und Qualifikation der freien Mitarbeiter. Die zu erledigenden Aufträge werden über ein zentrales Verwaltungssystem erfasst, automatisch verteilt und weiterverfolgt.

Im Informationsaustausch zwischen der MEDICPROOF-Zentrale und den freien Mitarbeitern hat sich das Gutachter-Extranet etabliert. Es bietet unter anderem die Möglichkeit, sich für ein Weiterbildungsseminar anzumelden und stellt E-Learning-Module sowie Updates der eigenen Bearbeitungssoftware zur Verfügung.

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, die Gutachtenverteilung und Terminverfolgung sowie die Korrespondenz mit Versicherungen und Gutachtern in die Prozessqualität ein. Externe Prozesse unterstützt MEDICPROOF unter anderem mit der Weiterentwicklung der Bearbeitungssoftware und der Weiterbildung der freien Mitarbeiter.

Ergebnisqualität

Die Qualitätskontrollen der fertigen Gutachten konzentrieren sich vorrangig auf formale Vorgaben und die Vollständigkeit des Gutachtens. Die gutachterlichen Aussagen werden zusätzlich einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Alle Gutachten von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern werden kontrolliert, ebenso die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern, die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands („Härtefälle“) sowie Gutachten mit besonderen Empfehlungen zur Pflege-/Hilfsmittelversorgung und für Wohnumfeldverbesserungen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der MEDICPROOF-Website in der Rubrik Unternehmen/Qualitätssicherung.



MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten

MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 A
50968 Köln

Telefon: 0221 888 44-0
Telefax: 0221 888 44-888
info@medicproof.de
www.medicproof.de