



*Die Medizinischen Dienste:  
Unser Engagement für  
Qualität in der  
Versorgung*

# Gut aufgestellt für neue Aufgaben

**DIE GRÖSSTE REFORM** seit der Gründung der Medizinischen Dienste ist erfolgreich gestartet – mit neuen Verwaltungsräten und neuen Aufgaben in den Kliniken. ▶ Seit 32 Jahren sind sie Hüter der Solidargemeinschaft der Versicherten: Rund 2500 Ärztinnen und Ärzte und rund 4000 pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter – unterstützt von etwa 4400 Assistenz- und Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern (einschließlich Heil- und Gesundheitsberufe) – garantieren, dass es bei der Verteilung von Gesundheits- und Pflegeleistungen in diesem Land gerecht zugeht. Allein im Jahr 2020 stellte der Medizinische Dienst über 2,3 Millionen Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aus. Knapp 4,3 Millionen Stellungnahmen wurden im gleichen Zeitraum für die gesetzlichen Krankenversicherungen erstellt. Der Medizinische Dienst vor Ort prüfte Anträge auf Arbeitsunfähigkeit, Reha und Heilmittel ebenso wie die Frage, ob aus sozialmedizinischer Sicht hochtechnisierte Hilfsmittel wie Insulinpumpen oder individuell angefertigte Orthopädieversorgungen zu empfehlen sind – auf der Grundlage objektiver medizinischer Kriterien.

Die Unabhängigkeit der Empfehlungen stand dabei nie grundsätzlich infrage. Und dennoch entschied der Gesetzgeber eine weitreichende Reform, die Anfang 2020 in Kraft trat. Im Zentrum dieses Gesetzes steht die Umwandlung der Medizinischen Dienste in eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, ohne organisatorische Bindung an die Kranken- und Pflegekassen. Ein Prozess, den alle 15 Medizinischen Dienste auf Landesebene mittlerweile fristgerecht vollzogen haben.

Erik Scherb, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und Vorsitzender des Grundsatzausschusses der Medizinischen Dienste, wertet die Neukonstituierung als Erfolg. Nicht nur, weil man voll im Zeitplan liegt. »In ihrer Aufgabenwahrnehmung sind die Gutachterinnen und Gutachter mit der Reform in ihrer fachlichen Unabhängigkeit durch die Reform gestärkt worden. Das entspricht unserem Selbstverständnis. Für die neuen Aufgaben zum Beispiel im Krankenhausbereich sind die Dienste in den Ländern gut aufgestellt.«

## Neue Verwaltungsräte

Wichtiger Schritt auf diesem Weg in die Eigenständigkeit war in den vergangenen Monaten die Konstituierung der neuen Verwaltungsräte. Statt 15 sitzen nun überall 23 Mitglieder am Tisch des Verwaltungsrats. Neu dabei: jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Pflegeberufe und der Ärzteschaft und fünf stimmberechtigte Vertreterinnen und Vertreter von Patienten-, Verbraucherschutz- und Selbsthilfeverbänden; alle sieben benannt vom jeweiligen Landessozialministerium. Der Rest der Runde, die 16 ehrenamtlichen stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung, werden von den Kassen und deren Verbänden gewählt und kommen je zur Hälfte von der Arbeitgeber- und der Versichertenseite. Anders als bisher dürfen keine hauptamtlich Beschäftigten der Krankenkassen und Kassenverbände mehr Mitglied im Verwaltungsrat sein; zudem ist nur noch ein weiteres Ehrenamt, kein zweites oder gar drittes bei den Kassen erlaubt. Außerdem neu: Frauen und Männer teilen sich die Plätze in dem Gremium paritätisch.

Auch der Umbau des MDs zum »Medizinischen Dienst Bund« nimmt Fahrt auf. Er wird künftig verbindliche Richtlinien erlassen, die vor allem die einheitliche Begutachtung in den Medizinischen Diensten fördern sollen. Ende April fand die konstituierende Sitzung des Verwaltungsrats statt, in den die Medizinischen Dienste aus den Ländern ihre Vertreterinnen und Vertreter aus ihren jeweiligen Verwaltungsräten gewählt hatten. Träger des Medizinischen Dienstes Bund ist nun nicht mehr der GKV-Spitzenverband, sondern die Medizinischen Dienste auf Landesebene.

Der Verwaltungsrat wählte mit Sandra Goldschmidt, Verwaltungsratsmitglied aus dem Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern und stellvertretende ver.di-Bezirksleiterin in Hamburg, erstmals eine Frau zur Vorsitzenden. Ihr Stellvertreter wurde Detlef Stange, der zugleich stellvertretender Verwaltungsratsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Hessen ist. Erste Auf-

Gabi Stief arbeitet als freie Journalistin in Hannover. [gabi-stief@gmx.de](mailto:gabi-stief@gmx.de)



gabe des Verwaltungsrates ist es, eine neue Satzung für den Medizinischen Dienst Bund zu erarbeiten. Sobald diese vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt ist, ist der Medizinische Dienst Bund als Körperschaft öffentlichen Rechts errichtet. Dies wird voraussichtlich Ende 2021 der Fall sein.

### *Chancen der Neuaufstellung nutzen*

Glückwünsche zur Wahl kamen unter anderem aus der SPD-Bundestagsfraktion. »Ich bin überzeugt, dass die weiteren Umsetzungsschritte nun zügig folgen und die Reform gelingt, deren Ziel es war, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu stärken und die Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen«, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion, Sabine Dittmar.

Zurückhaltend äußerte sich Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands. Noch seien die Wirkungen der Reform auf die Organisationsstruktur nicht absehbar. Klar sei, dass der Medizinische Dienst Bund zukünftig als zentraler Akteur auftreten werde, der die Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlässt. »Hierbei die fachliche Kompetenz der Gesetzlichen Krankenversicherung einfließen zu lassen, wird eine zentrale Aufgabe sein.«

Dr. Stefan Gronemeyer, Geschäftsführer des MDS, wirbt dafür, die Chancen der Neuaufstellung der Medizinischen Dienste jetzt für eine zukunftsorientierte Entwicklung zu nutzen. »Dazu gehört die Positionierung der Medizinischen Dienste als fachlich ausgerichtete Akteure im Gesundheitswesen, die weitere Ausgestaltung der Rolle als kompetente und verlässliche Berater der Kranken- und Pflegeversicherung auf Landes- und Bundesebene. Mit allen Beteiligten gemeinsam wollen wir uns für Qualität und Transparenz in der Versorgung engagieren.«

### *Neues System der Prüfungen im Krankenhaus*

Während die Organisationsreform zügig vorankommt, litt das zweite zentrale Anliegen des MDK-Reformgesetzes unter der Pandemie. Die neuen Regeln für die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen durch

den Medizinischen Dienst, die für mehr Effizienz und Transparenz sorgen und beide Seiten spürbar entlasten sollen, wurden zeitweilig ausgesetzt, um die Kliniken während des pandemiebedingten Dauerstresses nicht zusätzlich zu belasten. So wurde mit dem Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetz die Zahl der zulässigen Prüfungen im vergangenen Jahr stärker begrenzt als ursprünglich geplant. Statt auf 12,5% wurde der Prüfungsumfang auf 5% pro Quartal gesenkt. Das gestufte quartalsbezogene Prüfquotensystem, das Kliniken künftig mit einer geringeren Quote belohnt, wenn sie korrekt abrechnen, und jene mit einer höheren Quote bestraft, bei denen die Medizinischen Dienste viele Rechnungen beanstanden müssen, wurde ebenfalls um ein Jahr vertagt. Auch die Aufschläge für fehlerhafte Abrechnungen wurden vorübergehend ausgesetzt.

Zentral für das neue System der Rechnungsprüfungen sind die sogenannten Strukturprüfungen, die die rasant steigende Zahl an Einzelfallprüfungen der vergangenen Jahre nicht nur ausbremsen, sondern deutlich reduzieren sollen. Künftig sind die Krankenhäuser verpflichtet, Strukturmerkmale in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln vom Medizinischen Dienst im Vorfeld prüfen zu lassen, damit sie Leistungen abrechnen können. Die Umsetzung wurde aufgrund der Pandemie verschoben. Die Richtlinie, die das Verfahren der Strukturprüfungen beschreibt, hat der MDS Ende Februar erlassen. Sie sieht vor, dass Krankenhäuser die Prüfungen bis Ende Juni eines Jahres beim zuständigen Medizinischen Dienst auf Landesebene beantragen und diese dann bis Jahresende erfolgt. Denn dann müssen die Kliniken die Bescheinigung über die erfolgreiche Prüfung an die Landesverbände der Krankenkassen übermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit genehmigte die Richtlinie Ende Mai. Wegen der sehr kurzen Zeitspanne wurde die Antragsfrist für 2021 um sechs Wochen bis zum 15. August verlängert. Die Bescheide der Medizinischen Dienste, die belegen, dass die technischen und personellen Voraussetzungen für 53 OPS-Leistungen entsprechend den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erfüllt werden, gelten in der Regel zwei Jahre, in einzelnen Bereichen wie der Geriatrie oder der Palliativmedizin ein Jahr. □

