

Pressekonferenz Kongress des Medizinischer Dienst 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Gesprächspartnerinnen und -partner
2. Pressemitteilung
3. Statement Dr. Stefan Gronemeyer,
Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Bund
4. Statement Dr. Ulf Sengebusch,
Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Sachsen
5. Statement Carola Engler,
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Medizinischer Dienst Bund
6. Fragen und Antworten Prüfaufgaben in Medizin und Pflege
7. Zahlen – Daten – Fakten
8. Programm: Der Kongress des Medizinischen Dienstes 2024
9. Forum – das Magazin des Medizinischen Dienstes

Pressekonferenz

Kongress des Medizinischen Dienstes 2024

Ihre Gesprächspartnerinnen und -partner:

Dr. Stefan Gronemeyer,
Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Bund

Dr. Ulf Sengebusch,
Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Sachsen

Carola Engler,
Stv. Vorstandsvorsitzende Medizinischer Dienst Bund

Moderation:
Michaela Gehms, Pressesprecherin
Medizinischer Dienst Bund

Versorgungsqualität sichern, gesellschaftlichen Zusammenhalt stärken – gerade jetzt!

„Gesundheitssystem unter Druck – wie sichern wir die Versorgungsqualität?“ Unter diesem Motto findet heute in Berlin der 4. Kongress des Medizinischen Dienstes statt. Globale Krisen bestimmen die Debatte: politische Instabilität und Krieg, Klimakrise, Pandemien, Migration, Demografie. Die Gesellschaft ist gefordert, diese Belastungen zu meistern. Eine verlässliche Daseinsvorsorge in Medizin und Pflege stärkt den sozialen Frieden. Gemeinsam mit Fachleuten aus Politik, Gesundheit und Pflege diskutiert der Medizinische Dienst Lösungswege, damit der Anspruch der Versicherten auf eine gute Versorgungsqualität in Zeiten multipler Krisen erfüllt werden kann.

„Qualitäts- und Strukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen haben ein kritisches Ausmaß erreicht“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. „Die rund 15.000 Prüfungen von Struktur- und Qualitätsvorgaben, die der Medizinische Dienst 2023 in Krankenhäusern durchgeführt hat, zeigen, dass dort notwendige Voraussetzungen, besonders für komplexe Behandlungen, teilweise nicht vorliegen. Vor allem nicht ausreichend vorhandenes Fachpersonal ist das Problem. Für die Versicherten bedeutet das vermeidbare Risiken, wie schlechte Behandlungsergebnisse und Fehler.“

Gute Versorgung braucht klare Qualitätsstandards – die auch eingehalten werden

Der Medizinische Dienst begrüßt die anstehende Krankenhausreform, die unter anderem eine Bündelung des Fachpersonals und einheitliche Qualitätsstandards für die Behandlung vorsieht. Die Definition der Qualitätskriterien für die künftigen Leistungsgruppen durch Fachexpertinnen und -experten und die Überprüfung dieser Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst können die Versorgungsqualität verbessern. „Der Medizinische Dienst ist für die Krankenhausreform gut aufgestellt: unabhängig, kompetent und föderal – leistungsfähig und einheitlich“, betont Dr. Stefan Gronemeyer.

Trend in der GKV: mehr Qualitätsprüfung und weniger Einzelfall-Begutachtung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Gutachterinnen und Gutachter knapp 3 Millionen sozialmedizinische Begutachtungen durchgeführt. 482.000 Mal beantworteten sie im Auftrag der Krankenkassen versichertenbezogene Fragen zur Arbeitsunfähigkeit, 346.000 Mal zur Rehabilitation und 238.000 Mal zu Hilfsmitteln. Eine weitere knappe halbe Million sozialmedizinischer Empfehlungen verteilt sich auf vielfältige weitere versichertenbezogene Stellungnahmen – von der Häuslichen Krankenpflege über Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis hin zur Palliativversorgung und anderes mehr.

Darüber hinaus überprüfte der Medizinische Dienst die Richtigkeit von über 1,4 Millionen Krankenhausabrechnungen, wobei etwa jede zweite geprüfte Rechnung beanstandet wurde.

„Wir sehen die Entwicklung weg von den Einzelfallprüfungen hin zu mehr systematischen Prüfungen von Qualitätskriterien positiv“, sagt Dr. Ulf Sengebusch, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Sachsen. „Damit leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Versicherten sollten gerade in Zeiten knapper Ressourcen auf einheitliche Qualitätsstandards vertrauen können und wissen, dass diese auch eingehalten werden.“

Pflegebegutachtung zukunftsfest machen – Leistungszugang einheitlich sicherstellen

Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung nehmen die Aufgaben des Medizinischen Dienstes deutlich zu. So haben die Gutachterinnen und Gutachter 2023 knapp 3 Millionen Pflegebegutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt – dies ist Voraussetzung für den Bezug von Leistungen wie Pflegegeld und Pflegesachleistungen. 17,1 Prozent der begutachteten Versicherten erhielten Pflegegrad (PG) 1, 30,9 Prozent erhielten PG 2, 24,8 Prozent PG 3, 12,6 Prozent PG 4 und 5,3 Prozent PG 5. Als nicht pflegebedürftig wurden 9,3 Prozent der Antragstellenden eingestuft.

Aufgrund des demografischen Wandels und der Leistungsverbesserungen durch die Pflegereform 2017 ist die Anzahl der Pflegebegutachtungen in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen: von 1,8 Millionen Begutachtungen im Jahr 2017 auf 2,88 Millionen im Jahr 2023. „Unser Ziel ist, die Versicherten auch in Zukunft – bei steigenden Antragszahlen – zeitnah und in einer hohen Qualität zu begutachten. Die Pflegebedürftigen müssen auf den schnellen und bedarfsgerechten Leistungszugang vertrauen können. Dafür müssen wir die Begutachtung zukunftsfest machen“, sagt Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund.

„Neben dem Hausbesuch, der vor allem in der Erstbegutachtung eingesetzt wird, wollen wir ortsungebundene Begutachtungsformate wie Telefon- und Videobegutachtungen breiter einsetzen“, erläutert Engler. Der Medizinische Dienst Bund prüft derzeit in verschiedenen wissenschaftlichen Projekten, wie die Effizienz der Begutachtung verbessert werden kann, um allen Versicherten auch langfristig individuell gerecht zu werden. Anhand dieser Erkenntnisse setzt sich der Medizinische Dienst für Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Pflegebegutachtung ein, da diese den Einsatz neuer Begutachtungsformate bislang nur sehr eingeschränkt zulassen.

Pressekontakt

Michaela Gehms, Pressesprecherin Medizinischer Dienst Bund
Tel. 0201 8327-115 Mobil: +49 172 3678007
E-Mail: michaela.gehms@md-bund.de

Der **Medizinische Dienst Bund** ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts, Träger sind die Medizinischen Dienste in den Ländern. Der Medizinische Dienst Bund koordiniert die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste und erlässt Richtlinien für ihre Tätigkeit. Zudem berät er die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene z. B. in den Gremien der Selbstverwaltung wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die **Medizinischen Dienste in den Ländern** begutachten Versicherte im Auftrag der Krankenkassen zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und zu Behandlungsfehlervorwürfen. Die Medizinischen Dienste führen zudem Qualitäts- und Strukturprüfungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern durch.

Pressekonferenz Kongress des Medizinischen Dienstes 2024

**Statement Dr. Stefan Gronemeyer,
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Berlin, 6. Juni 2024

Anrede,

„Gesundheitssystem unter Druck – wie sichern wir die Versorgungsqualität?“ Mit dieser Frage beschäftigen wir uns beim 4. bundesweiten Kongress des Medizinischen Dienstes.

Warum rücken wir die Qualität der Versorgung in Medizin und Pflege in den Fokus? Weil für die Versicherten die Qualität und Sicherheit der Behandlung das A und O sind. Die Versicherten haben Anspruch darauf – ohne Wenn und Aber.

Leider sieht die Wirklichkeit oft anders aus. Der Medizinische Dienst überprüft an vielen Stellen die Einhaltung von Qualitätsanforderungen für die Behandlung. Dabei begegnet er tagtäglich diesen Defiziten:

- fehlendes oder nicht ausreichend qualifiziertes Personal,
- unzureichende Patientensicherheitsmaßnahmen mit der Folge von Behandlungsfehlern
- und der Anwendung von Therapien, für die kein Nutzen belegt ist und die daher eine nicht notwendige Überversorgung darstellen.

Wir müssen also dringend über die Versorgungsqualität reden.

Zurzeit bestimmen globale Krisen die gesellschaftliche Debatte und die mediale Aufmerksamkeit: politische Instabilität und Krieg, Klimakrise, Fachkräftemangel, demografischer Wandel und Wirtschaftsprobleme. All dies setzt die Gesellschaft unter Druck. Widerstandskraft und Anpassungsfähigkeit sind gefragt. Wir fragen, wie sich die vielzitierte Resilienz der Gesellschaft eigentlich entwickeln soll, wenn sich die Menschen nicht mehr überall auf eine angemessene Gesundheitsversorgung verlassen können. Ein funktionsfähiges Gesundheitswesen ist zentral für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und den sozialen Frieden.

Die Versorgungsqualität in Medizin und Pflege gilt es auch unter erschwerten Rahmenbedingungen zu erhalten und zu verbessern.

Medizinischer Dienst stellt regelmäßig Qualitätsdefizite in Krankenhäusern fest

Anrede,

die Qualitäts- und Strukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen haben ein kritisches Ausmaß erreicht, sodass unverzüglich Reformen notwendig sind. Um eines jedoch vorweg klarzustellen:

Dies ist ausdrücklich keine Kritik an dem vor Ort tätigen Fachpersonal. Krankenpflege, Ärzteschaft und viele andere Gesundheitsberufe arbeiten teilweise am Limit, um gute Medizin und Pflege zu gewährleisten. Es ist das System an sich, das angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen bei Qualität und Kosten an seine Grenzen stößt.

Daher ist der Krankenhausbereich zu Recht eines der zentralen gesundheitspolitischen Reformprojekte. Denn wir sehen bei unserer Arbeit, dass Qualitätsdefizite bestehen:

- Beispiel „Qualifiziertes Personal“:

Seit 2019 prüft der Medizinische Dienst die Qualitätsvorgaben für bestimmte Krankenhausbehandlungen. 2023 wurden bundesweit 1.600 dieser Prüfungen in Kliniken durchgeführt. Bei mehr als jeder dritten Prüfung wurden Defizite festgestellt, hauptsächlich weil das erforderliche Fachpersonal nicht ausreichend vorhanden war. So wurde der für die Behandlung des Bauchaortenaneurysmas vorgeschriebene Anteil des eingesetzten Pflegepersonals mit einer erforderlichen speziellen Zusatzausbildung von einigen Krankenhäusern nicht erreicht. Dies ist für die dort versorgten Patientinnen und Patienten mit Risiken verbunden. *(Anm.: Das Bauchaortenaneurysma ist eine krankhafte Aufweitung der Bauchschlagader, die zu lebensbedrohlichen inneren Blutungen führen kann.)*

- Beispiel „Kooperationen“:

Für minimalinvasive Eingriffe an Herzklappen mit einem Katheter ist es notwendig, dass sowohl eine Abteilung für Kardiologie als auch eine Abteilung für Herzchirurgie vorhanden sind. Viele Kliniken erfüllen zwar diese Vorgabe. In bestimmten Fällen sind aber auch Kooperationen zugelassen, wenn ein kleineres Krankenhaus nur über eine der beiden Fachabteilungen verfügt. Das führt in der Praxis dazu, dass ein Krankenhaus mit einer Abteilung für Herzchirurgie vier oder mehr „Kooperationspartner“ haben kann.

In der Folge fehlt das Fachpersonal sowohl in der herzchirurgischen Klinik als auch bei den kleineren Kooperationspartnern, die *nebenbei* bedient werden. Tritt mehr als ein Notfall gleichzeitig auf, so können die Fachärztin oder der Facharzt nur einen Notfall versorgen. Weitere Patientinnen und Patienten können nicht adäquat versorgt werden.

Qualitätskriterien sind unerlässlich – deren Einhaltung muss überprüft werden

Anrede,

die Beispiele zeigen, dass Reformen notwendig sind. So warnte auch der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem kürzlich erschienenen Gutachten vor zunehmenden Problemen bei der Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch den Fachkräftemangel.

Einheitliche Qualitätskriterien sind unerlässlich, um den aktuellen medizinischen Standard flächendeckend zu gewährleisten – zum Nutzen der Versicherten. Und es ist auch notwendig, regelmäßig zu prüfen, ob die Qualitätsvorgaben eingehalten werden.

Dafür gibt es den Medizinischen Dienst: Unsere Prüfungen führen dazu, dass Krankenhäuser nachbessern, wenn Defizite festgestellt werden. Es kann auch sein, dass eine Klinik nach der Prüfung erkennt, dass sie für bestimmte Eingriffe nicht gut genug aufgestellt ist und diese Behandlung nicht mehr anbietet. In beiden Fällen führen die Prüfungen unmittelbar zu Verbesserungen in der Versorgung.

Qualitätsansatz der Krankenhausreform darf nicht verwässert werden

Im stationären Bereich hat die Politik den Handlungsbedarf erkannt und mit der geplanten Krankenhausreform reagiert. Die Reform verknüpft die Möglichkeit, dass Krankenhäuser bestimmte Behandlungen durchführen und abrechnen können, mit der Einhaltung von jeweils fachlich gebotenen Qualitätskriterien. Dieses Prinzip ist richtig, weil es den Qualitätsstandard sichert und für alle Beteiligten transparente und einheitliche „Spielregeln“ festlegt. Damit das auch in der Praxis funktioniert, müssen aber folgende Voraussetzungen erfüllt sein, die nicht verwässert werden dürfen:

- Die Qualitätskriterien müssen die fachlich gebotenen Anforderungen widerspiegeln. Sie dürfen nicht aus politischen Gründen „weichgespült“ werden. Damit würden vermeidbare Risiken für die Patientinnen und Patienten entstehen und das ganze System wäre unglaubwürdig.
- Die Einhaltung der Qualitätskriterien muss regelmäßig und unabhängig überprüft werden, damit sich die Versicherten und die Kostenträger überall auf die Einhaltung der Qualitätsstandards verlassen können.

Wir sehen die Gefahr, dass zu große Abstriche bei den fachlichen Anforderungen an eine Krankenhausbehandlung gemacht werden, um politische Kompromisse zu schließen.

So sehen die neuen Leistungsgruppen häufig nur vor, dass mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung vorhanden sein müssen. Hier fehlt es an Regelungen für den Fall, dass eine der zwei Ärztinnen im Urlaub und ein Arzt beispielsweise in Elternzeit ist. Was dann?

Bei der Qualität steckt der Teufel häufig im Detail. Deshalb helfen vermeintliche Lösungsformeln wie „Bürokratieabbau“ oder „Entökonomisierung“ den Versicherten nicht. Klar formulierte und eindeutig überprüfbare Kriterien sind notwendig, damit sich das Qualitätsniveau verbessert.

Deshalb müssen die Qualitätskriterien – wie es der Gesetzentwurf auch vorsieht – kontinuierlich weiterentwickelt werden. Neben der Wissenschaft, den Selbstverwaltungspartnern und den Betroffenen sollte auch der Medizinische Dienst regelhaft an der Ausgestaltung beteiligt werden. Nur so können reibungslose und aufwandsarme Qualitätsprüfungen ermöglicht werden.

Der Medizinische Dienst wird die für ihn vorgesehenen neuen Prüfaufgaben professionell, zeitgerecht und mit Augenmaß erfüllen. Wir sind die Profis für Qualitätsprüfungen in Medizin und Pflege. Wenn es um die Versorgungsqualität geht, steht der Medizinische Dienst an der Seite der Versicherten.

In diesem Sinne freuen wir uns auf viele gute Ideen und Impulse bei unserem heutigen Kongress und laden alle Akteure und die Betroffenen zu einem intensiven Austausch um die besten Lösungen ein – denn es geht um mehr als Gesundheit; es geht um den Zusammenhalt unserer Gesellschaft.

Pressekonferenz Kongress des Medizinischen Dienstes 2024

**Statement Dr. Ulf Sengebusch,
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Sachsen**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Berlin, 6. Juni 2024

Anrede,

eine hohe Versorgungsqualität und der bedarfsgerechte Zugang der Versicherten zu den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung stehen im Mittelpunkt der Arbeit des Medizinischen Dienstes. Kern unserer Arbeit ist es, allen Versicherten die Leistungen nach objektiven medizinischen Kriterien und zu gleichen Bedingungen zugutekommen zu lassen. Dabei sollten die Ressourcen der Solidargemeinschaft so eingesetzt werden, dass qualitätsgesicherte, medizinisch notwendige Leistungen gewährleistet und unnötige oder gar schädliche Leistungen vermieden werden.

Markenzeichen unserer Gutachterinnen und Gutachter ist die Unabhängigkeit. Allein das fachliche Wissen und die sozialmedizinische Beurteilung zählen bei der Begutachtung. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt der föderal organisierte Medizinische Dienst die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung in medizinischen und pflegerischen Fragen.

Das Spektrum ist breit gefächert. So beziehen sich unsere versichertenbezogenen Einzelfallgutachten zum Beispiel auf die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln, auf Reha-Leistungen oder auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Der Medizinische Dienst prüft vereinfacht gesagt, ob der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit den richtigen Mitteln behandelt wird.

Im Bereich der Pflege stellen die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Pflegebedürftigkeit fest und schlagen Maßnahmen vor, die den Erhalt der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen fördern. Die unabhängige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst stellt sicher, dass die Pflegebedürftigen Zugang zu den Leistungen erhalten, die mit Blick auf die individuelle Pflegesituation bedarfsgerecht sind.

Medizinischer Dienst stellt Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit sicher

Zu unserem Kerngeschäft gehören nicht nur die Einzelfallbegutachtungen, sondern auch verschiedene Prüfaufgaben, die das Ziel haben, die Versorgungsqualität in Medizin und Pflege sicherzustellen. Dieser Aufgabenbereich gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das

sieht man nicht zuletzt an der aktuellen Krankenhausreform: In Zukunft soll der Medizinische Dienst die Leistungsgruppen in den Krankenhäusern prüfen.

Der Medizinische Dienst hat bereits vielfältige Erfahrung mit qualitativen Prüfaufgaben in den Krankenhäusern. Hier sind vor allem die OPS-Strukturprüfungen und die Prüfung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu nennen – Beispiele dafür hat Herr Dr. Gronemeyer in seinem Statement genannt.

Bevor ich Ihnen nun die Leistungsbilanz des Medizinischen Dienstes vorstelle, möchte ich auf einen weiteren Bereich hinweisen, bei dem wir maßgeblich zu Verbesserungen in der Versorgung beitragen: Bei der sogenannten Systemberatung bringen die Expertinnen und Experten des Medizinischen Dienstes ihr Fachwissen in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ein und geben so wichtige Impulse zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Lassen Sie uns nun auf die Leistungsbilanz des Medizinischen Dienstes blicken.

Knapp 3 Millionen Stellungnahmen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Fast drei Millionen sozialmedizinische Empfehlungen gaben die Gutachterinnen und Gutachter im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ab. 482.000 Mal beantworteten sie versichertenbezogene Fragen zur Arbeitsunfähigkeit, 346.000 Mal zur Rehabilitation und 238.000 Mal zu Hilfsmitteln.

Eine weitere knappe halbe Million Empfehlungen verteilt sich auf vielfältige weitere versichertenbezogene Stellungnahmen – von der Häuslichen Krankenpflege über Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis hin zur Palliativversorgung und anderes mehr. Darüber hinaus prüfte der Medizinische Dienst über 1,4 Millionen Krankenhausabrechnungen. In Zukunft werden die Abrechnungsprüfungen durch Stichproben ersetzt werden. Stattdessen werden die Prüfungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in den Krankenhäusern erweitert: Nach dem KHVVG hat der Medizinische Dienst künftig die Leistungsgruppen zu prüfen.

Breites Spektrum sozialmedizinischer Fragen in der Einzelfallbegutachtung

Der Medizinische Dienst kann nur dann tätig werden, wenn er von der Krankenkasse beauftragt wird. Das ist in der Regel dann der Fall, wenn sozialmedizinische Fragen im individuellen Einzelfall zu klären sind. Lassen Sie mich an drei Beispielen zeigen, welche typischen Fragestellungen die Krankenkassen an den Medizinischen Dienst stellen.

Beispiel Arbeitsunfähigkeit:

Kann die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Eingliederungsmaßnahmen ermöglicht werden? Ist der Versicherte auf Zeit arbeitsunfähig oder ist dies auf Dauer der Fall?

Beispiel Hilfsmittel:

Ist das beantragte Hilfsmittel – wie zum Beispiel ein bestimmter Rollstuhl – geeignet, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern?

Beispiel Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

Erfordert die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten den Einsatz einer wissenschaftlich nicht erprobten Behandlungsmethode – wie zum Beispiel die Gabe von Cannabinoiden?

Strukturprüfungen verbessern Versorgungsqualität in den Krankenhäusern

Für die Versorgungsqualität besonders bedeutsam sind die bereits erwähnten Prüfaufgaben im Krankenhausbereich. Auch hierzu zwei Zahlen: Die Fachärztinnen und Fachärzte des Medizinischen Dienstes haben im vergangenen Jahr 13.200 Strukturprüfungen in Krankenhäusern durchgeführt. Bei 97,5 Prozent waren die Voraussetzungen für die Behandlung erfüllt – bei 2,5 Prozent jedoch nicht. Die Strukturprüfungen haben unmittelbar zu Nachbesserungen seitens der Krankenhäuser geführt. Als die Strukturprüfungen 2021 eingeführt wurden, waren bei 7,5 Prozent der Prüfungen die notwendigen Voraussetzungen nicht gegeben.

1.600 Mal hat der Medizinische Dienst Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Krankenhäusern geprüft. Hier waren die Qualitätsvorgaben für die geprüfte Leistung nur bei knapp 60 Prozent erfüllt, mehr als ein Drittel erfüllte die Anforderungen nicht. Die Prüfung der G-BA-Vorgaben ist ein neues Feld, das erst langsam in allen Bundesländern greift. Daher liegen hier die Beanstandungsquoten höher als bei den Strukturprüfungen.

Zu guter Letzt möchte ich noch auf die Entwicklungen im Bereich der Pflegebegutachtungen eingehen. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der Veränderungen durch die Pflegereform 2017 steigen die Begutachtungszahlen kontinuierlich an und liegen nun bei knapp 3 Millionen Pflegebegutachtungen.

Die steigenden Begutachtungszahlen stellen eine große Herausforderung dar, die es zu meistern gilt. Der Medizinische Dienst hat den Anspruch, die Versorgung der Pflegebedürftigen auch in Zukunft bedarfsgerecht und zeitnah sicherzustellen. Um dies gewährleisten zu können, wurden bereits verschiedene operative Maßnahmen ergriffen. Darüber hinaus sehen wir dringenden gesetzlichen Reformbedarf, um die Begutachtung zukunftsfest aufzustellen. Darauf wird Frau Engler in ihrem Statement eingehen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Pressekonferenz Kongress des Medizinischen Dienstes 2024

**Statement Carola Engler,
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Bund**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Berlin, 6. Juni 2024

Anrede,

Herr Dr. Sengebusch hat Ihnen einen Überblick über die vielfältigen Begutachtungs- und Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes gegeben. Ich möchte nun genauer auf die Pflegebegutachtungen und insbesondere auf die aktuelle Diskussion zur steigenden Zahl der Pflegebedürftigen eingehen. In der Pflegeversicherung übernimmt der Medizinische Dienst eine wichtige Rolle im Zusammenwirken mit den am Pflegeprozess beteiligten Akteuren mit dem Ziel, dass pflegebedürftige Menschen zeitnah die Leistungen erhalten, die sie brauchen. Eine wesentliche Voraussetzung dabei ist die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. Wenn Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, so sind sie in jedem Fall vom Medizinischen Dienst zu begutachten. →**Folie 12**

Im vergangenen Jahr hat der Medizinische Dienst bundesweit knapp 3 Millionen Pflegebegutachtungen durchgeführt – mit folgenden Ergebnissen:

17,1 Prozent erhielten Pflegegrad (PG) 1
30,9 Prozent PG 2
24,8 Prozent PG 3
12,6 Prozent PG 4
5,3 Prozent PG 5.

Bei rund 9 Prozent der begutachteten Versicherten lag kein Pflegegrad vor.

Der Medizinische Dienst hat den Anspruch, für die Versicherten eine hochwertige, bedarfsgerechte und zeitnahe Pflegebegutachtung sicherzustellen. Die Pflegebegutachtung ist Voraussetzung für den Leistungsbezug und damit essentiell für die Sicherstellung der Versorgung.

Bei der Begutachtung bewerten die Gutachterinnen und Gutachter die Pflegebedürftigkeit des Versicherten in allen relevanten Lebensbereichen und geben Empfehlungen ab, wie die

Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen bestmöglich erhalten werden kann: Das können beispielsweise Empfehlungen für den Einsatz eines Hilfsmittels, wie etwa ein Rollator, oder für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, wie die barrierefreie Gestaltung des Badezimmers, sein.

Bedarfsgerechter Feststellung des Pflegegrades durch unabhängige Begutachtung

Die Begutachtung erfordert ein hohes Maß an Professionalität, Kompetenz und gutachterlicher Unabhängigkeit. Die Gutachterinnen und Gutachter haben in der Begutachtung sicherzustellen, dass die Feststellung des Pflegegrades bedarfsgerecht erfolgt. Sie haben die verantwortungsvolle Aufgabe, individuell festzustellen, welcher Pflegegrad und welche Versorgung im individuellen Einzelfall sachgerecht ist.

Anrede,

aufgrund der demografischen Entwicklung und der Leistungsverbesserungen durch die Pflegereform 2017 und der damit verbundenen Umstellung von 3 Pflegestufen auf 5 Pflegegrade ist die Anzahl der Pflegebegutachtungen erheblich gestiegen. Pflegebedürftigen Menschen werden öfter begutachtet als früher: Im Zeitablauf verändert sich die Pflegebedürftigkeit, wodurch Höherstufungen also zum Beispiel von Pflegegrad 3 auf Pflegegrad 4 erforderlich werden. →**Folie 13**

Die Anzahl der Begutachtungen steigt kontinuierlich an. Das ist spätestens seit der Debatte um das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz bekannt und hat uns nicht überrascht, sondern vielmehr unsere Einschätzung zur Entwicklung der Zahlen bestätigt.

Vor diesem Hintergrund hat der Medizinische Dienst im vergangenen Jahr vehement gefordert, die telefonische Pflegebegutachtung als weiteres Begutachtungsformat in bestimmten Fällen regelhaft einzuführen. Insofern wundere ich mich ein wenig – und da bin ich wohl nicht die Einzige – über die Äußerung von Bundesgesundheitsminister Lauterbach, dass der jetzt festgestellte erhebliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nicht zu erwarten gewesen ist.

70 Prozent mehr Pflegebegutachtungen seit 2016

Der Medizinische Dienst stellt seit Jahren einen Anstieg der Pflegebegutachtungen fest. Dies gilt nicht nur für Erstbegutachtungen, sondern ganz besonders auch für die Höherstufungsbegutachtungen. Insgesamt ist die Anzahl der Begutachtungen seit 2016 von 1,67 Millionen auf 2,89 Millionen im Jahr 2023 gestiegen. Das entspricht einem Anstieg von 70 Prozent.

Es ist daher dringend erforderlich, die Pflegebegutachtung an die sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen und zukunftsfest auszugestalten. Das steigende Begutachtungsvolumen wird nicht ausschließlich durch Effizienzsteigerungen in den Prozessen oder durch die Aufstockung von Personal zu kompensieren sein. Das wissen wir bereits heute.

Es greift zu kurz, wenn wir das Begutachtungssystem und seine Weiterentwicklung sich selbst überlassen. Die Politik muss entsprechende Rahmenbedingungen schaffen. Dies ist trotz unserer Forderungen bisher nur unzureichend geschehen.

Wir setzen auf die Modernisierung und Flexibilisierung der Pflegebegutachtung. Der Hausbesuch mit direktem Versichertenkontakt ist in der Erstbegutachtung weiterhin unverzichtbar.

Pflegebegutachtung modernisieren und weiterentwickeln, Beratungskompetenz nutzen

Ortsungebundene Begutachtungsformate wie Telefon- und Videobegutachtungen sollten jedoch viel breiter eingesetzt werden können, als dies bisher der Fall ist. Es ist zudem zu prüfen, ob und wie Künstliche Intelligenz eingesetzt werden kann.

Wir haben einige Projekte aufgesetzt, um Potenziale für die Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung zu heben:

1. Projekt zur Untersuchung der videobasierten Pflegebegutachtung (Start April 2024). Die Studie soll Potenziale und Einsatzmöglichkeiten der videobasierten Pflegebegutachtung vor allem im ambulanten Bereich untersuchen.
2. In einem Gutachten wird geprüft, wie Künstliche Intelligenz (KI) in der Pflegebegutachtung eingesetzt werden kann. Hierbei wird untersucht, in welchen Bereichen des Gesundheits- und Pflegesystems KI bereits genutzt wird und welche Anforderungen sich daraus für die Nutzung in der Pflegebegutachtung ergeben.
3. In einer Evaluation werden die bisherigen Erfahrungen mit dem Telefoninterview und der Videotelefonie ausgewertet.
4. Und wir haben ein Forschungsprojekt zur pflegfachlichen Kompetenzerweiterung bei der Reha-Indikationsstellung aufgesetzt. Hierbei wird untersucht, inwieweit die Pflegegutachterinnen und -gutachter in ihrer Kompetenz so gestärkt werden können, dass sie bei der Pflegebegutachtung weitere Aufgaben übernehmen können.

Alle diese Projekte haben das Ziel, die Versicherten auch in Zukunft bedarfsgerecht und zeitnah begutachten zu können. Sie müssen auf einen schnellen und sachgerechten Leistungszugang vertrauen können. Und wir möchten unsere pflegfachliche Kompetenz weiterentwickeln, damit sie in Zukunft noch umfassender dazu beitragen kann, Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Selbstständigkeit zu empfehlen.

Darüber hinaus sind auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Pflegebegutachtung anzupassen. Die bisherigen Regeln sind sehr restriktiv und ermöglichen nur in Ausnahmefällen die Begutachtung per Telefon, Video oder nach vorliegenden Informationen. Unsere Erfahrungen zeigen aber, dass diese Formate sehr viel breiter einsetzbar wären.

Die Pflegegutachterinnen und -gutachter sollten fallbezogen und damit stets fachlich angemessen über die Art der Begutachtung entscheiden. Dies würde wesentlich dazu beitragen, die Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes zielgerichtet und wirkungsvoll einsetzen zu können und sie in ihren Kompetenzen zu stärken.

Aber um es auch ganz klar zu sagen: Einer Übertragung der Pflegebegutachtung auf Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen erteilen wir eine klare Absage. Eine solche Aufgabenübertragung, wie sie in den Eckpunkten zum Pflegekompetenzgesetz vorgeschlagen wird, ist völlig kontraproduktiv. Dies würde zu einer Vermischung von Interessen führen: Denn die Einrichtungen haben per se ein Interesse an hohen Pflegegraden, weil diese dazu beitragen, die Kosten in den Heimen zu decken. Die bedarfsgerechte Allokation von Leistungen wäre dann nicht mehr sichergestellt.

Begutachtung muss interessensneutral und unabhängig sein

Durch eine Übertragung der Begutachtungsaufgaben auf die Pflegekräfte in den Heimen und ambulanten Diensten entstehen auch keine freien Ressourcen für die Pflege am Bett. Denn es würde ja eine zusätzliche und neue Aufgabe für die Pflegekräfte bedeuten. Die damit betrauten Pflegekräfte würden dann bei der unmittelbaren Pflege fehlen. Eine Entlastung durch die Übertragung neuer Aufgaben wird nicht möglich sein. Zudem würde die aus unserer Sicht schützenswerte Beziehung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zu den professionellen Pflegekräften belastet, weil monetäre Erwägungen eine stärkere Rolle spielen könnten.

Fazit:

Der Medizinische Dienst hat den Anspruch, den bedarfsgerechten und schnellen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung für die Versicherten auch in Zukunft sicherzustellen. Der Medizinische Dienst versteht sich als Partner an der Seite der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen.

Wir stellen einen steigenden Bedarf der Versicherten an unabhängiger Beratung fest, der auch in Anspruch genommen wird. Bei der Pflegebegutachtung geben die Gutachterinnen und Gutachter bereits heute Empfehlungen ab, die dazu beitragen, die Selbstständigkeit der Versicherten zu fördern und zu erhalten. Wir stellen fest, dass die Versicherten auch darüber hinaus einen großen Bedarf an Beratung während der Begutachtung haben. Die hohe Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter sollte stärker genutzt werden, um diesen Beratungsbedarf zu erfüllen. Dies wäre im Bereich der Reha-Empfehlungen durchaus denkbar.

Die Pflegebegutachtung muss weiterentwickelt und modernisiert werden. Daran arbeiten die Medizinischen Dienste mit Hochdruck. Der bedarfsgerechte Zugang der Versicherten zu den Leistungen der Pflegeversicherung kann nur durch die unabhängige und interessensfreie Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes gewährleistet werden.

Fragen und Antworten zu Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes in Medizin und Pflege

Prüffeld: OPS-Strukturprüfungen für Krankenhäuser

Was sind OPS-Strukturprüfungen?

Krankenhäuser dürfen bestimmte Operationen und Behandlungen nur dann anbieten und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, wenn sie nachweisen können, dass sie die dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen erfüllen. Welche Behandlungen das betrifft und welche organisatorischen, technischen und personellen Anforderungen Krankenhäuser hierfür erfüllen müssen, legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich im Katalog des **Operationen- und Prozeduren-Schlüssels** (OPS-Katalog) fest. Der Medizinische Dienst prüft seit 2021, ob ein Krankenhaus diese strukturellen Voraussetzungen erfüllt. Da Behandlungsleistungen im OPS-Katalog als sogenannte OPS-Kodes gelistet sind und sich die Prüfung auf strukturelle Merkmale der Krankenhäuser bezieht, spricht man bei den Prüfungen von *OPS-Strukturprüfungen*.

Welche Krankenhausleistungen werden in OPS-Strukturprüfungen geprüft?

OPS-Strukturprüfungen sind derzeit für 54 Krankenhausbehandlungen (OPS-Kodes) vorgesehen. Dabei handelt es sich um besonders schwierige und komplexe Operationen und Behandlungen in hochspezialisierten Bereichen. In diesen werden in der Regel besonders gefährdete Patientinnen und Patienten versorgt. Zu den Behandlungen zählen beispielsweise intensivmedizinische und neurologische Komplexbehandlungen bei Herzinfarkten oder Schlaganfällen, ebenso Komplexbehandlungen von Patientinnen und Patienten mit multiresistenten oder isolationspflichtigen Erregern, aber auch anspruchsvolle psychiatrische und psychosomatische Behandlungen etwa für Kinder und Jugendliche sowie multimodale Komplexbehandlungen für Menschen mit Rheuma oder Diabetes mellitus. Multimodal bedeutet, dass ein Team aus unterschiedlichen Fachleuten an der Behandlung beteiligt ist.

Wie funktioniert das Antrags- und Prüfverfahren?

Den Antrag für eine OPS-Strukturprüfung stellen Krankenhäuser bei dem für sie zuständigen Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst prüft, ob das Krankenhaus die organisatorischen, technischen und personellen Voraussetzungen erfüllt, um die von ihm vorgesehene Leistung anbieten und abrechnen zu können. Fragestellungen sind dabei unter anderem, ob ausreichend qualifiziertes Personal für eine Behandlung – bei Bedarf auch rund um die Uhr

und an allen Tagen im Jahr – zur Verfügung steht oder ob entsprechende Räumlichkeiten vorhanden sind, um beispielsweise infizierte Patientinnen und Patienten zu isolieren. Strukturprüfungen liefern im Ergebnis Hinweise auf die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern.

Nach erfolgreicher Prüfung bescheinigt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus, dass es die geforderten technischen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen erfüllt, um die beantragte Leistung im Folgejahr erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Je nachdem, um welche Leistung es geht, gilt die Bescheinigung des Medizinischen Dienstes für ein oder zwei Jahre.

Grundlage für die OPS-Strukturprüfungen ist die Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL)“, die vom Medizinischen Dienst Bund erlassen wird. Die Richtlinie legt das Prüfverfahren fest und konkretisiert auf Basis der Anforderungen im OPS-Katalog zum Beispiel, welche Unterlagen von den Krankenhäusern als Nachweis vorgelegt werden müssen. Die Richtlinie wird jedes Jahr an Änderungen im OPS-Katalog angepasst. Betroffene Verbände haben Gelegenheit, zu der Richtlinie Stellung zu nehmen. Bevor die jeweilige Fassung der Richtlinie in Kraft treten kann, ist sie vom Bundesgesundheitsministerium zu genehmigen.

Zu welchen Leistungen stellen Krankenhäuser die meisten Prüfanträge?

Im Jahr 2023 hat der Medizinische Dienst insgesamt 13.200 Anträge von Krankenhäusern für OPS-Strukturprüfungen bearbeitet. Diese bezogen sich auf alle 54 Behandlungen, zu denen OPS-Strukturprüfungen vorgesehen sind. Die drei am häufigsten beantragten Strukturprüfungen betrafen die folgenden Behandlungen (OPS-Kodes):

- 8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:
Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (1.252 Anträge)
- 8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]:
Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (1.237 Anträge)
- 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (1.103 Anträge)

Fast die Hälfte aller Prüfungen betraf intensivmedizinische und neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlungen sowie Komplexbehandlungen für Patientinnen und Patienten mit multiresistenten oder isolationspflichtigen Erregern. Allein vier Behandlungsleistungen aus diesen Bereichen machten bereits ein Drittel aller Prüfungen aus.

Welche Ergebnisse liefern die OPS-Strukturprüfungen?

Im Ergebnis aller OPS-Strukturprüfungen im Jahr 2023 erfüllten Krankenhäuser in vielen (97,5 Prozent), aber nicht allen Fällen die geforderte Qualität, um die vorgesehene Behandlungsleistung anbieten und mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Bei 2,5 Prozent aller Prüfungen stellte der Medizinische Dienst fest, dass die geforderten Voraussetzungen nicht vorlagen. Besonders häufig betraf dies Leistungen für die Versorgung von Menschen mit einem akuten Schlaganfall. Ein Beispiel: Von 233 Krankenhäusern, die einen Antrag auf die Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung auf einer Stroke-Unit, die keine (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien (*Entfernung von Blutgerinnseln*) und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Kode 8-981.2) vorhält. Von den geprüften Krankenhäusern konnten 12,9 Prozent die dafür notwendigen Voraussetzungen nicht erfüllen.

Organisation, Technik, Personal – in welchen Bereichen liegen strukturelle Defizite?

Anträge, bei denen der Medizinische Dienst dem Krankenhaus das Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen nicht bescheinigen konnte, scheiterten meistens an fehlenden personellen Voraussetzungen – nicht an der Technik. Entweder fehlte das für eine Behandlung erforderliche Fachpersonal oder es stand bei Bedarf nicht rund um die Uhr zur Verfügung. Oder es konnten erforderliche Zusatzqualifikationen oder praktische Erfahrungen nicht nachgewiesen werden. Letzteres betrifft vor allem Leistungen der neurologischen Frührehabilitation, die zum Beispiel für Schlaganfallpatienten besonders wichtig sind.

Prüffeld: Kontrolle der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für Krankenhäuser

Worum geht es bei der Kontrolle von Qualitätsvorgaben für Krankenhäuser?

Seit 2021 prüft der Medizinische Dienst auf Basis einer speziellen Prüfrichtlinie, ob Krankenhäuser die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Qualitätsvorgaben einhalten. Diese Prüfungen können von den Krankenkassen beauftragt werden und betreffen komplizierte Behandlungen, die einen verbindlichen Qualitätsstandard an die Versorgung voraussetzen, wie zum Beispiel die Behandlung von Früh- und Reifgeborenen, die Kinderherzchirurgie, die Kinderonkologie, minimalinvasive Herzklappeneingriffe und die Versorgung eines hüftgelenknahen Oberschenkelbruchs.

Was sind die Grundlagen für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern?

Grundlage für die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V. Diese sieht stichprobenartige und anlassbezogene Prüfungen vor. In der Regel werden die Qualitätskontrollen vor Ort in den Krankenhäusern durchgeführt. Zu prüfen sind unter anderem die örtlichen Gegebenheiten in einem Krankenhaus, die technische Ausstattung und personelle Qualifikationen.

Was hat der Medizinische Dienst bei Qualitätskontrollen in Krankenhäusern festgestellt?

Im Jahr 2023 hat der Medizinische Dienst 1.600 Qualitätskontrollen durchgeführt, um zu prüfen, ob ein Krankenhaus die Qualitätsvorgaben des G-BA für bestimmte Behandlungen einhält. In 59,2 Prozent der Fälle waren die Anforderungen an die Qualität erfüllt, in 35,4 Prozent nicht. In weiteren 5,4 Prozent der Fälle war keine Beurteilung möglich.

Bei mehr als einem Drittel der Prüfungen wurden Defizite festgestellt, weil das erforderliche Fachpersonal nicht oder nur unzureichend vorhanden war. Dies betrifft zum Beispiel die Operation eines Bauchaortenaneurysmas. Dabei handelt es sich um eine krankhafte Ausweitung der Bauchschlagader. Mit zunehmender Größe steigt die Gefahr, dass die Schlagader platzt. Dann muss sofort notoperiert werden. Um dies zu verhindern, werden Aneurysmen ab einer bestimmten Größe mit einer geplanten Operation behandelt. Wenn ein Krankenhaus diese Operation anbieten möchte, ist nach den Vorgaben des G-BA sicherzustellen, dass die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes auf der Intensivstation eine Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie abgeschlossen haben. Bei den Prüfungen hat der Medizinische Dienst jedoch festgestellt, dass dies in einigen Krankenhäusern nicht der Fall ist.

Ein anderes Beispiel sind minimalinvasive Herzklappeninterventionen. Entsprechend der G-BA-Richtlinie sollten Clipverfahren an der Mitralklappe nur in Krankenhäusern durchgeführt werden, die über die Fachabteilungen *Herzchirurgie* sowie *Innere Medizin und Kardiologie* verfügen. Kleinere Kliniken, die diese (sehr teure) Leistung ebenfalls anbieten, haben aber gar keine *Herzchirurgie* vor Ort und kooperieren deshalb mit großen Krankenhäusern. Dies hat zur Folge, dass dann das Fachpersonal auch an den großen Kliniken fehlen kann, weil die kleinen Häuser mitversorgt werden müssen. Tritt mehr als ein Notfall auf, kann der Facharzt nur einen Notfall versorgen. Weitere betroffene Patientinnen und Patienten könnten dann nicht adäquat versorgt werden. Die Beispiele zeigen: Das Einhalten von Qualitätsvorgaben trägt grundlegend zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung bei.

Was passiert, wenn Krankenhäuser die Qualitätsvorgaben des G-BA nicht einhalten?

Werden Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht eingehalten, so greift – je nach Art und Schwere der Verstöße – ein gestuftes System. Grundsätze hierzu sind in einer Richtlinie des G-BA geregelt. Vorgesehen sind unterstützende Maßnahmen wie Zielvereinbarungen und Empfehlungen. In bestimmten Fällen können aber auch Vergütungsabschlüsse in Frage kommen.

Wer erhält die Prüfergebnisse?

Der Medizinische Dienst erstellt über die Prüfung einen Kontrollbericht. Diesen erhalten die beauftragende Stelle und das geprüfte Krankenhaus. Der Medizinische Dienst Bund hat dem G-BA jährlich in zusammenfassender Form über den Umfang und die Ergebnisse der Qualitätskontrollen zu berichten. Der G-BA entscheidet über eine mögliche Veröffentlichung des Berichts. Die Berichte für die Jahre 2021 und 2022 hat der G-BA auf seiner Homepage veröffentlicht. Der Bericht für das Jahr 2023 wird derzeit erstellt.

Prüffeld: Prüfung von Krankenhausabrechnungen

Worum geht es bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen?

In deutschen Krankenhäusern werden jährlich Millionen Patientinnen und Patienten behandelt. Im Jahr 2022 waren dies in 16,3 Millionen Fällen gesetzlich Krankenversicherte. Bestehen aus Sicht der Krankenkassen Auffälligkeiten in der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung, so ist die Krankenkasse verpflichtet, die Abrechnung durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen.

Auffällig kann eine außergewöhnlich lange Behandlungsdauer sein. Wichtige Aspekte für die Beurteilung der Abrechnungen sind: War die stationäre Behandlung erforderlich? War die

Dauer der Krankenhausbehandlung erforderlich? Wurden die Diagnosen, Operationen und diagnostische sowie therapeutische Maßnahmen korrekt kodiert? Die Abrechnungsprüfungen sind ausschließlich auf den Einzelfall bezogen. Sie finden im Auftrag der Krankenkassen statt, *nachdem* Versicherte behandelt worden sind.

Was hat der Medizinische Dienst bei den Prüfungen von Krankenhausabrechnungen festgestellt?

Mehr als 1,4 Millionen Abrechnungen haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2023 bundesweit geprüft. Mehr als die Hälfte (51,5 Prozent) der Abrechnungen wurden beanstandet.

Wie hat sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren entwickelt?

Mit dem 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurde das System der Krankenhausabrechnungsprüfungen umfassend reformiert. Um die bis dahin kontinuierlich gestiegene Zahl an Einzelfallabrechnungsprüfungen zu reduzieren (Vor-Corona-Niveau 2019: 3 Millionen) wurden ergebnisabhängige Prüfquoten eingeführt: Je weniger Abrechnungen eines Krankenhauses zu beanstanden sind, desto geringer ist die Prüfquote in diesem Krankenhaus.

Die Beanstandungsquote des Medizinischen Dienstes hat sich seit der Einführung der Prüfquoten kaum verändert. Dies deutet darauf hin, dass die gewünschte nachhaltige Verbesserung der Abrechnungsqualität bisher ausgeblieben ist.

Welche Änderungen sind für Prüfungen von Krankenhausabrechnungen zu erwarten?

Aktuell liegt der Kabinettsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vor. Dieser sieht für Krankenhausabrechnungsprüfungen einen Wechsel vom jetzigen System mit Prüfquoten hin zu einem Stichprobensystem vor.

Prüffeld: Qualitätsprüfungen in der stationären und ambulanten Pflege

Worum geht es bei Pflege-Qualitätsprüfungen?

Der Medizinische Dienst prüft in der Regel einmal im Jahr die Versorgungsqualität in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Darüber hinaus können die Landesverbände der Pflegekassen anlassbezogene Prüfungen beauftragen, wenn Beschwerden von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Mitarbeitenden einer Pflegeeinrichtung eingehen.

Wie viele Qualitätsprüfungen haben die Medizinischen Dienste in Pflegeeinrichtungen durchgeführt?

Im Jahr 2023 haben die Medizinischen Dienste insgesamt 21.900 Pflege-Qualitätsprüfungen durchgeführt, davon 7.900 in Pflegeheimen, 9.900 bei ambulanten Pflegediensten und 4.100 in Einrichtungen der Tagespflege. Weitergehende Ergebnisdaten werden zurzeit ausgewertet und Anfang 2025 im 8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht.

Wie prüft der Medizinische Dienst die Versorgungsqualität in Pflegeheimen?

Die Qualität der Pflege in Pflegeheimen prüfen die Qualitätsprüferinnen und -prüfer des Medizinischen Dienstes anhand einer Stichprobe von neun Bewohnerinnen und Bewohnern. Hierfür werden die Bewohner besucht. Dabei finden eine Inaugenscheinnahme und ein persönliches Gespräch statt. Wichtige Informationen liefert auch das Fachgespräch mit den Mitarbeitenden des Pflegeheims.

Im Fokus der Qualitätsprüfung steht die Versorgungsqualität: Wie gut wird der pflegebedürftige Mensch bei der Mobilität und Selbstversorgung unterstützt (Essen, Trinken, Waschen, Toilettengang usw.)? Wie gut werden die Pflegebedürftigen vor Stürzen oder Wundliegen geschützt? Wie unterstützt das Heim sie bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, zum Beispiel bei Medikamentengaben und im Umgang mit Schmerzen? Hilft die Einrichtung den Bewohnerinnen und Bewohnern bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte, unterstützt sie zum Beispiel bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation? Wie sieht die Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen aus, etwa im Hinblick auf die Unterstützung von Menschen mit Demenz bei herausforderndem Verhalten?

Zudem prüft der Medizinische Dienst bei sechs dieser neun Pflegebedürftigen, ob die Qualitätsdaten, die die Einrichtung für die gesetzlich vorgeschriebene interne Qualitätssicherung selbst ermittelt hat, plausibel sind: Passt das Gesamtbild, das sich der Medizinische Dienst

gemacht hat, zu den Daten, die das Pflegeheim erhoben und an eine zentrale Datenauswertungsstelle gemeldet hat? Sind zum Beispiel die Angaben des Pflegeheims zur Entwicklung der Selbstständigkeit und Mobilität der Pflegebedürftigen nachvollziehbar?

Ein wichtiger Baustein der Qualitätsprüfung ist die Beratung des Pflegeheims. Dabei gibt der Medizinische Dienst sowohl den Pflegekräften in den Wohnbereichen als auch der Einrichtungsleitung Empfehlungen für die Verbesserung der Pflegequalität.

Was passiert mit den Prüfergebnissen zur stationären Pflege?

Im Anschluss an die Qualitätsprüfung erstellt der Medizinische Dienst einen Bericht mit den Prüfergebnissen für die Pflegekassen und das Pflegeheim. Die Pflegekassen haben die Aufgabe, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet zu veröffentlichen. Dafür haben die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene eine Daten-Clearing-Stelle (DCS) eingerichtet, die die Prüfergebnisse und weitere Daten zu jeder Einrichtung für die Informationsplattformen der Pflegekassen aufbereitet.

Wie prüft der Medizinische Dienst die Versorgungsqualität bei ambulanten Pflegediensten?

Die Prüfung der Qualität von ambulanten Pflegediensten bezieht sich in der Regel auf die Qualität der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, der Hilfen bei der Haushaltsführung und gegebenenfalls der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (z.B. die *spezielle Krankenbeobachtung*). Zudem wird geprüft, ob die Anforderungen an Hygiene und Infektionsschutz eingehalten werden. Die Qualitätsprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.

Der Medizinische Dienst prüft die Versorgungsqualität von acht zufällig ausgewählten Personen, die vom ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Dabei sollte mindestens eine Person einbezogen sein, die aufwändigere Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhält.

Der Medizinische Dienst besucht die Personen in ihrer häuslichen Umgebung und nimmt deren gesundheitlichen und pflegerischen Zustand in Augenschein. Die Betroffenen selbst und ggf. ihre Angehörigen und Betreuenden sowie die Mitarbeitenden des Pflegedienstes werden befragt. Zudem werden die jeweilige Pflegedokumentation und abrechnungsrelevante Unterlagen des Pflegedienstes ausgewertet.

Was passiert mit den Prüfergebnissen zur ambulanten Pflege?

Im Anschluss an die Qualitätsprüfung erstellt der Medizinische Dienst einen Bericht mit den Prüfergebnissen für die Pflegekassen und den ambulanten Pflegedienst. Anhand der Prüfergebnisse erstellen die Pflegekassen für jeden ambulanten Pflegedienst einen sogenannten Transparenzbericht und veröffentlichen diesen im Internet. Anders als in der stationären Pflege gilt für ambulante Pflegedienste noch die seit 2009 bestehende Bewertung anhand von Pflegenoten zwischen „sehr gut“ und „mangelhaft“. Der Transparenzbericht enthält eine Gesamtnote für den Pflegedienst, Noten für verschiedene Pflegebereiche sowie die Ergebnisse einzelner Prüfkriterien.

Mit dem System der Pflegenoten sind bestehende Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegeeinrichtungen für Verbraucherinnen und Verbraucher nur schwer zu erkennen. Deshalb wurde im Jahr 2019 für die stationäre Pflege ein neues Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung eingeführt. Zurzeit arbeiten die zuständigen Stellen mit pflegewissenschaftlicher Unterstützung an einem vergleichbaren System für die ambulante Pflege.

Welche Folgen haben Qualitätsmängel für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste?

Stellt der Medizinische Dienst bei seinen Pflege-Qualitätsprüfungen Mängel fest, empfehlen die Qualitätsprüferinnen und -prüfer konkrete Maßnahmen, um die Defizite zu beseitigen. Die zuständige Pflegekasse kann dann Auflagen erteilen, eine Wiederholungsprüfung durch den Medizinischen Dienst veranlassen, die Vergütung mindern oder sogar den Versorgungsvertrag mit der Pflegeeinrichtung kündigen.

Wo finden Verbraucherinnen und Verbraucher die Informationen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen?

Die Pflegekassen veröffentlichen die Informationen über die Qualität von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten im Internet auf kassenartenspezifischen Plattformen:

- [AOK: Pflegenavigator](#)
- [Betriebskrankenkassen: Pflegefinder:](#)
- [Sozialversicherung Landwirtschaft/Forsten/Gartenbau: Pflegelotse](#)
- [Verband der Ersatzkassen: Pflegelotse](#)

Stand: Juni 2024