



Bericht

an den Haushaltsausschuss
des Deutschen Bundestages

nach § 88 Abs. 2 BHO

über den
Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Abs. 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 (IX 4) – 2015 – 1047

Potsdam, 1. Juni 2017

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	4
1	Anlass für die Berichterstattung	6
2	Tätigkeitsfelder des Medizinischen Dienstes	7
3	Aufgabenerledigung des Medizinischen Dienstes	8
3.1	Rechtlicher Rahmen	8
3.1.1	Gesetzliche Krankenversicherung	8
3.1.2	Soziale Pflegeversicherung	9
3.2	Zuwachs an Aufgaben	10
3.2.1	Gesetzliche Krankenversicherung	10
3.2.2	Soziale Pflegeversicherung	12
3.3	Merkmale der derzeitigen Belastungssituation	14
3.3.1	Gesetzliche Krankenversicherung	14
3.3.2	Soziale Pflegeversicherung	15
3.4	Gutachterliche Kapazitäten und Mehrarbeit	16
3.5	Künftige Aufgaben	18
3.5.1	Gesetzliche Krankenversicherung	18
3.5.2	Soziale Pflegeversicherung	19
3.6	Würdigung und Empfehlung	20
3.6.1	Gesetzliche Krankenversicherung	20
3.6.2	Soziale Pflegeversicherung	21
3.7	Stellungnahme des BMG	22
3.8	Abschließende Würdigung	22
4	Einsatz von Gutachterinnen und Gutachtern	23
4.1	Inanspruchnahme eigener Gutachterinnen und Gutachter	23
4.2	Inanspruchnahme externer Gutachterinnen und Gutachter	24
4.3	Würdigung und Empfehlung	27

4.4	Stellungnahme des BMG	28
4.5	Abschließende Würdigung	29
5	Finanzierung der Medizinischen Dienste	30
5.1	Rechtlicher Rahmen	30
5.2	Steigende Ausgaben	31
5.3	Würdigung und Empfehlung	33
5.4	Stellungnahme des BMG	34
5.5	Abschließende Würdigung	34
6	Abschließende Bewertung und Empfehlung	34

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) geprüft. Er stellte hierbei im Wesentlichen abschließend fest:

- 0.1 Die Mehrzahl der Medizinischen Dienste hatte keine ausreichenden personellen Kapazitäten, alle Anfragen der Kranken- und Pflegekassen nach medizinischen Gutachten mit eigenem Personal zu erledigen. Mindestens seit dem Jahr 2009 musste Mehrarbeit intensiv und wiederkehrend genutzt werden. Dies entlastet die Medizinischen Dienste zwar kurzfristig, ist aber keine Dauerlösung bei strukturellen Defiziten in der personellen Ausstattung. Der Bundesrechnungshof hatte dies bereits in den Jahren 2013 und 2014 gegenüber den Medizinischen Diensten und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet. Kranken- und Pflegekassen, die die Verantwortung für die Finanzierung des Medizinischen Dienstes haben, sind aufgefordert, eine angemessene Personalausstattung sicherzustellen. Das BMG sollte entsprechend darauf hinwirken (Tz. 3.8).
- 0.2 Im Bereich Krankenversicherung hat sich das Arbeitsaufkommen des Medizinischen Dienstes vor allem durch die Prüfung von Krankenhausabrechnungen erhöht. Im Bereich Pflegeversicherung geht der Anstieg des Arbeitsaufkommens vor allem auf die Vielzahl gesetzgeberischer Maßnahmen und die fortschreitende demographische Entwicklung zurück. Es ist zu erwarten, dass das Arbeitsaufkommen in diesem Bereich künftig weiter steigen wird, vor allem in der Pflege-Einzelfallbegutachtung. Die Medizinischen Dienste müssen ihre Personalressourcen auf diese Entwicklung einstellen. Das BMG ist aufgefordert, entsprechende Maßnahmen einzuleiten (Tz. 3.8).
- 0.3 Medizinische Dienste beauftragten in zunehmendem Maße externe Gutachterinnen und Gutachter, um ihre Aufgaben vollständig erledigen zu können. In der Pflege-Einzelfallbegutachtung übernahmen bei fünf Medizinischen Diensten Externe über ein Drittel aller zu erstellenden Gutachten. Bei Beauftragung privater Begutachtungsunternehmen mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen konnte mitunter nicht nachvollzogen werden, welche Personen als Gutachterinnen und Gut-

achter auftraten. Etwaigen Interessenkonflikten dieser Personen konnten die Medizinischen Dienste nicht nachgehen. Dies kann eine unabhängige Begutachtung gefährden. Das BMG ist aufgefordert, dem entgegenzusteuern (Tz. 4.5).

- 0.4 Medizinische Dienste waren in vielen Fällen für die von ihnen zu bewältigenden Aufgaben nicht hinreichend finanziert. Mitunter waren sie gehalten, im laufenden Haushaltsjahr außerplanmäßige Ausgaben zu beantragen oder Kredite aufzunehmen, was unzulässig ist. Das BMG sollte Maßnahmen ergreifen, die eine auskömmliche Finanzierung der Medizinischen Dienste sicherstellen (Tz. 5.5).

1 Anlass für die Berichterstattung

Der Bundesrechnungshof hatte im Jahr 2012 bei allen 15 Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)¹ den Umfang und die Gründe für die von eigenen Gutachterinnen und Gutachtern² geleistete Mehrarbeit untersucht. Er hatte festgestellt, dass Medizinische Dienste oft nur mit Mehrarbeit in der Lage waren, ihre Aufgaben vollständig wahrzunehmen.³ In dieser Situation griffen Medizinische Dienste auch auf externe Gutachterinnen und Gutachter zurück. Ein Auslöser für die angespannte Arbeitssituation war die zum Teil unzureichende Personalausstattung in Medizinischen Diensten.

Der Bundesrechnungshof hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den GKV-Spitzenverband⁴ in einer Prüfungsmitteilung über seine Feststellungen unterrichtet. Das BMG hatte zugesagt, gegenüber den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder darauf hinzuwirken, dass

- Medizinische Dienste geeignete Maßnahmen treffen, um nachteilige Auswirkungen, insbesondere auf die Qualität ihrer Arbeit, zu vermeiden,
- begründeter Personalmehrbedarf von Medizinischen Diensten rechtzeitig gedeckt und auch ihr künftiger Bedarf im Auge behalten wird sowie
- externe Gutachterinnen und Gutachter nur zur Abfederung von vorübergehenden Auftragsspitzen eingesetzt werden.

In den Jahren 2015 und 2016 hat der Bundesrechnungshof die Umsetzung der vom BMG zugesagten Maßnahmen überprüft. Er hat dazu bei allen Medizinischen Diensten erhoben und über seine Feststellungen dem BMG am 15. Februar 2017 erneut berichtet. Zu den vorläufigen Feststellungen und Wertungen des Bundesrechnungshofes nahm das BMG am 13. April 2017 Stellung. Der Bericht umfasst die Stellungnahme und die daran anknüpfenden Wertungen des Bundesrechnungshofes. Um dafür Sorge zu tragen, dass seine Empfehlungen Berücksichtigung finden, wird der Bundesrechnungshof deren Umsetzung

¹ Als Medizinischen Dienst bezeichnet der Bundesrechnungshof die Gesamtheit aller Medizinischen Dienste. Die Medizinischen Dienste bezeichnen die Arbeitsgemeinschaften in den einzelnen Bundesländern.

² Als Gutachterinnen und Gutachter wurden vor allem Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte eingesetzt.

³ Prüfungszeitraum: Jahre 2009 bis 2011.

⁴ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a SGB V. Gemäß § 53 SGB XI nimmt er ebenfalls die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr.

weiterhin beobachten. Mit Blick auf die Tragweite seiner Feststellungen und einer nicht erkennbaren Verbesserung gegenüber der vorherigen Prüfung im Jahr 2012 hat der Bundesrechnungshof entschieden, den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages gemäß § 88 Absatz 2 der Bundeshaushaltsordnung über die wesentlichen Ergebnisse seiner Prüfung zu unterrichten.

2 Tätigkeitsfelder des Medizinischen Dienstes

Auf Ebene der Länder gibt es 15 Medizinische Dienste.⁵ Sie gehören als Medizinischer Dienst der Krankenversicherung zum Sozialversicherungszweig Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Daneben besteht der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Dieser koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten in medizinischen und organisatorischen Fragen.⁶

Der Medizinische Dienst beurteilt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung aus medizinischer und pflegerischer Sicht.⁷ Er greift dabei nicht in die ärztliche Behandlung oder die pflegerische Versorgung ein. Seine Gutachten bilden die Grundlage für die jeweils anstehende Leistungsentscheidung der Kranken- bzw. Pflegekasse und sollen das beitragsfinanzierte Gesundheits- und Pflegesystem vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme bzw. Leistungsausbeute schützen. Versicherte sollen unterstützt werden, Ansprüche auf medizinisch notwendige Leistungen durchzusetzen.⁸

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes in der Pflegebegutachtung werden durch Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.⁹ Die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Diese Unabhängigkeit ist gesetzlich garantiert.¹⁰ Sie ermöglicht es den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern des Medizini-

⁵ Baden-Württemberg, Bayern, Berlin-Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nord, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland, Thüringen und Westfalen-Lippe.

⁶ § 282 Absatz 2 SGB V.

⁷ § 275 Absatz 1 SGB V, § 18 Absatz 1 SGB XI.

⁸ Strack in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 275 SGB V.

⁹ § 18 Absatz 7 SGB XI.

¹⁰ § 275 Absatz 5 SGB V.

schen Dienstes, unbeeinflusst von Geschäftsinteressen der Leistungserbringer oder gegebenenfalls wettbewerbsgetriebenen Interessen von Krankenkassen, tätig zu sein. Im Preis- und Vertragswettbewerb mit anderen Krankenkassen – etwa in der Hilfsmittelversorgung – sind Krankenkassen bestrebt, Versorgung zu möglichst niedrigen Preisen zu sichern. Dies kann sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirken.¹¹ Um eine ordnungsgemäße Versorgungsqualität sicherzustellen, kann der Medizinische Dienst die Krankenkassen dabei unterstützen, Leistungserbringer fortlaufend und flächendeckend zu kontrollieren. Ihre Gutachten erbringen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte nach bundesweit einheitlichen Regelungen, etwa der Richtlinie des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit¹² und der Pflegebegutachtungsrichtlinie zur Überprüfung von Pflegebedürftigkeit¹³. Die Regelungskompetenz liegt insoweit beim GKV-Spitzenverband. Bestimmten Regelungen muss das BMG zustimmen. Die Regelungen sollen bundesweit eine unabhängige und qualitativ hochwertige Begutachtung sicherstellen.

Die Medizinischen Dienste unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden desjenigen Landes, in welchem sie ihren Sitz haben.¹⁴ Die Bundesregierung übt nach Artikel 84 Absatz 3 Satz 1 Grundgesetz die Aufsicht darüber aus, dass die Länder die Bundesgesetze dem geltenden Recht gemäß ausführen.

3 Aufgabenerledigung des Medizinischen Dienstes

3.1 Rechtlicher Rahmen

3.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder, wenn es nach der Art der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf eines Versicherten

¹¹ Vgl. dazu Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 20. Juni 2016 (Gz.: IX 4 – 2014 – 0596).

¹² Die Arbeitsanleitung des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit wurde vom GKV-Spitzenverband am 12. Dezember 2011 als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen.

¹³ Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15. April 2016.

¹⁴ § 281 Absatz 3 SGB V.

erforderlich ist, verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.¹⁵ Der Medizinische Dienst prüft die medizinische Notwendigkeit von anstehenden oder erbrachten Leistungen, deren Art und Umfang. Hierzu gehören gutachtliche Stellungnahmen für die Krankenkassen zur

- Arbeitsunfähigkeit nach § 44 SGB V,
- Notwendigkeit sowie zu Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln nach § 31 SGB V,
- Versorgung mit Heilmitteln nach § 32 SGB V,
- Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 36 SGB V,
- Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V,
- Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Vorsorge nach §§ 23, 24 SGB V.

Außerdem soll der Medizinische Dienst für die Beantwortung allgemeiner medizinischer Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten hinsichtlich der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärztinnen und Ärzten und Krankenkassen zu Rate gezogen werden.¹⁶

3.1.2 Soziale Pflegeversicherung

Seit dem Jahr 1995 untersucht der Medizinische Dienst im Rahmen der Pflege-Einzelfallbegutachtung die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit. Er empfahl eine Pflegestufe bzw. empfiehlt seit 1. Januar 2017 einen Pflegegrad.¹⁷ Daneben schlägt er Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation vor und gibt Empfehlungen über Art und Umfang von Pflegeleistungen.

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen untersucht der Medizinische Dienst im Auftrag der Pflegekassen, ob Pflegeeinrichtungen die notwendigen Qualitätsstandards einhalten. Ziel ist, Qualitätsmängeln vorzubeugen sowie die Eigen-

¹⁵ § 275 Absatz 1 SGB V.

¹⁶ § 275 Absatz 4 SGB V.

¹⁷ Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015; BGBl. I S. 2424.

verantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger zu stärken.¹⁸

3.2 Zuwachs an Aufgaben

3.2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Der Schwerpunkt der Aufgaben des Medizinischen Dienstes lag anfangs auf der Begutachtung von *Arbeitsunfähigkeit*. Weitere Aufgaben kamen später hinzu, beispielsweise die *Begutachtung von Arznei- und Hilfsmittelversorgungen*, die *Prüfung von Krankenhausabrechnungen* und diverse Aufgaben aus dem Bereich der *Pflegeversicherung*.¹⁹ Heute berät der Medizinische Dienst die Kranken- und Pflegekassen in einer Vielzahl von Fällen.²⁰ Zuletzt wurden dem Medizinischen Dienst die Begutachtung der Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten²¹ und die Wahrnehmung der Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Bahn-BKK übertragen.²² Die vom Gesetzgeber dem Medizinischen Dienst in den vergangenen Jahren übertragenen Aufgaben belasten ihn unterschiedlich. Hohen personellen Aufwand²³ verursacht vor allem seit dem 1. April 2007 die Prüfung von Krankenhausabrechnungen. Bei Krankenhausbehandlungen ist zeitnah eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst durchzuführen, wenn sich für die Krankenkasse Auffälligkeiten bei der Abrechnung durch das Krankenhaus ergeben haben.²⁴

Die Zahl der vom Medizinischen Dienst für Krankenkassen erstellten Gutachten ist kontinuierlich gestiegen:

¹⁸ §§ 112, 114 SGB XI.

¹⁹ Pflege-Einzelfallbegutachtung gem. § 18 SGB XI, Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen gem. §§ 112, 114 SGB XI.

²⁰ Beratung zu allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung, zu Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärztinnen, Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse, § 275 Absatz 4 SGB V.

²¹ § 275 Absatz 4a SGB V, eingefügt mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015; BGBl. I S. 1211.

²² § 278 Absatz 2 SGB V, ergänzt mit dem GKV-VSG.

²³ Aufwand nach Fallzahlen bzw. Arbeitskapazität.

²⁴ § 275 Absatz 1c SGB V, eingeführt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007; BGBl. I S. 378.

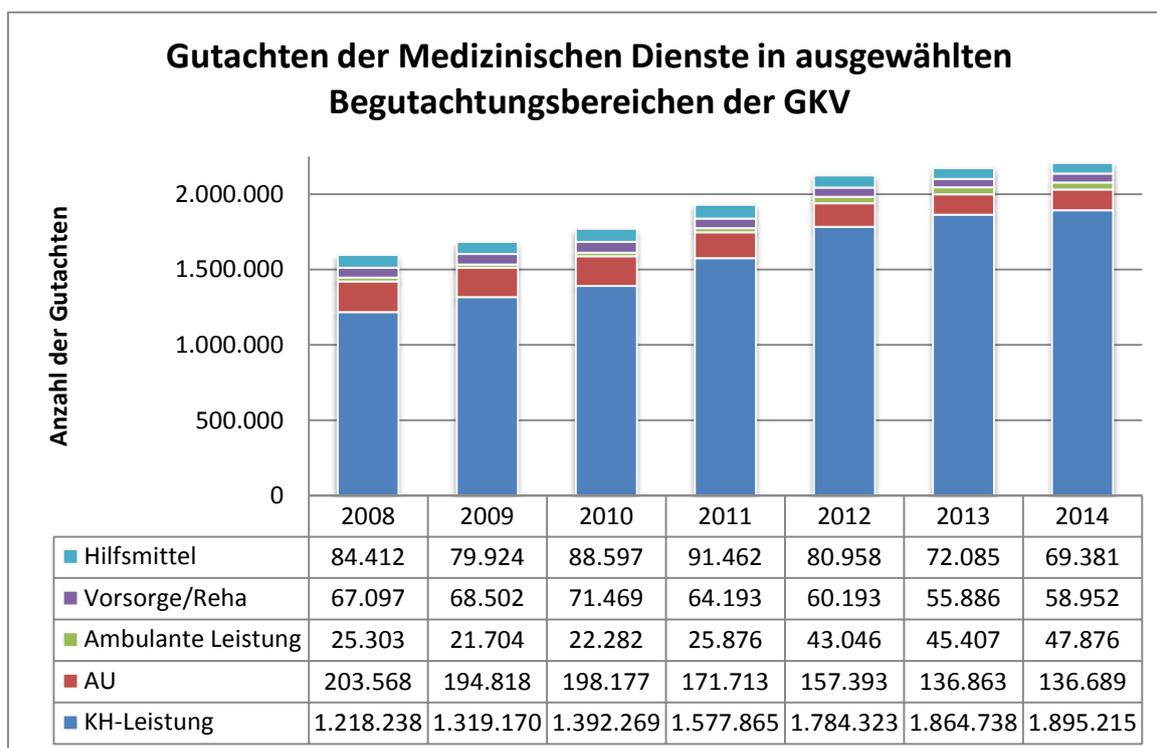
Übersicht 1 – Anzahl der Gutachten in der GKV

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 598 618	1 684 118	1 772 794	1 931 109	2 125 913	2 174 978	2 208 113

Quelle: MDS, Berichtswesen KV²⁵; Darstellung Bundesrechnungshof

Insbesondere die Zahl der Prüfungen von Krankenhausabrechnungen stieg in den letzten Jahren stark an. Demgegenüber war die Zahl der Gutachten zur Hilfsmittelversorgung, zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und zur Arbeitsunfähigkeit rückläufig. Die Zahl erbrachter Gutachten entwickelte sich wie folgt:

Übersicht 2 – Zahl der Gutachten des Medizinischen Dienstes in ausgewählten Begutachtungsbereichen der GKV im Zeitraum 2008 bis 2014



Quelle: MDS, Daten aus dem Berichtswesen KV; Darstellung Bundesrechnungshof²⁶

Die Prüfung der Krankenhausabrechnungen hatte an der Zahl erbrachter Gutachten im Jahr 2014 einen Anteil von etwa 86 %. Die kontinuierliche Ausweitung der Prüfung von Krankenhausabrechnungen ist in Teilen Folge gestiege-

²⁵ Gutachten (ohne SFB) in den Bereichen Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausleistungen (DRG-Abrechnungen), ambulante Leistungen, Vorsorge/Reha und Hilfsmittel.

²⁶ Gutachten Krankenhausleistungen (ohne SFB).

ner Fallzahlen. Denn die Zahl vollstationärer Krankenhausbehandlungen stieg von 16,8 Millionen im Jahr 2006 auf 19,2 Millionen im Jahr 2015.²⁷ Die Prüfquote des Medizinischen Dienstes²⁸ lag konstant bei etwa 10 %.

Die Beanstandungsquote – das Feststellen von Fehlern – lag im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes konstant bei über 50 %. In der Folge sind den Krankenkassen nach Aussage des GKV-Spitzenverbandes über 2 Mrd. Euro zurückerstattet worden.²⁹

3.2.2 Soziale Pflegeversicherung

Auch in der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber dem Medizinischen Dienst kontinuierlich neue Aufgaben übertragen bzw. Merkmale der Aufgabenerledigung verschärft:

- Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz³⁰ verpflichtete den Medizinischen Dienst, ab dem Jahr 2002 Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten,³¹ dementsprechend zu prüfen³² und die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen zu veröffentlichen.³³
- Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz verpflichtete den Medizinischen Dienst, ab dem Jahr 2008³⁴ Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu begutachten.³⁵ Die Fristen, innerhalb derer der Medizinische Dienst Pflege-Einzelfallbegutachtungen vorzunehmen hat, wurden verkürzt. Der Antragsteller auf Pflegeleistungen soll spätestens nach fünf Wochen eine Leistungsentscheidung der Pflegekasse erhalten. Dem Medizinischen Dienst bleiben vier Wochen, der Pflegekasse das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen.

²⁷ DESTATIS, Krankenhausstatistik 2015.

²⁸ Anteil der Krankenhausabrechnungen, der durch die Medizinischen Dienste geprüft wird.

²⁹ GKV-Spitzenverband, Faktenblatt Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern vom 6. Juni 2014.

³⁰ Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQSG) vom 9. September 2001; BGBl. I S. 2320.

³¹ § 112 Absatz 3 SGB XI.

³² § 114, § 114a SGB XI.

³³ § 115 SGB XI.

³⁴ Gesetz vom 28. Mai 2008; BGBl. I S. 874.

³⁵ Dabei ist festzustellen, ob ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen besteht und ob Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind, die Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

- Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz³⁶ schuf eine Sanktion für Fristversäumnisse bei der Durchführung von Pflege-Einzelfallbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst und der Leistungsentscheidung der Pflegekasse. Pflegekassen sind seit dem Jahr 2013 verpflichtet, Antragstellern, die länger als fünf Wochen auf den Bescheid der Pflegekasse warten, einen Betrag von 70 Euro je angefangener weiterer Woche Wartezeit zu zahlen.
- In die Qualitätsprüfung stationärer Pflegeeinrichtungen ist seit Anfang Januar 2014³⁷ eine höhere Zahl Pflegebedürftiger einzubeziehen.
- Das Erste Pflegestärkungsgesetz³⁸ weitete ab Januar 2015 Leistungen für pflegebedürftige Personen auf demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe aus. Der Kreis der vom Medizinischen Dienst zu Begutachtenden erhöhte sich damit.
- Das Zweite Pflegestärkungsgesetz³⁹ führte einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein. Pflegebedürftige werden seit 1. Januar 2017 in einen von fünf Pflegegraden eingestuft. Seitdem werden mehr Personen als pflegebedürftig anerkannt; alle Pflegebedürftigen werden anders eingestuft.

Die Zahl der Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen entwickelte sich folgendermaßen:

Übersicht 3 – Anzahl der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen (§ 114 SGB XI)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
5 306	8 320	13 430	22 619	22 933	22 604	23 861

Quelle: MDK-Gemeinschaft, Berichte zur Leistungs- und Kostentransparenz der Jahre 2008 bis 2014; Darstellung Bundesrechnungshof

Die Zahl der zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit notwendigen Pflege-Einzelfallbegutachtungen entwickelte sich wie folgt:

³⁶ Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012; BGBl. I S. 2246.
³⁷ Vereinbarung nach § 115 Absatz 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege; Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013.
³⁸ Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014; BGBl. I S. 2222.
³⁹ Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015; BGBl. I S. 2424.

Übersicht 4 – Anzahl der Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 334 678	1 386 418	1 326 181	1 338 165	1 454 199	1 532 431	1 517 359

Quelle: MDS, Begutachtungsstatistik § 18 SGB XI (Produktgruppe II); Darstellung Bundesrechnungshof

3.3 Merkmale der derzeitigen Belastungssituation

3.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Im Begutachtungsbereich Krankenversicherung stellte vor allem die Prüfung von Krankenhausabrechnungen den Medizinischen Dienst vor Probleme.

Prüfung von Krankenhausabrechnungen

Die Krankenkassen erteilen dem Medizinischen Dienst von Jahr zu Jahr mehr Begutachtungsaufträge, weil die Behandlungsfälle ansteigen. Gleichwohl blieb die Prüfquote der Krankenkassen konstant bei etwa 10 % der Krankenhausabrechnungen. Obwohl der Medizinische Dienst insgesamt die Zahl seiner Gutachten fortlaufend steigerte, hatten einzelne Medizinische Dienste Bearbeitungsrückstände. Dies zum Teil auch, weil die Krankenkassen regelmäßig mehr Aufträge zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen erteilten, als mit dem jeweiligen Medizinischen Dienst vereinbart war. Bei einem Medizinischen Dienst waren beispielsweise am 30. Juni 2015 noch 76 834 Begutachtungsaufträge nicht abschließend erledigt. Dies entsprach einer Arbeitsmenge von etwa fünf Monaten.

Ein anderer Medizinischer Dienst hatte zum selben Zeitpunkt fast 80 000 Aufträge nicht abschließend bearbeitet (Arbeitsmenge von knapp sieben Monaten). Die Krankenkassen hatten dem betreffenden Dienst im Jahr 2014 141 000 Aufträge für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen erteilt; zuvor vereinbart waren 115 000 Aufträge. Zur Lösung der schwierigen Arbeitssituation begrenzte der Medizinische Dienst die Auftragsmengen – auch hinsichtlich solcher Fälle, die ihm bereits zur Prüfung angemeldet worden waren:⁴⁰ Etwa 50 000 nicht erledigte Prüfaufträge strittiger Krankenhausabrechnungen sollten „als Paket gemeinsam mit den Krankenhäusern einer Verhandlungslösung“

⁴⁰ Der Medizinische Dienst und die Krankenkassen vereinbarten diese Verfahrensweise in einer Sitzung des Verwaltungsrates.

zugeführt werden.⁴¹ Aufträge, die in der Verhandlung nicht gelöst werden konnten, sollte der betreffende Medizinische Dienst nicht weiter bearbeiten, auch wenn die Fälle anschließend verjährten.

Andere Medizinische Dienste überließen externen Dritten die Prüfung von Krankenhausabrechnungen. Ein Medizinischer Dienst beauftragte über zwei Jahre ein privates Unternehmen mit der Erstellung von monatlich über 1 000 Gutachten. Ein anderer Medizinischer Dienst vergab über einen Zeitraum von 15 Monaten 15 000 Gutachtenaufträge an einen Gutachterdienst, der als Privatperson auftrat.

Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit

Die Bewältigung der zunehmenden Zahl von Aufträgen zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen ging wegen begrenzter Gutachterkapazitäten zulasten anderer Begutachtungsbereiche, etwa bei der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit: Während Arbeitsunfähigkeit früher überwiegend mittels körperlicher Untersuchung des Versicherten festgestellt wurde, wird heutzutage „regelmäßig“⁴² die weniger zeitaufwendige *Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)*⁴³ – ohne körperliche Untersuchung – genutzt. Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes zur Arbeitsunfähigkeit fußen im Jahr 2014 zu 80 bis 90 % auf Sozialmedizinischer Fallberatung;⁴⁴ körperliche Untersuchungen blieben – im Unterschied zu früher – die Ausnahme. Die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit im Wege Sozialmedizinischer Fallberatung sieht der Medizinische Dienst selbst als „das zentrale Element der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit“.⁴⁵

3.3.2 Soziale Pflegeversicherung

Bei den jährlichen Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen gelang es nicht allen Medizinischen Diensten, durchgehend den vorgeschriebenen jährlichen

⁴¹ Der sogenannte *Falldialog im Vorverfahren* (Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhaus über strittige Krankenhausabrechnungen) wurde mit Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft eingeführt. Diese trat zum 1. September 2014 in Kraft und galt erstmals für die Überprüfung von Patienten, die ab 1. Januar 2015 in das Krankenhaus aufgenommen wurden.

⁴² Nr. 3 Begutachtungsanleitung-AU.

⁴³ Die *Sozialmedizinische Fallberatung* bei der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit soll der Krankenkasse eine Leistungsentscheidung ermöglichen. Die Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters ist im Vergleich zu einem Gutachten weniger umfangreich und folgt keinen formalen Vorgaben.

⁴⁴ MDK-Gemeinschaft, Leistungs- und Kostentransparenz 2014, S. 47.

⁴⁵ Nr. 3.2 Begutachtungsanleitung-AU.

Prüfturnus einzuhalten. Ein Medizinischer Dienst hatte im Jahr 2012 nur 71 % der Pflegeeinrichtungen geprüft. Bei Medizinischen Diensten mit Rückständen waren Gutachterkapazitäten aus der Qualitätsprüfung zur ebenfalls gesetzlich angeordneten Pflege-Einzelfallbegutachtung verlagert worden. Die betreffenden Medizinischen Dienste erklärten, dass nur so die vom Gesetzgeber für die Pflege-Einzelfallbegutachtung vorgegebenen Begutachtungsfristen einzuhalten und Strafzahlungen der Pflegekasse zu vermeiden seien.

Der Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes, dessen Erledigungsquote bei 81 % lag, merkte ausweislich seines Sitzungsprotokolls an: „Eine Minderleistung des Medizinischen Dienstes sei eher hier [Anm.: bei den Qualitätsprüfungen] als in den Pflege-Einzelfallprüfungen tolerierbar.“ Andere Medizinische Dienste meinten, dass sich bei guter Qualität einer Pflegeeinrichtung deren jährliche Prüfung überhaupt erübrigen könne.

3.4 Gutachterliche Kapazitäten und Mehrarbeit

Die Zahl *ärztlicher Gutachterinnen und Gutachter* stieg in den Jahren 2008 bis 2014 um 7 %. Deutlich stärker noch erhöhte sich die Zahl der *Pflegefachkräfte*, sie stieg um 69 %.

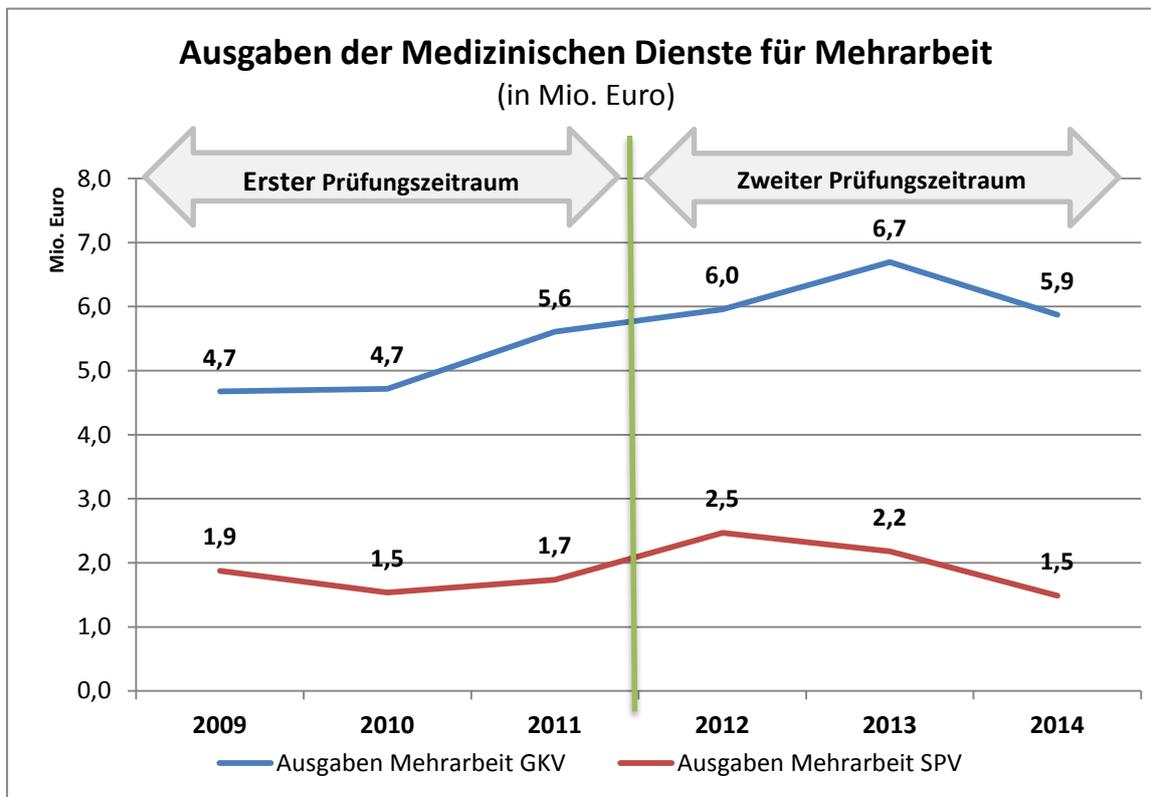
Übersicht 5 – Gutachtlich tätiges Personal in den Jahren 2008 und 2014: Anzahl der Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte (PFK) sowie Stellen als Vollbeschäftigteneinheiten (VBE)

	2008		2014	
Ärzte	2 059	1 948 VBE	2 203 (+ 7 %)	2 007 VBE (+ 3 %)
PFK	1 481	1 338 VBE	2 508 (+ 69 %)	2 264 VBE (+ 69 %)

Quelle: MDS; Darstellung Bundesrechnungshof

Trotz des Personalanstiegs gelang es den Medizinischen Diensten überwiegend nicht, ihre Aufgaben in der regulären Arbeitszeit zu erledigen. Zahlreiche Gutachterinnen und Gutachter verrichteten deshalb nach Feststellungen des Bundesrechnungshofes Mehrarbeit. Bereits bei seiner ersten Prüfung des Medizinischen Dienstes im Jahr 2012 hatte der Bundesrechnungshof eine solche Tendenz beanstandet. Die durch Mehrarbeit entstandenen Ausgaben (Vergütungen) entwickelten sich wie folgt:

Übersicht 6 – Ausgaben der Medizinischen Dienste für Mehrarbeit in den Jahren 2009 bis 2014 in den Bereichen GKV und Soziale Pflegeversicherung (SPV)



Quelle: Erhebungsdaten; Darstellung Bundesrechnungshof

Im Jahr 2014 waren die Ausgaben für Mehrarbeit in beiden Versicherungszweigen zwar rückläufig. Insgesamt überstiegen jedoch die Ausgaben im zweiten Prüfungszeitraum⁴⁶ (GKV: 18,6 Mio. Euro, SPV: 6,2 Mio. Euro) die des ersten Prüfungszeitraums⁴⁷ (GKV: 15 Mio. Euro, SPV: 5,1 Mio. Euro) deutlich.

Im Bereich GKV nutzten die Medizinischen Dienste Mehrarbeit vor allem für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen. Bei mehreren Medizinischen Diensten wurden über 20 % der Begutachtungen in diesem Bereich in Mehrarbeit erledigt, wie folgende Beispiele belegen:

⁴⁶ Zweiter Prüfungszeitraum: Jahre 2012 bis 2014.

⁴⁷ Erster Prüfungszeitraum: Jahre 2009 bis 2011.

Übersicht 7 – Anteil von Mehrarbeit an der Aufgabenerledigung im Bereich GKV, Anlass: Begutachtung von Krankenhausleistungen im Jahr 2014

	MDK A	MDK B	MDK C
Gutachten KH-Leistungen	138 823	70 470	122 366
davon in Mehrarbeit erledigt	33 273	17 857	26 844
Anteil Mehrarbeit	24 %	25 %	22 %

Quelle: Erhebungsdaten und Daten des MDS, Berichtswesen KV; Darstellung Bundesrechnungshof

Nur drei Medizinische Dienste kamen im Jahr 2014 ohne Mehrarbeit bei der Prüfung der Krankenhausabrechnungen aus.

Im Bereich Pflege gab es Mehrarbeit vor allem bei der Pflege-Einzelfallbegutachtung.

3.5 Künftige Aufgaben

3.5.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Das Krankenhausstrukturgesetz⁴⁸ hat dem Medizinischen Dienst mit Beginn des Jahres 2016 die Durchführung von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern aufgegeben.⁴⁹ Wie hoch der Vollzugsaufwand für diese neue Aufgabe ist, konnte der Medizinische Dienst zur Zeit der Erhebungen noch nicht abschätzen. Auch in den Gesetzesmaterialien befanden sich dazu keine Angaben.

Nach dem dritten Pflegestärkungsgesetz⁵⁰ wird der Medizinische Dienst künftig bei Leistungserbringern im Auftrag der Krankenkassen prüfen, ob diese die Leistungs- und Qualitätsanforderungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfüllen und die Abrechnungen ordnungsgemäß erstellen. Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen und den Inhalten der Prüfungen, bestimmt der GKV-Spitzenverband in Richtlinien. Die Richtlinien sind bis zum 30. September 2017 zu beschließen.⁵¹ Der Mehraufwand bei den Medizinischen

⁴⁸ § 275a SGB V Krankenhausstrukturgesetz – KHSG; BGBl. I 2015 Nr. 51, S. 229, vom 17. Dezember 2015, in Kraft getreten am 1. Januar 2016.

⁴⁹ Einzelheiten hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie, § 137 Absatz 3 SGB V.

⁵⁰ Drittes Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016; BGBl. I Nr. 65.

⁵¹ § 275b SGB V.

Diensten soll jährlich bei 650 000 Euro liegen.⁵²

3.5.2 Soziale Pflegeversicherung

Hinsichtlich des Ersten Pflegestärkungsgesetzes ging der Medizinische Dienst von einem Mehrbedarf an Gutachterinnen und Gutachtern von 12,5 % (196 Gutachterstellen) aus. Um den fortwährenden Anstieg bei den sonstigen Begutachtungen um 10 % bewältigen zu können, hatte der Medizinische Dienst einen Bedarf von weiteren 178 Gutachterstellen (+ 11,2 %).⁵³

Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ging das BMG davon aus, dass zusätzlich bis zu 500 000 Personen einen neuen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und Anträge stellen werden.⁵⁴ Auch aufgrund von Anträgen auf Höherstufung in andere Pflegegrade erwartete der Medizinische Dienst höhere Auftragszahlen. Außerdem würden sich die Begutachtungszeiten durch die gesetzlichen Neuregelungen verlängern.

Für die Umsetzung der Vorgaben des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes geht der Medizinische Dienst deshalb von einem Anstieg des Begutachtungsaufkommens wie folgt aus:

Übersicht 8 – Begutachtungsaufkommen und Personalmehrbedarf durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

	2017	2018	2019
Begutachtungsaufkommen	+ 36 %	+ 14 %	+ 25 %
Personalmehrbedarf	617 Stellen	239 Stellen	425 Stellen

Quelle: Mitgliederversammlung am 17. November 2015; Projekt NBA: Schätzung des Begutachtungsaufkommens; Darstellung Bundesrechnungshof

Unabhängig davon führen die demographischen Veränderungen perspektivisch zu mehr Pflegebedürftigen und damit zu mehr notwendigen Begutachtungen. Die Zahl Pflegebedürftiger, die gesetzlich pflegeversichert sind, stieg von

⁵² BT-Drs. 18/9518, Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 5. September 2016.

⁵³ Sitzung des Verwaltungsrates des MDS am 28. August 2012 (Anlage 2 des Protokolls).

⁵⁴ Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz), Rede vom 25. September 2015, www.bmg.de.

1,66 Millionen im Jahr 1997 auf etwa 2,67 Millionen im Jahr 2015. Hinzu kommen zuletzt etwa 165 000 Pflegebedürftige, die privat pflegepflichtversichert sind. Daraus resultieren insgesamt etwa 2,83 Millionen pflegebedürftige Menschen für das Jahr 2015. Für das Jahr 2060 wird mit 4,53 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet.⁵⁵

3.6 Würdigung und Empfehlung

3.6.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass gesetzgeberische Maßnahmen und die demographische Entwicklung in der GKV zu einem spürbaren Anstieg des Arbeitsaufkommens des Medizinischen Dienstes geführt haben, insbesondere bei der Prüfung der Krankenhausabrechnungen. Insgesamt waren Medizinische Dienste trotz eines Personalzuwachses oft nur mit Mehrarbeit in der Lage, alle Aufgaben zu erfüllen. Mehrarbeit der Beschäftigten entlastet die Medizinischen Dienste zwar kurzfristig, ist aber keine Dauerlösung bei strukturellen Defiziten in der personellen Ausstattung. Erschwerend kommt hinzu, dass die dem Medizinischen Dienst übertragenen Qualitätsprüfungen in den Krankenhäusern und bei Leistungserbringern für die häusliche Krankenpflege weitere Belastungen erwarten lassen.

Der Bundesrechnungshof hat es als nicht hinnehmbar eingeschätzt, wenn die Auftragslage bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen die Handlungsfähigkeit einzelner Medizinischer Dienste derart lähmt, dass hohe Rückstände entstehen und Aufträge zu verjähren drohen bzw. über pauschale Verhandlungslösungen „erledigt“ werden müssen.

Die hohen Fallzahlen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen dürfen nicht zulasten der ärztlichen Gutachterkapazitäten in anderen Bereichen gehen. Begutachtungsbereiche wie Arbeitsunfähigkeit, Vorsorge und Rehabilitation sowie Hilfsmittel haben zwar eher den Leistungsanspruch des Versicherten im Blick, sind deshalb aber nicht weniger bedeutsam. Die Aufsichtsbehörden haben in der Vergangenheit nicht dafür gesorgt, dass die Selbstverwaltungen den Medizinischen Diensten zur Aufgabenbewältigung in ausreichendem Maße Personal bereitstellen. Wie bereits bei unserer Untersuchung im Jahr 2012 hat

⁵⁵ BARMER GEK Pflegereport 2016, www.barmer.de.

sich auch bei dieser Prüfung erneut eine angespannte Personalsituation bei den Medizinischen Diensten gezeigt.⁵⁶

Der Bundesrechnungshof hat das BMG zum wiederholten Mal aufgefordert, bei den Aufsichtsbehörden darauf hinzuwirken, dass den Medizinischen Diensten das nötige Personal bereitgestellt wird. Zugleich hat er das BMG gebeten mitzuteilen, welche konkreten Maßnahmen es ergreifen wird.

3.6.2 Soziale Pflegeversicherung

Der Bundesrechnungshof hat herausgestellt, dass der Zuwachs an neuen Aufgaben und die zunehmende Alterung der Gesellschaft den Medizinischen Dienst auch im Begutachtungsbereich Pflege vor große Herausforderungen gestellt hat. Es ist zu erwarten, dass das Arbeitsaufkommen in diesem Bereich noch weiter steigen wird. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz steigt die Zahl der Aufträge in der Pflege-Einzelfallbegutachtung. Mittel- und langfristig führt eine immer zahlreichere, älter werdende Bevölkerung zu noch mehr Begutachtungen. Das Arbeitsaufkommen ist hier kaum präzise steuerbar, denn jedem Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit folgt in der Regel eine Begutachtung. Medizinische Dienste nutzen deshalb auch jetzt schon in diesem Bereich dauerhaft Mehrarbeit.

Als nicht vertretbar hat es der Bundesrechnungshof eingeschätzt, dass zur Bewältigung der Pflege-Einzelfallbegutachtungen der vorgeschriebene jährliche Prüfturnus bei der Qualitätsprüfung missachtet wurde. Die Qualität der Pflegeeinrichtungen kann dauerhaft nur gesichert werden, wenn die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes regelmäßig und unangekündigt durchgeführt werden.

Der Bundesrechnungshof hat es auch für den Bereich der Pflegeversicherung für unerlässlich gehalten, dass die Aufsichtsbehörden dafür Sorge tragen, dass die Selbstverwaltungen den Medizinischen Diensten das nötige Personal bereitstellen bzw. finanzieren, um die ihnen zugewiesenen Aufgaben ordnungsgemäß zu erledigen. Er hat das BMG zum wiederholten Mal aufgefordert, bei den Aufsichtsbehörden darauf hinzuwirken, entsprechend zu verfahren.

Der Bundesrechnungshof hat das BMG gebeten mitzuteilen, welche konkreten Maßnahmen es ergreifen wird.

⁵⁶ Vgl. Tz. 1.

3.7 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat grundsätzlich die Feststellungen des Bundesrechnungshofes geteilt, dass die Medizinischen Dienste in vielen Fällen nicht hinreichend für die zu bewältigenden Aufgaben finanziert waren. Es hat zugesagt, nochmals an die für den Medizinischen Dienst zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder sowie an den GKV-Spitzenverband und den MDS heranzutreten und diese erneut zu bitten, darauf hinzuwirken, dass die Medizinischen Dienste künftig durch geeignete Maßnahmen nachteilige Auswirkungen auf die Qualität ihrer Arbeit vermeiden und Mittel für einen begründeten Personalmehrbedarf rechtzeitig und auskömmlich bereitgestellt werden.

Darüber hinaus werde das BMG unter Einbeziehung des MDS, der Medizinischen Dienste und des GKV-Spitzenverbandes prüfen, welche Maßnahmen und gegebenenfalls auch Gesetzesänderungen geeignet sind, die Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste und die Aufsichtsbehörden dabei zu unterstützen, die Aufstellung der Haushalte der Medizinischen Dienste stärker an dem für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Bedarf auszurichten. Das BMG schlägt vor, dafür eine gesetzliche Vorgabe zu erarbeiten. Zudem könne eine für die Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinie zur Ermittlung des Personalbedarfs, die aufgabenbezogene Richtwerte enthält, geschaffen werden.

Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs würden Vertreter des MDS regelmäßig über das Begutachtungsaufkommen in der Pflegeversicherung und den Stand der Aufgabenerfüllung in den Medizinischen Diensten dem BMG berichten. Eine wissenschaftliche Evaluierung sei vorgesehen.⁵⁷ Erste Ergebnisse sollten im Jahr 2018 vorliegen. Dabei solle auch die personelle Situation in den Medizinischen Diensten berücksichtigt werden.

3.8 Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof begrüßt die Zusagen des BMG und erwartet, dass diese auch umgesetzt werden. Es zeigt sich seit einigen Jahren, dass den Medizinischen Diensten Mittel für benötigtes Personal fehlen. Die Aufsichtsbehörden unterstützten die Medizinischen Dienste nicht ausreichend, obwohl das BMG sie darum gebeten hatte. Ob die Aufsichtsbehörden nunmehr darauf hinwirken werden, dass den Medizinischen Diensten begründete Haushaltsmittel

⁵⁷ Vgl. dazu § 18c SGB XI.

für Personalmehrbedarf rechtzeitig und auskömmlich bereitgestellt werden, ist aus Sicht des Bundesrechnungshofes nicht verlässlich vorhersehbar. Darüber hinaus ist fraglich, ob das neue Instrument in der Pflegeversicherung, dem BMG über das Begutachtungsaufkommen und den Stand der Aufgabenerfüllung in den Medizinischen Diensten zu berichten, Wirkung auf die personelle Situation in den Medizinischen Diensten zeigen wird.

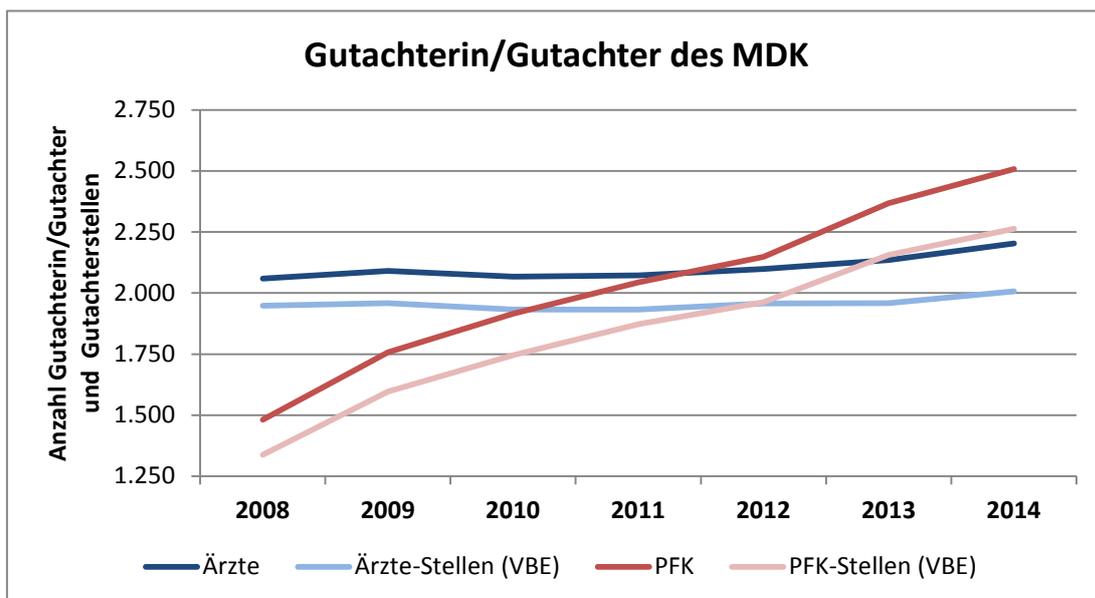
Der Bundesrechnungshof befürwortet insoweit den Vorschlag des BMG, eine gesetzliche Vorgabe zu erarbeiten, die eine für die Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinie zur Ermittlung des Personalbedarfs mittels aufgabenbezogener Richtwerte sicherstellt.

4 Einsatz von Gutachterinnen und Gutachtern

4.1 Inanspruchnahme eigener Gutachterinnen und Gutachter

Arbeitsaufkommen und die Anzahl verfügbarer Gutachterinnen und Gutachter bestimmen maßgeblich die Arbeitssituation des Medizinischen Dienstes. Die Zahl der gutachtlich tätigen *Ärztinnen*, *Ärzte* und *Pflegefachkräfte* entwickelte sich beim Medizinischen Dienst im beobachteten Zeitraum wie folgt:

Übersicht 9 – Gutachtlich tätiges Personal in den Jahren 2008 bis 2014: Anzahl der Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte (PFK) sowie Stellen als Vollbeschäftigteneinheiten (VBE)



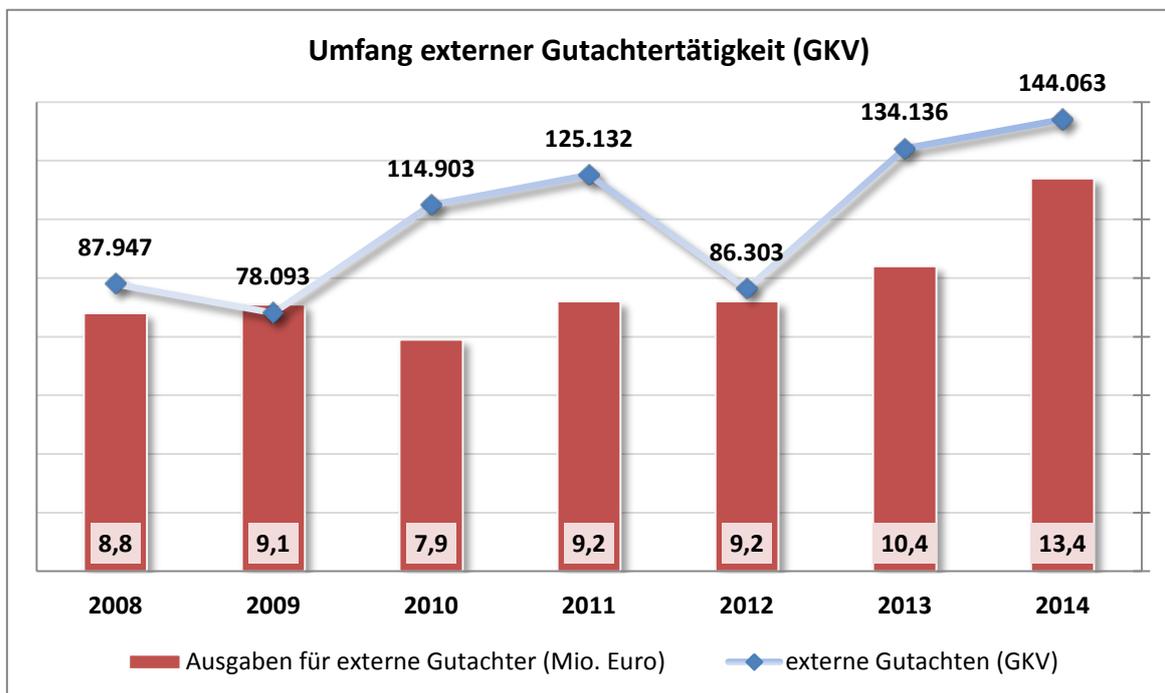
Quelle: Daten des MDS; Darstellung Bundesrechnungshof

Die Zahl ärztlicher Gutachterinnen und Gutachter stieg in den Jahren 2008 bis 2014 um 7 % und die der Pflegefachkräfte um 69 % (vgl. vertiefend Tz. 3.4).

4.2 Inanspruchnahme externer Gutachterinnen und Gutachter

Trotz des Personalanstiegs sahen sich die Medizinischen Dienste neben der Durchführung von Mehrarbeit (vgl. Tz. 3.4) dazu veranlasst, *externe Gutachterinnen und Gutachter* für ihre Aufgabenerledigung in Anspruch zu nehmen. Der Umfang externer Gutachtertätigkeit für den Bereich GKV entwickelte sich wie folgt:

Übersicht 10 – Anzahl externer Gutachten und Ausgaben der Medizinischen Dienste für externe Gutachtertätigkeit im Bereich GKV in den Jahren 2008 bis 2014



Quelle: Daten der Leistungs- und Kostentransparenz der MDK-Gemeinschaft (Jahre 2011 bis 2013 ohne Anzahl externer Gutachten des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz); Darstellung Bundesrechnungshof

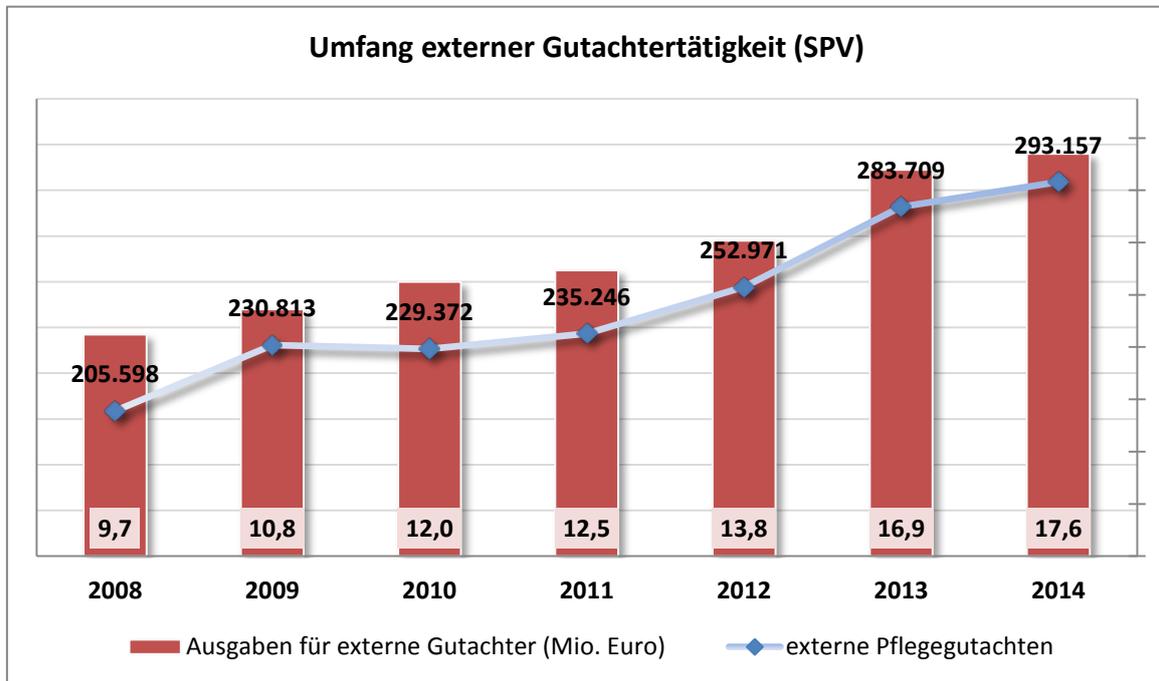
Die Zahl externer Begutachtungen stieg kontinuierlich, und zwar deutlich stärker als die Zahl der Begutachtungen insgesamt. Während die Zahl der Gutachten insgesamt im Zeitraum 2008 bis 2014 um 38 % zunahm (vgl. Übersicht 1), wuchs die Zahl der externen Begutachtungen um 64 %. Zugleich verschoben sich die Tätigkeitsfelder. Noch bis zum Jahr 2012 wurden externe Gutachterinnen und Gutachter regelmäßig in Bereichen beauftragt, in denen nicht genügend eigene ärztliche Gutachterinnen und Gutachter zur Verfügung standen, z. B. in der Zahnmedizin, Orthopädie und Augenheilkunde. Im Jahr 2014 indes wurden die meisten Aufträge an externe Gutachterinnen und Gutachter für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen erteilt.

Ein Medizinischer Dienst vergab im Bereich GKV über einen Zeitraum von 15 Monaten 15 000 Gutachtaufträge an einen Gutachterdienst, der als Einzelunternehmer auftrat (vgl. Tz. 3.3.1). Der Gutachter war zeitgleich als Facharzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig, weshalb die Auftragsmenge von dieser Person allein nicht zu bewältigen war. Zur Erledigung der Aufträge bediente er sich deshalb Hilfspersonals. Verantwortlich für die Gutachten zeichnete der Inhaber des Unternehmens. Wer die jeweiligen Gutachten tatsächlich im Einzelnen gefertigt hatte, hatte der Medizinische Dienst nicht aufgeklärt.

Derselbe Medizinische Dienst vergab auch Aufträge für die *Prüfung von Krankenhausabrechnungen* an zwei andere Medizinische Dienste. Deren Beschäftigte erledigten die Gutachten entweder während der regulären Arbeitszeit oder in ihrer Freizeit im Rahmen einer Nebentätigkeit. Zusätzlich griffen die Medizinischen Dienste bei der Beauftragung Externer zunehmend auf privatrechtlich organisierte Begutachtungsunternehmen zurück. Ein Medizinischer Dienst beauftragte über zwei Jahre ein privates Unternehmen mit der Erstellung von monatlich über 1 000 Gutachten (vgl. Tz. 3.3.1).

Auch im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung griff der Medizinische Dienst in zunehmendem Maße auf externe Gutachterinnen und Gutachter zurück:

Übersicht 11 – Anzahl externer Gutachten und Ausgaben der Medizinischen Dienste für externe Gutachtertätigkeit im Bereich SPV in den Jahren 2008 bis 2014



Quelle: Daten der Leistungs- und Kostentransparenz der MDK-Gemeinschaft (Jahre 2011 bis 2013 ohne Anzahl externer Gutachten des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz); Darstellung Bundesrechnungshof

Auch hier verlief der Anstieg deutlich stärker als bei den Begutachtungen insgesamt. Der Grad der Inanspruchnahme externer Gutachterinnen und Gutachter schwankte zwischen den Medizinischen Diensten. Dies gilt insbesondere für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die einen Schwerpunkt der Tätigkeit bildete: Während im Jahr 2014 bei neun Medizinischen Diensten die Inanspruchnahme externer Gutachterinnen und Gutachter in diesem Bereich deutlich unter 10 % lag, griffen fünf Dienste deutlich stärker auf Externe zurück – in 37 bis zu 71 % aller Fälle.

Gegenüber dem Bundesrechnungshof äußerten sich die Medizinischen Dienste auf Befragung zu den *Chancen und Risiken* der externen Begutachtung:

Für externe Gutachterinnen und Gutachter im Bereich GKV und Pflegeversicherung sprächen deren flexible Einsatzmöglichkeiten; unterjährige Schwankungen in der Auftragsmenge und Ausfallzeiten eigener Gutachterinnen und Gutachter könnten leichter ausgeglichen werden. Externe Gutachterinnen und Gutachter würden nur nach erledigten Gutachten vergütet, Ausfallzeiten und Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall für eigene Beschäftigte entfielen. Im Be-

reich Pflegeversicherung hätten in ländlichen Regionen vor Ort tätige externe Gutachterinnen und Gutachter oftmals kürzere Anreisewege als eigene Pflegefachkräfte. Dies spare Zeit und Reisekosten.

Nachteilig sei, dass geeignete externe Gutachterinnen und Gutachter erst gefunden und gegebenenfalls qualifiziert werden müssten. Ihre Tätigkeit müsse koordiniert werden. Die Auftragsmenge für die Begutachtung in der GKV und Pflegeversicherung sei bei der Auftragsvergabe an externe Gutachterinnen und Gutachter nicht verlässlich planbar. Ausweislich der eingesehenen Verträge konnten externe Gutachterinnen und Gutachter Aufträge jederzeit ablehnen. Die Medizinischen Dienste wiesen zudem darauf hin, dass externe Gutachterinnen und Gutachter mit einer weiteren Tätigkeit in der ambulanten oder stationären Versorgung, z. B. in privaten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder Versorgungszentren, in Interessenkonflikte geraten könnten. Bei starker Inanspruchnahme externer Gutachterinnen und Gutachter stünden zur Deckung von Auftragsspitzen weitere externe Kapazitäten kaum mehr zur Verfügung. Dadurch verringere sich speziell im Bereich der Pflegeversicherung die Flexibilität im Auftragsmanagement der Pflege-Einzelfallbegutachtung. Verstärkt werde dies durch die Nachfrage nach externen Gutachterinnen oder Gutachtern in der Pflegeversicherung auch von Seiten der privaten Pflegeversicherung.

4.3 Würdigung und Empfehlung

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass externe Gutachterinnen und Gutachter zunehmend regelhaft und nicht nur zur Abfederung von Auftragspitzen eingesetzt werden. Damit haben die Medizinischen Dienste gegenüber einer Aufgabenerledigung durch eigenes Personal auch Nachteile in Kauf genommen, die bei einem Kosten-Nutzen-Vergleich beider Erledigungsvarianten nicht vernachlässigt werden dürfen. So steigt der koordinative Aufwand, die Unabhängigkeit der externen Gutachterinnen und Gutachter muss überwacht werden und die Auftragsmenge kann wegen fehlender fixer Kontingente nicht verlässlich eingeschätzt werden.

Als nicht hinnehmbar hat der Bundesrechnungshof eingeschätzt, dass bei Nutzung privat organisierter Begutachtungsunternehmen und bei der Einschaltung von „Sub-Gutachtern“ für Medizinische Dienste nicht mehr nachvollziehbar ist, welche Person das Gutachten erstellt hat. Der Bundesrechnungshof sieht die

gesetzlich garantierte Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes gefährdet, wenn externe Gutachterinnen und Gutachter neben der Tätigkeit für den Medizinischen Dienst zugleich bei Leistungserbringern, etwa in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, tätig sind. Hier bedarf es einer besonderen Aufmerksamkeit der einzelnen Medizinischen Dienste, die es erforderlich macht, dass die Person der Gutachterin oder des Gutachters bekannt ist.

Mit Blick auf die besondere Bedeutung des Medizinischen Dienstes für das Gesundheitswesen hat der Bundesrechnungshof Zweifel, ob Kernaufgaben des Medizinischen Dienstes im festgestellten Ausmaß dauerhaft von Externen erledigt werden sollten. Die medizinische oder pflegerische Empfehlung der Medizinischen Dienste stellt nicht allein die Grundlage für Leistungsentscheidungen der Kranken- und Pflegekassen dar, sie soll zudem Ansprüche der Versicherten schützen und unberechtigte Ansprüche abwehren.

Der Bundesrechnungshof hat dem BMG empfohlen, für die Entwicklung verbindlicher Kriterien Sorge zu tragen, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß externe Gutachterinnen oder Gutachter eingesetzt werden dürfen. Zugleich sollte deutlich gemacht werden, wie Gefahren von Interessenkollisionen bei Externen, die zugleich als Leistungserbringer tätig sind, begegnet werden kann. Für Auftragsvergaben an privatrechtlich organisierte Begutachtungsunternehmen hat der Bundesrechnungshof angeregt, einen Ausschluss von der Gutachtertätigkeit in Erwägung zu ziehen.

4.4 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass im Jahr 2014 der Anteil der externen Gutachten an allen versichertenbezogenen Beratungen und Begutachtungen im Bereich GKV mit 6,5 % noch „überschaubar“ gewesen sei. Im Bereich der Krankenhausabrechnung sei aufgrund der Prüfverfahrensvereinbarung davon auszugehen, dass aufgelaufene Rückstände abgebaut würden. Die Prüfverfahrensvereinbarung sehe vor, dass die Prüfung innerhalb von elf Monaten abzuschließen sei. Es sei im dritten Jahr der Anwendung der Prüfverfahrensvereinbarung zu keinen nennenswerten Verfristungen bei den Krankenhausabrechnungsprüfungen gekommen. Das BMG werde beobachten, wie sich die Zahl der externen Gutachterinnen und Gutachter im Bereich der GKV entwickelt.

Ungeachtet dessen teile es die Auffassung des Bundesrechnungshofes, dass der Einsatz externer Gutachterinnen und Gutachter auf ein Maß reduziert wer-

den sollte, das zur Abfederung von vorübergehenden Auftragsspitzen sowie zur Bearbeitung spezieller Aufträge mit besonderen fachlichen Anforderungen benötigt werde, für die das Vorhalten eigener Gutachterinnen und Gutachter für einen Medizinischen Dienst nicht wirtschaftlich wäre.

Das BMG hat zugesagt, die Schaffung einer gesetzlichen Vorgabe zur Erarbeitung von verbindlichen Richtlinien zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter zu prüfen. Es solle geprüft werden, wie diese auszugestalten wären, um einheitliche und die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sicherstellenden Rahmenbedingungen für den Einsatz externer Gutachterinnen und Gutachter gewährleisten zu können.

Zu möglichen Interessenkollisionen bei externen Gutachterinnen und Gutachtern, die zugleich als Leistungserbringer tätig sind, hat das BMG erklärt, dass die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur „Dienstleistungsbeurteilung im Begutachtungsverfahren“⁵⁸ dieser Gefahr begegne. Darin sei festgelegt, dass die Gutachterinnen und Gutachter neben ihrer Tätigkeit für den Medizinischen Dienst keine Tätigkeit ausüben dürfen, die ihre Objektivität oder Neutralität bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens beeinträchtigen könnte. Sollten nicht vorhersehbare Konflikte auftreten, seien die Gutachterinnen und Gutachter zur Rückgabe des Auftrags verpflichtet.

4.5 Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof befürwortet die Zusage des BMG, die Einführung einer gesetzlichen Vorgabe zur Erarbeitung von verbindlichen Richtlinien zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter zu prüfen. Damit könnten einheitliche Rahmenbedingungen für die Medizinischen Dienste geschaffen werden, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß externe Gutachterinnen und Gutachter eingesetzt werden dürfen. Dies erscheint aus Sicht des Bundesrechnungshofes zugleich notwendig, um die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sicherzustellen.

Das Argument, dass es durch das neue Verfahren in der Krankenhausabrechnungsprüfung zu weniger Bearbeitungsrückständen kommen würde, überzeugt den Bundesrechnungshof nicht. Aktuelle Prüfungserkenntnisse des Bundes-

⁵⁸ Die-RiLi gemäß § 18b SGB XI vom 10. Juli 2013, geändert durch Beschluss vom 5. Dezember 2016.

rechnungshofes belegen vielmehr, dass die Medizinischen Dienste nach wie vor rund 10 % aller Krankenhausabrechnungen prüfen. Bearbeitungsrückstände erscheinen deshalb auch künftig nicht ausgeschlossen.

Der Hinweis des BMG, dass möglichen Interessenkollisionen bei externen Gutachterinnen und Gutachtern, die zugleich als Leistungserbringer tätig sind, durch die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur „Dienstleistungsbeurteilung im Begutachtungsverfahren“ begegnet würde, überzeugt ebenfalls nur bedingt. Die Richtlinie gilt nur für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung und nicht für die GKV. Zudem bleibt offen, wie die Anwendung dieser Richtlinie sichergestellt wird. Die Medizinischen Dienste haben zu prüfen, ob ihre externen Gutachterinnen und Gutachter der Verpflichtung nachkommen und neben ihrer Tätigkeit für den Medizinischen Dienst keine Tätigkeit ausüben, die ihre Objektivität oder Neutralität bei der Begutachtung beeinträchtigen kann.

Zu den Auftragsvergaben an privatrechtlich organisierte Begutachtungsunternehmen hat sich das BMG nicht geäußert. Der Bundesrechnungshof wiederholt deshalb seine Empfehlung, für diesen Teilnehmerkreis einen Ausschluss von der Gutachtertätigkeit in Erwägung zu ziehen.

5 Finanzierung der Medizinischen Dienste

5.1 Rechtlicher Rahmen

Die Medizinischen Dienste finanzieren sich im Wesentlichen über Umlagen. Die Kranken- und Pflegekassen leisten diese Umlage jeweils zur Hälfte. Die Umlage berechnet sich jeweils nach der Zahl der Mitglieder der GKV, für die der Medizinische Dienst jeweils regional zuständig ist.⁵⁹ Weitere Einnahmen erzielen Medizinische Dienste aus Kostenerstattungen von Leistungsträgern, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 SGB V sind, etwa von Rentenversicherungsträgern.⁶⁰ Darüber hinaus können Medizinische Dienste weitere Beratungsleistungen nach § 275 Absatz 4 SGB V erbringen und daraus Einnahmen erzielen.⁶¹ Die Geschäftsführer der Medizinischen Dienste stellen die

⁵⁹ Vgl. § 281 Absatz 1 SGB V; Zahl der Mitglieder nach der Statistik KM 6 jeweils zum 1. Juli eines Jahres.

⁶⁰ Beispiele: Gutachten für die Rentenversicherung zur Feststellung einer Erwerbsminderung und Gutachten für Sozialgerichte.

⁶¹ In der Regel sind dies Aufträge von Krankenkassen und Verbänden.

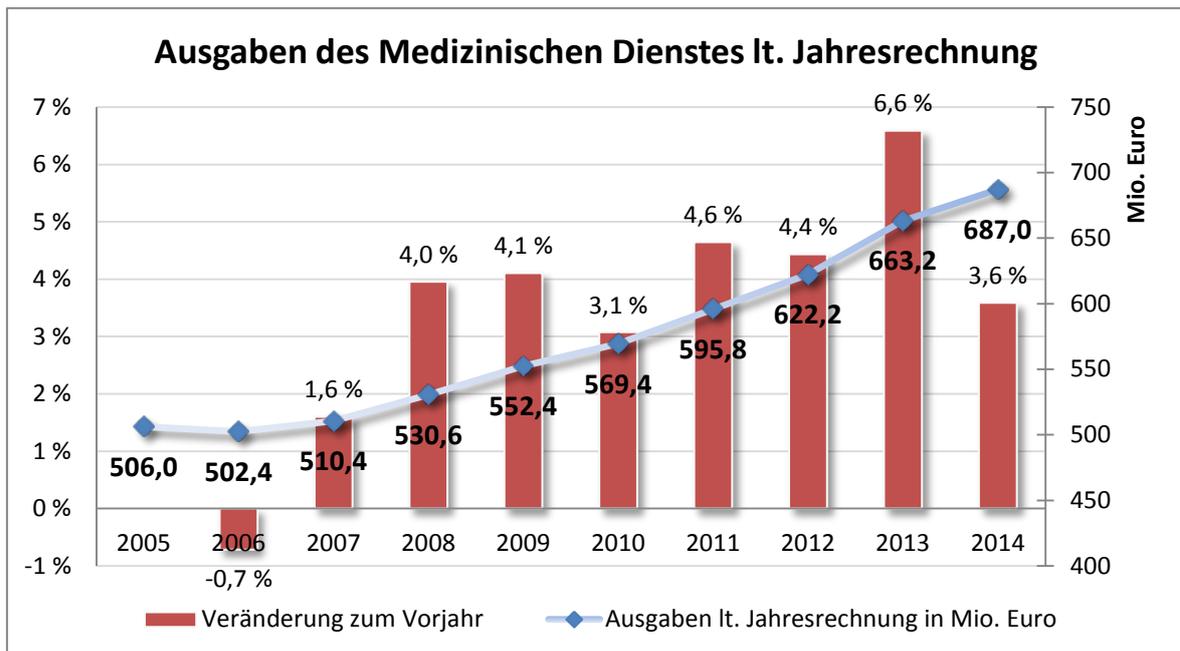
jeweiligen Haushaltspläne auf,⁶² die Verwaltungsräte stellen sie fest.⁶³

5.2 Steigende Ausgaben

Die Ausgaben des Medizinischen Dienstes im Jahr 2014 beliefen sich laut Jahresrechnungen der einzelnen Medizinischen Dienste auf rund 690 Mio. Euro.

Seit dem Jahr 2008 hatten sie sich wie folgt entwickelt:

Übersicht 12 – Ausgaben des Medizinischen Dienstes lt. Jahresrechnung der Medizinischen Dienste für die Jahre 2005 bis 2014



Quelle: MDS, Daten der Leistungs- und Kostentransparenz in der MDK-Gemeinschaft; Darstellung Bundesrechnungshof

Um zu vergleichen, welche Ausgaben die einzelnen Medizinischen Dienste verursachen, zieht der Medizinische Dienst eine *Kennzahl* „Ausgaben je Mitglied“ heran. Die jeweiligen Ausgaben nach der Jahresrechnung werden dafür ins Verhältnis zur Zahl der Mitglieder gesetzt, für die der Medizinische Dienst zuständig ist. Die Ausgaben je Mitglied bei den einzelnen Medizinischen Diensten bewegten sich im Jahr 2014 zwischen 11,30 und 16,03 Euro.⁶⁴

Die Kennzahl hatte häufig Auswirkungen auf die Haushaltsplanung. Verwaltungsräte waren nach Beobachtung des Bundesrechnungshofes häufig bestrebt, die *Kennzahlbeträge* anderer Medizinischer Dienste nicht zu überschrei-

⁶² § 279 Absatz 4 SGB V.

⁶³ § 280 SGB V.

⁶⁴ Ausgaben je Mitglied lt. Jahresrechnung, ohne Versorgungsanteil.

ten. Die in den Verwaltungsräten vertretenen Krankenkassen waren bisweilen in erster Linie an geringen Ausgaben für den Medizinischen Dienst interessiert. Mehrbedarfe der Medizinischen Dienste wurden deshalb zurückgewiesen.

Beispiel:

Ein Medizinischer Dienst hatte für den Haushaltsplan 2013 einen Mehrbedarf von 24 Pflegefachkräften für die gutachtliche Arbeit mittels einer Personalbedarfsermittlung nachgewiesen. Den zusätzlichen Personalbedarf hatte er mit der Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) begründet. Von den 24 beantragten Stellen bewilligte der Verwaltungsrat nur 15. Im Jahr 2013 stieg der Umfang der von diesem Medizinischen Dienst zu erstellenden Gutachten infolge des PNG im Vergleich zum Vorjahr um 12 % an. Der Verwaltungsrat war von einer Steigerungsrate von lediglich 3 % ausgegangen. Um dem hohen Auftragseingang zu begegnen, insbesondere um Strafzahlungen wegen Überschreitens gesetzlicher Fristen für die Pflege-Einzelfallbegutachtung zu entgehen, nutzte der Medizinische Dienst Mehrarbeit und zog ärztliche Gutachterinnen und Gutachter von Prüfungen der Krankenhausabrechnungen und Pflegefachkräfte aus Qualitätsprüfungen ab. Infolgedessen verstieß der Medizinische Dienst gegen den gesetzlich vorgeschriebenen Prüfturnus bei den jährlichen Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen; zugleich stieg die Zahl unerledigter Gutachten bei Prüfungen der Krankenhausabrechnungen.

Acht Medizinische Dienste mussten aufgrund ähnlicher Haushaltsplanungen während eines laufenden Haushaltsjahres überplanmäßige Ausgaben beantragen. Obwohl es den Medizinischen Diensten wie auch Krankenkassen nach § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V untersagt ist, Kredite aufzunehmen, sahen sich zwei Medizinische Dienste veranlasst, Darlehen in Anspruch zu nehmen. Die Aufsichtsbehörden schritten dagegen nicht ein.

Die Medizinischen Dienste wiesen den Bundesrechnungshof im Rahmen seiner Erhebungen darauf hin, dass die Kennzahl *Ausgaben je Mitglied* keine Schlussfolgerungen zur Wirtschaftlichkeit einzelner Dienste ermöglichte. Veränderungen bei der Zahl der Mitglieder, etwa durch neue Mitglieder in der GKV oder Wanderungsbewegungen von Mitgliedern zwischen den einzelnen Bundesländern, beeinflussten die Ausgaben je Mitglied. Zudem würden die Ausgaben von der Struktur des jeweiligen Medizinischen Dienstes bestimmt, etwa hinsichtlich seiner Größe und Organisation sowie seines Immobilienbesitzes.

5.3 Würdigung und Empfehlung

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass Medizinische Dienste in vielen Fällen für die von ihnen zu bewältigenden Aufgaben nicht hinreichend finanziert waren (vgl. dazu vertiefend Tz. 3.6). Er hat Anhaltspunkte gesehen, dass die jeweiligen Krankenkassen bestrebt waren, die zu entrichtenden Umlagen aus kassenindividuellem Interesse möglichst niedrig zu halten, was sich bei steigenden Zusatzbeiträgen der Krankenkassen noch verschärfen könnte.

Der Bundesrechnungshof hat die den Medizinischen Dienst tragenden Kranken- und Pflegekassen in der Pflicht gesehen, eine auskömmliche Finanzierung *aller* Medizinischen Dienste sicherzustellen und entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Aufsichtsbehörden sind aufgefordert, ihrerseits auf eine auskömmliche Finanzierung der Medizinischen Dienste zu achten. Im Interesse eines ordnungsgemäßen, wirksamen und bundesweit einheitlichen Leistungsvollzugs bei der Gesetzlichen Krankenversicherung sind andauernde regionale Schwächen einzelner Medizinischer Dienste nicht hinnehmbar. Eine flächendeckende Funktionstüchtigkeit des Medizinischen Dienstes – und damit aller in ihm zusammengeschlossenen Medizinischen Dienste – sicherzustellen, ist gemeinsame Aufgabe des BMG, der Aufsichtsbehörden der Kranken- und Pflegekassen sowie des GKV-Spitzenverbandes. Der Bundesrechnungshof hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass aus der Kennziffer „Ausgaben je Mitglied“ aufgrund der oben genannten Schwächen (vgl. Tz. 5.2) nur eingeschränkt Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Medizinischen Dienste abgeleitet werden können.

Die unzureichende Finanzierung der Medizinischen Dienste wirft zudem Fragen zur geschäftspolitischen Schwerpunktsetzung der jeweiligen Krankenkassen auf, insbesondere bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen. Obwohl Krankenkassen ein hohes wirtschaftliches Interesse an diesen Prüfungen und den daraus gegebenenfalls zu erzielenden Rückzahlungen haben, gelingt es nicht durchgehend, die dafür erforderlichen Personalressourcen zur Verfügung zu stellen. Unerledigte Fälle, längere Bearbeitungszeiten und Mehrarbeit sind die Folge.

Der Bundesrechnungshof hat angeregt, eine Modifikation der Finanzierung zu prüfen. Die Finanzierungshöhe sollte sich nicht an der finanziellen Situation der Krankenkassen, sondern an den von den Medizinischen Diensten wahrzunehmenden Aufgaben orientieren. Der Bundesrechnungshof hat die Möglich-

keit in Betracht gezogen, dass eine zentrale Stelle über die von den Medizinischen Diensten nach einheitlichen Kriterien ermittelte und beantragte Höhe der Finanzierungsumlage entscheidet.

5.4 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass der Anstieg der versichertenbezogenen Ausgaben für die Medizinischen Dienste in etwa parallel mit der Entwicklung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben verlief und oberhalb des Anstiegs der versichertenbezogenen Netto-Verwaltungsausgaben lag. Es teile aber die Wertung des Bundesrechnungshofes, dass Medizinische Dienste in vielen Fällen nicht ausreichend für die zu bewältigenden Aufgaben finanziert seien und die Aussagekraft der Kennzahl „Ausgaben je Mitglied“ für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Medizinischen Dienste nur eingeschränkt geeignet sei. Das BMG hat im Übrigen mitgeteilt, dass es Maßnahmen prüfen werde, um die Mittelausstattung der Medizinischen Dienste stärker an der Aufgabenwahrnehmung auszurichten und die Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste und die Aufsichtsbehörden zu diesem Zweck zu unterstützen (vgl. dazu Tz. 3.7).

5.5 Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof befürwortet die Absicht des BMG, die Finanzierung der Medizinischen Dienste nicht mehr an der finanziellen Situation der Krankenkassen, sondern an den von den Medizinischen Diensten wahrzunehmenden Aufgaben auszurichten. Eine entsprechende Bindung der Selbstverwaltungen der Medizinischen Dienste und der Aufsichtsbehörden in Gestalt einer Richtlinie hält der Bundesrechnungshof für zielführend. Das BMG sollte die dazu notwendige Rechtsgrundlage initiieren.

6 Abschließende Bewertung und Empfehlung

Die Arbeitssituation der Medizinischen Dienste bleibt angespannt. Die in der Vergangenheit gemachten Zusagen des BMG, auf die Aufsichtsbehörden einzuwirken, dass den Medizinischen Diensten zur Aufgabenbewältigung ausreichend Personal bereitgestellt wird und externe Gutachterinnen und Gutachter nur zur Abfederung von vorübergehenden Auftragsspitzen eingesetzt werden (vgl. Tz. 1), blieben weitgehend wirkungslos.

Das BMG hat die Aufgabe und Pflicht, für einen ordnungsgemäßen Vollzug des SGB V durch die Länder zu sorgen. Stellt es ein relevantes Fehlverhalten der Länder beim Gesetzesvollzug fest, hat es dafür zu sorgen, dass dies abgestellt wird. Der Bundesrechnungshof hat wiederholt festgestellt, dass die sämtlich unter Länderaufsichten stehenden Medizinischen Dienste in einem *nicht* ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen in Deutschland entsprechendem Maße verwaltet und finanziert wurden. Er fordert das BMG auf, seine nunmehr vorgeschlagenen Maßnahmen tatsächlich umzusetzen. Insbesondere sollte es

- bei den Aufsichtsbehörden darauf hinwirken, dass die Medizinischen Dienste durch geeignete Maßnahmen nachteilige Auswirkungen auf die Qualität ihrer Arbeit vermeiden und Mittel für einen begründeten Personalmehrbedarf künftig rechtzeitig und auskömmlich bereitgestellt werden,
- Maßnahmen und gegebenenfalls gesetzgeberische Änderungen in die Wege leiten, damit die Aufstellung der Haushalte der Medizinischen Dienste künftig stärker an dem für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Bedarf ausgerichtet wird, z. B. durch eine verbindliche Richtlinie zur Ermittlung des Personalbedarfs, die aufgabenbezogene Richtwerte enthält,
- eine gesetzliche Vorgabe zur Erarbeitung von verbindlichen Richtlinien zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter initiieren, mittels derer geregelt wird, in welchen Fällen und in welchem Umfang diese eingesetzt werden dürfen bzw. in welchen Fällen eine Beauftragung zur Sicherstellung einer unabhängigen Begutachtung nicht in Frage kommt, z. B. bei privatrechtlich organisierten Begutachtungsunternehmen.

Der Bundesrechnungshof regt an, dass das BMG dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Umsetzung seiner Zusagen berichtet. Darin sollte es insbesondere über das Ergebnis seiner Überlegungen hinsichtlich einer Rechtsgrundlage für eine verbindliche Richtlinie zur Ermittlung des Personalbedarfs bei den Medizinischen Diensten informieren.