

T. Gaertner¹
R.-G. Matthesius²
G. von Mittelstaedt¹

Zur Stellung des sozialmedizinischen Experten im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) unter dem Einfluss sich wandelnder Anforderungen

The Position of the Sociomedical Expert in the Medical Services of German Statutory Sickness Insurance Bodies (MDK) as Influenced by Changing Challenges

Zusammenfassung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) unterstützt in Dienstleistungsfunktion die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV). Diese bedürfen angesichts der demografischen Entwicklung und des Fortschritts in der Medizin zur rationalen Leistungssteuerung und Strukturplanung immer häufiger der qualifizierten sachverständigen Unterstützung. Die sozialmedizinischen Leistungen des MDK sind als angewandte Wissenschaft eine im überwiegenden Umfang in Form der Begutachtungen am Einzelfall orientierte Medizin. In zunehmendem Maße werden darüber hinaus in Form grundsätzlicher sachverständiger Stellungnahmen systemgestaltende Aufgaben wahrgenommen. Die Beratung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände, die Weiterentwicklung des Versorgungssystems und der Versorgungsqualität, der Patientenschutz und der zielgenaue Umgang mit den wirtschaftlichen Ressourcen der Sozialversicherung stehen zunehmend im Zentrum der Arbeit des MDK. Auf der Grundlage seiner weit reichenden Erfahrung als Gutachter- und Beraterdienst, seines fachlichen Leistungsspektrums und des ihm entgegengebrachten Vertrauens ist sich der MDK seiner großen gesellschaftspolitischen Verantwortung bewusst und wird sich dem umfassenden Aufgabenspektrum personell und organisatorisch stellen. Dabei prägen Identifikation mit den Prinzipien ärztlichen Handelns, Profilierung des Berufsbilds und Gestaltungsbereitschaft im Sinne der allgemeinen sozialgesetzlichen Grundsätze das Selbstverständnis und die Rollenwahrnehmung der Gutachterinnen und Gutachter im MDK.

Abstract

The "Medical Services of the German Statutory Sickness Insurance Bodies (MDK)" is a non-profit organisation providing socio-medical specialist advice to the German Statutory Health and Nursing Care Insurances. Facing demographic changes as well as progress in medicine, highly qualified expertises and consultations are of increasing importance to manage the social security system and to continue to develop its structure. Sociomedical assignments of the MDK as applied health science is so far mainly related to individual aspects of insured persons (case management) but more and more to general aspects such as quality, consumer protection, efficiency, guiding concepts and organisation of the health care system. Based on its widespread experience, profound knowledge and confidence in its expertise the MDK is aware of its great socio-political responsibility and faces the wide range of assignments with regard to personnel development and organisational innovations. Identification with principles of genuine medical practice, creating a modern job profile, and exercising creative power in accordance with the fundamental social legislation. This characterises the self-image and role perception of medical experts of the MDK.

Key words

Medical service · medical expertise · experts · sociomedicine · position

Institutsangaben

¹ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen

² Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Gaertner · Leiter Servicebereich Wissen, MDK in Hessen · Zimmersmühlenweg 23 · 61440 Oberursel · E-mail: t.gaertner@mdk-hessen.de

Bibliografie

Gesundheitswesen 2006; 68: 271 – 276 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-926702
ISSN 0941-3790

Einleitung

Seit rund 15 Jahren gibt es den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der Medizinische Dienst ist Teil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden gemäß § 18 Abs. 7 SGB XI durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die sachverständige Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die Erfüllung der Aufgaben des MDK wird also sozialgesetzlich ausgemessen. Seine Begutachtungs- und Beratungsleistungen einschließlich der Qualitätsprüfungen werden in zunehmendem Maße beansprucht und sein Leistungsspektrum wird immer breiter [1]. Diese Veränderungen werden von der Öffentlichkeit und in Fachkreisen manchmal nur unzureichend wahrgenommen.

Entwicklung des Aufgabenspektrums beim MDK

Der Gesetzgeber begründete im Jahr 1989 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz nicht nur den MDK als Rechtsnachfolger des Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD), sondern integrierte ihn institutionell der gesetzlichen Krankenversicherung. Die damit verbundene Öffnung zu privatrechtlichen Organisationsformen war der Ausgangspunkt für die Entwicklung von einer „Behörde“ zum dienstleistenden sozialmedizinischen Expertendienst. Das Aufgabengebiet des VäD war überwiegend von Begutachtung zur Frage der Arbeitsunfähigkeit gekennzeichnet. Dies ist mit den heutigen Aufgaben des MDK nicht mehr vergleichbar.

Das umfassende Aufgabenspektrum des MDK umfasst nunmehr sozialgesetzlich ausgewiesen die beiden Kernbereiche:

- Begutachtung im Einzelfall zur umfassende Unterstützung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bei versichertenbezogenen Leistungsentscheidungen und zur Gewährleistung einer bundeseinheitlichen Bereitstellung der Leistungen
- Beratung bei Grundsatzproblemen einschließlich der Prüfung der medizinischen und pflegerischen Qualität in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen zur Unterstützung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände bei der strukturellen und prozessualen Gestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems

Wesentliche Aspekte der beiden dem MDK vom Gesetzgeber maßgeblich zugewiesenen Kernaufgaben nehmen in ihrer Bedeutung beständig zu. So sind heutzutage maßgebliche Leistungsgebiete im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen: stationäre Versorgung einschließlich der pauschalierten Entgeltsysteme auf der Basis der Diagnosis Related Groups (DRGs), Vorsorge und Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel. Zudem sind gezielte Anfragen u. a. zu neuen oder unkonventionellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder zu speziellen Hilfsmitteln nicht mehr aus dem Spektrum des MDK wegzudenken. Ein weiteres anspruchsvolles Begutach-

tungsfeld betrifft Fragen bei vermuteten Verletzungen der ärztlichen Sorgfaltspflicht, die so genannten Behandlungsfehler.

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 – ein epochaler Schritt auch für den MDK – werden im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Versicherten erstellt [2]. Dabei wird auch die entsprechende Pflegestufe angegeben. Darüber hinaus werden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK seit dem Jahr 1998 Qualitätsprüfungen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege, den Pflegediensten und Pflegeheimen, durchgeführt (Tab. 1).

Tab. 1 Wichtige Entwicklungsschritte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im entsprechenden Jahr; DRG – Diagnosis Related Group

Gründung des MDK	1989
Aufnahme der Pflegebegutachtung	1995
Aufnahme der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen	1998
Aufnahme der Prüfungen zur DRG-Kodierqualität	2004

Die Leistungsbilanz ist beeindruckend. So wurden im Jahr 2004 für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen insgesamt 7,2 Millionen auf einzelne Versicherte bezogene Aufträge erledigt. Für die gesetzliche Krankenversicherung waren es rund 5,9 Millionen und die soziale Pflegeversicherung rund 1,3 Millionen sachverständige Stellungnahmen. Ferner wurden rund 10 000 Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Versorgungsqualität geprüft.

Viele tausend, meist sehr aufwändige, sachverständige sozialmedizinische Stellungnahmen zu Problemstellungen grundsätzlicher Bedeutung kommen noch hinzu. Die Beratung des MDK erfolgt u. a. zur Qualität, Effektivität und Effizienz der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Tab. 2).

Tab. 2 Leistungsbilanz der MDK-Gemeinschaft im Jahr 2004 nach Anzahl; GKV – gesetzliche Krankenversicherung, SPV – soziale Pflegeversicherung

Einzelfallbegutachtungen im Auftrag der GKV	rund 5,9 Millionen
Einzelfallbegutachtungen im Auftrag der SPV	rund 1,3 Millionen
Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen	rund 10 000
sozialmedizinische Grundsatzstellungen	mehrere tausend

Sozialmedizinische Unterstützung bei der Leistungssteuerung

In Deutschland wird eines der umfassendsten und dynamischsten medizinischen und pflegerischen Versorgungssysteme der Welt vorgehalten. Die Altersentwicklung der Bevölkerung und die finanzielle Grundlage des Sozialversicherungssystems erfordern seitens der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung eine rationale Leistungssteuerung der medizinischen

und pflegerischen Versorgung. Dies ist in weiten Teilen ohne sozialmedizinischen Sachverstand nicht möglich. In ihrer Entwicklung vom „Payer zum Player“ benötigen die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie ihre Verbände regelmäßig eine hochwertige, ggf. juristisch belastbare, sozial- und fachmedizinische Expertise, um die einzelfallbezogenen Fragen nach der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Leistungsgewährung angemessen, das heißt wissenschaftlich basiert, beantworten zu können [3, 4]. Bereits im Jahre 1990 formulierte Herbert Rebscher: „Die vorhandene ökonomische und rechtliche Kompetenz (der gesetzlichen Krankenversicherung) bedarf der Ergänzung um medizinische Kompetenz [5].“

Das föderativ und wettbewerblich organisierte System der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland hat für jeden Versicherten zu gewährleisten, dass ihm bundesweit – unabhängig von seinem Wohnort und unabhängig von seiner gewählten Kranken- bzw. Pflegekasse – die gesetzlich festgelegten Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Die maßgebliche Mitwirkung bei der Sicherstellung der Leistungsbereitstellung – eine sozialpolitische Errungenschaft – ist eine Kernaufgabe des MDK [1].

Eine optimierte Ressourcenallokation fördert nicht nur die Gesundheit. Sie eröffnet auch gleichzeitig die ökonomischen Valenzen zur Finanzierung der oft kostenträchtigen medizinischen Entwicklungen. Dabei gilt stets zu bedenken, dass nicht jede Innovation nützlich ist. Die Überprüfung der therapeutischen Wirksamkeit dient der Patientensicherheit und hilft dabei, eine Ressourcenvergeudung zu verhindern.

Sozialmedizinische Expertisen bei der Gestaltung des Versorgungssystems

In den letzten Jahren nimmt die Tendenz zu, den MDK unterstützend in die Strukturpolitik der Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände einzubeziehen, so z.B. im Rahmen ihrer Vertragsverhandlungen mit medizinischen Leistungserbringern [6, 7]. Dabei ist es sinnvoll, die weit reichenden Erfahrung der Medizinischen Dienste aus den mehreren Millionen Einzelgutachten pro Jahr auch in die Systemgestaltung einzubringen.

Heute erfolgt die Integration des sozialmedizinischen Sachverstands zu Strukturfragen über den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) und auch in einer Reihe von Ländern kontinuierlich. Die gemeinsam getragenen Kompetenzeinheiten der MDK-Gemeinschaft, die „Kompetenz-Centren“ (KC) sowie die „Sozialmedizinischen Expertengruppen“ (SEG), bündeln (sozial-)medizinisch und gesundheitswissenschaftlich relevantes Wissen und verbessern seine Verfügbarkeit MDK intern sowie für die Auftraggeber, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste wirken in entscheidenden Gremien auf Landes- und Bundesebene mit, so etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss. Zudem sind sie regelmäßig an wichtigen Neuerungen konzeptionell beteiligt, z.B. bei der Einführung des Fallpauschalensystems zur Vergütung stationär erbrachter Versorgungsleistungen.

Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte beim MDK

Die Anfertigung eines medizinischen Gutachtens ist eine ärztliche Aufgabe [7]. Ausgehend vom hippokratischen Eid über die abendländische humanistische Tradition wird aktuell ärztliche Ethik in der Einleitung der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki gekennzeichnet als „Pflicht des Arztes, die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu erhalten. Der Erfüllung dieser Pflicht dient der Arzt mit seinem Wissen und Gewissen“ [9, 10]. Dementsprechend lautet der §275 Abs. 5 SGB V: „Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen“. In diesem Sinne ergänzend heißt es im von der Konferenz der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste am 3.9.1998 verabschiedeten Kodex für die Gutachter der MDK-Gemeinschaft und des MDS: „In der ärztlichen Tätigkeit hinsichtlich der Feststellung von sozialmedizinischen Sachverhalten und der ärztlichen Bewertung des Sachverhaltes ist der Gutachter nur an die Regeln der ärztlichen Kunst gebunden“ [11]. Diese Verpflichtung ist als Orientierung des ärztlichen und somit auch des gutachterlichen Selbstverständnisses der Ärztinnen und Ärzte beim MDK identitätsstiftend.

Durch die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen werden die Ärztinnen und Ärzte im MDK aus ethischer Sicht mit problematischen Situationen, nicht selten ökonomisch und rechtlich akzentuiert, konfrontiert. Für die Gutachterinnen und Gutachter bildet die Medizin als Wissenschaft das Fundament ihres Handelns. Nach §2 Abs. 1 SGB V ist zu beachten, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Mit der Rückbindung an Wissenschaftlichkeit und an die Regeln der ärztlichen Kunst ist der Maßstab objektiv fachgerechten Verfahrens und Verhaltens grundgelegt. Bei der sachverständigen Beurteilung werden moderne Methoden der medizinischen Programmatik, wie z.B. Leitlinien, Evidenzbasierte Medizin (EbM), Health Technology Assessment (HTA), eingesetzt.

Das Aufgabengebiet des MDK ist Teil der angewandten Sozialmedizin [12]. Als Teildisziplin der Medizin besitzt Sozialmedizin einen integrativen Charakter [13, 14]. Den dadurch gegebenen speziellen und spezifischen Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden die Medizinischen Dienste durch ein abgestimmtes Fort- und Weiterbildungsangebot sowie zeitgemäßen Formen des Qualitätsmanagements gerecht [15, 16]. Diese Maßnahmen zielen auf

- Ausbildung sozialmedizinischer Kompetenz,
- Pflege aktuellen medizinischen Wissens,
- Qualität der sachverständigen Stellungnahmen.

Spezielle Begutachtungen im Einzelfall sowie die Beratung u.a. zu Problemstellungen der Bedarfsplanung, Disease-Management-Programmen (DMP), integrierter Versorgung und Strategieentwicklung erfordern über die medizinische Kompetenz hinaus fachübergreifendes Wissen. Gutachterinnen und Gutachter des MDK sind dadurch sozialmedizinische Experten mit Brückenfunktion zu ökonomischen sowie juristischen Grenzgebieten. Neben einer soliden wissenschaftlichen Ausbildung, langjähriger Berufs-

praxis, Lebenserfahrung und ausgewiesener Führungskompetenz besitzt eine beträchtliche Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter weiterreichende betriebs- und volkswirtschaftliche sowie juristische Qualifikationen oder auch eine Weiterbildung im Qualitätsmanagement. Dies gibt ihnen das notwendige Stehvermögen in oftmals auch konflikträchtigen Situationen [17].

Rollenwahrnehmung der sozialmedizinischen Expertinnen und Experten beim MDK

Nach §275 Abs. 5 SGB V sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes „nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen“. Dadurch wird der Wirkungskreis der Ärztinnen und Ärzte im MDK auf die Rolle des sachverständigen Experten eingegrenzt [18]. Sie übernehmen dabei die Funktionen als Gutachter, Berater und Prüfer. In seiner medizinisch fachlichen Bewertung ist der Medizinische Dienst unabhängig und frei von Anbieterinteressen. Im Spannungsfeld konkurrierenden Interessen z.B. der der Versicherten, der Leistungserbringer sowie der Kostenträger haben Gutachterinnen und Gutachter Neutralität zu wahren.

Unter Berücksichtigung möglicher Standpunkte bietet sich ein im Hinblick auf Reputation und Akzeptanz facettenreiches Bild des MDK-Gutachters. In zunehmendem Maße gewinnt sein Ansehen in Fachkreisen wie in der Gesellschaft als fachkompetenter Gesprächspartner bei der Begutachtung des Einzelfalls, als berufserfahrener Akteur bei der Systemgestaltung sowie als routinierter Prüfer medizinischer und pflegerischer Versorgungsqualität an Profil und kollegialer Akzeptanz. Der Gutachter ist Vermittler im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen und in zunehmendem Maße auch unabhängiger Ratgeber der Versicherten [19].

Status der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beim MDK

Der Medizinische Dienst ist eine kassenartenübergreifende Arbeitsgemeinschaft und Teil der GKV und SPV. Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Sinne der Systembindung gegenüber dieser Solidargemeinschaft nach §70 SGB V deren allgemeinen Grundsätzen der „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ verpflichtet. Die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten wird durch Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über die Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung geregelt. Die Koordinierung auf Bundesebene entsprechend §282 SGB V übernimmt der MDS. Diese Richtlinien werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen. Somit sind die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter gegenüber den Interessen einzelner Kassen im Hinblick auf die medizinisch fachlichen Bewertung unabhängig. Als engagierte Mitarbeiter einer sozialen Organisation befinden sie sich dabei nicht selten im Zwiespalt zwischen fallorientierten Anforderungen und organisatorischen Maßgaben, dem so genannten Lipski-Dilemma [20].

Wie weiter unten ausgeführt, wird im Positionspapier zu Rolle und Funktion des Medizinischen Dienstes dessen Verhältnis zu seinen Trägern als „Funktion eines Dienstleisters“ im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände gekennzeichnet [21]. Der Wettbewerb der Kassen untereinander

stellt für den MDK nicht selten eine besondere Herausforderung dar. Bei zunehmend in den Blickpunkt rückenden Fragen und Problemstellungen, wie z.B. zur Bedarfsgerechtigkeit, zum Patientenschutz, zur integrierten Versorgung, sind Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste nicht selten Lotsen bei der Sicherstellung und Gewährleistung einer adäquaten Versorgung.

Entwicklungstendenzen und Perspektiven aus Sicht der Medizinischen Dienste

1. Die Begutachtung zu versichertenbezogenen Fragen und die Beratung bei Problemstellungen grundsätzlicher Bedeutung bezüglich der stationären Versorgung sind in den letzten Jahren in den Mittelpunkt der sozialmedizinischen Expertentätigkeit des MDK gerückt. Gerade hier besteht im Hinblick auf die Gestaltung der Versorgungslandschaft ein enormes Potenzial, einer Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken.
2. Die Aufgabengebiete des MDK werden fachlich immer anspruchsvoller. Der steigende Bedarf an differenzierter Expertise im stationären Sektor sowie die rasche Entwicklung des medizinischen Fortschritts unterstreichen die Notwendigkeit für den MDK, spezielle Fachkompetenz vorzuhalten. Weit über 90% der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen bereits jetzt über mindestens eine Facharztbezeichnung. In der MDK-Gemeinschaft werden inzwischen nahezu alle ärztlichen Fachgebiete vorgehalten.

Die Pflegefachkräfte des MDK weisen neben einer soliden Ausbildung und langjährigen Berufspraxis oft Zusatzqualifikationen als Pflegedienstleitung oder im Qualitätsmanagement auf. Entsprechend der gewachsenen Aufgabenzuweisung halten die Medizinischen Dienste auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Berufsgruppen vor, wie z.B. Apotheker, Psychologen oder Orthopädiemechanikermeister. Ferner verstärkt die MDK-Gemeinschaft gezielt ihr Fachwissen in den Bereichen Evidenzbasierte Medizin, Health-Technology-Assessment, Epidemiologie, Biometrie und Gesundheitsökonomie.

3. Der MDK steigert seine Effizienz nachhaltig. Bereits heute ist die Leistungsbilanz des MDK für die Krankenkassen als Auftragnehmer, die Versicherten und die Arbeitgeber positiv. Der MDK erwirtschaftet mehr als er kostet. Der MDK ist aber nicht nur Kostenbegrenzer. In der Funktion sowohl des Prüfers und als auch des Beraters entfaltet der MDK eine positive Wirkung auf die Entwicklung der Qualität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

In diesem Rahmen hat der MDK auch seine Leistungserbringungsprozesse kontinuierlich verbessert [22]. Die Begutachtung zur Frage der Arbeitsunfähigkeit wurde beispielsweise von der aufwändigen Begutachtung auf der Grundlage einer (körperlicher) Untersuchung zu einem hochgradig rationalisierten Prozess mit differenziertem Begutachtungsinstrumentarium entwickelt [23]. Da inzwischen das Gros der Aufträge der Krankenkassen auf der Grundlage einer aussagekräftigen Aktenlage im Rahmen der so genannten sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) gemeinsam mit den Fallmanagern der Krankenkassen mit dem Ziel eines Fallabschlusses abschließend bearbeitet werden können, werden flächendeckende Beratungsstellennetze in zunehmendem Maße entbehrlich.

Größere MDK-Einheiten können zudem durch die Bündelung der entsprechenden Qualifikation und Kompetenz der Partner ihre Aufgaben besser und kostengünstiger erledigen. Daher werden weitere Medizinische Dienste enger kooperieren bzw. Verbünde bilden. Auch der Einsatz moderner Informationstechnologie ist ein wesentliches Mittel zur Effizienzsteigerung. Der mobile Gutachter mit Heimarbeitsplatz, der digitale Datenaustausch, ein gemeinsames Berichtswesen und vieles mehr sind bereits vielerorts Alltag in der MDK-Gemeinschaft. Die weitgehend einheitliche statistisch analytische Aufbereitung der Leistungen ist ein zentraler Faktor für den effizienten Einsatz des MDK. Den Kranken- und Pflegekassen wird damit ein Instrument an die Hand gegeben, die Inanspruchnahme des MDK rational zu steuern und entbehrliche Begutachtungsaufträge zu vermeiden.

4. Die Arbeitsteilung im Kreis der Medizinischen Dienste gewinnt zunehmend an Bedeutung. Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Leistungsgewährung wurde daher durch eine Kooperationsvereinbarung die MDK-Gemeinschaft, der alle Medizinischen Dienste der Länder einschließlich des MDS angehören, gegründet.

Die MDK-Gemeinschaft wird in zunehmendem Umfang gleiche Verfahrensweisen anwenden, untereinander abgestimmte Grundsatzstellungen vorlegen, allgemein verbindliche Begutachtungsanleitungen und Begutachtungsrichtlinien erarbeiten sowie koordiniert Software-Engineering betreiben. Die integrative Berichterstattung zu Kosten und Leistungen sowie die Kooperation bei der Produktentwicklung sind echte Gemeinschaftsaufgaben. Die gemeinsam eingerichteten und unterhaltenen Kompetenzeinheiten sind Ausdruck einer lebendigen Gemeinschaftskultur. Schon heute wird der MDK von außen mehr als bundesweit tätiges Unternehmen denn als regionaler Dienst wahrgenommen. Demzufolge entwickelt sich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der MDK-Gemeinschaft ein gewandeltes Identitätsgefühl, ein profiliertes Markenverständnis und ein ausgesprochenes Unternehmensbewusstsein („corporate identity“).

5. Der MDK ist vom Gesetzgeber als kassenartenübergreifende Arbeitsgemeinschaft konzipiert worden, um seine fachliche Unabhängigkeit sicherzustellen. Diese institutionelle Position des MDK ist auch künftig, gerade unter den Bedingungen des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander, für das erfolgreiche Wirken des MDK unerlässlich. Das zum Ende des Jahres 1999 vom MDS-Vorstand verabschiedete „Positionspapier zu Rolle und Funktion des Medizinischen Dienstes im Verhältnis zu seinen Trägern“ akzentuiert dies wie folgt [21]: „Der Medizinische Dienst ist Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist den Aufgaben und Zielen der GKV verpflichtet und erfüllt seine Aufgaben in Übereinstimmung mit ihnen ...

Der Medizinische Dienst hat im Verhältnis zur Krankenversicherung – ebenso wie die Krankenversicherung im Verhältnis zu den Versicherten – die Funktion eines Dienstleisters ... Der MDK ist in seiner medizinisch fachlichen Bewertung unabhängig und frei von Anbieterinteressen ... Diese anbieterneutrale und medizinisch fachliche Unabhängigkeit ist Grundlage für die Aufgabenwahrnehmung des Medizinischen Dienstes innerhalb und außerhalb der GKV. Dies stellt den MDK aber nicht davon frei, als Teil der GKV deren Gesamtinte-

resse bei seiner Aufgabenwahrnehmung zu berücksichtigen. Insoweit bedeutet Unabhängigkeit des MDK Unabhängigkeit in der medizinisch fachlichen Bewertung, nicht Unabhängigkeit von der Krankenversicherung.“

Von dieser Festlegung des Verhältnisses zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Medizinischem Dienst darf, gerade unter Wettbewerbsbedingungen, auch künftig nicht abgewichen werden. Der Wettbewerb der Krankenkassen führt zu einer Diversifizierung und Zentralisierung des GKV-Systems. Fusionen von Krankenkassen, bundes- oder landesweit zentralisierte Bearbeitung von Leistungsanträgen bestimmter Bereiche oder individuelle Vorgehensweisen stellen an die Organisation und Flexibilität des MDK große Anforderungen. Zudem erschwert dies zwangsläufig eine systematische und verbindliche Abstimmung und Planung der Inanspruchnahme des MDK. Mehr denn je wird der MDK in der Lage sein müssen, auf die unterschiedlichen Anforderungen der Krankenkassen in einer Atmosphäre des Vertrauens und Vertrauensschutzes eingehen zu können, ohne dabei Zugeständnisse an die Wissenschaftlichkeit als Grundlage und Maßstab seiner sachverständigen Stellungnahmen zu machen.

6. Die gesundheitliche Versorgung Deutschlands ist in weiten Bereichen institutionell organisatorisch sektoral gegliedert: Arbeitsunfähigkeit versus Rente, Rehabilitation versus Rente, Pflege versus Rehabilitation, ambulante versus stationäre Versorgung. Hier gilt es der gesetzlichen Initiative zur integrierten Versorgung entsprechend Brücken zu bauen. So wird der MDK künftig, im Einzelfall wie auch bei der Systemgestaltung, noch mehr dazu beitragen, zweckmäßige und sinnvolle Versorgungsketten zu bilden.

Literatur

- ¹ Pick P, Schröder P. Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDS / MDK). Organisation, Themen, Arbeitsschwerpunkte – eine Analyse aus Sicht der Medizinischen Dienste. *Arzt und Krankenhaus* 2005; 4: 114–121
- ² Gaertner T. Sozialgeschichtliche Bedeutung und institutionelle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. In: Gaertner T, von Mittelstaedt G (Hrsg). *Die soziale Pflegeversicherung: Erfahrungen der MDK-Gemeinschaft in der Begutachtung, Qualitätsprüfung und Beratung, Bilanz und Ausblick*. Münster: Daedalus, 2005
- ³ Kirkowa-Reimann M, von Mittelstaedt G. Ethik und Ökonomie – ein Widerspruch? Aus der Sicht des Medizinischen Dienstes. *Dienstleister der Krankenversicherung*. Forum DKG 2000; 04: 44–45
- ⁴ Ueberschär I, Alex C, van Essen J. Ärztliche Gutachten unverzichtbar. Sozialmedizin auch künftig Basis für den ärztlichen Gutachter in der Sozialversicherung. *Dtsch Ärztebl* 2005; 102: A 119–121
- ⁵ Rebscher H. Ansätze zu einem Begründungs-, Ziel- und Organisationskonzept für den MDK – eine Thesenfolge. *BKK* 1990; 3: 122–133
- ⁶ Niehoff JU, Knigge W, Gaertner T. Handlungsansätze für die GKV unter Einbeziehung des MDK. Voraussetzungen. In: *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Hrsg). Managed Care – eine Perspektive für die GKV? Positionen der MDK-Gemeinschaft*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag, 2001
- ⁷ Hausotter W. Medizinischer Dienst: Zur Objektivität verpflichtet. *Dtsch Ärztebl* 2001; 23: A 1534
- ⁸ Marx HH. Die Begutachtung als ärztliche Aufgabe. In: Marx HH, Klepzig H (Hrsg). *Basiswissen medizinischer Begutachtung*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag, 1998
- ⁹ Weltärztebund (World Medical Association = WMA). *Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. Stand 2004; www.bundesaerztekammer.de

- ¹⁰ Frei U. Vom hippokratischen Eid zur Deklaration von Helsinki in Zeiten von Budgets und DRG's. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes 2005; 99: 86 – 88
- ¹¹ o. A. Kodex für die Gutachter der MDK-Gemeinschaft und des MDS.
- ¹² Gaertner T, von Mittelstaedt G. Dimensionen angewandter Sozialmedizin bei der Begutachtung, Qualitätsprüfung und Beratung im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung. In: Gaertner T, von Mittelstaedt G (Hrsg.). Die soziale Pflegeversicherung: Erfahrungen der MDK-Gemeinschaft in der Begutachtung, Qualitätsprüfung und Beratung. Bilanz und Ausblick. Münster: Daedalus, 2005
- ¹³ von Mittelstaedt G, Gaertner T. Die Zukunft der Sozialmedizin aus praktischer Sicht. Gesundheitswesen 2001; 63: 156 – 161
- ¹⁴ Brennecke R. Anforderungen an eine zukunftsorientierte Sozialmedizin. Gesundheitswesen 2005; 67: 81 – 88
- ¹⁵ Kohlhaufen T. Ärztliche Leitungen der MDK verabschieden Positionspapier. Berufsbegleitende Fortbildung für MDK-Gutachter/innen. MDK-Forum 2005; 3: 20 – 21
- ¹⁶ Gaertner T, Jansen O, von Mittelstaedt G. Zur Klassifikation sozialmedizinischer Leistungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen nach Produktgruppen. Gesundheitswesen 2001; 63: 548 – 555
- ¹⁷ Piechowiak H. Selbstverständnis des medizinischen Sachverständigen in neuen Strukturen – aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Med Sach 1999; 95 (1): 8 – 11
- ¹⁸ Ueberschär I, Heipertz W. Der Arzt als sozialmedizinischer Gutachter – keine Abkehr vom Helfen und Heilen. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2001; 36: 430 – 334
- ¹⁹ Scior B, Gaertner T. Ärztliche Begutachtung. In: Gostomzyk JG (Hrsg.). Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis (5. Ergänzungslieferung). Landsberg/Lech: ecomed verlagsgesellschaft, 2005
- ²⁰ Schwartz FW, Wismar M, Amelung V. Management von Profit- und Nonprofit-Organisationen im Gesundheitswesen. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe J, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München – Jena: Urban & Fischer Verlag, 2003
- ²¹ o. A. Positionspapier zu „Rolle und Funktion des Medizinischen Dienstes im Verhältnis zu seinen Trägern“.
- ²² Schaller H, Gaertner T. Begutachtung und Beratung im Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung – Allgemeine Grundsätze. In: Gostomzyk JG (Hrsg.). Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis (5. Ergänzungslieferung). Landsberg/Lech: ecomed verlagsgesellschaft, 2005
- ²³ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände e.V. MDS. Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit. Essen, 2004

Buchbesprechung

H.-O. Karnath, W. Hartje, W. Ziegler: **Kognitive Neurologie**. 2005, 254 S., 63 Abb., 44 Tab., gebunden, 79,95 €, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, ISBN 3-13-136521-8

Im Rahmen des mehrbändigen Werkes „Referenz-Reihe-Neurologie“ ist im Thieme Verlag ein neues Buch mit dem Titel „Kognitive Neurologie“ erschienen. Die Herausgeber Karnath, Hartje und Ziegler haben sich mit einer ganzen Reihe von namhaften Autoren dem faszinierenden Thema der höheren Hirnfunktionen gewidmet. In den einzelnen, in sich abgeschlossenen Beiträgen werden sehr anschaulich und didaktisch gut aufbereitet bekannte und weniger häufige Störungsbilder dargestellt.

Die Beschreibung und die Diagnostik von funktionellen Störungen werden immer bedeutender. Für den Betroffenen selbst spielen zunächst weniger die wissenschaftlichen Diagnosen eine Rolle, sondern die funktionellen Auswirkungen, die aufgrund der Erkrankung relevant werden. Das gilt für die berufliche Wiedereingliederung genauso wie für den persönlichen und privaten Bereich. Die Autoren greifen gezielt die kognitiven Funktionseinschränkungen auf und regen zum genaueren Hinsehen und Beobachten an.

Sehstörungen, Agnosie, Apraxie und Aphasie bilden den Beginn, Lese-, Sprech-, Sprach- und Rechenstörungen folgen in den

nächsten Kapiteln. Der wichtige Bereich der Amnesie, die Störungen der Aufmerksamkeit, visuelle und akustische Störungen der Orientierung einschließlich optischer Ataxie und Neglekt bilden neben weiteren bedeutenden, zum Teil auch selteneren Funktionsstörungen einen weiteren Schwerpunkt. Das Kapitel Demenz mit 14 Seiten kann in solch einem Werk nur eine grobe Übersicht geben. Zum Abschluss finden sich noch 2 Kapitel zu den Themen der medikamentösen Behandlung kognitiver Störungen und der neuropsychologischen Begutachtung.

Trotz der vielen Autoren wurde die Systematik der einzelnen Kapitel durchgängig beibehalten. Damit sind eine Übersichtlichkeit und eine nachvollziehbare Struktur für den Nutzer gegeben.

Die gute Lesbarkeit mit vielen alltagstauglichen Hinweisen und Hilfen machen es auch für andere Fachgruppen, wie z. B. Psychologen, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten, interessant, die auch in den Bereichen Akutversorgung, Rehabilitation und Praxis tätig sind.

Um bei der Thematik zu verbleiben: Dieses Buch stellt visuell, haptisch, praktisch und fachlich eine Bereicherung der Literatur zu dem Thema der individuellen, kognitiven Funktionsstörungen in der Neurologie dar. Es ist uneingeschränkt für jeden, der sich mit dieser Thematik beschäftigt, zu empfehlen.

H.-J. Kirschenbauer, Frankfurt/Main