

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen

Aufgaben – Organisation – Schnittstellen

Thomas Gaertner, Jörg van Essen

1. Allgemeine Grundlagen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist die sozialmedizinische Sachverständigeninstitution innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit der ihr zugeordneten sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die GKV als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die SPV ist dazu bestimmt, den Versicherten Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Die diese Sozialversicherungen tragenden Kranken- und Pflegekassen haben nach dem Untersuchungsgrundsatz des § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) den leistungsberechtigenden Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Zu den Beweismitteln, die nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlich sein können, zählen nach § 21 SGB X:

1. Auskünfte jeder Art einholen,
2. Beteiligte anhören, Zeugen und Sachverständige vernehmen oder die schriftliche oder elektronische Äußerung von Beteiligten, Sachverständigen und Zeugen einholen,
3. Urkunden und Akten beiziehen,
4. den Augenschein einnehmen.

Die einzelnen Medizinischen Dienste der Länder arbeiten bundesweit einheitlich nach rechtlich festgeschriebenen Bestimmungen. Im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände erbringt dabei die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK Hessen) sachverständige Leistungen folgender Kategorien:

- Begutachtungen von Versicherten
- Qualitätsprüfungen in Versorgungseinrichtungen
- Beratungen zu Grundsatz- und Versorgungsfragen
- Fortbildungen für Sozialleistungsträger.

Eine sozialmedizinische Stellungnahme des MDK hat dabei lediglich empfehlenden Charakter. Sie vermittelt somit zwischen medizinischen Tatbeständen und der leistungsrechtlichen Entscheidung auf Seiten der Kranken- bzw. Pflegekasse (Seger 2011). Die sozialgesetzlichen Regelungen zu den Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden ergänzt und konkretisiert durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes sowie die Rechtsprechung. Die Fachaufgaben des MDK werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen, bezüglich der Aufgaben speziell für die Pflegeversicherung in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften. Nach § 275 Abs. 5 SGB V sind die Ärztinnen und Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Aufgrund des behördlichen Sachverständigenstatus sind für die Gutachtererstellung seitens des MDK grundsätzlich die gleichen fachlichen Voraussetzungen verpflichtend, wie sie in Sachverständigenordnungen festgeschrieben sind (Gaertner und Gnatzy 2011). Dazu gehören:

- Unabhängigkeit
- Weisungsfreiheit
- Gewissenhaftigkeit
- Unparteilichkeit.

Zur Gewährleistung der Unabhängigkeit wurde der MDK vom Gesetzgeber als kasernenartenübergreifende Arbeitsgemein-

schaft der gesetzlichen Krankenversicherung institutionalisiert, unabhängig also von einer einzelnen ihn beauftragenden Kranken- bzw. Pflegekasse. Bezüglich der Weisungsfreiheit ist herauszustellen, dass hinsichtlich des sozialmedizinischen Leistungsgeschehens im MDK gemäß § 2 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) folgendes zu beachten gilt: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“. Gewissenhaftigkeit im Sachverständigenwesen bedeutet neben der Erfahrung im Sinne von Fachwissen und Sachkenntnis, der sorgfältigen Ermittlung auf der Grundlage der obengenannten Beweismittel und einer nachvollziehbaren Begründung der Ergebnisse insbesondere die Berücksichtigung des aktuellen Stands der Wissenschaft und Technik sowie speziell für den MDK die Beachtung der Richtlinien. Unparteilichkeit subsummiert die Achtung auf Unbefangenheit, die Gewährleistung der Objektivität und Unvoreingenommenheit sowie die Wahrung der Neutralität. Dazu gehört auch, dass entsprechend dem § 275 Abs. 5 SGB V die Gutachterinnen und Gutachter des MDK bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nicht berechtigt sind, „in eine medizinische Behandlung einzugreifen“.

2. Aufbauorganisation des MDK Hessen

Die Kranken- bzw. Pflegekassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen oder bei besonderen Erkrankungskonstellationen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Geprüft werden vom MDK die Voraussetzungen, Art und Umfang von diagnos-

Tabelle 1: Begutachtungsleistungen des MDK Hessen nach Anlassgruppen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011.

Anlass	Anzahl der gutachterlichen Stellungnahmen
Stationäre Leistungen	282.935
Arbeitsunfähigkeit	136.632
Vorsorge/Rehabilitation	82.783
Hilfsmittel	21.743
Ambulante Leistungen	22.018
Neue/unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel	7.044
Ansprüche gegenüber/von Dritten	3.259
Zahnmedizin	838
Sonstige Anlässe	925
Gesamt	558.177

Tabelle 2: Begutachtungsleistungen des MDK Hessen nach Anlassgruppen im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen im Jahr 2011.

Anlass	Anzahl der gutachterlichen Stellungnahmen
Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege	95.986
Pflegebedürftigkeit in der vollstationären Pflege	26.882
Pflegebedürftigkeit in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	552
Übrige Leistungen, wie z.B. Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	12.761
Gesamt	136.181

tischen und therapeutischen Leistungen sowie von Arbeitsunfähigkeit, die Notwendigkeit medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die Erforderlichkeit von häuslicher Krankenpflege oder von Hilfsmitteln, die Pflegebedürftigkeit sowie die Qualität in Pflegeeinrichtungen. Weiterhin sollen die Krankenkassen und ihre Verbände im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse (§ 275 SGB V, § 18 und § 114 SGB XI). Die Krankenkasse hat dabei eigenverant-

wortlich zum richtigen Zeitpunkt die gebotene Auswahl an Fällen zu treffen, bei denen sie zur Klärung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen einen (sozial-)medizinischen Begutachtungs- bzw. Beratungsbedarf seitens des MDK sieht (Gaertner und van Essen 2012).

In Analogie zu den Vereinbarungen der Kosten- und Leistungstransparenz innerhalb der MDK-Gemeinschaft werden die sozialmedizinischen sachverständigen Stellungnahmen des MDK Hessen nach Anlassgruppen klassifiziert (s. Tabellen 1 bis 3). Diese Systematik zugrunde legend und auch der für (sozial-)medizinische Leistungen erforderlichen Spezialisierung folgend ist der MDK Hessen als zeitgemäße Spartenorganisation in vier Geschäftsbereiche gegliedert. Die Begutachtungs-

Prüfungs- und Beratungsaufgaben verteilen sich auf diese wie folgt:

Geschäftsbereich Krankenhaus (GB KH)

- Stationäre Krankenhausversorgung
- Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- Psychische und Verhaltensstörungen
- Krankheiten des Nervensystems

Geschäftsbereich Arbeitsunfähigkeit/ Rehabilitation (GB AU/Reha)

- Arbeitsunfähigkeit
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
- Plastisch-kosmetische Operationen
- Bariatrisch-chirurgische Eingriffe
- Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe
- Fahrtkosten
- Chronische Erkrankungen

Geschäftsbereich Ambulante Versorgung (GB AV)

- Hilfsmittel
- Arznei- und Heilmittel
- Medizinprodukte
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Ambulante Palliativversorgung
- Sorgfaltspflichtverletzungen und Ersatzansprüche
- Zahnmedizin

Geschäftsbereich Pflege (GB Pflege)

- Pflegebedürftigkeit
- Pflegehilfsmittel
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Pflegequalität

Mit festen Standorten ist der MDK Hessen vertreten in Oberursel (Hauptsitz) sowie Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Gießen, Kassel, Marburg, Offenbach und Wiesbaden. In Verbindung mit zusätzlich bedarfsabhängig zu nutzenden Untersuchungsstellen in weiteren neun hessischen Städten wurde so flächendeckend ein effizientes Versorgungsnetz im Land

Tabelle 3: Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch den MDK Hessen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen im Jahr 2011.

Anlass	Regelprüfung	Anlassprüfung	Wiederholungsprüfung	Gesamt
Qualität bei Pflegediensten	934	36	23	993
Qualität in Pflegeheimen	903	39	26	968
Gesamt	1.837	75	49	1.961

etabliert. Mit dieser Infrastruktur ist bei der Notwendigkeit einer Inaugenscheinahme oder Untersuchung eines Versicherten eine wohnortnahe Erreichbarkeit des MDK Hessen sichergestellt und die Möglichkeit einer unkomplizierten direkten Kontaktaufnahme mit Leistungserbringern landesweit gegeben.

3. Schnittstellenregelungen

Nach § 276 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung und Beratung erforderlichen Unterlagen vorzulegen sowie Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht hinaus der Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den MDK nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. In Betracht kommen beispielsweise Angaben, Berichte oder Bescheinigungen über

- medizinische Leistungen,
- Arbeitsunfähigkeit,
- Krankheits- und Behandlungsverlauf,
- Vorerkrankungen,
- Art der Beschäftigung und berufliche Gegebenheiten,
- Besonderheiten aus dem sozialen Umfeld.

Bei der Übermittlung der Unterlagen nahm in den letzten Jahren der internetbasierte Datentransfer stetig zu. So erreichten den MDK Hessen im Jahr 2011 über 40 Prozent der Pflegebegutachtungsaufträge und rund

80 Prozent aller Aufträge im Geschäftsbereich Krankenhaus in elektronischer Form. Der MDK darf allerdings Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Begutachtungen, Prüfungen und Beratungen erforderlich ist. Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen ausschließlich für die sozialgesetzlich vorgesehenen Zwecke verarbeitet oder genutzt werden. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen.

Haben die Krankenkassen eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst, sind, soweit dies dafür erforderlich ist, die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln. Nach § 277 SGB V hat der MDK dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Er ist befugt, den genannten Ärzten und Leistungserbringern die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen. Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des MDK

über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

Gerade die durch psychische und psychosomatische Erkrankungen bedingte Arbeitsunfähigkeit stellt Vertragsärzte, Krankenkassen und Medizinische Dienste zunehmend vor Herausforderungen. In Ergänzung zur Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit wurde daher ein spezieller Begutachtungsleitfaden, der den Besonderheiten bei der gutachtlichen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Versicherten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen Rechnung trägt, entwickelt. Mit dem Ziel, auch auf diesem Gebiet ein bundesweit möglichst gleichartiges Vorgehen durch die MDK-Gutachter zu gewährleisten, wurde dieser Leitfaden im Februar 2012 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der MDK-Gemeinschaft verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Die gutachtliche Stellungnahme des MDK ist für den behandelnden Arzt grundsätzlich verbindlich. Nach dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) kann im ambulanten Sektor der behandelnde Vertragsarzt bei Meinungsverschiedenheiten unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Der MDK soll dann mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt. Für den stationären Sektor existiert eine solche Regelung auf Bundesebene und speziell auch für Hessen auf Landesebene nicht. An den Schnittstellen von Krankenkasse, Versichertem, Leistungserbringer und MDK sind neben den gesetzlichen sowie landes-

spezifischen vertraglichen Regelungen insbesondere nach § 282 Satz 3 SGB V die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung aus dem Jahr 1990 weiterhin von grundlegender Bedeutung. Allerdings sind darin die Überprüfung der Krankenhausabrechnung auf Kodierqualität oder indikationsspezifische Plausibilität entsprechend dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 noch nicht enthalten. Bestandteil dieses Gesetzes war ja unter anderem auf der Grundlage der German Diagnosis Related Groups (G-DRG) die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die allgemeinen Krankenhausleistungen.

Bei der DRG-Begutachtung durch den MDK handelt es sich entsprechend § 275 Abs. 1 Satz 1 nicht, wie gemeinhin formuliert um eine Abrechnungsprüfung im engeren, pekuniären Sinne. Diese nämlich, die „Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung“ obliegt der Krankenkasse, die, falls der MDK involviert wurde, sie erst im Nachgang und unter Berücksichtigung der von ihr beauftragten einzelfallbezogenen Stellungnahme des MDK vornimmt. Die DRG-Begutachtung stellt gleichermaßen wie die Begutachtung zur Beurteilung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung besondere Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter bezüglich der Aktualität ihres Fachwissens sowie ihrer Kenntnis der Rechtsgrundlagen (Dirschedel et al. 2010, Huber et al. 2012). Die Begutachtung des Einzelfalls seitens des MDK basiert auf seiner sozialmedizinischen, d.h. sozialgesetz- und richtlinienkonformen „Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung“, d.h. der bereits oben erwähnten indikationsspezifischen Plausibilität, und der darauf basierenden Überprüfung auf medizinisch einwandfreie Kodierung

nach dem DRG-System seitens des Leistungserbringers.

Die Eingruppierung in eine G-DRG erfolgt unter Anwendung diagnosebezogener (ICD) und prozedurenassoziierter (OPS) sensibler persönlicher Daten von Krankenhauspatienten unter Berücksichtigung dokumentierter Angaben zur persönlichen Krankengeschichte unter anderem auch zur Familien- und Sozialanamnese. Die DRG-Begutachtung ist somit kein reiner Verwaltungsakt, sondern eine nach § 20 SGB X ärztliche Ermittlung, fachgemäße Beurteilung und sachgerechte Feststellung eines individuellen medizinischen Tatbestands im Auftrag der als Behörde geltenden Krankenkasse. Die Begutachtung, gerade auch im prozessualen Sinne, unterliegt damit nicht nur dem sozialgesetzlichen verbrieften Datenschutz des Versicherten. Wesentlich maßgebend ist es, bei der gutachterlichen Ermittlung für die Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die anderen Angehörigen heilbehandelnder Berufe des Medizinischen Dienstes die standesrechtlichen Normen zur Verschwiegenheitspflicht (Schweigepflicht) zunächst einmal als Gutachter selbst einzuhalten und diese dann auch gegenüber Dritten, nicht an der Patientenversorgung und deren Dokumentation unmittelbar Beteiligten, während zu beachten.

Nach der stationären Versorgung sowie der Arbeitsunfähigkeit stellen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen den dritthäufigsten Anlass dar, seitens der Krankenkassen den MDK Hessen mit einer Begutachtung zu beauftragen. Der MDK überprüft nicht nur die Indikation, sondern er hat auch die Aufgabe, der Krankenkasse Alternativen zu empfehlen (Hagen 2009). Bei Anträgen zur medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 24 bzw. § 41 SGB V sind neben den primär begründenden Gesundheitsproble-

men gerade auch die psycho-sozialen Aspekte von besonderer Bedeutung. Eine diesbezüglich bundesweit vergleichbare Beurteilung seitens der Medizinischen Dienste wurde in letzter Zeit nicht zuletzt vom Bundesrechnungshof angemahnt. Um eine homogene Begutachtungspraxis sicherzustellen, wurde ebenfalls im Februar dieses Jahres eine Standardverfahrensanweisung durch die Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte beschlossen und zur einheitlichen Anwendung in den MDK empfohlen. Sie ist in Verbindung mit der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation und den Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS anzuwenden. Demnach sind zur gutachterlichen Klärung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele und -prognose neben Mitteilungen zu allgemeinen umwelt- und personbezogenen Faktoren einschließlich Risikofaktoren sowie mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren folgende Unterlagen zur Beurteilung notwendig:

- Antrag auf eine Leistung nach § 24 bzw. § 41 SGB V,
- Befundbericht/ärztliche Verordnung,
- Selbstauskunft der/des Versicherten,
- Leistungsauszug der Krankenkasse,
- weitere Befundberichte aus den letzten zwölf Monaten zum antragsbegründenden Gesundheitsproblem,
- Krankenhaus-Entlassungsberichte aus den letzten zwölf Monaten,
- zurückliegende Vorsorge-/Reha-Entlassungsberichte.

Damit ein Begutachtungsauftrag zügig und möglichst abschließend bearbeitet werden kann, sollten dem MDK bei Auftragserteilung alle notwendigen Dokumente seitens der Krankenkasse vorgelegt werden können. Die für die Begutachtungen anlässlich der Versorgung mit/des

Einsatzes von Arzneimitteln, Heilmitteln, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Hilfsmitteln beurteilungsrelevanten Unterlagen hat der MDK Hessen in so genannten Checklisten zusammengestellt. Diese finden sich auf der Homepage des MDK Hessen unter: <http://www.mdk-hessen.de/72.htm>. Bedacht werden sollte auch, dass nicht nur die Überprüfung einer Verordnung ex ante, sondern auch Hinweise auf eine möglicherweise insuffiziente Hilfsmittelversorgung ex post Anlass für eine Begutachtung durch den MDK sein können. Zudem kann bei einer Begutachtung durch den MDK entlastend für die GKV gelegentlich auch die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers festgestellt werden (Kern 2010).

Dem § 8 SGB XI zufolge ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine in gemeinsamer Verantwortung getragene gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bei Pflegebedürftigkeit leistet die soziale Pflegeversicherung daher im Sinne einer Teilabsicherung Hilfe nur unterstützend, also lediglich ergänzend zur Pflege oder Betreuung durch Angehörige, Nachbarn sowie Selbsthilfegruppen und zu den Hilfeleistungen von Ländern oder Kommunen (Gaertner 2009). Die Beteiligung des Medizinischen Dienstes am Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit als leistungsberechtigendem Tatbestand ist gesetzlich vorgeschrieben. Dazu erstellt der MDK Hessen grundsätzlich unter Einbeziehung medizinischer Unterlagen, der Auskünfte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, einer orientierenden Untersuchung des Versicherten, der Exploration der Pflegenden zum Hilfebedarf und der Inaugenscheinnahme des Wohnumfeldes das in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien vorgesehene ausführliche Formulargutachten (http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_09o6o8.pdf).

Nach § 18 SGB XI hat der MDK Hessen im Auftrag der Pflegekasse zu prüfen ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zudem sind das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Auf dieser Grundlage haben dann Versicherte einen Anspruch ge-

gen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

4. Schlussbetrachtung

Seit dem Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahre 1988 obliegt es der GKV, das Gesundheitssystem strukturell und prozessual aktiv mitzugestalten. Dabei ergeben sich Interferenzen der Krankenkassen mit Versicherten, Leistungserbringern, Sozialleistungsträgern, Rechtsprechung, Wissenschaft, Politik, Ökonomie und Medien mit den ihnen eignenden medizinisch relevanten Wissenssphären. Zur medizinisch-sachverständigen Unterstützung der In-

teraktion an den funktionalen Systemgrenzen wurde als Begutachtungs-, Prüf- und Beratungsinstanz der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bundesweit institutionalisiert. Die praxeologische Wissenssoziologie begreift Medizin als eine kommunikationsgetragene Kulturleistung, wobei Kultur als Bedingungs-konstrukt gemeinschaftsstiftenden Handelns zu verstehen und Krankenbehandlung in ihrer sozialen Komplexität wahrzunehmen intendiert ist (Vogd 2011). In diesem Kontext können auch die rein gutachterlichen Interventionen des MDKs als Phänomene der Kommunikation eingeordnet werden. Diese erhält ihre regulativ-konstitutive Bedeutung dadurch, den durch Informationsbedarf und Implausibilitäten hervorgerufenen Ungewissheiten Verständnis vermittelnd, Handlungsperspektiven eröffnend und damit Gemeinschaft stabilisierend zu begegnen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen ist eine Sachverständigeninstitution modernen Zuschnitts. Als Teil der Solidargemeinschaft ist der MDK Hessen nach § 70 SGB V an die sozialgesetzlichen Grundsätze der Qualität, Humanität und

Wirtschaftlichkeit gebunden. Er hat seinen umfassenden vermittelnden Versorgungsauftrag an Schnittstellen des Gesundheitssystems. Es ist eine Verpflichtung zur sozialmedizinisch fachgemäßen und situativ sachgerechten Kommunikation, die „arbeitet an der Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren, um Bestimmtes verstehen zu können“ (Baecker 2005).

Anschrift der Verfasser

Dr. med. Thomas Gaertner
 Leiter Stabs- und Servicebereich Wissen und Kommunikation
 E-Mail: t.gaertner@mdk-hessen.de

Dr. med. Jörg van Essen
 Leitender Arzt
 E-Mail: j.essen@mdk-hessen.de

MDK Hessen
 Zimmersmühlenweg 23
 61440 Oberursel
www.mdk-hessen.de

Literatur

1. Baecker D. *Form und Formen der Kommunikation*. Suhrkamp, Frankfurt am Main (2005)

2. Dirschedl P, Waibel B, Mohrmann M. *Sozialmedizinische Begutachtung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung im G-DRG-System*. *Gesundheitswesen* 72: 433-442 (2010)
3. Gaertner T. *Systemimmanente Prinzipien und Funktion der sozialen Pflegeversicherung*. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, von Mittelstaedt G. *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 2. Auflage. Walter de Gruyter, Berlin (2009)
4. Gaertner T, Gnatzy W. *Zum Sachverständigenstatus im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung am Beispiel des MDK Hessen*. *Gesundheit und Pflege* 5: 166-173 (2011)
5. Gaertner T, van Essen J. *Begutachtung und Beratung im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung – Allgemeine Grundsätze*. In: Gostomzyk JG: *Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis*. 20. Erg. Lfg. *ecomed MEDIZIN*, Landsberg/Lech (2012)
6. Hagen T. *Rehabilitation aus Sicht des MDK*. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 44: 487-489 (2009)
7. Huber H, Brambrink M, Rieger M. *Qualitätssicherung in der Kodierbegutachtung von Krankenhausfällen im G-DRG-System*. *Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0031-1301269*
8. Kern L. *Die Begutachtung von Hilfsmitteln aus Sicht des MDK*. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed* 45: 76-78 (2010)
9. Seger W. *Qualität der (sozial-)medizinischen Beratung und Begutachtung in der gesetzlichen Sozialversicherung*. *Gesundheitswesen* 73: 520-531 (2011)
10. Vogd W. *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. *Velbrück Wissenschaft, Weilerswist* (2011)

Faktor Mensch – Risikomanagement und Fehlervermeidung im Patientenbetrieb

Seminar für Ärzte und Führungskräfte in der Medizin

Theorie und Praxis

Die Veranstaltung wird durchgeführt von Dr. med. Walter Merkle, Wiesbaden in Kooperation mit der LÄK Hessen und AIMS International-Germany GmbH, Neuss

- Modul I – theoretischer Teil:
 2. Juni 2012 und 15. September 2012
 (mit 8 Fortbildungspunkten zertifiziert)
 jeweils 09:00 – 17:00 Uhr
- Modul II – praktischer Teil:
 3. Juni 2012 und 16. September 2012
 (mit 10 Fortbildungspunkten zertifiziert)

Tagungsort: SHERATON Frankfurt Airport Hotel & Konferenzzentrum, Terminal 1 / Airport, Hugo-Eckener-Ring 15, Frankfurt a.M.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.laekh.de → **Aktuelles**