

IPP-SCHRIFTEN 14

Norbert Schmacke

Zur Positionierung des MDK in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

**Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
der Universität Bremen**

Herausgeber*innen: Gabriele Bolte, Stefan Görres, Ansgar Gerhardus

Juni 2016

Impressum

IPP-Schriften, Ausgabe 14 / 2016

Titel: Zur Positionierung des MDK in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

Autor: Prof. Dr. Norbert Schmacke

Kontakt Autor: Prof. Dr. Norbert Schmacke, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen.
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

Herausgeber IPP-Schriften: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen: Prof. Dr. Gabriele Bolte (geschäftsführend), Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus.

Kontakt Herausgeber: Prof. Dr. Gabriele Bolte (geschäftsführende Direktorin), c/o Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11, Universität Bremen, Grazer Straße 4, 28359 Bremen.
Fon: (+)49 0421 – 218 68980/ -68880, E-Mail: hmertesa@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de.

Bremen, Juni 2016
Umschlaggestaltung: IPP
Download der Online-Ausgabe unter: www.ipp.uni-bremen.de

ISSN 1867-1942 (Internetausg.)

V.i.S.d.P.: Verantwortlich für die publizierte Fassung ist der Autor der vorliegenden Ausgabe.

Haftungsausschluss: Es gilt der nachfolgende Haftungsausschluss der Universität Bremen (Online im Internet unter <http://www.uni-bremen.de/datenschutz/haftungsausschluss.html>):

1. Inhalt des Onlineangebotes

Die Universität Bremen übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Universität Bremen, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Universität Bremen kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Universität Bremen behält es sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

2. Verweise und Links

Die Universität Bremen hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanziert sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge in von der Universität Bremen eingerichteten Gästebüchern, Diskussionsforen und Mailing-Listen.

3. Urheber- und Kennzeichenrecht

Die Universität Bremen hat in allen Publikationen die Urheberrechte der Autoren der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten. Sie ist bestrebt, möglichst von ihr selbst erstellte Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der innerhalb des Internetangebotes der Universität Bremen verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet, sofern diese nicht ausdrücklich als lizenzfrei erklärt sind.

4. Datenschutz

Sofern innerhalb des Internetangebotes die Möglichkeit zur Eingabe persönlicher oder geschäftlicher Daten (E-Mail-Adressen, Namen, Anschriften) besteht, so erfolgt die Preisgabe dieser Daten seitens des Nutzers auf ausdrücklich freiwilliger Basis.

5. Urheberrecht (Copyright - Universität Bremen)

Alle Rechte vorbehalten, all rights reserved, Universität Bremen, D-28359 Bremen.

Die Online-Dokumente und Webseiten einschließlich ihrer Teile sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen nur zum privaten, wissenschaftlichen und nichtgewerblichen Gebrauch zum Zweck der Information kopiert und ausgedruckt werden, wenn sie den Copyright-Hinweis enthalten. Die Universität Bremen behält sich das Recht vor, diese Erlaubnis jederzeit zu widerrufen. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Universität Bremen dürfen diese Dokumente/Webseiten nicht vervielfältigt, archiviert, auf einem anderen Server gespeichert, in News-Gruppen einbezogen, in Online-Diensten benutzt oder auf einer CD-ROM gespeichert werden. Sie dürfen jedoch in einen Cache oder einen Proxy-Server zur Optimierung der Zugriffsgeschwindigkeit kopiert werden.

Wir erlauben ausdrücklich und begrüßen das Zitieren unserer Dokumente und Webseiten sowie das Setzen von Links auf unsere Website.

Norbert Schmacke

**Zur Positionierung des
MDK in der gesetzlichen
Kranken- und
Pflegeversicherung**

**Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands
Mai 2016**

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Gutachtauftrag und Methodik	4
2. Historischer Rückblick	5
3. Unterschiedliche Perspektiven zur Rolle des MDK	9
4. Leistungsprofil des MDK	11
5. Richtlinienfundierung	13
6. Internes Qualitätsmanagement	14
7. Gutachtaufträge	16
a) Verschiebungen der Schwerpunkte	16
b) Thema Aktengutachten	18
c) Gutachtenfeld Krankenhaus	18
d) Gutachtenfeld Behandlungsfehler	21
e) Gutachtenfeld Pflege	21
f) Versichertenbefragung	26
8. Kompetenzzentren	26
9. Unabhängigkeit in Grundsatzpositionen	30
a) Stellungnahmen zu Gesetzesnovellen	30
b) IGeL-Monitor	31
c) Psychiatrische Versorgung	31
d) Arzneimittelbewertung	32
10. Rollenzuweisung durch das KHSG: der Systembruch	32
11. Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen	37
12. Schlussbetrachtungen	42
13. Zitierte und verwendete Literatur	44
Über den Autor	50

Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat seit der Gründung des MDK im Jahr 1988 – in Nachfolge zum vertrauensärztlichen Dienst – dessen Aufgabenprofil immer wieder modifiziert, sowohl im Bereich der Individualgutachten als auch im Bereich der Systemberatung der GKV. Die gesetzlich garantierte Unabhängigkeit des MDK wird von den Leistungserbringern wie der betroffenen und interessierten Öffentlichkeit häufig in Zweifel gezogen. Grundlage des Gutachtens sind in ausgewählten Bereichen Daten zu Leistungsumfang und –qualität des MDK, publizierte gesundheitspolitische Debatten um die Positionierung des MDK sowie Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen GKV, Leistungserbringer und der Patientenselbsthilfe. Folgende Kernergebnisse werden zur Diskussion gestellt:

- 1.: Grundsätzliche Zweifel an der Unabhängigkeit des MDK sind nicht begründet.
- 2.: Kritik an der Ausrichtung des MDK richten sich de facto nicht gegen den Dienst sondern gegen die Politik und den Gesetzgeber, welcher die gesundheitspolitische Ausrichtung des MDK festlegt
- 3.: Die Idee des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, ebenfalls Ergebnis politischer Entscheidungen, beeinflusst die Schwerpunktsetzungen des MDK zu Ungunsten der Systemberatung, da kassenartenübergreifende Beratung damit an Bedeutung verliert.
- 4.: Der MDK kann über eine weitere Systematisierung des internen Qualitätsmanagements die Transparenz seiner Prozesse weiter fördern und seine kassenartenübergreifende Rolle als Berater für das GKV-System damit eigeninitiativ stärker betonen.

1. Gutachtauftrag und Methodik

Der MDK inklusive MDS bilden den sozialmedizinischen Dienst in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er erstellt individualmedizinische Gutachten ebenso wie Grundsatzgutachten im Sinne einer Systemberatung. Die auf Grund des gesetzlichen Auftrages fachlich unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter haben bei ihren Bewertungen die allgemeinen Bestimmungen der Sozialgesetzbücher zu beachten. Rechtsgrundlagen und Organisation der MDK-Gemeinschaft unterliegen fortlaufenden Änderungen durch den Gesetzgeber, das Aufgabenspektrum ist über die Jahrzehnte kontinuierlich gewachsen. Wird die MDK-Gemeinschaft auf der einen Seite von allen Regierungen bis heute als eine der unverzichtbaren Säulen zur Regulierung der Sozialversicherungen betrachtet, so tauchen in bestimmten Abständen immer wieder teils in der Öffentlichkeit, teils aber auch direkt in der Politik Fragen nach der tatsächlichen Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter auf.

Das Gutachten fokussiert die Frage, ob es systematische Gründe für die Annahme gibt, die MDK-Gemeinschaft könne den elementaren Prinzipien von Unabhängigkeit und Transparenz nicht nachkommen. Dabei geht es nicht um Bewertungen einzelner in der Chronik der MDK-Gemeinschaft strittig gebliebener Verfahren oder Prozeduren, wofür die Sozialgerichte zuständig sind. Des weiteren wird im Gutachten dargestellt, welche Optimierungsmöglichkeiten für die Realisierung der genannten Prinzipien von Unabhängigkeit und Transparenz und es gibt. Grundlage des Gutachtens sind neben einer themenzentrierten Literaturrecherche und –auswertung Experteninterviews¹. Diese Interviews verfolgten das Ziel, möglichst viele Perspektiven in Erfahrung zu bringen und auf aus Sicht der Interviewten wichtige Quellen aufmerksam gemacht zu werden. Es war nicht Intention

¹ Es wurden insgesamt 18 Interviews mit Expertinnen und Experten aus folgenden Organisationen durchgeführt: MDS, MDK (Geschäftsführungen und Verwaltungsräte), Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften, Qualitätsmanagement im stationären Sektor, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Selbsthilfegruppen.

des Gutachtens, Expertenaussagen wörtlich wiederzugeben und Bewertungen ausdrücklich auf sie zu stützen. Alle Bewertungen im Gutachten sind allein durch den Gutachter zu verantworten.

Das Gutachten beabsichtigt ungeachtet der enthaltenen Vorschläge für wichtig erachtete Debatten zur Positionierung des MDK nicht, konkrete Vorschläge zu einer Weiterentwicklung des MDK zu unterbreiten. Es intendiert, die Rahmenbedingungen von Ausrichtung und Realisierung des MDK-Profiles zu beschreiben. Es enthält deskriptive wie analytische Ansätze als auch, wie begründet werden wird, Anteile von Politikberatung. Die entsprechenden Schlussfolgerungen enthalten auch auf den ersten Blick als solche erkennbare persönliche Bewertungen, die – so die Intention des Gutachtens – Anlass zu weiteren Diskussionen bieten sollen. Vertiefende quantitative Analysen zu Trends und Evaluation der Arbeit des MDK sind dem Gutachten nicht zu entnehmen. Die publizierten Daten des MDK erschienen dafür nicht ausreichend und beschränkten die Methodik des Gutachtens insofern auf einen primär qualitativen Ansatz.

2. Historischer Rückblick²

Der als Vorläufer der Institution MDK geltende so genannte „Vertrauensarzt“ findet sich erstmals in den „Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge“ vom 12.05.1924. Er war definiert als „Arzt, der vom Versicherten unabhängig und der Krankenkasse zur Unterstützung verpflichtet war“ und sollte Kontrollmaßnahmen der Krankengeldbezüge im Sinne der Krankenkassen vornehmen. 1930 gab es im gesamten Reichsgebiet 300 hauptamtliche Vertrauensärzte, die Mehrzahl übte diese Funktion in Nebentätigkeit aus. Während der Weimarer Republik und zu Zeiten der wirtschaftlichen Depression verfestigten dann die Vertrauensärzte durch ihre intensive Überprüfungsstätigkeit ihren Ruf als sozialpolitisches Kontrollorgan. Mit dem Gesetz über den Aufbau einer Sozialversicherung vom

² Dieser kursiv gesetzte kurze historische Rückblick wurde – mit einigen Kürzungen – nahezu wörtlich aus der Jubiläumsschrift „20 Jahre MDK Nordrhein“ übernommen. Die hier enthaltenen Bewertungen werden vom Autor geteilt.

05.07.1934 (RGBl.I, 577) wurde der VdD neu organisiert und den Landesversicherungsanstalten als den Trägern der Krankenversicherung auferlegt, die „Gemeinschaftsaufgaben“, zu denen auch der ärztliche Dienst gehörte, für ihre Bezirke zu organisieren. Die „Regelung des Vertrauensärztlichen Dienstes“ als Gemeinschaftsaufgabe erfolgte in der Dritten Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 18.12.1934 (RGBl. I, 1266). Seither war der Vertrauensarzt nicht mehr Leitender Angestellter einer Krankenkasse, sondern Beamter der LVA.

Die folgenden Bestimmungen des Reichsarbeitsministeriums und die Erlasse des Reichsversicherungsamtes über den VdD von 1936 banden den VdD fest in die damalige Politik der nationalsozialistischen Führung, nämlich der Gleichschaltung aller Einrichtungen des öffentlichen Lebens, ein. Dennoch bildeten diese Bestimmungen noch bis zum 31.12.1988 die Grundlage für die Organisation und das Dienstrecht des Vertrauensärztlichen Dienstes.

Seit 1940 war der VdD auch zusätzlich für die Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen rechtswirksam zuständig. Die Frage der Weiterführung bzw. Auflösung des VdD, der nachweisbar als ordnungspolitisches Kontrollorgan im Sinne der nationalsozialistischen Reichsregierung gewirkt hatte, wurde nach Kriegsende kontrovers diskutiert. Die Politik entschied sich aber letztlich in dem Sinne, dass auf medizinische Überprüfungen von Leistungen nicht zu verzichten war. Die Diskussion endete spätestens 1970 mit der Einführung der Lohnfortzahlung an kranke Arbeiter. Die Begutachtung arbeitsunfähig erkrankter Versicherter entwickelte sich in der Folge zum Hauptarbeitsgebiet für den VdD. 1983 wurden dann zur Reformierung der ärztlichen Begutachtungsdienste „Eckwerte einer Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes als Selbstverwaltungslösung“ verabschiedet, denen dann 1984 die „Empfehlungsvereinbarung zur Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes auf der Grundlage des geltenden Rechts“ folgte.

Das vom damaligen Arbeits- und Sozialminister initiierte Gesundheitsreformgesetz von 1988 leitete die Zusammenführung aller Bestimmungen,

die die Krankenversicherung betrafen, im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches ein. Dies beinhaltete u. a. auch, dass ein Medizinischer Dienst der Krankenversicherung zu gründen sei, der anders organisiert werden sollte als der bisherige VdD. Insbesondere sollte der neue MDK nicht mehr in der Trägerschaft der Landesversicherungsämter verbleiben, sondern in die Trägerschaft der Krankenversicherungen übergehen. Politisch erklärtes Ziel war es, den MDK durch die neuen Träger funktional zu erweitern und zu einem Werkzeug für innovative Prozesse im Gesundheitsbereich und im Versorgungsmanagement zu entwickeln. Der MDK wurde als eigenständige Körperschaft kassenartenübergreifend konzipiert.

Das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen – Gesundheitsreformgesetz (GRG) – wurde am 20.12.1988 verabschiedet und im Bundesgesetzblatt I, Nr. 62, vom 29.12.1988 veröffentlicht. Diese Daten sind als Gründungsdaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung anzusehen³.

In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz von 1988 wird zur Konstituierung des MDK wörtlich ausgeführt:

„Der Vertrauensärztliche Dienst wird neu geordnet und zu einem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung umgestaltet, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern und Leistungsmissbrauch vorzubeugen“⁴. Exemplarisch werden als kontrollbedürftig genannt: stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, kieferorthopädische Behandlung, die Form der ambu-

³ Lesenswert ist nach wie vor die frühe sozialrechtliche Position von Gitter und Köhler Fleischmann (1999): „Der MDK soll ein effektives, flexibles und kompetentes medizinisches Beratungsgremium sein, das den Krankenkassen zur Seite steht und dort vorhandene Defizite in medizinischen Fachfragen auch und vor allem in den Vertragsverhandlungen mit den Verbänden und der Leistungserbringern auffangen und so zur Fortentwicklung der GKV im allgemeinen mit beitragen soll. Unterstützt wird diese Aufgabenzuweisung auch durch die Tatsache, daß die Wahrnehmung der Aufgaben im Medizinischen Dienst nicht an die Mitgliedschaft in einem Selbstverwaltungsorgan der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft i.S. des § 278 Abs. 2 SGB V geknüpft werden darf und auch durch zeitlich versetzte allgemeine Sozialwahlen nicht beeinflusst wird“.

⁴ <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/033/1103320.pdf>

lanten Dialysebehandlung, Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung. Die Gesundheitsexperten der damaligen CDU/FDP-Koalition sahen es m.a.W. als selbstverständlich an, im Kontext der Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung auch das Thema Missbrauch zu thematisieren, womit der Auftrag an den MDK verbunden war, sowohl den Versicherten als auch den Leistungserbringern an kritisch erscheinenden Punkten der Versorgung mit geschulter skeptischer Grundhaltung entgegenzutreten. Die Kontrollbefugnisse wurden auch später immer wieder konkretisiert, so z.B. mittels der Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung vom 2.7. 2008⁵

Das MDK-System wurde mit dem GRG föderal konzipiert: „In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Artikels 67 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.“⁶

Zum Thema Unabhängigkeit heißt es im Gesetz weiter: „Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen“. Aus den Erfahrungen mit dem väd wurde weiter getextet: „Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der Medizinische Dienst hat vorrangig Gutachter zu beauftragen.“ Groß war – so steht zu vermuten – das Misstrauen gegenüber der alten ‚Garde‘ von Vertrauensärzten.

Interessant ist aus heutiger Perspektive die gesetzliche Aufgabenzuweisung in der Systemberatung: „Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 genannten Aufgaben im

⁵ Rechtsgrundlage § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zu Leistungen nach §§ 23,24,40 und 41 SGB V.

⁶ In den neuen Bundesländern sind die Medizinischen Dienste als eingetragene Vereine, also in einer privatrechtlichen Rechtsform organisiert.

notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse“; die Beratung im Vertragsbereich ist insbesondere seit dem Setzen auf den Vertragswettbewerb kaum zum Tragen gekommen.

3. Unterschiedliche Perspektiven zur Rolle des MDK

Vor allem in der Ärzteschaft, vermutlich nicht so sehr unter Pflegenden werden Beschäftigte des MDK häufig als „Abtrünnige“ gesehen, die ihren Berufsstand verlassen und auf die „andere Seite“ gewechselt sind. Man wird auch nicht fehl gehen in der Annahme, dass dieses Cliché zudem gelegentlich mit der Vermutung einher geht, dass die Betroffenen den Weg zum MDK aus Bequemlichkeit gesucht und dass möglicherweise nicht gerade die Besten „die Praxis“ verlassen hätten. Solche Bilder sind umso mächtiger je weniger die Betrachter vom Rollenauftrag ‚der anderen‘ und ihrem Berufsalltag wissen. Dabei ist beachtlich, dass sowohl die allgemeine Öffentlichkeit wie Kranke ärztliches und pflegerisches Handeln naturgemäß primär mit der therapeutischen Intervention verbinden und diese dann folgerichtig einen höheren Stellenwert erhält als eine kontrollierende und prüfende Instanz, so sehr diese auch vom Gesetzgeber als unverzichtbar betrachtet wird, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährleisten zu können. Für die meisten Versicherten dürfte der MDK und der MDS in die Kategorie „das unbekannte Wesen“ gehören: solange sie jedenfalls nicht als Kranke oder Angehörige persönliche Erfahrungen mit dem Dienst gemacht haben. Der MDK existiert außerhalb ihrer gesundheitsbezogenen Perspektive, soweit sie nicht gleichzeitig als Mitarbeiter einer GKV-Organisation im weitesten Sinne oder etwa auch als für eine Patientenvertretung oder eine Selbsthilfeorganisation tätig sind. Und für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten besteht auch erst einmal das Problem, die vielfältigen Rollen des MDK zu verstehen. Plausibel ist demgegenüber immer der Eindruck, die Ärztinnen und Ärzte wie Pflegerinnen und Pfleger des MDK handelten als ‚verlängerter Arm‘ der Krankenkassen. Für die gesetzlichen Krankenkassen ist

nun der MDK die gesetzlich legitimierte Gegenmacht zum medizinischen Sachverstand der Leistungserbringer. Und diese fundamentale Rollenzuweisung an den MDK durch den Gesetzgeber – tatsächlich der Beginn des MDK in Ablösung vom vertrauensärztlichen Dienst alter Zeiten – ist sozialrechtlich und soziologisch so leicht zu verstehen wie sie dem ‚common sense‘ sperrig erscheinen muss, der naturgemäß mit einem großen Vertrauensvorschuss an die Leistungen von Medizin und Pflege heranzugehen pflegt. Noch weniger auf breite Akzeptanz darf am Ende die Rollenzuweisung ‚Kontrolleur des Wirtschaftlichkeitsgebots‘ durch die Politik rechnen, zumal Politik im Streitfall selber die Klärung von Zweifeln an der Unparteilichkeit der MDK-Gutachten ja nicht herbeiführen muss und wenig Neigung zeigt, den Kontrollaspekt dann als prinzipiell notwendig zu kommunizieren.

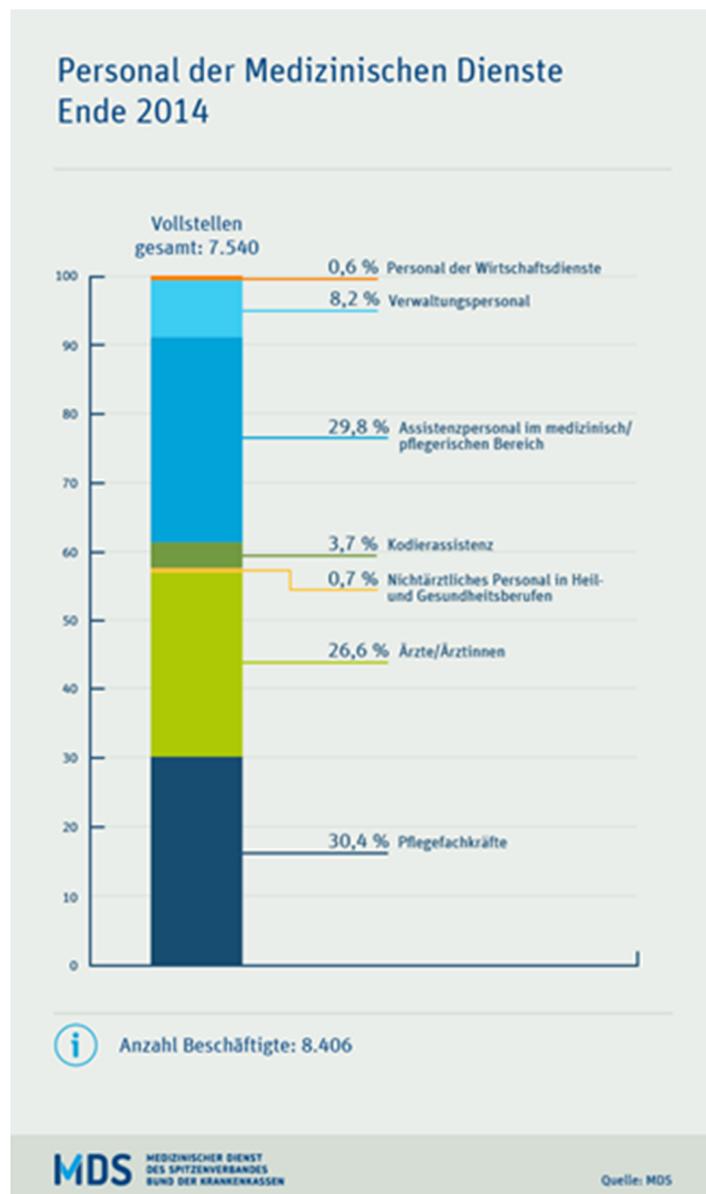
Eine nach wie vor lesenswerte Arbeit über die Geschichte des vertrauensärztlichen Dienstes und die weithin neue politische Ausrichtung des MDK hat 1997 Rimmele vorgelegt. Dabei sah er insbesondere in der neuen Aufgabenzuweisung nach dem Pflegeversicherungsgesetz die Beratungsfunktion des MDK gestärkt, äußerte aber Sorge, dass die Kassen den MDK als ‚lästige Konkurrenz‘ betrachteten und dadurch das Potential des MDK nicht ausgeschöpft werde (Rimmele 1997, 88).

Eine prototypische Bewertung der politischen Aufgabe des MDK findet sich schon in der Gründungsphase des neuen MDK in der politischen Redaktion des Deutschen Ärzteblatts bei Thomas Gerst (1999): „Deutlich zum Ausdruck kommt die Überzeugung der für den Gesetzentwurf Verantwortlichen, daß das komplexe Gesundheitssystem steuerbar ist, sofern nur die ausreichende Datentransparenz geschaffen wird. Ein aufgerüsteter Medizinischer Dienst soll mit dem Gesetz in die Lage versetzt werden, die zur Steuerung des Leistungsgeschehens und dessen Finanzierung notwendigen Entscheidungsgrundlagen zu liefern. Zweifel sind angebracht, ob dies eine realistische Perspektive ist. Der MDK wird sicherlich die eine oder andere Rationalisierungsreserve in der Krankenversicherung aufspüren, doch besteht kaum Hoffnung, im Rahmen des

Globalbudgets die Strukturen der medizinischen Versorgung in allen Bereichen so umzuformen, daß die drohende Rationierung medizinischer Leistungen vermieden werden kann.“

4. Leistungsprofil des MDK

Der MDK hat sich nach seiner Gründung massiv verstärkt.⁷



⁷ Nutzung der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des MDS vom 05.07.2016 (<https://www.mds-ev.de/mdk-statistik/personal-der-medizinischen-dienste.html>)

Im Ärztlichen Bereich sind die meisten der Fachgebiete, relevante Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen vertreten⁸. Damit kommt es sowohl im Bereich Individualgutachten als auch der Tätigkeit auf der Systemebene zu einer permanenten Begegnung auf „Augenhöhe“, auch wenn sich dies im unmittelbaren Kontakt zu Patientinnen und Patienten anders darstellen mag: die zugehörige Kompetenz ist in den Diensten alles in allem ganz im Gegensatz zu den Zeiten des väd vorhanden. Vergleichbares gilt für den Pflegebereich (hier gemäß der Selbstdarstellung auf <http://www.mdk.de/315.htm>):

„Grundvoraussetzung, um als Pflegefachkraft beim MDK zu arbeiten, ist eine abgeschlossene Ausbildung sowie mehrjährige Berufserfahrung, beispielsweise als Gesundheits- und Krankenpfleger/in (früher: Krankenschwester/Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in (früher_ Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger/Altenpflegerin. Wünschenswert sind darüber hinaus Weiterbildungen im Bereich Pflege zum Beispiel zur Pflegedienstleitung, Lehrkraft für Pflegeberufe oder zur Fachkrankenschwester beziehungsweise zum Fachkrankenpfleger für Gerontologie/Gerontopsychiatrie“.

Der Zuwachs an fachlicher Kompetenz scheint dem Gutachter ein zentraler Befund in der Frage der Positionierung des MDK zu sein. Die damit darstellbare Gegenmacht zu der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz der Leistungserbringer wird naturgemäß aus unterschiedlichen Interessenlagen verschieden gewichtet und interpretiert. So entstand seit der Ablösung des vertrauensärztlichen Dienstes eine Begutachtungs- und Beratungsinstitution der GKV, die bei noch so ausgeprägter Bereitschaft zu kollegialen und respektvollen Begegnungen innerhalb ihres Handlungsspektrums eine gesetzlich legitimierte Kontrollfunktion ausübt. Hohe Kompetenz erhöht nun aber anders formuliert die Akzeptanz eines solchen Systems nur bedingt: je offensichtlicher die Augenhöhe der Argumenta-

⁸ S. exemplarisch MDK Westfalen-Lippe (<http://www.mdk-wl.de/index.php?id=299>)

tion etwa in der Debatte um neue Behandlungsmethoden ist, umso ‚bedrohlicher‘ muss der MDK für diejenigen wirken, die um ihre Autonomie und ihre Ressourcen fürchten.

5. Richtlinienfundierung

Die Arbeit des MDK in der Begutachtung basiert auf Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, die ihrerseits dem Gesetzesauftrag des SGB V oder XI folgen. Insoweit liegt ein Gesamtregelwerk vor, das für alle Leistungserbringer, Versicherten, Kassen und MDKs gleichermaßen eine bundeseinheitliche Grundlage darstellt. Der MDS hat auf seiner Homepage diese Richtlinien eingestellt⁹.

Im § 282 SGB V heißt es:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im Übrigen kann er Empfehlungen abgeben. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen....Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.“ Damit ist zugleich klar, dass der MDK-Verwaltungsrat keinen Spielraum hat, eigene Richtlinien in dem genannten Wirkungskreis zu erlassen.¹⁰

Für Insider sind diese Hinweise trivial, da sie der allgemeinen Logik der Sozialversicherung entsprechen. Für die breitere Öffentlichkeit dürfte demgegenüber überhaupt nicht selbstverständlich sein, dass das gesamte Handlungsrahmen des MDK immer einer bundesgesetzlichen Fun-

⁹ <https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/richtliniengrundlagen-der-begutachtung/neue-untersuchungs-und-behandlungsmethoden.html>

¹⁰ So jedenfalls die Lesart zu § 280 Abs. 4 SGB V des Gutachters: „(Der Verwaltungsrat hat) Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Abs. 2 aufzustellen“. Es erschließt sich nicht ohne weiteres, warum der Gesetzgeber überhaupt an dieser Formulierung festhält.

dierung bedarf, deren Ausformung in diesem Fall dem GKV-Spitzenverband übertragen wurde, und dass alle Prozeduren unter der Aufsicht des BMG stehen. Es geht um politisch gewollte Regulierung des Leistungsgeschehens in der GKV.

6. Internes Qualitätsmanagement des MDK

Eine derart große und tief gestaffelte Organisation wie der MDK benötigt zum einen eine zugehörige Philosophie und Praxis des internen Qualitätsmanagements und zum anderen ein System der Transparenz des Leistungsgeschehens¹¹. Der damalige leitende Arzt des MDK Niedersachsen Seger plädierte 1996 für eine Orientierung der MDK-Begutachtung an den damals hoch gepriesenen Vorbildern des „Kaizen“ und der „Lean Production“, ohne erkennbar werden zu lassen, welche Elemente eines internen Qualitätscontrolling wirksam werden sollten. Einen vollständig anderen Ansatz präsentierten Kliebsch und Bremer, die 1995 Ergebnisse einer empirischen Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität der Gutachten zur Schwerpflegebedürftigkeit vorlegten: ein Ansatz, der auch in soweit für das MDK-System als vorbildlich gelten kann, als die Publikation der Methodik und der Daten auch die externe wissenschaftliche Bewertung der vorgenommenen Schlussfolgerungen ermöglicht und damit ein wesentliches Kriterium für Transparenz gegeben ist. 2004 regelten die damaligen Spitzenverbände der Pflegekassen die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Pflegegutachten, verbindlich bundesweit für alle MDKn:

„Jeder Medizinische Dienst verfügt über eine(n) verantwortliche(n) Mitarbeiter(in) für die Koordination und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die interne Qualitätssicherung erfolgt durch besonders qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte. Interessenskonflikte hinsichtlich Erstellung und Prüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind auszuschließen. Jährlich sind mindestens 0,5 v.

¹¹ Es kann nicht die Aufgabe dieses Abschnitts sein, die Belastbarkeit der MDK-internen Qualitätsphilosophie zu bewerten, sondern auf „Mission Statements“ wie auf einzelne, dem Gutachter interessant erscheinenden Ausführungsbeispiele hinzuweisen.

H. aller aus dem ambulanten und stationären Bereich erstellten Gutachten einschließlich der Gutachten von Kindern zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI auf Grundlage einer randomisierten Stichprobenziehung einer Qualitätsprüfung zu unterziehen. Der Umfang errechnet sich aus den erstellten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI des vorangegangenen Prüfzeitraumes. Gegenstand der Qualitätsprüfung sind alle erstellten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. Die Qualitätsprüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI erstreckt sich insbesondere auf die inhaltliche Überprüfung der dokumentierten Angaben und deren Bewertung mit dem Ziel einer Analyse der Begutachtungsqualität und der Identifizierung möglicher Schwachstellen. Die Prüfkriterien werden von der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" erarbeitet und kontinuierlich evaluiert. Der/Die für die Qualitätssicherung verantwortliche Mitarbeiter(in) stellt die Berichterstattung hinsichtlich der Qualitätsprüfung und die kontinuierliche Weiterleitung von Ergebnissen und Erkenntnissen im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sicher. Darüber hinaus berichten die Medizinischen Dienste dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weitergehende Problembereiche die während der Qualitätsprüfung bzw. Begutachtung festgestellt wurden. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bereitet diese Berichte für die Beratungen mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf. Die Berichtsstruktur und die erforderlichen Statistiken werden von der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" erarbeitet."¹²

Im SGB XI §§ 114ff. (in Verbindung mit § 53 a SGB XI und § 113 SGB XI) sind heute auch die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geregelt, die Umsetzung ist in Ergebnisberichten beschrieben und steht insofern öffentlicher Kontrolle und Kritik zur Verfügung.¹³ Die rechtlichen Voraussetzungen für ein wirksames Vorgehen im Bereich der Qualitätssicherung der

¹² http://www.mdk.de/media/pdf/RL_QS_Pflegebegutachtung_040923.pdf

¹³ http://www.mdk.de/media/pdf/Ergebnisbericht_2014.pdf

MDK-Begutachtung im Pflegebereich (§ 53 a, §§ 113 ff.) ermöglichen ein hohes Maß an Transparenz der individuellen wie einrichtungsbezogenen Begutachtungen. Es kann vereinfachend gesagt werden, dass sich eine Kultur der Transparenz der Pflegeprozesse und deren wissenschaftlicher Bewertung und Förderung entwickelt hat, die dem Niveau und der Vergleichbarkeit der Begutachtungen des MDK zugute kommt¹⁴.

In den MDK n werden nicht zuletzt im Gefolge von § 18b SGB XI Instrumente des Beschwerdemanagement eingesetzt, wobei hier ein vollständiger Überblick über den Stand der Instrumente und die Auswertung der Ergebnisse nicht vorzuliegen scheint. Exemplarisch wird auf Berlin-Brandenburg verwiesen¹⁵. Der MDK-BB zieht in seinen verschiedenen Begutachtungsbereichen Stichproben, die einer kontinuierlichen Qualitätsprüfung (KQP) unterzogen werden. Die Größe der Stichproben liegt zwischen 2 und 5%.¹⁶ Eine vergleichende Übersicht über die konkreten QS-Schritte im Umgang mit Individualgutachten im Rahmen des SGB V ist offensichtlich nicht verfügbar. Dabei läge es etwa auf der Hand, nach Prototypen von Widerspruchsverfahren zu suchen und hierbei über vorhandene Varianzen zwischen den MDK zu diskutieren (etwa in Abhängigkeit von der Erwerbslosenrate und der Wirtschaftskraft der Regionen). Am interessantesten wäre ohne Frage eine Statistik über den Anteil von Sozialgerichtsurteilen, in denen MDK-Begutachtungen bestätigt oder durch eingeholte Gutachten als fehlerhaft betrachtet wurden¹⁷.

7. Gutachtaufträge

a) Verschiebungen der Schwerpunkte

Bei Betrachtung längerer Zeiträume fällt auf, dass die Gutachtaufträge im Bereich der Krankenversicherung sich deutlich verschoben

¹⁴ S. Hasseler und Wolf-Ostermann 2010 [http](http://www.mdk.de/media/pdf/28_Mrz_WS_3_Gerber.pdf), s. auch http://www.mdk.de/media/pdf/28_Mrz_WS_3_Gerber.pdf

¹⁵ https://www.mdk-bb.de/sites/default/files/Jahresbericht_2014_MDK_BB.pdf

¹⁶ Eingeholte Auskunft des MDK Berlin-Brandenburg

¹⁷ Dass dies methodisch nicht trivial ist, sei angefügt: so müssten bei derartigen Betrachtungen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zwischen Erst- bzw. Widerspruchsbegutachtung und Meinungsbildung des Sozialgerichts in Rechnung gestellt werden.

haben¹⁸: 1991 stellten Gutachten zur Arbeitsfähigkeit mit 52% und zur Rehabilitation mit 20% fast drei Viertel der Begutachtungs- und Beratungsanlässe ab. Krankenhausgutachten stiegen demgegenüber von 5% im Jahr 1991 auf 41% im Jahr 2012 (Pick 2014, s. 185). Dies ist primär dem höheren gesundheitspolitischen Stellenwert der Steuerung im Krankenhaus zuzuschreiben

Versichertenbezogene Beratungen und Begutachtungen der MDK für die GKV nach Anlässen in Prozent (2010 – 2014)

	2010	2011	2012	2013	2014
Arbeitsfähigkeit	25,6	24,4	23,1	22,8	23,3
Krankenhausleistungen	37,0	39,6	41,1	42,4	42,4
Ambulante Leistungen	6,9	6,8	7,7	7,7	7,3
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	1,9	2,2	2,3	2,3	2,3
Vorsorge/Reha	17,6	16,4	15,7	15,0	14,8
Hilfsmittel	8,2	7,9	7,7	7,3	6,3
Zahnmedizin	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Ansprüche gegenüber Dritten	0,6	0,5	0,5	0,6	0,7
Sonstige Anlässe	1,6	1,6	1,3	1,3	2,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

 Information zu 2014:
Gesamt 5.980.000 Beratungen und Begutachtungen

¹⁸ Nutzung der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des MDS vom 05.07.2016 (<https://www.mds-ev.de/mdk-statistik/gkv-beratungen-und-begutachtungen.html>)

b) Thema Aktengutachten

Das Thema Krankschreibung behält ungeachtet seiner Gesamtdimension stets hohe öffentliche Aufmerksamkeit: Zweifel an Krankschreibungen durch MDK und Kassen sind immer wieder Gegenstand von Kritik¹⁹. Dass die Überprüfung der Krankschreibung einem gesetzlichen Auftrag entspricht, scheint in solchen Darstellungen oft keine Rolle zu spielen, so wie auch selten darauf hingewiesen wird, dass die Überprüfung einer Krankschreibung in der entsprechenden Richtlinie detailliert und damit frei von willkürlicher Entscheidung einer einzelnen Kasse geregelt ist²⁰. Auch die immer wieder zu hörende Kritik an den ‚Aktengutachten‘ des MDK ist in diesen Kontext einzuordnen: es ist nicht nachvollziehbar, warum bei Vorliegen der in der Richtlinien dezidiert genannten erforderlichen Unterlagen incl. der Möglichkeit der Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin immer eine Einbestellung der Kranken erfolgen soll. Am Beispiel Krankschreibung kulminieren die Kernvorwürfe gegenüber dem MDK: er unterliege dem Primat der Leistungsbegrenzung, ihm fehle fachliche Kompetenz und er treffe zu viel Entscheidungen nach Aktenlage. Ohne dem nun entgegensetzen zu wollen, dass derartige pauschale Vorwürfe nun wiederum vollständig unbegründet seien, wird im Gutachten vielerorts dargelegt, welche Kompetenzen und Positionen sich dem MDK qua nachprüfbarer Dokumente und Daten zuschreiben lassen und wo andererseits Wege zur Verbesserung von Transparenz und Qualität der Gutachten bereits eingeschlagen worden sind oder neu beschritten werden könnten.

c) Gutachtenfeld Krankenhaus

Es kann nicht verwundern, dass die Gutachten des MDK im Krankenhausbereich besonders intensiver Kritik der Leistungserbringer und der DKG als Interessenvertretung ausgesetzt waren. Dies äußert sich immer wieder und zwar unabhängig von dem jeweiligen Vergütungssystem in auch fundamentaler Kritik, welche die Kompetenzen der Ärztinnen und

¹⁹ <http://www.welt.de/wirtschaft/article119185898/Kassen-lehnen-Tausende-Krankschreibungen-ab.html?config=print>

²⁰ http://www.mdk.de/media/pdf/BGA-AU_2011-12-12.pdf. Die Regelungen in der Richtlinie werden im Sondergutachten 2015 des Sachverständigenrats demgegenüber ausführlich dargestellt (<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=565>)

Ärzte des MDK als prinzipiell unterlegen darzustellen bemüht ist. Auch Bemühungen um Konsense zu den Prozessen der Überprüfungen haben daran nie grundsätzlich etwas ändern können. Zu verweisen ist beispielhaft zunächst auf das Jahr 2004:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG formulierten gemäß § 17 c Absatz 4 KHG eine gemeinsame Empfehlung zur künftigen Belegungs- und Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich. Dieser auf Bundesebene gefundene Kompromiss hatte bis zum In-Kraft-Treten einer Vereinbarung durch den auf Landesebene zu bildenden Schlichtungsausschuss Gültigkeit. Die Krankenkassen konnten demzufolge ab dem 15. April 2004 in einem formell streng geregelten Verfahren die Belegung und Abrechnung von Krankenhausfällen im Rahmen einer umfassenden Zufallsprüfung anhand von Stichproben untersuchen (nach Wagner/Ganse 2004). 2014 wird im DRG-Zeitalter eine ähnlichen Zielen dienende Vereinbarung abgeschlossen (Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V - Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV - gemäß § 17c Absatz 2 KHG. 1. „Diese Vereinbarung“, so liest man in entsprechenden Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes, „ soll ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V näher regeln. Die Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Krankenhäuser führen das Prüfverfahren nach Maßgabe der §§ 275 ff. SGB V, des § 17c KHG und dieser Vereinbarung in konstruktiver Zusammenarbeit durch.... Nach der Kündigung der Vereinbarung durch die DKG mit Wirkung zum 31.12.2015 haben die Vertragsparteien umgehend Neuverhandlungen aufgenommen. Im Februar 2016 konnten sich DKG und GKV-Spitzenverband auf eine neue Prüfverfahrensvereinbarung sowie eine Vereinbarung zur elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern (Vereinbarung gemäß § 11 Abs. 1 PrüfvV) einigen . Diese ewigen Nachjustierungen der Prozesse mögen wichtig sein, so z.B. zur Frage, ob der MDK vor Ort oder nach Aktenlage prüft, an den Grundkonflikten zwischen den ökonomischen Interessen eines Krankenhauses und dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird dies unschwer etwas ändern: der MDK bleibt der (gesetzlich legitimierte) Kontrolleur.

Es wird des weiteren aller Voraussicht nach auch künftig so sein, dass die DKG und andere Vertreter der Krankenhäuser die Daten der MDK zum Umfang von fehlerhaften Abrechnungen streitig stellen (nach Auffassung der Kassen fällt gut die Hälfte der Abrechnungen der letzten Jahre in diese Kategorie . Die Krankenhäuser rüsten im Controllingbereich auf (s. zeb Controlling im deutschen Krankensektor 2015), um den ihrerseits natürlich geschulten MDK-Gutachterinnen und Gutachtern ‚das Leben schwer zu machen‘. Die öffentliche Debatte wird heftig geführt, so auch von Fachanwälten, die dem Bundesrechnungshof unterstellen, er gefährde mit seiner Stellungnahme aus dem Jahr 2012 die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und habe das Abrechnungssystem nicht verstanden .

Gärtner et al haben 2015 an Hand einer pseudonymisierten repräsentativen Stichprobe die Kodierpraxis des MDK im DRG-System überprüft und prinzipiell ein hohes Maß an Zuverlässigkeit der Kodierpraxis festgestellt. Zugleich wurden Vorschläge zur Optimierung der Verfahren unterbreitet. Dies wird nicht erwähnt, um damit dem MDK pauschal eine gute Praxis in dem hochsensiblen Feld der Krankenhauskontrollen zu bescheinigen (so beeindruckend die Ergebnisse auch prima vista sind), sondern um den Ansatz an sich wertzuschätzen: nur so können sowohl die Partner der Selbstverwaltung als auch die interessierte Öffentlichkeit in eine datengestützte Debatte um Methoden und Ergebnisse der internen Qualitätssicherung und der Belastbarkeit dieser Kodierpraxis im Sinne des SGB V integriert werden.

Es sei auch noch an die Geschichte der Prüfung der Notwendigkeit einer Krankenseinweisung und der Überprüfung der Verweildauer erinnert. Die Rede ist vom Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenseinweisung aus dem Jahr 1997 (MDS 1997). Nach dieser auf einer (nicht mehr bestehenden) Regelung innerhalb des § 275 a SGB V wurde die Indikation zur Krankenseinweisung überprüft und in etwa 20 Prozent angezweifelt; es ging nicht zusätzlich um die Verweildauer. Es wäre heute denkbar, in einem erweiterungsbedürftigen Studiensetting zu analysieren, wie Behandlungsabläufe im ambulanten Sektor und Einwei-

sungen ins Krankenhaus qua Überweisung und qua Notfallsituation miteinander zusammenhängen. Dieser Ansatz wäre genauer auszuloten: er böte die Möglichkeit, mit expliziter wissenschaftlicher Unterstützung herauszufinden, ob es vermeidbare Prototypen nicht indizierter Krankenhauseinweisungen gibt. Es gibt m.a.W. sowohl erprobte Ansätze der Überprüfung der Verlässlichkeit der MDK-Gutachten als auch der grundsätzlichen Analyse der Indikationen für eine stationäre Versorgung. Die Diskussion um deren Relevanz und Realisierbarkeit könnte jedenfalls weiter führen als das – so steht zu vermuten – weitere wechselseitige Aufrüsten der Kodierkünste von Leistungserbringern und deren Kontrolluren. Auch der Bericht des Bundesrechnungshofs über Fehlabbrechnungen der Krankenhäuser legt der Politik nahe, über eine grundsätzliche Vereinfachung der Abrechnungs- und Prüfmethodik im Krankenhausbereich nachzudenken: das ist ohne Echo geblieben. Es ist, noch einmal anders formuliert, primär immer die Frage, ob es Grund zu der Annahme besteht, dass die gesetzlichen Aufträge an den MDK in diesem Feld notwendig, angemessen und realistisch begründet sind. In diesem Sinne könnte es sinnvoll sein, so kompliziert dies sicher auch wieder ist, Verfahren so nahe wie möglich an der Prüfung der Indikationsqualität zu platzieren, da unbegründete Mengenausweitungen oder gar Fehlindikationen jenseits der Durchführungsqualität prinzipiell vermeidbare Risiken darstellen.

d) Gutachtenfeld Behandlungsfehler in der GKV

Um Patientensicherheit geht es auch bei der Unterstützung von Versicherten bei Verdacht auf Vorliegen von ärztlichen Behandlungsfehlern. Das arbeitsteilige Vorgehen von Kassen und MDK ist in einem Leitfaden beschrieben (Leitfaden 2009). Es erscheint müßig darüber zu streiten, ob durch dieses Verfahren viele oder erstaunlich wenige ‚Fälle‘ aufgedeckt werden (s. dazu die Darstellung im Deutschen Ärzteblatt (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62878>)). 2014 gingen die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in 14.663 Fällen einem Behandlungsfehlervorwurf nach. Das sind etwa so viele Verfahren wie im Jahr zuvor (14.585). Die Zahl der dabei bestätigten

Fehler stieg von 3.687 auf 3.796 Fälle an. Der MDS weist in seiner Kommentierung darauf hin, dass es nicht nur um die einzelnen Anlässe geht sondern um die Frage, was daraus für die Erhöhung der Patientensicherheit generell gelernt werden könne . Der MDK Berlin Brandenburg etwa tritt in diesem Sinne für den Dialog mit Kliniken über die Vermeidung von Behandlungsfehlern und verweist auf entsprechende gemeinsame Aktivitäten im Jahr 2015 .

e) Gutachtenfeld Pflege

Seit Juli 2009 gelten zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägervereinigungen der Leistungserbringer geschlossene Transparenzvereinbarungen bezüglich der Begutachtungen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen und der GKV-Spitzenverband haben gemeinsam gemäß § 114 Abs. 7 sowie 115 Abs. 1a SGB XI Ende 2008/ Anfang 2009 die Kriterien und die Bewertungssystematik zur Qualität der ambulanten und stationären Pflegeanbieter vereinbart und nach Abschluss der Anhörungsverfahren verabschiedet.

Der GKV-Spitzenverband hatte zuletzt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) aufgrund des § 114 a Abs. 7 SGB XI i. V. mit § 53 SGB XI im Juni 2009 die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen²¹.

Trotz des prinzipiell positiven Beitrags dieses QS-Schritts wurde die Kritik an den geradezu inflationär zugewiesenen allzu gut erscheinenden Noten

²¹ Welche Auswirkungen das PSG II (hier v.a. § 114 Abs. 7) auf die „Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität“ haben wird, ist z. Zt. Der Abfassung des Gutachtens nicht einschätzbar.

der stationären Pflegeeinrichtungen immer unüberhörbarer. Überarbeitung mit Hilfe der Schiedsstelle brachte keine Änderungen der inkriminierten Schwächen (s. Pick 2015, S. 44 Tabelle). Es soll nachfolgend skizziert werden, dass das MDK-System entgegen dem Eindruck in der Öffentlichkeit selber darum bemüht war und ist, größere Relevanz und Glaubwürdigkeit in die Vergabe von Pflegenoten hineinzubringen.

Pick schreibt 2014 im Deutschen Ärzteblatt: „Das derzeit gültige Notensystem führt dazu, dass die Heime im Bundesdurchschnitt eine Note von 1,2 erhalten, was nicht mit der Versorgungswirklichkeit übereinstimmt, auf die der MDK bei seinen Prüfungen trifft. GKV-Spitzenverband und MDS fordern, sogenannte Kernkriterien stärker zu gewichten, die für die pflegerische Versorgung besonders relevant sind. Hierzu zählen die Vermeidung von Druckgeschwüren oder Stürzen, die Wundversorgung, eine angemessene Ernährung oder der Umgang mit Menschen mit Demenz. Dies wurde jedoch durch die Ablehnungsfront der Leistungserbringer verhindert.“ Es sei hier nur kurz vermerkt, dass die detaillierte Erhebung einzelner Gütekriterien in der Pflege durch den MDK in der Debatte praktisch nicht auftauchen, obwohl sie in regelmäßigen Berichten leicht zugänglich sind .

„Die stärkere Gewichtung von Kernkriterien“, so eine weitere MDS-Stellungnahme aus dem Jahr 2014, „wurde jedoch durch die Blockadehaltung der Leistungserbringer verhindert. Deshalb können bis heute Mängel in denjenigen Bereichen, die bei der Versorgung der Pflegebedürftigen besonders wichtig sind – wie zum Beispiel die Vermeidung von Druckgeschwüren – durch eine gute Bewertung von weniger relevanten Aspekten – etwa einen gut lesbaren Speiseplan – ausgeglichen werden. Auch die im Schiedsstellenverfahren erzielten Verbesserungen haben an der mangelnden Gewichtung nichts geändert. An Stelle externer Prüfungen durch den MDK und Pflegenoten möchten die Leistungsanbieter Ergebnisindikatoren durchsetzen, die von den Pflegeheimen selbst erhoben werden sollen. Die Erhebung von Ergebnisindikatoren in den Pflegeeinrichtungen ist ein Instrument des internen Qualitätsmanagements. Dies kann externe Prüfungen durch den MDK und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse

nicht ersetzen. Vielmehr sollten die externen Prüfungen mit dem internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen verknüpft werden. Dabei werden die Ergebnisindikatoren eine wichtige Rolle spielen. Ein Ersatz für die externen Prüfungen des MDK können sie nicht sein“ .

Selbst wenn man in Rechnung stellt, dass eine Analyse der hier genannten Verhandlungen noch andere Aspekte zutage fördern könnte: das in der Öffentlichkeit dominierende Bild zeigt unbegründet einen MDK, der gute Noten in Pflegeheimen inflationär vergibt und bestehende Pflege-mängel durch irrelevante Bewertungsaspekte wegrechnet. Umso wichtiger erscheint der Blick auf die Debatte um eine tatsächlich sinnhafte Neubewertung der Qualität in den Pflegeheimen.

Der bisher wichtigste Beitrag zu der Weiterentwicklung der Qualitätsbeurteilung in Pflegeheimen wurde 2011 der Öffentlichkeit vorgestellt: Das Gutachten „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Auftraggeber Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) wurde in der Zeit von Dezember 2008 bis Dezember 2010 von zwei Forschungsinstituten durchgeführt: dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG). Im Verlauf des Projekts waren Qualitätsindikatoren und Instrumente zu erarbeiten, mit denen sich Ergebnisqualität messen und beurteilen lässt. Sie wurden während einer zehnmonatigen Praxisphase in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt. (Wingenfeld und Engels 2011). Zeitlich daran anschließend wurde die Debatte um die immer wieder eingeforderte Entbürokratisierung der Dokumentation der ambulanten und stationären Pflege geführt. Hierzu wurde 2014 der Abschlussbericht von Beikirch u.a. (Auftraggeber BMG) vorgelegt. Das Ergebnis wurde vom MDK/ MDS mitgetragen.

Im Zusammenhang hiermit steht die dritte zentrale Debatte im Bereich der Pflege um die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Komplexität dieser Debatte kann hier nicht annähernd gewürdigt werden: für die Positionierung des MDK ist v.a. bedeutsam, dass ihm in der Öffentlichkeit

wiederum unterstellt wurde, er erfasse die Dimensionen und das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit bei seinen checklisten-artigen Gutachten nicht. Der GKV-Spitzenverband hat 2009 auf diese Kritik reagiert. Dabei bleibt zum einen schwer zu vermitteln, dass die Pflegeversicherung als ‚Teilkaskoversicherung‘ fundamental anders aufgestellt worden ist als die gesetzliche Krankenversicherung. Es ist vermutlich noch schwerer zu vermitteln, dass auch bei einem neu gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff weiterhin quantifizierende und kategorisierende Begutachtungsmethoden unverzichtbar sind, die – wie substantiiert auch immer – nur Teilaspekte der individuellen Pflegesituation abbilden können. Es ist natürlich zu früh, die Auswirkungen der neuen Stufungen der Pflegebedürftigkeit zu bewerten, es werden aber – berechtigterweise – schon heute Zweifel angemeldet, ob die Erwartungen an die Neudefinitionen nicht stark überhöht sind. Dass sich das Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Forschungs- und Entwicklungsdebatten grundlegend und positiv geändert hat, soll damit nicht beiseite getan werden; diese Einschätzung wird auch vom MDS vertreten, der in allen Phasen an der Erarbeitung eines neuen Begutachtungsinstrument und Manuals aktiv beteiligt war (s. Rothgang et al 2015).

Wieder zeigt sich, dass für den Alltag der Begutachtung des MDK die gesetzten Rahmenbedingungen entscheidend sind, hier – so steht zu hoffen - in naher Zukunft zum Guten.

Der MDK hat unbeschadet dessen eigene Beiträge zur Verbesserung der Leistungsgewährung für Pflegebedürftige auf den Weg gebracht. Insofern sei viertens auf ein Projekt von MDS und Pflegekassen zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf bei der Pflegebegutachtung hingewiesen. Hier haben Rothgang u.a. 2014 konkrete Vorschläge zur Prozessoptimierung und Vereinheitlichung des Begutachtungsverfahrens vorgelegt und einen Gute Praxis Standards (GPS) entwickelt, der nach ersten Erfahrungen zu einer spürbaren Steigerung der Reha-Quote in den Empfehlungen des MDK und nachfolgend der Pflegekassen geführt hat . Das Projekt wurde unter dem Titel „Optimierte Rehabedarfsfeststellung“ fortgeführt und ist

als Beitrag des MDK und der Pflegekassen im Kontext der Realisierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu sehen.

In der (Fach-)Öffentlichkeit wird auch oft darauf hingewiesen, dass der MDK mit seinen Richtlinien unsachgemäß auf die Ernährungsbedingungen in der stationären Pflege Einfluss nehme. So entsteht der Eindruck, der MDK sei auf die Einhaltung eines ‚Normgewichts‘ nach Body Mass Index fixiert, und dies sei insbesondere für Demenzkranke ein Problem, soweit daraus abgeleitet eine künstliche Sondenernährung (PEG) induziert werde. Es kann hier nicht analysiert werden, wie solche Eindrücke zustande kommen und ob der MDK daran doch beteiligt sein könnte. Nachlesbar ist allerdings, dass schon 2003 der MDK auf das Thema „nicht beeinflussbarer Gewichtsverlust“ hingewiesen hat und dass 2014 eine angemessen differenzierte Darstellung zur Indikation der PEG einschließlich der fehlenden Indikation bei fortgeschrittener Demenz zu finden ist (MDS Grundsatzstellungnahme 2003 und 2014). Im vierten Pflege-Qualitätsbericht des MDS finden sich ausführliche Darstellungen und Bewertungen zur Ernährungssituation in der stationären Pflege, geprägt sowohl von hoher Wertschätzung der dort arbeitenden Pflegenden wie von einem Aufzeigen tendenziell abnehmender Defizite, die den Rahmenbedingungen geschuldet sind .

f) Versichertenbefragungen

Unabhängig von der Frage der Verständlichkeit der Kriterien für die Bewertung der Pflegebedürftigkeit interessiert (und das gilt grundsätzlich für alle Individualgutachten), ob die Betroffenen und/oder ihre Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuer mit der Form der Begutachtung zufrieden sind, sich respektiert gefühlt haben und ob die MDK-Gutachterinnen und –Gutachter bei einer persönlichen Begegnung auch ihrem Auftrag zur Beratung über weitere Leistungsansprüche gerecht geworden sind. Dies hat der MDS 2014 für die Pflegebedürftigkeits-Begutachtung durch eine Marktforschungsfirma ermitteln lassen: die Ergebnisse sprechen generell für ein hohes Maß an Zufriedenheit mit dem Prozess der Begutachtung. Wie immer kann über die gewählte Methodik diskutiert werden: als positiv

ist in jedem Fall zu werten, dass Interesse an der Erhebung der Zufriedenheit besteht – diese Erhebung könnte insofern als Prototyp für den MDK dienen.

8. Kompetenzzentren

Jenseits der pauschalen Kritik an der fachlichen Kompetenz der Beschäftigten des MDK besteht die berechtigte Frage, ob gutachterliche ‚Generalisten‘ allen Anforderungen in einer sich immer weiter spezialisierenden Medizin und Pflege gerecht werden können. Das MDK-System hat auf Initiative der damaligen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen neben der internen Bildung von sozialmedizinischen Expertengruppen (SEG) mittels eines Ausschreibungsverfahrens im MDK-System Kompetenzzentren gegründet, die sowohl für die bundeseinheitliche Bewertung von Versorgungsfragen wie die Fundierung von Begutachtungsmaßstäben in folgenden Schwerpunkten spezialistische Unterstützung liefern:

- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) beim MDK Nord (Gründung 2003)
- Kompetenz-Centrum Onkologie (KCO) beim MDK Nordrhein (Gründung 1999)
- Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie (KCPP) beim MDK Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit dem MDK in Hessen (Gründung 1999)
- Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) beim MDK Baden-Württemberg (Gründung 1999)

Das Leistungsspektrum wird in den regelmäßigen Jahresberichten deutlich²², ebenso der Grad der Inanspruchnahme durch den GKV-Spitzenverband, den MDS und einzelne MDKn. Weymayr hat in einem aus Sicht des Gutachters treffenden Vorwort zum KC-Bericht 2010/2011 die Entwicklung der KC und deren grundsätzliche Bedeutung für die Systemberatung der GKV beschrieben (http://www.mdk.de/media/pdf/KC_Bericht_2010-11.pdf)

²² http://www.mdk.de/media/pdf/KC-Bericht_2012-13_Lesezeichen.pdf

Zwei systemrelevante Stellungnahmen von Kompetenzzentren seien hier stellvertretend erwähnt, um zu zeigen, welche Potentiale durch die Gründung der KC vorhanden sind.

Zunächst geht es um die Bedeutung eines Gutachtens des KC Onkologie in einer streitigen Auseinandersetzung zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und einer onkologischen Klinik. Dabei ist hier der medizinische Sachverhalt nicht zentral sondern die Tatsache, dass das KC Onkologie sich auf den Standpunkt gestellt hatte, dass eine erweiterte Tumorbehandlung nicht durch den Stand der Forschung gedeckt sei und über den vertretbaren Standard hinausgehe. Das Bundessozialgericht wies die Klage der Klinik letztinstanzlich zurück (BSG Bundessozialgericht B 3 KR 2/12 R, auch unter Berücksichtigung des ‚Nikolausurteils‘ des BVG. Für die Betrachtung des Gutachtens ist von Bedeutung, dass damit die gesetzlichen Krankenkassen den MDK auch in der Welt des Erlaubnisvorbehalts mit der Prüfung stationärer Leistungen unter dem Gesichtspunkt der wissenschaftlichen Evidenz beauftragen konnten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft intervenierte letztendlich beim BMG²³ mit dem grundsätzlichen Argument, hier werde der Innovation der Krankenhausmedizin ein Riegel vorgeschoben, was die DKG für unverhältnismäßig halte. Das BMG griff diesen Einwand im nachfolgenden Gesetzesvorhaben auf und modifizierte den 137c in folgender Form (SGB V 23.07.2015):

„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist.“

²³ [http://www.dkgev.de/media/file/17331.Anlage2_NUB - Ablehnung d. Leistungen zur renalen Denervation durch d. GKV.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/17331.Anlage2_NUB_-_Ablehnung_d._Leistungen_zur_renalen_Denervation_durch_d._GKV.pdf)

Die einschlägige Stellungnahme des MDS zu dieser Gesetzesnovelle hatte also keinen Erfolg²⁴. Man kann mit gutem Grund dieses Vorgehen des BMG im Sinne der Patientensicherheit und Standards guter Medizin für falsch halten (der Gutachter sieht dies so), aber unabhängig davon ist festzuhalten, dass Politik an einem solch entscheidenden Punkt eine Zuständigkeit des MDK ausschließt: es sind immer politische Grundsatzentscheidungen, welche das Profil des MDK qua Gesetzgebung bestimmen. Unabhängig von dieser gesetzlichen Rücknahme beteiligt sich das KC Onkologie fortwährend an der Debatte um Versorgungsstandards für Krebskranke unter den Gesichtspunkten von Evidenz und Patientensicherheit, so zuletzt mit der Forderung, neue Krebsmedikamente möglichst nur in klinischen Studien und an qualifizierten onkologischen Zentren einzusetzen²⁵. Zweitens wird auf die gutachterlichen Stellungnahmen des KC Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement hingewiesen²⁶. Hier finden sich zentrale Positionierungen zu aktuellen Fragen der gesundheitspolitischen Verankerung von QS- und QM in der GKV, fußend auf internationalen Literaturrecherchen, darunter auch realistische Einschätzungen der Fundierung von P4P-Ansätzen, welche die Eigenständigkeit der Expertisen des KC Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement exemplarisch untermauern²⁷. Ein Drittes Beispiel ist die knappe Darstellung von Meinhold zum Stellenwert der externen Qualitätssicherung und der Leistungsmengen²⁸. Sie eignet sich für eine – ausstehende - Grundsatzdiskussion über Aufwand und Ertrag der Bemühungen der GKV um einen besseren Indikationsbezug der verordneten Leistungen. Da der MDK im Rahmen der QS erhebliche Ressourcen investiert, gewinnt die Debatte um Möglichkeit und Grenzen der Beeinflussung der Indikationsqualität auch aus Sicht der Positionierung des MDK eine zentrale Bedeutung: hier wird seitens des Gutachters genereller Diskussionsbedarf gesehen.

²⁴ https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Stellungnahmen_Gesetzesvorhaben/14-11-10_-_StN__GKV-VSG_-final.pdf

²⁵ https://www.mdk-nordrhein.de/fileadmin/redaktion/Presse/Presseinfo/Presseinfo_2015/PM_2015_12_15_MDK_KCO.pdf

²⁶ http://www.mdk.de/media/pdf/KC-Bericht_2012-13_Lesezeichen.pdf

²⁷ S. auch das ausführliche Gutachten des KC QS (Mayer und Boukamp 2012).

²⁸ <http://kcqq.de/docs/Meinhold-QS-und-Leistungsmenge.pdf>

Interessant ist, dass der MDK und seine KC praktisch nicht in die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle der Kassen einbezogen werden. Eine Ausnahme war etwa das Projekt der TK Mecklenburg-Vorpommern zu Komplexfallpauschalen in der Psychiatrie²⁹. Die Gründe für die seltene Nutzung der Fachkompetenz des MDK und seiner KC bei Modellvorhaben liegen auf der Hand: der zunehmende Wettbewerbsdruck favorisiert Insellösungen ohne systemübergreifende Aspekte. Diese Entwicklung folgt m.a.W. wiederum der politisch geförderten Systemlogik. Für die Qualität der Kassen-Modellvorhaben dürfte dies freilich ein erhebliches Problem darstellen (s. die ernüchternde Analyse von Wiethage et al – 2012 - zur mangelnden Evaluationsqualität der GKV-Modellvorhaben).

9. Unabhängigkeit in Grundsatzpositionen

Zur Frage der inhaltlichen Unabhängigkeit des MDK soll nachfolgend auf vier Beispiele hingewiesen werden.

a) Stellungnahmen zu Gesetzesnovellen

Der MDS hat von seiner Möglichkeit zur Stellungnahme zu laufenden gesetzlichen Reformvorhaben immer wieder Gebrauch gemacht. Exemplarisch wird hier auf die Stellungnahme zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz hingewiesen (MDS 1997). Der MDS äußerte sich kritisch zur beabsichtigten Einführung von Gestaltungsleistungen der Kassen: „Damit werden die Krankenkassen dahin gedrängt, ihr Leistungsangebot zunehmend an Wettbewerbskriterien zu orientieren. Je nach Finanzkraft der einzelnen Kassen wird die verstärkte Wettbewerbsorientierung einerseits zur Einschränkung medizinisch notwendiger Leistungen, andererseits aber auch zur Ausdehnung medizinisch zweifelhafter, aber für die Versicherten attraktiver Leistungen führen“. Und zum Gebot der Evaluation von Modellvorhaben der Kassen schrieb der MDS: „Die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten

²⁹ http://www.medizin-management-verband.de/pdf/medizin-management-preis-2013/C_TK-Mecklenburg-Vorpommern_Projektbeschreibung.pdf, http://kcgeriatrie.de/downloads/kc_tag/17-11-08_tolzin.pdf

wissenschaftlichen Standards sowie die Publikation der Ergebnisse setzen voraus, daß in jeder Phase eines Modellvorhabens kompetente, unabhängige Sachverständige beteiligt sind...Die Einbeziehung des MDK und seiner Sachverständigen in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben sollte im Gesetz ermöglicht werden“ – ob ‚obligatorische Einbeziehung des MDK‘ gedacht war, ist aus dem Text nicht zu ersehen; die Möglichkeit hatten die Kassen natürlich auch ohne entsprechende Gesetzesregelung. Schaller und Mittelstaedt schrieben ebenfalls 1996 in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“: „Unbeschadet aller Wettbewerbsüberlegungen unterstreicht die unabhängige Begutachtung gleicher Sachverhalte nach gleichen Bedingungen durch den MDK das System der Solidarversicherung. Der MDK hat strukturelle Vorteile am Markt; sein sozialmedizinischer Sachverstand auf validem medizinischen Grundgerüst ist gutes Kapital“ (S. 192). Es wird m.a.W. beispielhaft deutlich, dass MDK/ MDS sich zu systemrelevanten Reformvorhaben unter dem Gesichtspunkt der Wahrung eines einheitlichen Versorgungsstandards geäußert haben, hier kritisch mit Blick auf den Zeitgeist der Förderung des Wettbewerbs in der GKV im Bereich von zusätzlichen Leistungen und Versorgungsangeboten.

b) IGeL-Monitor

Den Aufbau des IGeL-Monitors des MDS, unterstützt und finanziert vom GKV-Spitzenverband. Auf der Homepage des MDS wird detailliert erläutert, welche Verfahren ausgewählt werden und mit welcher Methodik sie untersucht werden, es gibt Kurz- und Langversionen, so dass wichtigen Kriterien für Verbraucherfreundlichkeit entsprochen wird. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bewertungen des IGeL-Monitor in einem primär natürlich für die Vertragsärztinnen und –ärzte, aber durchaus auch für den Wettbewerb der Kassen relevanten Bereich ausschließlich wissenschaftlichen Kriterien folgen und die fachliche Unabhängigkeit und Expertise der MDK-Gemeinschaft unter Beweis stellen.

c) Psychiatrische Versorgung

In Rheinland-Pfalz wurde mittels Auswertung von MDK-Gutachten von Kranken in der stationären psychiatrischen Versorgung argumentiert,

dass die Kooperation von Krankenhäusern, MDK-Gutachtern und Krankenkassen dazu beitragen kann, Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch und suboptimaler Hilfeplanung effizienter zu versorgen. Das bedeutet nichts anderes als die Entwicklung eines doppelten Blicks auf lang erscheinende Krankenhausaufenthalte: nicht allein die Suche nach möglicher Abkürzung stationärer Aufenthalte sondern die Suche nach einer besseren Realisierung des Gesamthilfebedarfs (Piepenhagen 2007).

In der öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages zum PsychEntgG am 23.04.2012 nahm Roman Ernst vom MDK-Hessen zur Debatte um die Ersatzung der PsychPV wie folgt Stellung: „Es kann aus unserer Sicht also nicht darum gehen, die PsychPV abzuschaffen, sondern weiterzuentwickeln. Ähnlich wie bei der Entwicklung der PsychPV halten wir hier eine Expertenkommission für sinnvoll. Zur Erinnerung: die Einführung der PsychPV vor 20 Jahren gewährleistete die Entwicklung weg von der Verwahrspsychiatrie hin zu einer Behandlungspsychiatrie. Enthospitalisierung wurde ermöglicht. Mit den in der PsychPV verankerten Vorgaben, Normen und Standards als Rahmen hat sich die stationäre Psychiatrie kontinuierlich entwickelt. Vielfach werden heute indikationsbezogene, differenzierte Behandlungsprogramme für die verschiedenen Krankheitsbilder angeboten. Es ist aus unserer Sicht darauf zu achten, dass in der Behandlung Psychisch Kranker Erreichtes nicht aufs Spiel gesetzt wird. Diese Gefahr besteht, wenn der Fokus einseitig auf dem Vergütungssystem liegt und die Versorgungsstruktur ausgeblendet wird“.

d) Arzneimittelbewertung

Lili Grell, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe Arzneimittelversorgung bei der MDK-Gemeinschaft, positionierte sich in der Frage der Nutzung vorhandener Daten aus den AMNOG-Bewertungen wie folgt: „Das Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln sollte für die Ärzte transparenter werden. Das würde ihnen erlauben, die richtigen Schlüsse für ihr Ordnungsverhalten zu ziehen...Dafür bedarf es von Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KVen mehr Informationen...Ich glaube, für Ärzte sind die Beschlüsse des Gemeinsamen

Bundesausschusses unlesbar." Eigentlich sei es nach dem AMNOG Aufgabe des Bundesausschusses, die verordnungsrelevanten Informationen an die Ärzte zu transportieren. "Das Potenzial wird aber nicht genutzt".³⁰ Derartige Einmischungen in öffentliche Debatten sind seitens der MDK-Gemeinschaft sicher selten, könnten aber den Weg zeigen zu einer besseren Wahrnehmung des MDK als einer eigenständigen Organisation, auch mit Positionen, die mit denen der gesetzlichen Krankenkassen nicht immer deckungsgleich sind.

10. KHS: Rollenzuweisung als Systembruch

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHS) hat der Gesetzgeber zum 1.1. 2016 dem MDK eine prinzipiell neue Aufgabe zugewiesen. War er im Krankenhaus bislang befugt, im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen Verweildauer und Kodierpraxis zu kontrollieren, so wird er nunmehr in die Realisierung der Bemühungen der Bundesgesundheitspolitik zur Entwicklung einer durch Qualitätsindikatoren gestützten Strukturreform mit Ab- und Zuschlägen in die Steuerungsfunktionen des Gemeinsamen Bundesausschusses eingebunden. Und wenn der Gesetzgeber den Ländern auch die Möglichkeit offen lässt, weiter im eigenen freien Ermessen ihre Krankenhauspläne zu verabschieden, so können künftig im Prinzip jedenfalls MDK-Bewertungen zur Einhaltung der Qualitätsindikatoren auch unmittelbar in der Krankenhausbedarfsplanung Wirkung entfalten. Es ist erstaunlich, dass dieser fundamentale Rollenzuwachs im Gesetzgebungsverfahren und in der öffentlichen Debatte nicht adressiert worden ist³¹. Indirekt berührte lediglich das Land Niedersachsen in dem Redebeitrag der Ministerin Cornelia Rundt in der 939. Sitzung des Bundesrats diese Thematik, stellte sie doch in Zweifel, ob dieser sonst in Bund und Ländern hoch gelobte Paradigmenwechsel

³⁰ http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/nutzenbewertung/article/900559/datentransparenz-experten-gba-infos-besser-aufbereiten.html

³¹ Man darf insbesondere gespannt darauf sein, welche (Rechts-)wirkung Abs. 4 des neuen 275 a SGB V entfalten wird: „(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.“

der Krankenhausplanung rechtssicher umsetzbar sei und mehr als vermehrte Bürokratie produzieren werde. Derartige Zweifel werden auch in der Stellungnahme der Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses angesprochen³². Interessant ist insoweit auch die Stellungnahme des BMG zu einer Anfrage der Linken (BT-Drucksache Drucksache 18/6736 vom 18.11.2015). Hier z.B. zu der Frage „Wie reagiert die Bundesregierung auf Bitten des Gemeinsamen Bundesausschusses z. B. in der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum KHSG, pay-for-performance allenfalls zu erproben, aber nicht wirksam einzuführen“. Die Antwort lautete: „Der G-BA erhält die Aufgabe, einen Katalog von Leistungen und Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, festzulegen. Die Entscheidung, ob und wie viele Leistungen oder Leistungsbereiche in das System von Qualitätszu- und -abschlägen einbezogen werden, trifft der G-BA voraussichtlich auf der Grundlage der wissenschaftlichen und methodischen Empfehlungen des IQTiG. Es ist also eine umsichtige und schrittweise Einführung vorgesehen. Vor dem Hintergrund der Anhörungen wurde die Frist zur Erfüllung dieser Aufgabe verlängert, um eine sachgerechte Umsetzung zu unterstützen. Im Übrigen ist auf den bereits bestehenden gesetzlichen Auftrag an den G-BA hinzuweisen (§ 137b SGB V), eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen, zu bewerten sowie hierüber einen Bericht zu erstellen. Dieser allgemeine Evaluationsauftrag ermöglicht es dem G-BA, die Wirkungen auch der qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile zu untersuchen und entsprechende Konsequenzen aus den gewonnenen Erkenntnissen zu ziehen.“

³² Der Autor hat darüber hinaus Zweifel dargelegt, ob es sich bei der neuen qualitätsorientierten Bundesgesundheitspolitik um mehr als Symbolpolitik handelt, fehlen doch für diese ins Auge gefasste systematischen und flächendeckenden Veränderung der Krankenhausplanung notwendige wissenschaftliche Belege. Aber auch wenn diese Einschätzung irrig sein sollte, bleibt festzuhalten, dass der MDK erneut einen politisch gesetzten Aufgabenzuwachs erhält, der wenig Aussicht auf Erhöhung des Image beinhaltet (Schmacke 2015). Aus dem Kassenbereich kommen einzelne kritische Stimmen zu der Verwendung von Qualitätsindikatoren für Planungszwecke. So spricht Wöhrmann (vdek) davon, dass die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsindikatoren mit dieser Zielsetzung ein „Beschäftigungsprogramm für Juristen“ wird (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65974/Krankenhaeuser-warnen-vor-Ausweitung-der-MDK-Pruefungen>).

Es ist unschwer zu prognostizieren, dass der MDK im Rahmen der künftigen Wahrnehmung dieser Rolle allergrößter Aufmerksamkeit ausgesetzt sein wird und dass jede gutachterliche Bewertung, die zu Lasten eines Krankenhauses ausfallen können, auf entschiedenen Protest stoßen wird. Die Kritik am MDK ist nach Auffassung des Gutachters in diesem neuen Verfahren gewissermaßen von Haus aus angelegt. Der MDK wird mit dem 275a SGB V nunmehr – jedenfalls rechtlich und gedanklich - unmittelbar in die Weiterentwicklung der Finanzierung des Krankenhaussektors einbezogen, während er bislang im Auftrag der Kassen vollzogene Leistungen vor allem auf ihre Rechtmäßigkeit hin begutachten durfte³³. Diese Weiterung muss natürlich nicht per se als Problem verstanden werden. Hier wird nur deshalb so ausführlich darauf hingewiesen, weil diese Gesetzesreform in besonders prägnanter Weise deutlich macht, dass es politische Debatten sind (in diesem Fall die Folgerungen aus der Bund-Länder-Kommission vor Entwicklung des KHSG), die das Profil des MDK von Beginn an geprägt haben und bis heute weiter entwickeln. Dies ist in Rechnung zu stellen, wenn über die Unabhängigkeit des MDK gesprochen wird: er ist in diesem Sinne ausdrücklich nicht als unabhängig im umgangssprachlichen Sinne konzipiert sondern hat Setzungen des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses zu folgen.

Es soll hier noch eine Interpretation der gesetzgeberischen Initiative zur Reform der Krankenhausbedarfsplanung mittels Bewertung von Qualitätsindikatoren angefügt werden, ohne diese Deutung etwa als unstrittig betrachten zu wollen; vielmehr ist sie im Sinne des Kernanliegens des Gutachtens zur Weiterführung der Debatte um die Rolle des MDK gedacht. Der Autor geht davon aus, dass die bisherige Krankenhausbedarfsplanung der Länder weitgehend als gescheitert zu betrachten ist, jedenfalls wenn man als Maßstab das Vorhandensein einer evaluationsfähigen und transparenten Versorgungsstruktur zugrunde legt. Die Länder haben trotz vieler auch nachdrücklich zu würdigender Versuche nicht vermocht,

³³ Der MDK hätte auch in der Vergangenheit schon in größerem Umfang Qualitätsprüfungen im Auftrag der Krankenkassen durchführen können. Die Beauftragungspraxis der Kassen war in diesem Feld aber nach Einschätzung des Gutachters sehr zurückhaltend.

das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung in quantitativer und qualitativer Weise planerisch anzugehen. Nun greift der Bund mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Bund-Länder-Initiative auf und intendiert, durch die Zuhilfenahme von Qualitätsindikatoren ein neues Kapitel der Bedarfsplanung anstoßen zu können. In der Logik des SGB V wird der GBA beauftragt, diesen Generalplan zu konkretisieren und ins Werk zu setzen. Dabei spielt der MDK für die Frage der Justiziabilität der ermittelten Daten zu den Qualitätsindikatoren eine Schlüsselrolle; er wird m.a.W. zu einem staatlich legitimierten Kontrollorgan im Gefüge der grundsätzlich weiter in Hoheit der Länder verbleibenden Krankenhausbedarfsplanung. Diese Rollenzuweisung geht substantiell über die bisherigen Aufgaben als Fachberater der gesetzlichen Krankenkassen hinaus: die Ergebnisse des MDK dienen unmittelbar staatlicher Regulierung, im drastischen Falle der Schließung von Stationen, Abteilungen oder ganzer Kliniken. Dass der MDK damit aufs Neue zwischen die Fronten der Player gerät, ist unschwer vorherzusagen³⁴, selbst wenn es in keinem Falle zu einer solchen Konsequenz auf Länderseite kommen und sich das gesamte Vorhaben im Kern als Symbolpolitik³⁵ entlarven würde³⁶

³⁴ Siehe schon weit im Vorfeld der Beratungen des GBA die Stellungnahme der DKG vom 9. 3. 2016, in welcher von einem „MDK-Nahkampf“ die Rede ist. (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65974/Krankenhaeuser-warnen-vor-Ausweitung-der-MDK-Pruefungen>)

³⁵ Schmacke 2015

³⁶ Die Übertragung der Begutachtung von Beamtinnen und Beamten ist ein weniger beachtetes Beispiel für die Übertragung staatlicher Aufgaben auf den MDK. Der Autor teilt insofern die Stellungnahme des DGB in der Anhörung zum VSG im Gesundheitsausschuss des deutschen Bundestages: „Dass die Beurteilung der Dienstunfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zukünftig auch durch den MDK erfolgen soll, ist systemfremd. Statt den MDK mit der Aufgabe der Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zusätzlich zu belasten, ist der Gesetzgeber gehalten, die Arbeitsbedingungen der Amtsärzte zu verbessern“. (www.dgb.de/++co++b0d0f8da-724c-11e5-82ce-525). Der MDS hatte demgegenüber diese Aufgabenerweiterung frühzeitig begrüßt (https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Stellungnahmen_Gesetzesvorhaben/14-11-10_-_StN_GKV-VSG_-final.pdf).

11. Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen

Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die MDK-Gemeinschaft aus systematischen Gründen den essentiellen Prinzipien von Unabhängigkeit und Transparenz nicht nachkommen kann und insofern grundlegender Reformbedarf besteht?

Die Frage wird grundsätzlich verneint. Die dem MDK immer wieder teils kasuistisch teils grundsätzlich unterstellte Abhängigkeit von den Krankenkassen ist nur insoweit und notwendigerweise dadurch gegeben, dass der Gesetzgeber dies ausdrücklich vorsieht. Der MDK soll die gesetzlichen Krankenkassen befähigen, ihren Auftrag zur Finanzierung einer qualitativ dem medizinischen Stand entsprechenden und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten fachgerecht zu erfüllen, soweit sie dies nicht aus eigener Kompetenz leisten können. Alle einschlägigen kontrollierenden Funktionen des MDK basieren unmittelbar auf gesetzlichen Regelungen oder durch das Gesetz legitimierter Richtlinien. Der MDK versetzt die Kassen in die Lage, auf Augenhöhe mit den Leistungserbringern zu kommunizieren. Dass in einem bestimmten Umfang von Versicherten im Krankheitsfall Gutachten als inkompetent oder unverständlich eingestuft werden, oder dass etwa Krankenhäuser gelegentlich gar grundsätzlich die Ergebnisse der Kontrollfunktion des MDK in Zweifel ziehen, ist dem gesetzlichen Auftrag per se geschuldet. Ein andere Aufstellung eines sozialmedizinischen Dienstes für die Krankenkassen könnte den Kernauftrag, nämlich die fachliche Beratung der Kassen, nicht grundsätzlich anders bewerkstelligen. Wie sehr der Gesetzgeber die prinzipielle Ausrichtung des MDK beeinflusst, zeigt die jüngste SGB-V Reform im KSHG: hier wird der MDK zum Instrument einer bundespolitisch gewollten neuen Strategie der Krankenhausstruktur- und planungspolitik. Die daraus unweigerlich resultierenden Reibungspunkte mit den in Zuständigkeit der Länder aufgestellten Krankenhäuser werden das Bild des MDK weiter in Richtung eines kritisch bäugten parastaatlichen Kontrolleurs formen. Die der bisherigen Kritik folgende Einrichtung von beratenden Beiräten aus Vertretern der Pflegebedürftigen und der (Pflege-) Leistungserbringer gewinnt in einem völlig anderen Kontext ihren Stellenwert, nämlich bei der Frage,

ob die Versicherten- und Patientenperspektive im MDK in ähnlicher Weise platziert werden sollte wie dies im Gemeinsamen Bundesausschuss der Fall ist. Ob sich hierfür die jetzt gewählte Schaffung von Beiräten, die die Verwaltungsräte beraten sollen bewährt, erscheint aus heutiger Sicht eher fragwürdig.

Diese Bewertung deckt sich im Kern mit folgenden Schlussfolgerungen von Niehoff aus dem ebenfalls nach wie vor lesenswerten Arbeitspapier des Wissenschaftszentrums Berlin von 1995: „Im Ergebnis wird die Auffassung vertreten, dass der MDK als Institution der Krankenversicherung solange unverzichtbar sein wird, wie eine sozial undiskriminierte, nach Maßgabe sozialer Lebenslagen und regionaler Bedingungen allgemein zugängliche und am individuellen Bedarf orientierte Versorgung für alle Bürger unabhängig von Geschlecht, Alter, Einkommen und ethnischer Zugehörigkeit als politisches Ziel hinreichend zum Konsens geführt werden kann. Vor allem diese Ziele machen eine unabhängige Institution notwendig, die (a) in den Sachfragen der medizinischen Versorgung individueller Patienten und (b) in den Fragen der Gestaltung von effektiven, d. h. an Zielen orientierten Versorgungsstrukturen und -prozessen professionell sozialmedizinisch und gesundheitswissenschaftlich und vor allem interessenunabhängig expertisefähig ist“. (Niehoff 1995, S. 3). Es ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber an einem einzigen Ort in den Sozialgesetzbüchern das so skizzierte politische Ziel aufgegeben hätte. Niehoff äußerte noch stärker als Rimmel, der sich nicht auf ihn bezog, große Besorgnis, dass der Aspekt der Stützung der gesetzlichen Krankenversicherung durch den MDK durch den politisch ausgerufenen Wettbewerb der Kassen zu sehr in den Hintergrund gedrängt würde. Dabei sah der das so geortete Problem auch durch ein Statement von Knieps beschrieben, der sich bei dem viel zitierten Symposium von 2004 wie folgt geäußert hatte: „Der Medizinische Dienst wird sich einer stringenten wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens stellen müssen. Die gilt insbesondere im Hinblick auf einen qualitäts-orientierten Wettbewerb zwischen Kassen und zwischen Leistungserbringern um die beste Versorgung. Hier wird der Medizinische Dienst in Konkurrenz zu den Experten

der Krankenkassen und ihrer Verbände, jedoch auch zu privaten Anbietern treten. Eine Nutzerorientierung wird den Patientinnen und Patienten eine besondere Rolle in den individuellen und kollektiven Entscheidungsprozessen verschaffen.“ (Knieps 2004).

Gibt es Optimierungsmöglichkeiten für die Realisierung der Prinzipien von Unabhängigkeit und Transparenz?

Hier gilt nicht nur der Allgemeinplatz der Organisationsentwicklung, dass jede Institution sich verbessern kann. Die Frage wird hier aus der Perspektive des Gebots der Vertrauensbildung in den MDK beleuchtet. Zum ersten können die MDK noch ausführlicher als bisher in ihren Jahresberichten und der gesamten Öffentlichkeitsarbeit darlegen, welche Schritte zur Weiterqualifizierung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sie unternehmen. Dazu könnte auch der Aspekt gehören, in gehörigen Abständen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit zur Hospitation in der Praxis zu gewährleisten. Vor allem kommt der Erhöhung der Transparenz der kompletten Begutachtungsprozesse große Bedeutung zu. Wichtig ist, dass Versicherte ohne unzumutbaren Aufwand ihr Einsichtsrecht in MDK-Gutachten wahrnehmen können. Zur Durchschaubarkeit der Abläufe von Ablehnungsbescheiden gehört schließlich, dass die getrennten Verantwortungsbereiche von MDK und Kassen für die Versicherten klar erkennbar sind. Mit der Schaffung neuer Berufsbilder in den gesetzlichen Krankenkassen v.a. zum Aufbau der Beratungsfunktion (incl. des Zurückgreifens auf Call-Center und andere externe Dienstleister) stellt sich weitergehend die Frage, wie Kassen künftig die Beratungsfunktion des MDK, die gesetzlich verankert ist, interpretieren und in der Praxis wahrnehmen: diese Diskussion wird bislang praktisch nicht geführt.

Man wird noch einmal anders gesagt feststellen müssen, dass die Versicherten und die darüber hinaus interessierte Öffentlichkeit häufig überfordert sind, die Hintergründe der Einzelfallgutachten des MDK und der darauf Bezug nehmenden Entscheidungen der Kassen zu verstehen. Es ist eine bleibende Aufgabe, die Transparenz dieser Prozesse deutlich zu er-

höhen. Insofern ist zu überlegen, in Analogie zur Geschichte des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach einer Lösung zu suchen, eine unmittelbare Beteiligung von definierten Institutionen der Patientenberatung zu etablieren, wobei die organisatorische Anbindung hier offen gelassen wird. Die Verwaltungsräte des MDK sind aber sicher wenig geeignet. Der Gutachter teilt zudem die Einschätzung der Kassen, dass der im novellierten § 279 SGB V gewählte Beteiligungslösung nicht Ziel führend und de facto systemfremd ist³⁷.

Mit Blick auf das Transparenzgebot ist dringend angeraten, die begonnenen Schritte zu bundesweiten Vergleichen im Gutachtenbereich zu forcieren. In Zeiten des politisch stark favorisierten Wettbewerbs kann nur so dem Eindruck entgegengewirkt werden, dass es entgegen der festgeschriebenen bundeseinheitlichen Gutachtengrundsätze doch relevante Unterschiede in der Begutachtungspraxis geben könnte. Am bedeutendsten erscheint dem Gutachter die Frage, wie es um die Spruchpraxis der Sozialgerichte zu Leistungsentscheidungen der Krankenkassen bestellt ist, soweit diese sich maßgeblich auf MDK-Gutachten stützen. Wichtig erscheint deshalb auch, die MDK-internen Review-Verfahren zur Qualitätssicherung, insbesondere bei der Bearbeitung von Widersprüchen sollten generell publik gemacht werden. Es ist im Sinne der Vertrauensbildung zum MDK-System dringend angeraten, die hier eingeforderten Schritte zur Erhöhung der Transparenz und Einheitlichkeit der Individualgutachten im Einvernehmen der gesetzlichen Krankenkassen und des MDK zu vollziehen. In jedem Fall muss eine solche interne Debatte letztendlich in die Öffentlichkeit getragen werden.

Theoretisch ist auch vorstellbar, den MDK in einer zentralisierten Organisationsform zu führen. Das könnte auf den ersten Blick der Einheitlichkeit

³⁷ „Die Vertreter im Beirat werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar zur einen Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und zur anderen Hälfte auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene“ (SGB V § 279 Verwaltungsrat und Geschäftsführer, Beirat).

und Transparenz dienlich sein, scheint aber aus Erfahrungen der Organisationssoziologie eine sehr problematische Reformoption zu sein und verringert die Möglichkeiten, den regionalen Problemen der GKV (v.a. unterschiedliche Wirtschaftskraft von Regionen und differenzierte Reformbedarfe der Versorgungsstrukturen) gerecht zu werden. Weitaus sinnhafter erscheint demgegenüber die deutliche Verstärkung der MDK-internen Vergleichsmöglichkeiten und damit die Öffnung der Debatten um – plausible wie nichtplausible – Unterschiede in der Begutachtungspraxis des MDK.

12. Schlussbetrachtungen

Getrennt von diesen Kernfragen des Gutachtens soll abschließend erneut darauf hingewiesen werden, dass der Gesetzgeber die grundlegenden Weichen für das Auftreten des MDK im System stellt und die Spielräume des MDK selber, so wichtig deren Wahrnehmung auch immer ist, stark begrenzt sind. Es stellt sich für den Gutachter die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, weitaus stärker als bisher in gebotenen zeitlichen Abständen erfahrungs- und datenbasiert zu diskutieren, ob die Schwerpunkte der MDK-Gutachter in einem vernünftigen Verhältnis zum Ziel der Balance von Qualität und Wirtschaftlichkeit stehen. Dies gilt vielleicht für den Bereich des SGB V stärker als für den des SGB XI, jedenfalls bezüglich der Einzelgutachten. Die Potenziale des MDK in der tief gestaffelten fachlichen Kompetenz könnten möglicherweise besser ausgeschöpft werden, wenn die bei der Gründung des MDK hoch eingeschätzte Funktion der Systemberatung wieder stärker betont würde. Seine Kenntnisse könnten vor allem im Bereich der Qualitätssicherung intensiver genutzt werden. Diskutiert werden muss die Tatsache, dass der MDK in der Vertragsgestaltung praktisch keine Rolle spielt. Im Bereich der Selektivverträge ist eine Beteiligung des MDK offenkundig explizit unerwünscht. Denkbar erscheint alles in allem die Verstärkung der Bedeutung der Kompetenzzentren für die Entwicklung qualitätsorientierter Versorgungskonzepte. Der MDK könnte sich auch stärker als es heute in der Regel der Fall ist an regionalen gesundheitspolitischen Debatten beteiligen. Sinnvoll erscheint auch die Einbindung des MDK bei der Detaillierung der Evaluation von Modellvorhaben: diese sind bislang weder für die Versicherten noch für die allgemeine Öffentlichkeit bezüglich ihrer Studiendesigns nachvollziehbar, wobei dies sicher nicht allein den Kassen anzulasten ist sondern vom Gutachter vor allem als Versäumnis der gesundheitspolitischen Vorgaben eingestuft wird. Hier wäre es Aufgabe des Gesetzgebers, gleiche Maßstäbe anzulegen wie im Rahmen des neuen Innovationsfonds.

Ein letzter Aspekt: Der MDK soll die Kassen befähigen, auf dem Stand des jeweils aktuellen medizinischen Wissens entscheiden zu können. Damit ist zunächst einmal angesprochen, dass eine gesetzliche Krankenkasse ihren Versicherten das medizinisch Notwendige nicht vorenthalten

darf. Die Frage nach dem Notwendigen ist nun aber nicht mit dem Nachschlagen in einem noch so umfassenden und aktuell gehaltenen Almanach der modernen Medizin zu verwechseln. Sie gewinnt ihre Brisanz de facto neben dem unverzichtbaren Rückgriff auf die Bewertung der publizierten Literatur immer auch in der Auseinandersetzung mit der Medical Community: den Fachgesellschaften, Berufsverbänden und ihren Unterstützern. Bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben sehen sich die „Abtrünnigen“ im MDK (s. Einleitung) insofern permanent einer Phalanx von nicht allein fachlich sondern auch interessengeleiteten Leistungserbringern gegenüber. Dass hierbei das Hinwirken auf das Notwendige in der Medizin auch beinhaltet, Schaden von Versicherten abzuwenden, soweit Unter-, Über- oder Fehlversorgung im Spiele ist, wird bei der Würdigung der Arbeit des MDK in der Regel nicht gesehen. Es wäre eine vornehme Aufgabe weit jenseits von kurzgedachten Marketingüberlegungen, diese wichtige Funktion eines Medizinischen Dienstes der Krankenkassen datenbasiert stärker in die öffentliche Aufmerksamkeit zu bringen.

Zitierte und verwendete Literatur

Elisabeth Beikirch E, Breloer-Simon G, Rink F, Roes M. Praktische Anwendung des Strukturmodells -Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) und dem Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa). Abschlussbericht 2014 (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf)

Cramer D. Der medizinische Dienst der Krankenversicherung. C.H. Beck, München 1998

Gaertner T, Lehr F, Blum B, Essen J van. Einheitlichkeit der richtlinienkonformen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei der Prüfung der Kodierung im G-DRG-System. Gesundheitswesen, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1398553>. Online-Publikation: 2015

Gärtner T, Gnatzy W. Zum Sachverständigenstatus im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung am Beispiel des MDK Hessen

Gaertner T, Matthesius RG, von Mittelstaedt G. Zur Stellung des sozialmedizinischen Experten im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) unter dem Einfluss sich wandelnder Anforderungen. Gesundheitswesen 2006; 68: 271–276

Gerst T. Medizinische Dienste. Neuer Machtfaktor im Gesundheitswesen. Deutsches Ärzteblatt 1999, 96: A 2422-2424

Gitter W, Köhler-Fleischmann G. Rechtsnatur des Medizinischen Dienstes und die Stellung seiner Organe, Geschäftsführer und Verwaltungsrat sowie über die Möglichkeit der Amtsenthebung des Geschäftsführers. Die Sozialgerichtsbarkeit 46; 1999 (Heft 3): 157-166

GKV Spitzenverband. Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.

GKV-Spitzenverband. Pflegebedürftigkeitsbegriff 2009 (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbe-griff/2009_09_09_Eckpunkte_Pflegebeduerftigkeitsbegriff_VR_EF.pdf)

Görres, S., Hasseler, M. & Mittnacht, B. (2008). Gutachten zu den MDK Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichten. Online-Adresse: http://www.hpg-ev.de/download/hpg-Gutachten_14_02_20081_1.pdf

Hasseler M, Wolf-Ostermann http://www.pflegenoten.de/media/dokumente/weiterentwicklung/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u__WB_2010_07_21.pdf

Hecken J, Klakow-Franck R, Deisler H. Stellungnahme der Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung.

Hess R. Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht
86. Ergänzungslieferung Juni 2015

Kliebsch U, Brenner H. Untersuchungen zur Inter-Rater-Reliabilität des Begutachtungsverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Vorliegen von Schwerpflegebedürftigkeit. Gesundheitswesen 57; 1995: 638-644

Knieps, F. Der MDK als gemeinschaftliche Institution der GKV – Die Sicht der Bundesregierung; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004

Leitfaden Behandlungsfehler. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/Leitfaden_Zusar-beit_MDK_KK_drittverursachte_Gesschaeden.pdf (aktualisierte Version 2009)

Matthesius R, Plaumann KH. 20 Jahre Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK). Thesen und Argumente. Langfassung: 12.8.2009. URL: <http://www.sindbad-mds.de/infomed/Sindbad.nsf/0>

Mayer ED, Boukamp KB (Kompetenzzentrum Qualitätssicherung MDK Baden Württemberg). Internes Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung.

QM-Systeme, Elemente, Instrumente, Umsetzung und Nutzenfrage. Im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, 2012.

MDK Nordrhein. Jahresbericht 2013. (https://www.mdk-nordrhein.de/fileadmin/redaktion/Presse/Presseinfo/Presseinfo_2014/MDK_JB_2014_web.pdf)

MDS. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 4. Pflegequalitätsbericht des MDS nach § 114 a Abs. 6 SGB XI. 2014 https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf

MDK-Prüfungen: Neue Vereinbarung soll Konflikte reduzieren. Deutsches Ärzteblatt 2.9. 2014(<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59953>)

MDS. Stellungnahme zum. 2. GKB-Neuordnungsgesetz und zum Antrag Sofortprogramm zur Anhörung am 5. Dezember 1996. Gesundheitswesen 59; 1997: 186-190

MDS. § 275 a SGB V. Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Zusammenfassender Bericht über die Erhebung in den Bundesländern. Essen 1997

MDS. Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen Abschlussbericht Projektgruppe P 39. 2003.

MDS. Grundsatzstellungnahme. 2 Essen und Trinken im Alter. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen 2014

MDS zu 5 Jahre Pflegenoten: Einfluss der Pflegeanbieter begrenzt Aussagekraft der Pflegenoten und ist Webfehler im System

Müller-Held W, Pick, Rebscher H, Schüttgens K, Rebscher H. MDK. Asgard, Sankt Augustin 1. Auflage, 7. Lieferung 1997

Müller-Held W, Rebscher H., Schüttgens K. MDK. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. 1. Auflage, Sankt Augustin 1997

Müller-Held W. Die Rolle des Medizinischen Dienstes bei der Externen Qualitätssicherung. Bayerisches Ärzteblatt 1993 /Heft 7), 230-231

Münstermann J. Abbau von Fehlbelegung im Krankenhaus. Die Ersatzkasse 77; 1997: 77-84

Niehoff, J-U. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), No. SP I 2005-305, 2005

Pick P. Ein Pro und Contra zu Pflegenoten. Deutsches Ärzteblatt 28. Juli 2014

Pick P. Funktion, Aufgaben und Perspektiven des Medizinischen Dienstes. In: Fink U, Kücking M. Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen - ein Suchprozess: Festschrift für Herbert Rebscher. medhochzwei, Heidelberg 2014, 182-190

Pick P. Die Rolle des Medizinischen Dienstes in der Pflegeversicherung. Sozialer Fortschritt 1-2/ 2015, 40-45

Piepenhagen G. Qualitätssicherung der psychosozialen Versorgung in Rheinland-Pfalz. Probleme und Perspektiven. In: Zieres G, Weibler U (Hrsg). Impulse für die Psychosoziale Versorgung. Bestandsaufnahme – Konzepte – Lösungsvorschläge. Iatros Verlag Gesundheit und Soziales. 2007, S. 43 – 52.

Reiners H. Das Gesundheitsstrukturgesetz. Ein ‚Hauch von Sozialgeschichte‘? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin 1993

Rimmele A. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung - Entwicklung, Aufgaben und Leistungen einer Institution des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland. Diplomarbeit, Universität Konstanz, 1997

Roos C, Weerth W, Fey H. Bundesrechnungshof gefährdet wirtschaftliche Basis der Krankenhäuser!

Rothgang H, Huter K, Kalwitzki T, Mundhenk R. Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung

Kurzbericht. 13.09.2014

Rothgang H, Hasseler M, Fünfstück M. et al. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB (www.bkgev.de/fileadmin/mitglieder/2015-PE-Downloads/Anlage_3_Schreiben_vom_14.07.2015_Abschlussbericht_Erprobung_NBA.pdf). 2015

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015

Schaller H, Von Mittelstaedt G. Perspektiven sozialmedizinischer Beratung und Begutachtung am Beispiel des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Gesundheitswesen 58; 1996: Sonderheft 3, 188-193

Schlünz M, Buch AJ. Das Modellvorhaben § 275 a SGB V zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und seine Umsetzung in Schleswig-Holstein. Gesundheitswesen 57; 1995: 8-12

Schmacke N. Das Q-Fieber. Gesundheits- und Sozialpolitik 2015, Heft 2, 21-25

Schwartz FW. Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Rolle des Medizinischen Dienstes in der GKV. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitspapiere. Reihe A, Nr. 19, Essen 1991

Seger W. Ganzheitliches und wettbewerbsorientiertes Qualitätsmanagement in sozialmedizinischen Expertendiensten. Gesundheitswesen 1996; 58: 294-298

Wagener A, Ganse T. Stichprobenprüfungen im Krankenhaus. Das Krankenhaus 5/2004, 333-341

Wasem J. Grundprinzipien der Sozialpolitik am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitspapiere. Reihe A, Nr. 8, Essen 1989

Wasem J. Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen. In: MDK Nordrhein. Jahresbericht 2013, 14-16

Wiethege J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H. Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. Gesundheitswesen 2010; 72(10): 722-728

Wingenfeld K, Engels D. Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abschlussbericht März 2011. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualitaet in der stationaeren Altenhilfe.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Entwicklung_und_Erprobung_von_Instrumenten_zur_Beurteilung_der_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf)

zeb. Controlling in deutschen Krankenhausesektor 2015 (https://www.zeb.de/sites/default/files/zeb-pm_krankenhaus-controlling-studie_2015.pdf) sowie <https://www.zeb-healthcare.de/studie>

Zwanzig Jahre MDK Nordrhein. Jubiläumsschrift. http://www.mdk_nordrhein.de/download/festschrift_20_jahre_MDK_Nordrhein.pdf

Über den Autor

Zugleich Aussagen zu Interessenkonflikten

Norbert Schmacke, geb. 1948. Arzt für Innere Medizin, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen. 1994-1999 Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. 1999-2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. 2003-2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Land Bremen e.V. (akg.uni-bremen.de). Seit 2005 Gleichstellung mit den hauptamtlichen Professorinnen und Professoren der Universität Bremen. Mitglied im Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (ipp.uni-bremen.de). Stellvertretendes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, Vorsitzender des Landesausschusses und des Erweiterten Landesausschusses in Bremen. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin e.V.



Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Fachbereich 11 Human- und
Gesundheitswissenschaften
Grazer Straße 4
28359 Bremen

IPP Geschäftsstelle

Grazer Straße 4
28359 Bremen
Phone (+49) 0421 - 218 68980/-68880
E-Mail hmertesa@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

IPP-Schriften, Ausgabe 14

Norbert Schmacke: Zur Positionierung des MDK in der
gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.
Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

ISSN 1867-1942 (Internetausg.)

Juni 2016

***EXZELLENT.**