**Medizinischer Dienst der Krankenkassen**

Die Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet bei der Erbringung von Leistungen, zur Einleitung von Leistungen der Teilhabe oder bei Arbeitsunfähigkeit eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine unabhängige Arbeitsgemeinschaft aller Krankenkassen, die den Medizinischen Dienst – gemeinsam mit den Pflegekassen – über eine Umlage, abhängig von der Mitgliederzahl, finanzieren.

Der MDK hat folgende Tätigkeitsfelder:

* Transparenz über das aktuelle medizinische Geschehen schaffen,
* Hinweise für die Wertigkeit von Leistungen geben,
* Orientierungsdaten für eine wirtschaftliche Leistungsgewährung liefern und
* als wichtigste Aufgabe: sozialmedizinische Begutachtungen durchführen.

Der MDK soll der Verwaltung (also den Kranken- und Pflegekassen) Entscheidungshilfen geben. Große Bedeutung hat daher die Beratungsfunktion des MDK in allgemein medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung u. a. für Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern; gleichzeitig soll durch Einschaltung des MDK eine Qualitätssicherung/-verbesserung erreicht werden.

Bei bestimmten Leistungen (Kuren, Pflegeleistungen) muss der MDK immer zur Begutachtung eingeschaltet werden.

Damit die Krankenkassen sich als moderne Dienstleistungsunternehmen zeigen, sollte die Einschaltung des MDK als Gutachter besonders versichertenfreundlich gestaltet werden. Bevor ein Versicherter zum MDK geladen (nicht vorgeladen) wird, sollte zunächst mit dem MDK ein Gespräch stattfinden, ob eine Einladung überhaupt sinnvoll erscheint. Bei diesem Gespräch sollte der MDK anhand der vorliegenden Akten entscheiden, ob eine Begutachtung angebracht ist.

Sollte danach die Entscheidung für eine Einladung fallen, ist der Versicherte zu der Gutachterstelle einzuladen, die dem Aufenthalts- oder Wohnort des Versicherten am nächsten liegt.

Zur Begutachtung sind dem MDK sämtliche für ihn wichtige Befunde vorzulegen, damit er Einsicht in den Krankheitsverlauf erhält. Hierzu könnte einerseits die Krankenkasse den Versicherten bitten, alle Befunde und sonstigen Berichte vom behandelnden Arzt oder Hausarzt zum Begutachtungstermin mitzubringen. Andererseits wäre es aber besonders versichertenorientiert, wenn sich die Krankenkasse die erforderlichen Unterlagen selbst beschaffen würde.

Soweit dem MDK Originale der Unterlagen vorgelegt werden, hat er diese natürlich unverzüglich zurückzugeben.

Nach der Begutachtung erstellt der MDK ein schriftliches Gutachten. Dieses enthält neben der Diagnose auch das Ergebnis der Begutachtung, also die Antwort auf die von der Krankenkasse gestellte Frage. Dies kann z. B. eine Hilfe für die Entscheidung der Krankenkasse sein, ob sie eine Leistung bewilligt oder nicht. Der MDK entscheidet allerdings nicht selbst, ob eine Leistung zu erbringen ist oder nicht, sondern klärt nur medizinische Fragen der Krankenkasse ab, die diese für die Entscheidung benötigt.

Durchschriften dieses Gutachtens bekommen die zuständige Krankenkasse und die behandelnden Ärzte bzw. der Hausarzt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die behandelnden Ärzte oder der Hausarzt über die Begutachtung und deren Ergebnis informiert werden. Es soll allerdings nicht in deren Behandlung eingreifen. Hierzu sind die Ärzte des MDK nicht berechtigt.

Die Pflegekassen haben durch den MDK prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit gegeben sind und in welchem Maße Pflegebedarf vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfung hat der MDK auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit – einschließlich der medizinischen Rehabilitation – geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien verbindlich geregelt. Die Pflegekasse entscheidet über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und über die Zuordnung des Pflegebedürftigen in die jeweilige Pflegestufe. Sie entscheidet über die nach dem SGB XI zu erbringenden Leistungen. Die Pflegekasse schaltet bei Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen regelmäßig den MDK ein. Dies kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auch ohne die Begutachtung von vornherein nicht vorliegen.

Bei der Stellung eines Leistungsantrags an die Pflegekasse ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit nicht erforderlich.