

# MDK-Tag 2011

Stuttgart



MDK Baden-Württemberg  
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

## **VORWORT**

- 5** KARL-HEINZ PLAUMANN, Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg

## **PLENUM**

- 6** WALTER SCHELLER: „Wir wollen uns austauschen, Gemeinsamkeiten finden und an Lösungsmöglichkeiten arbeiten“
- 7** KATRIN ALTPETER: „Der MDK Baden-Württemberg ist ein wichtiger Partner für das Land“
- 8** PROF. DR. EBERHARD WILLE: Stand, Entwicklung und Schwachstellen der sozialen Pflegeversicherung
- 10** PODIUMSDISKUSSION: Der MDK im Austausch mit Vertretern von Wissenschaft, Politik und Kassen
- 12** GÜNTER GÜNER: „Der MDK muss sich darauf einstellen, mit anderen Dienstleistern in Wettbewerb zu treten“

## **IMPRESSIONEN**

- 14** Bilder vom regen Austausch in der Mittagspause

## **FACHVORTRÄGE**

- 16** DR. ANGELIKA ZEGELIN: Erhalt und Förderung der Bewegungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen
- 17** DR. BURKHARD EMDE: Über die Kunst der Begutachtung
- 18** PROF. DR. WOLF-DIETER LUDWIG: Nutzenbewertung von Innovationen im Arzneimittelbereich am Beispiel der Onkologie
- 19** DR. NORBERT LOSKAMP: Ambulante Kodierrichtlinien: Was erwartet die gesetzliche Krankenversicherung vom MDK?
- 20** DIPL.-ING. STEFAN KUHN: Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung
- 21** DR. JÜRGEN JONKE: Gestufte AU-Beurteilung – von der Kurzuntersuchung bis zur Arbeitsplatzsimulation
- 22** DR. BERND SCHÜTZE: Aktuelle BSG-Rechtsprechung zu Hilfsmitteln und ihre Konsequenzen für den MDK
- 23** DR. HORST STIEL: Prüfung von Krankenhausfällen durch den MDK: Wie geht es weiter?

## **PLENUM**

- 24** PROF. DR. SUCHARIT BHAKDI: Risikowahrnehmung zwischen Wahn und Wirklichkeit

## **SCHLUSSWORT**

- 25** PD DR. MATTHIAS MOHRMANN, Leitender Arzt des MDK Baden-Württemberg

MDK Baden-Württemberg  
Ahornweg 2, 77933 Lahr

Verantwortlich (i.S.d.P.) Karl-Heinz Plaumann

Redaktion Andreas Klein  
Kirsten Weber-Hertenstein  
Myriam Elison  
Christian Deutsch

Gestaltung Dietmar Grashoff

Fotos Michael Rosenstiel



## Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen den Berichtsband über den MDK-Tag 2011 präsentieren zu dürfen.

Am 19. Mai 2011 sind in Stuttgart über 500 Experten, darunter über 400 Fachärzte und Pflegefachkräfte, zum MDK-Tag 2011 im Kongresszentrum Liederhalle zusammengekommen. Für den MDK und seine Beschäftigten war es eine ganz besondere Ehre, dass einer ihrer ersten offiziellen Auftritte im Amt, Frau Katrin Altpeter, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren in Baden-Württemberg, zum MDK-Tag nach Stuttgart geführt hat, um die Grußworte für das Ministerium zu sprechen.

Erstmals in der Geschichte des MDK-Tages stand in diesem Jahr eine Podiumsdiskussion mit namhaften Vertretern des Deutschen Gesundheitswesens im Mittelpunkt der Veranstaltung.

Vor allem zwei aktuelle Themen nahmen breiten Raum ein: die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Bereich Pflege sowie die Prüfungen von Krankenhausabrechnungen.

Auch wenn teilweise kontrovers diskutiert wurde, waren sich im Ergebnis alle Teilnehmer darüber einig, dass die vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben beim MDK Baden-Württemberg in guten Händen sind. Auch die Ministerin stellte fest, dass der MDK ein wichtiger Partner für das Land ist.

Der MDK-Tag 2011 stand unter dem Motto „Synergien und Entwicklung“. Synergieeffekte entstehen dann, wenn eine positive Entwicklung aus dem Zusammenwirken oder Zusammenarbeiten mehrerer Einheiten entsteht. Das Interesse, auf das diese Veranstaltung bei den Auftraggebern, den Partnern im Gesundheitswesen, der Politik und den Medien gestoßen ist, hat gezeigt, dass der Medizinische Dienst in Baden-Württemberg bestens vernetzt ist, Schnittstellen und Kontakte nutzt, um im Interesse der Versicherungsgemeinschaft und der Kranken- und Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen.

Die vielfältigen Diskussionen auf der Bühne, in den einzelnen Nachmittagsveranstaltungen und in den Pausen haben deutlich gemacht, dass die Aufgaben und die Rolle des Medizinischen Dienstes Teil einer dynamischen politischen und gesellschaftlichen Diskussion sind. Von den strukturellen gesundheitspolitischen Entwicklungen sind die Medizinischen Dienste zwangsläufig erfasst. Die MDK-Gemeinschaft wird ihren Beitrag leisten, um die Herausforderungen der Zeit zu lösen. Der MDK Baden-Württemberg ist bereit und für die Zukunft gut aufgestellt.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Rednern, Gästen und Mitarbeitern für ihre Teilnahme am MDK-Tag 2011.

Ihr

Karl-Heinz Plaumann  
Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg



**Karl-Heinz Plaumann**  
Geschäftsführer  
des MDK Baden-  
Württemberg



**Walter Scheller**  
Vorsitzender des Verwaltungsrats des MDK Baden-Württemberg

## „Wir wollen uns austauschen, Gemeinsamkeiten finden und an Lösungsmöglichkeiten arbeiten“

**Walter Scheller, Vorsitzender des Verwaltungsrats des MDK Baden-Württemberg, eröffnete den MDK-Tag 2011 am 19. Mai in der Stuttgarter Liederhalle. Nach der Begrüßung der Gäste nahm er mit folgenden Worten den Leitgedanken des Tages, „Synergien und Entwicklung“, auf:**

Der MDK Tag 2011 steht unter dem Motto Synergien und Entwicklung. Synergieeffekte entstehen dann, wenn eine positive Entwicklung aus dem Zusammenwirken oder Zusammenarbeiten mehrerer Einheiten entsteht. Nicht zuletzt die Gästeliste des MDK-Tages zeigt, dass der Medizinische Dienst in Baden-Württemberg bestens vernetzt ist, Schnittstellen und Kontakte nutzt, um im Interesse der Versichertengemeinschaft und der Leistungsträger den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen.

Entwicklung ist einerseits gefordert, wenn es darum geht, die Aufgabenerledigung zu optimieren. Auf der anderen Seite zeigt auch die tagesaktuelle

- Er ist hoch professionell und entwickelt sein Fachwissen ständig fort, um den differenzierten medizinischen und pflegerischen Fragestellungen gerecht werden zu können.

Der MDK Baden-Württemberg beteiligt sich mit seinen Kompetenzen und Kompetenzeinheiten im besonderen Maße an der Fortentwicklung der Vergütungsstrukturen in der ambulanten und stationären Versorgung und der in der heutigen Zeit immer wichtiger werdenden Qualitätsentwicklung und -sicherung im Gesundheitswesen.

Seine Aufgaben erledigt der MDK nicht nur sehr gut – er verbessert seine Leistungen noch von Jahr zu Jahr. Hierzu einige wenige Zahlen:

Im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung konnte der MDK seine Leistungen kontinuierlich aktuell auf knapp 500.000 Gutachten pro Jahr steigern. Für die Krankenversicherung hat der MDK Baden-Württemberg im Jahr 2010 insgesamt über eine Millionen einzelfallbezogene Gutachten erbracht. Das ist eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr von 1,5 Prozent. Im Bereich der Pflegeversicherung hat der MDK seine einzelfallbezogenen Gutachten 2010 im Vergleich zum Vorjahr um zwei Prozent auf 224.000 Gutachten gesteigert. Die Beratungsleistungen haben um fast 20 Prozent zugenommen.

Auch dieser MDK-Tag dient der Synergie und der Entwicklung. Am Vormittag wollen wir uns austauschen, Gemeinsamkeiten finden und an Lösungsmöglichkeiten arbeiten. Der Nachmittag steht im Zeichen der Entwicklung durch die verschiedenen Fachvorträge und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Letztendlich wollen wir mit dieser Veranstaltung auch unsere Wertschätzung zum Ausdruck bringen. Wir sind der Auffassung, dass Wertschätzung eine elementare Voraussetzung sowohl für Synergie als auch für Entwicklung ist. Die Wertschätzung gilt allen unseren Auftraggebern, unseren Partnern, mit denen wir gut zusammenarbeiten, der Politik, die uns hierbei unterstützt, und vor allem auch unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Ich wünsche uns allen eine erfolgreiche Veranstaltung!



**Eröffnete den MDK-Tag 2011 in der Stuttgarter Liederhalle: Walter Scheller**

Diskussion, dass Politik und Gesellschaft vom MDK und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern viel Flexibilität und Leistungsbereitschaft erwarten. Diesen Erwartungen wird der MDK gerecht:

- Der MDK ist medizinisch unabhängig.
- Er leistet seinen Beitrag zur zielgenauen Verteilung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen und schafft dadurch neue Handlungsspielräume.

## „Der MDK Baden-Württemberg ist ein wichtiger Partner für das Land“

**Es war einer ihrer ersten offiziellen Auftritte im Amt: Katrin Altpeter, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren in Baden-Württemberg, sprach auf dem MDK-Tag 2011 die Grußworte für das Ministerium.**

Ihren Auftritt beim MDK-Tag bewertete die Ministerin als „willkommene Gelegenheit zum Kennenlernen“ und als „Auftakt für vertiefende Gespräche“ – denn, so fügte sie hinzu: „Der MDK Baden-Württemberg ist ein wichtiger Partner für das Land.“

In ihrem kurzen Grußwort forderte Gesundheitsministerin Katrin Altpeter, die regionalen Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung ausreichend zu berücksichtigen. „Wir wollen den Gestaltungsspielraum des Landes auch beim Thema Gesundheit nutzen. Schließlich findet die Versorgung vor Ort statt“, betonte die Ministerin.

Altpeter zitierte aus dem Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung, wonach eine bessere „Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor“ angestrebt wird und mit einem „gezielten Maßnahmenbündel der zunehmenden Unterversorgung im ländlichen Raum“ entgegengewirkt werden soll. Diesen Auftrag werde sie jetzt zügig umsetzen und „mit Leben füllen“, kündigte Altpeter an.

Die Ministerin forderte alle Akteure auf, sich gemeinsam und konstruktiv einzubringen und an der Umsetzung mitzuwirken. Schließlich sei es nur mit einer konstruktiven Zusammenarbeit möglich, gute und nachhaltige Lösungen für die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu finden.



**Ministerin Katrin Altpeter beim MDK-Tag: „Auftakt für vertiefende Gespräche“**



**Begleitet vom Fernsehen: Ministerin Katrin Altpeter mit Walter Scheller, dem Vorsitzenden des Verwaltungsrats des MDK Baden-Württemberg**



**Prof. Dr. Eberhard Wille**  
Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

## Einführungsvortrag: Stand, Entwicklung und Schwachstellen der sozialen Pflegeversicherung

**Die zentralen Schwachstellen der sozialen Pflegeversicherung analysierte in seinem Vortrag Prof. Dr. Eberhard Wille, Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim. Der Finanzwissenschaftler ist auch Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.**

Aus guten Gründen diskutieren Pflegewissenschaftler, wie man bestehende Defizite, vor allem auch bei der Betreuung demenzkranker Menschen, beseitigen kann. Was dabei gerne aus dem Blick gerät, sind die fiskalischen Aspekte: Was kostet es – und wer soll es bezahlen?

Auf eben diese Aspekte leitet Prof. Wille die Aufmerksamkeit seiner Zuhörer. Die Finanzierungsbasis der sozialen Pflegeversicherung sei identisch

*„Die soziale Pflegeversicherung ist finanzierungsschwach – denn sie wächst schwächer als das Sozialprodukt.“*

mit der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – womit beide Versicherungen unter derselben „wachstumsschwachen Finanzierungsbasis“ litten. Fazit: „Die Pflegeversicherung ist finanzierungsschwach, denn sie wächst tendenziell schwächer als das Sozialprodukt.“

Dem steht ein steigender Finanzierungsbedarf gegenüber. Unstrittig sei beispielsweise, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff bisher zu sehr somatisch ausgerichtet ist, d.h. Demenzerkrankungen und psychosomatische Krankheiten zu wenig berücksichtigt werden. Dies werde am Ende jedoch auf Mehrausgaben in der Pflege hinauslaufen.

In seinen Ausführungen beschrieb der Wissenschaftler Entwicklung und Stand der sozialen Pflegeversicherung, prognostizierte Umfang und Struktur der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2060 und verglich

die Pflegeversicherung mit der gesetzlichen Krankenversicherung.

In den Mittelpunkt seines Vortrags stellte der Redner die Schwachstellen der Pflegeversicherung, die er in folgenden neun Punkten zusammenfasste: Das geltende System

- besitzt keine Nachhaltigkeit wegen einer konjunkuranfälligen und wachstumsschwachen Finanzierungsbasis,
- beinhaltet im Rahmen der Beitragsgestaltung auch distributive Mängel, sichert nicht den Erhalt des realen Leistungsniveaus ab dem Jahre 2012,
- weist Defizite bei der Betreuung Demenzkranker sowie geistig behinderter und psychisch kranker Pflegebedürftiger auf,
- gefährdet die Entfaltung des Gesundheits- und Pflegebereiches als Beschäftigungs- und Wachstumssektor,
- führt im stationären Bereich immer noch zu einer mit den Pflegestufen ansteigenden Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen,



- enthält infolge Finanzausgleich und fehlendem Wettbewerb keine Anreize zu wirtschaftlichem Handeln der (Pflege-) Kassen und
- erzeugt Schnittstellenprobleme mit der gesetzlichen Krankenversicherung und in diesem Kontext Nachteile für die Pflegebedürftigen.

**Leitete das Augenmerk auf die finanziellen Aspekte der Pflege: Der Finanzwissenschaftler Prof. Dr. Eberhard Wille**



## Podiumsdiskussion: Der MDK im Austausch mit Vertretern von Wissenschaft, Politik und Kassen

**Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung handelt im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Entscheidend für die Akzeptanz seiner Arbeit ist die fachliche Unabhängigkeit seiner Gutachterinnen und Gutachter. So lässt sich die Kernbotschaft der Podiumsdiskussion mit Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Kassen zusammenfassen.**

Wer die Musik bestellt, für den spielen die Musiker. Diese These, von Willi Zylajew, dem pflegepolitischen Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ins Feld geführt, sorgte auf dem MDK-Tag für Wirbel. Mit den Musikern nämlich meinte Zylajew die Gutachterinnen und Gutachter des MDK. In der Öffentlichkeit bestünde subjektiv der Eindruck, dass Gutachten nicht neutral erstellt würden – ein Eindruck, dem man durch Wettbewerb und Konkurrenz bei der Begutachtung entgegenwirken könne.

„Der Medizinische Dienst muss neutral im Medizinischen, aber dennoch an die gesetzliche

Kranken- und Pflegeversicherung angegliedert bleiben“, erwiderte Dr. Rolf Hoberg, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg. Die Krankenkassen müssten in der Lage sein, die Leistungen, die sie pflichtgemäß für ihre Versicherten zu erbringen hätten, auf ihre Notwendigkeit zu beurteilen. „Diese Aufgabe übernimmt für uns der MDK – und ich denke, er tut es hervorragend.“

Die Podiumsdiskussion unter Leitung von Karl-Heinz Plaumann, Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg, machte einerseits deutlich, dass der MDK sich in einem turbulenten Umfeld zu behaupten hat und die MDK-Strukturen keineswegs, wie es Zylajew formulierte, auf alle Zeiten „zementiert“ sind. Andererseits zeigte die Diskussion, dass insbesondere der MDK Baden-Württemberg gut aufgestellt ist.

Der MDK spielt eine herausragende Rolle „in der Balance zwischen dem individuellen Leistungsanspruch, dem finanziell Machbaren und dem medizinisch Notwendigen“, brachte es Dr. Rolf-Ulrich

Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, auf den Punkt. In seinen Augen ist der MDK „die vielleicht am meisten unterschätzte Organisation“, die sich durch „eine einzigartige Bündelung von medizinischem und Medizin umgebendem Sachverstand“ auszeichnet. Kritisch bewertete Schlenker die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander und deren bundesweit unterschiedliches Erscheinungsbild.

Auch Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim, hob die Bedeutung einer einheitlichen und transparenten Begutachtung hervor. So dürfe es etwa im Bereich Pflege nicht vorkommen, „dass Pflegebedürftige, je nach dem in welchem Bundesland sie leben, unterschiedlich eingestuft werden“. Es sei darauf zu achten, dass die Pflegeeinstufung bundesweit nach gleichen Kriterien erfolge. Einhellige Anerkennung fand der MDK für seine Prüfungen von Krankenhaus-Abrechnungen. Zwei von fünf überprüften Abrechnungen erweisen sich als



fehlerhaft, was dazu führt, dass die Krankenhäuser insgesamt hohe Summen an die Kassen zurückerstatten müssen. „Im Krankenhausbereich leistet der MDK prächtige Arbeit“, stellte Willi Zylajew fest – und rief die in der Stuttgarter Liederhalle versammelten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK dazu auf: „Machen Sie diese Arbeit bitte weiter!“

**Auf dem Podium: Prof. Dr. Eberhard Wille, Willi Zylajew, Karl-Heinz Plaumann, Dr. Rolf Hoberg, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker**



**Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Es darf nicht vorkommen, dass Pflegebedürftige je nach Bundesland unterschiedlich eingestuft werden.“**



**Willi Zylajew, pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: „Im Krankenhausbereich leistet der Medizinische Dienst prächtige Arbeit. Machen Sie diese Arbeit bitte weiter!“**



**Dr. Rolf Hoberg, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg: „Der Medizinische Dienst muss neutral im Medizinischen, aber dennoch an die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung angegliedert bleiben.“**



**Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK: „Der MDK ist die vielleicht am meisten unterschätzte Organisation, die sich durch eine einzigartige Bündelung von Sachverstand auszeichnet.“**



**Günter Güner**  
 Alternierender  
 Vorsitzender des  
 Verwaltungsrats des  
 MDK Baden-Würt-  
 temberg

## „Der MDK muss sich darauf einstellen, mit anderen Dienstleistern in Wettbewerb zu treten“

**Den Vormittag des MDK-Tags 2011 beschloss Günter Güner, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats des MDK Baden-Württemberg. Hier Auszüge aus seiner Rede:**

Sehr geehrte Damen und Herren, zum Abschluss des heutigen Vormittags möchte ich zu allererst Frau Ministerin Altpeter danken für ihre Grußworte. Dass Sie, Frau Altpeter, sich die Zeit genommen haben, so kurzfristig unserer Einladung zu folgen, wissen wir zu schätzen.

Wir werten dies als Wertschätzung der Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Baden-Württemberg. Wir werten dies als Referenz an die Rolle des MDK als unabhängiger



**Beschließt mit seiner Rede einen spannenden Vormittag: Günter Güner**

Gutachterdienst für die Krankenversicherungen. Und wir dürfen diese Wertschätzung zurückgeben und Ihnen die kooperative Unterstützung des MDK für Ihre Aufgaben im Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württembergs anbieten.

Meine Damen und Herren, werte Gäste, haben Sie nicht auch – wie ich – den Eindruck, dass diese Diskussion hochspannend und informativ war? Die Aussagen der Podiumsgäste verdeutlichten, vor welchen Herausforderungen der MDK Baden-Württemberg und die MDK-Gemeinschaft stehen. Herzlichen Dank an die Diskutanten für ihre klaren Worte! Sie haben deutlich gemacht: Die Medizinischen Dienste stehen vor großen He-

rausforderungen: Der MDK muss sich auf mehr Wettbewerb einstellen. Die Privatisierung von Leistungsbereichen, für die bisher der MDK ein Alleinstellungsmerkmal hatte, zeichnet sich am Horizont ab. Und das vor dem Hintergrund gesetzlicher Vorgaben, die – ich will es vorsichtig formulieren – zumindest lückenhaft sind.

Das wird für viele Arbeitsbereiche der Mitarbeiter Umwälzungen nach sich ziehen, wenn es so kommt. Eine der Anforderungen gleich vorweg: Sie, die Mitarbeiter des MDK, haben zunehmend nicht nur Ihre Kernaufgaben zu erledigen. Sie werden sich mehr als bisher auch als Botschafter des MDK beim Kunden verstehen müssen, um die guten Leistungen nach außen auch gut zu vertreten.

Die Podiumsteilnehmer haben zu den Herausforderungen ihre Meinung und Erwartungen an den MDK Baden-Württemberg und seine Rolle im Gesundheitssystem formuliert. Ich will aus Sicht des Verwaltungsrates des MDK Baden-Württemberg zuspitzen und gleichzeitig Forderung mit Perspektive verbinden.

Der Medizinische Dienst hat die Aufgabe, auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben an der gerechten Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen mitzuwirken. Dabei bleibt es nicht aus, dass die Gutachter und Gutachterinnen aus Sicht der Betroffenen manchmal Entscheidungen treffen, die dem subjektiven Anspruchsempfinden der Leistungsempfänger nicht entsprechen. Das liegt in der Natur der Sache. Aber es bleibt dabei: Wir lassen keinen Zweifel aufkommen an der fachlich-medizinischen Unabhängigkeit des MDK. Diese ist nicht nur im Gesetz vorgegeben, sondern ist und bleibt auch gelebte Tagespraxis des MDK Baden-Württemberg.

Die Zeichen stehen auf Wettbewerb. Die heutige Podiumsdiskussion und die Entwicklung im Gesundheitswesen zeigen, dass der MDK sich darauf einstellen muss, mit anderen Dienstleistern in den Wettbewerb zu treten. Um den Bestand der Aufgaben eines im Wettbewerb stehenden Dienstes zu erhalten, ist unternehmerisches Denken und Handeln unerlässlich. Dieses unternehmerische Han-

deln muss sich sowohl in der Dienstleistungsbereitschaft als auch der Wirtschaftlichkeit widerspiegeln. Verwaltungsrat und Geschäftsführung haben ihre Strategien bereits vor Jahren auf eine unternehmerische Entwicklung ausgerichtet. Somit bestätigt das Ergebnis der heutigen Diskussion diesen Kurs. Diesen Weg mitzugehen, bitte ich auch die Mitarbeiter des MDK.

### ● Pflege

Wir erwarten von Regierung und Politik, dass sie den Medizinischen Diensten geeignete und besser vermittelbare Kriterien zur Bewertung von Leistungsvoraussetzungen in der Pflege zur Verfügung stellen. Wenn das aktuelle Instrument Kritik auslöst, ist dies nicht durch wettbewerbliche Strukturen zu lösen, sondern nur durch bessere Instrumente der Pflegebegutachtung.

Wettbewerbliche Strukturen bringen keine Lösungen. Andere Dienste können auch nur geltendes Recht anwenden. Die Befürchtung ist real, dass Konkurrenz die Prüftiefe und die Prüfgenaugigkeit aufweicht.

Die Pflege-Transparenzvereinbarung (PTV) hat Schwächen. Diese sind aber das Ergebnis eines Verhandlungsprozesses, der die Krankenkassen zwingt, mit den Leistungserbringern über die Qualitätsmerkmale bei Pflegeeinrichtungen zu verhandeln. Ich sage es unumwunden: Qualitätsmerkmale kann man nicht aushandeln oder schiebsen. Qualitätsmerkmale muss man nach wissenschaftlichen evaluierten Maßstäben setzen. Es ist schon eine Klatsche, wenn die Wissenschaft sagt, dass die aktuelle PTV erhebliche Mängel bezüglich Qualität, Reliabilität und Validität habe.

Die Erfahrungen mit der aktuellen Pflege-Transparenzvereinbarung zeigen auch, dass die notwendige Aussagekraft für die Verbraucher nicht erreicht wird und keine Anreize zu Qualitätssteigerungen geschaffen werden. Wir sehen die grundsätzliche Lösung nur in einer generellen Überarbeitung der

Transparenzkriterien, damit sie den wissenschaftlichen Anforderungen genügen.

Die Mitarbeiter des MDK, die mit der Prüfung der Pflegequalität in stationären und ambulanten Einrichtungen beauftragt sind, benötigen für die Qualitätsprüfung in der Pflege ein Instrument, das sowohl wissenschaftlichen Anforderungen genügt als auch rechtssicher ist. Nur so kann der MDK Baden-Württemberg seinem Anspruch auf objektive Begutachtung gerecht werden. Wir wünschen uns deshalb das Engagement der Politik, die es dem MDK ermöglicht, zu Gunsten der Versicherten, Pflegequalität zu prüfen und im Interesse des Verbrauchers darzustellen.

### ● Krankenhaus

Prüfungen von Krankenhausabrechnungen sind unabdingbar. Der MDK erzielt durch die Abrechnungsprüfungen erhebliche Einsparungen für die Krankenkassen und wirkt steuernd auf das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer ein.

Der MDK Baden-Württemberg geht mit hochqualifizierten Gutachtern und Prüfern einen besonders erfolgreichen Weg. Die Notwendigkeit der Abrechnungsprüfung resultiert aus der gesetzlichen Prüfverpflichtung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Es ist schon eine verquere Logik, wenn die Krankenkassen für Abrechnungsprüfungen, die in Ordnung sind, eine Strafbühne bezahlen müssen – diejenigen aber, die Abrechnungsfehler verursachen (immerhin 40 Prozent der geprüften Fälle) sich weiter lautstark beschweren dürfen, ohne den Aufwand der Krankenkassen und des MDK erstatten zu müssen. Deshalb sollte ein Ende sein mit der asynchronen Strafbühne.

Fehler in Abrechnungen sind kein Kavaliersdelikt, weil Mittel durch Zwangsbeiträge der Beitragszahler erbracht werden. Upcoding und Fehlbelegung dürfen nicht risikolos sein. Das Problem sind nicht die Prüfungen, sondern falsche Abrechnungen.

*Der MDK erzielt durch die Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus erhebliche Einsparungen für die Krankenkassen*

Impressionen





**Dr. Angelika Zegelin**  
Pflegerwissenschaftlerin an der Universität Witten/Herdecke

## Erhalt und Förderung der Bewegungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen

**Wir assoziieren Bewegung mit Leben – und halten es dennoch für normal, dass pflegebedürftige Menschen sich immer weniger bewegen bis sie nur noch im Bett liegen. Dieses Phänomen hat zum ersten Mal Dr. Angelika Zegelin, Pflegewissenschaftlerin an der Universität Witten/Herdecke, untersucht.**

In ihrem Vortrag stellte Dr. Angelika Zegelin sehr anschaulich dar, dass Bettlägerigkeit durch eine Verkettung unglücklicher Umstände entstehen kann. Dabei spielen über zwanzig Einflussfaktoren eine Rolle, zu denen auch die institutionelle Versorgung des Pflegebedürftigen im Pflegeheim gehört.

Die Ergebnisse gehen auf eine Studie zur Entstehung von Bettlägerigkeit zurück, die Dr. Zegelin im Rahmen ihrer pflegewissenschaftlichen Dissertation durch-

dend dabei sei die „Ortsfixierung“. Das bedeutet, dass ein Mensch nicht mehr selbstständig zum Beispiel vom Sessel zum Bett wechseln kann und deshalb Hilfe braucht.

### ● „Scheinmobil“ im Rollstuhl

In den letzten Jahren wurden durch verschiedene Projekte in Altenheimen die Erkenntnisse weiter erhärtet und differenziert. Durch das Inblicknehmen der strukturellen und personellen Seite konnten weitere Einflussfaktoren festgestellt werden.

*Viele alte Menschen werden in einem schleichenden Prozess „in den Rollstuhl mobilisiert“.*

Die Gruppe der ortsfixierten Menschen scheint groß – in einem schleichenden Prozess der Immobilisierung finden sich viele alte Menschen einige Zeit nach dem Heimein-

zug im Rollstuhl wieder. Dieser Prozess wird kaum hinterfragt, im Gegenteil: Die Altenheimbewohner gelten als „in den Rollstuhl mobilisiert“. Sie können nicht mehr Stehen und nicht mehr Gehen, sie sind „scheinmobil“.

Aus den noch laufenden Studien lassen sich bereits zahlreiche Vorschläge für pflegerische Interventionen ableiten, um eine Ortsfixierung zu verhindern oder rückgängig zu machen. Anliegen in diesen Projekten ist es, die Bewegungsförderung in den Pflegealltag zurückzuholen.

### ● Fazit

Mit ihrem engagierten Vortrag sensibilisierte Dr. Angelika Zegelin auf dem MDK-Tag die Teilnehmer, ihr Augenmerk bei Pflegebegutachtungen und Qualitätsprüfungen auf die Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen zu richten.

Die Wissenschaftlerin unterbreitete den interessierten Zuhörern viele gut praktikable Vorschläge für pflegerische Interventionen, die eine Ortsfixierung (zum Beispiel im Bett oder im Sessel) verhindern oder rückgängig machen.



**Plädierte für mehr Bewegungsförderung im Pflegealltag: Dr. Angelika Zegelin**

führte und 2004 fertigstellte. Hierfür wurden auch Interviews mit den Betroffenen geführt.

### ● Ortsfixierung macht bettlägerig

Bettlägerigkeit entwickelt sich über vier Phasen, führte die Pflegewissenschaftlerin aus, entschei-



**Dr. Burkhard Emde**  
Leiter des BBZ-Verbands 2 des MDK Baden-Württemberg

## Über die Kunst der Begutachtung

**„Die Kunst der Begutachtung“: Hierüber referierte Dr. Burkhard Emde, Leiter des BBZ-Verbands 2 (Stuttgart, Neckar-Enz, Mittlerer Neckar) des MDK Baden-Württemberg. Seinen Vortrag fasst er wie folgt zusammen:**

Beurteilungen medizinischer Gutachter haben einen starken Einfluss auf die Leistungsgewährung der sozialen Sicherungssysteme. Für die Beratung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und für die Begutachtung der Versicherten haben die Medizinischen Dienste weitreichende Kompetenzen. Dies ist mit Fragen nach der Güte der Gutachten verbunden. Vielfältige qualitätssichernde Aktivitäten haben zu einem hohen strukturellen Niveau der Produkte geführt.

Die für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen typischen Einzelfall-Gutachten werden auf der Grundlage anamnestischer Angaben, der Kenntnis von Fremdbefunden und eigener Befunderhebung erstellt. Soweit systematische Untersuchungen zu Konsistenz und Plausibilität erhoben wurden, deuten die Ergebnisse auf wesentliche Schwerpunkte zur Erstellung überzeugender Gutachten für alle Anspruchsgruppen.

Die Gutachter werden sich fortwährend mit den normativen Aspekten ihrer Aufgaben intensiv auseinandersetzen müssen. Wie wirkt sich das Versicherungsein aus? Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen, mit medizinischem Fachverstand die Wirklichkeit zu erfassen? Lässt sich die Subjektivität markieren und überzeugend reduzieren? Mit welcher Sensitivität und Spezifität ist zu rechnen?

Kunst und Können beziehen sich metaphorisch auf besondere Aufgaben und Fähigkeiten der Gutachter: Eine umfassende Wahrnehmungsfähigkeit für medizinische und nichtmedizinische Gegebenheiten, die kritische Selbstreflexion, das Lernen durch Rückmeldungen und der systematische interkollegiale Abgleich von Beurteilungen. Möglichkeiten einzelfallbezogener Plausibilitätsprüfungen werden angesprochen.

Kunst und Können bedingen die nachhaltige Arbeit an wissenschaftlicher Erkenntnis: Konstanz

der Gutachten, Aussagekraft klinischer Befunde, Wertigkeit apparativ erhobener Ergebnisse für die Beurteilung, Bedeutung von Peer-Review-Verfahren und ihre sinnvolle Anwendung in der Praxis.

Der Medizinische Dienst bietet die besten Voraussetzungen für eine exzellente Weiterbildung. Aus den vorhandenen Daten lassen sich Studien-Hypothesen generieren. Die Mitarbeiter nehmen die Entwicklungsmöglichkeiten aktiv in Anspruch.



### ● Fazit

Wahrnehmungsfähigkeit für die medizinischen und nichtmedizinischen Gegebenheiten, kritische Selbstreflexion, das Lernen durch Rückmeldungen und der systematische interkollegiale Abgleich von Beurteilungen – vor allem darin liegen Kunst und Können des Gutachters. In seinem Vortrag stellte Dr. Burkhard Emde ein umsetzungsfähiges Konzept für die Zusammenarbeit mit Experten der Gutachtenlehre und für eine zertifizierte Teilnahme der Gutachter an spezifischen Trainingseinheiten im MDK Baden-Württemberg zur Diskussion.

**Wo liegen die Grenzen des medizinischen Fachverständs? Burkhard Emde referierte über die Kunst der Begutachtung.**



**Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig,**  
Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, HELIOS Klinikum Berlin-Buch

## Nutzenbewertung von Innovationen im Arzneimittelbereich am Beispiel der Onkologie

**Den Nutzen von Innovationen im Arzneimittelbereich bewertete Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), am Beispiel der Onkologie. Sein ernüchterndes Fazit: Die Datenlage ist noch vielfach unbefriedigend und erlaubt häufig keine gesicherten Aussagen zur Wirksamkeit und zu Risiken unter Alltagsbedingungen.**

Nutzen- bzw. Kosten-Nutzen-Bewertungen kostenintensiver neuer medikamentöser Therapiestrategien in der Onkologie rücken zunehmend in den Blickpunkt der klinischen Versorgung und werfen zahlreiche medizinische, aber auch ethische Fragen auf. Angesichts der bisher unbefriedigenden Therapieergebnisse bei verschiedenen fortgeschrittenen soliden Tumorerkrankungen ist die Entwicklung zahlreicher neuer Wirkstoffe mit zum Teil innovativen Angriffspunkten in der Onkologie grundsätzlich zu begrüßen. Die Datenlage für diese neuen, in aller Regel sehr kostspieligen

mentöser Therapieverfahren in der Onkologie und daraus abgeleitete Empfehlungen für einen rationalen, kosteneffizienten Einsatz neuer Wirkstoffe dringend erforderlich.

### ● Mängel in klinischen Studien

Verschiedene Untersuchungen haben Mängel in klinischen Studien aufgezeigt, die im Rahmen der Zulassung bzw. Zulassungserweiterung von hämatologischen und onkologischen Arzneimitteln durchgeführt wurden. Eine von der AkdÄ kürzlich vorgenommene Auswertung von Berichten der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) ergab, dass sich einerseits die Qualität der Zulassungsstudien (z.B. hinsichtlich Vergleichsarm und ausgewählter Endpunkte) verbessert hat, andererseits aber weiterhin Defizite existieren (z.B. ungeplante Zwischenanalysen, vorzeitige Studienabbrüche, post-hoc durchgeführte Subgruppenanalysen), die die Aussagekraft dieser Studien einschränken und eine Bewertung des (Zusatz-) Nutzens häufig unmöglich machen.

### ● Fazit

Vor dem Hintergrund regulatorischer Anforderungen an die Zulassung in der Onkologie und offensichtlicher Erkenntnislücken bezüglich Wirksamkeit und Risikoprofil neuer Wirkstoffe ging Prof. Dr. Ludwig am Beispiel einiger onkologischer Arzneimittel auf Probleme bei der Nutzenbewertung ein und stellte Lösungsansätze zur Optimierung einer Nutzen-Risiko-Bewertung vor. Darüber hinaus stellte er Ziele „individualisierter“, besser stratifizierender medikamentöser Therapiestrategien in der Onkologie sowie Anforderungen an das Design zukünftiger klinischer Studien zur Validierung von Biomarkern zur Diskussion.

Ob der Nutzen eines neuen Arzneimittels überhaupt schon so früh, wie es das neue Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) fordert, belegt werden kann, wurde kritisch diskutiert: Zwar mag dies für den Wirksamkeitsnachweis möglich sein – der Schaden durch ein neues Medikament zeigt sich dagegen oft erst nach Jahren.



**Moniert Defizite in klinischen Studien: Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig**

onkologischen Wirkstoffe ist heute jedoch vielfach unbefriedigend und erlaubt häufig keine gesicherten Aussagen zur Wirksamkeit und zu Risiken unter Alltagsbedingungen („effectiveness“).

Angesichts des steigenden Umsatzes für Spezialpräparate und der daraus resultierenden Belastung für Gesetzliche und Private Krankenversicherung sind eine frühe Nutzenbewertung neuer medika-



**Dr. Norbert Loskamp**  
Abteilung ambulante Versorgung, GKV Spitzenverband, Berlin

## Ambulante Kodierrichtlinien: Was erwartet die gesetzliche Krankenversicherung vom MDK?

**Einen Überblick zur aktuellen Lage der Diagnoserichtlinien für den ambulanten Versorgungsbereich, den „ambulanten Kodierrichtlinien“, gab Dr. Norbert Loskamp von der Abteilung ambulante Versorgung beim GKV Spitzenverband in Berlin.**

Was erwarten die gesetzliche Krankenversicherung und der GKV-Spitzenverband vom MDK bei der Umsetzung der ambulanten Kodierrichtlinien? In seinem Vortrag ging Dr. Loskamp auf die enge Kooperation bei diesem Thema zwischen dem GKV-Spitzenverband und der MDK-Gemeinschaft, insbesondere der SEG 4 ein. Hinter dem Kürzel verbirgt sich die „Sozialmedizinische Expertengruppe“ (SEG), die sich unter Federführung des MDK Baden-Württemberg mit dem Thema „Vergütung und Abrechnung“ befasst.

Mit Blick auf die ambulanten Kodierrichtlinien nannte Dr. Loskamp folgende Aspekte einer Zusammenarbeit von GKV-Spitzenverband und MDK:

- Unterstützung des GKV-Spitzenverbands in der Gremienarbeit (Arbeitsgruppe ambulante Kodierrichtlinien),
- Einrichtung einer internen Arbeitsgruppe MDK / GKV-Spitzenverband zur Abstimmung wichtiger Fragen zu den ambulanten Kodierrichtlinien,
- Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband in allen wichtigen Fragen zu den ambulanten Kodierrichtlinien,
- Bildung einer zentralen Stelle für kassenseitige Fragen der ambulanten Kodierrichtlinien,
- Erfassung von Hinweisen und Nachweisen auf systematische Kodierfehler (gehäufte Hinweise aus einer Region / einem Ärztenetzwerk / einer Fachgruppe / einer Praxis etc.),
- Sammlung von unklaren Auslegungsfragen aus den unterschiedlichen Medizinischen Diensten,
- Abstimmung einer einheitlichen Auslegung von Kodierfragen,
- fachliche Bewertung und Konsentierung von (kassenseitigen) Vorschlägen zu Anpassungen der ambulanten Kodierrichtlinien (insbesondere über das Kommentierungsverfahren).

Weiterer wesentlicher Punkt in der Zusammenarbeit wird die Vermittlung der ambulanten Kodierrichtlinien an Krankenkassen und MDK sein. Hier

komme es auf eine koordinierte Vermittlung der konsentierten Auslegungen an die Krankenkassen und die MDK-Gemeinschaft an. Ein Aspekt werde hier auch der Aufbau und Betrieb einer Internetplattform für die Vermittlung der Inhalte und die Sammlung von Fragen sein.

In seinem Vortrag hob Dr. Norbert Loskamp die enge Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MDK Baden-Württemberg bzw. der SEG 4 hervor. Diese Zusammenarbeit habe sich sowohl bei der Erarbeitung der ambulanten Kodierrichtlinien als auch generell in der Gremienarbeit auf Bundesebene bewährt.



**Referierte über den Stand der Ambulanten Kodierrichtlinien: Dr. Norbert Loskamp**

Im Hinblick auf die weitere Zusammenarbeit nannte Dr. Loskamp eine Reihe möglicher Aufgabenfelder wie die bundesweite Sammlung, Zusammenführung und fachliche Klärung von Fragen zu den ambulanten Kodierrichtlinien sowie gemeinsame Schulungsangebote für Kassenmitarbeiter. Darüber hinaus könnte die Erarbeitung bundeseinheitlicher Prüfalgorithmen unter Berücksichtigung systematischer Datenanalysen ein künftiges Aufgabenfeld des MDK sein.

### ● Fazit

Der weitere Ablauf der Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien befand sich zum Zeitpunkt des MDK-Tags durch Aktivitäten der Ärzteschaft/KBV in Verbindung mit politischen Initiativen im Umbruch. Dr. Norbert Loskamp gab einen Überblick zur aktuellen Lage – und beschrieb die enge Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband und der MDK-Gemeinschaft.



**Dipl.-Ing. Stefan Kuhn**  
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Mainz

## Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung

**Um Rückenbeschwerden bei Pflegekräften zu vermeiden, sollte die Mobilität der Pflegebedürftigen gefördert und so lange wie möglich bewahrt werden. Auf diesen Zusammenhang wies Dipl.-Ing. Stefan Kuhn, zuständig für die technische Aufsicht der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Mainz, hin.**

Aufgabe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Unfallkasse Baden-Württemberg ist der Arbeitsschutz für ihre Versicherten, die des MDK Baden-Württemberg der Schutz von pflegebedürftigen Menschen. Dabei sind die Versicherten, in diesem Fall die Pflegekräfte, und die Pflegebedürftigen Teile des gleichen Systems, nämlich der Pflege. Maßnahmen für die eine Seite haben zwangsläufig Auswirkungen auf die andere Seite.

Ein Beispiel für diesen Zusammenhang ist die Mobilität pflegebedürftiger Menschen und die Zunahme



**Den Arbeitsschutz für Pflegekräfte im Blick: Stefan Kuhn von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)**

von Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems (MSE), insbesondere von Rückenbeschwerden, bei Pflegekräften. Denn bei schwindender Mobilität unterstützt die Pflegekraft immer stärker den Pflegebedürftigen bei Bewegungen und Transfers.

Um die Belastungen der Pflegekraft zu analysieren, gibt es rechtliche Regelungen, die jeden Unternehmer verpflichten, schon im Vorfeld Gefährdungen

zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zu treffen. Das Arbeitsschutzgesetz enthält die „Gefährdungsbeurteilung“, während die Lastenhandhabungsverordnung die gesetzlich vorgegebene Reihenfolge der Maßnahmen, nämlich T-O-P (Technisch-baulich vor Organisatorisch vor Personenbezogen) konkretisiert. Dabei hat die Vermeidung der manuellen Handhabung von Lasten die höchste Priorität. Dieses Ziel ist in der Pflege und Betreuung nur durch möglichst lange Mobilität der Pflegebedürftigen zu erreichen. Können manuelle Handhabungen von Lasten nicht vermieden werden, so hat der Unternehmer alles zu tun, damit eine Gefährdung der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten möglichst gering gehalten wird. Auch hier ist eine Förderung der Mobilität der Pflegebedürftigen, neben sonstigen Maßnahmen, ein wesentlicher Faktor.

Zur Ermittlung der Lendenwirbelsäulenbelastung bei pflegerischen Transfers in konventioneller und optimierter Ausführung sowie mit sogenannten kleinen Hilfsmitteln (Anti-Rutsch-Matte, Gleitmatte, Rutschbrett), hat die BGW zusammen mit dem Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADo) Forschungsprojekte durchgeführt. Bei konventioneller Arbeitsweise traten durchgehend exorbitant hohe LWS-Druckkräfte auf. Bei optimierter Arbeitsweise waren diese deutlich reduziert und beim Einsatz von kleinen Hilfsmitteln am niedrigsten.

### Fazit

Stefan Kuhn zeigte den Teilnehmern, welche exorbitant hohen Druckkräfte auf der Lendenwirbelsäule professionell Pflegenden lasten, wenn pflegerische Transfers konventionell durchgeführt werden. Durch den Einsatz kleiner Hilfsmittel kann die Belastung der Lendenwirbelsäule erheblich reduziert werden. Anhand kurzer Filmausschnitte zeigte der Referent auch, dass der Pflegebedürftige die Transfers aktiv unterstützen und seine Mobilität erhalten kann, wenn Antirutschmatten und Gleitmatten eingesetzt werden. Die anschließende Diskussion zeigte, dass MDK und Berufsgenossenschaft von einem gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch profitieren.



**Dr. Jürgen Jonke**  
Bezirksleitender Arzt im MDK Westfalen-Lippe

## Gestufte AU-Beurteilung – von der Kurzuntersuchung bis zur Arbeitsplatzsimulation

**Das Arbeitsgebiet der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung ist für die Medizinischen Dienste von besonderer Bedeutung. Dr. Jürgen Jonke, Bezirksleitender Arzt im MDK Westfalen-Lippe, beschrieb in diesem Zusammenhang die seit Jahren etablierte und sehr erfolgreiche Vorgehensweise des MDK Westfalen-Lippe.**

Bei der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit hat sich im MDK Westfalen-Lippe ein gestuftes Vorgehen bewährt, das sich aus folgenden Einzelkomponenten zusammensetzt:

1. „Kurz- oder Fast-Track-AU-Untersuchung“. Die Zielgruppen von Versicherten mit medizinisch nicht plausibler Arbeitsunfähigkeit werden möglichst frühzeitig im Rahmen eines Screening-Verfahrens zu einer kurzen orientierenden symptombezogenen Untersuchung in speziell für dieses Verfahren eingerichteten AU-Service-Zentren in Westfalen-Lippe eingeladen. Diese Untersuchung und Befragung entspricht im zeitlichen Umfang in etwa dem Arzt-Patientenkontakt in einer Praxis. Unter Nutzung des „Ankündigungseffektes“ erscheint etwa die Hälfte der Eingeladenen nicht zur Untersuchung und nimmt zeitnah die Arbeit wieder auf.

2. *Allgemeine sozialmedizinische Begutachtung.* Für die in allen Untersuchungsstellen des MDK Westfalen-Lippe durchgeführten sozialmedizinischen Begutachtungen wurden „Begutachtungspfade“ analog den klinischen Behandlungspfaden implementiert. Da die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit in der Regel fachübergreifend erfolgt, dient dies der Sicherung der Begutachtungsqualität. Wesentliches Element ist die Transformierung der medizinischen Diagnose in eine Funktions-/Leistungsdiagnose mit Beschreibung der Aktivitäts-/Teilhabeeinschränkung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells.

3. *Aktivitätsdiagnostik.* Da die sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in der Regel mittels Befragung sowie einer Untersuchung unter Ruhebedingungen erfolgt, ergibt sich nicht selten eine „Begründungs- oder Deduktionslücke“ für den Gutachter, da er hieraus Aussagen zur Leistungsfähigkeit des Versicherten unter der Belastungs-

situation am Arbeitsplatz vornehmen muss. Die Laufband-Ergometrie gestattet sowohl eine Beurteilung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit als auch eine Beobachtung von Bewegungsabläufen bei muskulo-skelettalen Erkrankungen bis hin zur Beurteilung der „Wegefähigkeit“.

4. *Arbeitsplatzsimulation.* Die spezifischen Arbeitsplatzanforderungen werden in der Arbeitsplatzsimulation erprobt und vorweggenommen. Dies erfolgt assessmentgestützt mit Analyse und Dokumentation der individuellen Beanspruchung auf der Basis des MTM (Methods-Time-Measurement)-Konzepts. Somit werden gutachtliche Aussagen zum Leistungsvermögen am konkreten Arbeitsplatz unter Belastungssimulation ermöglicht.



**Vier-Schritte-Strategie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit: Dr. Jürgen Jonke präsentierte das Konzept des MDK Westfalen-Lippe.**

### Fazit

Das Arbeitsgebiet der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung ist für die Medizinischen Dienste von besonderer Bedeutung, weil einerseits hier sehr große Auftragszahlen zu bewältigen sind, andererseits dieses Thema in der direkten Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und in der Wahrnehmung der Leistungsfähigkeit des MDK durch die Krankenkassen eine große Rolle spielt.

Dr. Jürgen Jonke beschrieb die sehr erfolgreiche Vorgehensweise des MDK Westfalen-Lippe. Das gestufte Vorgehen in vier Schritten hat sich sowohl als sehr wirksam als auch als effizient und ressourcenschonend erwiesen.



**Dr. Bernd Schütze**  
Richter am  
Bundessozialgericht  
Kassel

## Aktuelle BSG-Rechtsprechung zu Hilfsmitteln und ihre Konsequenzen für den MDK

**Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) wirkt sich über den entschiedenen Einzelfall hinaus normbildend aus. Die aktuelle BSG-Rechtsprechung im Bereich Hilfsmittel erläuterte Dr. Schütze, Richter am Bundessozialgericht in Kassel.**

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Versicherten Anspruch auf die Hilfsmittel, „die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen“. Obwohl dieser Anspruch seit langem im Wesentlichen unverändert ist, sehen sich Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und Gerichte vor immer wieder neue Rechtsfragen zu dieser Versorgung gestellt.

Grund dafür ist zum einen der technische Fortschritt, der viele vor kurzem noch unerreichbare Perspektiven eröffnet. Zum anderen wird die Hilfsmittelgewährung zunehmend von dem selbstverständlichen Wunsch nach aktiver Partizipation

schen der prothetischen Versorgung auf der einen und dem so genannten mittelbaren Behinderungsausgleich auf der anderen Seite.

Für Prothesen gilt das Ziel eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Hörgeräte müssen deshalb in den Grenzen der Wirtschaftlichkeit dem aktuellen Stand der Technik entsprechen.

Mittel zum mittelbaren Ausgleich von Behinderungsfolgen – wie z.B. Rollstühle – haben die Krankenkassen dagegen nur im Rahmen eines Basisausgleichs zur Verfügung zu stellen. Dessen Reichweite ist vor allem bei der Mobilität und bei Hilfsmitteln zur sportlichen körperlichen Betätigung im Einzelnen vielfach umstritten. Soweit es dabei – insbesondere für die prothetische Versorgung – auf den funktionellen Nutzen eines Hilfsmittels und auf den Nutzungsvorteil von medizin-technischen Innovationen ankommt, ist die medizinische Expertise des Medizinischen Dienstes gefragt.

### Fazit

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wirkt sich über den entschiedenen Einzelfall hinaus normbildend aus. Bei der prothetischen Versorgung als unmittelbarem Behinderungsausgleich ist nach der BSG-Rechtsprechung ein möglichst weitgehender Behinderungsausgleich geboten. Beim mittelbaren Behinderungsausgleich haben Krankenkassen dagegen nur einen „Basisausgleich“ im Rahmen der Grundbedürfnisse zur Verfügung zu stellen. Das Bundessozialgericht unterscheidet somit – in den Begriffen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – zwischen den Auswirkungen einer Krankheit auf Körperfunktionen und -strukturen einerseits und den Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe andererseits.

Dem Vortrag von Dr. Bernd Schütze folgte eine lebhaft Diskussion. „Wir hätten noch Stoff für viele Stunden Diskussion gehabt“, meinte ein Teilnehmer am Ende der Veranstaltung.



**Wann besteht Anspruch auf Hilfsmittel? Antwort gab BSG-Richter Dr. Bernd Schütze.**

am gesellschaftlichen Leben bestimmt, von der Mobilität außer Haus, von Mobilität ohne Unterstützung von Familienangehörigen, von Barrierefreiheit in einem weit verstandenen Sinne. Über diese gewandelten Versorgungsmöglichkeiten und -ansprüche muss anhand von Generalklauseln entschieden werden, die im Prinzip seit Einführung des Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung unverändert sind. Dabei unterscheidet die Rechtsprechung zwi-



**Dr. Horst Stiel**  
Leiter Referat 211,  
Bundesministerium  
für Gesundheit,  
Bonn

## Prüfung von Krankenhaufällen durch den MDK: Wie geht es weiter?

**Wie könnte sich die Prüfung stationärer Krankenhaufälle durch den MDK weiter entwickeln? Dr. Horst Stiel, Leiter des Referats 211 im Bundesministerium für Gesundheit, zeigte aus seiner Sicht Möglichkeiten und Perspektiven auf.**

Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für zum Teil hochkomplexe stationäre Behandlungen von Patienten und Patientinnen muss zu differenzierten Vergütungsstrukturen führen. Einfache Vergütungsstrukturen einerseits und leistungsorientierte Vergütung der einzelnen Leistungen andererseits stehen bei den häufig zu erbringenden komplexen Krankenhausleistungen in einem Spannungsfeld.

Eine komplexe Vergütungsstruktur bedarf einerseits wirksamer Kontrollmechanismen. Eine wesentliche Ausweitung des gesamten Prüfolumens stationärer Behandlungsfälle ist andererseits schon im Hinblick auf den damit für alle Beteiligten verbundenen Aufwand schwer vermittelbar.

Es muss darum gehen, das Prüfverfahren weiterzuentwickeln. Die Prüfung sollte noch gezielter erfolgen und ihre Ergebnisse sollten auch für die kontinuierliche Anpassung der regionalen Versorgungsstrukturen an die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt nutzbar gemacht werden.

### Nach Krankenhäusern differenzieren

Ein interessanter Ansatz wäre, die Prüfung nicht nur – wie bisher - bezogen auf die einzelnen zur Prüfung gelangenden Fälle im Rahmen einer Vorselektion auf bestimmte Auffälligkeiten zu fokussieren, sondern auch bezüglich der Krankenhäuser zu differenzieren. Warum sollte man nicht unterscheiden zwischen in der Regel ohne Auffälligkeiten abrechnenden Krankenhäusern und Häusern, bei denen im Rahmen der Einzelfallprüfung immer wieder vergleichbare Probleme auftauchen? Ein näher prüfenswerter Ansatzpunkt wäre hier eine kriterienbasierte Prüfung.

Die Ergebnisse der Prüfung stationärer Behandlungsfälle sollten auch stärker sowohl für die Wei-

terentwicklung des DRG-Systems als auch für die Planung bedarfsgerechter regionaler Versorgungsangebote genutzt werden. Dies gilt z.B. für die Prüfung auf Fehlbelegung. Hier können regionale ggf. auf bestimmte spezifische Versorgungsbereiche konzentrierte Unter-, Fehl- oder Überversorgungen erkennbar werden, die in die Arbeit der für die regionale Planung zuständigen Länder, KVen und Krankenkassen einfließen sollten.

### Fazit

In seinem Vortrag stellte Dr. Stiel Thesen zur möglichen Weiterentwicklung der Prüfung stationärer



**Das Prüfverfahren weiterentwickeln: Dr. Horst Stiel referierte über die Prüfung stationärer Krankenhaufälle.**

Krankenhaufälle zur Diskussion. Er wies darauf hin, dass eine komplexe Vergütungsstruktur selbstverständlich auch wirksame Kontrollmechanismen braucht, eine weitere Ausweitung des Prüfolumens aber aufgrund des damit für alle Beteiligten verbundenen Aufwandes nicht vermittelbar sei. Entsprechend sei über eine Weiterentwicklung der Prüfverfahren nachzudenken.

Als einen aus seiner Sicht interessanten Ansatz sah Dr. Stiel die Fokussierung der Prüfungen auf bestimmte auffällige Krankenhäuser, die nach vorher festzulegenden Kriterien auszuwählen wären („kriterienbasierte Prüfung“). Eine Nutzung von Prüfergebnissen im Hinblick auf die Planung regionaler Angebote (Stichwort „Fehlbelegung“) sollte in diesem Zusammenhang ebenfalls erwogen werden.



**Prof. Dr. Sucharit Bhakdi**  
Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universität Mainz

## Risikowahrnehmung zwischen Wahn und Wirklichkeit

**Mit einer brillanten Rede, humorvoll und pointiert, fesselte er die Zuhörer: Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seine Botschaft stimmte dann allerdings nachdenklich: Durch falsche Risikoeinschätzungen werden in hohem Maße Mittel verschwendet, die an anderer Stelle dringend benötigt würden.**

Wie durch falsche Risikowahrnehmung Ressourcen fehlgeleitet werden, schilderte Prof. Dr. Bhakdi besonders drastisch am Beispiel des „BSE-Wahnsinns“. Als in Deutschland im Jahr 2000 die ersten BSE-Fälle auftraten, führten panikartige Reaktionen zu einer Reihe von Maßnahmen, die von der Tötung von hunderttausend symptomlosen Tieren über die gesetzliche Einführung von BSE-Nachweistests für Rinder bis zur Ausschreibung von teuren Sonderforschungs-Programmen reichten. Bhakdi: „Die Kosten, die durch die BSE-Krise entstanden sind, haben allein in Deutschland die Milliardengrenze überschritten.“



**Prangerte die Fehlleitung von Ressourcen an: Prof. Dr. Sucharit Bhakdi**

Seit 2001 sind über neun Millionen klinisch unauffällige Tiere auf BSE getestet worden, weniger als 300 positive Fälle wurden festgestellt. „Ein BSE-Test kostet 30 bis 35 Euro, neun Millionen Tests rund 300 Millionen Euro“, rechnete Bhakdi vor. Und gab zu Bedenken: „Das Budget für die gesamten infektiologisch-diagnostischen Laboruntersuchungen an allen Universitätskliniken Deutschlands beträgt weit weniger als 50 Millionen Euro pro Jahr.“

Einmal angenommen, es kämen heute 1.000 BSE-positive Rinder ungetestet in die Nahrungskette, „wären maximal 20 vCJD-Fälle in 40 Jahren zu erwarten“, legte der Wissenschaftler dar. In der gleichen Zeit werden Millionen Menschen weiterhin an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumoren, aber auch an Infektionskrankheiten sterben. Zum Beispiel fordern Krankenhausinfektionen hierzulande mindestens 10.000 Menschenleben jedes Jahr. Es könnten auch 20.000, 30.000 oder 40.000 sein: „Wir wissen es nicht genau, denn – im Gegensatz zu BSE – besteht keine Meldepflicht für Todesfälle durch Krankenhausinfektionen.“

Nach Ansicht des Redners führt die Angst vor dem Unbekannten regelhaft zu einer Fehleinschätzung des Gefahrenpotenzials eines Risikos. Zahllose Maßnahmen werden ersonnen, um solche gefühlten Risiken zu minimieren. „Die meisten dieser Maßnahmen sind unangemessen, viele sogar sinnlos“, folgerte Prof. Bhakdi. Gänzlich irrwitzig und grotesk seien Vorkehrungen, die eine Elimination von nicht existenten Gefahren zum Ziel haben. Insgesamt seien die Folgen ruinös: Die Fehlzuteilung der Ressourcen komme einer „gigantischen Fehlinvestition gleich, mit der Folge, dass tatsächliche Gefahren sträflich vernachlässigt werden“. Wissenschaft, Politik und Gesellschaft stünden jetzt in der Pflicht, gemeinsam einen Weg aus dieser selbst verschuldeten Krise zu suchen.

### Fazit

Humorvoll und feinsinnig karikierte Prof. Dr. Sucharit Bhakdi den Umgang der Politik mit scheinbaren Katastrophen wie BSE oder Schweinegrippe. Er führte vor Augen, zu welchen überzogenen Maßnahmen – angesichts des tatsächlichen Risikos – sich die Politik hat verleiten lassen. Mit Blick auch auf kulturelle Unterschiede verdeutlichte Bhakdi, dass in der öffentlichen Wahrnehmung der Europäer weniger die wissenschaftliche Risikobewertung, als vielmehr eine stark von Ängsten geprägte Emotionalität den Ausschlag gibt. Die Mitarbeiter des MDK konnten, als Teil des auf dem Prüfstand stehenden Gesundheitssystems, die Darstellung von Prof. Dr. Bhakdi gut annehmen, weil er die Zusammenhänge ohne erhobenen Zeigefinger, sachlich begründet und mit viel Humor vortrug.

## Sehr geehrte Damen und Herren,

die Podiumsdiskussion unseres MDK-Tags 2011 haben wir unter das Motto „Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen“ gestellt. Diese Themenwahl ist auch Ausdruck unseres über die Jahre gewachsenen Selbstbewusstseins als Akteure in einem Bereich des öffentlichen Lebens, der praktisch alle Menschen berührt und der sich in einem raschen und tiefgreifenden Wandel befindet.

Unsere Referenten und Gäste haben uns in ihren Beiträgen gezeigt, dass und wie sehr die Rolle des MDK im Gesundheitswesen wahrgenommen wird. Es ist dabei deutlich geworden, wie wichtig unsere Aufgaben aus Sicht von Trägern des MDK, aber auch von Politikern und Wissenschaftlern sind. Die Kompetenz des MDK Baden-Württemberg und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist unbestritten. Das ist eine der sehr positiven Botschaften dieses MDK-Tags.

Klar ist aber auch: unsere Rahmenbedingungen als Beratungs- und Begutachtungsdienstleister der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und die Art und Weise, wie wir unsere Kompetenz im Gesundheitswesen einbringen, werden offen und kontrovers diskutiert – und zwar umso klarer, je deutlicher unsere Arbeit wahr- und ernstgenommen wird. Diese Diskussion wird uns in Zukunft begleiten, wir können und sollten sie auch gar nicht vermeiden, im Gegenteil: sie sollte Ansporn für uns sein, unser Tun zu hinterfragen, uns zu entwickeln, immer wieder nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Wenn wir diesen Anspruch erfüllen, können wir unseren Beitrag leisten zu einem leistungsfähigen und gerechten Gesundheitswesen – eine wirklich lohnende Aufgabe!

Die lebhaft und konstruktive Auseinandersetzung auch mit den kritischeren Diskussionsbeiträgen während unseres MDK-Tags belegt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK Baden-Württemberg ihre Rolle kennen und aktiv nutzen wollen. Das stimmt sehr zuversichtlich.

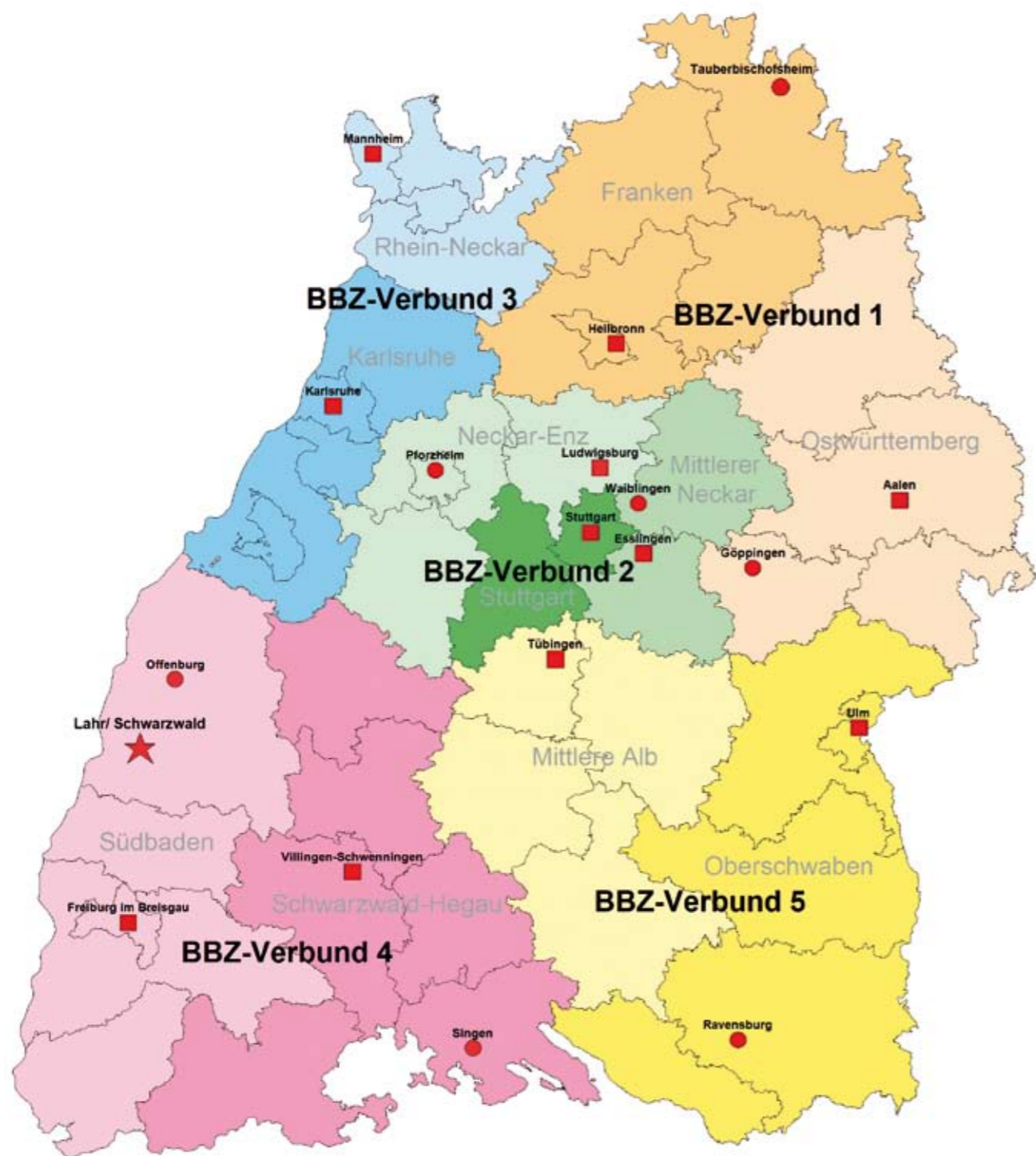
Ihr

PD Dr. Matthias Mohrmann  
Leitender Arzt des MDK Baden-Württemberg



**PD Dr. Matthias Mohrmann**  
Leitender Arzt des MDK Baden-Württemberg

## Die Beratungs- und Begutachtungszentren des MDK Baden-Württemberg



■ = 11 Beratungs- und Begutachtungszentren

● = 7 Beratungsstellen

★ = Hauptverwaltung

Bei Fragen und Anregungen zum MDK-Tag  
wenden Sie sich bitte an:

Kirsten Weber-Hertenstein  
MDK Baden-Württemberg  
Referat Geschäftsführung  
Tel.: 07821 938-1122  
E-Mail: [kirsten.weber-hertenstein@mdkbw.de](mailto:kirsten.weber-hertenstein@mdkbw.de)

