

# Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Quelle:

<http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/pflege-details/erklaerung/medizinischer-dienst-der-krankenversicherung/>

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK oder überprüfen andere unabhängige Gutachter, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Im Rahmen der Begutachtung hat der MDK durch eine Untersuchung des Versicherten die Einschränkungen bei den Verrichtungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit und das dauerhafte Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zu ermitteln. Bei knappschafflich Versicherten erstellt das Gutachten der Sozialmedizinische Dienst (SMD). Bei Privatversicherten erfolgt die Begutachtung durch MEDICPROOF.

Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Die angemeldete Begutachtung erfolgt in der Regel im Wohnbereich des Antragstellers durch eine Gutachterin bzw. einen Gutachter (Pflegefachkraft oder Ärztin bzw. Arzt).

Die Gutachterin bzw. der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die Verrichtungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung. Es gelten bundesweit einheitliche Begutachtungs-Richtlinien ([www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)). Dabei gibt es für jede einzelne Tätigkeit Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf maßgeblich. Die Orientierungswerte sind nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Zeitkorridors. Sie sind für die Gutachterin bzw. den Gutachter lediglich ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs.

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen bzw. Gutachter des Medizinischen Dienstes mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin bzw. Kinderarzt vorzunehmen. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird das hilfebedürftige Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst sind gestärkt worden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wurde verpflichtet, für die Medizinischen Dienste verbindliche Servicegrundsätze zu erlassen. Dieser „Verhaltenscodex“ stellt sicher, dass ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist.

Leistungsentscheidung und Leistungsbescheid: Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für die Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Die Antragstellenden haben ein Recht darauf, mit dem Bescheid der Pflegekasse das Gutachten zu erhalten, wenn sie sich für eine Zusage entschieden haben. Bei der Begutachtung ist bereits zu erfassen, ob von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Darüber hinaus erhalten die Antragstellenden von der Pflegekasse spätestens mit dem Bescheid die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern die Antragstellenden damit einverstanden sind.

Bearbeitungsfristen: Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befinden sich die Antragstellenden in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.