

2003-2004

Tätigkeitsbericht



Rahmenbedingungen

Koordination & Information

Krankenversicherung

Vorwort	3
---------------	---

Modernisierung des Gesundheitssystems – MDS unterstützt die Umsetzung des Reformgesetzes	5
---	---

MDS und MDK optimieren Zusammenarbeit	6
---	---

Gemeinsamer Bundesausschuss löst Anfang 2004 frühere Bundesausschüsse ab	8
---	---

Weiterentwicklung des DRG-Systems in Deutschland	10
--	----

Grundsatzgutachten Robodoc® – Verfahren weiterhin im Stadium der klinischen Erprobung	12
--	----

Evidenz-basierte Medizin: Was hat der Patient davon?	14
--	----

Gebündelte Fachkompetenz: Sozialmedizinische Expertengruppe „Methoden- und Produktbewertungen“ unter MDS-Leitung	15
---	----

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Ziele und Nutzen	16
--	----

Quantensprung in der Reha – Auswirkungen der neuen Rehabilitationsregelungen	17
---	----

Neue Begutachtungsanleitungen: Arbeitsunfähigkeit – Qualifizierte Fallauswahl	18
Heilmittel – Ressourcen zielgerichtet einsetzen	19

Angebote zur Primärprävention erstmals dokumentiert	20
---	----

Adipositas-Programme für Kinder und Jugendliche bewertet	21
--	----

Zahnersatz – Systemwechsel bei der Bezuschussung	22
--	----

Zahnmedizin – Richtlinien und Bema reformiert	23
---	----

Neue Beiträge im Bereich Medizinprodukte	24
--	----

Hilfsmittelversorgung – MDS prüft und bewertet neue Hilfen	26
--	----

Pflegeversicherung

Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – Erster Bericht dokumentiert Ergebnisse	28
---	----

Weiterentwicklung der Begutachtung und Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz	30
--	----

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen	31
---	----

Pflegeprozess und Dokumentation – Entbürokratisierung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	32
---	----

Pflegequalität – Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen	33
---	----

Fortbildung & Kommunikation

Fort- und Weiterbildung	34
-------------------------------	----

Öffentlichkeitsarbeit	35
-----------------------------	----

Fakten & Zahlen

Erfolgsrechnungen 2003 und 2004	36
---------------------------------------	----

Gremien

Gremien	38
---------------	----

Organigramm	43
-------------------	----

Veröffentlichungen	44
--------------------------	----

Impressum	45
-----------------	----

Liebe Leserinnen und Leser,

die Modernisierung des Gesundheitssystems stand bereits in der letzten Legislaturperiode ganz oben auf der politischen Agenda. Nach langen Verhandlungsrunden von Regierung und Opposition gelang es 2003 doch noch, ein breiter angelegtes Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) zu verabschieden. Dieses Gesetz, das zum 1. Januar 2004 in Kraft trat, hat die Tätigkeit des MDS und der Medizinischen Dienste im Jahr 2004 erheblich beeinflusst und zum Teil die Weichen für unsere Arbeit neu gestellt.

Anfang 2004 wurden zunächst die früheren Bundesausschüsse unter einem gemeinsamen Dach zusammengefasst: dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Hierdurch soll die sektorübergreifende Arbeit, insbesondere in der Nutzenbewertung medizinischer Methoden, verstärkt werden. Erstmals haben auch Patientenvertreter das Recht, in diesem Gremium mit zu beraten. In den mit Arbeitsaufträgen befassten Unterausschüssen arbeiten wie bisher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von MDS und MDK mit, die die bewährte medizinische Beratung für die Krankenversicherung auch unter den neuen Rahmenbedingungen fortsetzen. Die sich wandelnden Anforderungen haben die

MDK-Gemeinschaft veranlasst, durch interne Neustrukturierungen ihre Fachkompetenz noch zielgerichteter zu bündeln und an den Bedürfnissen der Kranken- und Pflegeversicherung auszurichten. Kontinuierlich wird somit die Beratungskompetenz den neuen Erfordernissen angepasst und die Unterstützung der Kranken- und Pflegeversicherung bei der Umsetzung der anstehenden Aufgaben gewährleistet.

Zu den weiteren Reformen im Gesundheitswesen gehört auch das neue pauschale, diagnose-orientierte Abrechnungssystem im Krankenhaus. Der Startschuss fiel im Jahr 2003 zunächst mit dem Vorlauf einer Erprobungsphase. Da das DRG-System als lernendes System konzipiert ist, haben sich MDS und MDK in die Arbeiten zur Weiterentwicklung der Klassifikationen eingebracht und mit ihren Vorschlägen dazu beigetragen, das ursprünglich für australische Verhältnisse entwickelte DRG-System an die deutschen Gegebenheiten anzupassen. Bereits in der budgetneutralen Einführungsphase der DRG haben sich darüber hinaus DRG-Prüfungen zu den Fragen, ob die Kodierung korrekt oder die Krankenhausaufnahme medizinisch indiziert war, zu einem wesentlichen Aufga-

benfeld der Medizinischen Dienste entwickelt. Im Bereich der Pflegeversicherung hat der MDS seinen gesetzlichen Auftrag erfüllt und im Jahr 2004 einen Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ vorgelegt. Damit liefert der MDS erstmals einen systematischen Überblick über den Stand der Qualität der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland. Nicht zuletzt wegen der durch die Medizinischen Dienste aufgedeckten Qualitätsmängel in Pflegeeinrichtungen stieß der Report in der Öffentlichkeit auf breite und vielfältige Resonanz.

Dieser Tätigkeitsbericht gibt über einen Zeitraum von zwei Jahren einen umfassenden Einblick in die vielgestaltigen Tätigkeitsfelder des MDS. Wir hoffen, Ihr Interesse an den in diesem Bericht dargestellten Aktivitäten des MDS und der MDK-Gemeinschaft geweckt zu haben. Mit diesem Bericht zeigen wir, dass MDS und MDK-Gemeinschaft für zukünftige Aufgaben gerüstet sind, um als kompetente und verlässliche Partner der Kranken- und Pflegeversicherung die neuen Herausforderungen eines sich verändernden Gesundheitswesens gemeinsam zu schultern.

Essen, im April 2005


Gert Nachtigal
 Vorsitzender des
 Vorstandes


Hans Langenbucher
 stv. Vorsitzender
 des Vorstandes


Dr. Peter Pick
 Geschäftsführer

Modernisierung des Gesundheitssystems – MDS unterstützt die Umsetzung des Reformgesetzes

Mit dem Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde die Reihe der Reformgesetze in der Gesetzlichen Krankenversicherung fortgeführt. Eine der zentralen organisatorischen Neuregelungen betrifft den Zusammenschluss der früheren Bundesausschüsse einschließlich des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses zu einem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Aufgaben erweitert

Der neue G-BA übernimmt nicht nur die Aufgaben der bisherigen Ausschüsse, seine Aufgaben wurden darüber hinaus erweitert, so zum Beispiel im Bereich der Qualitätssicherung. Den bisherigen Organisationsstrukturen ähnlich arbeiten auch dem G-BA Unterausschüsse bzw. Arbeitsgruppen fachlich zu. In Analogie zum bisherigen Verfahren in den Bundesausschüssen stützen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen auf die medizinische Fachkompetenz von Experten und Expertinnen des MDS und der MDK, die die Vertreter der Krankenkassen in den Gremien des G-BA in medizinischen Fragen beraten. Zu Einzelheiten wird auf das entsprechende Kapitel dieses Berichtes verwiesen.

Der G-BA wird gebildet von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen.

Das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Zu einer Qualitätsoffensive beitragen soll das mit dem GMG ins Leben gerufene und vom G-BA inzwischen gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dessen Aufgabe besteht u. a. darin, für ausgewählte Krankheiten das medizinische Wissen zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu recherchieren und zu bewerten. Es soll zudem für epidemiologisch wichtige Krankheiten die vorhandenen evidenzbasierten Leitlinien bewerten, den Nutzen von Arzneimitteln beurteilen sowie für die Bürgerinnen und Bürger allgemeinverständlich Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung aufbereiten.

Auch die Spitzenverbände der Krankenkassen können über einen Antrag beim G-BA das Institut beauftragen. Der MDS als medizinischer Berater der Spitzenverbände sieht es als seine Aufgabe an, die Spitzenverbände zum einen im Vorfeld einer solchen Beauftragung zu beraten. Zum anderen wird er die Spitzenverbände in der medizinischen Bewertung der vom Institut vorgelegten Ergebnisse unterstützen. Da das Institut zur Erledigung seiner Aufgaben auch externe Sachverständige beauftragen kann, steht der MDS bereit, auch hier entsprechende Verantwortung zu übernehmen.

Umsetzung einzelner Regelungen des GMG

Von Anfang an haben die Spitzenverbände den MDS in die Umsetzung einzelner Regelungen des GMG einbezogen. Die Definition einer „schwerwiegenden chronischen Erkrankung“, die der G-BA in einer Richtlinie festgelegt hat und die den Versichertenkreis abgrenzt, für den geringere Zuzahlungen gelten, basiert auf maßgeblichen Vorarbeiten des MDS. Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Unterstützung im Bereich Zahnmedizin, auf den in diesem Bericht noch näher eingegangen wird. Der MDS hat hier mit seiner zahnmedizinischen Kompetenz dazu beigetragen, dass im G-BA rechtzeitig die neuen befundorientierten Festzuschüsse und die dazugehörigen Regelversorgungen als Richtlinie verabschiedet werden konnten.

Neuregelungen für den Medizinischen Dienst

Das GMG hat auch eine wichtige Neuregelung für den Medizinischen Dienst selbst gebracht. So können MDK und auch der MDS in Modellvorhaben die Nutzerfinanzierung erproben. Bedingung dafür ist, dass es sich um Beratungsaufträge auf wettbewerblichen Themenfeldern der GKV handelt. Mögliche Beratungsfelder sind explizit in einer Richtlinie definiert. Die Umlagefinanzierung für den Medizinischen Dienst bleibt dabei grundsätzlich unangetastet. Eine Evaluation der Modellvorhaben wird Klarheit schaffen, ob sich durch eine Nutzerfinanzierung das Auftragsverhalten der Krankenkassen verändert und die Akzeptanz der qualitativen Bearbeitung in den Medizinischen Diensten weiter zunimmt.

MDS und MDK optimieren Zusammenarbeit

Medizinische und pflegefachliche Beratung und Begutachtung für die Kranken- und Pflegeversicherung in hoher Qualität zu gewährleisten und dafür zu sorgen, dass dies bundesweit nach einheitlichen Kriterien erfolgt, ist Ziel der MDK-Gemeinschaft. Dem MDS kommt in diesem Zusammenhang eine Schlüsselfunktion zu. Neben der Beratung der Spitzenverbände gehört es zu seinen originären Aufgaben, die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander und mit den Kranken- und Pflegekassen sowie deren Verbänden zu koordinieren und zu fördern. Eine gut funktionierende Zusammenarbeit führt zu besseren Ergebnissen und stärkt dadurch die Akzeptanz der Medizinischen Dienste

als fachkompetenter und serviceorientierter Partner der Kranken- und Pflegeversicherung.

Die weitere Optimierung dieser Zusammenarbeit durch eine Neuorganisation der Strukturen stand in den Jahren 2003 und 2004 beim MDS und den Medizinischen Diensten oben auf der Agenda. Mit einer stärkeren Bündelung von medizinischer Fachkompetenz in neuen Kompetenzeinheiten will die MDS/MDK-Gemeinschaft den sich wandelnden Anforderungen der Kranken- und Pflegeversicherung an die Grundsatzberatung und Begutachtung gerecht werden. Die Einrichtung von Kompetenz-Centren (KC) einerseits und Sozialmedizinischen Experten-

gruppen (SEG) andererseits soll die Qualität der Dienstleistungen der Medizinischen Dienste weiter verbessern und dazu beitragen, auch hochspezialisierte Beratungsleistungen schneller zu erbringen.

Kompetenz-Centren – kompetent in Systemberatung

Bereits im Jahr 2000 wurden im Rahmen eines dreijährigen Modellversuchs drei Kompetenz-Centren – „Onkologie“ beim MDK Nordrhein, „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ beim MDK Baden-Württemberg sowie „Psychiatrie/Psychotherapie“ beim MDK Mecklenburg-Vorpommern – eingerichtet. Sie wurden Ende 2002 in den Dauerbetrieb überführt. Im Jahr 2003 ging dann das vierte Kompetenz-Centrum „Geriatric“, angesiedelt beim MDK Hamburg, ans Netz. Als Gemeinschaftseinrichtungen der Medizinischen Dienste und der Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Kompetenz-Centren jeweils zur Hälfte von diesen Trägern finanziert.

Für ihre Einrichtung war entscheidend, dass die Krankenversicherung auf den jeweiligen Themenfeldern hochspezialisierter Beratung bedarf. Kompetenz-Centren nehmen keine Begutachtungsaufgaben im Einzelfall wahr, sondern unterstützen Krankenkassen und deren Verbände durch medizinische Beratung in Fragen, die sich auf die Gestaltung der medizinischen Versorgung bzw. von Versorgungsstrukturen beziehen.





SEG – einheitliche Begutachtung und Beratung

Anfang 2004 wurden die bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden zwölf sozialmedizinischen Arbeitsgruppen in der MDK-Gemeinschaft durch sieben sozialmedizinische Expertengruppen (SEG, siehe Seite 42) abgelöst.

Zielsetzung der SEG ist, neben der Bündelung von Kompetenz an einer verantwortlichen Stelle – MDK bzw. MDS – die übergreifende Zusammenarbeit weiter zu professionalisieren. Alle Medizinischen Dienste haben die Möglichkeit, ihr fachliches Know-how in die Arbeit der SEG einzubringen.

Im Vergleich zu den Kompetenz-Centren sind die SEG eher am operativen Geschäft der Medizinischen Dienste orientiert. Thematisch sind sie an Versorgungsstrukturen ausgerichtet und sollen die Medizinischen Dienste in ihren zentralen Begutachtungs- und Beratungsfeldern unterstützen. Wichtigster Arbeitsschwerpunkt der SEG ist es, unter Koordination des MDS die Grundlagen für die Begutachtung der MDK wie etwa Begutachtungsanleitungen und sonstige Arbeitshilfen zu erarbeiten. Damit tragen sie zu einer Begutachtung nach einheitlichen Kriterien bei.

AKOMED – Transparenz durch Auftragsmanagement

Sowohl die Auftraggeber der Medizinischen Dienste als auch die MDK-Gemeinschaft haben großes Interesse daran, Transparenz über die von den Kompetenz-Einheiten (KC und SEG) bearbeiteten Aufträge und deren Ergebnisse herzustellen. Transparenz hilft, ineffiziente Doppel- und Parallel-

arbeiten zu vermeiden. Um diese Transparenz herzustellen, hat der MDS eine zentrale Auftragsdatenbank unter der Bezeichnung „Auftragsdokumentation der Kompetenzeinheiten der Medizinischen Dienste – AKOMED“ eingerichtet.

Wissensmanagement für weitere Zielgruppen ausgebaut

Seit dem Aufbau und der kontinuierlichen Aktualisierung und Erweiterung von InfoMeD, der „Informationsdatenbank für die Medizinischen Dienste“, die unter anderem Richtlinien, Begutachtungs- und Arbeitshilfen, maßgebliche Urteile und Grundsatzstellungen enthält, kommt dem MDS eine führende Rolle als Informationsdienstleister zu. Mit der Einführung von InfoMeD als „InfoMeD-KK“ im September 2002 wurde der Informationsservice auch auf die Krankenkassen erweitert. Ende 2004 waren dort bereits über 1.200 Dokumente eingestellt.

Kontinuierliche Weiterentwicklung von InfoMeD

Auch InfoMeD wurde parallel stetig weiterentwickelt. Der Inhalt nahm zu und es wurden weitere Ansichten und Funktionen integriert, die speziell die Produkte der Kompetenzeinheiten besser präsentieren und greifbar machen. Allein in der Kategorie „Aktuelle Informationen“ stellt InfoMeD mit weit über 200 Beiträgen (2004) eine hochaktuelle und attraktive Informationsquelle für die MDK-Mitarbeiter dar. Wissen muss auf dem Laufenden

gehalten werden. Deshalb ist regelmäßige und schnelle Aktualisierung Pflicht. Um das zu gewährleisten, wurde allein im zweiten Halbjahr 2004 fast die Hälfte des Dokumentenbestandes überprüft und – wo nötig – auf den neuesten Stand gebracht. Rückmeldungen aus den Medizinischen Diensten bestätigen: InfoMeD hat sich als zuverlässiges Handwerkszeug für die tägliche Arbeit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etabliert und dient darüber hinaus als Quelle für andere, interne Wissenssysteme.

Datenbankspektrum um SINDBAD erweitert

Mit der Verbreitung des Internets wächst auch das Interesse von Versicherten oder Patienten an medizinischen Informationen. Das „Wissensmanagement“ beim MDS hat deshalb auch für medizinische Laien ein Informationsangebot aufgebaut. Im Juli 2004 wurde der Öffentlichkeit mit der „Sozialmedizinischen Informationsdatenbank für Deutschland – SINDBAD“ über die Homepage des MDS ein weiterer Auszug der MDK-Quellen zur Verfügung gestellt. Ergänzt um einen für Laien angepassten Kurzinformationstext werden zahlreiche Basistexte der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, des MDK-Systems und der sozialmedizinischen Bewertungsgrundlagen für Patientinnen und Patienten respektive Versicherte komprimiert bereitgestellt. Das neue Angebot SINDBAD umfasste Ende 2004 bereits über 500 Beiträge.

Gemeinsamer Bundesausschuss löst Anfang 2004 frühere Bundesausschüsse ab

Wesentliche Entscheidungen darüber, wie das Leistungs- und Leistungserbringerrecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgestaltet ist, werden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffen. In diesem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung sind Vertreter der Krankenkassen bzw. deren Verbände und Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereich vertreten.

Sektorübergreifende Arbeit angestrebt

Durch das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden Anfang 2004 die früheren Bundesausschüsse (Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen, Bundesausschuss Zahnärzte/Krankenkassen, Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss) unter ein gemeinsames Dach gestellt: den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Ziel des Gesetzgebers und Selbstverständnis der Mehrzahl der vertretenen Organisationen ist eine verstärkte sektorübergreifende Arbeit, insbesondere in der Nutzenbewertung medizinischer Methoden. Eine weitere durch das GMG eingeführte Neuerung ist die Vertretung von Patienten und Patientinnen in diesem Gremium.

Themenbezogene Unterausschüsse

Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die den ambulanten bzw. stationären Bereich, zahnmedizinische oder psychotherapeutische Leistungen sowie auch übergreifende Versorgungsstrukturen (z. B. Disease-Management-Programme) betreffen können, werden in themenbezogenen Unterausschüssen (UA) vorbereitet. Ebenso wurde ein Unterausschuss zur Erarbeitung einer Verfahrensordnung etabliert.





MDS arbeitet in Unterausschüssen mit

Die Unterausschüsse richten für spezielle Aufgabenstellungen Arbeitsgruppen zur fachlichen Vorbereitung von Entscheidungen ein, an denen auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des MDS und der Medizinischen Dienste beteiligt sind. Verschiedene Arbeitsgruppen werten vor allem Studien aus und bereiten den medizinischen Sachstand für die Beratung in den Unterausschüssen auf, damit diese dem Gemeinsamen Bundesausschuss Beschlussvorlagen präsentieren können. Dazu gehören u. a. folgende Arbeitsgruppen:

- Früherkennung Zervix-Carcinom
- Chlamydien-Screening
- Konduktive Förderung nach Petö
- HIV Resistenztestung
- Verfahren der Hyperthermie
- Aphereseverfahren
- Tandemmassenspektrometrie für das Neugeborenen-Screening
- Mammographie-Screening
- Autologe Chondrozyten Transplantation
- Hyperbare Sauerstoff-Therapie
- Stammzelltransplantation
- Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

IQWiG neu eingerichtet

Zur Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört auch die Einrichtung des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG). Das Institut hat u. a. die Aufgabe, den G-BA durch fachlich unabhängige medizinische Expertise zu unterstützen. Der MDS ist ebenso wie Vertreter der Medizinischen Dienste auf den Arbeitsebenen des G-BA vertreten.

Zahnmedizinische Beratung

Die Jahre 2003 und 2004 waren auch durch intensive Beratungstätigkeiten bei der Neuformulierung der Erstattung für zahnmedizinische Leistungen geprägt (u. a. Individualprophylaxe-Richtlinien, Zahnersatz-Richtlinien, Festzuschuss-Richtlinien). Weitere Schwerpunkte des Gemeinsamen Bundesausschusses bilden die Bereiche „Qualitätssicherung“ und „sektorübergreifende Versorgung“. Auch hier hat der MDS maßgebliche Arbeiten, z. B. zur „Mindestmengenregelung“ (§ 137 SGB V) und zur ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus (§ 116b SGB V), beigesteuert.

Die neue Verfahrensordnung des G-BA, die Anfang 2005 verabschiedet werden soll, gewährleistet auch für die Zukunft, dass der Medizinische Dienst seine erfolgreiche Beratungstätigkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss fortsetzen kann.

Schwerpunkte der Arbeit in den Jahren 2003/2004 – neben der Bewertung von medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Erstellung der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten
- Neufassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien 2003
- Krankenhausbehandlungs-Richtlinien 2003
- Krankentransport-Richtlinien 2004
- Rehabilitations-Richtlinien 2004
- Heilmittel-Richtlinien 2004
- Änderung der Hilfsmittel-Richtlinien (Anpassung im Abschnitt Sehhilfen) 2004
- Erweiterung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien um das Mammographie-Screening 2003
- Fortschreibung der Arzneimittel-Richtlinien
- Erstellung von Festbetragsgruppen

Weiterentwicklung des DRG-Systems in Deutschland



Seit dem 1. Januar 2004 müssen alle Krankenhäuser nach DRG (Diagnosis Related Groups) abrechnen. Die Grundlage zur Einführung dieses pauschalierten Entgeltsystems wurde bereits im Jahr 2000 mit dem Gesundheitsreformgesetz geschaffen.

Es besteht zwar die Möglichkeit, dass Krankenhäuser sich als so genannte „besondere Einrichtung“ anerkennen lassen, um die Abrechnung nach DRG zu umgehen. Der Gesetzgeber hat die Hürde hierfür jedoch bewusst sehr hoch gelegt, da eine flächendeckende Einführung des DRG-Systems gewünscht ist. Das Jahr 2004 blieb als letztes Jahr der Einführung des neuen Entgeltsystems für die Krankenhäuser noch weitgehend budgetneutral. Erst 2005 wird das DRG-System sukzessive scharf geschaltet.

DRG als lernendes System

Das DRG-System wurde vom Gesetzgeber bewusst als lernendes System initiiert. Das Institut für Entgeltfragen im Krankenhaus (InEK), das von den Selbstverwaltungspartnern gemeinsam getragen wird, berechnet jährlich anhand der Daten der Kalkulationshäuser die finanziellen Grundlagen und erarbeitet auf dieser Basis die Änderungen für das Entgeltsystem des darauf folgenden Jahres. Für 2004 wurden diese Kalkulationsdaten erstmals genutzt, so dass die Version 2004 des Deutschen DRG-Systems deutlich besser an die deutsche Realität angepasst ist, als die Version 2003, die zunächst nahezu unverändert aus dem australischen System übernommen wurde.

MDS und MDK haben an Änderungen mitgewirkt

Die Medizinischen Dienste haben in vielfältiger Hinsicht auf Änderungen im DRG-System eingewirkt. Dies erfolgte zum einen im Rahmen der Arbeitsgruppe Klassifikation der Selbstverwaltungspartner, die unter Federführung des InEK die Deutschen Kodierrichtlinien überarbeitete. Des weiteren hat der MDS in Zusammenarbeit mit den MDK für die Spitzenverbände einen umfassenden Vorschlag zur Änderung des DRG-Systems 2004 erarbeitet. Dieser beinhaltet sowohl Änderungen in der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation als auch umfassende grundsätzliche Gedanken zur Neuordnung in speziellen Bereichen. Des weiteren wurde ein Vorschlag erarbeitet, wie unter veränderten Entgeltbedingungen mit der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus umgegangen werden sollte.



Auch in der budgetneutralen Phase wurden von den Medizinischen Diensten in 500.000 Fällen DRG-Prüfungen im Auftrag der Krankenkassen durchgeführt. Diese bezogen sich hauptsächlich auf die Frage der korrekten Kodierung, die in einem pauschalierten Entgeltsystem direkt mit der Vergütung gekoppelt ist und befassten sich mit der Frage der medizinisch indizierten Notwendigkeit der stationären Aufnahme.

Der Arbeitsaufwand der einzelnen MDK im Hinblick auf die DRG-Prüfung stieg im Laufe der Jahre 2003 und 2004 exponentiell an. Diese Entwicklung ist vergleichbar mit anderen Ländern, die ebenfalls auf ein pauschaliertes Entgeltsystem umgestiegen sind (USA, Australien). Vor diesem Hintergrund war es eine enorme Aufgabe, sowohl für den MDS als auch für die Landes-MDK, die Gutachter entsprechend zu schulen. Deshalb wurden Multiplikatoren-Seminare, z. B. zu den Kodierrichtlinien, durchgeführt. Des weiteren arbeitet die MDK-Gemeinschaft zur Zeit an einer Begutachtungsanleitung für DRG-Fälle. Ziel ist es, unter Berücksichtigung von länderspezifischen Besonderheiten die Begutachtungspraxis von DRG-Fällen innerhalb Deutschlands zu harmonisieren.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahme

Der Gesetzgeber hat sich bewusst für eine schrittweise Einführung der DRG in Deutschland entschieden. Als externe Qualitätssicherungsmaßnahme wurde die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG mit Einführung der DRG neu aufgenommen. Die Krankenkassen können im Rahmen dieser gesetzlichen Bestimmungen durch Einsatz des Medizinischen Dienstes im Rahmen von Stichprobenprüfungen feststellen lassen, ob die stationäre Aufnahme medizinisch indiziert war, die Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu früh erfolgte und die Abrechnung korrekt war. Die Vertragsparteien – Spitzenverbände der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft – sollten diesbezüglich ein gemeinsames Prüfverfahren konsentieren.

Rahmenempfehlung zum Prüfverfahren

Unter Federführung des MDS wurde eine solche Rahmenempfehlung formuliert, die die gesetzlichen Vorgaben konkretisiert und einen geregelten Ablauf garantiert. Die Rahmenempfehlung zum Prüfverfahren von DRG-Fällen im Krankenhaus ist mittlerweile konsentiert und trat zum 15. April 2004 in Kraft. Erste Prüfungen wurden in einzelnen Bundesländern bereits zum Ende des Jahres 2004 vorgenommen, die Ergebnisse werden im Jahr 2005 vorliegen. Prüfungen zur Notwendigkeit der stationären Aufnahme gehören seit Jahren zur täglichen Routine der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste. Entsprechend hoch ist der Erfahrungsschatz auf diesem Gebiet. Als Folge einer zunehmenden Leistungsorientierung der

Medizin und in Kenntnis, dass die Kosten der stationären Behandlung etwa ein Drittel des Gesamtbudgets der GKV ausmachen, war zwangsläufig eine Forderung, die Ressource „stationäre Behandlung“ zu rationalisieren und transparenter zu gestalten.

Vom AEP zum G-AEP

Bereits Anfang der 80er Jahre wurden ähnliche Überlegungen in den USA durchgeführt, die im Rahmen eines „Appropriateness Evaluation Protocol“ (AEP) publiziert wurden. Diagnoseunabhängig wurde hierbei zusammengetragen, unter welchen Bedingungen eine stationäre Aufnahme notwendig ist. Diese Arbeiten wurden in Deutschland unter maßgeblicher Beteiligung des MDS und der Medizinischen Dienste weiterentwickelt, mit den Fachgesellschaften, dem Pflege- und der Bundesärztekammer diskutiert und soweit angepasst, dass im Jahr 2003 ein auf deutsche Verhältnisse abgestimmtes AEP (G-AEP) von den Vertragsparteien konsentiert werden konnte. Im Rahmen des Prüfverfahrens des § 17c KHG ist dieses G-AEP der Maßstab zur Beurteilung der Angemessenheit der Krankenhausaufnahme.

Grundsatzgutachten Robodoc® – Verfahren weiterhin im Stadium der klinischen Erprobung

Welches OP-Verfahren zum Einsatz künstlicher Hüftgelenke ist eindeutig überlegen: Ein roboterunterstütztes Fräsverfahren oder eine manuelle Fräsung? Ende Oktober 2003 wurde der MDS von den Spitzenverbänden beauftragt, ein Grundsatzgutachten zu roboterunterstützten Fräsverfahren bei künstlichem Hüftgelenkersatz am Beispiel Robodoc® anzufertigen. Hintergrund war die öffentlich geführte Debatte und bereits vorliegende Klagen von Versicherten über den sinnvollen Einsatz dieser Methoden, insbesondere des Robodoc®-Systems.

Überlegenheit des Verfahrens angezweifelt

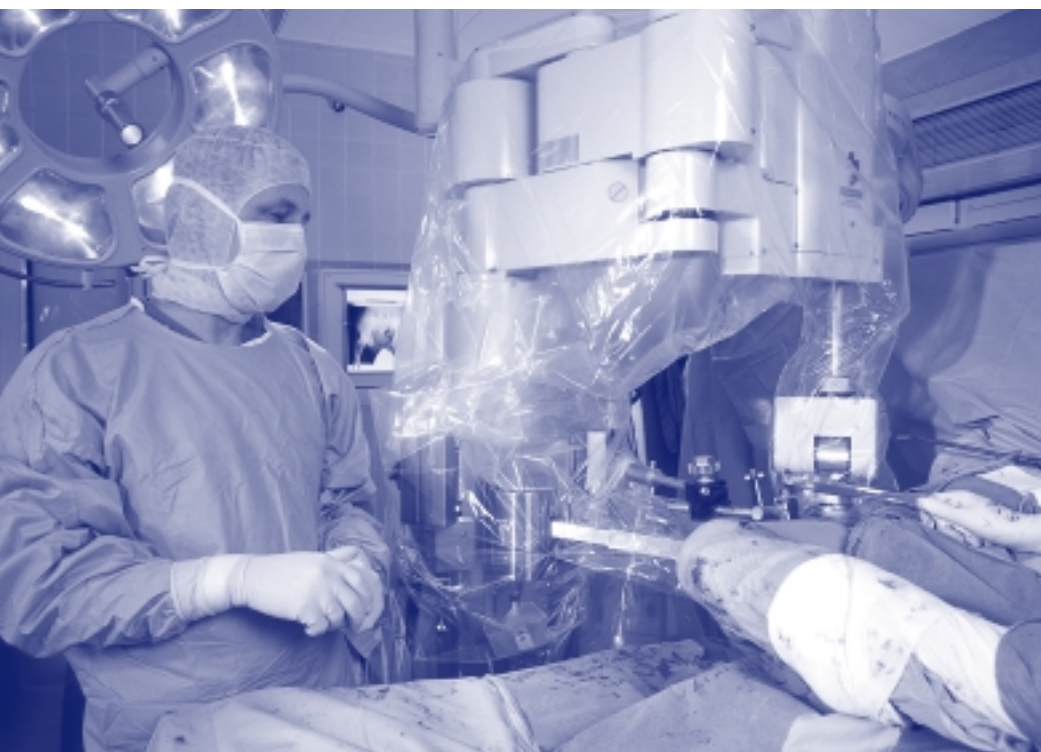
Das Robodoc®-Verfahren – als bekanntestes und am häufigsten verwendetes roboterunterstütztes Fräsverfahren – wurde zur Implantation von künstlichen Hüftgelenken

(Hüftgelenktotalendoprothesen = Hüft-TEP) letztendlich eingeführt, um die Präzision eines auf medizinische Belange umgerüsteten Industrieroboters in zweierlei Hinsicht zu nutzen: Für die Planung im Vorfeld einer Operation – insbesondere bei schwieriger Anatomie – und für den ansonsten manuell durchgeführten Fräsvorgang am Knochen.

Bis dahin wurde vermutet, dass nach dem Robodoc®-Verfahren durchgeführte Operationen zu einer besseren Primärstabilität und zu einem besseren Einwachsverhalten des neuen Gelenks führen und eine Hüftgelenkprothese so letztlich langlebiger machen. Das Verfahren wurde jedoch seit seiner klinischen Einführung in Deutschland im Jahre 1994 durchaus unterschiedlich beurteilt.

Methodenbewertung: Vorgehen und Ergebnisse

Im Rahmen einer Methodenbewertung wurden sämtliche verfügbaren Publikationen zu roboterunterstützten Fräsverfahren bei Hüftgelenktotalendoprothesen-Implantationen identifiziert und bewertet. In die Bewertung wurden auch Einzelfälle (MDK-Begutachtungen), noch nicht begutachtete Fälle bei den Krankenkassen mit gemeldetem Verdacht auf Behandlungsfehler sowie externe Gutachten einbezogen. Des weiteren wurden hierzu Experten der Bereiche Orthopädie und Navigation/Robotik kontaktiert.





Nur zwei Arbeiten waren als prospektiv randomisierte kontrollierte Studien ausgelegt, der überwiegende Anteil bestand aus Fallserien sowie experimentellen Arbeiten zu speziellen Fragestellungen. Beides – Fallserien und experimentelle Studien – sind an sich eher nicht geeignet, in eine Methodenbewertung einzufließen, da sie nur die prinzipielle Anwendbarkeit des Verfahrens bzw. dessen experimentelle Grundlagen beschreiben. Aufgrund der insgesamt dünnen Datenlage wurden die Ergebnisse dennoch berücksichtigt.

Die beiden kontrollierten randomisierten prospektiven Studien kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die methodisch hochwertigste Arbeit zeigte im Vergleich zur manuellen Implantation eine insgesamt höhere Komplikationsrate des Verfahrens. Zudem dauerten die Operationen mit Robodoc® länger und der Blutverlust war höher. Zwei Jahre nach der Operation zeigten sich keine funktionellen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Die methodisch deutlich minderwertige Studie zeigte insgesamt vergleichbare Komplikationshäufigkeiten und funktionelle Ergebnisse der beiden Gruppen nach einem Jahr bei längerer OP-Dauer des Robodoc®-Verfahrens. Experimentelle Untersuchungen aus 2004 ergaben zudem, dass die Roboterfräsung nicht zu einer höheren Primärstabilität führt. Langzeitergebnisse zu Robodoc® lagen nicht vor.

Robodoc® weiterhin im Stadium der klinischen Erprobung

Den dem MDS zugänglichen identifizierten Studien, HTA-Reports und Expertenmeinungen war zu entnehmen, dass das Robodoc®-Verfahren und verwandte Fräsverfahren in der Hüftgelenktotalendoprothetik sich weiterhin im Stadium der klinischen Erprobung befinden. Eine Überlegenheit des Verfahrens gegenüber der handgefrästen Implantation konnte weder für die Funktion noch perspektivisch für die Standzeit der künstlichen Gelenke (Endoprothesen) gezeigt werden. Tendenziell war im Vergleich zur manuellen Implantation eine Häufung von operationsspezifischen Komplikationen nachweisbar, die Studienlage hierzu ist jedoch sehr heterogen.

Konsequenzen für die Einzelfallbegutachtung

Auf drei Punkte sollte besonders geachtet werden, wenn im Zusammenhang mit einer Robodoc®-Hüftimplantation ein Behandlungsfehlervorwurf im Raum steht:

1. Liegt eine Komplikation aus dem üblichen Spektrum der Hüft-TEP-Komplikationen vor, empfiehlt sich bei Nervenschäden, Luxationen und Wundheilungsstörungen mit Infekten die genauere Analyse, da zumindest in einer der beiden kontrollierten randomisierten prospektiven Studien ein gehäuftes Vorkommen dieser Komplikationen bei Robodoc® nachgewiesen werden konnte.

2. Liegt eine Komplikation außerhalb des üblichen Spektrums vor (z. B. Fehlorotation des Beines, medialer Knieschmerz), so ist dieser Fall besonders in Augenschein zu nehmen.

3. Wurde der Patient über den besonderen Charakter des Verfahrens informiert und explizit darüber aufgeklärt? Wurde ihm insbesondere die Alternative einer handgefrästen Operation angeboten? Sollte sich ein Patient nach entsprechender Aufklärung für einen Eingriff mit Robodoc® entschieden haben, hat der Operateur bei Eintritt einer „klassischen Hüft-TEP-Komplikation“ seiner Aufklärungspflicht genüge getan. Fehlt diese Aufklärung über den besonderen Charakter des Robodoc®-Verfahrens jedoch oder wird gar darauf verwiesen, dieses System sei Routine oder der manuellen Operation überlegen und es treten daraufhin Komplikationen auf, so liegt im juristischen Sinne ein Aufklärungsmangel vor, der im Einzelfall zu prüfen ist.

Vorgeworfene Behandlungsfehler zu Robodoc® müssen auch weiterhin im Einzelfall überprüft werden. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Risiko-Aufklärung vor anstehenden Operationen zu legen sein. Der Hinweis auf die Standardtherapie (konventionelle Endoprothese ohne Robotereinsatz) muss explizit während des Aufklärungsgesprächs erfolgt sein.

Evidenz-basierte Medizin: Was hat der Patient davon?

Der 1999 eingerichtete Bereich Evidenz-basierte Medizin ist inzwischen ein fester Bestandteil des MDS. Ziel von Bemühungen um eine Evidenz-basierte Medizin ist es, alle Informationen zu suchen und bezüglich ihrer Aussagekraft zu beurteilen. Die alles entscheidende Frage, die für den Einsatz jedes medizinischen Verfahrens beantwortet werden muss, lautet: Was hat der Patient davon?

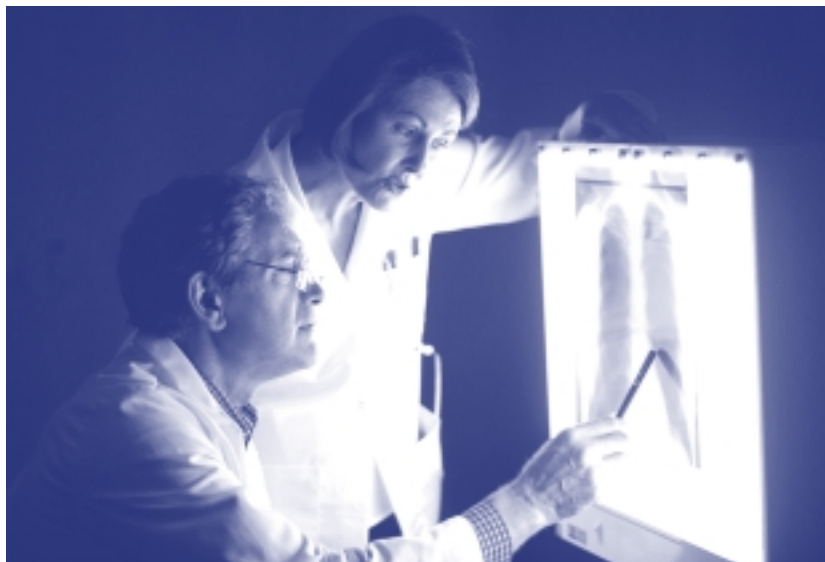
Medizinischer Nutzen wird hinterfragt

Diese Frage nach dem „Nutzen“ für den Patienten ist in der Medizin keineswegs selbstverständlich. Sehr viele Verfahren – insbesondere der Diagnostik, aber auch der therapeutischen Innovationen – werden auf der Basis mehr oder weniger fundierter Vorversuche und Überlegungen propagiert. Der wirkliche medizinische Nutzen ist häufig offen.

Die Bewertung medizinischer Verfahren ist aufwändig und erfordert besondere Kompetenz und Erfahrung, die fachmedizinische sowie methodische Aspekte in gleicher Weise betreffen. Eine solche Expertise wird vom MDS, teilweise in Kooperation mit anderen Medizinischen Diensten, zur Verfügung gestellt. Mit den in den letzten Jahren erarbeiteten umfangreichen Methodenbewertungen im Sinne von HTA-Berichten kann der MDS bundesweit als eine der erfahrensten Institutionen auf diesem Gebiet bezeichnet werden.

Neu- und Folgebewertungen durch den MDS

Ein gewisses Schwergewicht dieser bewerteten Methoden liegt im Bereich der Diagnoseverfahren, hier insbesondere zur Früherkennung von



Krankheiten, sowie bei nicht-medikamentösen Therapien. So wurden Gutachten zu Methoden und Vorgehensweisen bei der Früherkennung des Cervixcarzinoms sowie zu einem speziell in der Anästhesie verwendeten Test zur Klärung und Vorbeugung von Narkosezwischenfällen erarbeitet. Umfangreiche Gutachten wurden zu bestimmten strahlentherapeutischen Verfahren erarbeitet, die speziell im Bereich des Kopfes eingesetzt werden, sowie zu zwei Verfahren aus dem invasiv-kardiologischen Bereich, die zur Behandlung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit angeboten werden, eine spezielle Form der Strahlentherapie (Brachytherapie) sowie zu beschichteten Stents, mit denen verengte Herzkranzgefäße offengehalten werden sollen. Zu mehreren weiteren Verfahren wurden frühere Stellungnahmen überarbeitet oder aktualisiert, so zur Magnetfeldtherapie und zur Knochendichtemessung.

Ein besonderer Fall ist die im Jahr 1999 vom Bundesausschuss negativ bewertete Extrakorporale Stoßwellen-

behandlung, die für verschiedene Erkrankungen an Knochen und Sehnen propagiert wird. Nach dem Beschluss des Bundesausschusses sind mehrere sorgfältige Studien durchgeführt worden, die entsprechend der Bewertung des Fachbereichs Evidenz-basierte Medizin insgesamt das ablehnende Urteil bestätigt haben.

Ende 2004 wurde eine Stellungnahme zu Medikamenten für die Behandlung des Morbus Alzheimer vorgelegt. Diese bestätigte die Bewertung aus dem Jahr 2002 und wies anderen Äußerungen, die im Laufe des Jahres zum Teil mit großem Presse-Echo verbreitet wurden, schwere methodische Mängel nach. Im Ergebnis rechtfertigten die beiden vom MDS bewerteten Untersuchungen nicht, auf diese Alzheimer-Medikamente zu verzichten. Auch wenn sie Alzheimer nicht heilen und die Progression nicht wirklich stoppen können, so können sie aber nach dem heutigen Erkenntnisstand ein sinnvoller Baustein in einer umfassenden Alzheimerbehandlung sein.

Gebündelte Fachkompetenz: Sozialmedizinische Expertengruppe „Methoden- und Produktbewertungen“ unter MDS-Leitung

Mit Einrichtung der Sozialmedizinischen Expertengruppen der MDK-Gemeinschaft Anfang 2004 entstand unter Leitung des MDS die SEG 7 „Methoden- und Produktbewertungen“, an die bereits im ersten Jahr ihrer Tätigkeit 18 größere Aufträge herangetragen wurden.

Um die medizinische Versorgung zu gestalten und die einheitliche Begutachtung im MDK-System zu sichern, ist es wichtig, medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren – bereits etablierte wie auch neue – auf ihren Nutzen, mögliche Risiken und Kosten zu überprüfen. Die Bewertung erfolgt unabhängig davon, ob Verfahren im ambulanten oder stationären Sektor eingesetzt werden. Dies gilt auch für Produkte, die in der klinischen Anwendung für eine Methode von Belang sind. Die Ergebnisse erleichtern die Einzelfallbegutachtung der MDK vor Ort und unterstützen die Selbstverwalter auf Bundesebene bei der Entscheidung für oder gegen ein Verfahren oder Produkt.

Ihre Aufträge bekommt die SEG 7 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. seinen Unterausschüssen oder von den Medizinischen Diensten. Neben Aufträgen bearbeitet die SEG 7 auch selbstidentifizierte Themen.

Mit der SEG 7 hat die MDK-Gemeinschaft ihre Fachkompetenz in einem Arbeitsgremium gebündelt. Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, Anästhesie, Augenheilkunde,

Biochemie, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Innere Medizin, Neurologie und Radiologie stehen kontinuierlich zur Bearbeitung entsprechender Fragestellungen zur Verfügung. Bei Bedarf ist darüber hinaus gehender Sachverstand aus der MDK-Gemeinschaft rekrutierbar.

Ergebnisse liefern Beratungsgrundlage

Die Ausarbeitung der Methodenbewertungen unterstützt der MDS insbesondere durch Literaturrecherche und -beschaffung bzw. methodische Hilfestellung. Fertiggestellte Gutachten werden in die Datenbank InfoMed eingestellt. Zur Erarbeitung eines Grundsatzgutachtens erfolgt eine systematische Bewertung der Evidenzlage auf der Basis von Publikationen. Diese werden im Rahmen einer systematischen Recherche sowie einer Umfeldrecherche identifiziert, anhand festgelegter Auswahlkriterien zur Berücksichtigung im Gutachten ein- oder ausgeschlossen und sorgfältig ausgewertet.

Konkrete Aufgaben der SEG 7

Im Jahr 2004 hat die SEG 7 beispielsweise den Nutzen eines minimal-invasiven Verfahrens in der Augenheilkunde bewertet, mit dessen Hilfe der drohende Verlust der Sehschärfe durch Gefäßveränderungen der Netzhaut aufgehalten werden soll. Die Bewertung ging in die Beratungen eines Unterausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein.

Ob eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird, entscheidet dieser Gemeinsame

Bundesausschuss. Vorher muss diese Methode nach Evidenz-basierten Kriterien bewertet worden sein. Es gibt seltene Fälle – das so genannte „Systemversagen“ – in denen, obwohl noch keine Bewertung/Entscheidung des G-BA vorliegt, Patienten unter bestimmten Umständen doch mit dieser Methode behandelt werden dürfen. Um diesem Systemversagen vorzubeugen und ihre Leistungsentscheidung in diesen Fällen entsprechend zu fundieren, können die Spitzenverbände hilfsweise eine Grundsatzstellungnahme des MDK zu dieser Methode einholen. Diese Stellungnahme gilt so lange, bis der G-BA eine endgültige Entscheidung getroffen hat.

Auch auf der Landesebene erhalten MDK Anfragen der Krankenkassen zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Im Rahmen einer kooperativen Zusammenarbeit erstellt die SEG 7 den Teil eines Gutachtens, der die Bewertung nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin beinhaltet.

Beispiel für ein selbstidentifiziertes Thema ist die „Vertebroplastie“, ein Verfahren zur Stabilisierung osteoporotischer Wirbelkörper-Frakturen. Aufgefallen durch Mehrfachnennung für Erstattungsanträge aus mehreren Bundesländern sah die SEG 7 die Relevanz, dieses Verfahren einer Bewertung zu unterziehen. Ein Ergebnis dieser Bewertung steht noch aus.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Ziele und Nutzen

Immer häufiger bieten Ärzte ihren Patienten Behandlungen an, die sie privat bezahlen müssen, die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen, kurz „IGeL“. Diese Angebote nutzen teilweise jedoch eher dem Geldbeutel des Arztes statt der Gesundheit des Patienten. Daher haben die Spitzenverbände der Krankenkassen den MDS beauftragt, Infoblätter für individuelle Gesundheitsleistungen zu erarbeiten. Ziel dieser Infoblätter ist es, sowohl Mitarbeiter von Krankenkassen, aber auch Versicherte in verständlicher Form über solche Leistungen, deren Nutzen und Risiko zu informieren.

Das erste IGeL-Infoblatt zum PSA-Screening wurde Ende 2001 vorgestellt. Dieses Blatt – inhaltlich immer noch aktuell – wird weiterhin häufig nachgefragt. In den Jahren 2003 und 2004 wurden zwei weitere Infoblätter

erarbeitet, die sich mit Untersuchungsverfahren in der Schwangerschaft beschäftigt haben, dem so genannten Triple-Test und dem Screening auf Toxoplasmose.

Triple-Test

Der Triple-Test wird in der Schwangerschaft als biochemisches Screening auf bestimmte Fehlbildungen des Kindes eingesetzt, insbesondere zur Diagnostik des Down-Syndroms (Trisomie 21). Hier liefert die Kombination von drei verschiedenen Laborwerten (deshalb Triple-Test) einen Anhaltspunkt für das Vorliegen einer solchen Störung. Um diese bestätigen oder ausschließen zu können, muss bei verdächtigem Befund eine Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) durchgeführt werden.

Der MDS hat dieses Verfahren aus mehreren Gründen kritisch bewertet: Zum einen ist die Untersuchung bezüglich der Zielerkrankungen ungenau und liefert zu viele falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse, zum zweiten ist das Risiko der Amniozentese nicht unerheblich. In einem gewissen kleinen Prozentsatz kann die Amniozentese zur Fehlgeburt des Kindes führen und das Verhältnis von entdeckten Kindern mit Fehlbildungen zu durch Fehlgeburt verlorenen Kindern ist ungünstig. Zum dritten besteht die Gefahr, dass die Untersuchungsergebnisse erst zu einem relativ späten Zeitpunkt so eindeutig sind, dass erst vergleichsweise spät in der Schwangerschaft ein Abbruch erwogen und durchgeführt werden kann.

Toxoplasmose-Screening

Das Toxoplasmose-Screening wird ebenfalls kritisch bewertet. Hier gibt es ein zentrales Problem: Neben Schwierigkeiten der zuverlässigen Erkennung von neuen Infektionen ist grundsätzlich unklar, ob eine (antibiotische) Therapie überhaupt einen wesentlichen Nutzen für die Kinder – im Sinne der Vermeidung von Fehlbildungen – bedeutet und ob dieser mögliche Nutzen ein Risiko überwiegt. Zudem existiert für eine Toxoplasmose-Infektion in der Schwangerschaft eine gut geeignete Maßnahme der Vermeidung: Schwangeren wird geraten, auf Kontakte mit Katzen und auf den Umgang mit und den Genuss von rohem Fleisch zu verzichten oder bei und nach unumgänglichen Kontakt sorgfältige Hygienemaßnahmen zu beachten.



Quantensprung in der Reha – Auswirkungen der neuen Rehabilitationsregelungen

Am 1. April 2004 traten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.8 SGB V in Kraft.

Die demographische Entwicklung und die Zunahme chronisch kranker Menschen machten es notwendig, den Zugang von der vertragsärztlichen Versorgung zur Rehabilitation neu zu regeln und gleichzeitig zu verbessern. Mit den neuen Richtlinien haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des MDS nun nach Jahren intensiver Auseinandersetzung ein neues Instrumentarium für die Rehabilitations-Einleitung geschaffen. Es bietet Vertragsärzten und Krankenkassen klare Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation, indem Aufgabenteilung und Kompetenzabgrenzung im Verfahren der Beratung, gegenseitigen Information, Verordnung und bezüglich der Mitteilung der Ergebnisse der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation konkretisiert werden.

Mit dem Bekenntnis zum modernen Verständnis von Rehabilitation stützen sich die neuen Richtlinien inhaltlich auf die Konzeption und das Begriffssystem der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ der WHO von 2001. Die neuen Richtlinien orientieren sich am biopsychosozialen Krankheitsmodell und entsprechen mit den Indikationskriterien „Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose“ dem aktuellen Stand der rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnis.



In zwei Schritten zur Reha

Mit einem neuen Kurzformular weist der Vertragsarzt die Krankenkasse darauf hin, dass die kurative Versorgung nicht ausreicht und möglicherweise Leistungen zur Rehabilitation indiziert sind. Die Krankenkasse teilt daraufhin dem Arzt das Ergebnis ihrer Prüfung auf Zuständigkeit und bestehende Leistungsansprüche des Versicherten mit.

Die Krankenkasse beauftragt den Vertragsarzt, ein rehabilitationsmedizinisches Kurzassessment durchzuführen. Mit einem neu entwickelten strukturierten Verordnungsformular erhebt der Vertragsarzt in standardisierter Weise die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose eines Versicherten, bezogen auf das konkrete Rehabilitationsziel im Einzelfall. Dabei geht er von den rehabilitationsrelevanten Diagnosen, der bisherigen Therapie und den wichtigen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren aus. Krankenkasse und MDK können auf dieser Grundlage die Rehabilitationsindikation überprüfen.

Transparenz für alle Beteiligten

Die Krankenkasse wird zukünftig den Versicherten und den verordnenden

Vertragsarzt über ihre Leistungsentcheidung unterrichten. Abweichungen von der Verordnung werden begründet. Um den Rehabilitationserfolg längerfristig zu sichern, wird eine gemeinsame Umsetzung der weiterführenden Empfehlungen der Rehabilitationseinrichtung zwischen Patient, Krankenkasse und Arzt in der Neufassung der Rehabilitations-Richtlinien verankert.

So schaffen die Rehabilitations-Richtlinien die Voraussetzungen dafür, dass eine Rehabilitations-Indikation schnell und qualifiziert – der Arzt ist erst zur Verordnung berechtigt, wenn er eine entsprechende Fortbildung absolviert hat – festgestellt wird, und dass dem Anliegen des Patienten angemessen Rechnung getragen wird.

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell und seine ICF-Klassifikation erlaubt eine strukturierte und detaillierte Beschreibung der individuellen Probleme des Patienten. Ein über die Kuration hinausgehendes Krankheits- und Behinderungsverständnis sensibilisiert Vertragsärzte und Krankenkassen für den Ansatz der Rehabilitation.

Neue Begutachtungsanleitungen: Arbeitsunfähigkeit – Qualifizierte Fallauswahl

Begutachtungsanleitungen sind im täglichen Umgang zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten ein unverzichtbares Element zur Systematisierung der Zusammenarbeit. Sie regeln die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten und strukturieren die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK. Davon ausgehend, dass die Qualität der Fallauswahl bei der Krankenkasse die Prozess- und Ergebnisqualität der Beratung und Begutachtung beim MDK bestimmt, enthält die Anleitung Hinweise und Anregungen. Weiterhin gewährleistet die Begutachtungsanleitung einheitliche Kriterien bei der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung.

Mit „ABBA“, der Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit, liegt seit April 2004 eine Neukonzeption vor, mit der die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit (AU) im MDK weiterentwickelt wurde. Koordiniert vom MDS wurde „ABBA“ mit der Sozialmedizinischen Arbeitsgruppe „M1 – Arbeitsunfähigkeit“ der MDK-Gemeinschaft in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet. Die ABBA wurde nach § 282 SGB V als verbindliche Richtlinie beschlossen.

Entscheidende Änderungen

Die Beauftragung und die Arbeitsweise in der Beratung/Begutachtung von AU haben sich so geändert, dass

die Zahl der körperlichen Untersuchungen erheblich zurückgegangen ist. Im Vergleich zur Begutachtungsanleitung aus dem Jahr 1997 haben Krankenkassen wie MDK Erfahrungen und Erkenntnisse gesammelt, deren Ergebnisse sowie neue sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsmethoden berücksichtigt wurden. Diese sind in die ABBA 2004 eingeflossen – ebenso rechtliche Änderungen und die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen, am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen, Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien.

Bei jeder AU geht es um den Zusammenhang von rechtlichen, beruflichen und medizinischen Fakten. Diese sowie unterschiedliche Begrifflichkeiten, die praktische Bedeutung und die Folgen der AU für den Patienten, Vertragsarzt, Arbeitgeber und die Krankenkasse machen sie zu einem komplexen und schwer durchschaubaren Geschehen. ABBA stellt aktuell, praxisorientiert und für Anwender im MDK und bei den Krankenkassen die Problematik der AU und das Handling bei Beratung und Begutachtung verständlich dar. Sie benennt standardisierte Begutachtungsverfahren und vermittelt gesetzliches Basiswissen.

Vorteile durch die richtige und zielgerichtete Fallauswahl:

- Fallabschlüsse sind bereits in der SFB möglich
- Krankenkasse kann die Fälle schneller steuern
- teure und zeitaufwändige körperliche Untersuchungen werden minimiert
- Konzentration der Arbeitsressourcen auf die teuren Fälle

Fall-Unterteilung: unauffällig und auffällig

Alle AU-Fälle werden durch die Krankenkassen nach einem standardisierten und einem in der ABBA beschriebenen Verfahren gruppiert. Maßgeblich für die Gruppierung, die anschließende Vorauswahl und die Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) mit dem MDK sind die Auffälligkeiten im AU-Verhalten in der AU-Vorgeschichte, das heißt in den letzten drei bis fünf Jahren. Die Krankenkasse muss dabei die in der ABBA definierten „Items“ berücksichtigen. Anhand dieser Merkmale werden die AU-Fälle in zwei Gruppen eingeteilt: Die unauffälligen, die nicht dem MDK vorgelegt werden sollten, und die auffälligen Fälle.

Bei den auffälligen, sozialmedizinisch relevanten Fällen, ist die Prävention der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit das vorrangige Ziel. Der MDK klärt in der SFB, ob die Rückkehr an den Arbeitsplatz oder die Vermittlung für den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist und ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe erforderlich sind. Gegebenenfalls werden individuell sozialmedizinische Empfehlungen abgegeben. Das Ziel der ABBA ist es, zeitnah Maßnahmen anzuregen, die einer Chronifizierung bzw. einer drohenden Behinderung entgegenwirken und somit teure Langzeit-AU-Fälle vermeiden.

Heilmittel – Ressourcen zielgerichtet einsetzen

Die Verordnung von Heilmitteln richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Ziel der 2004 in Kraft getretenen Heilmittel-Richtlinien, an denen der MDS maßgeblich mitgearbeitet hat, ist es, Fehlentwicklungen bei den Verordnungsmengen entgegenzuwirken und Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Von 1995 bis 2003 sind die Ausgaben der GKV für Heilmittel um 40 Prozent gestiegen. Die Begutachtungsanleitung „Heilmittel“ und der „Kriterienkatalog Fallauswahl Heilmittel“ sollen daher letztlich auch dazu beitragen, die Ausgaben der Krankenkassen für Heilmittel zu stabilisieren.

Die Richtlinien sehen u. a. vor, dass Heilmittel bis zu einer definierten Gesamtmenge ohne Genehmigung der Krankenkasse verordnet werden können (Verordnungsmenge im Regelfall). Wenn diese Grenze überschritten wird, sind Verordnungen (VO außerhalb des Regelfalls) der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Ver-

sicherte erhalten die verordneten Heilmittel nach Vorlage der Verordnung so lange, bis die Krankenkasse ihre Genehmigung ausdrücklich versagt. Mit der medizinischen Prüfung einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt werden. Der Beratungs- und Begutachtungsbedarf der Krankenkassen und damit die Inanspruchnahme der MDK nimmt zu. Dies erforderte die Erarbeitung einer Begutachtungsanleitung „Heilmittel“ für alle Bereiche.

Arbeitshilfe ergänzt Begutachtungsanleitung

In der Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK nimmt sowohl die Auswahl der zu begutachtenden Fälle (Fallauswahl) bei der Krankenkasse als auch die sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK eine entscheidende Stellung ein. Zur Optimierung der Fallauswahl wurde als Ergänzung zur Begutachtungsanleitung Heilmittel eine Arbeitshilfe „Kriterienkatalog-Fallauswahl-Heilmittel“ erstellt. Diese

Heilmittel sind nicht-ärztliche, persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen. Sie sind Bestandteil der Krankenbehandlung, dienen einem Heilzweck und sollen den Heilerfolg sichern. Heilmittel im Sinne der Richtlinien sind Maßnahmen der Physikalischen Therapie, Maßnahmen der Podologischen Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie.

Quelle: Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

gibt den Mitarbeitern der Krankenkasse die Möglichkeit, neben den formalen Kriterien für eine sachgerechte Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls auch die inhaltliche Plausibilität der Verordnung zu prüfen. Ergeben sich hierbei medizinische Auffälligkeiten, die einer Genehmigung außerhalb des Regelfalls entgegenstehen, so kann die Krankenkasse entsprechend den Regelungen der Begutachtungsanleitung Heilmittel die Verordnung in der SFB vorlegen und vom MDK medizinisch prüfen lassen.

Gutachter prüft und bewertet Behandlungserfolg

Aufgabe des MDK-Gutachters ist es, im Auftrag der Krankenkasse die Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls medizinisch dahingehend zu prüfen und zu bewerten, ob der Behandlungserfolg durch die verordneten Heilmittel, die verordneten Einheiten, durch andere Heilmittel oder ggf. auch durch andere Maßnahmen zu erreichen ist. Seine Feststellungen teilt der MDK der Krankenkasse schnellstmöglich in Form einer sozialmedizinischen Empfehlung mit.



Angebote zur Primärprävention erstmals dokumentiert

Der Pilotbericht für das Jahr 2001 war der Startschuss für die seither jährlich vorgelegte Dokumentation zu bundesweit durch die GKV erbrachten Leistungen in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Die von MDS und Spitzenverbänden der Krankenkassen verfasste Dokumentation stellt Transparenz über das Leistungsgeschehen her und deckt vorhandene Potenziale sowie bestehenden Verbesserungsbedarf in der Gesundheitsförderung auf.

In Anlehnung an den gemeinsamen Handlungsleitfaden der Spitzenverbände zur Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung, an dessen kontinuierlicher Aktualisierung der MDS beteiligt ist, werden die Aktivitäten in folgende Ansätze untergliedert:

- Individueller Ansatz
- Nichtbetrieblicher Settingansatz
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Aktivitäten nach dem Individuellen Ansatz sind Kurse oder Seminare, die Versicherte zu den Themenfeldern „Bewegung“, „Ernährung“, „Stress“ sowie „Genuss- und Suchtmittel“ selbst aufsuchen.



Bewegungsförderung klar bevorzugt

Versicherte besuchen meist Kurse, die die Bewegungsförderung beinhalten. Frauen greifen die Kursangebote wesentlich häufiger auf als Männer. Die Angebote werden überwiegend von Versicherten im Alter zwischen 30 und 59 Jahren wahrgenommen. Versicherte, die aufgrund ihres niedrigen Einkommens von Zuzahlungen befreit sind, nehmen diese primärpräventiven Kursangebote eher selten wahr.

Gegenüber 2002 stieg die Anzahl der gemeldeten Kursteilnehmer für 2003 von 352.000 auf 542.000 an, was sowohl auf die Zunahme von Kursangeboten als auch auf ein besseres Meldeverhalten der Krankenkassen zurückzuführen ist.

Settingansatz erhöht Gesundheitschancen

Mit dem nichtbetrieblichen Settingansatz und der BGF sind Aktivitäten und Projekte gemeint, die in den jeweiligen Lebensumwelten der Versicherten, wie z. B. Schule, Stadtteil, Verein oder Betrieb, durchgeführt werden. Durch Angebote in den Lebensumwelten können auch Versicherte erreicht werden, die von sich aus keine primärpräventiven Kurse aufsuchen würden.

Lagen zum Settingansatz und zur BGF für 2001 noch Meldungen über insgesamt 1.400 Projekte vor, waren es für 2003 bereits über 2.800. Auch bietet der Bericht für 2003 neue Aspekte, wie das GKV-übergreifende, in Kooperation mit den Landesvereinigungen für Gesundheit dreier Bundesländer durchgeführte dreijährige Schulprojekt „Gesund leben lernen“.

- Prävention: Krankheitsvorbeugung oder Krankheitsverhütung. Ziel ist es, eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Primärprävention ist die erste Stufe und hat zum Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.
- Individueller Ansatz: z. B. Kurs- und Seminarangebote für Versicherte (Komm-Struktur)
- Settingansatz: Präventionsangebote in bestimmten Lebensumwelten, z. B. Schule, Familie, Stadtteil/Ort und Verein (Bring-Struktur)
- Betriebliche Gesundheitsförderung: Präventionsangebote im speziellen Setting Betrieb (Bring-Struktur)

Zur weiteren Qualitätssteigerung der Datengrundlage haben der MDS und die Spitzenverbände im Jahr 2003 die Dokumentationsbögen, die den Erhebungen zum Settingansatz und zur BGF zu Grunde liegen, überarbeitet und optimiert. Sie kommen ab dem Berichtsjahr 2004 zum Einsatz.

Der zweite Dokumentationsbericht wurde im Mai 2004 in Berlin in einem gemeinsamen Expertenforum des MDS und der GKV-Spitzenverbände mit dem Titel „Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen – Status Quo der Aktivitäten und Perspektiven“ der Öffentlichkeit vorgestellt und diskutiert.

Adipositas-Programme für Kinder und Jugendliche bewertet

Übergewicht und Adipositas sind ein weltweit zunehmendes Gesundheitsrisiko, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Die MDK-Gemeinschaft hat sich im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahr 2003 unter Koordinierung durch den MDS mit ambulanten Gewichtsreduktions-Programmen für übergewichtige/adipöse Kinder und Jugendliche befasst. In einer Grundsatzstellungnahme wurden „Bewertungskriterien für ambulante Programme nach § 43 Nr. 2 SGB V für adipöse Kinder und Jugendliche“ erarbeitet und im Dezember 2003 vorgelegt.

Adipositas behandeln, Gewohnheiten ändern

Ab einem bestimmten Ausprägungsgrad wird Adipositas als Krankheit angesehen, woraus sich jedoch keine Verpflichtung der GKV zur Finanzierung von Behandlungsmaßnahmen ableiten lässt. Behandlungsversuche gelten als gerechtfertigt, wenn neben einem erhöhten Body Mass Index (BMI) eine Krankheit vorliegt, zu deren erfolgreicher Behandlung eine Gewichtsreduktion beitragen könnte. Zudem müssen Kind und Familie motiviert sein, ihre Lebensgewohnheiten zu ändern.

Bei der Bewertung der Evidenz von Gewichtsreduktions-Programmen hat die MDS/MDK-Expertengruppe Daten aus der (inter)nationalen Literatur sowie Leitlinien und Expertenempfehlungen berücksichtigt. Die Grundsatzstellungnahme geht auch auf medizinische Sachverhalte bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Indikationen und Ziele von Behandlungsmaßnahmen sowie leistungsrechtliche Rahmenbedingungen ein. Die für die Entscheidungen der

Krankenkassen maßgeblichen Fragen und Kriterien werden erörtert. Zudem werden Qualitätsindikatoren für Programme benannt, die zulasten der GKV angeboten werden könnten.

Kombination von Modulen führt zum Erfolg

Maßnahmen, die auf mehreren Ebenen mit Unterstützung der Eltern das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie den „lifestyle“ der Kinder und Jugendlichen beeinflussen, sind am besten zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas geeignet. Folgende vier Bausteine (Module) sollten miteinander kombiniert werden:

- Ernährung
 - Bewegung
 - Verhaltenstherapeutische Beeinflussung von Ess- und Bewegungsverhalten und Lebensgewohnheiten
 - Einbindung der Eltern
- Verbindliche Empfehlungen zur Ausgestaltung von Schulungsprogrammen konnten nicht gegeben werden. Anhand der Analyse stellte die Arbeitsgruppe weiteren Forschungsbedarf fest für die Bereiche Grundlagenforschung, klinische Effekte und für Fragen der Versorgung.

Checkliste ermöglicht Überprüfung von Mindestanforderungen

Die Grundsatzstellungnahme, die in mehreren Veröffentlichungen und Veranstaltungen vorgestellt wurde, liefert Hinweise und Indikatoren zur Bewertung der Qualität solcher Programme. Diese bedürfen noch der Bestätigung durch Studien mit besserer Evidenz. Auch die optimale Dauer und Behandlungsintensität einer Adipositas-Schulung sind zu ermitteln. Insbesondere für Kinder mit extremer Adipositas steht nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin

ein Wirksamkeitsnachweis für Maßnahmen zur Gewichtskontrolle bisher aus.

Insgesamt deutet sich an, dass mit kombinierten Behandlungsprogrammen bei dicken Kindern und Jugendlichen zumindest vorübergehend eine Reduktion bzw. Stabilisierung des BMI erreicht werden kann. Es bedarf noch des Nachweises, dass die Wirkung solcher Interventionen länger als ein bis zwei Jahre anhält.



Mit Hilfe der ergänzend erstellten Checkliste wurden 2004 häufig nachgefragte Programme auf das Vorliegen der sich abzeichnenden Mindestanforderungen geprüft. Die Ergebnisse sollen den Spitzenverbänden eine Grundlage zur Klärung der Kostenübernahme bzw. -beteiligung bieten und die Entscheidung ermöglichen, welche Programme einer Evaluationsstudie unterzogen werden sollten.

Zahnersatz – Systemwechsel bei der Bezuschussung

Bis zum Jahr 2004 erhielten die Versicherten der GKV einen anteiligen Zuschuss zum eingegliederten Zahnersatz. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz jedoch beschlossen, die Zuschüsse der Krankenkassen zum Zahnersatz auf „befundbezogene Festzuschüsse“ umzustellen. Die Zahnärzte hatten sich für das Festzuschuss-System ausgesprochen, um den Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung mit ihren festgelegten, als zu niedrig empfundenen Honoraren zu reduzieren. Im gleichen Zug sollten die privat Zahnärztlichen Abrechnungsmöglichkeiten erweitert werden. Der Nachteil „befundorientierter Festzuschüsse“ für die Patienten liegt auf der Hand: Viele „Preise“ sind nicht mehr eindeutig festgelegt, sie sind nur teilweise nach oben begrenzt, und Kostenvoranschläge sind sehr intransparent, wenn sie – dem Bestreben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) entsprechend – nicht mehr einzelleistungsbezogen nachvollziehbar gestaltet werden.

Einen Vorteil sah die Gesundheitspolitik dagegen in einer „erweiterten Wahlfreiheit“ der Patienten. Tatsäch-

lich gibt es im neuen System eine für den Patienten günstige Wahlfreiheit hinsichtlich des implantatgestützten Zahnersatzes. Gleichzeitig sind aber im „Normalbereich“ der Versorgung – Brücken, Kombinationszahnersatz – bei einigen Befundsituationen Entscheidungen zulasten der Patienten vorgegeben.

Konzeptionen für den Gemeinsamen Bundesausschuss

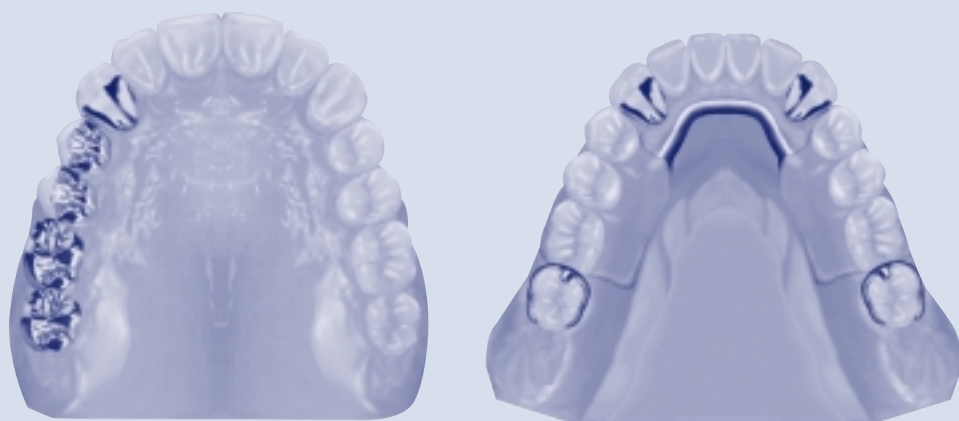
Die Selbstverwaltung war 2004 verpflichtet, die notwendigen Festzuschuss-Regelungen zu erarbeiten. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Zahnmedizinischen Besetzung war die Aufgabe zugewiesen worden, in Richtlinien die Befunde zu bestimmen, für die Festzuschüsse gewährt werden, und diesen Befunden prothetische Regelversorgungen zuzuordnen.

Der MDS erarbeitete gemeinsam mit den Spitzenverbänden Vorschläge für die Befunde und zugeordneten Regelleistungen, um das System sinnvoll zu gestalten und negative Auswirkungen zu vermeiden. So schlug der MDS beispielsweise Konzepte zur Einteilung der Befundklassen und Befunde und Grundregeln zum neuen System

vor. Er konzipierte Ausführungen zur Kombinierbarkeit der Befunde. Vieles davon fand Eingang in die Festzuschuss-Richtlinien des G-BA und die Vereinbarungen mit der KZBV.

Versorgung erhalten – Versicherte schützen

Die Beschlussfassung im G-BA zu den neuen Festzuschuss-Richtlinien erfolgte nach langwierigen und kontroversen Verhandlungen und häufig nur durch Mehrheitsbeschluss. Mit einer Serie an Entscheidungen legte der G-BA Befunde, Regelversorgungen und Festzuschüsse in Euro fest. Er bestätigte die Regeln zur Kombinierbarkeit der Befunde. Insgesamt gelang es den Spitzenverbänden – unterstützt durch den MDS – der von der KZBV angestrebten erheblichen Absenkung des vertragszahnärztlichen Versorgungsniveaus entgegen zu wirken. Gleichzeitig gelang es, ebenfalls bei MDS-Mitwirkung, durch definitorische Abgrenzung von „Regelversorgung“ und „gleich- oder andersartigem Zahnersatz“ die Spielräume für überhöhte Rechnungen an die Versicherten nach der privat Zahnärztlichen GOZ weitmöglichst einzuschränken. Hätte sich das ursprüngliche Konzept der KZBV in vollem Umfang durchgesetzt, wäre die finanzielle Belastung für die Versicherten erheblich gewesen. Der gefundene Kompromiss setzt die klare gesetzliche Vorgabe „Befundorientierung“ so um, dass die Ausgaben der Krankenkassen in etwa die gleiche Höhe haben wie zuvor. Insofern hat der MDS dazu beigetragen, das Ziel der Spitzenverbände zu erreichen, den Umfang der Versorgung zu erhalten und die Versicherten vor überhöhten Rechnungen zu schützen.



Zahnmedizin – Richtlinien und Bema reformiert

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltung verpflichtet, die zahnmedizinische Versorgung stärker auf „Prävention“ und „Zahnschonung“ auszurichten. Zum einen sollten die Richtlinien des Bundesausschusses Zahnärzte/Krankenkassen entsprechend neu gefasst werden. Sie definieren den generellen Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten, die Behandlungsindikationen und Qualitätsanforderungen an die Behandlung. Zum anderen betraf der Gesetzesauftrag das zahnärztliche Leistungsverzeichnis Bema, das den Leistungsanspruch konkretisiert.

Neu strukturiert: Zahnfleischbehandlungen

Mit Unterstützung des MDS brachten die Spitzenverbände fachlich fundierte Vorschläge ein, auf welche Weise die Richtlinien für Diagnostik, Prophylaxe, Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen und Zahnersatz reformiert werden sollten. Besonders groß war der Reformbedarf bei den Richtlinien, die sich auf die parodontologische Behandlung – also die Therapie von Zahnfleischerkrankungen – beziehen. Das liegt teilweise an einer unzureichenden Ausbildung der Zahnärzte. Darüber hinaus hatte eine 2004 veröffentlichte Studie des MDK in Bayern und des MDS ausgeprägte Mängel bei der Planung der parodontologischen Behandlung für die jeweiligen Patienten aufgedeckt.

Unzureichende Diagnostik, Vorbehandlung und Planung führt zwangsläufig auch zu mangelhafter Ergebnisqualität. Die Einführung der MDK-Begutachtung führte zu einer erheblichen Steigerung der durchschnittlichen Planungsqualität. Die Befürwortungsquote stieg kontinuierlich an, während gleichzeitig die Anzahl der beantragten Leistungen zurückging. Anders gesagt: Zahnärzte verzichten auf unnötige oder schlecht geplante Behandlungen, wenn ein externes Qualitätsmanagement eingeführt wird.

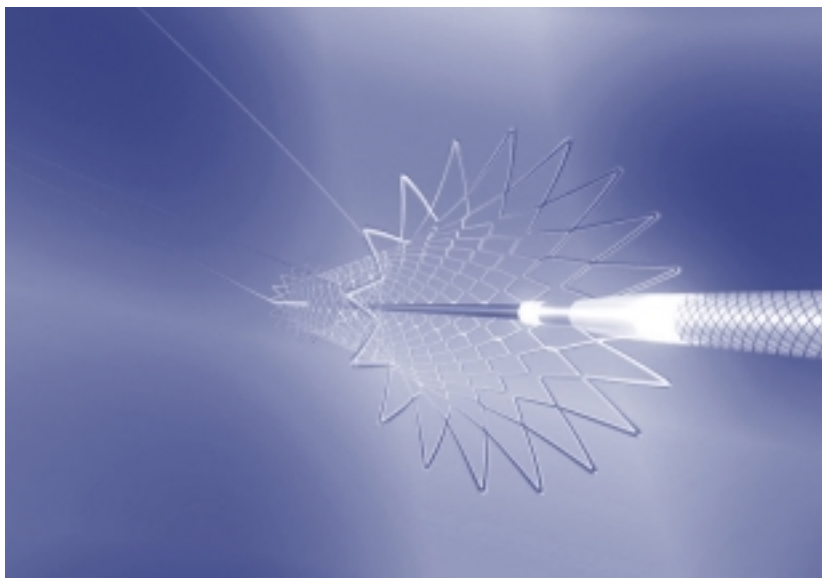
Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) verhandelten lange über die Richtlinien-Neufassung zur Parodontologie. Die Spitzenverbände brachten eigene Vorschläge ein. Diese hatte der MDS an vielen Punkten fachlich-wissenschaftlich ausgearbeitet, auf epidemiologische Erkenntnisse und die Evidenzbasierung abgestellt und häufig auch für die Spitzenverbände in den Verhandlungen präsentiert. So wurde erreicht, dass die Richtlinien auf die neue internationale Klassifikation der Parodontalerkrankungen und zum großen Teil auch auf eine effektive, wirtschaftliche Therapie abstellen. Die Forderung der Spitzenverbände nach einer wirklich kompletten Parodontalbehandlung in Bundes- und erweitertem Bewertungsausschuss konnte sich jedoch nicht durchsetzen. Zumindest aber gibt es für die GKV-Versicherten die Möglichkeit, dass Reinigungen der Zahnwurzeloberfläche in Zahnfleischtaschen an einzelnen Zähnen wiederholt werden.

Bema-Umstrukturierung vollzogen

Einen kontinuierlichen und umfangreichen Beitrag leistete der MDS zur Tätigkeit der Spitzenverbände im erweiterten Bewertungsausschuss. Es gelang, den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) an vielen Punkten inhaltlich neu zu fassen. Auch wurden fast alle Leistungen gemäß tatsächlichem Aufwand neu bewertet. Hierauf waren die Spitzenverbände argumentativ gut vorbereitet, weil sie eine arbeitswissenschaftliche Zeitmessungs-Studie in zahnärztlichen Praxen in Auftrag gegeben hatten, die der MDS fachlich begleitete. Ein arbeitswissenschaftliches Institut erhob in über 50 Praxen den Zeitaufwand für die Erbringung der wesentlichsten Leistungen. Die Ergebnisse waren Grundlage für die Bema-Umstrukturierung, bei der die konservierend-chirurgischen Leistungen aufgewertet und kieferorthopädische und prothetische entsprechend abgewertet wurden. Falsche ökonomische Anreize zur Leistungserbringung wurden damit abgebaut.

Bei der Bema-Umstrukturierung bearbeitete der MDS insbesondere die Teile Diagnostik, Individualprophylaxe, Gingivitisbehandlung, Zahnsteinentfernung und Mundschleimhauterkrankungen. Er lieferte zudem Begründungen für die Häufigkeits-schätzung angestrebter „neuer“ Leistungen im Bema.

Neue Beiträge im Bereich Medizinprodukte



Ziel: Gleichwertige Vergütung von Medizinprodukten

Im vertragsärztlichen Bereich werden Medizinprodukte je nach Region und Vertragsgestaltung insgesamt uneinheitlich vergütet. Es geht hierbei u. a. um Produkte wie Nahtmaterial, Spüllösungen und orthopädische Einmalprodukte, aber auch um Intraokularlinsen und Herzschrittmacher. Im Rahmen des neu gestalteten Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM 2000plus) vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen neue Strukturen und Preise zur Vergütung von Medizinprodukten. Hierzu liefert der MDS Erkenntnisse hinsichtlich der Verwendungshäufigkeit, der Notwendigkeit, der Qualität, der Angebotssituation und der Marktpreise der verwendeten Produkte. Im Rahmen der Verhandlungen werden diese Ergebnisse vorgestellt und tragen zu einer abgestimmten und fairen Vergütungsregelung auf Grundlage objektiver Erkenntnisse bei.

Das Fachgebiet Medizinprodukte hat es sich zur Aufgabe gemacht, jedes Jahr mindestens einen neuen Beitrag zum so genannten Implantate-Katalog zu publizieren. Dieses Produkt, das ursprünglich als technisch orientierte Beratungsleistung für die Medizinischen Dienste gedacht war, hat mittlerweile auch bei Spitzenverbänden und Krankenkassen großes Interesse hervorgerufen. Es wird – wie die Anfragen belegen – intensiv genutzt.

Da Teile dieses Katalogs über die Internet-Seite des MDS der Öffentlichkeit zugänglich sind, gehen auch Fragen und Ergänzungswünsche von Leistungserbringern und Versicherten ein. Im neuesten Kapitel zum Implantate-Katalog, den „Cochlea-Implantaten“, wurde daher auf die allgemein verständliche Darstellung der technischen Grundlagen dieser komplexen Medizinprodukte Wert gelegt. Wie der Beitrag „Laser“ zeigt, wird der Katalog auch hinsichtlich anderer wichtiger medizintechnischer Produkte, die nicht unmittelbar den Implantaten zuzuordnen sind, erweitert.

Beim Implantate-Katalog handelt es sich um eine Reihe von Publikationen, die vom Fachgebiet Medizinprodukte für die MDK und die Krankenkassen erarbeitet werden. Die einzelnen Teile widmen sich jeweils einer bestimmten Produktgruppe und haben ihren Schwerpunkt nicht in medizinischen Fragestellungen, sondern ökonomischen, technischen und qualitativen Aspekten.

Da auch Krankenhäuser im Rahmen der Regelung „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V“ solche Leistungen erbringen können, war die gleichwertige Vergütung von Medizinprodukten zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern eines der Verhandlungsziele. Für den sachverständigen MDS-Gutachter stellte sich hierbei vor allem die Aufgabe, die unterschiedlichen Einkaufskonditionen der Leistungserbringer zu eruieren und zu berücksichtigen.



In Deutschland gibt es keine zentrale Stelle (oder Behörde), die – ihr verpflichtend zur Kenntnis gebrachte – Mängel bei Medizinprodukten auswertet und eventuelle Konsequenzen bei den Herstellern umsetzt und überwacht. Dieses Aufgabenfeld ist u. a. verteilt auf das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das die – freiwilligen – Meldungen der Ärzte annimmt und bewertet, und die jeweiligen Länderbehörden, in deren Zuständigkeitsbereich der Firmensitz des Herstellers fällt. Diese Konstellation führt dazu, dass zu bestimmten Medizinprodukten an keiner Stelle valide und umfassende Daten zur Zuverlässigkeit dieser Produkte vorliegen. Selbst ein Hersteller weiß nicht immer über die Qualität seiner eigenen Produkte Bescheid; er kann nur solche Erkenntnisse in seiner Produktion berücksichtigen, die ihm zur Kenntnis gebracht worden sind.

Gelenkimplantate aus keramischen Werkstoffen

Ein hierfür typisches Produkt sind Gelenkimplantate aus keramischen Werkstoffen. Zweifelsohne haben beispielsweise Keramikhüftköpfe ganz ausgezeichnete Eigenschaften, die sie in vielen Anwendungsfällen als das geeignetste Produkt erscheinen lassen. Sie haben jedoch auch Nachteile (so genannte Spontanbrüche, Probleme bei der Revision, Feststellung der Versagensursache), über deren Problematik – und Relevanz – der anwendende Arzt dem Versicherten im Rahmen der Aufklärung keine verbindliche Auskunft geben kann.

Der MDS hat versucht, über die Zusammenarbeit mit Krankenkassen den Erkenntnisstand zu optimieren. Dabei zeigte sich, dass die Daten, die den Krankenkassen von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wurden, unzureichend sind und eine Beantwortung der Fragen mit der notwendigen Präzision nicht zulassen. Nur in besonders schweren Einzelfällen ist es gelungen, neue Erkenntnisse zu finden, die derzeit zusammen mit Anwendern und Herstellern hinsichtlich ihrer Bedeutung für Krankenkassen und Versicherte diskutiert werden.

Qualität versus Innovation

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit der Förderung innovativer medizintechnischer Entwicklungen hat die Frage nach dem Nutzen und der Qualität solcher Produkte einen besonderen Wert. Der MDS beteiligt sich in diesem Zusammenhang an der Erstellung entsprechender HTA-Berichte und erarbeitet – im Auftrag der Spitzenverbände – Stellungnahmen zu einzelnen Produkten. Dieses Aufgabenfeld ist langfristig angelegt und beinhaltet die Marktbeobachtung genauso wie die Einschätzung zukünftiger Entwicklungen.

Verhalten der Produkt-Hersteller im Schadensfall

Für den Fall, dass einem Versicherten durch das vorzeitige Versagen eines Medizinprodukts ein Schaden entstanden ist, ist die Krankenkasse verpflichtet, den Vorgang hinsichtlich einer Regressmöglichkeit zu prüfen. Dies betrifft zum Beispiel die aufgrund einer Revisionsoperation mit Anschlussheilbehandlung zusätzlich entstandenen Kosten. Der MDS unterstützte in diesem Zusammenhang in Dutzenden von Fällen die Spitzenverbände, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste durch sachverständige Beratung und die Erstellung entsprechender Gutachten. In diesem Zusammenhang hielt das Fachgebiet Medizinprodukte das Verhalten der jeweiligen Hersteller im Schadensfall fest.

In einzelnen Fällen zeigte sich, dass Hersteller ihre Gewährleistungsbedingungen sehr eng interpretieren, Allgemeine Geschäftsbedingungen zu Lasten Dritter (hier der Krankenkassen) formuliert waren, mit hohem juristischen Aufwand jegliche Kulanzregelung umgangen wurde, und dass die multinationale Struktur vieler Produzenten eine Verfolgung von Rechtsansprüchen erheblich erschwert. Damit zeigte sich zugleich, dass es – neben der Produktqualität – auch eine Herstellerqualität gibt, nämlich in dem Sinne, wie sich ein Unternehmen bei vermuteten Produktmängeln gegenüber den Kostenträgern verhält. Unmittelbare Konsequenzen aus diesen Erkenntnissen sind derzeit nicht abzuleiten; ein langfristig wirksamer Einfluss auf die zunehmenden Vertragsgestaltungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist jedoch zu erwarten.

Hilfsmittelversorgung – MDS prüft und bewertet neue Hilfen



Ein ganz wesentlicher Aspekt dabei ist es, festzustellen, für welche Indikationen Hilfsmittel unterstützend eingesetzt werden können, und welche funktionalen Eigenschaften Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich haben, um die Patienten entsprechend differenziert versorgen zu können.

Über 6.000 Hilfsmittel in zwei Jahren geprüft

Für nahezu jeden Funktionsanspruch einer Behinderung gibt es differenzierte Hilfsmittel, die Patienten in ihren persönlichen Anforderungen gezielt unterstützen. Gleiches gilt für therapeutische oder diagnostische Hilfsmittel zur Behandlung von Krankheiten.

Die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln zur Behandlung von Krankheiten oder zum Ausgleich von Behinderungen nimmt ständig an Bedeutung zu. Es gibt kaum eine Krankheit oder Behinderung, bei der nicht auch Hilfsmittel eine oder sogar die wesentliche Rolle bei der Versorgung Versicherter der Gesetzlichen Krankenkassen spielen. Ein Gang über die Messen „RehaCare“ oder „Medica“, um nur die größten Messen in diesem Bereich zu nennen, zeigt, wie viel Entwicklungspotenzial in diesem Marktsegment steckt.

Entsprechend wichtig ist es für die Gesetzlichen Krankenkassen, zunächst zu beurteilen, ob neue Hilfsmittel einer Behinderung vorbeugen, eine Behinderung adäquat ausgleichen können oder für die Behandlung spezieller Krankheiten geeignet sind.

In diesem Zusammenhang hat der MDS, der im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen neue Hilfsmittel prüft, bevor diese in das Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden können, im Zeitraum 2003 und 2004 insgesamt 6.280 Produkte geprüft. Dabei ging es nicht nur darum, die angemeldeten Hilfsmittel in bestehende Produktarten einzuordnen, um hier die konkrete Indikationsstellung deutlich zu machen, sondern auch darum, neue Hilfsmittel, die sich der Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses nicht zuordnen lassen, zu bewerten.



223 Hilfsmittel neu ins Verzeichnis aufgenommen

So konnten 223 neuartige Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden, die sich in 63 unterschiedliche Produktarten aufteilen. Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und Innovationen nicht zu behindern, werden diese Produkte zunächst in einem beschleunigten Verfahren in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen und erst im Zuge der Fortschreibung einzelner Produktgruppen die Produktarten gebildet. Der Verwendungszweck bzw. Indikationsrahmen wird dann jeweils bei der Produktlistung angegeben. Der MDS hat darüber hinaus wesentlich an der Erstellung des Teilbereiches Brustprothesen mitgearbeitet.

Wesentliche Änderungen wurden auch an den Produktgruppen 19 „Krankenpflegeartikel“ und 50 „Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege“ vorgenommen. Hier wurden die Qualitätsstandards für Pflege- und behindertengerechte Betten der aktuellen Entwicklung angepasst. Ferner wurde eine Neuprüfung der Betten durchgeführt, da es in der Vergangenheit zu mehreren Todesfällen in Pflegebetten gekommen ist. Die neu gelisteten Produkte entsprechen sämtlich den aktuellen Normen und garantieren einen sicheren Einsatz.

Des weiteren wurden Änderungen an der Produktgruppe 31 „Schuhe“ durchgeführt, die in Kürze in die öffentliche Anhörung geht. In der öffentlichen Anhörung waren bereits die Produktgruppen 19 „Krankenpflegeartikel“, 50 „Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege“, 51 „Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene“, 52 „Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität“ und 53 „Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden“.

Hier wurden neben den Qualitätsstandards für Betten alle weiteren Teilbereiche der Produktgruppen den neuen Strukturen der Qualitätsanforderungen angepasst. Derzeit laufen die Verfahren zur Auswertung der Anhörung. Aktuell in der Anhörung befindet sich die Produktgruppe 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ und die Produktgruppe 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“.

MDS wirkte an Verfahrenshandbuch mit

Das Aufnahmeverfahren von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis ist seit neuestem in einem Verfahrenshandbuch der Spitzenverbände der Krankenkassen geregelt. An dessen Erstellung hat der MDS erheblichen Anteil. Insbesondere bei der Definition der Nachweiserbringung bezogen auf den therapeutischen Nutzen, der Funktionstauglichkeit und der Qualität von Hilfsmitteln hat der MDS intensiv mitgearbeitet. Dabei wurden nicht nur Grundstrukturen für die neuen Qualitätsstandards gelegt, sondern auch die Antragsformulare für die Hersteller transparenter und in eine gleichartige Struktur gebracht.

Intern wurden die Prüfergebnisse und das Prüfverfahren an die neue Struktur angepasst, wodurch das Einzelprüfgeschäft beim MDS deutlich beschleunigt werden konnte.

Der MDS war auch wesentlich in die Definitionsabgrenzung Arztprodukte/Hilfsmittel eingebunden. Dies war unbedingt notwendig, um vor der Umstellung des Hilfsmittelverzeichnisses auf die neue Struktur den Hilfsmittelbereich klarer als bisher umreißen zu können.

Festsetzung von Festbetragsgruppen

Der MDS wurde im Rahmen des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes stark durch die Spitzenverbände der Krankenkassen in Anspruch genommen, als es um die fachliche Definition und Vergleichbarkeit von Produkten im Rahmen der Festsetzung von Festbetragsgruppen ging. Auch bei der Definition der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel und der damit verbundenen Zuzahlungsregelung war der MDS beratend tätig. Letztendlich gehörte auch die Definition der Anzahl der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel zu den Aufgaben. In Richtung der Medizinischen Dienste hat der MDS die ehemalige sozialmedizinische Arbeitsgruppe M8, seit 2004 die Sozialmedizinische Expertengruppe „Hilfsmittel, Medizinprodukte“ (SEG 5), intensiv bei der Erstellung von Begutachtungshilfen und Grundsatgutachten zu besonderen Hilfsmitteln oder Hilfsmittelbereichen unterstützt.

Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – Erster Bericht dokumentiert Ergebnisse

Am 1. Januar 2002 trat das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) in Kraft, das den Medizinischen Dienst (MDK) dazu verpflichtet, im Abstand von drei Jahren über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu berichten. Ende 2004 wurden diese Ergebnisse erstmals veröffentlicht. Der MDS hatte dabei die abschließende Aufgabe, alle Teilberichte zusammenzufassen, sie um eigene Erkenntnisse zu ergänzen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) sowie den zuständigen Landesministerien vorzulegen.

Erster Prüfbericht

Der vom MDS erstmals im November 2004 vorgelegte Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ liefert einen systematischen Überblick über den Stand der Qualität der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland. Der Bericht basiert auf Einzeldatensätzen der Qualitätsprüfungen für das gesamte zweite Halbjahr 2003. Bei der Ergebnisdarstellung konnte auf differenzierte Bewertungen aus Qualitätsprüfungen in 793 ambulanten Pflegediensten und in 807 stationären Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen werden. Bei diesen Qualitätsprüfungen wurden Informationen von über 2.700 ambulant betreuten Pflegebedürftigen und von über 4.700 Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen erhoben.

Unter Berücksichtigung aller im Jahr 2003 durchgeführten Erst- und Evaluationsprüfungen (ambulant 1.874, stationär 2.032) ergibt sich eine jährliche Prüfquote von ca. 18 Prozent aller Pflegeeinrichtungen (s. Abb. 1). Von Beginn der Qualitätsprüfungen 1996 bis Ende 2003 sind von den 12.216 ambulanten Pflegediensten ca. 52 Prozent mindestens einmal geprüft worden, von den 9.499 stationären Pflegeeinrichtungen wurde ein Anteil von etwa 63 Prozent geprüft (s. Abb. 2).

Pflegezustand überwiegend angemessen

Eine zentrale Untersuchungsfrage bei den Qualitätsprüfungen war, ob sich die Pflege – gemessen an der Ergebnisqualität – auf einem angemessenen Niveau bewegt. Um diese Frage zu beantworten, wurde der Pflegezustand des Pflegebedürftigen anhand des Hautzustandes, des Mundzustandes, des Pflegezustandes von Finger- und Fußnägeln, Haaren und Frisur sowie die Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten festgestellt.

In der ambulanten Pflege wurde bei 91 Prozent der untersuchten Personen ein angemessener Pflegezustand festgestellt, in der stationären Pflege lag dieser Anteil bei 83 Prozent. Bei 9 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich und 17 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen mit einem unangemessenen Pflegezustand besteht akuter Handlungsbedarf.



**Abb. 1: MDK-Qualitätsprüfungen nach Prüfungsarten 2003**

Einrichtungen	Anlassbezogene Prüfungen	Stichprobenprüfungen	Evaluationsprüfungen	Prüfungen gesamt	Gesamt ohne Evaluationsprüfungen
Pflegedienste	263	1.157	454	1.874	1.420
Heime	608	528	896	2.032	1.136
Gesamt	871	1.685	1.350	3.906	2.556

Quelle: MDS

Obwohl die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen auf einem angemessenen Niveau versorgt wird, besteht weiterhin Optimierungsbedarf in der Pflege. Das Augenmerk gilt dabei neben den akuten auch den potenziellen Gefährdungen der Pflegebedürftigen. So zeigte sich in der stationären Pflege folgendes Bild:

- Vorbeugung und Behandlung von Druckgeschwüren (Dekubitusprophylaxe und -therapie) bei 57 Prozent der Pflegebedürftigen angemessen
- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei 59 Prozent angemessen
- Versorgung Demenzkranker bei 70 Prozent angemessen
- Inkontinenzversorgung bei 80 Prozent angemessen

Bei den hier festgestellten Mängeln in der Versorgung handelte es sich überwiegend um potenzielle, aber zum Teil auch um bereits eingetretene Gesundheitsgefährdungen, die u. a. durch mangelnde Risikoerkennung, nicht ausreichende oder nicht sachgerechte Maßnahmenplanung und -durchführung verursacht worden sind.

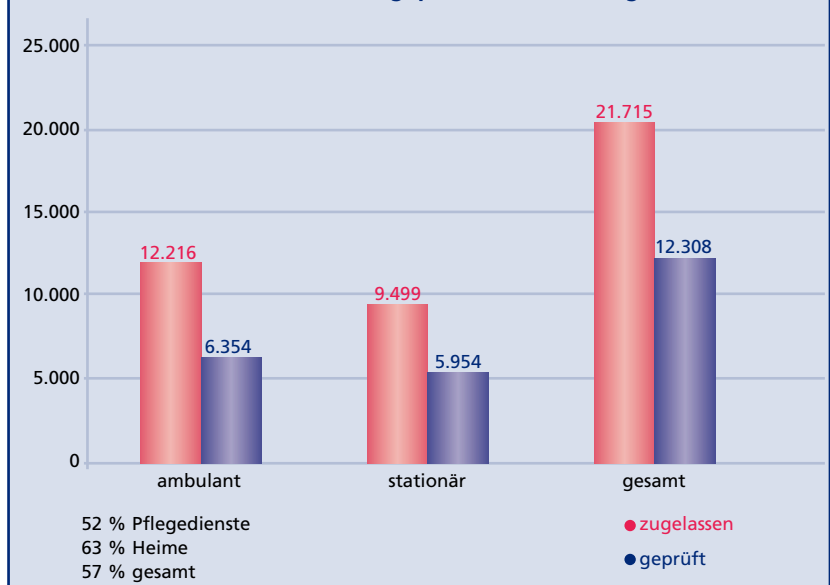
Wenn auch weiterhin erheblicher Optimierungsbedarf in der Pflege besteht, so zeigen sich gegenüber den Anfängen der Qualitätsprüfungen jedoch bereits deutliche Verbesserungen in der Qualität der

Pflege. Ebenso lassen sich Erfolge des beratungsorientierten Prüfansatzes der Medizinischen Dienste anhand der Ergebnisse von Evaluationsprüfungen belegen: Bei Einrichtungen, die erneut geprüft wurden, war eine Verbesserung der Versorgungssituation messbar.

Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Pflege

Der Bericht ist ein wichtiger Beitrag zur Versachlichung der Diskussion über Qualität in der Pflege. Er führt zu Transparenz über die derzeitige Qualität in der Pflegelandschaft und liefert den Akteuren im Gesundheitswesen Ansatzpunkte für die Weiter-

entwicklung der Pflegeinfrastruktur in Deutschland. In Politik und Fachöffentlichkeit ist der Bericht auf große Resonanz gestoßen. So hat die Bundesregierung bereits auf der Grundlage des Berichts eine Anfrage der FDP-Fraktion im Bundestag beantwortet und daraus wichtige Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gezogen.

Abb. 2: Anteil der bis Ende 2003 geprüften Einrichtungen

Quelle: MDS

Weiterentwicklung der Begutachtung und Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz



Bereits seit längerem fordert der MDS eine Erweiterung des stark körperlich ausgerichteten Begriffs von Pflegebedürftigkeit. Zwar werden Einschränkungen aufgrund von Demenzerkrankungen schon heute bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Allerdings sind bei dieser Einschätzung nur Hilfebedarfe relevant, die verrichtungsbezogen sind; dazu zählen Vorgänge wie Waschen, Ankleiden, Gehen und Essen.

Der Anteil an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung ist aktuell nicht pflegestufenrelevant, obwohl dieser Teil häufig sogar aufwändiger ist. Hierzu gehören z. B. Weglauftendenzen des Pflegebedürftigen, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus oder auch ausgeprägtes Wahnerleben in Verbindung mit abwehrendem Verhalten gegenüber Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.

Neues Begutachtungsverfahren wird entwickelt

Im Rahmen der Entwicklung eines neuen Assessment-Instruments zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI erarbeitet ein Projektteam der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege/Hilfebedarf“ (SEG 2) unter Beteiligung des MDS ein neues Begutachtungsverfahren. Dies würde durch seinen modulhaften Aufbau sowohl die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nach dem bisherigen als auch nach einem erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit erlauben. Die Entwicklung des neuen Begutachtungsinstrumentes erfolgt auf der Basis bestehender Assessment-Verfahren, wobei die AEDL-Systematik („Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens“ – Pflegemodell nach Monika Krohwinkel) den Orientierungsrahmen darstellt. Voraussichtlich bis Ende 2005 wird das Instrument so weit entwickelt sein, dass ein Praxistest durchgeführt werden kann.

Die Einführung eines neuen Begutachtungsinstrumentes allein sichert noch nicht die angemessene Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen. Als weitere Maßnahmen sind außerdem erforderlich:

- Eine (fach-)ärztliche Behandlung, die den Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften entspricht
- Gezielte Schulungen der Pflegekräfte zu psychiatrischen Krankheitsbildern, zum Umgang, zur Kommunikation und zu speziellen Betreuungskonzepten. Hier sollte besonders die zentrale Bedeutung der Alltagskommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen hervorgehoben werden

- Möglichkeiten der Supervision und der kollegialen Beratung von Pflegenden, die Heimbewohner mit psychischen Störungen betreuen und dadurch hohen (emotionalen) Belastungen ausgesetzt sind
- Professionelles Management in Pflegeeinrichtungen, um optimale Voraussetzungen einer qualitativ hochwertigen Pflege durch entsprechende Maßnahmen der Personalentwicklung bzw. -planung zu schaffen und um die Mitarbeiterzufriedenheit zu steigern
- Entwicklung neuer Wohnformen, Verbesserung des Wohnumfeldes
- Anpassung baulicher Voraussetzungen in stationären Pflegeeinrichtungen, die den Bedürfnissen von Heimbewohnern mit psychischen Störungen entsprechen, z.B. optimale Beleuchtung, keine langen „Endlos-Flure“ etc.
- Beratung von Angehörigen bzw. Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Angehörigenberatung
- Schaffung von („niederschweligen“) Betreuungsangeboten im ambulanten Bereich zur Entlastung pflegender Angehöriger

Die prognostizierte Zunahme von Menschen mit Demenzerkrankungen stellt für die Pflege und Betreuung dieser Personengruppe sowohl im ambulanten als auch im vollstationären Bereich eine besondere Herausforderung dar. Der MDS beteiligt sich auf Bundesebene durch die Mitarbeit in Gremien von Politik und Kostenträgern an der weiteren Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen.

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen

Im Juli 2003 legte der MDS die Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ vor. Dies ist neben der 2001 veröffentlichten Grundsatzstellungnahme „Dekubitusprophylaxe und Dekubitus-therapie“ das zweite Papier, in dem ein Expertenteam aus MDK und MDS den aktuellen Stand des Wissens zu Schnittstellenthemen aus pflegewissenschaftlicher und medizinischer Perspektive gemeinsam aufbereitet hat. Schwerpunkt ist die Versorgung älterer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Auffälligkeiten wahrnehmen

Die Grundsatzstellungnahme geht auf die Grundlagen der Ernährungsphysiologie und die sozialen Aspekte des Essens und Trinkens ebenso ein wie auf prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung einer Mangelversorgung. Ein dargestelltes Assessment

(Prüfverfahren) zum Ernährungsstatus soll helfen, Auffälligkeiten wahrzunehmen und gleichzeitig zu bewerten. Themen wie Mangelernährung und Dehydration werden ebenso detailliert behandelt wie Sondenversorgung und -ernährung.

Vielfältige praktische Hilfestellungen

Die Stellungnahme bietet darüber hinaus auch praktische Hilfestellung: Sie zeigt unter anderem eine sachgerechte Pflegeplanung und -dokumentation und mögliche Ursachen für Pflege- und Behandlungsfehler auf. Mit der Stellungnahme werden Pflegeeinrichtungen darin unterstützt, Pflegebedürftige sach- und fachgerecht zu versorgen und zu betreuen. Ein umfangreicher Anhang enthält unter anderem einen Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen (Mini Nutritional Assessment – MNA),



beispielhafte Darstellungen von Ess- und Trinkhilfen und Hinweise zu Ernährungs- und Trinkprotokollen. So soll Qualitätsdefiziten in der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen gezielt vorgebeugt werden.

Die Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ beantwortet u.a. folgende Fragen:

- Welche Risiken liegen einer Mangelernährung oder einer Dehydratation zu Grunde?
- Wie erkenne ich das Risiko der Mangelernährung und Dehydratation?
- Welche Assessments stehen zur Verfügung?
- Wie oft sollte das Gewicht gemessen werden?
- Wie wird der Bedarf an Flüssigkeit und Energie berechnet?
- Welche Möglichkeiten der Prophylaxe gibt es?
- Welche Indikation für die Anlage einer Ernährungssonde gibt es?
- Was muss bei Medikamentengaben über Sonden beachtet werden?
- Wie viel zusätzliche Flüssigkeitsgabe ist bei Sondenernährung erforderlich?
- Sind Sonderformen der Flüssigkeitsgabe (subkutan und rektal) fachlich vertretbar?
- Welche Hilfsmittel gibt es und wozu sind diese geeignet?
- Was muss bei der Pflegeplanung und Pflegedokumentation beachtet werden?

Die Stellungnahme kann sowohl über die Website des MDS (www.mds-ev.de) heruntergeladen, aber auch als Broschüre beim MDS bestellt werden. Dass die Stellungnahmen in der Praxis auf sehr großes Interesse stoßen, belegt die hohe Nachfrage: bisher wurden über 5.000 Exemplare angefordert.

Pflegeprozess und Dokumentation – Entbürokratisierung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Die Ergebnisse der im zweiten Halbjahr 2003 durchgeführten Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste waren im Jahr 2004 auch Anlass für die Erarbeitung der Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen belegen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zum Teil erheblicher Optimierungsbedarf hinsichtlich der Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses besteht.

Einrichtungen brauchen Unterstützung

Schon seit geraumer Zeit arbeiten die Pflegeeinrichtungen in Deutschland daran, den Pflegeprozess zu etablieren. Einrichtungen, die bereits erfolgreich mit dem Instrument arbeiten, berichten vor allem von einer Qualitätsverbesserung der Pflegeleistungen und einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter. Diskussionen über die „Entbürokratisierung“ in der Pflege im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation sind dort häufig geworden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste belegen aber auch, dass die Einrichtungen gerade bei der Etablierung und Umsetzung des Pflegeprozesses Unterstützung und Begleitung brauchen.

Ziel der Ende 2004 fertiggestellten Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“ ist es, den Pflegefachkräften in Einrichtungen, den Trägern der Pflegeeinrichtungen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Medizinischen Dienste eine praxisverbessernde und entbürokratisierende Arbeitshilfe anzubieten.

Basis ist der Stand des Wissens zum Thema Pflegeprozess und die gesetzlichen Regelungen vor dem Hintergrund der zunehmenden Eigenständigkeit der Pflege.

Inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses

Die Diskussion, die momentan im Zusammenhang mit Entbürokratisierungspotenzialen in Pflegeeinrichtungen zur Planung und Dokumentation von Pflege geführt wird, ist nicht neu. In einigen Bundesländern werden derzeit erhebliche Anstrengungen zur Neugestaltung der Dokumentationssysteme unternommen. Unsere Grundsatzstellungnahme legt jedoch im Unterschied dazu den Fokus bewusst auf die inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation. Sie flankiert damit die bereits in einigen Bundesländern existierenden Papiere zur Pflegedokumentation.

Seit Jahren beschäftigen sich auch Pflegepraktiker und Pflegewissenschaftler mit der Systematisierung der Pflege und bieten zu den Themenkomplexen Pflegeprozess und Pflegedokumentation Schulungen für Pflegekräfte an. Die gelungene Umsetzung des Pflegeprozesses an der Basis blieb trotz aller Bemühungen hinter den Erwartungen zurück und führte oft zu einer unübersehbaren Formularvielfalt, an der nicht zuletzt die Kritik an der überbordenden Dokumentation aufgehängt wird.

Verbesserung der Pflegequalität

Das Positionspapier setzt daher an den zentralen Problemen der schriftlichen Umsetzung des Pflegeprozesses und einem häufig unpraktikablen Aufbau gängiger Dokumentationssysteme an. Ziel ist es, möglichst kurzfristig und praxisorientiert konkrete Verbesserungen der Pflege- und Dokumentationsqualität und des Umfangs der notwendigen Dokumentation zu erreichen, um eine vollständige, systematische und übersichtliche Verlaufsdokumentation der Pflege zu ermöglichen. Mit dieser Stellungnahme tragen die Spitzenverbände der Pflegekassen und die MDK-Gemeinschaft konstruktiv zur „Entbürokratisierung“ und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege bei.

Der **Pflegeprozess** ist eine dynamische Arbeitsmethode in der Pflege, die systematisch Probleme beschreibt, Maßnahmen zu deren Lösung plant und umsetzt und diese regelmäßig evaluiert. Gegebenenfalls wird der Prozess dann angepasst. Dieser Problemlösungsprozess gestaltet maßgeblich die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen.

In der **Pflegedokumentation** wird die Art und Weise des pflegerischen Handelns für alle am Prozess Beteiligten beschrieben und zugänglich gemacht. Die Pflegedokumentation stellt nicht nur den innerbetrieblichen Informationsfluss dar, auch andere von außen kommende Professionen können daraus wichtiges Handlungswissen erfahren. Nicht zuletzt macht die Dokumentation die Pflege gegenüber den Auftraggebern transparent.

Pflegequalität – Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen

Wie kann die Ergebnisqualität von Prüfungen in Pflegeeinrichtungen weiter verbessert werden? Sind alle Prüfinhalte der MDK-Anleitungen nach wie vor auf dem aktuellen Stand? Und welche bislang fehlenden Aspekte müssten noch ergänzt werden? Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurden 2002 die Prüfrechte und Prüfinhalte der Medizinischen Dienste auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt. Die Gesetzesänderung, die Weiterentwicklung des aktuellen Wissens (z. B. neue Expertenstandards) und auch die aktuellen Erfahrungen aus dem Prüfgeschehen machten somit eine Überarbeitung der MDK-Anleitungen erforderlich.

Mit den MDK-Anleitungen werden die gesetzlichen, vertraglichen und fachlichen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen für die MDK messbar gemacht. Darüber hinaus legen sie eine gemeinsame Vorgehensweise des MDK fest.

Stärkerer Fokus auf Ergebnisqualität

Bei der Überarbeitung der MDK-Anleitungen, an der Mitarbeiter des MDS maßgeblich mitwirken, wurden die Prüfinhalte noch einmal stärker auf die Ergebnisqualität gelenkt. Darüber hinaus wurden neue Prüfinhalte, die sich aus dem PQsG ergaben, aufgenommen (einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, Hygiene und häusliche Krankenpflege in der ambulanten Versorgung).

Die größten Veränderungen bei der Überarbeitung der MDK-Anleitung ergeben sich aus der größeren Differenzierung der Ergebniserfassung und einer Bewertungssystematik. Die am Beispiel der stationären Pflege entwickelte Bewertungssystematik ist mehrstufig aufgebaut. Ergebnisse sollen ausgewiesen werden für Einzelfragen, Bewertungsbereiche und die Gesamtqualität der Pflegeeinrichtung.



Zielerreichungsgrad und Bewertungskategorie

Angelegt wurde die Bewertungssystematik als System in vier Kategorien, bei dem die Ergebnisse jeweils als Zielerreichungsgrad in Prozent dargestellt und einer der vier Bewertungskategorien „erfüllt“, „überwiegend erfüllt“, „nur zum Teil erfüllt“ und „nicht erfüllt“ zugewiesen werden. Die Bewertungssystematik wurde im Rahmen einer Validierungsstudie auf Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) bei insgesamt 125 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen getestet. Ergebnis der Untersuchung: Die Bewertungssystematik ist sowohl reliabel (Übereinstimmung ca. 90 Prozent) als auch valide (volle Übereinstimmung 68 Prozent, tolerable Übereinstimmung ca. 26 Prozent).

Durch die Bewertungssystematik und die damit im Zusammenhang vorgesehene Einführung einer einheitlichen Software werden folgende Ziele verfolgt:

- differenzierte Darstellung der Ist-Situation und der Qualitätsentwicklung
- weitere Vereinheitlichung und Standardisierung der Bewertung
- Darstellung der Gesamtqualität der Pflegeeinrichtung
- effektivere Berichterstellung

Die MDK-Anleitungen und die Bewertungssystematik werden im ersten Halbjahr 2005 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen endgültig abgestimmt und schließlich im weiteren Verlauf des Jahres 2005 eingeführt.

Fort- und Weiterbildung

Aktualität, Qualität und Vielfalt – der MDS steckt sich selbst hohe Ziele. Und hat einiges dafür getan, dass diese auch in den Fort- und Weiterbildungsangeboten in den Jahren 2003/2004 verwirklicht wurden.

Aktualität

Um ärztliche Kompetenz angesichts medizinischen Fortschritts zu wahren, müssen Fortbildung und deren Evaluation kontinuierlich ablaufen. Diese Erkenntnis ist als Forderung bis hin zu verpflichtenden Fortbildungsnachweisen auch im Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) enthalten. Fortbildung gilt dort als unverzichtbarer Beitrag zur Qualitätssicherung.

Doch nicht nur Ärzte unterliegen der sich stetig verringernenden Halbwertszeit des Wissens und stehen daher unter dem Zwang, Wissen und Fähigkeiten

kontinuierlich auf die Höhe der Zeit zu bringen. Im Bewusstsein dieser Verantwortung hat die MDK-Gemeinschaft bereits vor einigen Jahren ein systematisch strukturiertes bundesweites Fortbildungskonzept für die Ärzte und Pflegefachkräfte der MDK entwickelt und umgesetzt. Hier werden die essentiellen Themen – orientiert an der aktuellen Problemlage der Kranken- und Pflegeversicherung – aus den Feldern der Sozialmedizin oder Sozialpolitik und der Pflegewissenschaft aufgegriffen und in das Seminarprogramm integriert.

Dazu gehörten im Fortbildungsprogramm 2003/2004 z.B. spezielle Angebote wie:

- Lehrgang zur Evidenz-basierten Medizin in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Evidenz-basierte Medizin
- Onkologisches Spezialseminar in Zusammenarbeit mit dem Kompetenz-Centrum Onkologie
- Fachseminar zur „Leistungsbeurteilung vor und nach der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen“
- weitere etablierte Seminare, beispielsweise zur Arbeitsunfähigkeit und Geriatrischen Rehabilitation

Auch im Rahmen der Pflegeversicherung nehmen die Anforderungen an die MDK-Gutachter stetig zu. Entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen für MDK-Prüferinnen und -Prüfer in der Pflege waren daher ebenfalls Bestandteil des Gesamtprogramms. Dazu zählten beispielsweise der Lehrgang zum „TQM-Auditor“ oder der Lehrgang „Dementia-Care-Mapping“, in dem Teilnehmer mit einer speziellen Methode zur Bewertung der Demenzpflege in Gruppensettings vertraut gemacht werden.

Qualität

Je mehr eine Veranstaltung den Interessen und beruflichen Bedürfnissen der Lernenden entspricht, desto größer ist der Gewinn und damit der Lernerfolg für die Teilnehmer. Unsere Seminare werden regelmäßig in Form von schriftlichen und mündlichen Teilnehmer-, Referenten- und Seminarleiterbefragungen evaluiert. Qualitätskriterien wie „Praxisrelevanz“, „Interaktion“ sowie „Fallbezogenes Lernen“ sind für uns Leitlinien der inhaltlichen Ausgestaltung der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen. Inwieweit uns dies gelungen ist, dokumentiert auch die zunehmende Anzahl unserer von den Ärztekammern in 2003/2004 zertifizierten Seminare.

Vielfalt

Unser Fortbildungsangebot ist breit gefächert und reicht von Seminaren, die sich konkret an der Arbeit mit bestimmten Zielgruppen ausrichten, bis hin zu berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen im Bereich der sozialen und kommunikativen Kompetenzen.

Für alle Fortbildungsangebote gilt: die Qualität der Wissensvermittlung und der hohe Praxistransfer sind unverzichtbare Merkmale der einzelnen Bildungsmaßnahmen. Indikatoren, wie bspw. die nach wie vor große Nachfrage und die positiven Teilnehmerresonanzen der bundesweiten Seminare in 2003/2004 bestärken uns in der Annahme auf dem richtigen Weg zu sein und die angestrebten Ziele der Qualitätssicherung und effizienten Personalentwicklung auch zukünftig zu erreichen.





Öffentlichkeitsarbeit

Um seine Arbeit auch der breiten Öffentlichkeit und den Medien transparent zu machen, beschreitet der MDS verschiedene Wege.

Veranstaltungen und Veröffentlichungen

Hierzu zählen ein bis zweimal jährlich Sozialmedizinische Expertenforen oder Symposien, die Experten und interessierten Fachbesuchern Gelegenheit zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch geben, ebenso wie Pressemitteilungen und Pressegespräche, die über wichtige Entwicklungen, Ereignisse und Arbeitsergebnisse informieren.

Umfangreiche Informationen und Download-Angebote – darunter Berichte (z. B. „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“), Grundsatzstellungnahmen (z. B. „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“) oder Statements zu relevanten Themen – finden Interessenten stets aktualisiert auf unserer Homepage www.mds-ev.de. Alle Veröffentlichungen können jedoch auch in gedruckter Form beim MDS bestellt werden.

Der MDS wirkt außerdem am vierteljährlich erscheinenden Magazin „MDK-Forum“ mit, das über die Arbeit der Medizinischen Dienste aus verschiedenen Bundesländern informiert, und betreut das Redaktionsbüro zu diesem Medium. Des weiteren arbeitet der MDS in der Online-Redaktion der gemeinsamen Internet-Präsenz der MDK-Gemeinschaft mit (www.mdk.de).

„Ist das Volk krank?“

Unter diesem Titel analysierten Fachleute auf Einladung des MDS im Dezember 2003 die Auswirkungen des aggressiven Bewerbens und Erfindens von Krankheiten, das so genannte „Disease mongering“, auf die Patientenversorgung. Es wurde der Frage nachgegangen, ob solche Mitteilungen primär auf Versorgungsdefizite im Sinne einer Unterversorgung nicht erkannter Patienten hindeuten oder ob sie aus methodischer Sicht anders beurteilt werden müssen. Aus der Veröffentlichung von Ergebnissen epidemiologischer Erhebungen werden häufig Leistungsansprüche implizit oder ganz ausdrücklich abgeleitet. Hier ist eine sorgfältige medizinische Bewertung notwendig, nicht zuletzt, da hinter nicht wenigen dieser Verlautbarungen offensichtliche kommerzielle Interessen stehen.

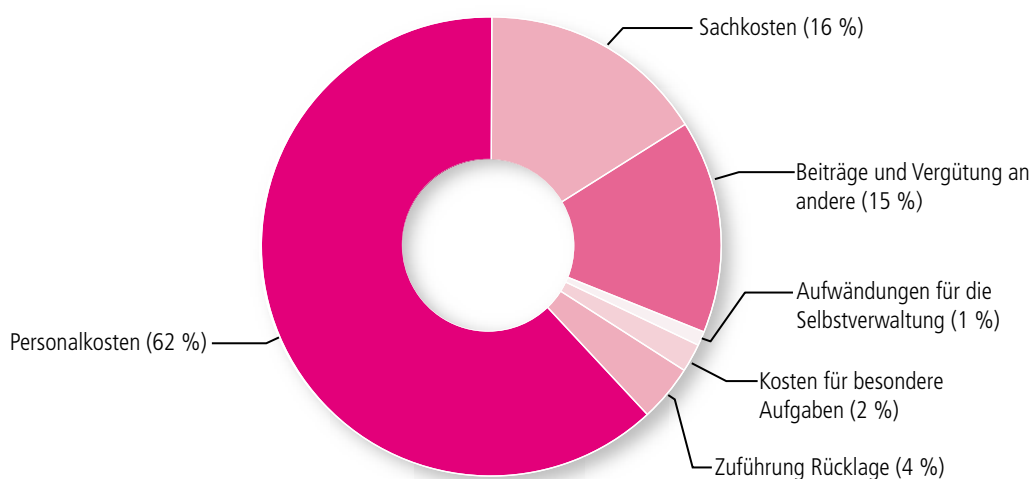
Prävention durch die GKV

Die Veröffentlichung des zweiten Präventionsberichtes nahmen MDS und Spitzenverbände im Mai 2004 zum Anlass, in einem gemeinsamen Expertenforum den Status Quo der Präventionsaktivitäten und die Perspektiven einer zukünftigen Neugestaltung der Prävention aus Sicht der GKV, der Wissenschaft und der Politik kritisch zu beleuchten. Im Hinblick auf eine nachhaltige Zukunftssicherung des Gesundheitssystems kommt dem weiteren Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung eine hervorgehobene Stellung zu. Prävention wird zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und muss entsprechend organisiert werden. Die Krankenkassen nehmen ihren Teil der Aufgabe u.a. dadurch wahr, dass sie ihre Angebote in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung stetig qualitativ verbessern und quantitativ ausdehnen.

Erfolgsrechnung 2003

Einnahmen:	T €
Umlagen	5.945
Vermögenserträge	52
Sonstige Einnahmen/Wertsteigerungen der Aktiva	41
Erstattungen Verwaltungskosten	78
Einnahmen insgesamt	6.116

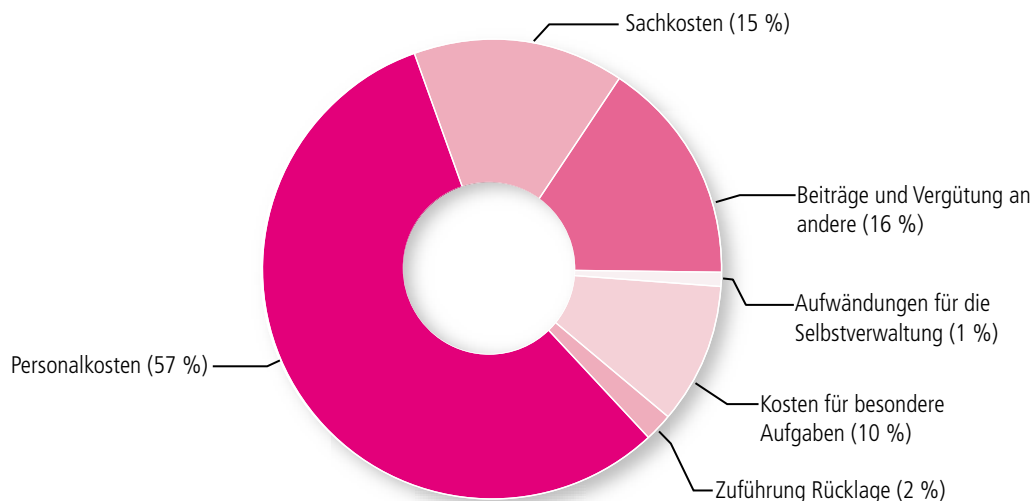
Ausgaben:	T €
Personalkosten	3.790
Sachkosten	1.009
Beiträge und Vergütungen an andere (v. a. Kompetenz-Centren)	902
Aufwendungen für die Selbstverwaltung.	35
Kosten für besondere Aufgaben	146
Zuführung Rücklage	234
Ausgaben insgesamt	6.116



Erfolgsrechnung 2004

Einnahmen:	T €
Umlagen	5.945
Vermögenserträge	49
Sonstige Einnahmen/Wertsteigerungen der Aktiva	29
Erstattungen Verwaltungskosten	700
Einnahmen insgesamt	6.723

Ausgaben:	T €
Personalkosten	3.817
Sachkosten	1.027
Beiträge und Vergütungen an andere (v. a. Kompetenz-Centren).	1.076
Aufwendungen für die Selbstverwaltung.	38
Kosten für besondere Aufgaben	660
Zuführung Rücklage	105
Ausgaben insgesamt	6.723



Stand: April 2005

Alternierende Vorsitzende der Mitgliederversammlung

- Heiner Boegler
AOK-Bundesverband
- Hans-Wilhelm von Damm
BKK-Bundesverband

Alternierende Vorsitzende des Vorstandes

- Gert Nachtigal
AOK-Bundesverband
- Hans Langenbacher
Verband der Angestellten-Krankenkassen

Geschäftsführung

- Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
- Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Stv. Geschäftsführer und Ltd. Arzt



Mitgliederversammlung*

AOK-Bundesverband

- Dieter Barabas (VV)
- Heiner Boegler (VV)
- Otto Brauch (AG)

Verband der Angestellten-Krankenkassen

- Wolf Garling (VV)
- Hilmar Langenbach (VV)
- Peter Reumann (VV)

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

- Eugen Fanroth (VV)
- Ludwig Huber (VV)
- Wolfgang Mehlaue (VV)

BKK-Bundesverband

- Hans-Wilhelm von Damm (AG)
- Manfred Knöpfe (VV)
- Wolfgang Schmeinck (VSVors.)

IKK-Bundesverband

- Gernot Kiefer (sVSVors.)
- Jürgen Müller (VV)
- Rolf Wille (AG)

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

- Harald Deisler (GF)
- Karl Groenen (AG)
- Siegfried Hornung (AG)

Bundesknappschaft

- Günter Herfarth (VV)
- Elmar Milles (AG)
- Rolf Stadié (GF)

See-Krankenkassen

- Eike Eulen (VV)
- Herbert Juniel (AG)

* AG=Arbeitgebervertreter / VV=Versichertenvertreter / VSVors.=Vorstandsvorsitzender
sVSVors.=stv. Vorstandsvorsitzender / GF=Geschäftsführer

Vorstand*

AOK-Bundesverband

- Gert Nachtigal (AG)
Stellvertreter: Victor Bernecker (AG)
- Dr. Hans-Jürgen Ahrens (VSVors.)
Stellvertreter: NN

Verband der Angestellten-Krankenkassen

- Hans Langenbucher (sVerbVors.)
Stellvertreterin: Margret Mönig-Raane (VerbVors.)

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

- Dr. Doris Pfeiffer (VSVors.)
Stellvertreter: Dr. Werner Gerdemann (sVSVors.)

BKK-Bundesverband

- Willi Budde (VV)
Stellvertreter: Günter Friedrichs (VV)
- K. Dieter Voß (sVSVors.)
Stellvertreter: Wolfgang Schmeinck (VSVors.)

IKK-Bundesverband

- Erich Werner Peterhoff (AG)
Stellvertreter: Rolf Wille (AG)
- Rolf Stuppardt (VSVors.)
Stellvertreter: Gernot Kiefer (sVSVors.)

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

- Leo Blum (AG)
Stellvertreter: Werner Schramm (AG)

Bundesknappschaft

- Eckehard Linnemann (VV)
Stellvertreter: Willi Fabek (VV)

See-Krankenkassen

- Nicolai Woelki (GF)
Stellvertreter: Frank Hellwig (GF)

* AG=Arbeitgebervertreter / VV=Versichertenvertreter / VerbVors.=Verbandsvorsitzender
sVerbVors.=stv. Verbandsvorsitzender / VSVors.=Vorstandsvorsitzender
sVSVors.=stv. Vorstandsvorsitzender / GF=Geschäftsführer

Lenkungsgremium

Selbstverwaltung

MDS-Vorstand

- Hans Langenbucher
Verband der Angestellten-Krankenkassen
- Gert Nachtigal
AOK-Bundesverband

MDK-Verwaltungsräte

- Dietmar Katzer
MDK Schleswig-Holstein
- Dr. Rainer Will
MDK in Bayern
- Hans-Wilhelm von Damm
MDK Baden-Württemberg
- Hans-Jürgen Müller
MDK Sachsen-Anhalt

MDK/MDS-Geschäftsführer

- Wolfgang Machnik
MDK Nordrhein-Westfalen
- Dr. Rolf Matthesius
MDK Berlin/Brandenburg
- Karl-Heinz Plaumann
MDK Baden-Württemberg
- Dr. Peter Pick
MDS

Leitende Ärztinnen und Ärzte

- Dr. Gert von Mittelstaedt
MDK Hessen
- Dr. Martina Sambale
MDK Thüringen

Sozialmedizinische Expertengruppen

Bezeichnung/Thematik	Leiter/in
<i>SEG 1 Leistungsbeurteilung/Teilhabe</i>	Dr. Sabine Grotkamp, MDK Niedersachsen
<i>SEG 2 Pflege/Hilfebedarf</i>	Dr. Barbara Gansweid, MDK Westfalen-Lippe Dr. Hans Gerber, MDK in Bayern
<i>SEG 3 Versorgungsstrukturen</i>	Dr. Michael Dziuk, MDK Rheinland-Pfalz
<i>SEG 4 Vergütung und Abrechnung</i>	Dr. Petra Walter, MDK Baden-Württemberg
<i>SEG 5 Hilfsmittel, Medizinprodukte</i>	Dr. Gerhard Fergenbauer, MDK in Hessen
<i>SEG 6 Arzneimittel</i>	Dr. Lili Grell, MDK Westfalen-Lippe
<i>SEG 7 Methoden- und Produktbewertungen</i>	Dr. Susanne Bauer, MDS

Kompetenz-Centren

Thematik	Leiter/in
<i>Geriatrie</i>	Dr. Norbert Lübke, MDK Hamburg
<i>Onkologie</i>	Prof. Dr. Axel Heyll, MDK Nordrhein
<i>Psychiatrie/Psychotherapie</i>	Dr. Christoph Jonas Tolzin, MDK Mecklenburg-Vorpommern
<i>Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement</i>	Dr. Elisabeth Simoes, MDK Baden-Württemberg

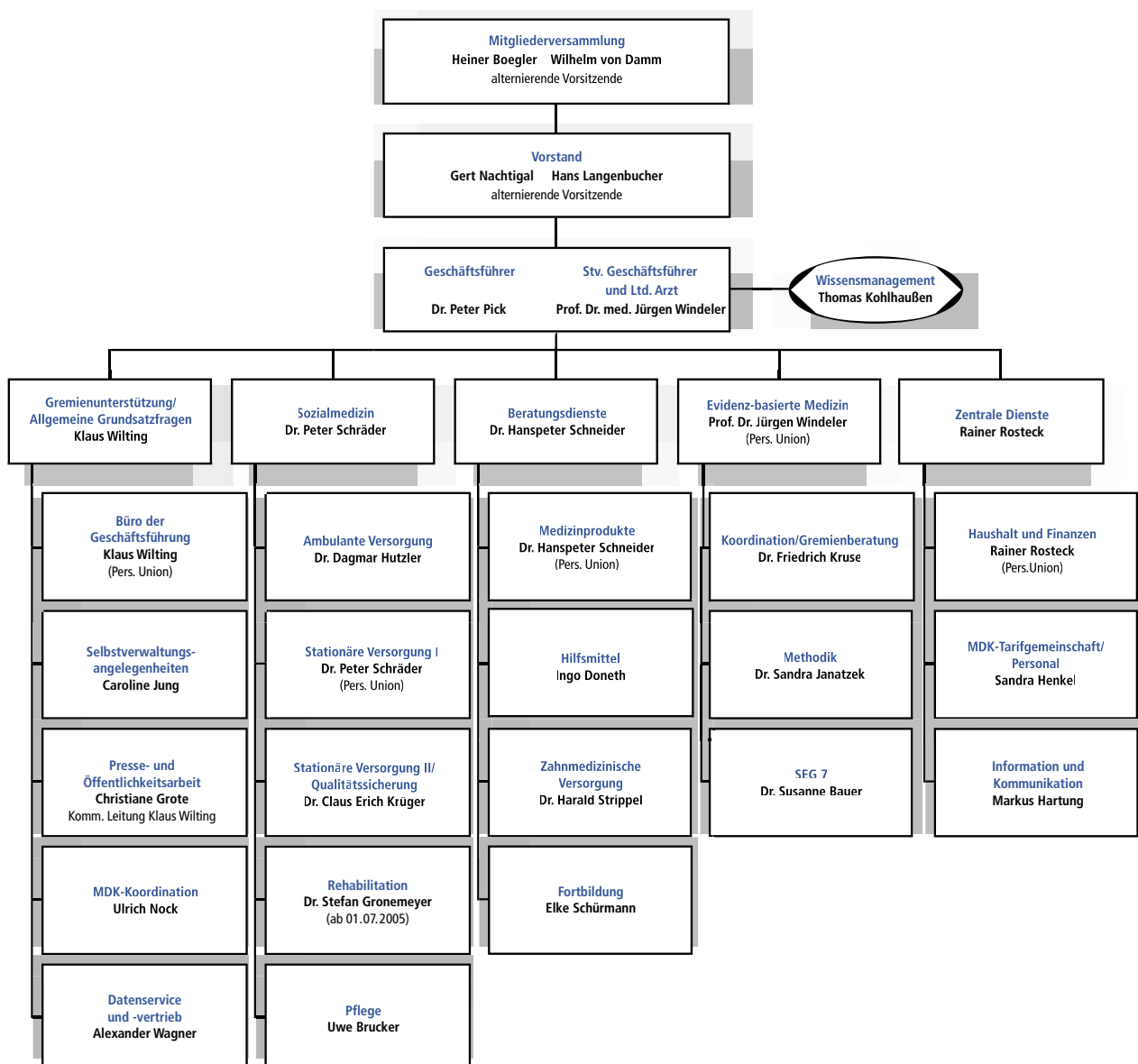
Organisatorische Arbeitsgruppen

Thematik	Leiter/in
<i>Haushalts- und Finanzwesen</i>	Rainer Rostek, MDS
<i>Personalreferenten/Sachbearbeiter</i>	Sandra Henkel, MDS
<i>Controlling/Revision</i>	Wolfgang Nafziger, MDK in Bayern
<i>Datenschutz</i>	Vera Bischof-Walter, MDK Baden-Württemberg

MDK-übergreifende Arbeitsgruppen

Thematik	Leiter/in
<i>Medizinisch-juristische Fragestellungen</i>	Dr. Karl-Friedrich Wenz, MDK Mecklenburg-Vorpommern
<i>Qualitätsprüfung Pflegebegutachtung</i>	Alexander Wagner, MDS

Organigramm



Grundsatzstellungnahme

- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Juli 2003

Bewertung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)

- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft: Triple-Test, Dezember 2003
- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft: Toxoplasmose-Screening, Februar 2004

Gutachten

- Robodoc®, April 2004

Bücher

- Leistner, Klaus und Beyer, Hans-Martin (Hrsg.): „Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“, 2004
- Schäfer, Constanze und Doneth, Ingo: „Hilfsmittel und Medizinprodukte für die Kitteltasche“, 2004
- Strippel, Harald: „Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt“ – Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries, 2004

Präventionsberichte

- Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung, Dokumentation 2002
- Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung, Dokumentation 2001

Pflegeberichte

- Pflegebericht des Medizinischen Dienstes
Berichtszeitraum 2001/2002

Tätigkeitsberichte des MDS

- 2000 – 2002

Lose Reihe „Beiträge des MDS zu Gesundheitsversorgung und Pflege“

- Grundlagen einer evidenz-basierten ambulanten Versorgung von KHK-Patienten, 2004

Leitfäden

- Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern
Stand: Juli 2003
- Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2002, Stand: 12. September 2003

Kurz & bündig – Die MDK-Gemeinschaft

MDS 2004

Weitere Informationen und Download-Möglichkeiten unter www.mds-ev.de

Herausgeber

Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e. V.
Lützowstraße 53
45141 Essen

Telefon: 02 01/83 27-0
Telefax: 02 01/83 27-3-100
E-Mail: office@mds-ev.de

Verantwortlich für den Inhalt

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer

Redaktion

Andrea Steidle und Caroline Jung
in Zusammenarbeit mit den Fachgebieten

Bildredaktion

Elke Grünhagen

Gestaltung und Satz

BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG
Mülheim an der Ruhr

Fotos

agenda/Karin Desmarowitz: Seite 20
David Ausserhofer/JOKER: Titel (unten), Seite 34
Dirk Bauer/photoplexus: Seite 19
BestPage-Archiv: Seite 5, 14, 16, 37, 38
Bildagentur-online/Hemera: Seite 17
Ingo Doneth, MDS: Seite 26
is-dental GmbH, Coesfeld: Seite 22
Werner Krüper, Steinhagen: Seite 33
BULLIK, MARKUS/LOOK GmbH: Seite 21
GREUNE, JAN/LOOK GmbH: Seite 12
photothek: Titel (Mitte), Seite 8
Ateliergemeinschaft Signum Design & Kunst, Wuppertal:
Titel (Hintergrund), Seite 6
Hartmut Schwarzbach/argus: Titel (oben), Seite 28, 30
vision photos/R.Klostermeier: Seite 10
www.bvmed.de: Seite 24
Informationszentrale Deutsches Mineralwasser (IDM): Seite 31

Druck

Richard Thierbach – Buch- und Offset-Druckerei GmbH, Mülheim
gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier



Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V.
Lützowstraße 53
45141 Essen

Telefon: 02 01/83 27-0
Telefax: 02 01/83 27-3-100
E-Mail: office@mds-ev.de