

# Jahresbericht der Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft

**2009**



Kompetenz-  
Centren  
der MDK  
Gemeinschaft



Jahresbericht der  
Kompetenz-Centren der  
MDK-Gemeinschaft

2009

## Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser, in den letzten Jahren haben sich die Arbeitsschwerpunkte des Medizinischen Dienstes deutlich erweitert. Neben der Einzelfallbegutachtung wird der Medizinische Dienst von der Kranken- und Pflegeversicherung zunehmend auch als kompetenter Berater in Fragen der Versorgungsgestaltung in Anspruch genommen.

Um den stetig wachsenden Herausforderungen zu begegnen, hat die mdk-Gemeinschaft gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bereits im Jahr 2000 Kompetenz-Centren eingerichtet. Damit soll das fachliche Know-how in der mdk-Gemeinschaft gebündelt werden. Die Kompetenz-Centren nehmen systemberatende Aufgaben im Auftrag der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Medizinischen Dienste wahr. Sie decken Themenbereiche ab, die nicht von der Einzelfallbegutachtung und -beratung vor Ort geprägt sind, sondern ganz überwiegend die Schaffung systematischer Grundlagen bzw. Aspekte der Grundsatzberatung, Planung und wissenschaftlichen Begleitung umfassen.

Seit dem Jahr 2004 sind in der mdk-Gemeinschaft folgende Kompetenz-Centren installiert, die organisatorisch jeweils bei einem mdk angesiedelt sind:

### **KC Geriatrie,**

Leiter Dr. med. Norbert Lübke beim mdk Nord

### **KC Onkologie,**

Leiter Prof. Dr. med. Axel Heyll beim mdk Nordrhein

### **KC Psychiatrie, Psychotherapie,**

Leiter Dr. med. Christoph J. Tolzin beim mdk Mecklenburg-Vorpommern

### **KC Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement,** Leiter Prof. Dr. Johannes Giehl beim mdk Baden-Württemberg

Die Träger der Kompetenz-Centren sind einerseits der gkv-Spitzenverband und andererseits die Medizinischen Dienste.

In dem nachfolgenden Jahresbericht 2009 berichten die Kompetenz-Centren über ihre Tätigkeitsschwerpunkte und stellen exemplarisch durchgeführte Beratungsaufträge dar.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kompetenz-Centren werden auch in Zukunft ihre medizinische Kompetenz, ihre Erfahrungen und ihr Engagement dafür einsetzen, um die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung und die Medizinischen Dienste durch eine fundierte fachliche Beratung wirkungsvoll bei ihren Aufgaben zu unterstützen.

*Dr. med. Norbert Lübke*

*Prof. Dr. med. Axel Heyll*

*Dr. med. Christoph J. Tolzin*

*Prof. Dr. med. Johannes Giehl*

**1**

Management Summary 7

**2**

**Kompetenz-Centrum Geriatrie** 13

**3**

**Kompetenz-Centrum Onkologie** 27

**4**

**Kompetenz-Centrum  
Psychiatrie / Psychotherapie** 39

**5**

**Kompetenz-Centrum  
Qualitätssicherung /  
Qualitätsmanagement** 53

**6**

Zusammenfassende  
Darstellung der kundenbezogenen  
Inanspruchnahme 65

**7**

Zusammenfassende  
Darstellung der Arbeits-  
schwerpunkte 67

# 1 Management Summary

## **Kompetenz-Centrum »Geriatric«**

Der Anteil alter und hochaltriger, zumeist multimorbider und in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe deutlich beeinträchtigter Patienten nimmt stetig zu. Unter den hieraus erwachsenden Herausforderungen kann und darf qualifizierte geriatrische Versorgung weder eine billige Light- noch eine teure Add-on-Versorgung darstellen. Sie muss sich vielmehr durch einen anderen, ergebnisorientierten Behandlungsfokus – nämlich den weitestmöglichen Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter – auszeichnen. Die Ausgestaltung eines für diese Versicherten angemessenen Versorgungsangebots, das gleichermaßen präventive wie kurative, rehabilitative, palliative und pflegerische Aspekte der Langzeitversorgung umfasst, stellt eine erhebliche Herausforderung für die Fortentwicklung des deutschen Gesundheitssystems dar. Das Kompetenz-Centrum Geriatric (KCG) steht der GKV und ihren Medizinischen Diensten hierfür als fundiert und breit qualifizierter, kompetenter Dienstleister zur Verfügung.

Entsprechend intensiv war auch in 2009 wieder die Auftragsauslastung des KCG. 51% der Ressourcen entfielen auf Aufträge der GKV und 49% auf Aufträge der Medizinischen Dienste (MDK-Gemeinschaft und MDS).

Ressourcenmäßig standen hierbei mit 62% die gutachterliche Grundratsberatung und die Projektbegleitung im Vordergrund, gefolgt von Gremien-, Ausschuss- und Schulungsarbeit mit 20% und sonstigen Beratungsleistungen u. a. Kurzanfragen aus dem Kreis von MDK- und Kassenmitarbeitern mit 18%.

Das inhaltliche Spektrum der Grundsatzberatung spannte sich von Fragen der stationären Pflege und Betreuung sowie der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Demenz über erneute Interpretationsbedarfe bei der im DRG-System erheblich vergütungsrelevanten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung – diesmal in Bezug auf die Präsenz fachärztlich geriatrischer Behandlungsleitung vor dem Hintergrund begrenzter Verfügbarkeit derartiger Qualifikationen – bis zu den Vorplanungen für ein neues Kompendium »Begutachtungswissen Geriatric«, das den Gutachtern der Medizinischen Dienste einen strukturierten Überblick geriatrischen Grundlagenwissens bieten, sich aber auch als praxisnahes Nachschlagewerk bei spezifischen geriatrischen Begutachtungsfragen eignen soll. Begleitenden Projektcharakter haben die von uns im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführte Basisevaluation neuer Einrichtungen zur Erbringung mobiler geriatrischer Rehabilitation und die Überführung des bisherigen Modellprojekts Ambulante geriatrische Versorgung Schleswig-Holstein in die Regelversorgung. In beiden Fällen geht es auch darum, die Qualität neuer Versorgungsangebote zumindest in Basisaspekten durch ein begleitendes Qualitätsmonitoring sicherzustellen. Ebenfalls der Qualitätssicherung dient das von uns fachlich begleitete Ausschreibungsverfahren für die Einbeziehung der geriatrischen Rehabilitation in das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren der GKV. Das KCG ist derzeit in die Bewertung der eingegangenen Bewerbungen einbezogen. In den Bereich der Gremien-

arbeit und Teilnahme an Verhandlungen fielen u. a. verschiedene Beratungsaufträge von Landesverbänden oder Einzelkassen auf Landes- oder Bundesebene im Hinblick auf die regionale oder überregionale Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungskonzepte.

Mit einem erheblichen Anteil trägt das KCG zur MDK-internen geriatrischen Qualifizierung von Gutachtern der Medizinischen Dienste im Rahmen verschiedener Fortbildungsseminare des MDS bei. Wesentliche Ergebnisse der Arbeit des KCG fanden erneut Eingang in Beiträgen auf Fachkongressen sowie in wissenschaftlichen und sozialmedizinischen Fachzeitschriften.

Das ausgesprochen positive Feedback unserer Auftraggeber, der enge Austausch mit unseren Ansprech- und Kooperationspartnern in der MDK-Gemeinschaft und bei den Krankenkassen, die stete Fortbildung unserer Mitarbeiter und das zunehmende Netzwerk, das sich das Kompetenz-Centrum Geriatrie in der Fachöffentlichkeit aufbauen konnte, bestärken uns, die Krankenkassen und ihre Verbände in der Weiter- und Neustrukturierung geriatrischer Versorgung auch weiterhin mit fachlicher Expertise evidenz- und datengestützt aktiv zu begleiten, um ein hohes Maß an Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung geriatrischer Patienten sicherzustellen.

### **Kompetenz-Centrum »Onkologie«**

Etwa zwei Drittel der Arbeitszeit des KC Onkologie im Jahr 2009 wurde für die Systemberatung des GKV-Spitzenverbandes eingesetzt. Schwerpunkt der Mitarbeit in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses war die Nutzenbewertung onkologischer Behandlungsmethoden wie Positronenemissionstomographie (PET), Protonenbestrahlung, Stammzelltransplantation und Brachytherapie des Prostatakarzinoms. Außerdem war das KC Onkologie an den Beratungen der Expertengruppe »off label use« für das Fachgebiet Onkologie beim BfArM beteiligt.

Innerhalb der MDK-Gemeinschaft hat das KC Onkologie die sozialmedizinische Begutachtung im Fachgebiet Onkologie koordiniert. Zur Absprache gemeinsamer Positionen bei Bewertung neuer onkologischer Medikamente oder Behandlungsmethoden wurden halbjährlich Treffen mit den Ansprechpartnern Onkologie der Medizinischen Dienste organisiert. Zusätzlich bestanden regelmäßige telefonische Kontakte mit den Ansprechpartnern Onkologie, die häufig der Absprache der sozialmedizinischen Bewertung von Einzelfallgutachten dienen. Ergänzend wurden zu aktuellen Entwicklungen in der Onkologie Mustergutachten an die ASP Onkologie weitergegeben.

Die Evaluation der schriftlichen Gutachten des KC Onkologie durch die Auftraggeber (MDK oder GKV) hat unverändert überdurchschnittlich positive Bewertungen ergeben. Das KC Onkologie hat sich mit der Organisation von zwei Seminaren am Fortbildungsprogramm des MDS für die MDK-Gemeinschaft beteiligt. Auf mehreren Kongress- und Fortbildungsveranstaltungen im Fachgebiet Onkologie hatten Referenten/innen des KC

Onkologie die Möglichkeit, die Position des MDK darzustellen. Zur eigenen Fortbildung wurden nationale und internationale Veranstaltungen onkologischer Fachgesellschaften besucht. Zum Erhalt der klinischen Kompetenz absolvierten die ärztlichen Gutachter/innen des KC Onkologie ca. alle drei Jahre ein klinisches Praktikum an einer onkologischen Fachabteilung.

### **Kompetenz-Centrum »Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement«**

Zur Jahresmitte 2009 wurde die Leitung des Kompetenz-Centrums Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) von Frau PD Dr. Simoes abgegeben und von Prof. Dr. Giehl übernommen. Durch den Eintritt von Dr. Meinhold wurde die bisherige Personalkapazität lückenlos sichergestellt. Das KCQ verzeichnet eine weiterhin zunehmende Beauftragung durch den GKV-Spitzenverband. Der gesteigerten Inanspruchnahme wurde durch den Beschluss, zwei weitere Gutachterstellen im KCQ einzurichten, Rechnung getragen.

Systempolitisch war 2009 durch den Beginn einer christlich-liberalen Koalition mit FDP-Führung des Gesundheitsministeriums markiert; im Bereich der Selbstverwaltung sind fast alle Kassenspitzenverbände und zuletzt auch der G-BA nach Berlin umgezogen. Deswegen verlagerte sich die Gremien-Beratungstätigkeit des KCQ zunehmend nach Berlin. Gemäß der zwischenzeitlichen Gesetzesvorgabe einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Deutschland (§ 137 Abs. 2 SGB V) hat die Formulierung einer entsprechenden Richtlinie des G-BA (Richtlinie »Nr. 13«) und die Beauftragung des neuen Qualitätsinstituts (AQUA) großen Raum in den QS-Gremien auf Bundesebene eingenommen.

Die Auftragseingänge in 2009 sind dadurch gekennzeichnet, dass mehr denn je die Beratung an fortlaufenden Arbeitsgruppen (n = 30) angefordert wurde. Korrespondierend sind gutachterliche Stellungnahmen G1 zahlenmäßig zurückgegangen. Absolut wurden in 2009 vom KCQ 774,5 Gutachtertage geleistet. Die Inanspruchnahme des KCQ übersteigt damit wie in den Vorjahren das vorgesehene Zeitkontingent.

Inhaltlich betraf die Gremientätigkeit auf Bundes- und Landesebene u. a. die Erarbeitung mehrerer QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, die Formulierung und Modifikation von G-BA-QS-Richtlinien (Arthroskopie, Dialyse, PET) und die Konzeptentwicklung und -umsetzung eines bundesweiten Qualitätsnetzwerkes zur Zusammenführung der QS-Verfahrensergebnisse aus dem KV-Bereich.

Inhaltlich wurden in der Grundsatzbegutachtung u. a. die Priorisierung laufender Verfahren (Leistungsbereiche) der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS), die Neuausrichtung der ESQS hin zu Routinedatennutzung und der Nutzen innovativer Therapieverfahren und Versorgungskonzepte in der Wirbelsäulenchirurgie behandelt.

Die Rückmeldungen unserer Auftraggeber zur Erfüllung ihrer Erwartungen in den Hauptarbeitsfeldern Gremienberatung, Grundsatzbegutachtung und Workshops/Vorträge waren auch im Jahr 2009 wieder sehr

positiv. Die öffentliche Präsentationsveranstaltung (zusammen mit dem KCO) zum Thema »Europäisierung der Versorgung« hatte eine positive Resonanz.

Perspektivisch streben wir an, die öffentliche Präsenz des KCQ – insbesondere für die MDK-Gemeinschaft und die Kassenverbände – zu verstärken, um unsere Beratungskompetenz und -ergebnisse darzustellen.

Das KCQ sieht – gerade in Zeiten der kritischen Hinterfragung mit Bürokratie gleichgesetzter Qualitätssicherung – seine Mission in der Mitgestaltung neuer QS-Konzepte (sektorenübergreifende Qualitätssicherung, Pay for Performance / P4P, Routinedatennutzung), wobei Aufwand und Nutzen von Qualitätssicherung in Balance und Qualitätsmerkmale valide zu sein haben. Zwei konkrete Beratungsschwerpunkte sind die Transparenz-Offensive zu den QS-Maßnahmen im KV-Bereich und die Versorgungsplanung (Landesbettenplan, grenzüberschreitende Versorgung).

Nicht zuletzt werden wir wie bisher eine intensive Zusammenarbeit und einen Informationsaustausch mit den anderen Kompetenzeinheiten und den Gutachtern der Einzelfallberatung pflegen.

### **Kompetenz-Centrum »Psychiatrie / Psychotherapie«**

Hauptauftraggeber des KCPP im Jahr 2009 war der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) in Berlin. Die zeitlich umfangreichste Tätigkeit fand im Rahmen der kontinuierlichen Systemberatung in den Unterausschüssen »Psychotherapie« und »Methodenbewertung« des G-BA statt. Zu der kontinuierlichen Teilnahme in den Beratungen der jeweiligen Unterausschüsse gehörte die Präsenz in folgenden Arbeitsgruppen:

- AG Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie / Dokumentationsbogen;
- AG Vorprüfung der psychotherapeutischen Methoden: IPT, EMDR, Hypnotherapie und des Verfahrens Systemische Therapie / Familientherapie;
- AG des UA Psychotherapie und Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie;
- AG Nutzen und Wirtschaftlichkeit der Ambulanten Neuropsychologie;
- AG Psychotherapie;
- AG Prüfung der Richtlinienverfahren;
- AG Diamorphin.

Im Jahr 2009 erhielt das KCPP die Gelegenheit, an einem sehr interessanten, aber auch sehr arbeitsintensiven Auftrag mitzuarbeiten. Auf der Basis des neuen § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurde die Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die allgemeinen Krankenhausleistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik in Angriff genommen. Fristgemäß konnten sich im Laufe des Jahres die Organe der Selbstverwaltung über die Grundstrukturen des Vergütungssystems einigen.

Des Weiteren konnte im Rahmen der Mitarbeit in der »AG Psychoonkologie« im Nationalen Krebsplan beim BMG eine Analyse der Versorgungssituation psychisch belasteter krebskranker Patienten in Deutschland abgeschlossen werden. Es wurden Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung entwickelt, die im Jahr 2010 in eine Umsetzungsempfehlung münden werden.

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt stellte die Arbeit in der Experten-Gruppe Off-Label-Use »Neurologie/Psychiatrie« beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dar. Aufgabe dieser Experten-Gruppe ist es, festzustellen, in welchen Fällen für die Behandlung von schweren Krankheiten Arzneimittel zum Einsatz kommen können, die für diese Erkrankung noch keine Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz haben (Syn. Off-Label-Anwendung).

Das KCPP war in die fachliche Begleitung des bundesdeutschen Modellprojektes »Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger« eingebunden. Hierzu gehörte die fortlaufende fachliche Beratung und Erarbeitung von Expertisen, inklusive der Teilnahme am Anhörungsverfahren vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages.

Die Begutachtungsanleitung »Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität« wurde auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom GKV-SV als Richtlinie erlassen. In einer gemeinsamen Veranstaltung des KCPP und des GKV-SV unter Beteiligung des MDS wurde diese Begutachtungsanleitung vorgestellt.

Auch der Begutachtungsleitfaden »Bariatrische Chirurgie« wurde im Jahr 2009 erstellt.

Die Evaluation und kontinuierliche Begleitung von IV-Modellen wurden realisiert. Hierzu gehörte z. B. die kontinuierliche Mitarbeit im Projektbeirat zur Begleitung eines Vertrages zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS oder auch die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung des Projektes »Komplexpauschalen in der Psychiatrie«.

Für das Jahr 2010 und folgende steht für das KCPP die Prüfung der drei bereits zugelassenen Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Psychotherapie im Zentrum der Tätigkeit.

Darüber hinaus werden drei neue Methoden (IPT, EMDR, Hypnotherapie) und ein weiteres Verfahren (Systemische Psychotherapie) geprüft werden.

Für die Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik erwartet das KCPP ein intensiver Prozess zur Überarbeitung der bereits entwickelten OPS.

Das KCPP wird sich den Herausforderungen des Jahres 2010 engagiert stellen.

## 2 Kompetenz-Centrum Geriatrie

Leitung KCG

**Dr. Norbert Lübke**

FA Innere Medizin

Klinische Geriatrie

Sozialmedizin

Physikalische Therapie

Naturheilverfahren

Ärztliches Qualitätsmanagement

Stellvertretung

**Dr. P. H. Matthias Meinck**

Diplomsoziologe

Gesundheitswissenschaftler

Pflegefachkraft

Weiterer Gutachter

**Dr. Friedemann Ernst**

FA Innere Medizin

FA Allgemeinmedizin

Sozialmedizin

Gesundheits-

wissenschaftliche

Dokumentationsassistentin

**Julia Lina Weyh**

Diplomsozialwissenschaftlerin

Altenpflegerin

Sekretariat

**Monika Meyer**

Tel: 040 25169-491

Fax: 040 25169-499

E-Mail: [info@kcgeriatrie.de](mailto:info@kcgeriatrie.de)

Büroanschrift

Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

**[www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)**

### Organisation und Infrastruktur

Leitung und Stellvertretung des KCG sind vollzeitig, die weitere Gutachterstelle und die Dokumentationsassistentin derzeit jeweils mit einem Stellenanteil von 0,5 und das Sekretariat mit einem Stellenanteil von 0,25 besetzt. Ein gutachterlicher Stellenanteil von 0,5 ist derzeit vakant.

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie ist organisations- und personalrechtlich dem MDK Nord angegliedert und wird von dessen Leitendem Arzt Hr. Dr. Buxell fachlich begleitet.

Eine weitgehend EDV-gestützte Archivierung und eine Literaturdatenbank von derzeit bereits über 5500 Fachartikeln stellen zentrale Infrastrukturelemente und Arbeitsgrundlagen des KCG dar.

### Ressourceneinsatz und Arbeitsschwerpunkte

Das KCG berät die Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Medizinischen Dienste in Grundsatzfragen der Versorgung geriatrischer Patienten.

Alte Menschen haben spezielle Behandlungsbedarfe, die insbesondere in ihren eingeschränkten Reservekapazitäten, ihrer Multimorbidität und der zunehmenden Bedeutung funktionaler Beeinträchtigungen für ihren Lebensalltag gründen. Diese speziellen Behandlungsbedarfe stellen in Verbindung mit der demografischen Entwicklung Herausforderungen für die medizinische Versorgung dar, die die Grenzen gewachsener Behandlungsprinzipien und Versorgungsstrukturen immer deutlicher erkennen lassen.

Im Spannungsfeld steigender Gesundheitsausgaben, wachsender gesamtgesellschaftlicher Folgekosten im Bereich der Langzeitversorgung älterer Menschen und einer durch unterschiedliche Konzeptionen und vielfältige Partikularinteressen geprägten, bundesweit sehr inhomogenen Entwicklung bisheriger geriatrischer Versorgungsstrukturen kommen auf die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Versorgungsbereich vielfältige Gestaltungsaufgaben zu. Das KCG steht der GKV und ihren Medizinischen Diensten hierbei mit breit qualifizierter, fundierter Expertise zur Verfügung.

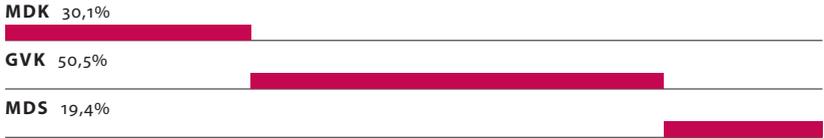
Auch in 2009 wurde dieses Angebot des KCG umfänglich genutzt. Die **Abbildungen 1 und 2** stellen die Inanspruchnahme des KCG durch seine Auftraggeber nach Auftragsanteilen und Ressourcenverbrauch dar.

Der hohe Anteil der Medizinischen Dienste an der Zahl der Aufträge spiegelt die Inanspruchnahme des KCG durch Mitarbeiter der einzelnen Medizinischen Dienste in Form von telefonischen Kurzanfragen und Kurzsicherungen zur praktischen Begutachtungstätigkeit. Das Gros des Ressourceneinsatzes liegt demgegenüber in der Systemberatung gemäß der G1-G5-Systematik. Dies zeigen die **Abbildungen 3 und 4**.

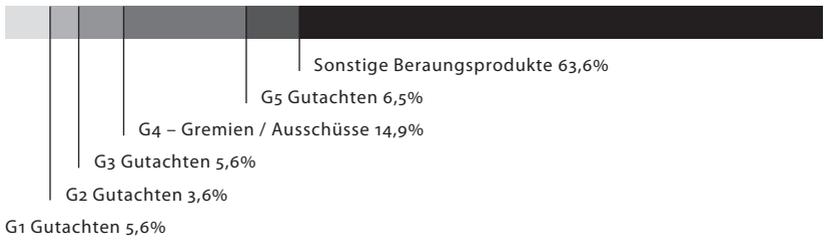
Die Beauftragung des Kompetenz-Centrums Geriatrie im Rahmen der Produktgruppensystematik G1-G5 erfolgt ganz überwiegend als gemeinschaftliche Beauftragung der Kassen und ihrer Verbände, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund oder der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste [Abb. 5]. Der Anteil des KCG-spezifischen Ressourcen-



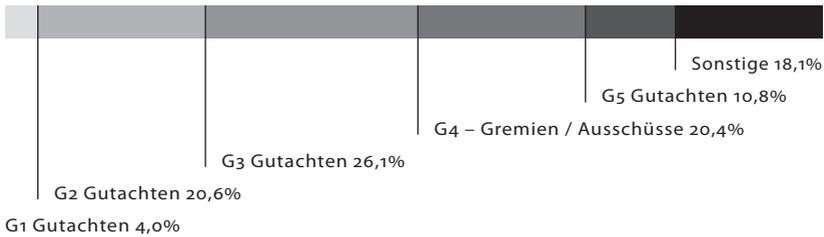
[Abb. 1] Anteil der Aufträge nach Hauptauftraggebern



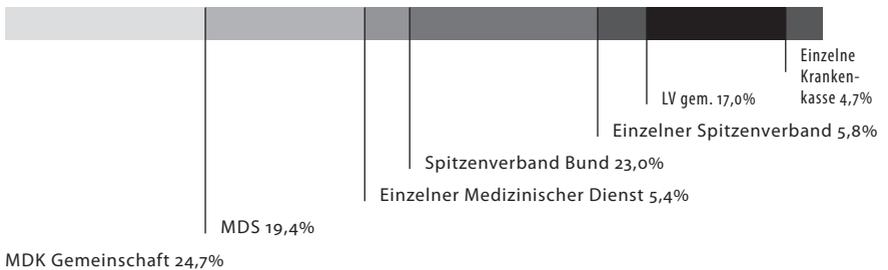
[Abb. 2] Ressourcenverbrauch nach Hauptauftraggebern



[Abb. 3] Anteil der Aufträge nach Produktgruppen



[Abb. 4] Ressourcenverbrauch nach Produktgruppen



[Abb. 5] Ressourcenverbrauch nach Auftraggebern

Kundengruppe	Aufwand in Tagen
Spitzenverbände gemeinsam / GKV-Spitzenverband	<b>105,2</b>
einzelner Bundesverband	<b>26,6</b>
Landesverbände gemeinsam	<b>78,0</b>
Einzelne Krankenkasse / Landesverband	<b>21,8</b>
MDK-Gemeinschaft	<b>113,1</b>
Einzelner MDK	<b>24,6</b>
MDS	<b>88,7</b>
Sonstiges / interner Koordinierungsaufwand	<b>60,8</b>
<b>Gesamt</b>	<b>518,8</b>

[Tab. 1]

einsatzes, der direkt oder indirekt der GKV oder den Medizinischen Diensten zuzuordnen ist, liegt bei über 88% [Tab. 1].

Die Kernaufgabenbereiche des KCG umfassen die Erstellung von Grundsatzgutachten zu geriatrischen Versorgungsfragen, Beiträge zur Transparenz des geriatrischen Versorgungsgeschehens insbesondere unter Einbezug von Routinedaten, die fachliche Begleitung von Modellprojekten zur geriatrischen Versorgung sowie die Vertretung respektive Beratung der GKV und ihrer Medizinischen Dienste in Gremien und bei Verhandlungen zur Weiterentwicklung und Qualitätssicherung geriatrischer Versorgungsstrukturen.

Daneben ist es innerhalb der MDK-Gemeinschaft Aufgabe des KCG, auf dem querschnittlich und sektorenübergreifend angelegten Aufgabenfeld der Versorgung alter Menschen zu einem breiteren und vertieften Wissensstand und in Abstimmung mit anderen Kompetenzeinheiten zu einem einheitlichen sozialmedizinischen Begutachtungsstandard beizutragen. Diesem Aufgabenschwerpunkt dienen vor allem Schulungen, die Erarbeitung von Wissensgrundlagen, Begutachtungshinweise und die exemplarische Einzelfallberatung.

Beispielhaft werden aus diesem Aufgabenspektrum im Folgenden einige Schwerpunkte des Berichtsjahres 2009 herausgehoben:

Zwei in Zusammenarbeit mit anderen Kompetenzeinheiten fertiggestellte Grundsatzgutachten betrafen die Versorgung demenziell erkrankter Menschen. Mit der SEG 2 und dem MDS wurde die Grundsatzstellungnahme »Pfleger und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen« abgeschlossen. Auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche wurde in mehrjähriger Arbeit ein umfangreiches Kompendium zusammengestellt, das professionell Pflegende, ehrenamtlich Unterstützende und pflegende Angehörige umfassend über den aktuellen Stand von Versorgungs-, Pflege- und Betreuungskonzepten für demenziell erkrankte Menschen informiert und im Pflegealltag unterstützt. Das KCG war hierbei vor allem in die Erarbeitung des Kapitels »Ergebnisqualität und Nutzerperspektive« – u. a. mit einer Übersicht über Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei demenziell Erkrankten – und des Kapitels »Medizinische

Diagnostik und Therapie sowie unterstützende therapeutische Möglichkeiten« eingebunden. In der Reihe »Stellungnahmen und Empfehlungen des MDS« wurde die Grundsatzstellungnahme im Dezember 2009 publiziert, im Rahmen des MDS-Pflegeforums »Update Demenz: Wie steht es um die Versorgung von Menschen mit Demenz?« in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt und mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund, der Wissenschaft und der Politik diskutiert.

Ebenfalls abgeschlossen wurde die unter Federführung des MDS zusammen mit der SEG 1, der SEG 2, der SEG 3 und dem KCPP erstellte Grundsatzstellungnahme »Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung für demenziell Erkrankte« im Auftrag der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene. Auf Grundlage vorliegender Evidenz war das rehabilitative Leistungsangebot der GKV für diese Versichertengruppe zu prüfen und im Hinblick auf etwaigen Verbesserungsbedarf zu bewerten. Dem Beitrag des KCG zu diesem Gutachten kam insofern besondere Bedeutung zu, als sich sowohl die Erbringung rehabilitativer Leistungen für Demenzkranke als auch die verfügbare Evidenz für die Angemessenheit dieser Leistungserbringung weitgehend auf die geriatrische Versorgung konzentriert. Es geht hierbei ganz überwiegend um die Rehabilitation von Menschen, die wegen der Folgen einer anderen Erkrankung – beispielsweise einer Hüftfraktur – rehabilitationsbedürftig sind, deren Rehabilitationfähigkeit wegen einer begleitenden Demenzerkrankung aber immer noch vielfach in Abrede gestellt wird. Trotz kognitiver Beeinträchtigungen werden aus solchen Indikationen heraus derzeit jährlich etwa 38 000 Patienten geriatrisch rehabilitiert. Das KCG analysierte anhand einer insgesamt ca. 500 Studienquellen umfassenden, internationalen Literaturrecherche sowie ergänzender Umfeldrecherchen den aktuellen Stand der Evidenz für die prinzipielle Wirksamkeit (efficacy) geriatrisch rehabilitativer Behandlungsmaßnahmen insbesondere auf die Verbesserung der Mobilität und der Aktivitäten des täglichen Lebens demenziell erkrankter Menschen. Ergänzend wurden Erhebungen auf der Wirkungsebene (effectiveness), d. h. zu Ergebnissen geriatrischer Rehabilitation bei nicht leistungs begründender demenzieller Erkrankung unter realen Versorgungsbedingungen in Deutschland recherchiert. Hierzu konnte auf Daten von knapp 47 000 geriatrischen Rehabilitationsfällen aus Bayern und Baden-Württemberg zurückgegriffen werden. Es ließ sich hierbei zeigen, dass die Leistungen der GKV in diesem Bereich als wirksam und evidenzbelegt gelten können. Insbesondere bei leicht und mittelschwer demenziell Erkrankten werden nur moderat geringere, klinisch durchaus relevante Rehabilitationserfolge erzielt. Unzureichende wissenschaftliche Evidenz liegt hingegen für die Wirksamkeit und den Nutzen rehabilitativer Interventionen bei Patienten vor, bei denen die Diagnose Demenz die primär leistungs begründende Diagnose darstellt, wie sie derzeit v. a. in einzelnen neurologischen Rehabilitationseinrichtungen modellhaft erprobt werden. Zusammengefasst konnte in der Stellungnahme festgehalten werden, dass das geriatrische Behandlungskonzept am besten geeignet

ist, die rehabilitative Versorgung demenziell Erkrankter in der GKV sicherzustellen, daher aber auch etwaige geriatrische Versorgungsdefizite weitgehend mit Versorgungsdefiziten der rehabilitativen Versorgung demenziell Erkrankter gleichzusetzen sind. Anhaltspunkte für derartige Defizite könnten sich v. a. bei der Frage regionaler Unterschiede in der Verfügbarkeit geriatrischer Behandlungseinrichtungen und der Problematik der Über-, Unter- oder Fehlversorgung durch Zuweisung demenziell Erkrankter zu ungeeigneten nichtgeriatrischen Rehabilitationsangeboten ergeben. Auch diese Ergebnisse wurden im Rahmen eines gemeinsamen Expertentages von SEG 1, KCG und KCPP mit 140 Teilnehmern der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Eine weitere Grundsatzstellungnahme des KCG im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz befasste sich mit der Frage der zeitlich notwendigen Präsenz einer geriatrisch qualifizierten ärztlichen Behandlungsleitung für die Erbringung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) gemäß OPS 8-550\*. Hintergrund des Auftrags ist die begrenzte Verfügbarkeit von Fachärzten mit geriatrischer Weiterbildungsqualifikation, wie sie Voraussetzung für die Erbringung dieser GFK-Leistungen ist, die zumeist in relativ hoch gewichtete geriatrische Frührehabilitations-DRGs triggern und in Deutschland 2008 etwa 122 000-mal abgerechnet wurden, was einen Zuwachs von 13% gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Dies führt insbesondere bei Klinikketten in offenkundig zunehmendem Maße zur Tätigkeit eines Geriaters an mehreren Kliniken – bspw. in täglichem Wechsel (sogenannte »Wandergeriater«). Unter Berücksichtigung sozialrechtlicher wie fachlicher Grundlagen und unter Bezugnahme auf Rahmenempfehlungen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation sowie bestehende externe Qualitätssicherungsverfahren in der Geriatrie erarbeitete das KCG klare Positionierungen zu Umfang und Art der notwendigen Anwesenheit einer fachärztlichen Behandlungsleitung für die Kodierung einer entsprechenden GFK-Leistung im DRG-System, die lediglich die Verfügbarkeit eines »Wandergeriaters« für die Abrechnung dieser Leistung ausschließen. Hierbei wurden auch praxisrelevante Aspekte der Vertretungsregelung und der Einbindung eines geriatrischen Teams in die Leistungserbringung berücksichtigt.

In vollem Umfang bestätigt wurde diese Positionierung inzwischen durch die Einführung einer Ergänzung in dem entsprechenden Code 8550\* in den OPS 2010, die explizit die Tätigkeit der fachärztlichen Behandlungsleitung »überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit« vorschreibt. Hierdurch ist eine weitere Präzisierung dieses geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungskodes gelungen, die zur Aufrechterhaltung der Qualitätssicherung in diesem Versorgungssegment beitragen wird. Die Stellungnahme des KCG ist in InfoMed eingestellt und stand den Gutachtern neben den von uns ebenfalls überarbeiteten Begutachtungshinweisen zum OPS-Kode »Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung« bereits mit Inkrafttreten des OPS 2010 zur Verfügung.

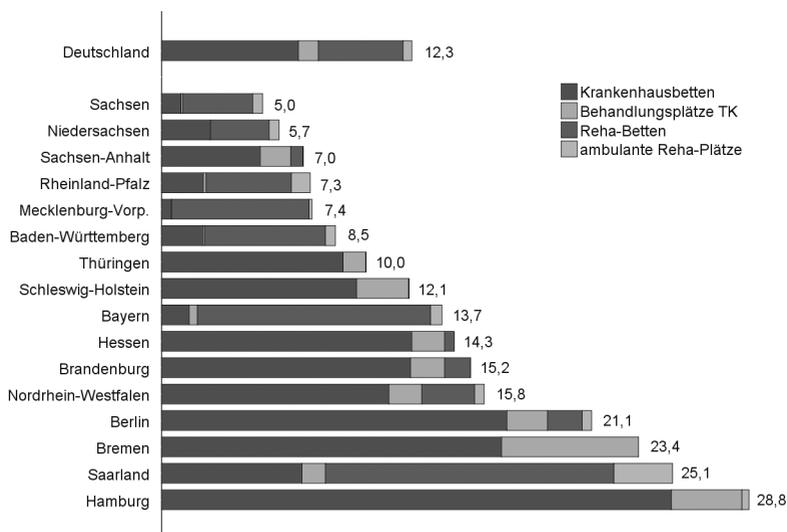
Diese Begutachtungshinweise des KCG zum OPS-Kode 8-550\* fanden in 2009 erstmals auch Relevanz im einem Landessozialgerichtsprozess. Strittig war hierbei u. a. die Definition des Behandlungstages und die Berechnung der Behandlungsdauer für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Auf Basis eines ausführlichen Sachverständigengutachtens durch den Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie, in dem die in den Begutachtungshinweisen hierzu getroffenen Empfehlungen ausführlich begründet wurden, kam es in dem Streitfall zu einem Vergleich, durch den die diesbezüglichen Ausführungen des KCG in den Begutachtungshinweisen indirekte Bestätigung fanden.

Einen weiteren Schritt auf dem Weg zu gemeinsamen Grundlagen und einer Erleichterung der geriatrischen Begutachtung im MDK-System stellen die Vorarbeiten für ein Kompendium »Begutachtungswissen Geriatrie« im Auftrag der Konferenz resp. Kommission Leitender Ärztinnen und Ärzte dar. Auf Basis einer Bestandsaufnahme typischer geriatrischer Begutachtungs- und Abgrenzungsprobleme, wie sie auch im Rahmen unserer MDS-Fortbildungsangebote immer wieder deutlich werden, waren wir zunächst mit Vorarbeiten für die Entwicklung einer Arbeitshilfe »Geriatrische Abgrenzungsfragen« beauftragt worden. Die Überlegungen und Recherchen hierzu – u. a. in unserem Multiplikatorenkreis der Medizinischen Dienste – machten jedoch deutlich, dass es im Hinblick auf Unterstützungsbedarf weniger um sozialmedizinische Abgrenzungsfragen im sektoralen Sinne als um deren Umsetzung im Kontext des geriatrischen Versorgungsbezugs – also bezogen auf die Besonderheiten geriatrischer Patienten und ihrer länderspezifischen sehr unterschiedlichen Versorgungsoptionen – geht. Wir sprachen uns daher im Ergebnis dieser Vorarbeiten für die Erarbeitung eines Kompendiums »Begutachtungswissen Geriatrie« aus, mit dem die sozialmedizinischen Gutachter der MDK Gemeinschaft relevante geriatrische Wissensinhalte in übersichtlicher und kompakter Form dargeboten und erläutert bekommen sollen. Dem geriatrisch noch unerfahrenen Gutachter soll eine aktuelle Übersicht grundlegenden geriatrischen Begutachtungswissens an die Hand gegeben werden. Zugleich soll sich das Kompendium als praxisnahes Nachschlagewerk für spezifisch geriatrische Begutachtungsaspekte eignen. Dieser Vorschlag – verbunden mit einem entsprechenden Gliederungskonzept – fand Ende 2009 die Zustimmung der Konferenz und der Kommission Leitender Ärztinnen und Ärzte. Einer entsprechend erfolgten Beauftragung wird das KCG in 2010 nachkommen.

Ein Beispiel konkreter Projektstätigkeit zur Weiterentwicklung und Qualitätssicherung geriatrischer Versorgungsstrukturen stellt unsere im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen durchgeführte Bewertung der externen Evaluationsergebnisse des Modellprojektes Ambulante geriatrische Versorgung in Schleswig Holstein und unsere konzeptionelle Begleitung bei dessen Überführung in die Regelversorgung dar. Das Modellprojekt, das ein jährliches Investitionsvolumen von über 4 Mio. Euro umfasst, zielt durch einen systematischen und budgetgesteuerten, von

geriatrischen Zentren ausgehenden Aufbau ambulanter geriatrisch-rehabilitativer Versorgungsstrukturen auf eine Begrenzung des demografisch zu erwartenden Bedarfs weiterer stationärer Geriatriekapazitäten. Es zielt ferner auf eine engere Vernetzung ambulanter vertragsärztlicher Versorgungsstrukturen mit dem Versorgungsangebot der mittlerweile weitgehend flächendeckend vorgehaltenen geriatrischen Zentren an 13 Klinikstandorten. Wenngleich die Ergebnisse der durch ein externes Institut durchgeführten Modellevaluation aus Perspektive des KCG noch zahlreiche Fragen offenließen, unterstützt das KCG insbesondere die mit dem AGV-Projekt intendierte bessere Verzahnung ambulanter mit teilstationärer und stationärer Versorgung geriatrischer Patienten unter Nutzung der an den geriatrischen Zentren bereits aufgebauten Kompetenzen. Mit diesem Schwerpunkt erfolgte auch die Beratung der Landesverbände zu einer »Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein«, die diese unter Federführung des zuständigen Landesministerium mit der Krankenhausgesellschaft, faktisch vertreten durch den Landesverband Geriatrie, erarbeiteten, und zu weiteren Schritten der Überführung des AGV-Modells in eine Regelversorgung. Inhaltlich bezieht sich die Beratung des KCG derzeit vor allem auf die Ausgestaltung eines von den Vertragsparteien vereinbarten Qualitätsmonitorings, das neben der Prüfung der Indikations- und Allokationsgüte die Ergebnisbewertung – auch diese wieder unter besonderer Einbeziehung der Vertragsärzte – umfassen soll. Die Verhandlungen hierüber dauern noch an.

Mit einem ersten Zwischenbericht zur Basisdokumentation Mobile geriatrische Rehabilitation konnte das KCG Mitte September 2009 aufwarten. Das KCG hatte im Auftrag der damaligen Spitzenverbände eine Basisevaluation derjenigen Einrichtungen übernommen, die diese Leistung nach den zum 1. Mai 2008 in Kraft getretenen Rahmenempfehlungen zur Mobilen geriatrischen Rehabilitation vereinbart hatten. Diesem Zweck diente ein mit den Spitzenverbänden, der SEG 1 und der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation abgestimmtes Basisdokumentationsset incl. einer entsprechenden Dokumentationssoftware, die den Einrichtungen hierfür zur Verfügung gestellt wurde. Verzögert hatte sich die erste Berichterstellung dadurch, dass bis Sommer 2009 erst zwei Einrichtungen in Deutschland Verträge für die Erbringung dieser Leistung mit den Krankenkassen abgeschlossen hatten und die Zahl der Behandlungsfälle zum Stichtag 31. Mai 2009 erst bei knapp 100 lag. Trotz hierdurch eingeschränkter Aussagekraft lieferte der Zwischenbericht erste Daten zur Nutzergruppe dieses Versorgungsangebots, zur durchschnittlichen Dauer der Behandlung, zum Anteil der hieran beteiligten Therapiebereiche, zur Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit und zur Stellung mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Versorgungskette. Unter anderem boten die erhobenen Daten bereits Anlass, in der weiteren Erhebung die zu einer mobilen Rehabilitationsleistung führenden Indikationskriterien und die Intensität der Leistungserbringung deutlicher zu fokussieren.



[Abb. 6] Klinisch-geriatriische Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach Bundesländern bezogen auf je 10 000 Einwohner älter als 65 Jahre (geriatriische Versorgungsquote). Daten der amtlichen Statistik mit Stand 2008 (Statistisches Bundesamt 2009) sowie des vdek für die von der amtlichen Statistik bisher nicht erfassten ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit Stand 2008 (ohne mobile geriatriische Rehabilitationsdienste).

Zeitlich begleitet wurde diese Arbeit von der Wiederaufnahme der AG Mobile Rehabilitation unter Federführung des GKV-Spitzenverbandes. Diese war erforderlich geworden, um zu prüfen, inwieweit der von der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums beklagte bisher sehr zögerliche Aufbau mobiler geriatriischer Rehabilitationseinrichtungen durch ergänzende Umsetzungshinweise und Übergangsregelungen zu den »Rahmenempfehlungen zur Mobilen geriatriischen Rehabilitation« vom 1. Mai 2007 zusätzlich befördert werden könnte. Auch diese Verhandlungen dauern derzeit noch an.

Ebenfalls unter neuer Federführung des GKV-Spitzenverbandes wurde die Einbindung der Geriatriischen Rehabilitation in das Qualitätssicherungsverfahren QS-Reha® der GKV wieder aufgenommen. Das KCG stand hierfür bereits seit 2006 beratend zur Seite und hatte u. a. mit seinem in der Zeitschrift »Die Rehabilitation« zusammengefassten Gutachten »Aktuelle Bestandsaufnahme externer Qualitätssicherungsverfahren im Bereich geriatriischer Rehabilitation« wesentliche Vorarbeiten geleistet. Im Berichtszeitraum unterstützte das KCG den GKV-Spitzenverband fachlich bei der Erstellung der Ausschreibung, die sich nach dem Wunsch der Auftraggeber zunächst auf die Erfassung der Strukturqualität für stationäre und

ambulante Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation beschränken sollte. Die Ausschreibung erfolgte Anfang Dezember 2009 und war bis zum 29. Januar 2010 befristet. Das KCG ist derzeit in die Bewertung der eingegangenen Bewerbungen einbezogen.

Insgesamt hat der Anteil an Beratungsleistungen des KCG in Gremien und bei Verhandlungen (G4) seit Bestehen des KCG langsam, aber stetig zugenommen und liegt derzeit bei ca. 20% des Ressourceneinsatzes. In diesen Bereich fielen auch verschiedene Beratungsaufträge von Landesverbänden oder Einzelkassen auf Landes- oder Bundesebene im Hinblick auf die regionale oder überregionale Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungskonzepte. Vielfacher Bezugspunkt bei derartigen Beratungen sind u. a. unsere jährlich aus Daten des statistischen Bundesamtes und ergänzenden Quellen der Landesverbände aktualisierten Übersichten zur bevölkerungsbezogenen Quote geriatrischer Behandlungskapazitäten in den verschiedenen Bundesländern gegliedert nach sektoraler Verankerung und Versorgungsstufe [Abb. 6].

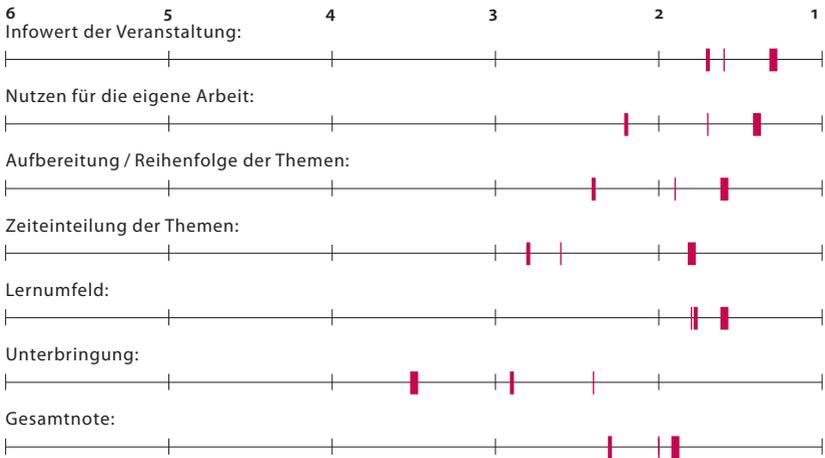
Einen wichtigen und konstanten Aufgabenbereich des KCG stellen ferner Kurzanfragen und Kurzrechercheaufträge dar, die das Kompetenz-Centrum Geriatrie für Mitarbeiter der Medizinischen Dienste und der Krankenkassen bearbeitet. Zahlenmäßig stellen sie sogar den Großteil der Aufträge dar, der Ressourcenanteil hierfür liegt bei ca. 8%. Hierbei handelt es sich zumeist um konkrete praktische Informationsbedarfe im Rahmen der kontinuierlichen Arbeit, die wir in der Regel zeitnah und kompetent zur großen Zufriedenheit unserer Auftraggeber erfüllen können. Inhaltlich stehen hierbei DRG-Begutachtungsfragen, Assessmentfragen, Fragen der sektoralen Leistungsabgrenzung, Bezugnahmen auf Fortbildungen und Vorträge oder die Beschaffung von Informationen oder Unterlagen im Vordergrund.

### **Kooperation, Kundenzufriedenheit und Außendarstellung**

Das KCG richtet sein Portfolio an den Bedarfen seiner Auftraggeber aus und kooperiert eng mit weiteren Kompetenzeinheiten der GKV und ihrer Medizinischen Dienste. Über den Ärztlichen Leiter des MDK Nord und die regelmäßigen Kurzberichte zur Konferenz Leitender Ärztinnen und Ärzte besteht ein kontinuierlicher Informationsfluss in die Leitungsgremien der MDK-Gemeinschaft. Auf der operativen Ebene stellen die zweimal jährlich stattfindenden Multiplikatorentreffen mit den schwerpunktmäßig für die geriatrische Begutachtung zuständigen Vertretern der Medizinischen Dienste den aktuellen Informationsfluss sicher – sowohl für das KCG im Hinblick auf das konkrete Begutachtungsgeschäft der Medizinischen Dienste als auch für die Multiplikatoren im Hinblick auf die laufenden Arbeits- und Auftragsschwerpunkte des KCG. Außerhalb der Treffen stellt das vom KCG betreute »Online-Forum Geriatrie« auf MD-Campus ein zusätzliches Austauschforum für MDK-Gutachter in diesem Arbeitsbereich dar.

Eine weitere enge Kooperation mit dem MDK-System besteht über die Einbindung des KCG in das vom MDS koordinierte Fortbildungsangebot

Noten (analog den Schulnoten) aus 04.2009 / 06.2009 / 10.2009:



**[Abb. 7]** Teilnehmerbewertungen der Fortbildungen

»Aktuelle Begutachtungsprobleme« 04.2009;

»Geriatrische Reha vor Pflege« 06.2009

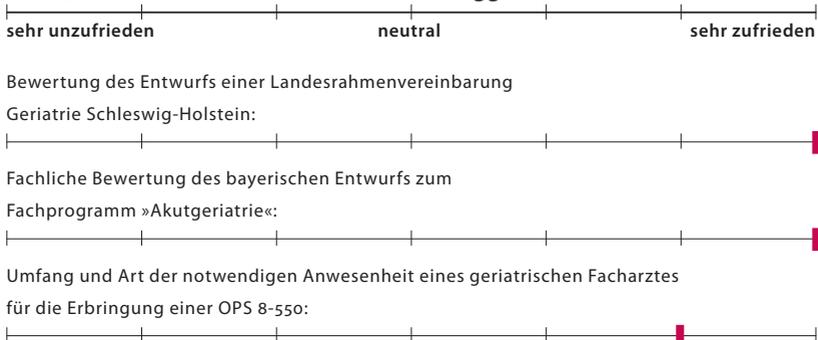
und 10.2009

für die Gutachter der Medizinischen Dienste. So hat das KCG die konzeptionelle Planung, die laufende Aktualisierung und die Durchführung des dreimal jährlich stattfindenden einwöchigen Seminars »Geriatrische Rehabilitation vor Pflege« und des einmal jährlich angebotenen zweitägigen Seminars »Aktuelle Begutachtungsprobleme in der Geriatrie« inne. Hier werden zielgruppenspezifisch und praxisnah relevante fachlich-geriatriische und sozialmedizinische Kenntnisse für die Begutachtung vermittelt. Die Teilnehmerbewertungen bescheinigen diesen Fortbildungen durchweg gute bis sehr gute Bewertungen [Abb. 7].

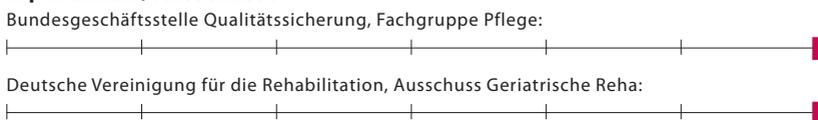
Das KCG beteiligt sich aber auch an weiteren MDS-Fachseminaren, bspw. mit einem Beitrag zur geriatrischen Rehabilitation in dem zweimal jährlich durchgeführten Kurs »Rehabilitation und Vorsorge«, an Fortbildungsveranstaltungen einzelner Medizinischer Dienste oder an Schulungen von Krankenkassenmitarbeitern. Es stellt entsprechendes Schulungsmaterial bereit und beteiligt sich an Aktualisierungen der Studienhefte der MDK-Gemeinschaft. Beachtung über die MDK-Gemeinschaft hinaus fanden 2009 zwei sozialmedizinische Fachbeiträge des KCG in der Zeitschrift »Der medizinische Sachverständige«: Lübke »Der Geriatrische Patient – zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung« und Plate / Meinck »Unterschiede in der geriatrischen Versorgung und ihre Implikationen für die sozialmedizinische Begutachtung«.

Hauptauftraggeber hinsichtlich der Systemberatung des KCG zur

### G2 / G3-Gutachten: Gesamturteil des Auftraggebers\*



### G4-Gremien / Ausschüsse\*



**[Tab. 2]** \* Für Kompetenzeinheitenübergreifende Produkte unter Beteiligung des KCG liegen dem KCG keine spezifischen Bewertungen für die Arbeit des KCG vor.

Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen sind der GKV-Spitzenverband und Landesverbände der Krankenkassen. Auch hier erfolgt die Auftragsbearbeitung in kontinuierlicher und enger Absprache mit den Auftraggebern. Die sehr positiven formellen und informellen Rückmeldungen zu unseren Gutachten und unserer Gremienberatung bestätigen die hohe Kundenorientierung und Effizienz unserer Arbeit. Die **Tabelle 2** fasst Ergebnisse schriftlich erhaltener Feedbacks aus 2009 zusammen.

Im Rahmen seines Dienstleistungsspektrums für die GKV und ihre Medizinischen Dienste kann das KCG auf ein breites Netzwerk an Kontakten zu Behörden und Ministerien auf Bundes- und Landesebene, zu Universitäten und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen, geriatrischen Fachgesellschaften sowie Verbänden und Vereinigungen, die in die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen eingebunden sind, zurückgreifen. Einladungen zu Vorträgen und Podiumsdiskussionen sowie Anfragen zur Planung und Bewertung von Forschungsprojekten spiegeln das Ansehen des KCG in der Fachöffentlichkeit und als Gesprächspartner für die Perspektive der GKV und der Medizinischen Dienste in Fragen geriatrischer Versorgung. So war das KCG in 2009 bspw. mit zwei Beiträgen (»Chancen zur Umsetzung von Rehabilitation vor Pflege – Aufgaben des MDK« und »Rehabilitation – zentraler Anspruch an geriatrische Versorgungsstrukturen«) auf dem Jubiläumskongress der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, mit dem Beitrag »Behandlung demenziell Erkrankter als Kernaufgabe der Geriatrie« auf dem 19. Kongress der Deutschen Gesellschaft für

Geriatrie in Göttingen, mit dem Beitrag »Pflegeversicherung 2009 – was ist neu?« in der Session Geriatrie auf dem 2. Deutschen Internistentag in Berlin sowie mit weiteren Vorträgen auf dem ZENO-Symposium »Geriatrie 2010« und der Medica in Düsseldorf vertreten. Aus einer nebenberuflichen Begleitung eines kleineren Forschungsprojektes zur »Gesundheitlichen Situation und medizinische Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen in Hamburg« in 2008 entstanden in 2009 zusammen mit Prof. van den Bussche vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Hamburg zwei Publikationen zur medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin: von den Bussche/Lübke »Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien« und »Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland«. Ebenfalls erschien der Beitrag des KCG »Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation« in der von der MDK-Gemeinschaft herausgegebenen Neuauflage des Handbuchs »Die Pflegeversicherung – Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung, Fortbildung«.

Durch die Teilnahme an Fachtagungen und Workshops von Fachgesellschaften und Verbänden sowie methodenorientierten Seminaren hält das Kompetenz-Centrum Geriatrie die Qualifikation seiner Mitarbeiter auf dem jeweils aktuellen Stand. Als Service-Leistungen für Mitarbeiter der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste, aber auch für die interessierte Fachöffentlichkeit hält das KCG wesentliche Basisinformationen zu geriatrischer Versorgung, geriatrischen Versorgungsstrukturen sowie eigene Vorträge und Publikationen auf seiner Homepage [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) vor und gewährleistet deren zeitnahe Aktualisierung. Mehr als 105 000 Zugriffe (Sessions) auf unser Internetangebot dokumentieren die auch 2009 nochmals deutlich gestiegene Resonanz.

### **Perspektiven 2010**

Mehrere Bundesländer überarbeiten ihre Geriatriekonzepte. Die derzeitige Vergütung frührehabilitativer Leistungen im DRG-System setzt in der Geriatrie Fehlanreize sowohl in Richtung einer Über- wie auch einer Unterversorgung. In den sogenannten 109er-Ländern stellt das DRG-System die Erbringung geriatrischer Rehabilitation infrage. Mit Modellprojekten wie der »Ambulanten geriatrischen Versorgung« in Schleswig-Holstein wird versucht, solchen Entwicklungen entgegenzuwirken. Die Erwartungen an den Ausbau mobiler geriatrischer Rehabilitation steigen. Das QS-Rehaverfahren für den Bereich geriatrischer Rehabilitation tritt in seine erste Umsetzungsphase.

Das KCG wird die Krankenkassen und ihre Verbände in diesen Neu- und Umstrukturierungsprozessen mit fachlicher Expertise evidenz- und datengestützt aktiv begleiten, um ein hohes Maß an Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgung zu erzielen. Hierbei

wird der weiteren empirischen Fundierung durch Auswertung von Routinedaten, wie sie das KCG in den Vorjahren mit dem WIDO bereits begonnen hat, wachsende Bedeutung zukommen. Die Medizinischen Dienste wird das KCG in der entsprechenden Systemberatung für ihre Landesverbände unterstützen und ihren Gutachtern durch Zusammenführung und Strukturierung relevanter Informationen im neuen Kompendium »Begutachtungswissen Geriatrie« die notwendige Transparenz bieten, um die durch das vielfältige geriatrische Versorgungsangebot entstehenden Abgrenzungsfragen vor dem Hintergrund der jeweiligen lokalen Versorgungsstrukturen einer sachgerechten und praktikablen Lösung zuzuführen.

Daneben gilt es, das Thema »Geriatrische Versorgung« stärker in das politische Bewusstsein und die relevanten Entscheidungsgremien für die Weiterentwicklung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen zu transportieren. Hierbei ist vor allem noch deutlicher herauszustellen, dass eine qualifizierte geriatrische Versorgung weder eine billige Light- noch eine teure Add-on-Versorgung darstellt, sondern einen anderen, ergebnisorientierten Behandlungsfokus – nämlich den weitestmöglichen Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität – für alte Menschen setzt.

### **3 Kompetenz-Centrum Onkologie**

Leitung kco

**Prof. Dr. Axel Heyll**

FA Innere Medizin mit  
Schwerpunkt Hämatologie  
und Internistische  
Onkologie, Sozialmedizin

Weitere Gutachter

**Dr. Barbara Zimmer MPH**

FA Innere Medizin mit  
Schwerpunkt Hämatologie  
und Internistische  
Onkologie, Sozialmedizin

Sekretariat

**Iris Schridde**

**Sonja Saab**

Tel: 0211 1382-451, -452

Fax: 0211 1382-461

E-Mail: [info@kconkologie.de](mailto:info@kconkologie.de)

Stellvertretung

**Dr. Klaus-Peter Thiele**

FA Innere Medizin mit  
Schwerpunkt Hämatologie  
und Internistische  
Onkologie, Sozialmedizin

**Dr. Thomas Wehkopf MSc**

FA Innere Medizin mit  
Schwerpunkt Hämatologie  
und Internistische  
Onkologie

Büroanschrift

Bismarckstr. 43  
40210 Düsseldorf

**[www.kconkologie.de](http://www.kconkologie.de)**

## Organisation und Infrastruktur

Aufgrund der personellen Kontinuität ergaben sich ideale Voraussetzungen für effektives Arbeiten. Die technische Ausstattung der Büros, u. a. EDV und Zugriff auf Literaturdatenbanken, war unverändert vorbildlich. Bei Problemen waren Geschäftsführung und Ärztliche Direktion des MDK Nordrhein kurzfristig ansprechbar, so dass Infrastruktur und Unterstützung des KCO ideal waren.

### Aufträge

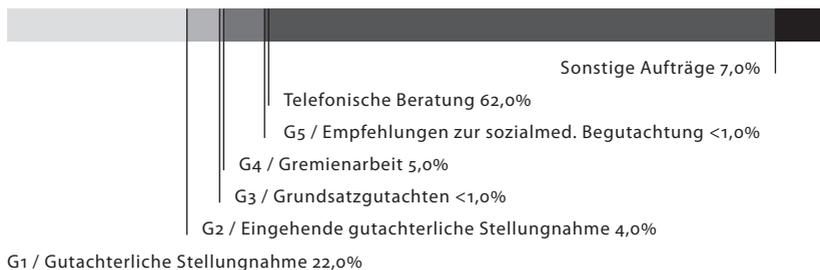
**Abbildung 1** zeigt die Entwicklung der Auftragseingänge im KCO seit Eröffnung im April 2000. Im Vergleich zum Vorjahr 2008 ist es zu einem deutlichen Anstieg der Auftragseingänge gekommen (2008 n=932; 2009 n= 1275). Dies ist fast ausschließlich auf die Erfassung einer deutlich höheren Anzahl telefonischer Beratungen zurückzuführen (2008 n= 507; 2009 n= 734).

Die **Abbildungen 2.1 und 2.2** stellen die Anzahl bzw. die Arbeitszeit für im Jahr 2009 erledigte Aufträge nach Auftragsart dar. Die Unterscheidung zwischen G1 »gutachterliche Stellungnahme« und G2 »eingehende gutachterliche Stellungnahme« wurde anhand des Arbeitsumfangs getroffen. Bei einem Arbeitsaufwand von mehr als einem Arbeitstag (8 Stunden) erfolgte eine Einordnung in die Kategorie »G2«. Bei G2-Gutachten wurden in der Regel umfangreiche Literaturrecherchen durchgeführt und die zu untersuchenden Behandlungen so eingehend sozialmedizinisch bewertet, dass diese als »Mustergutachten« für Parallelfälle dienen können. G2-Gutachten wurden, wenn sie häufigere Sachverhalte in der Einzelfallbegutachtung betrafen, an den MDS zur Einstellung in die InfoMed-Datenbank weitergegeben. G1- und G2-Gutachten betrafen häufig Einzelfälle, zu denen Aufträge von anderen MDK vorlagen. Typischerweise handelte es sich um Widerspruchsgutachten, häufig auch in Zusammenhang mit Sozialgerichtsverfahren. Außerdem entfielen in diese Kategorie schriftliche Produkte, die für Beratungen in Gremien erstellt wurden, ganz überwiegend Ausschüsse bzw. Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für den MDS wurden vier Grundsatzgutachten zur Methodenbewertung erstellt:

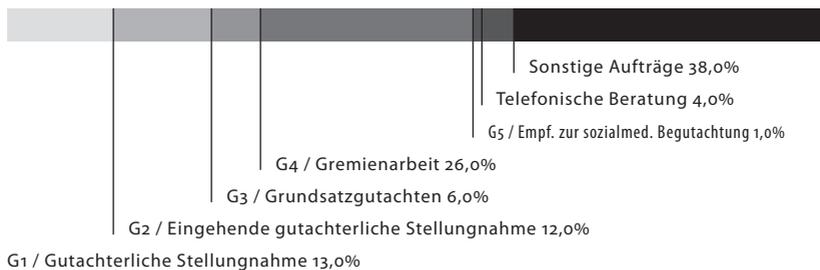
- Hochpräzisionseinzeitbestrahlung (Radiochirurgie) zur Behandlung von Hirnmetastasen
- Verwendung von Nabelschnurblut (Plazentarestblut) für allogene Stammzelltransplantation
- Anwendung von Hyperthermie beim Thoraxwandrezidiv eines Mammakarzinoms und
- Bewertung der arzneimittel- bzw. methodenbezogenen Entgelte der Fallpauschalenvereinbarung 2010, die (überwiegend) das Fachgebiet Onkologie betrafen.



[Abb. 1] Auftragseingänge im KCO seit Eröffnung



[Abb. 2.1] Anzahl der erledigten Aufträge nach Auftragsarten (n = 1193)



[Abb. 2.2] Arbeitszeit für erledigte Aufträge nach Auftragsart, Gesamtzahl der Arbeitstage: 770 Tage

Gremium	Vertreter / in KC Onkologie
G-BA, UA Methodenbewertung	Dr. med. Klaus-Peter Thiele
G-BA, AG PET	Dr. med. Klaus-Peter Thiele
G-BA, AG Stammzelltransplantation	Prof. Dr. med. Axel Heyll
G-BA, AG Brachytherapie Prostatakarzinom	Dr. med. Barbara Zimmer MPH
G-BA, AG Protonen	Dr. med. Klaus-Peter Thiele
Expertengremium Off-Label Onkologie BfArM	Prof. Dr. med. Axel Heyll Dr. med. Barbara Zimmer MPH (Vertr.)
Nationaler Krebsplan, UAG Qualitätssicherung und Zertifizierung von Tumorzentren	Prof. Dr. med. Axel Heyll
Nationaler Krebsplan, UAG Leitlinien	Dr. med. Klaus-Peter Thiele

**[Tab. 1]** Mitarbeit des KCO in Beratungen von Gremien auf Bundesebene

Einen Überblick über die Beteiligung der Gutachter/innen des KCO an Gremienberatungen auf Bundesebene gibt **Tabelle 1**.

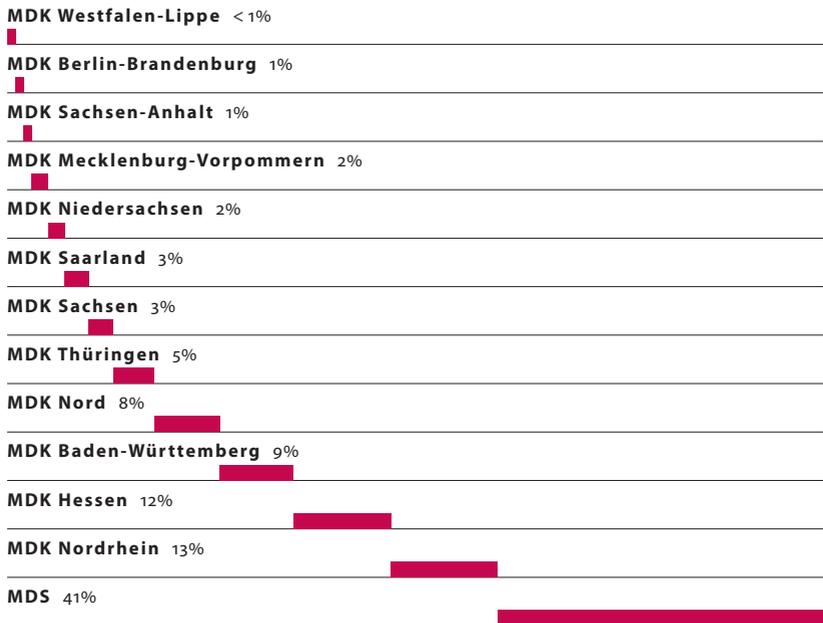
Einen besonderen Schwerpunkt bildete die Beratung des GKV-Spitzenverbandes im Zusammenhang mit der Arbeitsgruppe Brachytherapie beim Prostatakarzinom. Auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes wurde ein Konzept für eine klinische Studie zur Beantwortung der versorgungsrelevanten Fragen erstellt, in der die verschiedenen Möglichkeiten zur Behandlung des Frühstadiums eines Prostatakarzinoms (Operation, externe 3D-geplante konformale Bestrahlung, Brachytherapie oder »active surveillance«) miteinander verglichen werden sollten. In diese Beratungen war das KCO intensiv eingebunden.

Ein weiterer Schwerpunkt bildete die Arbeitsgruppe Stammzelltransplantation. Die Methodenbewertung bei den zu prüfenden Indikationen mit Verfahren der Stammzelltransplantation stellte sich sehr problematisch dar, da in der Regel die wissenschaftliche Erkenntnislage unzureichend war, um eine gesicherte Nutzenbewertung zu ermöglichen. Unter anderem auch auf Initiative der Patientenvertreter wurde deshalb eine »Sonder-AG« eingerichtet, in der geprüft werden sollte, ob durch eine Vereinbarung zur Strukturqualität möglicherweise Qualität und Wirtschaftlichkeit bei Behandlungen mit Stammzelltransplantation verbessert werden können, ohne jedes einzelne Transplantationsverfahren bei jeder einzelnen Indikation einer gesonderten Methodenbewertung zuführen zu müssen. Vorlage war die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kinderonkologie, in der ein ähnliches Konzept realisiert wurde. Zu diesem Thema fanden sowohl im G-BA als auch außerhalb des G-BA zahlreiche Beratungen statt, in die Vertreter des KCO intensiv eingebunden waren.

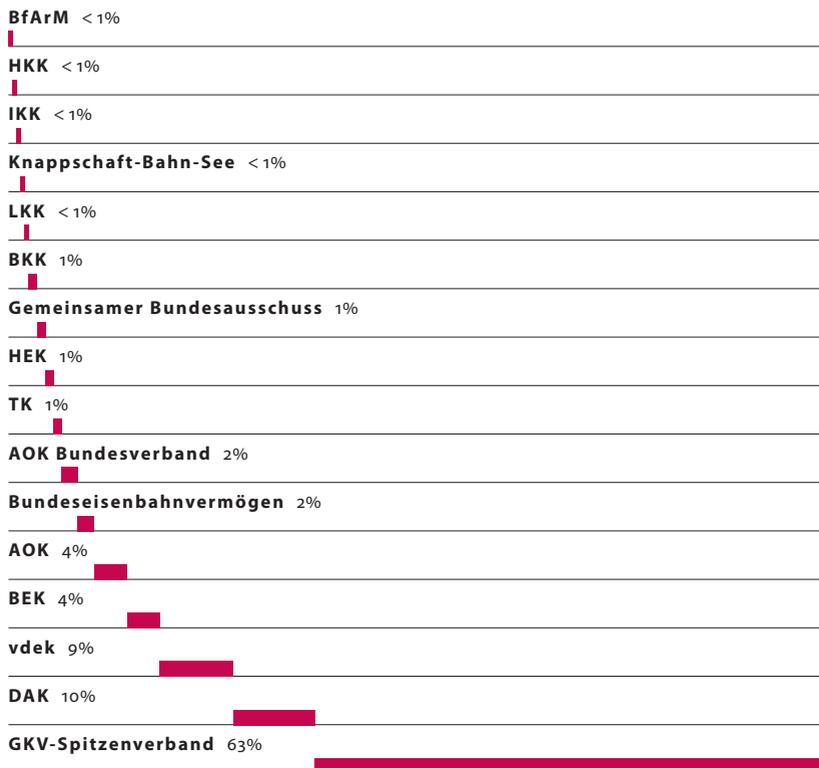
Der nationale Krebsplan ist eine Initiative des BMG. Das KCO wurde vom GKV-SV beauftragt, sich an 2 Unterarbeitsgruppen (1. Qualitätssicherung / Zertifizierung von Tumorzentren und 2. Leitlinien) zu beteiligen, in denen klinisch-onkologischer Sachverstand notwendig war.

MDK Nord	177
MDK Niedersachsen	76
MDK Hessen	46
MDK Sachsen-Anhalt	34
MDK Saarland	34
MDK Baden-Württemberg	26
MDK Sachsen	30
MDK Thüringen	29
MDK Berlin-Brandenburg	12
MDK Nordrhein	12
Andere MDK	21
MD Bundeseisenbahnvermögen	9
MDS	4
MDK Gemeinschaft insgesamt	510
GKV	67
<b>Gesamt</b>	<b>577</b>

[Tab. 2] Übersicht telefonische Beratungen



[Abb. 3] Arbeitszeit für erledigte Aufträge, Eingang über MDK/MDS, Gesamtzahl der Arbeitstage 194 (ohne telefonische Beratungen)



[Abb. 4] Arbeitszeit für erledigte Aufträge, Eingang über GKV, Gesamtzahl der Arbeitstage: 303 (ohne telefonische Beratungen)

Aufträge der Kategorie G5 »Empfehlungen zur sozialmedizinischen Begutachtung« betrafen meist Standpunkt-papiere des KCO, die für die Ansprechpartner Onkologie der MDK-Gemeinschaft erstellt wurden, überwiegend zur sozialmedizinischen Bewertung neuer onkologischer Medikamente oder Behandlungen mit Stammzelltransplantation. In der großen Kategorie »Sonstige Aufträge« wurden alle übrigen Tätigkeiten des KCO zusammengefasst.

Einen Schwerpunkt bei »sonstigen Aufträgen« stellten Tätigkeiten dar, die der Koordination der MDK-Gemeinschaft im Fachgebiet Onkologie oder der Qualifikation von MDK-Gutachtern/innen dienen. Im Rahmen des Fortbildungsprogramms des MDS wurden von den Mitarbeitern/innen des KCO zwei Veranstaltungen durchgeführt: »DRG und Onkologie« und »Spezialseminar Onkologie«. Der Koordination der sozialmedizinischen Begutachtung im Fachgebiet Onkologie dienen die beiden Treffen mit den Ansprechpartnern/innen Onkologie im Februar beim MDK Niedersachsen in Hannover und im November beim MDK Berlin-Brandenburg in Berlin.

Ziel dieser Treffen war gegenseitige Fortbildung und Absprache gemeinsamer Positionen bei wichtigen Fragen in der sozialmedizinischen Begutachtung im Fachgebiet Onkologie.

Ein hoher Stellenwert wird der Aufrechterhaltung der eigenen Qualifikation durch den Besuch zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen beigemessen, darunter auch Jahrestagungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften mit onkologischem Schwerpunkt. Regelmäßige Hospitationen sichern aktuelles klinisches Wissen; so hat der Stellv. Leiter des KCO Dr. Thiele für vier Wochen auf den Stationen der Klinik für Hämatologie und Onkologie der Universität Düsseldorf mitgearbeitet.

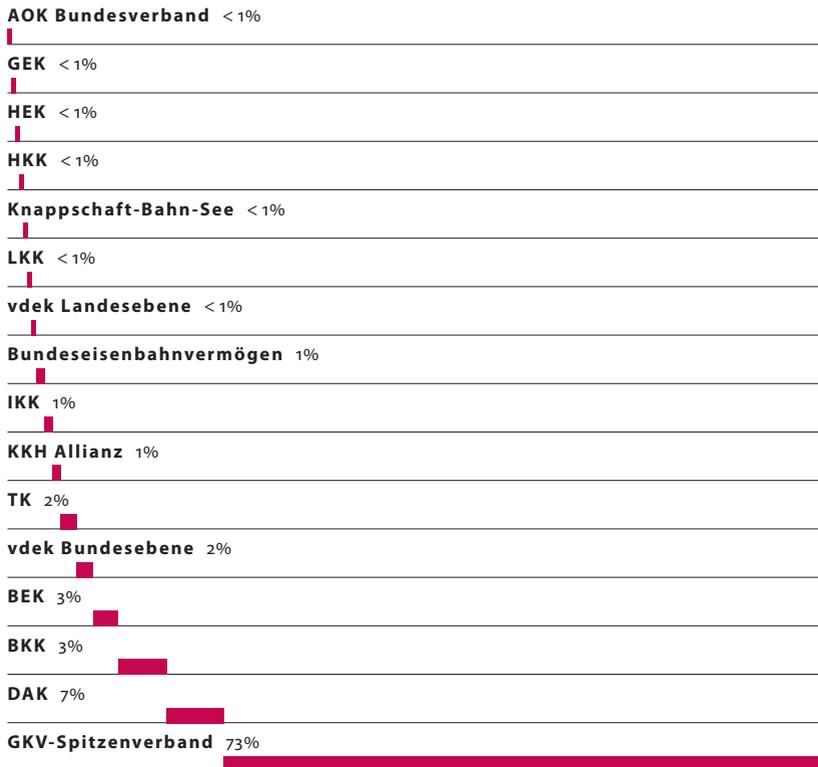
In den vielen Veranstaltungen vermittelten die Gutachter des KCO durch Vorträge und Diskussionsbeiträge die Position des MDK im Fachgebiet Onkologie und intensivierten die Kontakte zu Vertretern der Fachgesellschaften.

Das Angebot zur telefonischen Beratung durch das KCO wurde innerhalb der MDK-Gemeinschaft unverändert gut angenommen. Einen Überblick über die registrierten Beratungen gibt **Tabelle 2**.

**Abbildung 3** zeigt die Arbeitszeit für in 2009 erledigte Aufträge für schriftliche Gutachten, die über das MDK-System einschließlich MDS eingegangen sind.

Gutachtaufträge zu Einzelfällen wurden primär immer über den zuständigen MDK an das KCO gerichtet. Wurden weitere Gutachten für den gleichen Fall benötigt, wurden diese Aufträge häufig direkt von der Krankenkasse an das KCO gerichtet. So erklärt sich die Vielzahl der auftraggebenden Krankenkassen in **Abbildung 4**.

**Abbildung 5** zeigt die Verteilung der Aufträge und die dafür verwandte Arbeitszeit nach »Ursprungsauftraggeber«. Damit ist der Bundesverband, Landesverband oder die Krankenkasse gemeint, die den jeweiligen Auftrag direkt an das KCO gerichtet hat oder von der der Auftrag über den zuständigen MDK an das KCO weitergeleitet wurde. Bei Aufträgen zur Beteiligung an Beratungen von Gremien auf Bundesebene oder Aufträgen des MDS wurde immer der GKV-Spitzenverband als »Ursprungsauftraggeber« eingetragen. Die Auswertung ergibt, dass fast 75% der für die Kategorien G1 bis G4 erfassten Arbeitszeit durch den GKV-Spitzenverband ausgelöst wurde. Damit ergibt sich im Vergleich zum Vorjahr eine erhebliche Steigerung, die ganz überwiegend durch die vermehrte Inanspruchnahme des KCO im Zusammenhang mit Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss verursacht wurde. Allerdings ging der vermehrte Zeitaufwand für den GKV-Spitzenverband nicht zulasten der einzelnen Krankenkassen, da die Zahl der insgesamt erfassten Arbeitstage ebenfalls deutlich zugenommen hat (2008 n=379; 2009 n=708). Die Aufträge der Bundes- bzw. Landesverbände der GKV betrafen ebenfalls Systemberatung. Von den einzelnen Krankenkassen wurden Aufträge zu Einzelfallgutachten primär über den zuständigen MDK, bei Folgeaufträgen teilweise auch direkt an das KCO gerichtet.

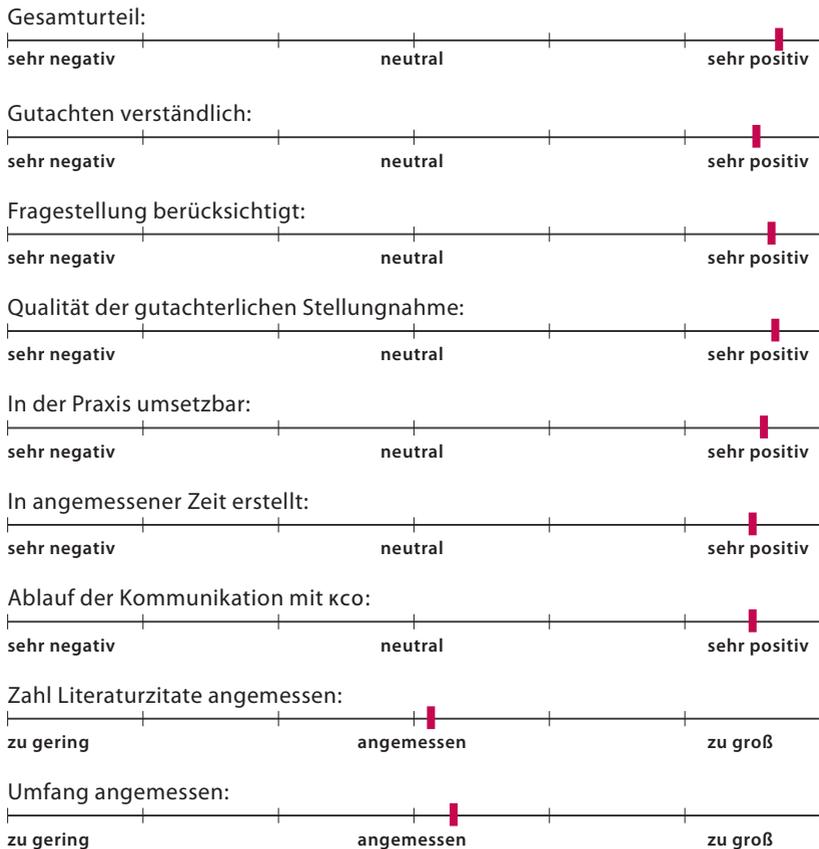


[Abb. 5] Arbeitszeit für erledigte Aufträge nach Ursprungsauftraggeber  $\kappa\kappa$   
Gesamtzahl der Arbeitstage 706 Tage (ohne telefonische Beratungen)

### Beziehung zu Auftraggebern / Außendarstellung

Innerhalb der MDK-Gemeinschaft ist das KCO durch die Ansprechpartner Onkologie der einzelnen MDK gut vernetzt. Neben den halbjährlichen ASP-Treffen gibt es regelmäßige Kontakte über Telefon oder E-Mail. So können für sämtliche Neuentwicklungen im Fachgebiet Onkologie, die Medikamente, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder die Abrechnung von Krankenhausbehandlungen betreffen, kurzfristig gemeinsame Positionen für die sozialmedizinische Begutachtung abgestimmt werden. Dies ermöglicht eine bundesweit einheitliche Beratung der GKV.

Vom GKV-Spitzenverband wurde das KCO zunehmend intensiver in die Beratungen der Gremien der Selbstverwaltung auf Bundesebene eingebunden. In praktisch allen Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen es um die Bewertung von Methoden im Fachgebiet Onkologie geht, ist das KCO vertreten. Im Bereich der Medikamente ist die Mitarbeit bislang auf das Expertengremium Off-Label für Onkologie beim BfArM nach § 35 b Abs. 3 beschränkt.



[Abb. 6] Evaluation der Kundenzufriedenheit bei Aufträgen zu schriftlichen Gutachten

Entsprechend der Vereinbarung mit dem Beirat wurde vom KCO eine Präsentationsveranstaltung mitgestaltet, die unter organisatorischer Federführung des MDK Bayern am 29. Oktober 2009 in München zusammen mit dem Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement ausgerichtet wurde. Diese wurde sowohl von Kollegen/innen aus der MDK-Gemeinschaft als auch von Vertretern/innen der Verbände der GKV besucht.

Um die Akzeptanz des MDK und seiner sozialmedizinischen Bewertung zu verstärken, befinden sich die Ärzte/innen des KCO in einem intensiven Dialog mit den onkologischen Fachgesellschaften. So konnten die Vertreter/innen des KCO die Position des MDK in mehreren Beiträgen, u. a. auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) im Oktober in Mannheim, darstellen. Auch zu zahlreichen kleineren Veranstaltungen wurden Vertreter/innen des KCO eingeladen,

um zur sozialmedizinischen Bewertung onkologischer Sachverhalte durch den MDK bzw. das KCO vorzutragen.

**Abbildung 6** zeigt die Evaluation der Kundenzufriedenheit bei Aufträgen zu schriftlichen Gutachten. Zusammen mit jedem schriftlichen Gutachten wurde ein Evaluationsbogen zur Kundenzufriedenheit verschickt, der neun Fragen mit Ankreuzfeldern und ein Feld für freie Kommentare enthält. 2009 wurde leider nur von 63 Auftraggebern der Bogen ausgefüllt und an das KCO zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von nur ca. 15%, so dass die Auswertung aufgrund dieses methodischen Mangels als höchst unzuverlässig eingestuft werden muss.

Bei den Fragen 1 bis 7 entspricht die bestmögliche Bewertung der Antwort »7«, bei den Fragen 8 und 9 (Literaturzitate bzw. Umfang) war die beste Bewertungsmöglichkeit Antwort »4«. Niedrigere Zahlen bedeuteten, dass nach Bewertung des Auftraggebers die Zahl der Literaturzitate bzw. der Umfang des Gutachtens zu gering waren, während höhere Zahlen anzeigten, dass die Zahl der Literaturzitate bzw. der Umfang des Gutachtens als zu groß angesehen wurde. Die Auswertung ergab, dass in fast allen Punkten positive bis sehr positive Bewertungen erreicht wurden. Auch bei der Bewertung der Arbeitszeit (Frage 6) waren fast keine negativen Bewertungen mehr erteilt worden. Dies ist im Vergleich zu den Vorjahren eine weiterhin positive Entwicklung.

Die Systemberatung des KCO wurde im Jahr 2009 keiner Evaluation unterzogen. Im Projektbeirat wird zurzeit beraten, wie eine entsprechende Evaluation künftig durchgeführt werden kann.

### **Perspektiven**

Die Beratungstätigkeit des KCO für den GKV-Spitzenverband hat im Jahr 2009 deutlich an Umfang zugenommen. Diese Entwicklung wird sich vermutlich in den nächsten Jahren fortsetzen. Diese Arbeit betrifft ganz überwiegend die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Fachgebiet Onkologie und außerdem Aspekte der Qualitätssicherung. Im Bereich Arzneimittel wird die Beratung des KCO durch den GKV-Spitzenverband unverändert nur für das Expertengremium Off-Label Onkologie nach § 35 b Abs. 3 SGB V in Anspruch genommen. Mit großem Interesse und Engagement hat sich das KCO in die Beratungen zur Konzeption einer klinischen Studie durch den GKV-Spitzenverband eingebracht, in der verschiedene Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit Frühstadium eines Prostatakarzinoms miteinander verglichen werden sollen. Diese als »Pilotprojekt« einzuordnende Aktivität des GKV-Spitzenverbandes öffnet nach Bewertung des KCO wichtige Perspektiven für die Fortentwicklung der Versorgung onkologischer Patienten. Im Gemeinsamen Bundesausschuss hat sich immer wieder gezeigt, dass die Erkenntnislage unzureichend ist, um eine wissenschaftlich gesicherte Nutzenbewertung vorzunehmen. Durch klinische Studien ist es möglich, die notwendigen Erkenntnisse zu gewinnen, die eine Methodenbewertung zulas-

sen. Damit können Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entscheidend verbessert werden. Gleiche Entwicklungen wären auch für neu zugelassene Medikamente wünschenswert. Zulassungsstudien von Medikamenten lassen ebenfalls häufig relevante Fragen zur Nutzenbewertung offen, da z.B. Endpunkte wie »Zeit bis zum Tumorprogress« gewählt werden, die keinen unmittelbaren Patientennutzen anzeigen oder ältere Patienten bzw. Patienten mit Komorbidität, die den größten Anteil der Erkrankten darstellen, nicht eingeschlossen werden. Es wäre deshalb wünschenswert, dass der GKV-Spitzenverband auch für neu zugelassene Arzneimittel, durch die erhebliche Kosten in der Versorgung verursacht werden, ähnliche versorgungsrelevante Studien initiiert. Bei der Konzeption versorgungsrelevanter Studien in der Onkologie, sowohl zu Methoden als auch zu Arzneimitteln, bietet das KCO weiterhin eine umfassende fachliche Beratung an.

Innerhalb der MDK-Gemeinschaft wird das KCO weiterhin in enger Kooperation mit den Ansprechpartnern Onkologie der einzelnen MDK die sozialmedizinische Begutachtung im Fachgebiet Onkologie koordinieren und so einen einheitlichen Standard bei der Beratung der GKV im Fachgebiet Onkologie ermöglichen. Durch enge Kooperation mit den Ansprechpartnern Onkologie konnte dieses Ziel innerhalb der MDK-Gemeinschaft weitgehend erreicht werden. Erfolge der engen Kooperation von zuständigem MDK und KCO sind u. a. Sozialgerichtsverfahren, bei denen die Position von MDK und KCO bestätigt wurde.

Durch mehrere Entscheidungen des BSG wurden die Möglichkeiten von GKV und MDK zur sozialmedizinischen Bewertung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen gestärkt. Eine »Einschätzungsprärogative« des Krankenhausarztes wurde vom BSG ausdrücklich verneint, vielmehr wurde eine umfassende Prüfung unter Beachtung der »ex ante« bekannten Informationen zugelassen. Diese neuen Möglichkeiten gilt es in Kooperation mit der GKV auch im Fachgebiet Onkologie zu nutzen. Ausgewählte Fälle, in denen der therapeutische Standard weit verlassen wurde, obwohl anerkannte Behandlungen verfügbar waren, wurden vom KCO ausgesucht und von der GKV vor Sozialgerichten hinsichtlich ihrer Leistungspflicht streitig gestellt. Falls entsprechende Urteile erwirkt werden können, ist zu erwarten, dass die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft bislang vertretene Position, ein Krankenhaus könne jede Behandlung zulasten der GKV erbringen, soweit diese nicht nach § 137c SGBV vom G-BA ausgeschlossen worden sei, nachhaltig erschüttert wird. Damit könnte ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung onkologischer Patienten im Krankenhaus geleistet werden. Gleichzeitig würde der Druck, Behandlungen mit nicht gesichertem Nutzen auf klinische Studien zu beschränken, vergrößert und damit sowohl den Vorgaben zum Patientenschutz entsprochen als auch die Möglichkeit des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns verbessert.

Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes wird sich das KCO beratend an

der Erarbeitung von S3-Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft beteiligen. Dabei bleibt die Verantwortung für den Inhalt der S3-Leitlinie unverändert bei der Deutschen Krebsgesellschaft und den beteiligten Fachgesellschaften. Nach Rücksprache mit dem GKV-Spitzenverband wurde klargestellt, dass Entscheidungen zur Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss durch Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft unabhängig von einer Beteiligung des MDK an den Beratungen nicht präjudiziert werden. Wir haben unter diesen Voraussetzungen das Angebot der Deutschen Krebsgesellschaft zur Zusammenarbeit gerne angenommen. Wir sehen unsere Aufgabe darin, Perspektiven einzubringen, die sich aus der täglichen Begutachtungspraxis ergeben, und ggf. auch Hinweise zur Wirtschaftlichkeit zu geben. Das KCO ist sehr daran interessiert, dass mit den S3-Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft eine gute Basis für eine Behandlung geschaffen wird, die es allen Patienten ermöglicht, von wissenschaftlich gesicherten Behandlungsfortschritten zu profitieren, andererseits aber die S3-Leitlinien auch nicht notwendige Maßnahmen vermeiden helfen bzw. bei unzureichend gesicherten Behandlungen eine Teilnahme an klinischen Studien empfehlen. Gute Leitlinien sind auch eine geeignete Grundlage für die Einzelfallbegutachtung im MDK, so dass sich das KCO damit auch Vorteile für die tägliche Arbeit der MDK-Gutachter/innen im Fachgebiet Onkologie erhofft.

Das KCO wird weiterhin bemüht sein, innerhalb der Kollegenschaft, u. a. auch durch Kontakte über die Fachgesellschaften, die Akzeptanz für die Position des MDK zu verbessern und damit zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung onkologischer Patienten beizutragen.

## 4 Kompetenz-Centrum Psychiatrie / Psychotherapie

Leitung KCPP

**Dr. med. Christoph Jonas Tolzin**

FA für Psychiatrie

Ärztlicher Psychotherapeut

Sozialmedizin

Stellvertretung

**Carmen Bender**

Diplom-Psychologin

Psychologische Psychotherapeutin

Qualitätsmanagerin

DGG / EOG

Weitere Mitarbeiter

**Dr. med. Sandra Bischof**

FA für Psychiatrie

und Psychotherapie

**Thomas Listing**

Diplom-Psychologe

Psychologischer

Psychotherapeut

**Dr. med. Wiebke**

**Martinsohn-Schittkowski**

FA für Kinder- und

Jugendpsychiatrie und

-psychotherapie

Büro KCPP in Mecklenburg-Vorpommern

**B. Mickleit**

Blücherstraße 27 c

18055 Rostock

Tel.: 0381 25255-75

Fax: 0381 25255-99

Büro KCPP in Hessen

Zimmermühlenweg 23

61440 Oberursel

**K. Anderßen**

Tel.: 06171 634-222

Fax: 06171 634-700

E-Mail

Psythep@mdk-KompC.de

**[www.kcpp-mv.de](http://www.kcpp-mv.de)**

## Einleitung

Das Jahr 2009 erwies sich für das KCPP als hochinteressant und sehr arbeitsintensiv. In diesem Jahr konnte für den stationären Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik der Boden für ein weltweites Novum bereitet werden. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurden neue Regelungen für die Vergütung der psychiatrischen Leistungen getroffen. Auf der Basis des neuen § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurde die Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die allgemeinen Krankenhausleistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik in Angriff genommen. Der gesetzlich konkret geregelte zeitliche Ablauf bildete hierbei einen straffen Rahmen. In dem Ringen der Vertragsparteien um eine fristgemäße Einigung über die Grundstrukturen des Vergütungssystems erwies sich der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) als wichtigster Taktgeber. Hierbei wurde er durch das KCPP umfangreich fachspezifisch unterstützt.

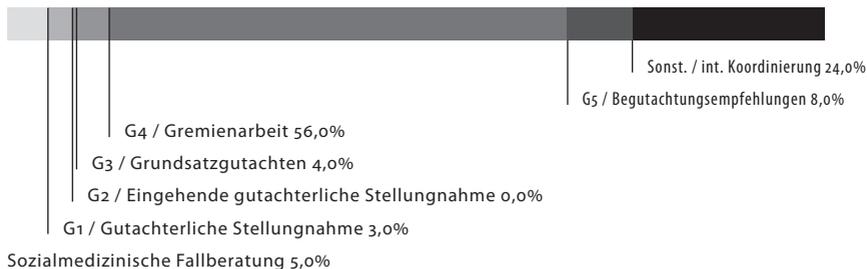
Das KCPP ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-SV und der MDK-Gemeinschaft. Es versteht sich als modernes Dienstleistungsunternehmen, welches seinen Auftraggebern das erforderliche sozialmedizinische und fachspezifische Wissen auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Suchtkrankheiten, Soziotherapie, akute und rehabilitative Psychosomatik und Psychopharmakologie zur Verfügung stellt. Als organisatorisch eigenständige Gemeinschaftseinrichtung ist es an zwei Standorten angesiedelt, beim MDK Mecklenburg-Vorpommern e. V. in Kooperation mit dem MDK Hessen.

Die Arbeit des KCPP erfolgt mit einem hohen Anspruch an Qualität und Fachkompetenz der eigenen Leistung. Aufgrund der fachlich ausgewogenen Zusammensetzung des Teams können Aufträge spezifisch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechenden Spezialisierungen, Kenntnissen und Fähigkeiten bearbeitet werden. Der Arbeitsprozess profitiert von einer intensiven Zusammenarbeit im Team. Zwischen beiden Standorten wurde eine einheitliche Ablauforganisation festgelegt, so dass eine gleichartige Auftrags erledigung gewährleistet ist.

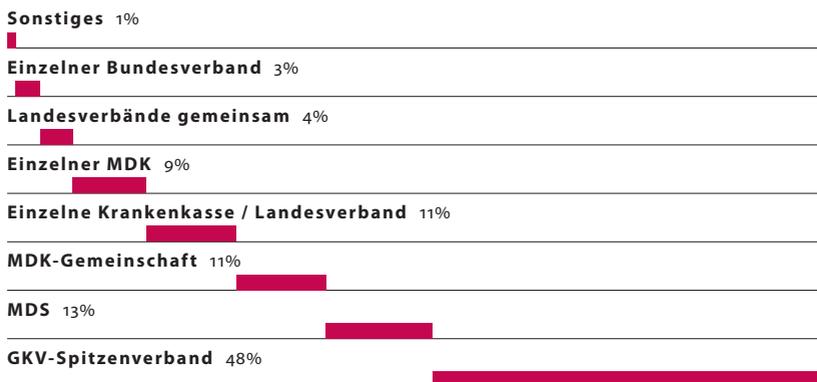
Für die Auftrags erledigung stehen dem KCPP vier Vollzeitstellen, verteilt auf fünf Gutachterinnen und Gutachter und zwei Vollzeitstellen für Sekretärinnen / Sachbearbeiterinnen zur Verfügung. Die Leitung des KCPP ist am Standort Rostock angesiedelt. Die Arbeit erfolgt in einem Spannungsfeld unterschiedlichster Interessen. Dieses ergibt sich aus den Erwartungen der Kranken- und Pflegekassen als Auftraggeber, aus den Forderungen und Wünschen der Versicherten und ihrer Angehörigen, aus den Vorstellungen der Leistungserbringer bzw. ihrer Verbände und Fachgesellschaften sowie aus gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen.

## Arbeitsschwerpunkte

Übereinstimmend mit den Vorjahren verzeichnete das KCPP im Jahr 2009 eine weiter steigende Auftragslage. Die langfristig angelegte Begleitung



[Abb.1] Ressourcenverbrauch der Produkte G1 bis G5 in Personentagen



[Abb.2] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber in Personentagen

und Beratung von Projekten und die Arbeit in Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Auftrag des GKV-SV bewirkte eine Kontinuität in der Arbeit. Ergänzt wurde das Spektrum durch thematisch vielfältige Aufträge des GKV-SV und der MDK-Gemeinschaft.

Im Folgenden sollen die Arbeitsschwerpunkte des Jahres 2009 kurz skizziert werden, um so einerseits einen Überblick über die geleistete Arbeit zu geben, andererseits einen Einblick in die Arbeits- und Herangehensweise des KCPP zu gewähren.

Abbildungen 1 und 2 vermitteln einen Überblick über den Ressourcenverbrauch, differenziert nach Produkten und Auftraggebern.

#### Systemberatung

Für das Jahr 2009 sind im Bereich der Systemberatung zwei Arbeitsschwerpunkte besonders hervorzuheben:

1. Die Beauftragung des KCPP zur Beratung, Teilnahme an Sitzungen und Verhandlungen sowie zum Entwurf eines OPS und von Kodierrichtlinien im Rahmen des KHRG vom 17. März 2009 und

2. die Tätigkeiten im Auftrag des GKV-SV in Unterausschüssen (UA) sowie in Arbeits- und Themengruppen (AG, TG) des G-BA.

Anhand der **Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für den Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik** soll an dieser Stelle beispielhaft die Arbeit des KCPP in der Systemberatung verdeutlicht werden.

Der neu geschaffene § 17 d KHG enthält einen umfangreichen Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems.

Die hierzu notwendige OPS-Erweiterung wurde in Gesprächskreisen unter Beteiligung vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-SV und der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie diversen Fachgesellschaften seit dem Frühsommer 2009 diskutiert. Im Resultat haben sich die Organe der Selbstverwaltung im November 2009 auf eine Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG geeinigt. Diese beinhaltet die Grundstrukturen des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen.

Im Auftrag des GKV-SV wirkte das KCPP seit dem II. Quartal 2009 aktiv an der *Entwicklung des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf der Grundlagen von tagesbezogenen Entgelten (§ 17 d, Abs. 1 KHG) für Erwachsene, Kinder und Jugendliche* mit. Das Vergütungssystem soll den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.

Bereits zu den ersten Strategiegesprächen im Hause des GKV-SV brachten Mitarbeiter des KCPP ihren psychiatrischen und psychotherapeutischen Sachverstand ein. In Folge wurde das KCPP mit der kontinuierlichen Beratung in der *AG Entgeltsystem Psychiatrie* des Krankenhausentgelt-ausschusses beauftragt.

Die außerordentlich hohe Komplexität dieser Aufgabenstellung und der gesetzlich konkret geregelte zeitliche Ablauf für das Jahr 2009 erforderte eine Bündelung von personellen und fachlichen Ressourcen aus der gesamten MDK-Gemeinschaft. In enger Kooperation mit der SEG 4 (*Vergütung und Abrechnung*) waren alle Mitarbeiter des KCPP im Rahmen der Arbeitsgruppen *AG Psychiatrie-OPS* und *AG Kodierrichtlinien* in die unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Phasen des Entwicklungsprozesses eingebunden (siehe **Schaubild 1**).

Mit dem Ziel einer leistungsgerechten Vergütung über Psychiatrie-Entgelte wurden Vorschläge für Operationen- und Prozedurenschlüssel für die Psychiatrie erarbeitet. Berücksichtigt wurde auch die Abbildung teilstationärer Leistungen, die bisher im somatischen Bereich nicht gelungen war. Dieser ops-Entwurf wurde dann vom GKV-SV in die entsprechenden Gremien der Selbstverwaltung eingebracht und dort diskutiert.

Im Sinne einer einheitlichen Anwendung von Prozeduren- und Diagnoseklassifikationen auch für den Bereich Psychiatrie wurden die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) um fachspezifische Kodierregeln ergänzt. Besonderes Augenmerk wurde hier auf die Vermeidung von Widersprüchen zwischen den Kodierregeln im somatischen und psychiatrischen Bereich gelegt. Nicht für alle Kodierrichtlinien der DKR konnten äquivalente oder zutreffende Beispiele aus der Psychiatrie gefunden werden. Diese Anteile sollen in einem Adaptationsprozess weiterführend bearbeitet werden.

Zunächst wurden für die Psychiatrie separate Kodierrichtlinien formuliert. Für das erste Aktualisierungsjahr 2011 ist vorgeschlagen, die DKR und die Kodierrichtlinien der Psychiatrie zusammenzuführen und künftig in einem gemeinsamen Kapitel darzustellen.

Gesetzeskonform wurde die bereits etablierte Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV) als eine der Grundlagen für die Entwicklung des zu erarbeitenden Vergütungssystems berücksichtigt (§ 17 d, Abs. 3 KHG). Die Psych-PV ist ein System, das die Patienten in aufwandshomogene Gruppen unterteilt. Allerdings unterliegt die Einordnung einer hohen Subjektivität des Beurteilers. In der AG Kodierrichtlinien wurde, über weite Strecken Selbstverwaltungspartner-übergreifend, daran gearbeitet, die Abgrenzung der einzelnen Behandlungsbereiche zu präzisieren, um bundesweit eine einheitliche Zuordnung von Patienten in die entsprechenden Gruppen zu gewährleisten.

Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, müssen ab dem Jahr 2010 alle Behandlungsfälle tagesbezogen erfassen (§ 17 d, Abs. 9 KHG).

### Resultat

Beginnend mit dem Jahr 2010 werden psychiatrische Einrichtungen verpflichtend sowohl nach einem erweiterten Prozedurenschlüssel (ops) als auch tagesbezogen für jeden Patienten nach Psych-PV dokumentieren. Die dazu notwendigen Verzeichnisse und Kodierrichtlinien konnten in ihren Grundstrukturen zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden.

### Ausblick

Das Jahr 2010 wird zunächst der Erhebung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Daten als Grundlage für die entsprechenden Kalkulationen durch

das InEK dienen. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben sind bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und Bewertungsrelationen von den Vertragspartnern zu vereinbaren. Das Vergütungssystem soll dann erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt werden.

Im November 2009 wurde in einem Spitzengespräch zwischen GKV-SV und DKG eine unterjährige Revision des in Kraft getretenen Psych-OPS im Sinne einer »Entbürokratisierung« vereinbart. Die prinzipielle Struktur sollte dabei unverändert bleiben. Auch an den Beratungen zu dieser Anpassung des Psych-OPS, die bis zum 15. Februar 2010 abgeschlossen sein sollten, war das KCPP beteiligt.

Der Gesetzgeber hat auch eine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden (§ 17 d, Abs. 3 KHG), beschlossen. Vor diesem Hintergrund und wegen des Aufbaus des OPS als lernendes System ist für den Bereich der Psychiatrie / Psychosomatik ein langer und intensiver Prozess der Überarbeitung zu erwarten, dessen Aufwendigkeit auch in der Komplexität des Fachgebietes begründet ist. Das KCPP steht auch für die weitere Begleitung dieser hochinteressanten Entwicklung gerne zur Verfügung.

Die AG Prüfung der Richtlinienverfahren ist im G-BA im UA Methodenbewertung angesiedelt. Es handelt sich hierbei um den zeitlich und inhaltlich umfangreichsten Arbeitsauftrag im Rahmen der Tätigkeiten im G-BA.

Diese AG verfolgt den Auftrag der evidenzbasierten Bewertung der bereits in den Psychotherapie-Richtlinien zur Krankenbehandlung zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie).

Im Jahr 2009 wurden in der AG die Voraussetzungen für die Studienauswertung geschaffen. Die Bekanntmachung des G-BA über Beratungsthemen und der Fragenkatalog für das Stellungnahmeverfahren für anhörungsberechtigte Organisationen wurden erarbeitet, der zu verwendende Studienbewertungsbogen abgestimmt, die Strategie zur Literaturrecherche, die Literaturscreening-Kriterien und eine Operationalisierung der zu prüfenden Verfahren entwickelt. Weiterhin wurden die Reihenfolge der zu prüfenden Indikationsbereiche festgelegt und die eingegangenen Stellungnahmen der berechtigten Organisationen ausgewertet.

In 2010 wird die Auswertung der einzelnen Studien, Leitlinien und systematischen Reviews sowie der HTA-Berichte (Health Technology Assessment) beginnen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KCPP sind damit beauftragt, die konkreten Auswertungsarbeiten für den GKV-SV zu übernehmen.

In der AG Ambulante Neuropsychologie des UA Methodenbewertung war das KCPP im Jahr 2009 an der Prüfung der Notwendigkeit der Neuropsychologischen Therapie im Versorgungskontext beteiligt. Die intensive Beratung des GKV-SV wird im Jahr 2010 unter weiterer Beteiligung des KCPP fortgesetzt werden.

Im August 2009 wurde die AG Diamorphin des UA Methodenbewertung eingerichtet. Bereits im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung war der Leiter des KCPP vom GKV-SV zur Beratung und zur Teilnahme an einer entsprechenden Anhörung im Deutschen Bundestag herangezogen worden. Das neue Gesetz (in Kraft getreten am 15. Juli 2009) erforderte eine Überarbeitung der G-BA-Richtlinie Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger und eine entsprechende Anpassung an die Erfordernisse der Substitutionsbehandlung mit Diamorphin.

Nach Prüfung des Studienberichtes des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wurde diese Anpassung in der AG Diamorphin unter Beteiligung des KCPP vorgenommen. Eine Beschlussvorlage zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger wurde erarbeitet, welche nun über den UA Methodenbewertung in das Plenum des G-BA eingebracht werden soll.

In der AG-Antragsprüfung waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KCPP daran beteiligt, eine Empfehlung für die jeweiligen antragsberechtigten Parteien im G-BA zu erarbeiten, ob eine Antragstellung zur Überprüfung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT), des Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) und der Hypnotherapie (nach M. H. Erickson) als neue psychotherapeutische Methoden sowie der Systemischen Therapie als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie geboten erscheint. Eine solche Prüfung war erforderlich geworden, nachdem der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP, nach § 11 PsychThG) die IPT, das EMDR und die Hypnotherapie als wissenschaftlich fundierte Psychotherapie-Methoden bei spezifischen Krankheitsbildern und die Systemische Therapie als wissenschaftlich fundiertes Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen bewertet hatte. Die im Konsens mit den Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Patientenvertretern erarbeiteten Empfehlungen wurden dem UA Methodenbewertung vorgelegt und dort bereits diskutiert.

#### Weitere Systemberatung

In diesem Abschnitt sollen Aufträge vorgestellt werden, bei denen es überwiegend um eine kontinuierliche Unterstützung und Beratung des GKV-SV sowie der Kranken- und Pflegekassen in Versorgungs- und Strukturfragen geht.

Beispielhaft soll das an der Mitarbeit des KCPP im Nationalen Krebsplan, Ziel 9 (Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychosoziale und psychoonkologische Versorgung), beim BMG veranschaulicht werden.

Im Auftrag des GKV-SV arbeitet das KCPP kontinuierlich in der AG Psychoonkologie an der Gestaltung des obengenannten politischen Ziels mit.

Die Recherche der psychoonkologischen Versorgungssituation ergab

das Bild eines im europäischen Vergleich gut ausdifferenzierten und spezialisierten Versorgungssystems. Diese hohe fachliche Spezialisierung bildet sich in einer zentralisierten Angebotsstruktur zulasten einer flächendeckenden Versorgung ab.

Ein Ansatz für eine verbesserte Versorgung wird in der verstärkten Wahrnehmung und Erkennung psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützungsbedarfs bei Krebspatienten in der Erstversorgung sowie in Art und Umfang der Vermittlung entsprechender Hilfsangebote gesehen. Weiterhin bildet sich die personelle und Strukturqualität der psychoonkologischen Angebote sehr inhomogen ab. Zum aktuellen Zeitpunkt werden nach erfolgter Soll-Ist-Analyse Maßnahmen entwickelt, die im Jahr 2010 in eine Umsetzungsempfehlung münden werden.

Expertengruppe Off-Label Neurologie / Psychiatrie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) des BfM

Hier konnten nach intensiver Arbeit der vergangenen Jahre in gleich mehreren Fragestellungen abschließende Bewertungen erfolgen.

## **Schaubild 2**

### **Arbeitsstand der Expertengruppe Off-Label Neurologie / Psychiatrie**

#### **Weitergabe der Bewertung als Empfehlung an den G-BA nach § 35 b Abs. 2 und 3 SGB V**

- Valproinsäure zur Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter
- Valproinsäure zur Migräneprophylaxe im Kindesalter

#### **Verabschiedung der Bewertung**

- Gabapentin-Behandlung der Spastik im Rahmen der Multiplen Sklerose

#### **Bewertung und Überarbeitung für wissenschaftliche Bewertungsentwürfe**

- Amantadin-Behandlung der Fatigue bei der Multiplen Sklerose
- Intravenöse Immunglobuline bei Multipler Sklerose
- Intravenöse Immunglobuline bei Multifocal Motorneuropathy (MMN)
- Intravenöse Immunglobuline bei Myasthenia gravis
- Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes

#### **Wissenschaftliche Aufbereitung zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis durch externe Sachverständige**

- Valproinsäure zur Migräneprophylaxe im Kindesalter
- Intravenöse Immunglobuline zur Behandlung der Multiplen Sklerose
- Amantadin zu Behandlung der Fatigue bei Multipler Sklerose
- Intravenöse Immunglobuline zur Behandlung der Multifocal Motorneuropathy (MMN)



**Die Auftragsbearbeitung wurde begonnen für**

- Intravenöse Immunglobuline bei Polymyositis
- Intravenöse Immunglobuline bei Dermatomyositis
- Mycophenolat mofetil bei Myasthenia gravis

**Schaubild 3****Evaluation und kontinuierliche Begleitung von Projekten und IV-Modellen**

- Evaluation der »Vereinbarung über eine integrierte Versorgung gemäß § 140 a SGB V zur interdisziplinären und abgestimmten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (AD(H)s) in Rheinland-Pfalz« (Aktiv mit allen Sinnen)
- Projektbeirat zur Begleitung des Vertrages zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)s des vDAK Rheinland-Pfalz und Saarland
- Kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung des Projekts Komplexpauschalen in der Psychiatrie (s. 2.5)
- Fachliche Begleitung der Fallmanager und der Leitungsebene bei der Umsetzung des KCPP-Konzeptes für ein optimiertes Versorgungsmanagement bei psychischen Erkrankungen (TK Hamburg)
- wSG-Projekt »Systematisierte Abrechnungsprüfung in psychiatrischen Institutsambulanzen« (TK Hamburg)

**Schaubild 4****Kontinuierliche Mitarbeit des KCPP in:**

- AG Medizinische Rehabilitation bei demenziellen Erkrankungen
- Projekt zur Entwicklung, Überprüfung und Implementierung eines icf-basierten Instruments zu Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Erkrankungen
- Berufungsausschuss Psychotherapie des Zulassungsausschusses der kv-Hessen
- Qualitätssicherungskommission der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (quako) der kv Hessen
- Beratung der Verbände der Krankenkassen in Hessen bezüglich der Kriterien und Bedingungen der Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen
- Expertengruppe Off-label-use beim BfArM (s. o.)
- Runde der Planungsbeteiligten im Sozialministerium M-V
- Nationaler Krebsplan, Ziel 9 (psychoonkologische Versorgung) beim BMG (s. o.)
- Erweiterter Fachbeirat für Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern: Entwicklungsplan für psychiatrische Hilfesysteme in Mecklenburg-Vorpommern

### Grundsatzstellungennahmen

- Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland (AOK-BV)
- Bewertung der nationalen Versorgungsleitlinie (S-3-Leitlinie) zur unipolaren Depression
- Beurteilung der Qualität der Leitlinie Klärung der Relevanz für zu entwickelnde Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

### Sozialgerichtsgutachten

- MDK Hessen
- MDK Mecklenburg-Vorpommern
- MDK Niedersachsen
- MDK Nord
- MDK Nordrhein

### Medizinische Stellungnahmen

- MDK Hessen
- MDK Mecklenburg-Vorpommern
- MDK Nord

#### Stellungnahmen, Gutachten, Grundsatzgutachten

Im März 2009 wurde die Grundsatzstellungnahme zur Analyse der Versorgungssituation dementiell Erkrankter mit rehabilitativen Leistungen der GKV abgegeben. Sie stellt die wissenschaftliche Evidenz für einschlägige Behandlungskonzepte und Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten zur Verbesserung des entsprechenden Versorgungsangebotes der GKV dar.

Nebestehend sind weitere Stellungnahmen, Gutachten und Grundsatzgutachten für die MDK-Gemeinschaft und den GKV-SV tabellarisch gelistet.

#### Begutachtungsrichtlinien gemäß § 282 SGB V

Die Begutachtungsanleitung «Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität» wurde auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom GKV-SV am 19. Mai 2009 als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassen. Erstellt wurde sie durch Gutachter der MDK-Gemeinschaft unter Federführung des KCPP. Sie soll eine Begutachtung nach bundesweit einheitlichen Kriterien ermöglichen, dem aktuellen Erkenntnisstand der Praxis und der Rechtsprechung entsprechen, die Qualität der Begutachtung sichern sowie die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK optimieren.

Begutachtungsleitfaden »Bariatrische Chirurgie«  
 Im Auftrag der Konferenz der Leitenden Ärzte wird in der gemeinsamen AG Bariatrische Chirurgie (MDS, SEG 7, SEG 4 und KCPP) ein Begutachtungsleitfaden Bariatrische Chirurgie unter Berücksichtigung psychiatrischer und psychotherapeutischer Aspekte erstellt.

#### Dozententätigkeit / Veröffentlichungen

– Die Resultate der engagierten Arbeit der gemeinsamen AG Medizinische Rehabilitation und weitere Angebote für demenziell Erkrankte (MDS, SEG 1, SEG 2, SEG 3, KCG und KCPP) konnten am 29. Januar 2009 im Rahmen des Expertenforums Demenz in der aktuellen Versorgungslandschaft einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

– Expertenhearing (öffentliche Anhörung) am 23. März 2009 vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages: Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland (AOK-BV).

– Expertenhearing (öffentliche Anhörung) am 1. Juli 2009 vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages »Prävention der Glücksspielsucht stärken« (GKV-SV).

– »Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität« am 8. Oktober 2009 Eine Veranstaltung des KCPP und GKV-SV unter Beteiligung des MDS in Hannover zur Vorstellung der gleichnamigen Begutachtungsanleitung.

– Kongress der Financial Times »Ideenpark Gesundheitswirtschaft« am 23. März 2009.

– Auszeichnung des KCPP und der TK als Preisträger für den gemeinsamen Wettbewerbsbeitrag »Komplexpauschalen in der Psychiatrie«.

Mit Erfolg endete die Teilnahme des KCPP gemeinsam mit der TK am Wettbewerb Ideenpark Gesundheitswirtschaft der Financial Times Deutschland (FTD). Voraus ging eine insgesamt drei Jahre währende Entwicklung und Evaluierung eines Modellprojektes der TK: Komplexpauschalen in der Psychiatrie. Für den Wettbewerb konnten ein ausgereiftes Konzept und erste wissenschaftliche Ergebnisse eingereicht werden. Der Wettbewerb befasst sich mit der Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung. Innovative Ideen, Projekte und Geschäftsmodelle sollen einer größeren Öffentlichkeit bekannt gemacht werden und die Debatte über ein verbessertes Gesundheitssystem vorangetrieben werden. Die zehn besten Konzepte wurden während der FTD-Konferenz Gesundheitswirtschaft am 23./24. März 2009 in Berlin vorgestellt und in der FTD veröffentlicht.

– Buchbeitrag »Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI«; Erarbeitung des Kapitels: »Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung der Demenz« für das Buch *Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI*.

– Veröffentlichung Artikel: »ADHS – Bekanntheit allein heilt nicht« (CME-Artikel); Gesundheitswesen 2009; 71: 102–114.

### Kontinuierliche Aufträge

- Lehrbeauftragung des Leiters des KCPP für das Fach Sozialmedizin in der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock für die Themenbereiche »Pflegeversicherung« und »Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich«
- Seminare und Vorträge zur Schulung von Kassenmitarbeitern mit dem Schwerpunkt Fallmanagement bei psychischen Erkrankungen im Auftrag der Landesverbände und einzelner Bundeskassen
- Teilnahme an einer Reihe von Podiumsdiskussionen und Vortragstätigkeit bei Veranstaltungen der relevanten Fachgesellschaften im Auftrag des GKV-SV

### Schaubild 7

#### Zusammenarbeit mit Kompetenz-Centren und SEG

- AG Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität (Gutachter der MDK-Gemeinschaft unter Federführung des KCPP)
- Gemeinsame Arbeitsgruppe »Bariatrische Chirurgie« (MDS, SEG 7, SEG 4 und KCPP)
- Gemeinsame Arbeitsgruppe »Medizinische Rehabilitation und weitere Angebote für demenziell Erkrankte« (MDS, SEG 1, SEG 2, SEG 3, KCG und KCPP)
- Gemeinsame Arbeitsgruppe AG Psychiatrie-ops (KCPP und SEG 4)
- Gemeinsame Arbeitsgruppe AG Kodierrichtlinien (KCPP und SEG 4)
- Expertenforum: Demenz in der aktuellen Versorgungslandschaft (SEG 1, KCPP und KCG). Dieses fand am 29. Januar 2009 statt.

#### Zusammenarbeit mit Kompetenz-Centren und sozialmedizinischen Expertengruppen

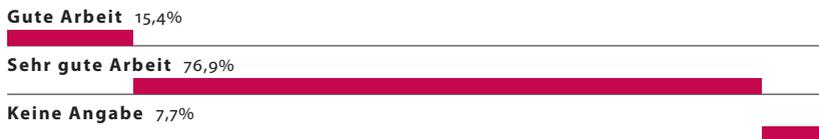
Die etablierten Multiplikatorentreffen des KCPP wurden an die bereits genannten Präsentationsveranstaltungen der Kompetenz-Centren angebunden. Die so geschaffene Plattform diente der Information der Multiplikatoren über die aktuelle Arbeit des KCPP und der Diskussion aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen.

#### Weitere Aktivitäten

Resultierend aus der langjährigen Mitarbeit in der Runde der Planungsbeteiligten, ein Projekt des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern (M-V), der Landesverbände der Krankenkassen und des KCPP, wurde im Jahr 2008 der 4. Krankenhausplan für das Land M-V verabschiedet. Einzigartig im gesamten Bundesgebiet sind hier rechtswirksam Betten- und Platzmessziffern festgelegt, deren Überschreitung nur ausnahmswei-



**[Abb. 3]** Prozentuale Verteilung zwischen zurückgesandten und nicht zurück-erhaltenen Fragebögen



**[Abb. 4]** Grafische Darstellung der Gesamtbeurteilung der Arbeitsleistung

se möglich ist, wenn die Versorgungssicherheit in der Zukunft gefährdet ist. Ebenso wurde durch das KCPP in Folge ein Konzept zur Prüfung eines über die Bettenmessziffern hinausgehenden Kapazitätsbedarfs erarbeitet (Prüf- und Analyseverfahren zur Feststellung des Versorgungsbedarfs).

Das entwickelte standardisierte Prozedere zur Bemessung des stationären und teilstationären Bedarfs hat sich im Jahr 2009 in der Praxis bewährt und ist als Grundlage für die Bedarfsplanung und -entscheidungen der obersten Sozialbehörde des Landes Mecklenburg-Vorpommern etabliert. Für das Jahr 2010 ist erstmalig eine Stichtagsprüfung in einer der großen Kliniken des Bundeslandes geplant. Diese Form der Landesbettenplanung ist zum aktuellen Zeitpunkt im Bundesgebiet einmalig und kann auch künftig Modellcharakter für andere Regionen Deutschlands entfalten.

#### Befragung der Auftraggeber

Wie in den Jahren zuvor wurde zur Evaluation der Tätigkeit des KCPP Ende Dezember 2009 und im Januar 2010 eine schriftliche und anonymisierte Befragung durchgeführt. Alle Auftraggeber des Jahres 2009 wurden gebeten, die Leistungen des KCPP differenziert nach »schriftlichen Stellungnahmen/Gutachten« und »Beratung/Teilnahme an Sitzungen« sowie in einer Gesamtschau mithilfe des Evaluationsbogens, der auch in den letzten vier Jahren zur Anwendung kam, zu bewerten.

Einbezogen in die Befragung wurden sowohl Auftraggeber, für die »schriftliche Stellungnahmen/Gutachten« erstellt und »Beratungen/Teilnahme an Sitzungen« durchgeführt wurden (Gremientätigkeit), als auch Auftraggeber, für die nur »schriftliche Stellungnahmen/Gutachten« erarbeitet wurden oder nur »Beratungen/Teilnahme an Sitzungen« erfolgte.

Entsprechend den Umstrukturierungen nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (zum 1. Juli 2008) hat sich die Anzahl der Auftraggeber deutlich reduziert. Insgesamt wurden 18 Befragungsbögen versandt. Der Rücklauf bis 31. Januar 2010 betrug 13 Fragebögen. Die Rücklaufquote liegt dementsprechend bei 72%.

Diese – wie in den Vorjahren – sehr hohe Rücklaufquote kennzeichnet zum einen die positive und konstruktive Zusammenarbeit mit unseren Auftraggebern sowie deren Zufriedenheit mit der Arbeit des KCPP im Jahr 2009. Zum anderen ist sie auch eine Bestätigung unserer Vorgehensweise, unsere Auftraggeber nur einmal im Jahr zu befragen. Eine Befragung nach jeder Auftrags erledigung würde, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die psychiatrischen / psychotherapeutischen Themen bei wenigen Personen gebündelt sind, zu einer Mehrbelastung und zu einer deutlich niedrigeren »Compliance« hinsichtlich der Beantwortung der Fragebögen durch die Auftraggeber führen. Im Bereich der Systemberatung wäre eine Befragung nach Auftrags erledigung schon deshalb nicht zielführend, weil hier überwiegend Aufträge von langfristiger, z. T. mehrjähriger Dauer (z. B. evidenzbasierte Bewertung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren im G-BA) vorliegen und deshalb sehr lange auf entsprechende Rückmeldungen verzichtet werden müsste.

Die Leistungen des KCPP wurden von 76,9% aller Auftraggeber in der Gesamtbeurteilung als »sehr gut« und von 15,4% als »gut« eingeschätzt. Von 7,9% der Befragten lagen keine Angaben zur Gesamtbeurteilung vor. Keiner der Auftraggeber bewertete die Arbeit des KCPP als nur »befriedigend«, »ausreichend« oder gar »mangelhaft«. Diese Ergebnisse entsprechen den bereits in den Vorjahren zurückgemeldeten sehr guten bis guten Bewertungen.

Zusammenfassend spiegeln die Ergebnisse der Befragung, wie auch in den Vorjahren, ein sehr hohes Maß an Zufriedenheit der Auftraggeber mit den vom KCPP erbrachten Leistungen wider. Sie zeigen, dass die bisherige sehr gute Zusammenarbeit auch im Jahr 2009 fortgesetzt werden konnte.

#### Ausblick

Vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Langzeitaufträge des GKV-SV und der MDK-Gemeinschaft ist davon auszugehen, dass das KCPP für das Jahr 2010 und darüber hinaus über eine kontinuierliche und gesicherte Auftragslage verfügt. Insbesondere die beiden Schwerpunktthemen Prüfung der Richtlinienverfahren und Psychiatrie-OPS werden die Arbeit des KCPP über Jahre hinweg begleiten.

Der zu beobachtende zunehmende Bedarf an Gesundheitssystemberatung in den o. g. Bereichen ist eine Herausforderung, der wir uns auch in den kommenden Jahren gerne und engagiert stellen werden.

## 5 Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

Leitung KCQ

**PD Dr. med. Elisabeth**

**Simoes** bis 30. 6. 09

**Prof. Dr. med. Johannes**  
**Giehl**

FA für Orthopädie;

FA für Physikalische und

Rehabilitative Medizin;

Spezielle Orthopädische

Chirurgie; Sportmedizin

– Rehabilitationswesen;

Sozialmedizin, EFQM-

Assessor; Ärztliches

Qualitätsmanagement

Stellvertretung

**Prof. Dr. med. Johannes**

**Giehl** bis 30. 6. 09

**Dr. med. Stefan Meinhold**

FA für Innere Medizin;

Nephrologie;

Sozialmedizin;

Ärztliches Qualitäts-

management

Weitere Gutachter

**Dr. med. Ernst-Dietrich**

**Mayer**

FA für Chirurgie;

Unfallchirurgie;

Sozialmedizin; Spezielle

Unfallchirurgie; Fachkunde

Strahlenschutz

Sekretariat (bis Ende 2009)

**Emma Görtz**

Sekretariat beim

MDK Tübingen

**Sigrid Kupilas**

Bismarckstr. 96

72072 Tübingen

Tel.: 07071 7985-6025

Fax: 07071 7985-6051

E-Mail: sigrid.kupilas@

mdkbw.de

Sekretariat beim

MDK Stuttgart

**Sylvia Fritz**

Silberburgstr. 122

70176 Stuttgart

Tel.: 0711 2252-2108

Fax: 0711 2252-2054

E-Mail: sylvia.fritz@mdkbw.de

Sekretariat beim

MDK Ravensburg

**Karin Boukamp**

Meersburger Str. 3

88213 Ravensburg

Tel.: 0751 36352-6909

Fax: 0751 36352-6952

E-Mail: karin.boukamp@

mdkbw.de

**www.kcqq.de**

### Entwicklungen

Zur Jahresmitte 2009 wurde die Leitung des Kompetenz-Centrums Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) von Frau PD Dr. Simoes abgegeben und von Prof. Dr. Giehl übernommen. Das KCQ verzeichnet eine weiterhin zunehmende Beauftragung durch den GKV-Spitzenverband zu Grundsatzgutachten und Gremienberatungen; der Umzug zwischenzeitlich fast aller bundesweiten Institutionen nach Berlin hat Frequenz und Aufwand der Gutachterreisen dorthin erheblich erhöht. Durch den Eintritt von Dr. Meinhold, Internist und Nephrologe, wurde die bisherige Personalkapazität von drei Vollzeit-Gutachtern lückenlos sichergestellt.

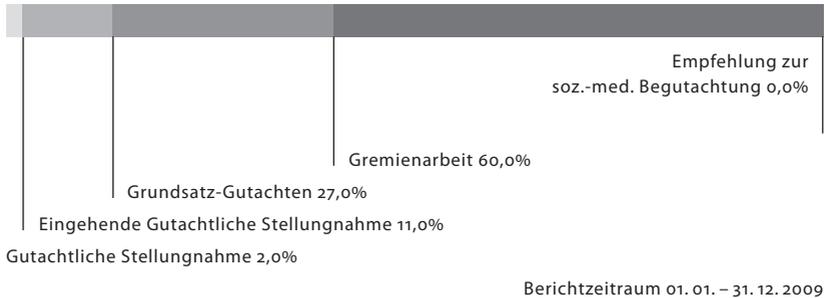
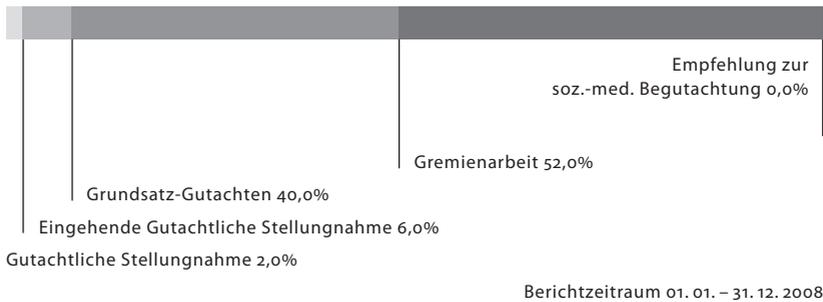
Der gesteigerten Beratungserwartung wurde durch den Beschluss der Geschäftsführerkonferenz, zwei weitere Gutachterstellen im KCQ einzurichten, Rechnung getragen.

Systempolitisch ist seit November 2009 eine FDP-Führung des Gesundheitsministeriums in der christlich-liberalen Koalition tätig. Inwieweit der erklärte Willen zur Bürokratieverringerung im Gesundheitswesen einem geringeren Qualitätsanspruch der Versorgung entspricht und wie gegebenenfalls Qualität anderweitig gewährleistet werden soll, ist noch offen. Das Ende 2009 auslaufende Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) wird jetzt vom AQUA-Institut zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung um- und neubearbeitet. Bei der Konsentierung der hierzu maßgeblichen G-BA-Richtlinie »Nr. 13« und bei der Beratung des grundlegenden Methodenpapiers des AQUA-Instituts ist das KCQ beteiligt. Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Deutschland, zu der das KCQ angefragt wird, beinhaltet weiterhin die Verwendung von Routinedaten und die QS-Priorisierung zur Aufwandsreduktion, P4P (Pay for Performance) und alternative Qualitätsförderungsansätze (z. B. Audit).

### Aufträge und Ressourcen

Die Auftragseingänge in 2009 sind dadurch gekennzeichnet, dass mehr denn je die Beratung an fortlaufenden Arbeitsgruppen (n = 30) angefordert wurde, allein 20 solcher neuen Mitarbeiten bestehen in 1-bis 2-monatlichen ganztägigen Sitzungen. Korrespondierend sind gutachterliche Stellungnahmen G1 zahlenmäßig zurückgegangen. Nach Ressourcenverbrauch haben die Gremienarbeiten und die G2-Gutachten zugelegt [Abb. 1]. Die Aufträge des GKV-Spitzenverbandes (»Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam«) sind von 2008 auf 2009 von 14% auf 34% zulasten anderer Auftraggeber gestiegen. Analog ist der für den GKV-Spitzenverband verbrauchte Ressourcenanteil von 22% auf 61% gestiegen.

Absolut wurden in 2009 vom KCQ 774,5 Gutachtertage geleistet, 108,5 davon für abteilungsinterne organisatorische Aufgaben und Fortbildung. Der organisatorische Ressourcenmehrverbrauch (Vorjahr: 50 Tage) ist durch die personelle (Mitarbeiterwechsel) und örtliche Veränderung



**[Abb.1]** Vergleich Ressourcenverbrauch 2008/2009,  
gegliedert nach Leistungsarten

(Leitungsumzug nach Tübingen bzw. Stuttgart) bedingt. Die Inanspruchnahme übersteigt damit wie in den Vorjahren das vorgesehene Zeitkontingent\* und zeigt den ungebrochenen bzw. gestiegenen (GKV-sv) Beratungs- und Begutachtungsbedarf durch das KCQ.

Schwerpunkte in der Gremienberatung  
**KCQ unterstützt Evaluation von Qualitätssicherung und (Weiter-)Entwicklung von QS-Verfahren** Neben der Formulierung von QS-Vereinbarungen werden in Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung der Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Abs. 2 SGB V Auswertungsregelungen zu QS-Verfahren im vertragsärztlichen Bereich festgelegt. Die dortige Mitarbeit des KCQ im Jahre 2009 betraf die Qualitätssicherung der Kurativen Mammographie, der Säuglingshüftsonographie, der MR-Angiographie und der Koloskopie. Vom KCQ eingebrachte Evaluationskonzepte führten u. a. zu der Erkenntnis, dass die Umsetzung der QS-Maßnahmen auf der KV-Landesebene unvollständig mitgeteilt wird, so dass eine mangelnde Durchführungstransparenz bundesweiter Vorgaben besteht. Im Detail wurde beispielsweise belegt, dass die 2002 mit KCQ-

\* 3 wissenschaftliche Mitarbeiter  
(600 Gutachtertage pro Jahr)

Unterstützung entstandene Koloskopie-Vereinbarung zu Hygieneprüfungen aufbereiteter Endoskope eine Verringerung der Beanstandungsquote von 12% auf 4% bewirkte. Zur Kurativen Mammographie wurde erkannt, dass die MLO-Aufnahmequalität im Unterschied zu diversen anderen Merkmalen dieses diagnostischen Verfahrens bundesweit erhebliche Defizite aufweist. Die Ergebnisrückmeldung an die KVen und die Ergebnispublikation in der Fachöffentlichkeit (gemeinsam von KBV und GKV-SV / KCQ) soll im Sinne der Qualitätsförderung wirken. Das KCQ-Auswertungskonzept hat zur Säuglingshüftsonographie erkennen lassen, dass Qualitätsdefizite bei diesem diagnostischen Verfahren vorherrschend in der bildlichen Befunddarstellung und weniger in der schriftlichen Versorgungsdokumentation liegen. Unsere Empfehlungen von vorzuschreibenden Refresher-Kursen und von kürzeren Prüfintervallen im Sinne von Qualitätsförderung werden derzeit umgesetzt.

**KCQ benennt Brennpunkte der Versorgung und empfiehlt Qualitätssicherungskonzeption** Die veraltete QS-Vereinbarung »Arthroskopie« nach § 135 Abs. 2 SGB V sollte auf unseren Rat hin aktualisiert werden. Zirka 600 000 arthroskopische Eingriffe werden pro Jahr in Deutschland durchgeführt. Zunächst wurde noch mit den alten Spitzenverbänden der Krankenkassen eine QS-Richtlinie nach § 136 SGB V auf den Weg gebracht; die Ergebnismitteilungspflicht an den G-BA bei diesem Regelungsort wurde als Vorteil bewertet. Das KCQ hat in Erkennung des Hauptproblems der Indikationsstellung (stark steigende Eingriffszahlen) u. a. einen aus der internationalen Evidenz abgeleiteten Vorgabenalgorithmus eingebracht. Da er von der Ärzteseite trotz positiver Experteneinschätzungen als zu reglementierend abgelehnt wurde und zwischenzeitlich im § 137 SGB V die sektorenübergreifende Qualitätssicherung vorgegeben wird, wurde zunächst die G-BA-Richtlinie (nach § 136 SGB V) zur Strukturqualität beschlossen. Die anstehende und priorisierte G-BA-Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung »Arthroskopie« wird auf die essenziellen Prozess- und Indikationsqualitätsvorgaben des KCQ zurückgreifen. Unser Beratungsziel ist es, durch nachvollziehbare und standardisierte Indikationsstellungen nicht wirksame und nicht nutzenbringende Eingriffe im Sinne des § 12 SGB V zu vermeiden: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten«.

**KCQ unterstützt die Etablierung innovativer Versorgungsstrukturen** Im Auftrag nahezu aller Gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg evaluiert das KCQ zunächst in einem 3-jährigen Pilotprojekt die vom Landkreis Lörrach und von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land initiierte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, und zwar zusammen mit dem Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan. Projektziel ist die freizügige Behandlungsmöglichkeit Schweizer- und deutscher Bürger jeweils

jenseits der Grenze, wobei grenzüberschreitende Versorgungsverträge zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern bzw. Rehabilitationskliniken abgeschlossen wurden. Nach zwei Projektjahren wurde im April der zweite Zwischenbericht abgegeben. Die Ergebnisse zeigen, dass die realisierte Freizügigkeit weit über die Möglichkeiten, die innerhalb der EU durch die Patientenrichtlinie der Europäischen Kommission von 2009 gegeben sind, hinausgeht, obwohl die Schweiz nach wie vor kein EU-Mitglied ist (EU-Assoziation). Evaluationsresultate werden schlaglichtartig dargestellt.

**KCQ berät zum Aufbruch in eine neue Dimension der Qualitätssicherung** Ein fest integriertes Modul der QS-Richtlinie Dialyse ist deren Weiterentwicklung. Die aktuelle Gesetzeslage schafft jetzt den Raum, dass die punktuelle Stichprobe als Maßstab verlassen werden kann. Die Erfassung aller terminal niereninsuffizienten Patienten unter einem lebenslang geltenden Pseudonym ermöglicht eine Längsschnittbetrachtung und sichere Verfolgung von Endpunkten der Behandlung.

Wir unterstützen den GKV-SV gegen starke Widerstände, den Weg zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu ebnen. Es ist nicht mehr vermittelbar, dass Patienten bei gleicher Erkrankung nur im vertragsärztlichen Bereich die Vorteile der Qualitätssicherung erfahren. Dies besonders, da die Behandlung in den verschiedenen Sektoren nicht automatisch medizinisch begründet ist. Eine weitere Herausforderung ist, alle Nierenersatztherapien (inklusive Transplantation) in einer QS-Richtlinie zusammenzuführen.

Neben neuen Wegen der Datenflüsse müssen auch neue Strukturen, wie z. B. das AQUA-Institut, berücksichtigt werden. Die bisherige QS-Richtlinie Dialyse zeitigte bereits Verbesserungen der Versorgungsqualität niereninsuffizienter Patienten. Weitaus bessere Ergebnisse für alle Patienten dieser Krankheitsentität sind möglich.

**KCQ erschließt neue Tätigkeitsfelder/Produkte für den MDK** Den vielfältigen Maßnahmen der Qualitätssicherung mangelt es an einem wesentlichen Merkmal – der Transparenz. Damit ist ein Kernanliegen des KCQ betroffen. Nur durch die Beteiligung der GKV an der Umsetzung von Qualitätsrichtlinien oder -vereinbarungen kann Transparenz erzielt werden.

Durch die Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA und zunehmend auch durch die strategische Ausrichtung des GKV-SV bei Vereinbarungen nach § 135, Abs. 2 SGB V wird den Landesverbänden der GKV zunehmend die Möglichkeit der Beteiligung in Qualitätssicherungskommissionen geboten. Da in dieser Tätigkeit neben einer fundierten Verhandlungskompetenz vorrangig auch die Fachkompetenz gefragt ist, sind die MDKs prädestiniert, diese Aufgabe zu übernehmen. Weder in Richtlinien noch in Vereinbarungen ist der MDK explizit benannt. Es obliegt den Kassen-Landesverbänden (LV), wie sie ihre Kommissionsmitglieder rekrutieren.

Deshalb ist es unsere Aufgabe, den Auftraggebern mit Kompetenz und gefestigten Strukturen ein lukratives Angebot zu machen.

In den QS-Kommissionen Dialyse ist der MDK bisher in 8 von 14 Dialyse-Kommissionen im Auftrag der Landeskassenverbände vertreten. Das KCQ hat für diese Kommissionsmitglieder ein Netzwerk etabliert. In diesem Netzwerk entsteht in Zusammenarbeit mit den Gutachtern ein einheitliches Berichtswesen an die LV und den GKV-sv. Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch ist initiiert, eine gemeinsame Datenplattform wird aufgebaut. Damit wird eine »Blaupause« für weitere Netzwerke von MDK-Gutachtern in weiteren QS-Kommissionen geschaffen. Schulungen zur Vermittlung notwendigen Hintergrundwissens und taktischer Ausrichtung können vom KCQ angeboten werden.

Der MDK sollte dieses (zukünftige) Aufgabenfeld von Anfang an kompetent und umfassend besetzen und damit beweisen, dass er auf dem freien Markt konkurrenzfähig ist.

Kurzberichte zu Schwerpunkten in der Grundsatzbegutachtung  
**KCQ berät zur Entwicklung bestehender QS-Verfahren: Priorisierung laufender Verfahren der ESQS (Daten 2008)** Der GKV-Spitzenverband beauftragte das KCQ, unter Zugrundelegung der BQS-Daten des Beobachtungszeitraumes 2008 eine Bewertung der bislang erreichten Leistungsqualität in 27 Bereichen der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) vorzunehmen sowie zu prüfen, ob und in welchen dieser Leistungsbereiche (LB) eine Beendigung bzw. ein Aussetzen der ESQS infrage kommen könnte. Kandidaten für eine Ausgliederung der ESQS können LB mit bereits erreichter guter Leistungsqualität sein. Ein Ranking kann – wenn auch mit erheblichen Vorbehalten – aus Ergebnissen und Zielerreichungsgraden der eingesetzten QS-Indikatoren sowie Bewertungen der zuständigen Bundesfachgruppen abgeleitet werden. Vergleiche der ESQS-Effekte zwischen verschiedenen LB sind hochkomplex und methodisch schwierig. Im Versuch, den gravierenden methodischen Problemen Rechnung zu tragen, war ein kategorisierender Bewertungsalgorithmus zu entwickeln, der die wichtigsten Einflussgrößen möglichst berücksichtigt. Ein allgemein anerkanntes Vergleichsverfahren existiert bislang nicht. Methodisch bedingt sind Unschärfen in der kategorisierenden Einstufung nicht vermeidbar (u. a. Problem der Gewichtung unterschiedlicher Kriterien). Im Ergebnis deutet der verwendete Bewertungsalgorithmus auf die Leistungsbereiche Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch), Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, Koronarchirurgie (isoliert), Karotis-Rekonstruktion, Herzschrittmacher-Revision / -Systemwechsel / -Explantation und Herzschrittmacher-Erstimplantation als potenzielle Kandidaten für eine Ausgliederung aus der ESQS hin.

Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2008

**Spitzenverbände der Krankenkassen, gemeinsam** 14%**Spitzenverband einer Kassenart** 2%**Landesverbände der Krankenkassen, gemeinsam** 12%**Landesverband einer Kassenart oder Einzelkasse** 25%**MDK** 29%**MDS** 8%**Sonstige** 10%

Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2009

**GKV-Spitzenverband** 34%**Landesverbände der Krankenkassen, gemeinsam** 8%**Landesverband einer Kassenart oder Einzelkasse** 14%**MDK** 24%**MDS** 12%**Sonstige** 7%**[Abb. 2]** Auftragseingänge 2008 und 2009 nach Auftraggebern

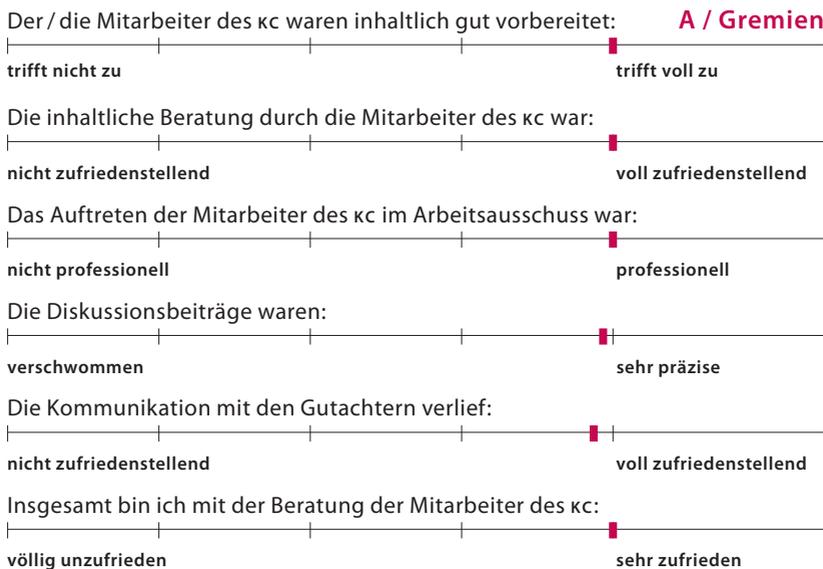
**KCQ analysiert Optionen zur Neuausrichtung der Externen Stationären Qualitätssicherung (ESQS)** Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes war der Frage nachzugehen, ob und inwieweit die Indikatoren-gestützte Qualitätssicherung, die in ausgewählten Leistungsbereichen des BQS-Verfahrens (ESQS) zur Anwendung kommt, mit den Mitteln administrativer Routinedaten (RD) fortgeführt werden könnte. Zudem sollte eine Übersicht zu Indikatoren und Indikatorensätzen (stationäre Verfahren) erstellt werden. Bei RD handelt es sich im Wesentlichen um Daten, die zu Abrechnungszwecken generiert werden (z. B. Daten nach § 301 SGB V) und ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand zur Verfügung stehen.

Die Analyse ergibt, dass die Verlässlichkeit von Abrechnungsdaten nicht gegeben ist und derzeit auch durch die regelmäßigen Validitätsprüfungen des MDK (10–11% der Daten werden geprüft) nicht hinreichend genau verifiziert werden kann. Gründe für die nicht mögliche Bestimmung einer »wahren« Kodierung liegen in der Erlös-Relevanz der Daten, in Unsicherheiten bei der Diagnosestellung sowie in der Widersprüchlichkeit und Mehrdeutigkeit des ICD-Schlüsselsystems etc. Daneben sind die Abbildungsinhalte von RD nicht auf die Belange der QS zugeschnitten. Beispielsweise werden die von der BQS fokussierten Versorgungsprozesse von RD

nicht widergespiegelt, so dass Leitlinienadhärenz der Leistungserbringer nicht überprüft werden kann. Weil RD Befunde, Beschwerden, Patientenpräferenzen etc. nicht erfassen, lässt sich zudem die Angemessenheit von Indikationsstellungen meist nicht ablesen. Bestenfalls erlaubt sich eine Groberfassung der Ergebnisqualität, wobei es i. d. R. um eine sehr reduzierte Auswahl unerwünschter Ergebnisse geht, die kausal nicht zugeordnet werden können. Eine Datenbasis für angemessene Risikoadjustierungen entsteht durch RD nicht.

Am Beispiel der Indikatorensets aus 10 ausgewählten Leistungsbereichen kann aufgezeigt werden, dass sich das BQS-Verfahren mithilfe von RD nicht fortschreiben lässt. Präsentiert werden mehr als 2300 Indikatoren bzw. Messgrößen zu verschiedensten Krankheitsbildern bzw. Versorgungsaspekten. Hinzuweisen ist darauf, dass die bloße Verfügbarkeit evidenzbasierter Indikatoren keine ausreichende Begründung für ihren Einsatz liefert. Primär muss die Indikatorenwahl an der Frage orientiert werden, wo verbesserbare Qualitätsdefizite bestehen. Erst danach ist die Frage der Evidenzbasierung von – allerdings bedeutendem – Interesse.

**KCQ bewertet innovative Methoden und Versorgungsformen** Unter Federführung des KCQ wurde in Kooperation mit der SEG 7, der SEG 5 und dem MDS ein G3-Gutachten in Auftrag der SEG 7 zur Überprüfung durch ein Radiologieinstitut angebotener Wirbelsäulen-Behandlungsmethoden erstellt. Die neueren Therapieverfahren (peridurale Injektion, Facetteninfiltration, Facetten-Thermokoagulation, Vertebroplastie/Kyphoplastie, mikrochirurgische / endoskopische Spinalkanaldekompensation, Implantation von interspinösen Spacern, Kryodeneration peripherer Nerven) wurden modifizierten Methodenbewertungen nach dem Methodenpapier P41 unterzogen und der Versorgungskontext wurde begutachtet. Im Ergebnis wurde dargestellt, dass nur zur periduralen Injektion, zur Vertebroplastie/Kyphoplastie und zu den interspinösen Spacern auf mittlerem Evidenzniveau eine kurzfristige Wirksamkeit anzunehmen ist, sofern strenge Indikationskriterien angewandt werden. Die angebotene Versorgungsweise (Integrationsversorgung) ermangelte u. a. einer interdisziplinären Diagnostik und Indikationsstellung für die Interventionen, die bei den infrage stehenden komplexen Wirbelsäulenleiden essenziell ist. Im Fazit war festzustellen, dass die meisten untersuchten Therapiemethoden keine Standardverfahren darstellen und meistens ihre Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist, obgleich sie in der Regulärversorgung weitverbreitet sind. Die Erfordernis einer zusätzlichen Versorgung (IV-Vertrag) mit den angebotenen Therapiemaßnahmen war nicht abzuleiten. Das Gutachten zeigte insbesondere auf, dass unzureichend geprüfte Behandlungsmethoden in der Regulärversorgung etabliert sind und dass gerade im selektivvertraglichen Bereich einheitliche Versorgungsmindeststandards vonnöten sind, um die im Solidarsystem geforderte Gleichmäßigkeit zu gewährleisten.



[Abb. 3] Auswertungen der Rückmeldebögen zur Kundenzufriedenheit in den Leistungsbereichen Gremien (n = 16) (A), G2/G3-Gutachten (n = 4) (B) und Workshops/Vorträge (n = 20) (C)

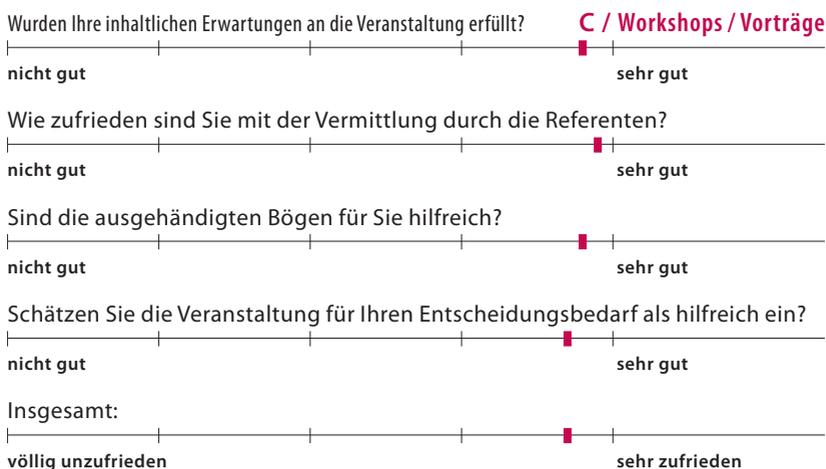
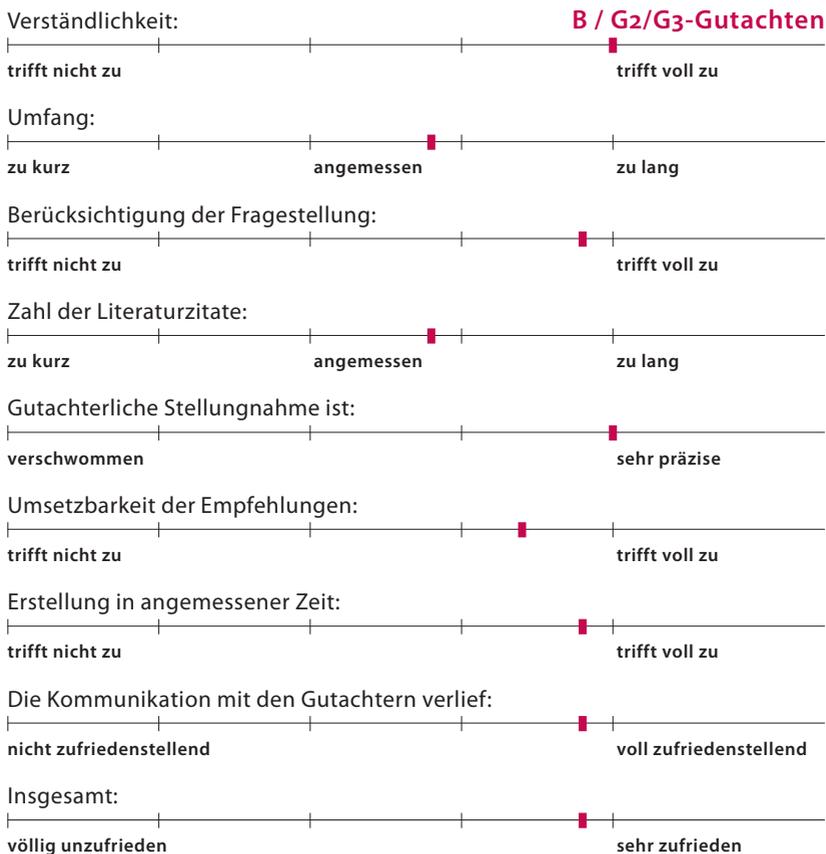
### Beziehung zu Auftraggebern, Kundenzufriedenheit und Außendarstellung

#### Auftraggeber

Wie in den letzten Jahren besteht nach den Auftragseingängen ein leichtes Übergewicht der Beauftragung durch die Bundes- und Landesverbände im Vergleich zu derjenigen durch MDK und MDS (56% versus 44% in 2009, 53% versus 47% in 2008). Innerhalb der Kassenverbände hat der Anteil des GKV-Spitzenverbandes von 14% (2008) auf 34% (2009) stark zugenommen [Abb. 2].

#### Kundenzufriedenheit

Gerade in Zeiten der Umstrukturierung der Kassenverbände auf der Bundesebene hat sich das KCQ als Kontinuität spendender Berater erwiesen. Es wurde geschätzt, dass in diversen Gremien der Qualitätssicherung die personelle Konstanz der Gutachter die Arbeit umstrukturierter Projektgruppen sehr erleichtert hat. Neben der beschlossenen Personalaufstockung des KCQ werten wir insbesondere als Zufriedenheitsäußerung, dass das KCQ regelmäßig zu den Referentenrunden und zur AG »Strategie QS« des GKV-Spitzenverbandes eingeladen wird. Auch dieses Jahr freuen wir uns über die durchweg guten und sehr guten Bewertungen in allen



drei Hauptleistungsbereichen (Gremien, G2/G3-Gutachten, Workshops und Vorträge; siehe dazu auch **Abbildung 3**).

#### Öffentliche Informationsveranstaltung

Im November 2009 fand die gemeinsame Präsentationsveranstaltung von KCO und KCQ in München statt. Dem MDK Bayern als Mitveranstalter danken wir ausdrücklich für die angenehme Kooperation und für den reibungslosen Ablauf sowie die Versorgung bei der Tagung.

Zirka 80 Teilnehmer, vornehmlich aus dem MDK- und dem Kassensystem, aber auch niedergelassene Ärzte und Wissenschaftler, wurden in jeweils 5 Vorträgen zur Umsetzung der Richtlinie des G-BA zur ambulanten Öffnung der Krankenhäuser (KCO) und zur Europäisierung der Versorgung (KCQ) informiert. Zum letztgenannten Thema haben politische Repräsentanten aus der Schweiz und Deutschland die weit entwickelte Freizügigkeit der Gesundheitsversorgung in der »Raumschaft Basel/Lörrach« anhand zahlreicher grenzüberschreitender Kooperationen dargestellt. Es wurde deutlich, dass die lokale Zusammenarbeit zwischen den Ländern weit über die Möglichkeiten der neuen Patientenrichtlinie der EU hinausgeht (bspw. ist im Projekt für Patienten keine Einholung einer Genehmigung erforderlich). Seitens des KCQ wurden Evaluationsergebnisse präsentiert (2. Zwischenbericht zum Pilotbericht).

Schlaglichter: Die Zahl der akutstationär in der Schweiz versorgten deutschen Bürger hat abgenommen, die der in Deutschland behandelten Schweizerbürger stieg an. Die Vergütungsflüsse im Pilotprojekt haben eine für die Schweiz negative Bilanz. Zur Projektumsetzung ist summarisch festzustellen, dass bei allen Beteiligten die Grenzöffnung grundsätzlich begrüßt wird, dass aber Informationsdefizite und Befürchtungen eigener Nachteile bei Ärzten und Krankenhäusern bestehen. Die Qualitätssicherungssysteme in beiden Ländern differieren trotz jeweils vorhandener Anstrengungen stark. Die grenzüberschreitende Rehabilitation ist für die Schweizer Einrichtungen problematisch, weil der Patientenstrom ausschließlich in Richtung Deutschland geht und die Schweizer Rehakliniken wesentlich teurer als die deutschen sind. Die in der Evaluation dargestellte etwaige Nichtgleichartigkeit der deutschen und Schweizer Rehabilitationsleistung führte zu einem Forschungsauftrag zur Klärung dieser Frage an die Universität St. Gallen. Im weiteren Projektverlauf wird sich zeigen, wie systembedingte Hemmnisse überwunden werden können und wo das optimale Maß einer freizügigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung liegt.

#### Perspektiven

Die personelle Verstärkung des KCQ wird sowohl eine umfänglichere Beratung in Bundes- und Landesqualitätssicherungsgremien als auch eine inhaltliche Spektrumsausweitung ermöglichen. Letztere betrifft vor allem die Versorgungssystemgestaltung, die eine Kernkompetenz des KCQ ist

(BIOS) und die in den letzten Jahren zugunsten der Gremienarbeit zurücktrat. Derzeit wird geprüft, ob wir den Auftrag zur Analyse des Bettenplanes eines Bundeslandes übernehmen können.

Die Website des KCQ wird gegenwärtig vollständig neu gestaltet ([www.kcqq.de](http://www.kcqq.de)). Wir streben an, die öffentliche Präsenz des Kompetenzzentrums – insbesondere für die MDK-Gemeinschaft und die Kassenverbände – zu verbessern, um unsere Beratungskompetenz und -ergebnisse darzustellen.

Das KCQ sieht – gerade in Zeiten der kritischen Hinterfragung von mit Bürokratie gleichgesetzter Qualitätssicherung – seine Mission in der Mitgestaltung neuer QS-Konzepte (sektorenübergreifende Qualitätssicherung, Pay for Performance / P4P, Routinedatennutzung), wobei immer auf den Grundsatz von ausreichender, zweckmäßiger, wirtschaftlicher und das Maß des Notwendigen nicht überschreitender Versorgung sowie auf Gleichmäßigkeit zu achten ist (§§ 12, 70 SGB V). Deshalb wirken wir im kollektiv wie im selektivvertraglichen Bereich auf die Sicherstellung und Förderung einer Mindestqualität hin, wobei Aufwand und Nutzen von Qualitätssicherung in Balance und Qualitätsmerkmale valide zu sein haben.

Zusammen mit dem GKV-Spitzenverband und in Kooperation mit dem MDS treiben wir eine Transparenz-Offensive der vertragsärztlichen QS-Maßnahmen voran. Dabei ist es Ziel, die inhaltlichen Ergebnisse der KV-QS-Kommissionen bundesweit darzustellen, um Versorgungsdefiziten begegnen zu können. Hierzu werden, beginnend mit der Umsetzung der QS-Richtlinie Dialyse, QS-Netze aus MDK-Gutachtern aufgebaut, die aus der Kommissionsarbeit heraus eine Qualitätssynopse für das GKV-System und die Öffentlichkeit ermöglichen.

Wie bisher wollen wir eine intensive Zusammenarbeit und einen Informationsaustausch mit den Gutachtern der Einzelfallberatung pflegen – gemeinsame Projekte erfolgten mit der SEG 1, 4, 5 und 7, dem KCO und dem KCG sowie mit zahlreichen einzelnen Gutachtern –, um Brennpunkte der Versorgungsqualität aufzuspüren und Ergebnisse der Systemberatung zurückzuspiegeln.

Generell werden wir weiterhin die Akzeptanz unserer Expertise in der Fachöffentlichkeit anstreben und erreichen, indem wir uns durch Publikationen, aktive und passive Kongressteilnahmen sowie Mitwirkung in Praktikerzirkeln der Diskussion zugunsten von Qualitätsförderung stellen.

## **6 Zusammenfassende Darstellung der kundenbezogenen Inanspruchnahme**

### KC Geriatrie

50,6% Kranken- / Pflegeversicherung

49,4% MDK-Gemeinschaft

### KC Onkologie

60,6%

39,4%

### KC Psychiatrie / Psychotherapie

66,8%

33,2%

### KC Qualitätssicherung / -management

92,1%

7,9%

### Statistischer Mittelwert aller Kompetenz-Centren

69,4%

30,6%

#### [Abb.1] Ressourcenverbrauch nach Kunden

##### Einzelner Bundesverband

8%

##### Landesverbände gemeinsam

11%

##### Einzelkasse / Landesverband

17%

##### GKV-Spitzenverband

64%

#### [Abb.2] Ressourcenverteilung innerhalb des Krankenversicherungssystems

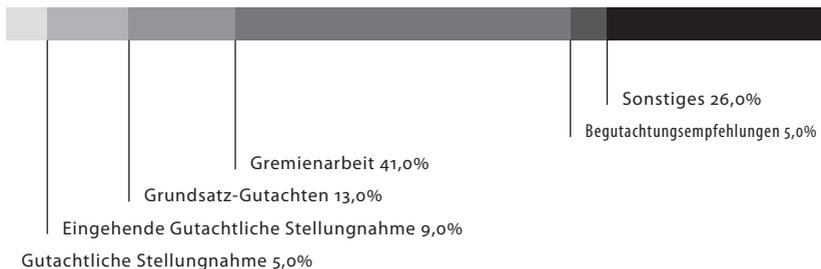
Die Haupt-Kundengruppen der Kompetenz-Centren sind einerseits die Träger der Krankenversicherung und ihre Verbände und andererseits die Medizinischen Dienste. Von den im Jahr 2009 aufgewendeten Gesamtresourcen in Höhe von 2960 Tagen entfielen rund 70% auf die Bearbeitung von Aufträgen, die durch Krankenkassen bzw. deren Verbände erteilt wurden, und ca. 30% auf die Bearbeitung von Aufträgen aus der MDK-Gemeinschaft.

Aufgrund der individuellen Aufgabenstellung ist die kundenspezifische Inanspruchnahme in den einzelnen Kompetenz-Centren unterschiedlich [Abb. 1].

Für die Bearbeitung von Aufträgen einzelner Krankenkassen bzw. deren Verbände haben die Kompetenz-Centren im Jahr 2009 insgesamt 1726 Tage aufgewendet. Innerhalb des Krankenversicherungssystems ist der GKV-Spitzenverband der größte Auftraggeber [Abb. 2].

Entsprechend den organisatorischen Vorgaben für KC sind die Aufträge folgenden Produktkategorien zuzuordnen:

## **7 Zusammenfassende Darstellung der Arbeitsschwerpunkte**



[Abb.1] Ressourcenverbrauch nach Produktarten



[Abb.2] Arbeitsschwerpunkte der Kompetenz-Centren;  
die unterschiedlichen Balken entsprechen den Produktarten in Abb. 1

- G1 Gutachterliche Stellungnahme
- G2 Eingehende Gutachtliche Stellungnahme
- G3 Grundsatz-Gutachten
- G4 Gremienarbeit
- G5 Begutachtungsempfehlungen
- Sonstiges

Über alle vier KC stellte sich der Ressourcenverbrauch nach Produktarten im Jahr 2009 wie folgt dar: Rund 28% der Ressourcen wurden für die Erstellung von gutachtlichen Stellungnahmen (Produktgruppen G1 bis G3), 41% für die Beratung in Gremien und 5% für die Erstellung von Begutachtungsempfehlungen aufgewendet. Auf Koordinierungs- und Administrationstätigkeiten sowie auf Produkte, die sich keiner Produktkategorie zuordnen lassen, entfiel 26% des Gesamtaufwandes.

Das Aufgabenspektrum in den einzelnen KC ist, wie in **Abbildung 2** ersichtlich, aufgrund der spezifischen Themenstellung unterschiedlich.

**Herausgeber** Kompetenz-Centren  
der mdk-Gemeinschaft  
c / o Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen e.V. (mDs)  
Lützowstr. 53, 45141 Essen  
Telefon: 0201.8327-0  
Mail: office@mds-ev.de

Die Träger der Kompetenz-  
Centren der mdk-Gemeinschaft sind  
der gkv-Spitzenverband und die  
Medizinischen Dienste der Kranken-  
versicherung

**Gestaltung und Layout**  
de Jong Typografie, Essen

**Druck** Memminger Medien Centrum  
MMC, Memmingen