

Jahresbericht der Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft

2010 / 2011

Jahresbericht der
Kompetenz-Centren der
MDK-Gemeinschaft
2010/11

Jahresbericht der
Kompetenz-Centren der
MDK-Gemeinschaft

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, der vorliegende gemeinsame Jahresbericht der Kompetenz-Centren für Geriatrie, Onkologie, Qualitätssicherung sowie Psychiatrie und Psychotherapie soll Ihnen einen Überblick über die zahlreichen Aktivitäten der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Berichtszeitraum vermitteln.

Besonders erfreulich ist eine weitere Zunahme der Beratung im Bereich der Gesundheitssystem-Fragen für den gkv-Spitzenverband (gkv-sv), den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), aber auch für Krankenkassenverbände auf der Landes- und Bundesebene. Darüber hinaus wurden eine Vielzahl von Grundsatzgutachten, Sozialgerichtsgutachten, Begutachtungs-Richtlinien und auch sozialmedizinische Stellungnahmen verfasst.

Wir hoffen, dass die Lektüre des gemeinsamen Jahresberichtes nicht nur Ihr Interesse weckt, sondern auch Anlass zu zahlreichen Anregungen gibt. Wir freuen uns auch weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Norbert Lübke

Leiter KCG

Prof. Dr. med. Axel Heyll

Leiter KCO

Dr. med. Christoph J. Tolzin

Leiter KCPP

Prof. Dr. med. Johannes Giehl

Leiter KCO

Grußwort

Bei der Weiterentwicklung der Versorgung auf der Bundesebene haben uns auch in den letzten beiden Jahren die Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft wesentlich unterstützt. Sie vermochten dies zu leisten, weil ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine besondere Kombination aus Kompetenzen verfügen: erstens medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse mit Praxisbezug auch aus eigener therapeutischer Tätigkeit; zweitens das Verständnis der wesentlichen Strukturen und Steuerungselemente unseres Gesundheitswesens und drittens die Fähigkeit, diese Bereiche zu einer am Patientennutzen orientierten Versorgungsgestaltung zusammenzuführen. Mit der Verbindung von Einzelfall-Know-how aus der Begutachtungsarbeit und Systemdenken tragen die Kompetenz-Centren auch wesentlich zu einem bundesweiten Austausch und einer Vernetzung der Medizinischen Dienste bei. Inhaltlich decken sie besonders wichtige Versorgungsbereiche und Querschnittsthemen ab. Ich freue mich auf eine Fortsetzung der erfolgreichen Zusammenarbeit.

Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer

Vorsitzende des Vorstandes

gkv-Spitzenverband

Inhalt

1	
Überblick	6
2	
Kompetenz-Centrum Geriatrie	12
3	
Kompetenz-Centrum Onkologie	28
4	
Kompetenz-Centrum Psychiatrie / Psychotherapie	44
5	
Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement	58

Historie und Aufgaben der Kompetenz-Centren

1999 wurden von den »alten« Spitzenverbänden der GKV, den Vorläufern des heutigen GKV-Spitzenverbandes, und dem MDS drei Kompetenz-Centren ausgeschrieben:

- Kompetenz-Centrum Onkologie,
- Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie und
- Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Es hatte sich gezeigt, dass in den betroffenen Fachbereichen der Beratungsbedarf der GKV-Spitzenverbände durch die MDK-Gemeinschaft nicht mehr ausreichend gedeckt werden konnte. Um eine qualitativ hochwertige Systemberatung jederzeit und in ausreichendem Maße abrufen zu können, wurde die Etablierung der Kompetenz-Centren beschlossen und diese innerhalb der MDK-Gemeinschaft ausgeschrieben. Jeder MDK konnte sich unter Vorstellung eines Konzepts mit einem Personalvorschlag für die Leitung bewerben. Nach einer Vorstellungsrunde am 11. 11. 1999 beim MDK in Hamburg bekamen der MDK Nordrhein für das Kompetenz-Centrum Onkologie und der MDK Baden-Württemberg für das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement den Zuschlag. Das Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie wurde dem MDK Mecklenburg-Vorpommern übertragen. Dieser führte das Kompetenz-Centrum zunächst in Kooperation mit dem MDK Bayern, später in Kooperation mit dem MDK Hessen.

2000 bis 2002 war für die Kompetenz-Centren zunächst eine Probephase vorgesehen, die mit einer Evaluation abgeschlossen wurde. Nach positivem Ergebnis wurden die drei Kompetenz-Centren als dauerhafte Institutionen weitergeführt.

2003 wurde als viertes Kompetenz-Centrum das Kompetenz-Centrum Geriatrie ausgeschrieben und beim MDK Nord aufgebaut.

Das Budget der Kompetenz-Centren wird zu 50% von der MDK-Gemeinschaft und zu 50% vom GKV-Spitzenverband über den MDS getragen. Die Kompetenz-Centren haben einen festen Mitarbeiterstab, der ausschließlich die Aufgaben der Kompetenz-Centren wahrnimmt, so dass eine dauerhafte Verfügbarkeit der Fachkompetenz auch kurzfristig gewährleistet ist. Seit der Gründungsphase sind die Anforderungen an die Kompetenz-Centren weiter gewachsen, was zusätzliche Stellenzuweisungen notwendig machte. Neben den Aufgaben in der Systemberatung, z. B. Beratung des GKV-Spitzenverbandes in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, koordinieren die Kompetenz-Centren in ihrem Fachgebiet die Begutachtungstätigkeit innerhalb der MDK-Gemeinschaft. Durch eine kontinuierliche Befragung der Auftraggeber zur Zufriedenheit mit von den Kompetenz-Centren gelieferten Produkten und regelmäßige Treffen mit Vertretern des GKV-Spitzenverbandes zum Erfahrungsaustausch ist eine kontinuierliche Evaluation der Arbeit der Kompetenz-Centren gewährleistet.

Die Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft im Überblick

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), dessen Einrichtungen dezentral über das Bundesgebiet verteilt sind, muss zu vielfältigen Themen der Gesundheitsversorgung kompetent Stellung nehmen können. Um dafür eine besondere Expertise aufzubauen und zugleich unnötige Mehrfachstrukturen zu vermeiden und noch besser als Ansprechpartner für übergreifende Organisationen wie den GKV-Spitzenverband und den Gemeinsamen Bundesausschuss dienen zu können, wurden in den vergangenen Jahren sogenannte Kompetenz-Centren eingerichtet, die zwar an bestimmten MDK-Standorten angesiedelt, aber für das ganze Bundesgebiet zuständig sind. Man könnte etwas vereinfacht sagen: Während die MDK eher auf Einzelfall-Ebene beraten, liegt die Aufgabe der Kompetenz-Centren primär in der Systemberatung. Hier tragen sie ganz entscheidend dazu bei, das deutsche Gesundheitssystem im Sinne der Versicherten zu gestalten und weiterzuentwickeln.

Die vier Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft befassen sich mit den Schwerpunkten Geriatrie, Onkologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Für alle gilt, dass sie mit sechs bis acht Mitarbeitern besetzt sind, dass ihre Aufgaben primär in der Systemberatung liegen, dass der Umfang der Arbeit über die Jahre zunahm und dass sie in Evaluierungen hervorragend abschneiden. Im Folgenden werden die einzelnen Kompetenz-Centren schlaglichtartig vorgestellt. Vertiefende und umfassendere Informationen bieten die daran anschließenden Berichte aus den einzelnen Kompetenz-Centren.

Kompetenz-Centrum »Geriatrie«

Mit dem zunehmenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wächst auch das Aufgabengebiet der Geriatrie: Früherkennung von Risiken, adäquate medizinische Versorgung multimorbider alter Menschen, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Nutzung rehabilitativer Potenziale. Die simple Forderung, entsprechend mehr geriatrische Plätze in Kliniken zu schaffen, greift jedoch zu kurz, wie auf dem wegweisenden Expertenforum des KCG mit dem Titel »Weißbuch Geriatrie – was nun? Planungsperspektiven 2020« festgestellt wurde. 120 Experten setzten sich dort kritisch mit dem vom Bundesverband Geriatrie in Auftrag gegebenen Weißbuch auseinander. Fazit: Die erheblichen Kapazitätsausweitungen der letzten Jahre können nicht unreflektiert in die Zukunft fortgeschrieben werden. Zu wenig berücksichtigt das Weißbuch den notwendigen geriatrischen Wissenstransfer in nicht explizit geriatrische Einrichtungen, den Ausbau ambulanter geriatrischer Angebote sowie deren Evidenzbasierung durch die Versorgungsforschung. Die Teilnehmer waren sich einig, dass die Erkenntnis »Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient« ergänzt werden muss um den Gedanken »Nicht jeder geriatrische Patient braucht ein Bett in einer spezifisch geriatrischen Versorgungseinrichtung«. Konkrete Aufgaben und Projekte des KCG waren beispielsweise die Auswertung von

Routinedaten zur Identifizierung und Risikobestimmung geriatrischer Patienten, die Implementierung einer externen Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation und die evaluative Begleitung der mobilen Rehabilitation als sich neu etablierendem Baustein geriatrischer Versorgung. Darüber hinaus nahm das KCG seine Rolle als maßgebliche Fachinstanz innerhalb der MDK-Gemeinschaft wahr, indem es für die Gutachter vor Ort ein Kompendium »Begutachtungswissen Geriatrie« erstellte, das Antworten auf relevante Fachfragen gibt und Hintergrundwissen bietet. Neben diesem Kontakt zur »Gutachter-Basis« pflegt das KCG auch vielfältige Netzwerke in die Politik, die Wissenschaft und die Versorgung. In Zukunft wird das KCG verstärkt darauf hinwirken, dass geriatrische Fehlversorgungsanreize im DRG-System abgebaut werden, dass geriatrische Kompetenzen für die Versorgung älterer Patienten breiter gestreut und dass die bei älteren Patienten übliche Multimedikation von ungeeigneten Mitteln bereinigt und auf das Zuträgliche und Notwendige beschränkt wird. Über allem steht der Zielgedanke, die Selbstständigkeit geriatrischer Patienten so lange und so weit wie möglich zu erhalten.

Kompetenz-Centrum »Onkologie«

Der Nutzen onkologischer Behandlungen ist ein kritisches Thema, weil hier eine Fülle innovativer und meist teurer Verfahren einem oft nur marginalen Nutzen gegenüberstehen. Auch wenn solche Verfahren plausibel klingen und die Anbieter in Vorstudien gezeigt haben, dass ein Nutzen möglich ist, hat das GKV-System die Aufgabe, der Solidargemeinschaft die Kosten eines Verfahrens erst dann aufzubürden, wenn ein Nutzen für die Patienten in geeigneten Studien belegt ist. So wirkte das KCO erfolgreich darauf hin, dass ein Nutzen beispielsweise für die Positronenemissionstomographie (PET) nicht bereits in einer besseren Aufnahmequalität gesehen wird, sondern erst dann, wenn diese bessere Qualität auch zu einem Nutzen für den Patienten führt, da aufgrund des Ergebnisses eine besser geeignete Behandlung ausgewählt werden kann und damit z. B. die Prognose des Patienten verbessert wird oder ihm unnötige Belastungen erspart werden. Ähnliches gilt für die interstitielle Brachytherapie zur Behandlung von Prostatakrebs, bei der kleine radioaktive Implantate den Tumor an Ort und Stelle zerstören sollen. Hier regte das KCO Studienkonzepte an, die diese Methode mit den etablierten Behandlungsmöglichkeiten wie Operation oder externe Bestrahlung vergleichen, um einen Nutzen für die Patienten belegen zu könnten. Ebenfalls in der Prüfung waren Markertests für eine bessere Diagnose von Brustkrebs und ein neuartiges Verfahren, die sogenannte selektive interne Radiotherapie zur Behandlung von Leberkrebs. Von großer Tragweite war das Wirken des KCO beim Thema Krankenhausbehandlung: Bislang war es gängige Praxis, dass in Kliniken Verfahren auch ohne Nutznachweis von der GKV bezahlt wurden, sofern der G-BA sie nicht explizit ausgeschlossen hat. Hier konnte das KCO mit seiner Expertise dazu beitragen, dass Gerichte in zwei Instanzen gegen dieses Vor-

gehen urteilen: Die Richter stellten fest, dass auch im Krankenhaus nur Verfahren erstattet werden müssen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen, selbst wenn der G-BA kein Negativvotum abgegeben hat. Sollten diese Urteile auch vor dem Bundessozialgericht Bestand haben, wofür sich das KCO einsetzen wird, könnte der Verbreitung von Krankenhausbehandlungen ohne gesicherten Nutzen zulasten der GKV außerhalb klinischer Studien ein Riegel vorgeschoben werden.

Kompetenz-Centrum »Psychiatrie und Psychotherapie«

Wenn es um die Frage geht, ob eine ärztliche Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden muss, tritt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Aktion. Maßstab seiner Entscheidung ist vor allem der nachgewiesene Nutzen einer Maßnahme. Gutachter des KCPP haben in mehreren Unterausschüssen des G-BA ihre Expertise eingebracht, um den Nutzen einzelner Maßnahmen anhand der vorliegenden wissenschaftlichen Studien zu bewerten. Aufgrund dieser Beratung beschloss der G-BA beispielsweise Ende 2011, die sogenannte neuropsychologische Therapie in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Weitere Beispiele für die Beratungstätigkeit des KCPP: Für den GKV-Spitzenverband nahm es an einem von der Bundesregierung im März 2010 ins Leben gerufenen »Runden Tisch« teil, der das brisante gesellschaftliche Problem »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« zum Thema hat. Mit dem Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement kooperierte es bei der Bewertung einer S3-Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas, und es wirkte in der Expertengruppe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Off-Label-Use einzelner Psychopharmaka mit. Ebenfalls zum Thema Psychopharmaka erstellte das KCPP eine Online-Arbeitshilfe, in der sich mit wenigen Klicks die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Mittel aufrufen lassen. Deutlich in die Zukunft gerichtet war die Jahrestagung des KCPP, die sich mit dem Thema »Innovative Strukturen und Vernetzung in der Versorgung psychisch Kranker« befasste.

Darüber hinaus sind die MitarbeiterInnen in einer Vielzahl von Arbeitsgruppen zur Entwicklung eines neuen Vergütungs- und Abrechnungssystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sowie psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) aktiv gewesen. Gleiches galt für die Themenkreise Transsexualität und Häusliche Psychiatrische Krankenpflege.

Kompetenz-Centrum »Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement«

Qualität ist einer der prägenden und seit langem im Sozialgesetzbuch verankerten Leitgedanken der Medizin. Doch Qualität stellt sich nicht von alleine ein. Um Qualität in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung

zu gewährleisten, muss sie definiert, gemessen, kontrolliert und gefördert werden. Damit kann man jedoch auch über das Ziel hinausschießen: Zum »Leidgedanken« wird Qualitätssicherung dann, wenn die Bemühungen ausufern oder ineffizient sind oder wenn der Datenschutz verletzt wird. Das KCQ achtet deshalb darauf, dass der Qualitätsgedanke kein Selbstzweck wird, sondern dass Aufwand, Ertrag und Datenschutz in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen – denn nur dann werden Qualitätssicherungs-Maßnahmen von denjenigen akzeptiert, die den Aufwand zu tragen haben. So lassen sich beispielsweise ohnehin erhobene Routinedaten zur Qualitätssicherung heranziehen, ohne dass zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Gerade zur Weiter- und Neuentwicklung von Verfahren erstellte das KCQ mehrere Expertisen. Dass die Qualitätssicherungs-Systeme hierzulande auf einem guten Weg sind und geradezu Pionierarbeit leisten, wurde auf einer von KCQ und GKV-Spitzenverband ausgerichteten internationalen Klausurtagung deutlich. Konkret erarbeitete das KCQ Vorschläge zur Qualitätssicherung u. a. bei den Themen Säuglingshüftsonographie, Dialyse, Wirbelsäulenoperationen und Krankenhaushygiene. Das Kompetenz-Centrum erstellte Gutachten zu sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren, zur Qualitätssicherung kathetergestützter Implantationen von Herzklappen, zur elektronischen Datenerfassung und zu Interessenkonflikten bei der Erstellung medizinischer Leitlinien. Um Qualität geht es auch, wenn KCQ-Gutachter mit ihrer fachärztlichen und methodologischen Kompetenz Grundsatzgutachten zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erstellen. Das KCQ sieht einen wichtigen Teil seiner Arbeit auch darin, Gutachter-Netzwerke zu knüpfen und zu pflegen, um so die optimale Umsetzung des Qualitätsgedankens bundesweit zu vereinheitlichen und zu fördern.

Zusammenfassung von Dr. Christian Weymayr

2 Kompetenz-Centrum Geriatrie

Leitung KCG

Dr. Norbert Lübke

FA Innere Medizin

Klinische Geriatrie

Sozialmedizin

Physikalische Therapie

Naturheilverfahren

Ärztliches Qualitäts-

management

Aufgabenschwerpunkte:

Geriatrische Rehabi-

litation, geriatrische

frührehabilitative

Komplexbehandlung,

Außenvertretung

Stellvertretung

Dr. Matthias Meinck

Diplom-Soziologe

Gesundheits-

wissenschaftler

Pflegefachkraft

Aufgabenschwerpunkte:

Routinedatenanalysen,

Projektbegleitung,

Literaturrecherche,

geriatrische Pflege

Weitere Gutachter

Dr. Maria Albota

Ärztin

Diplom-Soziologin

(seit 18.09.11)

Aufgabenschwerpunkte:

Qualitätssicherung,

Projektbegleitung

Gesundheitswissenschaft-

liche Dokumentation

Dr. Friedemann Ernst

FA Innere Medizin

FA Allgemeinmedizin

Sozialmedizin

Aufgabenschwerpunkte:

DRG-Begutachtung,

Leitlinien, Assessment

Gesundheits-

wissenschaftliche

Dokumentation

Julia Lina Weyh MA

Diplomsozialwissen-

schaftlerin Master of Arts

(Management von

Gesundheits- und

Sozialeinrichtungen)

Altenpflegerin

Aufgabenschwerpunkte:

Literaturrecherche, Archiv,

Mobile geriatrische

Rehabilitation,

Datenauswertung

Sekretariat

Monika Meyer

Tel.: 040 25169-1107

Fax: 040 25169-499

E-Mail: info@kcgeriatrie.de

Büroanschrift

Hammerbrookstr. 5

20097 Hamburg

www.kcgeriatrie.de

KCG der MDK-Gemeinschaft 2010/11

Organisation und Infrastruktur

Leitung und Stellvertretung des KCG sind vollzeitig, die dritte Gutachterstelle durch zwei Mitarbeiter nur anteilig besetzt (0,83). Die Dokumentationsassistenz umfasst einen Stellenumfang von 0,75 und das Sekretariat von 0,25. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie ist organisations- und personalrechtlich dem MDK Nord angegliedert und wird von dessen Leitendem Arzt fachlich begleitet.

Aufgaben

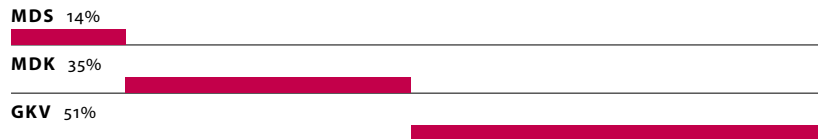
Das KCG berät die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Medizinischen Dienste in Grundsatzfragen der Versorgung geriatrischer Patienten seit seiner Gründung im Jahr 2003.

Menschen im höheren Lebensalter haben spezielle Behandlungsbedarfe, die insbesondere in ihren eingeschränkten Reservekapazitäten und ihrer Multimorbidität gründen. Beide Faktoren führen bei älteren Patienten sehr häufig zu Krankheitsfolgen im Sinne von alltagsrelevanten Beeinträchtigungen, die die Selbstversorgungsfähigkeit und Teilhabe erheblich einschränken. Gerade auf diese Krankheitsfolgen sind geriatrische Behandlungsmaßnahmen ausgerichtet, die demografiebedingt weiter im Fokus gesellschaftlicher und damit auch gesundheitssystemrelevanter Entwicklungsprozesse stehen.

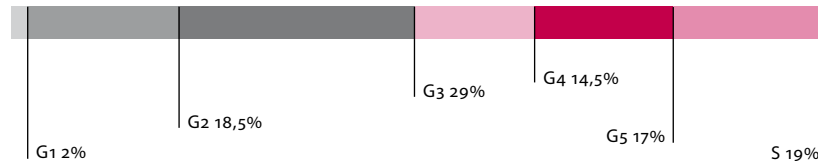
Im Spannungsfeld steigender Gesundheitsausgaben im Vergleich mit zunehmenden Folgekosten in anderen sozialen Bereichen (z.B. Pflege, Sozialhilfe) und einer aus unterschiedlichen Gründen strukturell und kapazitiv weiterhin heterogenen geriatrischen Versorgungslandschaft kommen auf die gesetzliche Krankenversicherung vielfältige Gestaltungsaufgaben zu. Das KCG steht der GKV und ihren Medizinischen Diensten hierbei mit seiner fachlich breit aufgestellten Expertise zur Verfügung.

Auch in den Jahren 2010 und 2011 wurde das Beratungsangebot des KCG von seinen Auftraggebern umfänglich genutzt. Etwa die Hälfte aller Aufträge an das KCG erteilen die einzelnen Medizinischen Dienste. Überwiegend handelt es sich hierbei um telefonische Kurzanfragen durch einzelne Mitarbeiter der MDK mit direktem Bezug zu praktischen Begutachtungstätigkeiten im Einzelfall, seltener um Strukturprüfungen oder Grundsatzberatung. Der Ressourceneinsatz lag zu gut 50% in Aufträgen der GKV, gefolgt von einem geringeren Ressourceneinsatz für die MDK und den MDS (vgl. Tab. 1). Dabei entfallen große Anteile der aufgewendeten Ressourcen auf schriftliche gutachtliche Stellungnahmen und Begutachtungsgrundlagen (vgl. Tab. 2). Die Beauftragung des KCG innerhalb der Produktgruppensystematik G1-G5 erfolgt ganz überwiegend gemeinschaftlich durch die Kaserverbände, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund oder die Gemeinschaft der MDK. Die Kernaufgabenbereiche des KCG umfassen im Einzelnen:

- die Erstellung von Grundsatzgutachten zu geriatrischen Versorgungsfragen;



[Tab. 1] Ressourcenverbrauch nach Hauptauftraggebern im Jahr 2011



[Tab. 2] Ressourcenverbrauch nach Produktgruppen im Jahr 2011

G1 Gutachten G2 Gutachten G3 Gutachten G4 Gremien / Ausschüsse G5 Gutachten
S Sonstige Beratungsprodukte

- Beiträge zur Transparenz des geriatrischen Versorgungsgeschehens insbesondere unter Einbezug von Routedaten;
- die fachliche Begleitung von Modellprojekten zur geriatrischen Versorgung mit übergeordneter Bedeutung;
- die Vertretung respektive Beratung der GKV und der MDK in Gremien und bei Verhandlungen zur Weiterentwicklung und Qualitätssicherung geriatrischer Versorgungsstrukturen;
- innerhalb der MDK-Gemeinschaft die Verbreiterung und Vertiefung des Wissensstandes auf dem querschnittlich und sektorenübergreifend angelegten Aufgabenfeld der Versorgung multimorbider Menschen im höheren Lebensalter mit dem Ziel, in Abstimmung mit anderen Kompetenzeinheiten zu einer einheitlichen sozialmedizinischen Begutachtung beizutragen. Diesem Aufgabenschwerpunkt dienen vor allem Schulungen, die Erarbeitung von Wissensgrundlagen und die exemplarische Einzelfallberatung.

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie ist für die Erfüllung dieser vielfältigen und querschnittlichen Aufgaben in besonderer Weise gerüstet:

- Es hält interprofessionelle, breit aufgestellte Fachkompetenz und unterschiedliche Ausbildungs- und Erfahrungsschwerpunkte seiner Mitarbeiter vor.
- Es bietet langjährige personelle Kontinuität und Erfahrung in seinen Recherchen, seiner Beratungstätigkeit und seiner Projektbegleitung.
- Es vereint einen fundierten Überblick über die verschiedenen landesspezifischen Besonderheiten geriatrischer Versorgungsstrukturen mit länderübergreifend angefragten geriatrischen Versorgungsperspektiven.

- Es pflegt engen Kontakt zu seinen Geriatrieansprechpartnern auf der MDK-Landesebene, was die »Erdung« zum operativen Begutachtungsgeschäft der MDK und die Koordination bundesweiter und landesspezifischer Anforderungen sicherstellt.

Beispielhaft werden im folgenden Abschnitt einige ausgewählte Arbeitsschwerpunkte des Kompetenz-Centrums Geriatrie aus den Berichtsjahren 2010 und 2011 herausgehoben.

Ausgewählte Arbeitsschwerpunkte im Berichtszeitraum

Expertenforum 2010

Ein Meilenstein in der Arbeit des KCG war das im November 2010 erstmalig ohne Beteiligung weiterer Kompetenzeinheiten des MDK-/MDS-Systems durchgeführte Expertenforum »Weißbuch Geriatrie – was nun? Planungsperspektiven 2020«. Rund 120 Vertreter von Krankenkassen, ihren Landes- und Bundesverbänden sowie aus Politik, Medizinischen Diensten und der Versorgungspraxis waren der Einladung des KCG nach Hamburg gefolgt. Sie diskutierten die Inhalte und Prognosen des im Auftrag des Bundesverbandes Geriatrie vorgelegten Gutachtens »Weißbuch Geriatrie« zu Bedarf und Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsangebote.

Obwohl der Anteil der Geriatrie an den stationären Versorgungskapazitäten mit etwa 2% im Krankenhaus- und rund 4% im Rehabilitationssektor insgesamt weiterhin eher gering ist, wurde als Ergebnis des Expertenforums deutlich, dass die erheblichen Kapazitätsausweitungen der letzten Jahre nicht unreflektiert in die Zukunft fortgeschrieben werden können.

So verwiesen die Vertreter der GKV, der Planungsbehörden der Länder, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bundesärztekammer und des KCG auf einige Aspekte, die im »Weißbuch Geriatrie« unberücksichtigt geblieben sind, die aber einen möglichen weiteren Ausbau stationärer geriatrischer Versorgungskapazitäten auf das notwendige Maß begrenzen sollten:

Durch Verstärkung des geriatrischen Wissenstransfers in ambulante und stationäre Bereiche (Geriatriisierung) kann die medizinische Versorgung geriatrischer Patienten auch außerhalb spezifischer geriatrischer Versorgungsangebote noch deutlich verbessert werden.

Dem Grundsatz ambulant vor stationär muss in der Geriatrie durch prioritären Ausbau ambulanter Angebote und eine bessere Vernetzung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Akteure noch stärker Rechnung getragen werden.

Durch eine Ausweitung der Versorgungsforschung insbesondere mit Routedaten können die fachlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung älterer multimorbider Versicherter verbessert und die Stellung der Geriatrie im Gesundheitssystem gestärkt werden.

Somit sah die Mehrheit der Teilnehmer den Schwerpunkt einer Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung weniger im Aufbau weiterer stationärer geriatrischer Versorgungskapazitäten als vielmehr in der geria-



trischen Qualifizierung aller im ambulanten und stationären Bereich Tätigen, einem bedarfsgerechten Ausbau ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen und deren Vernetzung mit bestehenden stationären Einrichtungen.

Der Leitsatz »Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient« muss ergänzt werden durch den Satz »Nicht jeder geriatrische Patient braucht eine Behandlung in einer spezifisch geriatrischen Versorgungseinrichtung«.

Die mehr als 70-seitige Dokumentation des KCG-Expertenforums 2010 steht auf den Internetseiten des KCG unter www.kcgeriatrie.de zum Download zur Verfügung.

Auswertungsprojekte mittels Routinedaten der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung

Seit mehreren Jahren nutzt das KCG Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen für Auswertungsprojekte im Auftrag seiner Träger. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Erarbeitung von Identifikationsmöglichkeiten geriatrischer Patienten mittels geeigneter Routinedaten. Ursprünglich im Auftrag des AOK-Bundesverbandes begonnen und weitergeführt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erfolgte anhand der Routinedaten der AOK-Gemeinschaft zum stationären und ambulanten sowie pflegerischen Leistungsgeschehen die Überprüfung der Identifikationsmöglichkeiten geriatrischer Patienten. **Tabelle 3** zeigt die Prävalenz wichtiger geriatritypischer Merkmalskomplexe in Altersgruppen ab sechzig Jahren. Hochprävalent zeigen sich die geriatritypischen Merkmalskomplexe kognitive Defizite (z. B. demenzielle Syndrome), Inkontinenz sowie Sturzneigung/Schwindel.



Im Weißbuch Geriatrie wurde bis zum Jahr 2020 ein Mehrbedarf in Krankenhäusern in Höhe von 16 200 geriatrischen Betten und in Rehabilitationseinrichtungen in Höhe von 3000 geriatrischen Betten prognostiziert. Die Prognose stützte sich zum einen auf eine Schätzung zu bestehender Fehlallokation geriatrischer Patienten in nichtgeriatrischen Fachabteilungen und zum anderen auf die weitere demografische Entwicklung.

Im Berichtszeitraum konnten wichtige Teilschritte mit der Anfertigung von zwei Publikationen für eine wissenschaftliche Fachzeitschrift abgeschlossen werden (Veröffentlichung in 2012). Wichtige Ergebnisse dieser Grundsatzarbeiten sind:

- Geriatritypische Merkmalskomplexe eignen sich für eine Identifikation geriatrischer Patienten mittels Routinedaten
- Neben stationären Diagnosen können und sollten für die Identifikation geriatrischer Patienten aus Routinedaten auch ambulante Diagnosen und Pflegemerkmale herangezogen werden.
- Pflegebedürftige Versicherte weisen in Routinedaten zu einem hohen Anteil geriatritypische Diagnosekomplexe auf. Pflegemerkmale können umgekehrt die Unterausweisung geriatritypischer Merkmalskomplexe in ambulanten und stationären Diagnosen korrigieren.
- Geriatritypische Merkmalskomplexe beschreiben erhöhte kurz- bis mittelfristige Risiken für Mortalität, Heimübertritte, Anstieg des Hilfe-/Pflegebedarfs und Krankenhausbehandlungen.

Solcherart datengetriebene Systemberatung liefert wichtige Grundlagen z. B. für Care-/Case-Managementangebote für geriatrische Patienten und legt durch zielgenaue Identifikation einer vulnerablen Patientengruppe anhand von Routinedaten Grundlagen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten mit hoher Versorgungsinanspruchnahme und hohen Behandlungs- und Pflegekosten.

Externe Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation

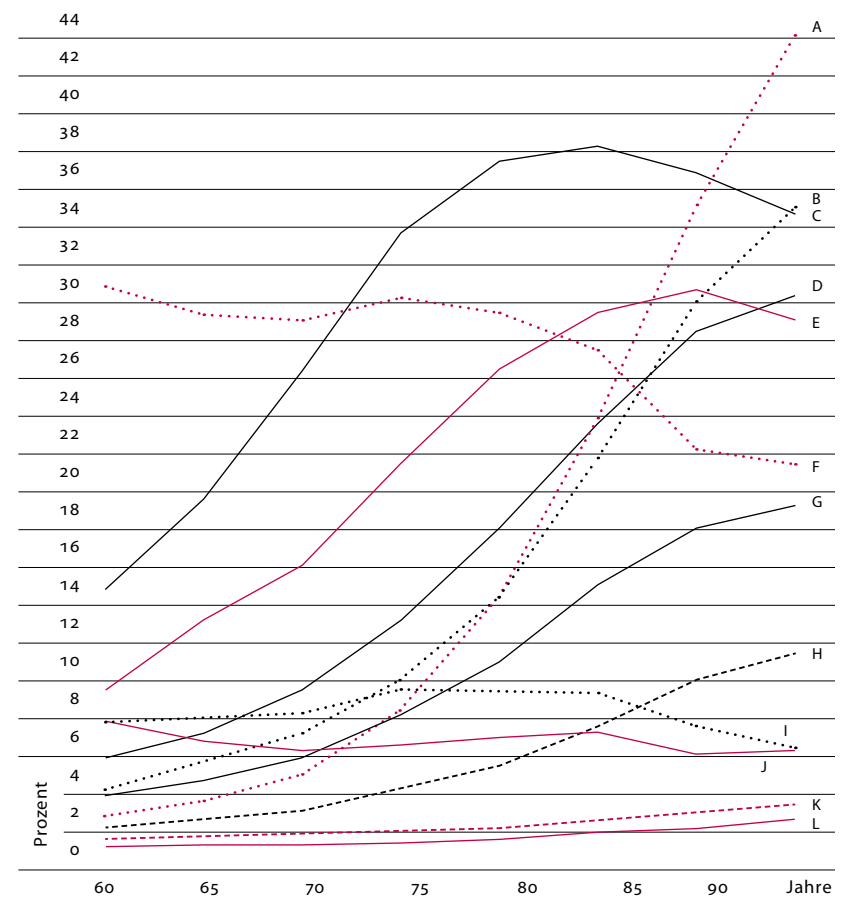
Unter Federführung des GKV-Spitzenverbandes wurde die Etablierung einer externen Qualitätssicherung der geriatrischen Rehabilitation nach

§ 135a Abs. 2 Nr. 1 im »QS-Reha®-Verfahren« weiter vorangetrieben. Das KCG stand hierfür bereits seit 2006 der GKV beratend zur Seite und konnte auch im Berichtszeitraum seine Expertise weiter umfänglich einbringen. Mit seinem in der wissenschaftlichen Zeitschrift »Die Rehabilitation« zusammengefassten Grundsatzgutachten »Aktuelle Bestandsaufnahme externer Qualitätssicherungsverfahren im Bereich geriatrischer Rehabilitation« hatte das KCG seinerzeit grundlegende Vorarbeiten geleistet. Jetzt unterstützte das KCG in enger Zusammenarbeit mit der SEG 1 den GKV-Spitzenverband zunächst bei der Auftragsvergabe zur Ausweitung des QS-Reha®-Verfahrens auf den Bereich Geriatrie an das IGES-Institut und dann im Rahmen der projektbegleitenden Lenkungsgruppe die konkrete schrittweise Entwicklung und Ausgestaltung des Verfahrens von der Kriterienfindung über einen Pretest und eine Piloterprobung bis hin zum umsetzungsreifen, internetbasierten Qualitätssicherungsverfahren. Ziel war ein praktikables, akzeptiertes und auf das notwendige Maß beschränktes externes QS-Verfahren für ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Neben den unmittelbaren Verhandlungen mit den am Verfahren beteiligten Verbänden und Institutionen in der Lenkungsgruppe konnten weitere Impulse durch die vom KCG und von der SEG 1 begleiteten Probevisitationen und Audits in verschiedenen Strukturformen geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen und die fachliche Bewertung des Abschlussberichts des Projekts zur Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens in das Projekt eingebracht werden. Nach der erfolgten Bestimmung einer unabhängigen Auswertungsstelle nach § 299 SGB V im Jahr 2011 soll nach derzeitiger Planung das QS-Reha®-Verfahren im Bereich Geriatrie im Frühsommer 2012 mit einer ersten Vollerhebung bei allen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (mit Ausnahme mobiler Einrichtungen) starten und nach drei Jahren wiederholt werden. Mittelfristig soll der GKV mit den Ergebnissen des Verfahrens die Möglichkeit einer qualitäts- und bedarfsorientierten Belegungssteuerung eröffnet und den Kostenträgern qualitative Kriterien für Vergütungsverhandlungen an die Hand gegeben werden.

Da das Qualitätssicherungsverfahren zur geriatrischen Rehabilitation vorerst nur für den Bereich der Strukturqualität entwickelt wurde, hält es das KCG für geboten, zügig die Erweiterung dieses gesetzlich vorgeschriebenen sektorenspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens im Bereich der geriatrischen Rehabilitation auf die Bereiche Prozess- und Ergebnisqualität voranzutreiben. Weiterhin gilt es, die erforderliche zielgenaue Abstimmung auf die mittlerweile gesetzlich verankerte sektorenübergreifende Qualitätssicherung fachlich zu unterstützen.

Kompodium »Begutachtungswissen Geriatrie«
im Auftrag der MDK-Gemeinschaft

Die einzelfallbezogene sozialmedizinische Beratung und Begutachtung im Versorgungsbereich Geriatrie durch die MDK-Gutachter bedarf eines ausreichenden geriatrischen Wissenshintergrunds, der es im Sinne einer



[Tab. 3] Prävalenz geriatritypischer Merkmalskomplexe A kognitive Defizite
B Inkontinenz C Seh-/Hörstörung D Sturzneigung/Schwindel E hohes Komplikationsrisiko
F Schmerz G Flüssigkeits-/Elektrolythaushaltsstörung H Dekubitus I Sensibilitätsstörung
J Depression/Angststörung K Fehl-/Mangelernährung L Immobilität

fachgerechten sozialmedizinischen Beurteilung erst ermöglicht, entscheidungsrelevante geriatrische Aspekte angemessen zu berücksichtigen und zu bewerten. Den Medizinischen Diensten stehen aber nur im begrenzten Umfang geriatrisch qualifizierte/erfahrene Mitarbeiter für gutachtliche Aufgaben zur Verfügung. Daher kommt einer entsprechenden berufsbegleitenden Wissensvermittlung eine hohe Bedeutung zu. Neben verschiedenen allgemeinen sozialmedizinischen Grundlagen gutachtlichen Arbeitens existieren auch eine Reihe geriatrispezifischer Begutachtungsgrundlagen, z. T. auch auf regionaler Ebene, die in der Begutachtungspraxis bei geriatrischen Patienten zu beachten sind.

Einen wichtigen Schritt zur Bündelung der gemeinsamen fachlichen Grundlagen und damit der Erleichterung der geriatrischen Begutachtung im MDK-System stellt das vom KCG im Auftrag der MDK-Gemeinschaft erarbeitete Kompendium »Begutachtungswissen Geriatrie« dar (Produkt wurde im ersten Quartal 2012 fertiggestellt).

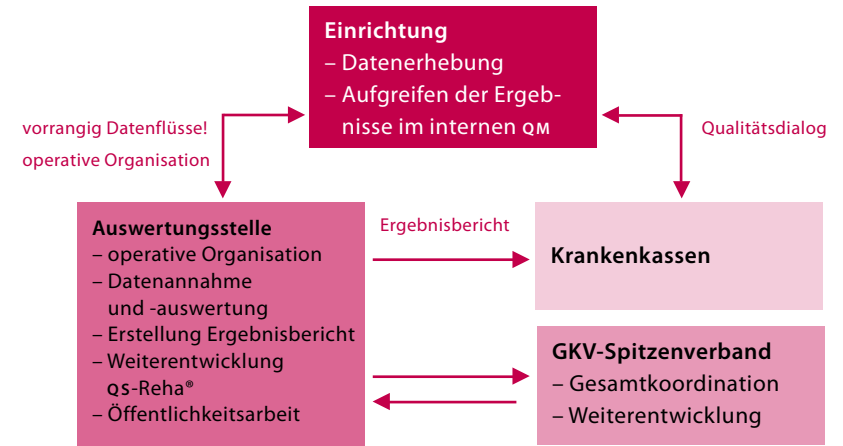
Mit diesem Kompendium werden den Gutachtern der Medizinischen Dienste auf einem demografisch immer relevanter werdenden Beratungs- und Begutachtungsfeld für die wesentlichen und immer wiederkehrenden Fragen (FAQ) Antworten und entsprechendes Hintergrundwissen bereitgestellt. Es umfasst die teilweise noch immer mit Skepsis betrachtete Etablierung des Fachgebietes Geriatrie und die oft begutachtungsrelevante Frage nach der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung – dem geriatrischen Patienten. Es leitet über die Frage der Ergebnisbewertung geriatrischer Assessmentergebnisse und die besonderen Prinzipien geriatrischer Behandlung hin zu zentralen Fragen der sozialmedizinischen Begutachtung geriatrischer Versorgungsangebote im Krankenhaus- und im Rehabilitationssektor. Hierbei werden auch unterschiedliche geriatrische Versorgungskonzeptionen in den einzelnen Bundesländern in ihrer Relevanz für die sozialmedizinische Begutachtung berücksichtigt. Ferner werden die Zusammenhänge von Geriatrie und pflegerischer Langzeitversorgung beleuchtet und Perspektiven für die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung aufgezeigt.

Das Kompendium bietet somit einen umfassenden Überblick über wesentliche geriatrische Begutachtungsaspekte und eignet sich hierdurch zum Erwerb geriatrischer Wissensinhalte im Rahmen eines berufs begleitenden Selbststudiums. Durch seine Strukturierung anhand einer Vielzahl von FAQ eignet es sich auch zum schnellen und zielgerichteten Nachschlagen bei konkreten Fragestellungen in der täglichen gutachtlichen Praxis.

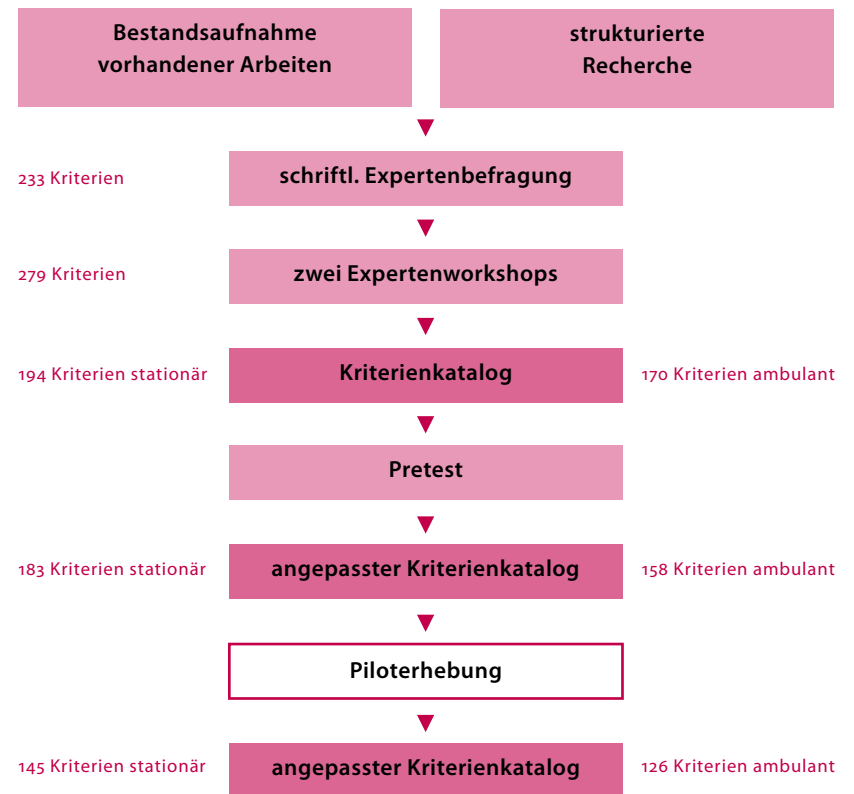
Den sozialmedizinischen Gutachtern steht damit ab dem Jahr 2012 ein fachspezifisches Zusatzwissen zur Verfügung, welches die Begutachtung geriatrischer Einzelfälle erleichtert und zugleich zu einem einheitlichen sozialmedizinischen Wissensstand beiträgt.

Kooperation, Kundenzufriedenheit und Außendarstellung

Das KCG kooperiert bei der Erarbeitung von Gutachten und in der Gremienarbeit eng mit seinen Auftraggebern. Unsere Tätigkeiten koordinieren wir ferner eng mit anderen Kompetenzeinheiten der GKV und ihrer Medizinischen Dienste. Auf der operativen Ebene stellen die regelmäßig stattfindenden Multiplikatorentreffen mit den schwerpunktmäßig für die geriatrische Begutachtung zuständigen Vertretern der Medizinischen Dienste (Multiplikatoren) den aktuellen Informationsfluss sicher – für das KCG im Hinblick auf das konkrete Begutachtungsgeschäft als auch für die einzelnen Medizinischen Dienste im Hinblick auf die laufenden Arbeits- und Auftragschwerpunkte des KCG. Neben den genannten Treffen mit den Multi-



[Tab. 4] Konzeption des QS-Reha®-Verfahrens



[Tab. 5] Projekttablauf

plikatoren kann das vom KCG betreute »Online-Forum Geriatrie« auf MD-Campus für einen darüber hinausgehenden niedrigschwelligen fachlichen Austausch genutzt werden.

Eine weitere enge Kooperation mit dem MDK-System besteht über die Einbindung des KCG in das vom MDS koordinierte Fortbildungsangebot für die Gutachter der Medizinischen Dienste. Für die vom KCG durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen für Gutachter der Medizinischen Dienste liegen dem KCG die Ergebnisse des formalen Feedbacks vor. Die von über 100 Teilnehmern aus fünf unterschiedlichen Seminaren abgegebenen Bewertungen (vgl. Tab. 6) dokumentieren anhand ausschließlich guter bis sehr guter Durchschnittsnoten auf einer sechsstufigen Notenskala die hohe Zufriedenheit mit den Fortbildungsveranstaltungen des KCG.

Das KCG beteiligt sich aber auch an weiteren MDS-Fachseminaren, beispielsweise mit einem Beitrag zur geriatrischen Rehabilitation in dem zweimal jährlich durchgeführten Seminar »Rehabilitation und Vorsorge«, an MDK-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen oder an Schulungen von Krankenkassenmitarbeitern.

Regelmäßig führen wir formelle standardisierte Feedbackabfragen zu Grundsatzgutachten (G2 und G3) und zu unserer Gremienarbeit (G4) aus dem Berichtszeitraum 2010 und 2011 durch. Die Zusammenfassung der eingehenden Ergebnisse zeigt eine sehr hohe Zufriedenheit sowohl mit den vorgelegten Grundsatzstellungen als auch mit der vom KCG erbrachten Gremienarbeit. Auch die sehr positiven informellen Rückmeldungen bestätigen die hohe Kundenorientierung und Effizienz unserer Arbeit.

Im Rahmen seiner Tätigkeiten für die GKV und ihre Medizinischen Dienste kann das KCG auf ein breites Netzwerk an Kontakten zu Behörden und Ministerien auf Bundes- und Landesebene und zu 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 Evaluation von überregional relevanten Forschungsprojekten sind Ausdruck des Ansehens, das das KCG in der Fachöffentlichkeit und als Gesprächspartner für die Perspektive der GKV und der Medizinischen Dienste in Fragen geriatrischer Versorgung genießt. So war das KCG im Berichtszeitraum beispielsweise auf dem Landesgeriatrietag in Rheinland-Pfalz zu einem Beitrag zur bundesweiten Weiterentwicklungsperspektive der Geriatrie, aber auch für eine Key-Note-Lecture mit ähnlicher Thematik auf dem Jahreskongress 2011 der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie eingeladen worden.

Für das von Pfaff, Neugebauer, Glaeske und Schrappe 2010 herausgegebene Lehrbuch Versorgungsforschung bearbeitete das KCG das Kapitel »Rehabilitation«. Wir begleiteten zudem die Konzeption und die Verhandlungen der AOK Niedersachsen für ein Erprobungsvorhaben im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Im Auftrag des Wissenschaft-



lichen Instituts der Ortskrankenkassen (wido) beteiligte sich das KCG mit zwei Buchbeiträgen an der Erstellung des Schwerpunktbandes »Gesundheit im Alter« des jährlich erscheinenden Versorgungs-Reports. Damit brachte das KCG auch im Berichtszeitraum seine Expertise bei der Erstellung von wichtigen GKV-Fachpublikationen ein.

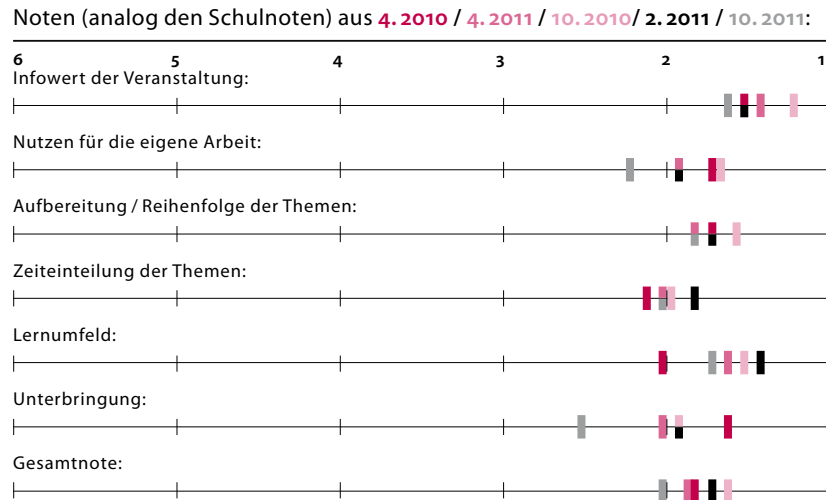
Die Teilnahme von Mitarbeitern des KCG an Fachtagungen, Workshops und methodenorientierten Seminaren von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fachverbänden erweitert die hohe Qualifikation seiner Mitarbeiter zielorientiert.

Eine weitere Basis für unser Leistungsangebot stellt die ständig im Ausbau begriffene elektronische Literaturdatenbank dar, die mittlerweile über 7200 Zeitschriften- und Buchbeiträge aus dem Gebiet Geriatrie umfasst.

Als Service für Mitarbeiter von Krankenkassen, ihrer Verbände sowie von Medizinischen Diensten, aber auch für die interessierte Fachöffentlichkeit unterhält das KCG wesentliche Basisinformationen zur geriatrischen Versorgung, zu geriatrischen Versorgungsstrukturen sowie zu eigenen Vorträgen und Publikationen auf seiner Homepage www.kcgeriatrie.de und gewährleistet eine zeitnahe Aktualisierung. Auch im Berichtszeitraum wurde das Internetangebot des KCG in erheblichem Umfang in Anspruch genommen, was durch eine sehr gute Positionierung in den Trefferlisten etablierter Suchmaschinenbetreiber wirksam unterstützt wird.

Perspektiven

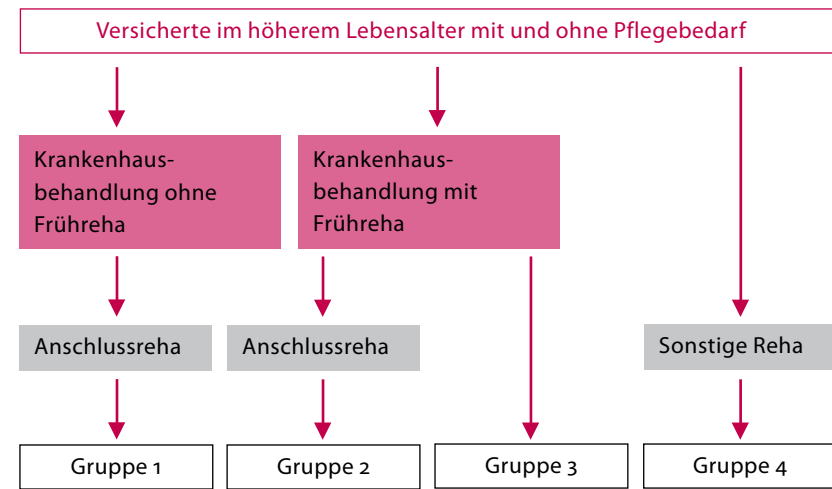
Die Ausgestaltung geriatrischer Versorgungskonzeptionen liegt in erheblichem Umfang in der Hand der Institutionen auf Länderebene (Landesministerien, Landesverbände der Krankenkassen und geriatrischen Leis-



[Tab. 6] Teilnehmerbewertungen der Fortbildungen »Aktuelle Begutachtungsprobleme« 4. 2010 und 4. 2011; »Geriatrische Reha vor Pflege« 10. 2010, 2. 2011 und 10. 2011

tungserbringer). Die derzeitige Vergütung geriatrisch frührehabilitativer Leistungen im DRG-System setzt weiterhin erhebliche Fehlanreize sowohl für eine Über- als auch für eine Unterversorgung. In den sogenannten 109er-Ländern stellt das DRG-System die Erbringung geriatrischer Rehabilitation infrage. Mit landesbezogenen Aktivitäten wird in Schleswig-Holstein und Niedersachsen versucht, niedrighschwelligere und koordiniertere Zugangswege in ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote zu etablieren. Auf Alter und Multimorbidität abgestimmte Leitlinien, Behandlungspfade und Care-/Case-Managementangebote sind weiterhin faktisch nicht verfügbar bzw. kaum versorgungswirksam. Der Aufbau mobiler geriatrischer Rehabilitationsstrukturen erfolgt auch nach deren expliziter Etablierung im § 40 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nur sehr zögerlich. Derzeit wird auf Bundesebene auf Initiative der Bundesländer die Einführung Geriatrischer Institutsambulanzen an Krankenhäusern in einem § 118a des SGB V in Analogie zu psychiatrischen Institutsambulanzen diskutiert. Eine Begrenzung ihrer Aufgabenstellung auf Diagnostik und Behandlungsempfehlung zur Unterstützung der vertragsärztlichen Versorgung muss hierbei angestrebt werden, um ambulante Doppelstrukturen zu vermeiden. Unberechtigten Interessenhaushalten von Leistungserbringern, die hierin eine Entpflichtung von vertragsärztlichen Aufgaben sehen könnten, sollte frühzeitig und nachhaltig begegnet werden.

Das QS-Reha®-Verfahren für den Bereich geriatrischer Rehabilitation muss sich im Regelbetrieb bewähren, die ersten nutzbaren Ergebnisse liefern und inhaltlich auf die Bereiche Prozess- und Ergebnisqualität ausge-



[Tab. 7] Analyse von Maßnahmen stationärer medizinischer Rehabilitation und Frührehabilitation mit besonderem Fokus auf Pflegebedürftigkeit anhand von Routinedaten

weitert werden, während gleichzeitig aus Sicht der Geriatrie und Altersmedizin für die Gruppe der multimorbiden Patienten im höheren Lebensalter relevante sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (z. B. Hüft-/Knie-TEP) derzeit im G-BA entwickelt werden.

Darüber hinaus werden seitens der Leistungserbringer auch immer mehr geriatrische Versorgungsangebote außerhalb spezifisch geriatrischer Strukturen entwickelt (z. B. besondere unfallchirurgische, orthopädische, onkologische, palliativmedizinische, psychiatrische und internistische Bereiche), die gezielter und systematischer neue Umsetzungswege in der Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus suchen. Zudem rücken für Patienten mit ausgewählten geriatrischen Risikokonstellationen (z. B. hohes Delirrisiko oder bestehendes demenzielles Syndrom) generelle Anpassungen der Behandlungspfade durch verbessertes Risikomanagement oder die Einrichtung eigenständiger Bereiche in die fachlich breitere Wahrnehmung. Hier wird es vorrangige Aufgabe des KCG sein, beratend darauf Einfluss zu nehmen, dass die Anpassungen der Strukturen und der Behandlungsabläufe sich auch außerhalb der bereits etablierten spezifisch geriatrischen Versorgungsangebote an den besonderen Bedarfen geriatrischer Patienten ausrichten und fachlich gut begründete Abgrenzungskriterien in der Fallsteuerung zwischen solcherart »Bindestrich-Geriatrien« und spezifisch geriatrischen Versorgungsbereichen etabliert und in der Praxis angewendet werden.

Der Einsatz potenziell ungeeigneter Medikamente (vgl. z. B. PRISCUS-Liste) bei multimorbiden Patienten im höheren Lebensalter bei zumeist

bestehender Polymedikation rückt durch eine Reihe unterschiedlicher aktueller Forschungsergebnisse zunehmend in den Fokus der Fach-/Öffentlichkeit in Deutschland. Dieses Thema wird die GKV in den nächsten Jahren zunehmend beschäftigen. Ziel muss es sein, die Patientensicherheit in der Pharmakotherapie älterer Patienten langfristig und nachhaltig zu verbessern.

Das KCG wird die Krankenkassen und ihre Verbände auf Bundes- und Landesebene bei den aufgeführten vielfältigen Gestaltungsaufgaben der Versorgung multimorbider Patienten im höheren Lebensalter mit fachlicher Expertise evidenz- und datengestützt aktiv beraten, um ein hohes Maß an Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit in der Versorgung dieser Patientengruppe zu erzielen. Die datengetriebene Fundierung der eigenen sozialmedizinischen Beratungen soll durch Ausweitung von Routinedatenanalysen auf das Themenfeld medizinischer Rehabilitation bei Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherten ausgeweitet werden. Zudem wird die systematische Bewertung der Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei pflegebedürftigen älteren Menschen ein wichtiges Thema mit umfänglichem Ressourceneinsatz des KCG darstellen. Ein entsprechender G3-Gutachtenauftrag ging dem KCG durch den MDS Ende 2011 zu.

Die Medizinischen Dienste wird das KCG in der entsprechenden Systemberatung für ihre Landesverbände weiterhin bedarfsbezogen unterstützen und ihre Gutachter durch geriatricspezifische Fortbildungsangebote im MDS-Fortbildungsprogramm bei der praktischen Einzelfallbegutachtung schulen.

Noch deutlicher gilt es in der Zukunft auf allen Ebenen im Gesundheitssystem herauszustellen, dass die Versorgung geriatrischer Patienten mit einem im besonderen Maß auf Erhalt von Selbstständigkeit bei alltagsrelevanten Aktivitäten und Teilhabe ausgerichteten Behandlungsansatz die einzig zweckmäßige und zugleich wirtschaftliche medizinische Versorgung für multimorbide Menschen im höheren Lebensalter ist.

Dr. Norbert Lübke

Dr. Matthias Meinck

3 Kompetenz-Centrum Onkologie

Leitung kco

Prof. Dr. Axel Heyll

FA Innere Medizin mit
Schwerpunkt Hämatologie
und Internistische
Onkologie, Sozialmedizin
Klinische Weiterbildung:
Klinik für Hämatologie,
Onkologie und klinische
Immunologie
Universitätsklinikum
Düsseldorf
zuletzt als Leitender
Oberarzt

Stellvertretung

Dr. Klaus-Peter Thiele

FA Innere Medizin mit
Schwerpunkt Hämatologie
und Internistische
Onkologie, Sozialmedizin
Klinische Weiterbildung:
Klinik für Hämatologie,
Onkologie und klinische
Immunologie
Universitätsklinikum
Düsseldorf

Weitere Gutachter

Dr. Barbara Zimmer

MPH, MA
FA Innere Medizin mit
Schwerpunkt Hämatologie
und Internistische
Onkologie, Sozialmedizin
Magistra Public Health
Master of Arts Medizin-
ethik
Klinische Weiterbildung:
Klinik für Hämatologie,
Onkologie und Trans-
fusionsmedizin
Benjamin Franklin
Universitätsklinikum Berlin

Dr. Thomas Wehkopf msc

FA Innere Medizin mit
Schwerpunkt Hämatologie
und Internistische
Onkologie
Sozialmedizin
Master of Science in
Epidemiology
Klinische Weiterbildung:
Klinik für Hämatologie,
Hämostaseologie,
Onkologie und Stamm-
zelltransplantation
Medizinische Hochschule
Hannover

Sachbearbeitung /
Sekretariat

Iris Schridde

Sonja Saab

Tel.: 0211 1382-451, -452
Fax: 0211 1382-461
E-Mail: info@kconkologie.de

Büroanschrift

Bismarckstr. 43
40210 Düsseldorf

www.kconkologie.de

KC der MDK-Gemeinschaft 2010/11

Beratungsthemen

Bewertung medikamentöser und nicht medikamentöser Behandlungen
Schwerpunkt der Arbeit des KC Onkologie sowohl bei der System- als auch bei der Einzelfallberatung ist die sozialmedizinische Bewertung onkologischer Behandlungsmethoden einschließlich Medikamenten. Auf Bundesebene sind Gutachter/innen des KC Onkologie im Auftrag von MDS / GKV-Spitzenverband an der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der »off label«-Expertengruppe Onkologie beim BfArM und anderer Gremien beteiligt, in denen es um die Bewertung onkologischer Behandlungen geht. Nachfolgend werden einige Beratungsthemen exemplarisch vorgestellt.

Positronenemissionstomographie

Positronenemissionstomographie (PET) ist ein Untersuchungsverfahren, bei dem der Zuckerstoffwechsel gemessen wird. In die Blutbahn wird radioaktiv markierter Zucker (Glukose) eingespritzt. Je mehr Zucker von den Zellen aufgenommen wird, umso stärker wird die radioaktive Anreicherung. Diese kann mit speziellen Geräten (Scannern) in der Nuklearmedizin gemessen werden. Die meisten Tumorzellen reichern mehr Zucker an als gesundes Gewebe, so dass eine stärkere Radioaktivität auf Tumorgewebe hinweisen kann. Allerdings gibt es auch andere Gründe für einen gesteigerten Zuckerstoffwechsel, wie z. B. Entzündungen, so dass eine PET-Untersuchung die mikroskopische Sicherung der Tumordiagnose durch eine Gewebeprobe (Histologie) niemals ersetzen kann.

Im Rahmen der G-BA Beratungen wurde vonseiten der Leistungsanbieter der Standpunkt vertreten, dass allein der Nachweis einer verbesserten Qualität der Bildgebung durch PET-Untersuchung ausreiche, um eine Leistung der GKV zu begründen. Der GKV-Spitzenverband und das KC Onkologie machten hingegen deutlich, dass vielmehr nachgewiesen werden müsse, dass die technisch verbesserte Bildgebung einen Nutzen für Patienten und Patientinnen habe. Dazu sind jedoch klinische Studien notwendig, in denen das Behandlungsergebnis bei Patienten mit konventioneller Bildgebung wie z. B. mit Computertomographie mit Patienten verglichen werden, die zusätzlich mit PET untersucht wurden. Bei Patienten mit Lungenkrebs konnte z. B. gezeigt werden, dass es mit Hilfe von PET häufiger gelingt, ein weiter fortgeschrittenes Tumorstadium nachzuweisen. Dadurch kann Patienten, die von einer Operation nicht mehr profitieren, ein unnötiger Eingriff erspart bleiben. Bei Patienten mit Hodgkin-Lymphom, einer bösartigen Erkrankung der Lymphknoten, konnte nachgewiesen werden, dass man auf die Bestrahlung von Restgewebe nach Abschluss der Chemotherapie verzichten kann, wenn dieses keine Mehranreicherung in der PET-Untersuchung zeigt. Bei »negativem« PET-Ergebnis, also fehlender Mehranreicherung, handelt es sich in aller Regel nicht um einen Resttumor, sondern um harmloses Narbengewebe.

Der GKV-Spitzenverband hat im G-BA bei Beratung durch das KC Onko-

logie und den MDS durchsetzen können, dass PET bei der entsprechenden Indikation als GKV-Leistung erst durch den G-BA anerkannt wird, wenn klinische Studien einen Nutzen für die Patienten belegen.

Behandlung des Prostatakarzinoms im Frühstadium

Die interstitielle Brachytherapie mit Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom ist ein neues strahlentherapeutisches Verfahren; auch als »low dose rate« Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) der Prostata bezeichnet. Die operative Einbringung von Nadeln, die mit kleinen Radionukliden (Seeds) beladen sind, in die erkrankte Prostata bewirkt eine permanente Bestrahlung mit dem Ziel, das Tumorgewebe zu zerstören. Die vorliegenden Erkenntnisse aus klinischen Studien zeigen eine Wirksamkeit der Behandlung, ohne dass gesichert ist, welche Vor- und Nachteile im Vergleich zu bereits verfügbaren Therapiealternativen bestehen. Standard der Lokaltherapie beim Prostatakarzinom im frühen Stadium ist die radikale Prostataoperation (Prostatektomie) mit Entnahme von Prostata und Samenblasen. Alternativ ist die perkutane Strahlentherapie (externe Bestrahlung durch die Haut) eine wirksame Behandlungsmethode, die regelhaft ambulant durchgeführt werden kann.

An einem Prostatakarzinom – meist bei Diagnose in einem frühen Stadium – erkranken derzeit ca. 67 000 Männer pro Jahr in Deutschland. Die Häufigkeit der Erkrankung steigt mit dem Alter an. Obduktionen haben ergeben, dass im Alter von über 80 Jahren etwa jeder dritte Mann an einem Prostatakarzinom im Frühstadium erkrankt war, das zu Lebzeiten symptomlos war. Angesichts des überwiegend sehr langsamen Krankheitsverlaufes und der begrenzten Lebenserwartung stellt sich mit zunehmender Dringlichkeit die Frage, ob die sofortige Einleitung einer Therapie mit Operation oder Bestrahlung in dieser Situation mehr nutzt oder schadet. Wenn bei Männern im Alter von über 70 Jahren die Diagnose eines Prostatakarzinoms im Frühstadium gestellt wird, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese an einer anderen Erkrankung als dem Prostatakarzinom versterben, vielfach höher. Es ist deshalb zu vermuten, dass eine erhebliche Übertherapie zum Schaden der Patienten besteht. Eine kontrolliert abwartende Strategie (»Active surveillance«) wurde entwickelt, um diesem Problem Rechnung zu tragen. Dabei wird anhand von Gewebeproben und Blutuntersuchungen ermittelt, wie schnell das Prostatakarzinom fortschreitet. Erst wenn ein kritisches Stadium droht, wird operiert oder bestrahlt. Jetzt muss untersucht werden, ob diese Strategie umgesetzt werden kann, ohne die Sterblichkeit zu steigern.

In diesen Kontext sind die derzeitigen Bestrebungen zur Umsetzung der prospektiv vergleichenden Phase-III-Studie PREFERE der Deutschen Krebsgesellschaft zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms mit niedrigem bzw. frühem intermediären Risiko zu sehen. Diese die Patientenpräferenz berücksichtigende, deutschlandweit und international einmalige Studie vergleicht alle vier möglichen Therapiestrategien:

- Prostatektomie,
- Perkutane Bestrahlung,
- LDR-Brachytherapie und
- »Active Surveillance«-Strategie.

Es wird erwartet, dass die Implementierung dieser Studie in Deutschland nicht nur einen entscheidenden wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ermöglicht, sondern auch zur Qualitätssicherung in der klinischen Praxis beiträgt. Der Start der Studie wird noch 2012 erwartet. Aufgrund des langsamen Krankheitsverlaufs ist mit definitiven Ergebnissen erst in mehr als zehn Jahren zu rechnen.

Anstoß zur Entwicklung des Studienkonzepts waren die Beratungen zur LDR-Brachytherapie im Gemeinsamen Bundesausschuss, Grundlage war ein G-BA-Beschluss, der auf die weitere Prüfung der LDR-Brachytherapie verwies und die Eckpunkte der notwendigen Studie beschrieb.

Dieses durch den GKV-Spitzenverband angeregte und von KC Onkologie und MDS unterstützte Projekt zeigt neue, in die Zukunft weisende Wege für die Realisierung versorgungsnaher klinischer Prüfungen neuer Behandlungsmethoden im Rahmen der GKV-finanzierten Krankenbehandlung auf (Informationen zur PREFERE-Studie abrufbar unter www.krebsgesellschaft.de).

Prädiktive Tests beim Mammakarzinom

Angesichts des raschen und kontinuierlichen Fortschritts der medizinisch-technischen Forschung in der Onkologie gewinnen diagnostische Methoden zur Detektion neuer Biomarker derzeit zunehmende Aufmerksamkeit. Sie werden u. a. als Strategie für eine »personalisierte Medizin« diskutiert und nachgefragt. Die Anwendung solcher Biomarker in der Patientenbehandlung erfolgt unter der Vorstellung, dass durch die Bestimmung spezifischer für die Tumorerkrankung als wegweisend definierter Marker die Krankheitsprognose und das Ansprechen auf eine bestimmte Therapie besser vorhergesagt werden kann. Wenn das Prinzip funktioniert, könnte die Therapie individuell besser angepasst und damit die Prognose verbessert und unnötige Belastungen vermieden werden.

Beim Mammakarzinom befinden sich dazu eine Reihe von neuen diagnostischen Testverfahren in der Entwicklung, u. a. Testverfahren zur Bestimmung von Gensignaturen des Tumors oder zum Nachweis zirkulierender Tumorzellen unter Therapie, um nur einige der vielen Möglichkeiten zu nennen. Einige Testverfahren sind bereits kommerziell erhältlich. Die Bandbreiten möglicher Methoden und ihres Einsatzes sowie die Erwartungen zu möglichen Vorteilen der Anwendung solcher innovativer Testungen sind groß.

Die Gefahr ist, dass kommerzielle Tests bei entsprechender Bewerbung durch die Hersteller in die Versorgung eingeführt werden, ohne dass ein Nutzen durch klinische Studien mit Vergleich zum derzeitigen medizinischen Standard bereits nachgewiesen wurde. Wenn die Behandlungsqua-

lität durch diese Tests nicht nachweislich verbessert wird, drohen erhebliche, medizinisch nicht notwendige Zusatzkosten für die GKV.

Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes hat sich daher das KC Onkologie intensiv mit der Bewertung des medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu zwei neuen Biomarker-Testverfahren für die Anwendung beim Brustkrebs (einem Stoffwechsel- und einem Gen-basierten Test) auseinandergesetzt. Beide Verfahren sind sozialrechtlich als »Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« einzuordnen. Neben der Prüfung der publizierten Studienerkenntnisse wurde auch dargestellt, wie klinische Studien konzipiert sein müssen, um zu versorgungsrelevanten Erkenntnissen zu gelangen. Es genügt nicht, dass z. B. nachgewiesen wird, dass solche Tests einen prognostischen Stellenwert besitzen, also je nach Ausfall eine günstigere oder ungünstigere Prognose anzeigen. Wie bei allen Untersuchungsverfahren ist zu fordern, dass aus dem Testergebnis eine Änderung der Therapie abgeleitet werden kann, die mit einem gesicherten Nutzen für die betroffenen Patientinnen verbunden ist. Ein Nutzen könnte z. B. sein, dass Patientinnen Chemotherapie erspart werden kann, ohne dass das Rückfallrisiko zunimmt, oder durch Auswahl einer besser geeigneten Chemotherapie das Rückfallrisiko weiter vermindert werden kann.

Selektive Interne Radiotherapie

Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT) (auch: Radioembolisation) ist sozialrechtlich ebenfalls eine »Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode«, die zur Behandlung bösartiger Tumoren der Leber eingesetzt wird und vom KC Onkologie sowohl im Einzelfall als auch grundsätzlich im Hinblick auf ihre medizinische Notwendigkeit geprüft wird.

Diese Form der Strahlentherapie setzt eine Kooperation von Nuklearmedizinern und interventionellen Radiologen voraus. Unter Durchleuchtung schiebt man von der Leiste einen Katheter bis in die Leberarterie bzw. ihre Verzweigung vor und spritzt darüber (relativ) selektiv radioaktiv markierte, also strahlende Kügelchen (Mikrosphären) aus Kunstharz oder Glas in den Tumor. Die reichern sich in der Leber an, weil sie in den Kapillaren stecken bleiben. Angestrebt wird eine Zerstörung des Tumors durch die ionisierende Strahlung, möglichst unter Schonung des umliegenden gesunden Lebergewebes. Behandelt werden der eigentliche Leberkrebs (hepatozelluläres Karzinom, HCC) bzw. der Krebs der Gallenwege (cholangiozelluläres Karzinom, CCC), aber auch Lebermetastasen (Absiedlungen) anderer bösartiger Erkrankungen wie z. B. Darmkrebs, Lungenkrebs oder Brustkrebs.

Die SIRT bringt keine Heilung, sondern bestenfalls eine Verkleinerung des Tumors bzw. einen Stillstand des Tumorwachstums für eine gewisse Zeit. Vorteile der Methode sind, dass sie in der Regel nur einmal, manchmal zweimal durchgeführt werden muss. Die meisten Nebenwirkungen sind überschaubar und gut behandelbar. Schwerwiegendste Komplikation ist die Verschleppung von Mikrosphären außerhalb des Zielgebietes. Dort können sie Entzündungen hervorrufen oder sogar zu Löchern, beispiels-

weise in der Magenwand, führen. Diese Komplikation sollte aber durch Voruntersuchungen bzw. Vorbehandlung nicht mehr vorkommen. Die Methode hat auch eine Reihe von Nachteilen. Diese sind neben dem fehlenden heilenden Charakter, dass die SIRT ausschließlich lokal in der Leber wirkt. Tumorabsiedlungen außerhalb der Leber bleiben unbehandelt. Bereits aufgrund des Strahlenschutzes besteht die Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Obligat ist eine ebenfalls invasive Voruntersuchung mit Sondierung der Leberarterie.

Allein die Materialkosten liegen pro Anwendung bei ca. 15 000 €, dazu kommen die Kosten für den Krankenhausaufenthalt.

Bis heute fehlt der Nachweis, dass die Methode im Vergleich zu den anerkannten Standardtherapien (je nach Indikation Medikamente, Operation oder andere lokal wirksame Methoden zur Tumorerstörung wie Radiofrequenzablation (RFA) oder transarterielle Chemoembolisation (TACE)) zumindest gleichwertig ist oder gar einen Vorteil bietet. Bei den Mikrosphären handelt es sich um ein Medizinprodukt, für das, anders als bei Arzneimitteln, kein Nutzenbeleg vor Markteinführung erbracht werden muss.

Für die sozialmedizinische Bewertung durch das KC Onkologie ist der Beleg des patientenrelevanten Nutzens entscheidend. Dazu muss durch vergleichende klinische Studien nachgewiesen werden, ob die Patienten im Vergleich zur Standardtherapie länger leben oder ob sie weniger Beschwerden durch ihre Krebserkrankung oder die Behandlung haben. Erst wenn ein solcher Nachweis erbracht wurde, könnte diese Behandlung trotz der Zusatzkosten durch das KC Onkologie außerhalb klinischer Studien als Leistung der GKV empfohlen werden. Um entsprechende Studien zu ermöglichen, berät das KC Onkologie die GKV und Schwerpunktanbieter, in der Regel Hochschulkliniken.

Intraoperative Radiotherapie

Brustkrebs ist weltweit die häufigste Krebserkrankung der Frau. Während früher die gesamte Brust entfernt wurde, hat man inzwischen erkannt, dass – abgesehen von seltenen, sehr großen oder mehrfachen Tumoren – eine brusterhaltende Operation möglich ist. Um die gleiche Heilungsrate erzielen zu können wie mit einer kompletten Brustentfernung, muss die brusterhaltende Operation mit einer anschließenden Bestrahlung der gesamten Brust kombiniert werden. Die Bestrahlung wird üblicherweise ambulant über einen Zeitraum von ca. fünf Wochen an fünf Werktagen pro Woche durchgeführt. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Heilungschancen verbessert werden können, wenn zusätzlich zur Bestrahlung der gesamten Brust eine gezielte Bestrahlung (»Boost«) des ehemaligen Tumorgebietes erfolgt. Der Boost benötigt noch einmal zusätzlich circa fünf bis acht Bestrahlungstage.

Die intraoperative Radiotherapie (IORT) ist eine Form der Strahlentherapie, bei der die Bestrahlung nicht, wie üblich, von außen durch die Haut erfolgt, sondern während der Operation direkt das Operationsgebiet bestrahlt

wird. Es gibt zwei Möglichkeiten, wie die IORT eingesetzt werden kann: Entweder als Ersatz für die Boostbestrahlung (»IORT als Boost«) – hierdurch verkürzt sich die Behandlungszeit um etwa ein bis eineinhalb Wochen – oder als Ersatz für die gesamte Bestrahlung (»alleinige IORT«). Dann erfolgt keine externe ambulante Bestrahlung mehr, sondern nur die IORT.

Für die Krankenkasse fallen durch die IORT deutlich höhere Kosten für den stationären Aufenthalt als bei einer alleinigen Operation an, da die Eingruppierung in eine höher bewertete DRG erfolgt. Diese Mehrkosten werden durch Einsparungen bei der ambulanten Bestrahlung in der Regel nicht ausgeglichen.

Das KC Onkologie hat eine ausführliche Nutzenbewertung der IORT bei Brustkrebs durchgeführt, die den Krankenkassen und dem MDK als Grundlage für die nachgelagerte Prüfung stationärer Behandlungen dienen kann. In einer aktualisierten Version des Gutachtens und einer weiteren Stellungnahme wurden die Gegenargumente verschiedener Leistungsanbieter bewertet. Zusätzlich erfolgten Beratungen zur Konzeption künftiger Studien, die geeignet sein könnten, einen (Zusatz-)Nutzen der Methode ausreichend zu belegen.

Die IORT als Boost ist wissenschaftlich besser untersucht als die alleinige IORT. Die bisherigen Studien weisen darauf hin, dass die Methode wahrscheinlich gleichwertig zur Standardbehandlung ist. Jedoch steht der Beweis der tatsächlichen Gleichwertigkeit durch Studien hoher Evidenzstufe noch aus. Ein Zusatznutzen der Methode im Vergleich zur Standardbehandlung ist bislang nicht belegt.

Die alleinige IORT ist – wenn überhaupt – nur für Patientinnen mit niedrigem Rezidivrisiko geeignet. Sie wurde in dieser Indikation in einer vergleichenden Studie untersucht, die bislang bei noch zu kurzer Nachbeobachtungszeit keinen Unterschied zur Standardbehandlung nachgewiesen hat. Die alleinige IORT wird auch von der Fachgesellschaft DEGRO bislang als experimentell eingestuft und ist vom Bundesamt für Strahlenschutz nicht als Stand der Heilkunde anerkannt. Eine Durchführung dieser Behandlung ist daher strahlenschutzrechtlich nur im Rahmen klinischer Studien zulässig.

Das KC Onkologie empfiehlt der GKV, die Mehrkosten für IORT bei stationären Behandlungen von Patientinnen mit Brustkrebs außerhalb von klinischen Studien wegen höherer Kosten bei bislang nicht belegtem Zusatznutzen und im Falle der alleinigen IORT auch wegen strahlenschutzrechtlicher Unzulässigkeit nicht zu erstatten.

Sozialmedizinische Prüfung der Notwendigkeit
von Krankenhausbehandlungen

Jede Krankenkasse hat die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Erhalt der Krankenhausrechnung diese durch den MDK prüfen zu lassen. Dabei kann der sich Prüfauftrag allein auf die Frage der korrekten Abrechnung bzw. Kodierung beziehen. Die Krankenkasse kann den MDK

aber auch beauftragen, die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung grundsätzlich zu prüfen. In diesem Fall stellt sich entweder die Frage, ob die Behandlung auch hätte ambulant durchgeführt werden können (primäre Fehlbelegung), oder ob bei einer notwendigen stationären Aufnahme eine angewandte Behandlungsmethode nicht notwendig war.

Letzter Punkt ist heftig umstritten. Vonseiten der Krankenhäuser wird die Auffassung vertreten, dass sie bei einer stationären Behandlungsnotwendigkeit berechtigt sind, alle nach ihrer Bewertung notwendigen Behandlungsmethoden anzuwenden, sofern sie nicht vom G-BA ausgeschlossen wurden. Das ist aber nur in wenigen Ausnahmen der Fall. Das hätte zur Konsequenz, dass die GKV auch eine medizinisch nicht notwendige Überversorgung finanzieren müsste. Das DRG-System (»diagnosis related groups«) ist – obwohl der Name das Gegenteil nahelegt – wesentlich stärker prozeduren- als diagnosegesteuert. Zusätzliche oder teurere Behandlungen führen deshalb in der Regel auch zu höheren Entgelten.

In Zusammenarbeit mit den zuständigen MDK hat das KC Onkologie onkologische Fälle herausgefiltert, bei denen nach Bewertung des KC Onkologie eine Therapiemethode eingesetzt worden war, die zu einem höheren DRG-Entgelt geführt hatte, die aber nicht dem allgemein anerkannten medizinischen Stand entsprach. In einem erstinstanzlichen (SG Leipzig S 8 KR 278-08 vom 11. 8. 2010) und einem zweitinstanzlichen (LSG Baden-Württemberg L 4 KR 2272/10 vom 27. 1. 2012) Urteil hatte die Krankenkasse unter Beratung des MDK und des KC Onkologie das Gericht von ihrer Position überzeugen können, dass auch bei Fehlen eines Negativvotums des GBA nur diejenigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus erbracht werden dürfen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Gerichte bestätigten eine entsprechende Rechnerkürzung. Das LSG-Verfahren wurde jetzt in der Revision dem BSG zur Entscheidung vorgelegt. Wenn die GKV auch vor dem BSG ihre Position durchsetzen kann, hätte dies erhebliche Auswirkungen auf das stationäre Leistungsgeschehen und die sozialmedizinische Begutachtung. Die GKV würde den MDK bei wissenschaftlich nicht gesicherten und teuren Behandlungsmethoden mit der Bewertung ihrer Qualität und Wirksamkeit beauftragen. Dies bedeutet für den MDK wiederum die Notwendigkeit, auf eine große Anzahl entsprechend qualifizierter Gutachter/innen zurückgreifen zu können.

Bilanz, Perspektive

Das KC Onkologie wird auch zukünftig seine beiden Aufgabenschwerpunkte wahrnehmen:

- Systemberatung des GKV-Spitzenverbandes, in der Regel durch Mitarbeit in den Gremien auf Bundesebene und
- Koordination der onkologischen sozialmedizinischen Begutachtung und Beratung innerhalb der MDK-Gemeinschaft und Qualifikation der MDK-Gutachter und -Gutachterinnen im Fachgebiet Onkologie.

Die Beratungstätigkeit des KC Onkologie für den GKV-Spitzenverband hat in den letzten Jahren deutlich an Umfang zugenommen, wie die statistische Auswertung belegt. Diese Entwicklung wird sich vermutlich in den nächsten Jahren fortsetzen. Diese Arbeit betrifft überwiegend die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Fachgebiet Onkologie und Aspekte der Qualitätssicherung. Im Bereich Arzneimittel wird die Beratung des KC Onkologie durch den GKV-Spitzenverband bislang nur für die Expertengruppe Off-Label Onkologie nach § 35c Abs. 1 SGB V in Anspruch genommen. Das KC Onkologie war in die Beratungen zur Konzeption einer klinischen Studie durch den GKV-Spitzenverband eingebunden, in der verschiedene Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit Frühstadium eines Prostatakarzinoms miteinander verglichen werden sollen (siehe Abschnitt 2.1.2). Diese als »Pilotprojekt« einzuordnende Aktivität des GKV-Spitzenverbandes öffnet nach Bewertung des KC Onkologie wichtige Perspektiven für die Fortentwicklung der Versorgung onkologischer Patienten. Es bleibt abzuwarten, ob die Neueinfügung des § 137e »Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« in das SGB V zum 1.1.2012 dem G-BA weitere Möglichkeiten gibt, Studien mit versorgungsrelevanten Fragestellungen anzustoßen. Gleiche Entwicklungen wären auch für neu zugelassene Medikamente wünschenswert. Zulassungsstudien von Medikamenten lassen 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/innen bzw. Patienten/innen mit Komorbidität, die einen großen 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 bietet das KC Onkologie sowohl zu Methoden als auch zu Arzneimitteln weiterhin eine umfassende fachliche Beratung an.

Innerhalb der MDK-Gemeinschaft wird das KC Onkologie weiter 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 die Kooperation mit den Ansprechpartnern Onkologie und die Organisation von halbjährlichen Treffen zur Beratung und zu Bewertungen neuer Entwicklungen in der Onkologie konnte dieses Ziel innerhalb der MDK-Gemeinschaft weitgehend erreicht werden. Durch regelmäßige Beteiligung des KC Onkologie am Fortbildungsprogramm des MDS wird das KC Onkologie weiterhin zur Qualifikation der MDK-Gutachter und -Gutachterinnen im Fachgebiet Onkologie beitragen.

Erfolge der Kooperation von KC Onkologie mit den Ansprechpartnern Onkologie in den einzelnen MDK sind u. a. Sozialgerichtsverfahren, die die

Prüfmöglichkeiten von GKV und MDK erweitert haben. Durch das BSG wurde bereits die Position von GKV und MDK gestärkt. Eine »Einschätzungsprärogative« des Krankenhausarztes wurde vom BSG ausdrücklich verneint, vielmehr wurde eine umfassende Prüfung von Krankenhausbehandlungen unter Beachtung der »ex ante« bekannten Informationen zugelassen. Neuere SG- und LSG-Urteile haben außerdem anerkannt, dass auch bei Notwendigkeit einer stationären Aufnahme für Behandlungen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht belegt ist, eine Leistungspflicht der GKV nicht besteht. Damit bietet sich zunehmend die Möglichkeit, nicht nur »primäre Fehlbelegungen«, sondern auch grundsätzlich alle medizinisch nicht notwendigen Behandlungen im Krankenhaus als GKV-Leistung abzulehnen. Voraussetzung ist eine ausreichende Anzahl entsprechend qualifizierter MDK-Gutachter und -Gutachterinnen, da diese Gutachten eine sorgfältige Bewertung der wissenschaftlichen Erkenntnislage und eine hohe klinische Expertise im jeweiligen Fachgebiet voraussetzen.

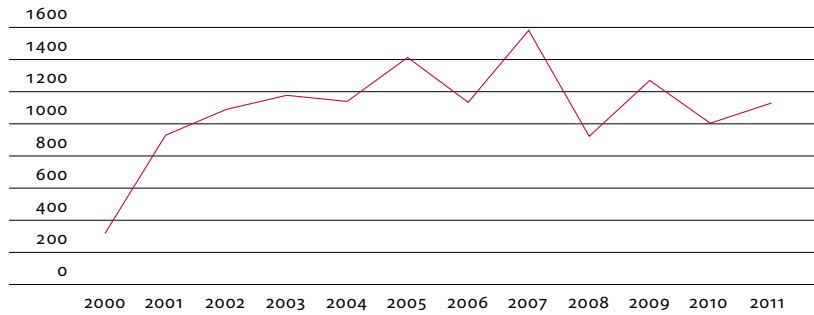
Durch die sozialmedizinische Begutachtung kann nicht nur ein Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung onkologischer Patienten im Krankenhaus geleistet werden. Der Druck auf Kliniken, Behandlungen mit nicht gesichertem Nutzen auf klinische Studien zu beschränken, vergrößert sich. Damit wird sowohl den gesetzlichen Vorgaben zum Patientenschutz entsprochen als auch die Möglichkeit des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns verbessert.

Die Auswertung der Abfrage des KC Onkologie zu Kundenzufriedenheit bei schriftlichen Produkten ergab eine durchgehend positive Bewertung der Auftraggeber innerhalb von GKV und MDK.

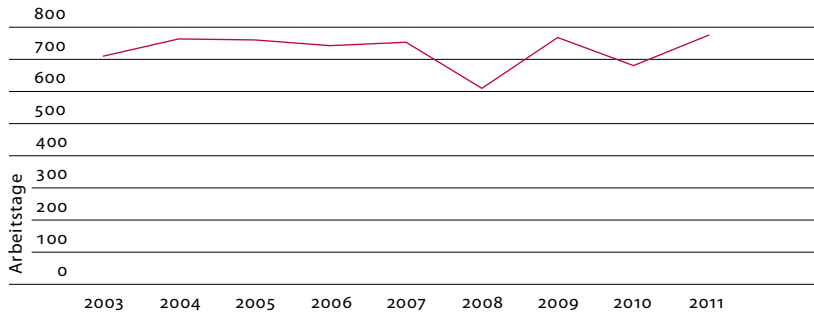
Das KC Onkologie sieht es auch weiterhin als eine wesentliche Aufgabe an, innerhalb der Ärzteschaft, u. a. durch Kontakte zu den Fachgesellschaften, durch Kongressbeiträge oder Pharmakotherapieberatungen im Auftrag von GKV bzw. KV, die Akzeptanz für die Position des MDK zu erhöhen und damit ebenfalls zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung onkologischer Patienten beizutragen.

Prof. Dr. Axel Heyll

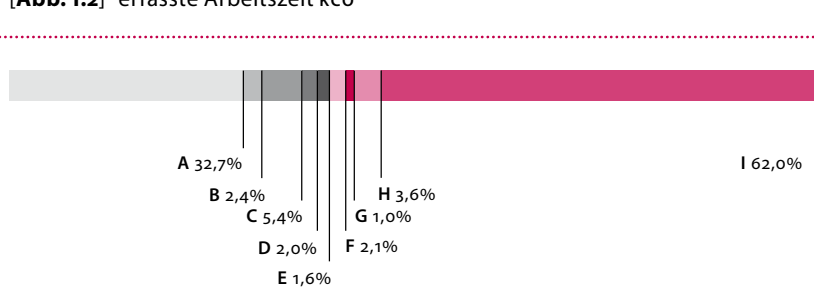
KCO: Anhang



[Abb. 1.1] Auftragseingänge im kco seit Eröffnung

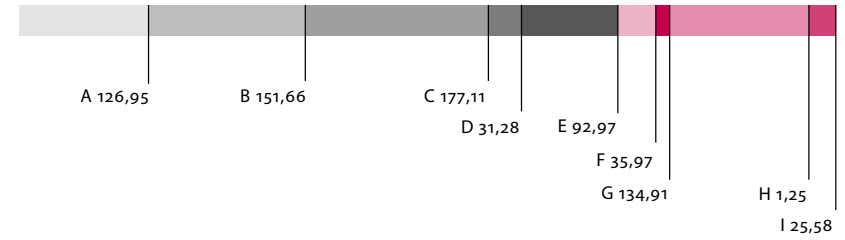


[Abb. 1.2] erfasste Arbeitszeit kco

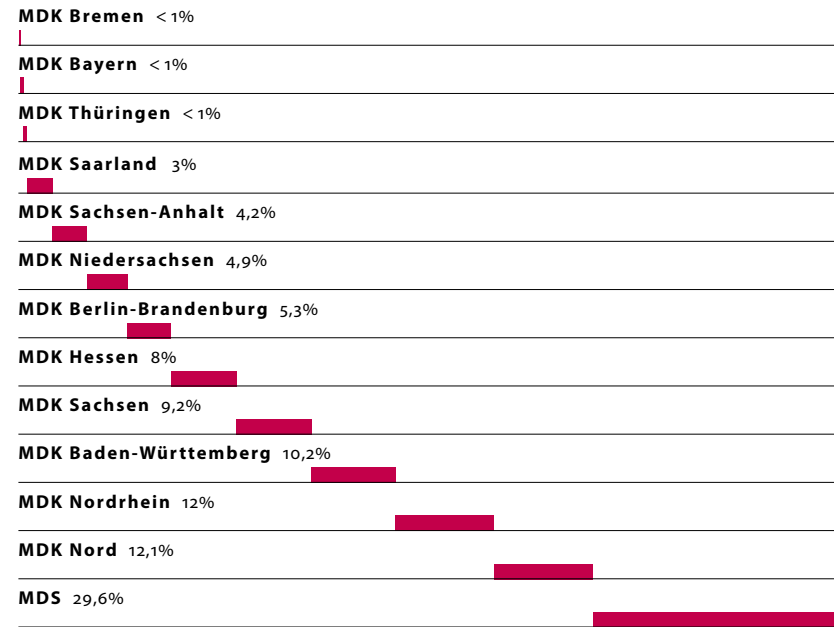


[Abb. 2.1] Anzahl der im Jahr 2011 erledigten Aufträge nach Auftragsarten (n = 1193)

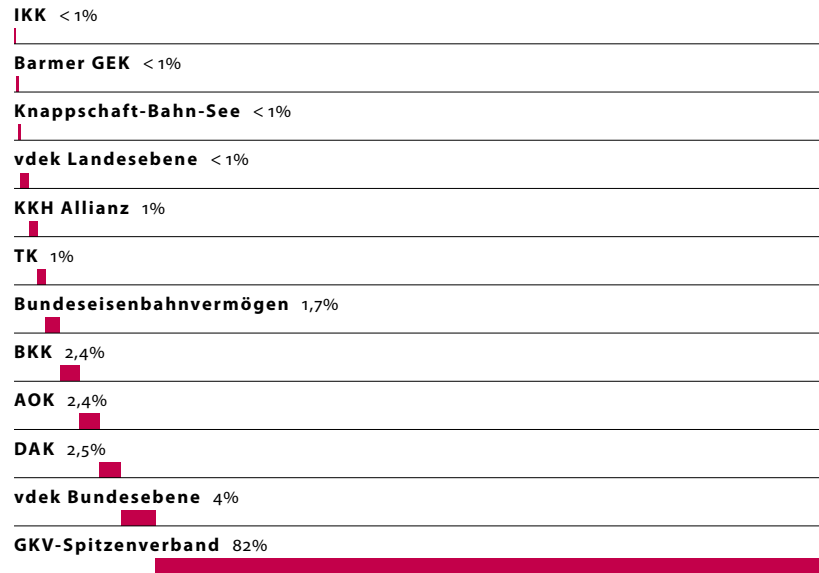
A G1 / Gutachterliche Stellungnahme B G2 / Eingehende gutachterliche Stellungnahme
 C G4 / Gremienarbeit D Sonstige Systemberatung GKV E Koordination / Qualifikation
 MDK / MDS F Kontakte Fachgesellschaften G Grundlagenarbeit KCO H Eigene Qualifikation
 I Telefonische Beratungen



[Abb. 2.2] Arbeitszeit in Tagen für im Jahr 2011 erledigte Aufträge nach Auftragsart, Gesamtzahl der Arbeitstage: 778 Tage Legende wie in Abb. 2.1



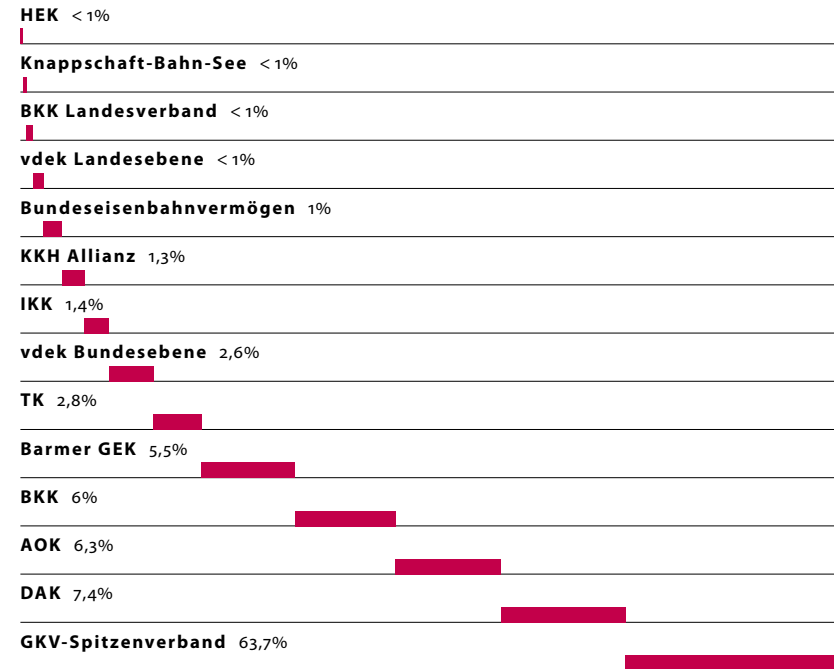
[Abb. 3] Arbeitszeit für im Jahr 2011 erledigte Aufträge, Eingang über MDK/MDS, Gesamtzahl der Arbeitstage 202,76 (ohne telefonische Beratungen)



[Abb. 4] Arbeitszeit für im Jahr 2011 erledigte Aufträge, Eingang über GKV, Gesamtzahl der Arbeitstage: 319

BEV	22
MDK Baden-Württemberg	65
MDK Bayern	5
MDK Berlin-Brandenburg	21
MDK Bremen	1
MDK Hessen	67
MDK Mecklenburg-Vorpommern	6
MDK Niedersachsen	91
MDK Nord	80
MDK Nordrhein	76
MDK Saarland	23
MDK Sachsen	31
MDK Sachsen-Anhalt	26
MDK Thüringen	32
MDK Westfalen-Lippe	1
MDS	1
MDK Gemeinschaft gesamt	548
GKV	72
Gesamt	620

[Abb. 5] Übersicht telefonische Beratungen im Jahr 2011

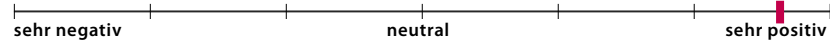


[Abb. 6] Arbeitszeit für im Jahr 2011 erledigte Aufträge nach Ursprungsauftraggeber GKV Gesamtzahl der Arbeitstage 706 Tage (ohne telefonische Beratungen)

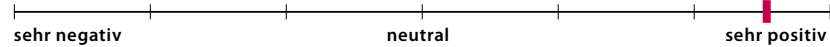
Gremium	Vertreter / in KC Onkologie
G-BA, UA Methodenbewertung	Dr. med. Klaus-Peter Thiele
G-BA, AG PET	Dr. med. Klaus-Peter Thiele
G-BA, AG Stammzelltransplantation	Prof. Dr. med. Axel Heyll
G-BA, AG Brachytherapie Prostatakarzinom	Dr. med. Barbara Zimmer MPH
G-BA, AG Protonen	Dr. med. Klaus-Peter Thiele
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

[Abb. 7] Mitarbeit in Gremien auf Bundesebene im Jahr 2011

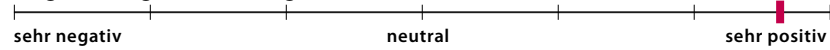
Gesamturteil:



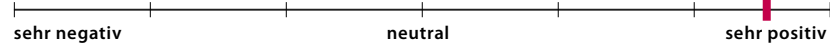
Gutachten verständlich:



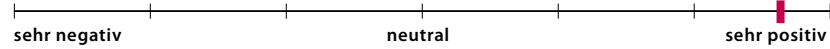
Fragestellung berücksichtigt:



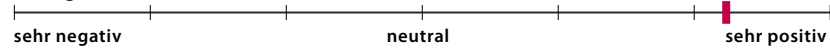
Qualität der gutachterlichen Stellungnahme:



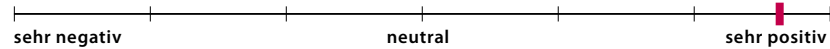
In der Praxis umsetzbar:



In angemessener Zeit erstellt:



Ablauf der Kommunikation mit kco:



Zahl Literaturzitate angemessen:



Umfang angemessen:



[Abb. 8] Evaluation der Kundenzufriedenheit bei Aufträgen zu schriftlichen Gutachten im Jahr 2011. Die Auswertung kann nicht als repräsentativ angesehen werden, da nur von 118 Auftraggebern Fragebögen ausgefüllt und zurückgesandt wurden.

4 Kompetenz-Centrum Psychiatrie / Psychotherapie

Leitung KCPP

Dr. med.

Christoph J. Tolzin

FA für Psychiatrie und
Psychotherapie
Sozialmedizin

Stellvertretung

Carmen Bender

Diplom-Psychologin
Psychologische Psycho-
therapeutin
DGQ / EOQ

Weitere Mitarbeiter

Dr. med. Sandra Bischof

FA für Psychiatrie
und Psychotherapie
Sozialmedizin

Thomas Listing

Diplom-Psychologe
Psychologischer
Psychotherapeut

**Dr. med. Wiebke Martin-
sohn-Schittkowski**

FA für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Supervisorin

Dr. phil. Ulrike

Süßfleisch-Thurau

Psychologische Psycho-
therapeutin

Büro KCPP in Mecklenburg-
Vorpommern

Frau Beate Leplow

Blücherstraße 27 c
18055 Rostock
Tel.: 0381 25255-75
Fax: 0381 25255-99

Büro KCPP in Hessen

Frau Karen Traut

Zimmermühlenweg 23
61440 Oberursel
Tel.: 06171 634-222
Fax: 06171 634-700

E-Mail

Psythep@mdk-KompC.de

www.kcpp-mv.de

KC der MDK-Gemeinschaft 2010/11

Das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie

Das KCPP ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes (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.

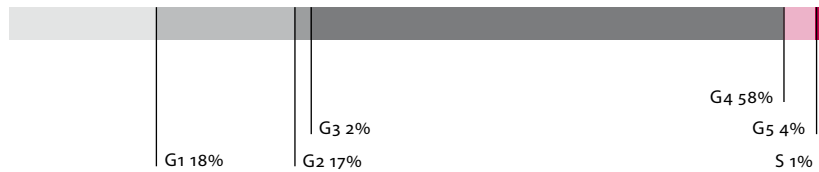
Für die Auftrags erledigung stehen aktuell dem KCPP 4,5 Vollzeitstellen, verteilt auf sechs Gutachterinnen und Gutachter, und zwei Vollzeitstellen für Sekretariat / Sachbearbeitung zur Verfügung. Die Leitung des KCPP ist am Standort Rostock angesiedelt. Die Arbeit erfolgt in einem Spannungsfeld unterschiedlichster 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 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bzw. ihrer Verbände und Fachgesellschaften sowie aus gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen.

Arbeitsschwerpunkte

Das KCPP hat in den Jahren 2010 und 2011 sein Arbeitsaufkommen stark erweitert. Die langfristig angelegte Begleitung und Beratung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und deren angegliederten Arbeitsgruppen (AGs) im Auftrag des GKV-SV wurde durch thematisch vielfältige Aufträge des GKV-SV und der MDK-Gemeinschaft ergänzt.

So ist das KCPP im Auftrag des GKV-SV von Beginn an in die Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie involviert.

Politisch brisante Themen, wie der institutionelle sexuelle Missbrauch an Kindern und Jugendlichen, der Antrag auf Reformierung des Transsexuellengesetzes (TSG) oder die Substitution mit Diamorphin bei schwerstkranken opiatabhängigen Patientinnen und Patienten, rundeten das inhaltliche Spektrum ab.



[Abb.1.1] Ressourcenverbrauch der Produkte in Personentagen 2010

G1 Gutachterliche Stellungnahme G2 Eingehende gutachterliche Stellungnahme
G3 Umfassende gutachterliche Stellungnahme G4 Gremienarbeit / Systemberatung
G5 Grundlagen und Weiterentwicklung der Begutachtung und Beratung S Sonstiges /
interner Koordinierungsaufwand



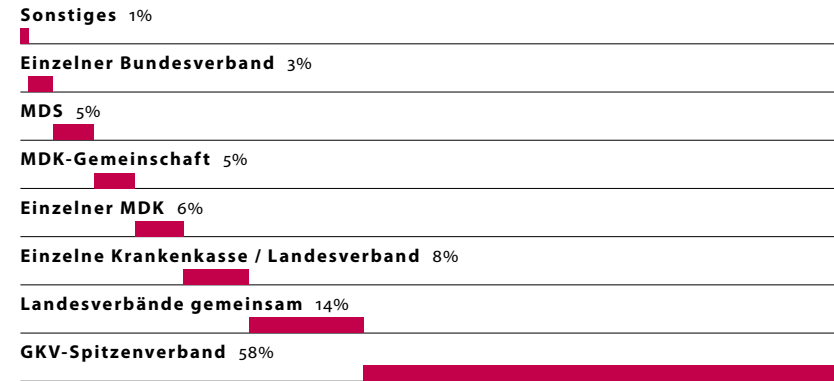
[Abb.1.2] Ressourcenverbrauch der Produkte in Personentagen 2011

G1 Gutachterliche Stellungnahme G2 Eingehende gutachterliche Stellungnahme
G3 Umfassende gutachterliche Stellungnahme G4 Gremienarbeit / Systemberatung
V1 Dozententätigkeit V2 Expertengespräch S Sonstiges / interner Koordinierungsaufwand

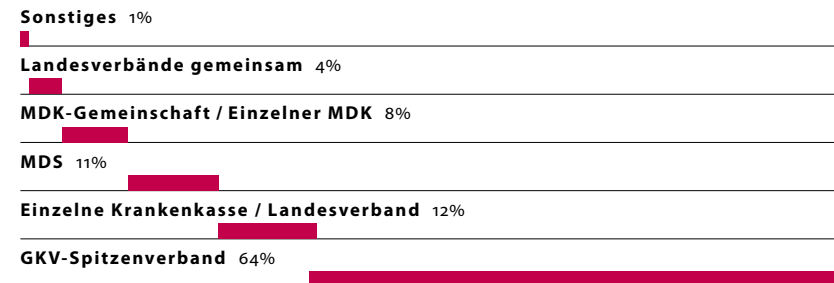
Den steigenden Anforderungen konnte ab 2012 mit der Einrichtung einer weiteren halben gutachterlichen Stelle (0,5 vk) durch den Träger MDK M-V begegnet werden.

Die **Abbildungen 1 und 2** vermitteln einen Überblick über den Ressourcenverbrauch, differenziert nach Produkten und Auftraggebern. Der Trend einer zunehmenden Beanspruchung des KCPP im Rahmen der Gremienarbeit und Systemberatung hat sich indirekt proportional zu den Stellungnahmen und Gutachten verstärkt. Der Ressourcenverbrauch nach Auftraggebern bildet neben einer stabilen Auftragslage aus dem GKV-SV eine stetige Frequentierung aus der MDK-Gemeinschaft und der Kassenlandschaft ab.

Die Arbeitsbereiche des KCPP sind vielfältig. Jede der Arbeitsgruppen hat im Verlauf der letzten beiden Jahre Resultate erbracht, die eine Präsentation in diesem Geschäftsbericht rechtfertigen würden. Die hier abgebildeten Arbeitsschwerpunkte sollen modellhaft die Arbeit des KCPP und deren Ablauf skizzieren und relevante Resultate markieren. Insbesondere wurden Arbeitsprozesse berücksichtigt, die im Berichtszeitraum ihren Abschluss fanden. Aber auch Bereiche, die in hohem Maße Ressourcen des KCPP binden, werden dargestellt.



[Abb. 2.1] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber in Personentagen 2010



[Abb. 2.2] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber in Personentagen 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Tätigkeit in den Gremien des G-BA im Auftrag des GKV-SV stellte in den Jahren 2010 und 2011 einen der Arbeitsschwerpunkte des KCPP dar (vgl. **Abb. 3**).

Durch das KCPP besetzte Arbeitsgruppen beim G-BA:

- AG Qualitätssicherung psychische Erkrankungen
- AG Gesprächspsychotherapie
- AG Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren
- AG Diamorphin
- AG ambulante neuropsychologische Therapie
- AG EMDR
- AG Antragsprüfung neue Psychotherapie-Methoden und -Verfahren
- AG Soziotherapie / psychiatrische häusliche Krankenpflege
- AG Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie / Dokumentationsbogen

- Gemeinsame AG von G-BA und Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie (WBP)
- Mitarbeit des KCPP in folgenden Unterausschüssen des G-BA:
- UA Psychotherapie
 - UA Methodenbewertung
 - UA Qualitätssicherung
 - UA Veranlasste Leistungen

Unterausschuss Psychotherapie (UA PT)

In der AG Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren werden die in der Psychotherapie-Richtlinie zur Krankenbehandlung zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) einer evidenzbasierten Bewertung zugeführt. Es handelt sich um den zeitlich und inhaltlich umfangreichsten Arbeitsauftrag im Rahmen der Tätigkeiten im G-BA.

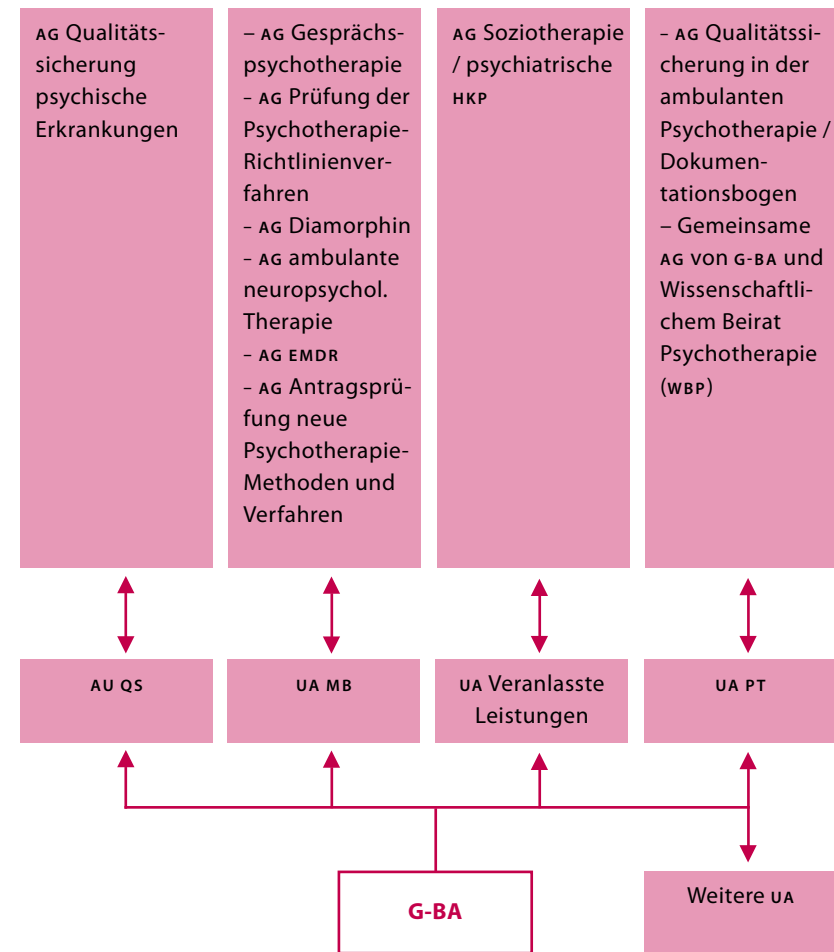
Alle Mitglieder des KCPP sind weiterhin mit intensivem Arbeitsaufwand in der AG gebunden. Nach abgeschlossenem Screening der verfügbaren Literatur im Jahr 2010 wurden im Geschäftsjahr 2011 zunächst das Health Technology Assessment (HTA) und Leitlinien bezüglich ihrer Evidenz der Wirksamkeit der zu untersuchenden Verfahren ausgewertet. Gegen Ende des Jahres konnte ein zweites Screeningverfahren für systematische Reviews und Metaanalysen begonnen werden. Nach Abschluss dessen wird im kommenden Jahr der Fokus auf der Aus- bzw. Bewertung dieser Reviews liegen.

In Bezug auf die Anwendungsbereiche von ambulanter Psychotherapie konnte in der AG Sucht ein Modus erarbeitet werden, der die ambulante psychotherapeutische Behandlung von opiatabhängigen Versicherten, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, sowie von Abhängigkeitskranken, bei denen noch Substanzkonsum besteht, unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Der daraus resultierende Beschluss des G-BA über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zur Präzisierung der Indikation »Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten« vom 14. 4. 2011 ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 7. 7. 2011 in Kraft getreten.

Auf Beschluss des G-BA vom 24. 11. 2011 wird die neuropsychologische Therapie in den Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen. Dieser Beschluss folgt der abschließenden Empfehlung der AG ambulante neuropsychologische Therapie und ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 24. 12. 2011 in Kraft getreten.

Die Arbeiten in der AG Antragsprüfung neue Psychotherapie-Methoden und -Verfahren konnten im ersten Quartal 2010 abgeschlossen werden.

Im Konsens mit den Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Patientenvertretern wurde für die jeweiligen antragsberechtigten Parteien im G-BA die Empfehlung ausgesprochen, einen Antrag auf die Überprüfung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT), des Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) und der Hypnotherapie (nach M. H. Erickson) als neue psychotherapeutische Methoden



[Abb. 3] Durch das KCPP besetzte AGs beim G-BA

sowie der Systemischen Therapie als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zu stellen.

Eine solche Prüfung war erforderlich geworden, nachdem der WBP die drei Methoden für spezifische Krankheitsbilder und die Systemische Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen als wissenschaftlich fundiert bewertet hatte.

Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS)

Die AG Qualitätssicherung psychische Erkrankungen wurde durch den UA in seiner Sitzung am 7. 12. 2010 eingerichtet. Der Auftrag an eine Institution nach § 137a SGB V »... zur Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation für das QS-Verfahren, psychische

Erkrankungen« sollte durch die Arbeitsgruppe konkretisiert werden. Mit der Vorlage eines entsprechend erarbeiteten Beschlussentwurfs im UA QS zu seiner Sitzung am 1.2.2012 fand die Arbeitsgruppe vorerst ihren Abschluss.

Neues Entgeltssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik – die Psych-ops
Der § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) enthält einen umfangreichen Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Das KCPP ist im Auftrag des GKV-SV von Beginn an in die Umsetzung der OPS-Erweiterung sowie in die Entwicklung der psychiatrischen Kodierrichtlinien involviert.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KCPP arbeiteten kontinuierlich in Strategiegelgesprächen im Hause des GKV-SV, im Krankenhausentgeltausschuss (KEA), in den zugehörigen AGS sowie in den AGS des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und der Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH (INEK) mit.

Beispielsweise wurden vom KCPP in beiden Berichtsjahren OPS-Vorschläge eingereicht, so ein Code zur Differenzierung des Intensivcodes zur besseren Abbildung des Behandlungsaufwandes.

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.

Unterarbeitsgruppe »Immaterielle und materielle Hilfen für Betroffene« des Runden Tisches Sexueller Missbrauch

Im Zuge des Bekanntwerdens von Fällen sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen in öffentlichen Einrichtungen hat die Bundesregierung im März 2010 die Einrichtung eines Runden Tisches beschlossen (»Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich«).

In gemeinsamer Verantwortung der Bundesministerien für Bildung und Forschung, für Justiz und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde auf höchster Ebene vereinbart, Maßnahmen für einen verbesserten Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt zu erarbeiten.

Zur Mitwirkung am Runden Tisch wurden Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen eingeladen. Hierzu gehören u. a. die Kinder- und Opferschutzverbände, die bundesweiten Zusammenschlüsse von Beratungseinrichtungen für Opfer, die Familienverbände, die Schul- und Internatsträger, die Freie Wohlfahrts-

Drei Arbeitsgruppen wurden initiiert:

- AG »Prävention – Intervention – Information« unter dem Vorsitz von Familienministerin Dr. Schröder
- AG »Durchsetzung Strafanspruch – Rechtspolitische Folgerungen – Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht« unter dem Vorsitz von Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger
- AG »Forschung und Lehre« unter dem Vorsitz von Bildungsministerin Prof. Dr. Schavan

Zu den jeweiligen AGs wurden zur intensiveren Zusammenarbeit und zur Erarbeitung entsprechender Vorschläge und Empfehlungen Unterarbeitsgruppen bzw. Expertengruppen eingerichtet. Im Auftrag von GKV-SV und vom BMG hat das KCPP regelmäßig in der Unterarbeitsgruppe Immaterielle und materielle Hilfen für Betroffene mitgearbeitet.

pflege, die beiden großen christlichen Kirchen, das Rechtswesen, der Deutsche Bundestag sowie Bund, Länder und Kommunen.

Der Runde Tisch hat es sich zur Aufgabe gemacht, Handlungsempfehlungen zu verschiedenen Fragestellungen zu erarbeiten.

AG Bewertung der nationalen Versorgungsleitlinie (S3)
zur Chirurgie der Adipositas

Der GKV-SV beauftragte das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) mit Datum vom 4.7.2011 mit der Erstellung eines Fachgutachtens zur Bewertung der Nationalen Versorgungsleitlinie (S3-Leitlinie) zur Chirurgie der Adipositas. Das Bewertungsergebnis soll zur Klärung der Relevanz der Leitlinie für zu entwickelnde Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und der Relevanz für die Beratung der Krankenkassen durch den MDK beitragen.

Zur fachspezifischen Unterstützung bat das KCQ das KCPP und Vertreter der Sozialmedizinischen Expertengruppe Methoden- und Produktbewertung (SEG 7) um deren Mitarbeit. Mit der Fertigstellung des Gutachtens ist im Frühjahr 2013 zu rechnen.

Expertengruppe Off-Label Neurologie / Psychiatrie

Die Expertengruppe Off-Label Neurologie / Psychiatrie ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) des BMG verortet.

Auf der Basis des Erlasses des BMG über die Errichtung von Expertengruppen Off-Label beauftragt der G-BA diese Expertengruppen mit der Bewertung des Wissensstandes zum Off-Label-Use einzelner Wirkstoffe.

Die Expertengruppen sollen mit dem Anliegen der Patientensicherheit prüfen, wie sich das Nutzen-Risiko-Verhältnis beim Off-Label-Use auf-

Veröffentlichte Ergebnisse und Bewertungsempfehlungen an den G-BA

- Valproinsäurehaltige Arzneimittel zur Migräneprophylaxe werden Off-Label-verordnungsfähig
- Widersprüchliche Studienergebnisse verhindern Regelungen zum Off-Label-Use von Immunglobulinen zur Behandlung der multiplen Sklerose CIDP und Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter
- Rückgabe der Arbeitsaufträge Intravenöse Immunglobuline bei CIDP und Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter
- G-BA berücksichtigt künftige Behandlungsmöglichkeiten für Erwachsene mit ADHS

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

- Intravenöse Immunglobuline bei Multifocal Motorneuropathy (MMN)
- Gabapentin-Behandlung der Spastik im Rahmen der multiplen Sklerose
- Amantadin-Behandlung der Fatigue bei der multiplen Sklerose
- Intravenöse Immunglobuline bei Myasthenia gravis
- Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes

Die vollständigen Bewertungen können unter www.bfarm.de/CLN_103/de/Arzneimittel/3_nachDerZulassung/offLabel/Neurologie-Psychiatrie/Bewertungen_Neuro.html?nn=1011540 nachgelesen werden.

Aktuelle Arbeitsaufträge Expertengruppe

- Intravenöse Immunglobuline bei Polymyositis
- Intravenöse Immunglobuline bei Dermatomyositis
- Mycophenolat mofetil bei Myasthenia gravis
- ClostridiumbotulinumToxin Typ A bei spasmodischer Dysphonie (laryngealer Dystonie)
- Lamotrigin bei neuropathischem Schmerz
- Venlafaxin bei neuropathischem Schmerz

grund neuer Studienergebnisse oder gegebenenfalls bekannt gewordener unerwünschter Arzneimittelwirkungen darstellt.

Erste Ergebnisse der Arbeit der Expertengruppe Off-Label Neurologie/ Psychiatrie konnten bereits in den Pressemitteilungen des G-BA veröffentlicht werden.

AG Psychoonkologie des Nationalen Krebsplans beim BfMG (Ziel 9: Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychosoziale und psychoonkologische Versorgung)

Im Auftrag des GKV-SV arbeitete das KCPP kontinuierlich in der AG Psychoonkologie an der Gestaltung des oben genannten politischen Ziels mit. Die Arbeit fand zum Ende des Jahres 2010 ihren vorläufigen Abschluss.

Im Resultat wurden das primär formulierte Anliegen eines Ausbaus psychoonkologischer Angebote relativiert und weichenstellende Forderungen für die Abbildung des vorhandenen Angebotes formuliert. Die grundlegende Notwendigkeit für das junge Fachgebiet Psychoonkologie, eine gemeinsame Sprache zu finden und Basisvariablen der psychoonkologischen Arbeit zu definieren, wurde an die verschiedenen Fachgesellschaften rückgespiegelt.

Weitere kontinuierliche Systemberatung

In einer durch das KCPP erstellten Arbeitshilfe Psychopharmaka werden alle aktuellen Medikamente erfasst, die in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen Anwendung finden. Die Arbeitshilfe wurde vorrangig als Unterstützungsleistung für Fallmanager erstellt. Sie dient der Plausibilitätsprüfung der Verlängerungsanzeigen bei der Bewertung psychiatrischer stationärer Behandlungen. Es ist möglich festzustellen, welche Medikamente bei verschiedenen Indikationen zum Einsatz kommen können, so z. B. zur Behandlung einer Depression. Darüber hinaus sind die Dosierungsempfehlungen, Nebenwirkungen und evtl. erforderliche Untersuchungen vor Therapiebeginn bzw. Hinweise bei der Anwendung einsehbar.

Die Arbeitshilfe ist auch in der allgemeinen Begutachtungspraxis universell einsetzbar. So kann es beispielsweise für die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit hilfreich sein, Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka zu kennen. (Die Arbeitshilfe für MDK und KK wurde in InfoMed eingestellt.)

Resultierend aus einem gemeinsamen Projekt des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern (M-V), der Landesverbände der Krankenkassen und des KCPP verabschiedete die Runde der Planungsbeteiligten bereits im Jahr 2008 den vierten Krankenhausplan für das Land.

Einzigartig im gesamten Bundesgebiet sind hier rechtswirksam Betten- und tagesklinische Platzmessziffern festgelegt, deren Überschreitung nur ausnahmsweise möglich ist, »... wenn die Versorgungssicherheit in der Zukunft gefährdet ist«. In Folge wurde durch das KCPP 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 kam auch in den Jahren 2010 und 2011 als Grundlage für die Bedarfsplanung und -entscheidungen der obersten Sozialbehörde des Landes M-V zum Tragen. Es wurden erfolgreich vier Stichtagsprüfungen in großen Kliniken des Bundeslandes durchgeführt. Diese Form der Bettenplanung ist zum aktuellen Zeitpunkt im Bundesgebiet einmalig und kann auch künftig Modellcharakter für andere Regionen Deutschlands entfalten.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Gemeinsame Öffentlichkeitstag des KCPP und der SEG 4 am 27. 10. 2010 widmete sich schwerpunktmäßig dem neuen Entgeltsystem für stationäre und teilstationäre Einrichtungen in der Psychiatrie und Psychosomatik. Er bot Raum und Gelegenheit, auf zwei äußerst arbeitsreiche und interessante Jahre der Entwicklung eines grundlegend anderen Vergütungssystems für die allgemeinen Krankenhausleistungen in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik zurückzublicken und erste Resümees zu ziehen.

Die Vorträge der Veranstaltung können unter www.kcpp-mv.de eingesehen werden.

Die Jahrestagung des KCPP zum Thema »Innovative Strukturen und Vernetzung in der Versorgung psychisch Kranker – Möglichkeiten, Chancen, Zukunft« fand am 10. 11. 2011 in Frankfurt statt.

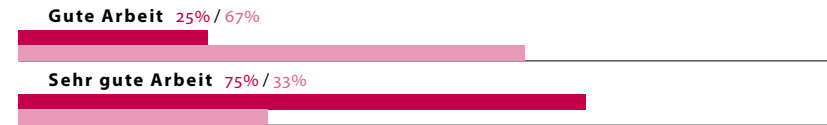
Diese Tagung war für die MDK-Gemeinschaft, die Krankenkassen und den GKV-SV ausgerichtet und beschäftigte sich mit den Möglichkeiten der Vernetzung sowie mit innovativen Strukturen in der Behandlung psychisch Kranker. In Deutschland existieren mittlerweile zahlreiche Initiativen und Netzwerke, die sich eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker durch integrierte Versorgungskonzepte oder durch Vernetzung der Behandlung zum Ziel gesetzt haben. Einige aktuelle Projekte zu diesem Thema wurden in Form der folgenden Fachvorträge vorgestellt und diskutiert.

Die Vorträge der Veranstaltung können unter www.kcpp-mv.de eingesehen werden.

Zufriedenheit der Auftraggeberinnen und Auftraggeber

Die Befragung der Auftraggeber und Auftraggeberinnen des KCPP erfolgt einmal jährlich, da die psychiatrischen / psychotherapeutischen Themen, insbesondere im Bereich der Systemberatung, bei wenigen Personen gebündelt sind. Es kommt noch hinzu, dass die Aufträge überwiegend eine mehrjährige Laufzeit bis zum Abschluss aufweisen (wie z. B. die evidenzbasierte Bewertung von neuen Verfahren und Methoden im Bereich der Psychotherapie im Rahmen des G-BA). Die Erfahrungen der letzten Jahre bestätigen diese Entscheidung der jährlichen Evaluation durch eine kontinuierlich überdurchschnittlich hohe Rücklaufquote der Fragebögen.

Jeweils zu Beginn des Jahres 2011 und 2012 wurden unsere Auftraggeber und Auftraggeberinnen im Rahmen einer schriftlichen und anonymisierten Befragung gebeten, die Leistungen des KCPP jeweils für die Jahre 2010 und 2011 nach Art der Leistungserbringung differenziert zu bewerten. Auf einer fünfstufigen Skala sollten die Leistungsbereiche »schriftliche Stellungnahmen/Gutachten« und »Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit« bezüglich ihrer formalen und inhaltlichen Güte bewertet sowie eine Gesamtbeurteilung der Leistung des KCPP abgegeben werden. Die Rücklaufquoten betragen 70% bzw. 76%.



[Abb. 9] Gesamtbeurteilung der KCPP-Leistungen 2010 und 2011

Ergebnisse der Befragung für das Jahr 2010

Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des KCPP geleistete Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit wurde insgesamt von 54% der Auftraggeber als »gut« und von 46% als »sehr gut« bewertet. Die vom KCPP erstellten schriftlichen Stellungnahmen und Gutachten wurden insgesamt von 67% der Auftraggeber als »gut« und von 33% als »sehr gut« beurteilt. Keiner der Auftraggeber schätzte die schriftlichen Arbeiten bzw. die beratenden Tätigkeiten des KCPP in den jeweiligen Gesamtbewertungen als nur »befriedigend«, »ausreichend« oder gar »mangelhaft« ein. In der Gesamtbeurteilung werden die Leistungen des KCPP von 33% als sehr gut und von 67% als gut bewertet.

Ergebnisse der Befragung für das Jahr 2011

Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des KCPP geleistete Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit wurde insgesamt von 75% der Auftraggeber als »sehr gut« und von 25% als »gut« bewertet. Die vom KCPP erstellten schriftlichen Stellungnahmen und Gutachten wurden insgesamt von 61% der Auftraggeber als »sehr gut« und von 39% als »gut« beurteilt. Keiner der Auftraggeber schätzte die schriftlichen Arbeiten bzw. die beratenden Tätigkeiten des KCPP in den jeweiligen Gesamtbewertungen als nur »befriedigend«, »ausreichend« oder gar »mangelhaft« ein. In der Gesamtbeurteilung werden die Leistungen des KCPP von 75% als sehr gut und von 25% als gut bewertet.

Abbildung 9 stellt die Gesamtbeurteilung der Leistungen des KCPP jeweils für 2010 und 2011 vergleichend dar.

Zusammenfassend spiegeln die Ergebnisse der Befragungen, wie auch in den Vorjahren, ein sehr hohes Maß an Zufriedenheit der Auftraggeber und Auftraggeberinnen mit den vom KCPP erbrachten Leistungen wider. Sie zeigen, dass die bisherige sehr gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit auch in den Jahren 2010 und 2011 nicht nur fortgesetzt, sondern auch in Richtung einer noch größeren Zufriedenheit ausgebaut werden konnte.

Ausblick

Als besondere Herausforderung für die nächsten Jahre ist neben der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische, psychosomatische und kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhäuser sowie Insti-

tutsambulanzen die Umsetzung und Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin in der Entscheidungsfindung zur sozialrechtlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken anzusehen.

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

Dr. Christoph J. Tolzin

Dipl.-Psych. Carmen Bender

5 Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

Leitung KCQ

Prof. Dr. Johannes Giehl

FA für Orthopädie;
FA für Physikalische und
Rehabilitative Medizin;
Spezielle Orthopädische
Chirurgie; Sportmedizin;
Rehabilitationswesen;
Sozialmedizin; EFQM-
Assessor; Ärztliches
Qualitätsmanagement

Stellvertretung

Dr. Stefan Meinhold

FA für Innere Medizin;
Nephrologie;
Sozialmedizin;
Ärztliches Qualitäts-
management

Weitere Gutachter

Dr. Ernst-Dietrich Mayer

FA für Chirurgie;
Unfallchirurgie;
Sozialmedizin; Spezielle
Unfallchirurgie; Fachkunde
Strahlenschutz

Dr. Klaus Döbler

FA für Anaesthesiologie;
Rettungsmedizin;
Ärztliches Qualitäts-
management; Medical
Hospital Manager;
EFQM-Assessor

Priv.-Doz.

Dr. Dorothee Bail

(ab 1.5.2012)
FA für Herz-, Gefäß- und
endovaskuläre Chirurgie
Fachkunde Echokardio-
grafie

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

Klara Frei

Silberburgstr. 122
70176 Stuttgart
Tel.: 0711 2252-2108
Fax: 0711 2252-2272
E-Mail: klara.frei@mdkbw.de

Sekretariat / Recherche
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

KC der MDK-Gemeinschaft 2010/11

Überblick

Qualitätssicherung im Umbruch

Bei der aktuellen Entwicklung der Qualitätssicherung in Deutschland sind drei Punkte besonders prominent: Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde 2007 erstmals festgelegt, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA grundsätzlich sektorenübergreifend festzulegen sind. Mit demselben Gesetz wurde eine neue Institution zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität inauguriert. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. 12. 2011 wurde der G-BA erstmals verpflichtet, die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratie-Kosten zu ermitteln (§ 91 Abs. 10 SGB V); zudem wurden die Datenschutzbestimmungen verschärft, indem auch für QS-Stichprobenprüfungen Pseudonymisierungen von Patientendaten vorzusehen sind (§ 299 Abs. 1 SGB V). Das zu Konzeption und Durchführung von sektorenübergreifenden QS-Verfahren vom G-BA zu beauftragende AQUA-Institut hat zwischenzeitlich mehrere neue Systeme entwickelt (sektorengleiche Verfahren, z. B. Konisation; stationäre Mehrpunktmessung, z. B. Hüft- und Knieendoprothetik; sektorenübergreifende Qualitätssicherung, z. B. kolorektorales Karzinom). Die für die Datenzusammenführung aus verschiedenen Sektoren aus Gründen des Datenschutzes notwendige bundesweite Vertrauensstelle ist in Betrieb. Auf der Landesebene sind neue QS-Gremien unter Einbezug des KV-Systems im Aufbau. Insgesamt befindet sich die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in einer kritischen Entwicklungsphase, wobei das Funktionieren auch des ersten Leistungsbereiches noch aussteht. Das KCQ unterstützt den GKV-SV mit zahlreichen Stellungnahmen und Beratungen, im G-BA auf sachgerechte und zielführende Beschlüsse hinzuwirken.

Die zunehmende gesetzgeberische Fokussierung auf den Versichertenatenschutz und auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis von Qualitätssicherung generiert zahlreiche neue Fragestellungen für den GKV-SV. Zur gesetzlich vorgegebenen Evaluation der Einführung des »Internen Qualitätsmanagements« (IQM) wurde beispielsweise vom KCQ ein umfassendes Grundsatzgutachten vorgelegt, in dem insbesondere Defiziten des richtliniengemäßen Auswertungsverfahrens benannt und Probleme der Wirkungsentfaltung von internem QM aufgezeigt sowie Weiterentwicklungsempfehlungen gegeben werden. Derzeit erfolgt im KCQ die Erarbeitung einer konkreten Gegenüberstellung des Nutzens der externen stationären Qualitätssicherung und des hierzu eingebrachten Aufwandes.

Qualitätssicherung in Deutschland steht nicht still; es werden systemische Probleme aufgegriffen. Das KCQ berät direkt und persönlich die GKV-Seite bei der Positionierung im untergesetzlichen Normgebungsprozess.

Aufträge und Ressourcen

In Bezug auf die Auftraggeber hat sich die Tendenz zugunsten des GKV-SV

verstärkt fortgesetzt; ca. 80% (2009: 34%) der Arbeitsaufwände erfolgen für ihn. Die Verschiebung erfolgte im Wesentlichen zulasten der Kassenverbände auf Landesebene mit 8% (2009: 22%) und der Medizinischen Dienste (ohne MDS) mit 7% (2009: 24%). Ersteres erklärt sich durch den in 2009 ausgelaufenen umfänglichen Kassenauftrag zur Evaluation der grenzüberschreitenden Versorgung Deutschland/Schweiz. Insgesamt ist festzustellen, dass die Beratungstätigkeit im GKV-SV auf der Bundesebene zwischenzeitlich dominiert (vgl. **Abb. 4+5**, S. 74/75).

Statistisch ist die Anforderung von Gremienberatung (G4) durch das KCQ leicht rückläufig, der Zeitaufwand für eingehende Stellungnahmen (G2) zunehmend. Vermehrt werden im Zusammenhang mit der Gremienberatung grundsätzliche Ausarbeitungen beauftragt, so dass diese eigenständig dokumentiert sind; die Summe aus G2- und G4-Aufträgen bleibt mit ca. 70% des Gesamtaufwandes konstant. Die Gutachter sind derzeit in mehr als 20 regelmäßig tagenden Arbeitsgruppen und Ausschüssen auf Bundes- und Landesebene tätig. Die anteilige Rückläufigkeit der G3-Begutachtung kommt dadurch zustande, dass der seit Oktober 2010 tätige weitere Gutachter vornehmlich in der Gremienberatung und G2-Begutachtung tätig ist.

Absolut wurden in 2011 von vier Gutachtern 958 Gutachtertage geleistet, in 2010 von 3,25 Gutachtern 806 Tage. Der Zeitaufwand für abteilungsinterne organisatorische Aufgaben und Fortbildung hat sich nach der Erhöhung durch den Leitungs- und Mitarbeiterwechsel in 2009 wieder auf den ungefähren Umfang der Vorjahre eingependelt (2010: 53 Tage, 2011: 61 Tage). Die Inanspruchnahme des KCQ ist wie in den Vorjahren deutlich höher als das vorgesehene Zeitkontingent der Gutachter (2009: 745,5 vs. 600 Tage, 2010: 806,5 vs. 650 Tage, 2011: 958 vs. 800 Tage). Nach wie vor sind die Rückmeldungen zur Auftraggeberzufriedenheit sehr positiv; die Auswertung von insgesamt 75 Standardfragebögen bestätigt dies (vgl. **Abb. 2**, S. 70/71).

Alleinstellungsmerkmale des KCQ

Querschnittskompetenz in der deutschen Qualitätssicherung Die Beratungsleistungen reichen von der Systemgestaltung bis zur Konzeption und Durchführung von QS-Maßnahmen mehrerer Kassen gemeinsam und bei einzelnen Leistungserbringern.

QS-MDK-Netzwerke MDK-Gutachter in QS-Gremien von Bundes- und Landesebene werden zusammengeführt; die Auftraggeber realisieren hiermit eine Koordination, die den anderen QS-Akteuren (z. B. KV-System) fehlt.

QS-Verfahrensentwicklungskompetenz Die KCQ-Gutachter bringen für die Auftraggeber andernorts nicht verfügbare eigene Entwicklererfahrung in die QS-Systementwicklung ein.

Fachärztliche systemische Recherche-Expertise Mit dem Wissen erfahrener Fachärzte mehrerer Gebiete und der vorhandenen zusätzlichen Recher-

chekompetenz leistet das KCQ methodisch und inhaltlich umfassende Wissensdarstellung und -bewertung.

Zeitliche Beratungskontinuität Im Unterschied zu personeller Fluktuation sind die KCQ-Gutachter seit vielen Jahren in den jeweiligen Bereichen der Systemberatung tätig, so dass sie für die Auftraggeber eine wichtige Kontinuität gewährleisten.

Fachärztliche und Systemregelungskompetenz Zahlreiche langjährige Facharzteerfahrungen sind im Verbund mit Systemerfahrung verfügbar.

Ortsflexibilität Die in zahlreichen Institutionen und Orten ansässigen QS-Gremien und -akteure werden vom KCQ dank seiner guten Reisemöglichkeiten ohne Entfernungsbarrieren immer erreicht.

Öffentlichkeitsarbeit und strategisches Vordenken

Qualitätssicherung ist öffentlich

Das KCQ trägt durch regelmäßige Tagungen aktuelle Fragen zur medizinischen Versorgungsqualität in die Öffentlichkeit. In einer ganztägigen Veranstaltung zusammen mit der SEG 7 (Methoden- und Produktbewertung) am 12. April 2011 wurden die Innovationsbewertung und Grundsatzfragen der Qualitätssicherung behandelt, wobei die Wechselbeziehung zwischen der Begrenzung auf gute neue Verfahren einerseits und der Versorgungsqualität nach der Verfahrensetablierung andererseits deutlich wurde. Renommiertere Referenten haben den ethischen Imperativ guter Qualität und die Theorie der Qualitätsmessung dargestellt. Für die Praxis wurden die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung umrissen und für die Zukunftsperspektiven von Qualitätssicherung wurde deutlich, dass Qualitätskultur vonnöten ist statt einfacher Kontrollsysteme und dass auch Qualitätssicherung ein lernendes Projekt entsprechend dem PDCA-Zyklus ist. Die zentrale Frage des Nutzens von Qualitätssicherung wurde dahingehend beantwortet, dass angesichts des Aufwandes, der für die Primärversorgung nicht mehr zur Verfügung steht, für eine QS-Maßnahme jeweils eine Evaluation mit Kosten-Nutzen-Abwägung obligat sein sollte. Nutzenbelege von QS-Verfahren sind jedoch rar. Das neue Versorgungsstrukturgesetz von 2012 hat konsequenterweise für QS-Richtlinien des G-BA eine Aufwandsschätzung in der Durchführungspraxis festgelegt.

Die Öffentlichkeitsveranstaltung hat resümierend deutlich gemacht, wie Innovationsbewertung und QS zwei Seiten der Medaille sind, nämlich der Güte der medizinischen Versorgung.

Entwicklung zukünftiger QS-Strategien

In jährlichen gemeinsamen Klausurtagungen von KCQ und GKV-SV werden Generallinien für die kollektivvertragliche QS entwickelt, indem nationale und internationale Erfahrungen ausgetauscht werden. In einer zweitägi-

gen Veranstaltung im April 2010 wurden die Wechselbeziehungen der QS-Umsetzung zwischen Landes- und Bundesebene analysiert; die Koordination der GKV-seitigen Akteure auf beiden Ebenen wurde in Form von regelmäßigen Informationsaustauschen inauguriert. Zudem wurde die Wertigkeit von evidenzbasiertem Wissen und von Leitlinien für Konzeption und Ergebnisse der externen QS problematisiert; die vorsichtige Handhabung von Indikatorergebnissen wurde abgeleitet. Die Tagung im Mai 2011 beleuchtete den Stand der QS in mehreren Nachbarländern und den USA mit Vorträgen internationaler Referenten. Es wurde deutlich, dass bundesdeutsche QS-Systeme hinsichtlich Umfang und Grundlegung durchaus Pioniercharakter haben und dass in den USA eher direkte ökonomische Vorgaben die QS-Maßnahmen der einzelnen Versicherungen bestimmen. In diesem Jahr ist geplant, konkrete Probleme der dem G-BA möglichen QS-Regelungen (u. a. Patientenbeteiligung, datengestützte QS, Strukturvereinbarungen) zu adressieren, um GKV-seitige Positionierungen etwa bei der Aktualisierung des AQUA-Methodenpapiers zu unterstützen.

Präsenz des KCQ in der Fachöffentlichkeit

Mit eigenen Präsentationen oder als aktive Diskussionsteilnehmer bei diversen Fachtagungen zur QS gewinnt das KCQ die Aufmerksamkeit der Akteure (Entscheider und Berater) im Gesundheitswesen, wodurch die Wirkung unserer Tätigkeit untermauert wird und wodurch auch zahlreiche Beratungsaufträge generiert werden. Beispielhaft seien einige größere Veranstaltungen mit aktiver Teilnahme aufgeführt:

- AQUA-QS-Konferenzen 2010 und 2011
- Qualitätssicherungskonferenz des G-BA 2010 und 2011
- 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (30. 9.–2. 10. 2010)
- 28. Münchner Konferenz für Qualitätssicherung 2010 Geburtshilfe-Neonatologie-Operative Gynäkologie (24.–25. 11. 2011)
- Informationsveranstaltung zur Einführung des landesspezifischen QS-Verfahrens »MRSA« in Baden-Württemberg (23. 12. 2010)
- MDK-Tag des MDK Baden-Württemberg (19. 5. 2011)
- »Der Wirbelsäulenpatient zwischen Markt und Medizin« (Offenbach, 12. 3. 2011)
- Kompaktseminar Nephrologie und Transplantation (Mainz, 14. 5. 2011)

Schwerpunkte / Beispiele aus der Gremienberatung

Mitgestaltung der vertragsärztlichen Qualitätssicherung:
mehr Transparenz und Versichertennutzen

Die Bundesmantelvertragspartner schließen QS-Vereinbarungen zu ausgewählten vertragsärztlichen Leistungen (§ 135 Abs. 2 SGB V), deren Vergütung nach dem »Einheitlichen Bewertungsmaßstab« (EBM) an die Einhaltung von festgelegten Struktur-, Prozess- und Ergebnisvorgaben gebunden ist. Derzeit existieren 25 solcher themenbezogenen Vereinbarungen, mehrere werden aktualisiert oder neu erstellt. Das GKV-VStG vom

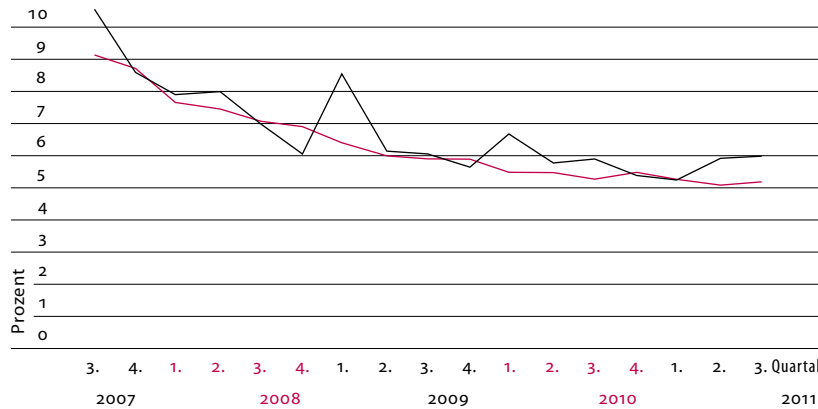
22. 12. 2011 hat sachgerecht die möglichen Regelungsinhalte auf alle Qualitätsbereiche (vorher: nur Struktur- und Prozessqualität) erweitert. In zahlreichen Arbeitsgruppen und dem Gemeinsamen Ausschuss QS (Beschlussgremium) leistet das KCQ systembezogene und fachspezifische Beratung im Auftrag des GKV-SV. Beispielhaft herausgegriffen sei die QS-Vereinbarung »Säuglingshüftsonographie«. Die seit 2005 bestehende Regelung war aufgrund der fortentwickelten Untersuchungstechnik und unzureichender Leistungsqualität der Vertragsärzte (Stichprobenprüfungen) nicht mehr sachgerecht. Vorschläge und Verhandlungsbeiträge des KCQ führten maßgeblich dazu, dass u. a. eine Eingangsprüfung anhand erfolgter Untersuchungsdokumentationen und eine spezifizierte Untersuchungstechnik als Mindestanforderungen neu festgelegt wurden. Eine mitverfasste Pressemitteilung der BMV-Partner hat die Fachöffentlichkeit informiert.

In der übergreifenden AG »Auswertung« des Gemeinsamen Ausschusses QS werden die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen zu den verschiedenen QS-Vereinbarungen analysiert und es werden Konsequenzen durch die Vertragspartner gezogen. Einerseits sind hier die Erfolge der QS-Maßnahmen darstellbar (die hygienischen Beanstandungen bei der Koloskopaufbereitung haben sich beispielsweise von 12 auf 4% verringert) und andererseits werden anhaltende Defizite transparent. So wurde zur vertragsärztlichen speziellen Schmerztherapie bekannt, dass sie in mehr als 20% der Fälle nicht sachgerecht erfolgt. Aufgrund von KCQ-Empfehlungen wird nun eine spezifizierte Auswertung der Prüfergebnisse erfolgen, um die Leistungserbringer auf konkrete Mängel hinweisen zu können, und die KVen der Länder werden um ein konsequenteres Prüfverfahren ersucht. Die KCQ-Beratung unterstützt damit die GKV-seitige Verhandlung und sie nützt der Versorgungsqualität, die bei den Versicherten ankommt.

Verbesserte Qualität der vertragsärztlichen Dialyse

Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bzw. dem GKV-SV beauftragt, berät das KCQ seit 2005 mit persönlicher Konstanz in der AG QS Dialyse des G-BA, so dass der KCQ-Gutachter das »dienstälteste« Mitglied der AG ist. Er bringt nephrologische Fachexpertise und QS-Kompetenz ein neben den Erfahrungen aus den QS-Netzwerken und aus landesspezifischen QS-Verfahren.

Das QS-Verfahren »Dialyse« basiert als einziges in der vertragsärztlichen Versorgung nicht auf Stichproben, sondern auf einer vollständigen verpflichtenden Erfassung aller Patienten und Einrichtungen; es spielt somit eine Vorreiterrolle, auch in der aktuellen Weiterentwicklung – Erfassung aller Patienten mit einem lebenslang geltenden Pseudonym (unter Einschaltung der neu beauftragten Vertrauensstelle) mit der Möglichkeit der Längsschnittauswertung und Evaluation der erhobenen Daten unter QS-Gesichtspunkten. Dies ist umso bedeutender, als sich QS zunehmend der Frage nach ihrem Nutzen und ihren Auswirkungen stellen muss. Bei einem aufwändigen Verfahren (rund 800 Dialyseeinrichtungen mit 70 000 Patienten)



[Abb. 1] Wunschkurve der qs: Nahezu stetige und langjährige Verringerung von Mängelquoten. Prozentualer Anteil der Fälle unter Zielwert *Dialysedauer* / Dialysefrequenz

ten) ist die Frage nach Aufwand und Nutzen berechtigt. Am deutlichsten zeigt sich die positive Ergebnisentwicklung 2007–2011 bei Hämodialyse-Patienten (> 95% der Patienten). Dargestellt ist beispielhaft der Anteil an allen Patienten, welcher den angestrebten Grenzwert nicht erreicht (bundesweite Zahlen, Dialysedauer, -frequenz) (vgl. **Abb. 1**).

Weiterentwicklung Die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse ist das einzige Verfahren im vertragsärztlichen Bereich, in dem alle Patienten erfasst werden. Ein Problem stellt dennoch die fehlende Nachverfolgbarkeit der Patientenbefunde in Abhängigkeit von der Behandlung dar, wodurch die Möglichkeit der Evaluation der QS-Parameter erheblich eingeschränkt ist. Nachdem die gesetzlichen Voraussetzungen für eine lebenslange Pseudonymisierung der Patienten geschaffen waren, wurde die Richtlinie QS-Dialyse des G-BA weiterentwickelt. Unterstützt durch eine Expertengruppe von acht Nephrologen wurde der Parametersatz überarbeitet. Unterschieden werden drei Datenkategorien: Patienten charakterisierende Daten, Auffälligkeitskriterien charakterisierende Daten mit definiertem Grenzwert und Benchmarkdaten ohne festgelegten Grenzwert. Auch weiterhin gilt, dass eine Einrichtung, in der < 15% der Patienten den festgelegten Grenzwert bei Auffälligkeitskriterien nicht erreichen, »auffällig« ist, d. h. dass möglicherweise Qualitätsprobleme vorliegen. Die tatsächliche Feststellung von Qualitätsmängeln obliegt jedoch einer QS-Kommission, die bei der kv angesiedelt ist. Die GKV ist in diesen Kommissionen stimmberechtigt über den MDK beteiligt.

Nutzen Eine exakte Darstellung der Versorgung und ihrer Qualität wird möglich, indem das Verfahren längsschnittlich, verpflichtend und an die Abrechnung gebunden ist. Die Evaluation der QS-Parameter ist implementiert. Eine AG des GBA wird die Aufgabe erhalten, aus den vorhandenen

Daten Auswertungen festzulegen, die den Wert der einzelnen Parameter zeigen. Da längerfristige Endpunkte einer Analyse unterzogen werden, sind eindeutige Ergebnisse erst nach einer mehrjährigen Laufzeit möglich.

Entwicklung eines landesspezifischen qs-Verfahrens »MRSA«

Das KCQ ist neben der Mitwirkung im Lenkungsgremium QS in Baden-Württemberg (Auftraggeber: GKV BW) in mehreren nachgeordneten Arbeitsgruppen tätig. Beispielhaft ist die Mitentwicklung des QS-Verfahrens »MRSA« zu nennen. In Baden-Württemberg sind demnach auf der Basis des Landesvertrages alle Krankenhäuser verpflichtet, ab Juli 2011 ihre Rate des Eingangsscreenings auf MRSA, die Zahl ihrer MRSA-Erstnachweise und die Häufigkeit eigener nosokomialer Infektionen halbjährlich mitzuteilen; zusätzlich werden administrative Daten (z. B. Bettenzahl) zur Schaffung von Stratifizierungsmöglichkeiten erfasst. Die Daten werden von der Landesgeschäftsstelle QS ausgewertet, und zwar nach Maßgabe der in der AG erarbeiteten Kriterien. Das Verfahren zeichnet sich durch Schlantheit aus; die Daten werden vom verpflichteten Kliniklabor geliefert. Seitens des KCQ haben wir u. a. erreicht, dass die Ergebnisbewertung abteilungsbezogen erfolgt (bestimmte Fachdisziplinen, wie z. B. die Unfallchirurgie, haben eine hohe Belastung mit MRSA, andere, wie z. B. Orthopädie oder Pädiatrie, eine geringe). Die zentrale Datenlieferung durch das Hygienelabor ist aufwandsparend und verspricht wegen Nichtbetroffenheit (im Unterschied zur bettenführenden Abteilung) validere Angaben. Zahlreiche Krankenhäuser mit niedrigen Screening-Raten und gleichzeitig hohen Raten nosokomialer Infektionen wurden bisher zu Stellungnahmen aufgefordert. Das Verfahren verspricht, mit überschaubarem Aufwand die MRSA-Verbreitung einzudämmen. Die prozeduralen Entwicklungsergebnisse können für die bei AQUA derzeit zur Entwicklung beauftragte Regelung des G-BA »Nosokomiale Infektionen« genutzt werden.

Schwerpunkte / Beispiele zur Grundsatzbegutachtung und zu gutachterlichen Stellungnahmen

Mitwirkung bei der Entwicklung

der sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Bislang waren Qualitätssicherungsmaßnahmen jeweils spezifisch für die einzelnen Sektoren festgelegt. Diese sektorale Trennung soll zukünftig überwunden werden, neue Verfahren der externen Qualitätssicherung sollen möglichst sektorenübergreifend angelegt werden. Mit der Entwicklung dieser neuen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren ist das AQUA-Institut betraut. Für neun Versorgungsbereiche hat das AQUA-Institut bislang Aufträge zur Verfahrensentwicklung erhalten (z. B. Kataraktoperation, Gelenkendoprothetik).

AQUA entwickelt die neuen Verfahren nach einer in seinem Methodenpapier festgelegten wissenschaftlichen Vorgehensweise. Nach Abschluss der Verfahrensentwicklung stellt das AQUA-Institut dem Gemeinsamen

Bundesausschuss einen Vorbericht zur Verfügung, der jeweils vom GKV-SV dahingehend geprüft wird, ob die erforderlichen wissenschaftlichen Standards eingehalten wurden und ob das Konzept des AQUA-Instituts die Bedürfnisse und Interessen der Versicherten und der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen berücksichtigen. Das Stellungnahmeverfahren ist daher ein wichtiger Schritt, weil AQUA gehalten ist, etwaige Einwendungen für die abschließende Verfahrenskonzeption zu berücksichtigen.

Das KCQ unterstützt den GKV-Spitzenverband bei der Analyse und Bewertung der umfangreichen und komplexen Vor- und Abschlussberichte des AQUA-Instituts. Das KCQ hat zu allen bisher vorgelegten Vor- und Abschlussberichten ein fachlich-methodisches Gutachten erstellt. Dabei wird geprüft, ob die vorgeschlagenen Indikatoren wissenschaftlich ausreichend begründet sind, ob das Erfassungskonzept (die sogenannte Operationalisierung der Indikatoren) präzise und praktikabel ist und ob die geplante Berechnung der Indikatoren sachgerecht ist. Es wird geprüft, ob die vorgeschlagenen Indikatorensets bekannte oder vermutete Versorgungsprobleme angemessen abbilden und ob international übliche Indikatoren berücksichtigt wurden. Der GKV-Spitzenverband nutzt diese Gutachten für seine Stellungnahmen und im Rahmen der Abnahmeentscheidung.

In den Gutachten des KCQ wurde eine Reihe von Verbesserungspotenzialen für die einzelnen Qualitätssicherungsverfahren festgestellt. Für das Verfahren der Arthroskopie des Kniegelenks wurde z. B. festgestellt, dass die Indikationsstellung – ein bekanntes Versorgungsproblem – im ersten Vorschlag des AQUA-Instituts nicht ausreichend abgebildet war. Im Verfahren »Koronarangiografie und PCI« war im ersten Vorschlag die Ergebnisqualität nicht entsprechend internationaler Standards abgebildet. Aufgrund der Hinweise im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens durch den GKV-SV wurden die Konzepte von AQUA überarbeitet und optimiert.

Nutzen Unausgewogene Sets von Qualitätsindikatoren können zu Fehlsteuerungen in der Versorgung führen, indem die Patientensicherheit nicht ausreichend berücksichtigt wird (z. B. durch das Fehlen relevanter Ergebnisindikatoren) oder indem durch nicht ausreichende Betrachtung der Indikationsstellung einer patientengefährdenden Überversorgung Vorschub geleistet wird. Ausgewogene Indikatorensets hingegen liefern Ärzten und Krankenhäusern verlässliche Informationen, um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu erreichen, und ermöglichen, bei Auffälligkeiten gezielt einzugreifen.

Qualitätsanforderungen für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen

Bei der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI) handelt es sich um ein innovatives Behandlungsverfahren für Patienten mit Verengungen der Aortenklappe (Aortenklappenstenose). Für diese Erkrankung steht mit dem konventionellen herzchirurgischen Aortenklappenersatz

ein wirksamer, sicherer und wissenschaftlich sehr gut untersuchter Goldstandard für die Behandlung zur Verfügung. Die endovaskulär oder transapikal durchführbare TAVI ist als Verfahren für Patienten mit Kontraindikationen für eine offene Operation eingeführt worden. Trotz nicht belegten Nutzens und fehlender Langzeitergebnisse der Methode wird eine massive Fallzahlausweitung beobachtet.

Das KCQ sollte in einem Gutachten für den GKV-Spitzenverband prüfen, ob wissenschaftlich belegte Kriterien identifizierbar sind, die von der GKV genutzt werden können, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine hohe Patientensicherheit und Bedarfsgerechtigkeit gewährleisten. Insbesondere sollten Kriterien zur Indikationsstellung und zu Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität identifiziert werden.

Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche konnten lediglich Konsenspapiere, Empfehlungen und Positionspapiere von führenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Europa und Nordamerika identifiziert werden.

Aus diesen wurden vom KCQ im Sinne einer Synopse überprüfbare Kriterien abgeleitet, die übereinstimmend von den Experten empfohlen werden. Daraus resultierte ein Kriterienkatalog, der von den Krankenkassen genutzt werden kann, mit Krankenhäusern Qualitätsvereinbarungen abzuschließen. Darüber hinaus ist geplant, diese Kriterien zu nutzen, um im Rahmen einer Strukturvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses standardisierte Qualitätsanforderungen festzulegen. Die gutachterlichen Ergebnisse wurden in einer herzchirurgischen Fachzeitschrift (Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie) publiziert.

Nutzen Aufgrund der Regelungen des SGB V können in Deutschland im Rahmen der Krankenhausbehandlung neue, wissenschaftlich noch mangelhaft untersuchte Behandlungsverfahren nahezu unkontrolliert in der Versorgung eingesetzt werden. Dies kann dazu führen, dass unausgereifte Verfahren (wie beispielsweise in der Vergangenheit die Technologie des Robodoc für die Implantation von Endoprothesen des Hüftgelenks) eingesetzt werden. Die Formulierung von Anforderungen an die Indikationsstellung sowie die Struktur- und Prozessqualität bei innovativen Verfahren kann im Sinne der Patientensicherheit wirken und ggf. vermeidbare Kostensteigerungen verhindern.

Wert der elektronischen Dokumentations- und

Informationssysteme in der medizinischen Versorgung

Das derzeitige Wissen sollte für den GKV-SV aufbereitet werden, um die Positionierung zu einer KBV-seitig angeregten EDV-Basierung künftiger vertragsärztlicher QS zu finden und zu begründen.

Die 2003 vom Gesetzgeber verfügte elektronische Datenerfassung mit dem Ziel einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist in den deutschen medizinischen Betrieben in Form und Umfang unterschiedlich mit durchaus verschiedenen Stoßrichtungen umge-

setzt, Einheitlichkeit der Systeme besteht dabei nicht. Auf internationaler Ebene werden elektronische Dokumentations- und Informationssysteme (Health Information Technology = HIT) als wirkungsvolle Instrumente zur Herstellung von Kosteneffizienz sowie zur Erleichterung von Information und Kommunikation im Gesundheitswesen (bei einrichtungs-/sektorenübergreifender Vernetzung), Gesundheitsüberwachung, Qualitätssicherung, Edukation, Wissen, Versorgungsplanung und Versorgungsforschung angesehen.

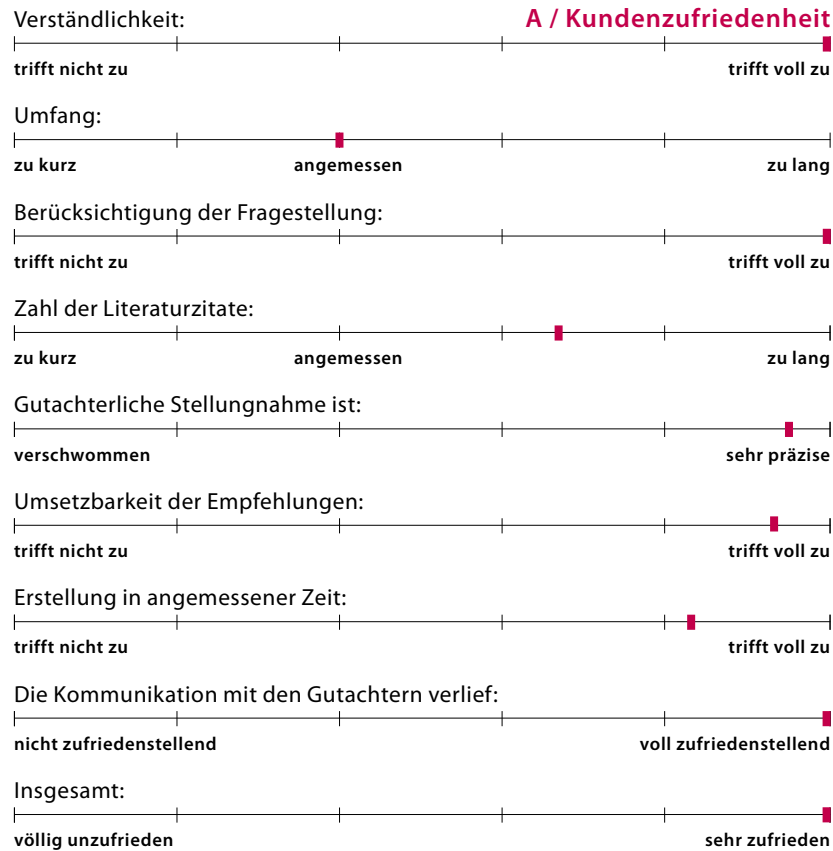
National wurde teils bereits aus der alleinigen Umsetzung einer elektronischen Arztaufzeichnung heraus ein qualitätsverbessernder Impact für die Patientenversorgung erwartet. Bestätigen lässt sich dies anhand konkreter Literaturdaten nicht. Tatsächlich steht in den Untersuchungen zum Thema eine ausschließliche Nutzung elektronischer Dokumentationssysteme zur reinen Datenerfassung kaum in der Diskussion. Untersuchungen zur Rolle der HIT stellen eher auf die heute verfügbaren erweiterten Programmfunktionen medizinischer Dokumentationssysteme ab und befassen sich mit den Möglichkeiten kombinierter Anwendungen. Entsprechende Funktionalitäten beziehen sich auf Ergebnis- und Anforderungsmanagement (Informationszusammenführung/-analyse), Entscheidungshilfen, Erinnerungs-/Warnfunktionen, elektronische Kommunikation und Vernetzung, Patientensupport, Berichterstattungswesen, administrative Prozesse sowie Ermittlung und Darstellung populationsbezogener Gesundheit. Eher beiläufig findet sich in den Publikationen die Aussage, es bestehe kein belastbarer Hinweis auf einen speziellen Nutzen der E-Dokumentation an sich.

Ein besonderer Aspekt ist in der potenziellen Eignung der HIT für die Belange der Qualitätssicherung zu sehen. HIT hat das Potenzial, die Leistungsperformance über klinische Daten detailliert abzubilden, muss hierfür aber speziell zugeschnitten werden. Hierbei muss Qualitätssicherung Nebenprodukt einer alltäglichen, standardisierten elektronischen Datenaufzeichnung sein, das Leistungserbringer nicht oder nur marginal mit der Notwendigkeit spezieller Dateneingaben belastet und demzufolge auch Potenzial zu höherer Akzeptanz beinhaltet. Ermöglicht werden kann dies nur durch entsprechende Software-Entwicklungen. Flächendeckend eingeführt und durchgehend verbindlich umgesetzt, könnte HIT auf der Basis einer einheitlich genutzten elektronischen Patientenakte die Lösung für die bislang hochproblematische sektorenübergreifende Qualitätssicherung darstellen (z. B. Längsschnittuntersuchungen, Abbildung des Schnittstellenmanagements) und – ohne wesentlichen Zusatzaufwand – eine suffiziente Versorgungsforschung in allen Versorgungsbereichen ermöglichen. Allerdings wären hier weitreichende Software-Entwicklungen erforderlich, Probleme des Datenschutzes müssten unter Kontrolle gebracht werden. Zwischenzeitlich wurden EDV-basierte QS-Verfahren von GKV und KBV konsentiert (QS Oesophagogastroduodenoskopie, Hörgeräteversorgung, Molekulargenetische Diagnostik).

Bedeutung von Partikularinteressen in der Leitlinienerstellung
Anlässlich der Bewertung einer S3-Leitlinie entstand die grundsätzliche Frage nach der Rolle von Partikularinteressen bzw. Interessenskonflikten in der Leitliniengenerierung. Die Leitlinienbewertung gemäß DELBI-Verfahren greift dieses Thema auf, allerdings in einem eher formalen Ansatz, der sich vorrangig auf die Prüfung potenzieller Interessenskonflikte der Leitlinienautoren selbst beschränkt. Leitlinienempfehlungen als Endprodukte wissenschaftlicher Tätigkeit beruhen auf einem Prozess, der mehrere Ebenen durchläuft und auf jeder dieser Ebenen dem Einfluss von Partikularinteressen ausgesetzt sein kann. Einflussnahme auf die Generierung wissenschaftlicher Daten wird in nicht ganz geringem Umfang für Primärstudien berichtet, möglich ist sie ebenso auf der Ebene der aggregierenden Datenaufbereitung (Sekundärdaten wie Reviews, Metaanalysen etc.). Nachdem das »Endprodukt Leitlinie« in seiner Gesamtheit also einer kumulativen Anhäufung interessensgeleiteter Verzerrungseffekte unterliegen kann, sind verstärkte Anstrengungen zur Herstellung von Transparenz in Generierung, Aggregation sowie Instrumentalisierung von »Evidenz« einzufordern.

Bundesweite Gleichmäßigkeit der Qualitätssicherung: KCQ koordiniert

Ausgangspunkt sind die QS-Regelungen des G-BA, die in den einzelnen Bundesländern durch eigene Institutionen umgesetzt werden. So erfolgen die Ergebnisdatenbewertung und der für die externe stationäre QS zentral strukturierte Dialog durch Arbeitsgruppen auf der Landesebene, in denen GKV-seitig MDK-Gutachter mitwirken. Auf der Bundesebene wird die Kassenseite in den verschiedenen AQUA-Fachgruppen ebenfalls von MDK-Gutachtern vertreten. Bei der QS »Dialyse« und bei kassenbeauftragten Strukturprüfungen stationärer Einrichtungen (z. B. NICU-Richtlinie) sind Fachärzte der Medizinischen Dienste tätig. Ein Informationsaustausch der Gutachter zu Vorgehensweisen und Ergebnisbeurteilungen in den diversen Kommissionen fand bisher nicht statt. Die Ergebnisauswertungen zum strukturierten Dialog in der stationären externen QS, die vom AQUA-Institut ermittelt und vom G-BA veröffentlicht werden, zeigen deutlich, dass die Umsetzung der bundesweiten QS-Maßnahmen von Land zu Land sehr unterschiedlich ist. Deswegen hat der GKV-SV das KCQ beauftragt, auf eine bundesweite Gleichmäßigkeit der QS hinzuwirken. Zu diesem Zweck organisiert und moderiert das KCQ seit zwei Jahren MDK-seitige Gutachter-Netzwerke, in denen in halbjährlichen Sitzungen die QS-Praxis ausgetauscht und die Regelungen des G-BA kommuniziert werden. Folgende Gutachter-Netzwerke sind derzeit installiert: AQUA-Fachgruppen, Dialyse-QS-Kommissionen, NICU-Gutachter, Landes-AGs »QS Orthopädie«, »QS Kardiologie«, »QS Allgemein Chirurgie/ Gefäßchirurgie«, »QS Gynäkologie/ Mammachirurgie«, »QS Pneumonie«, »QS Dekubitusprophylaxe«.



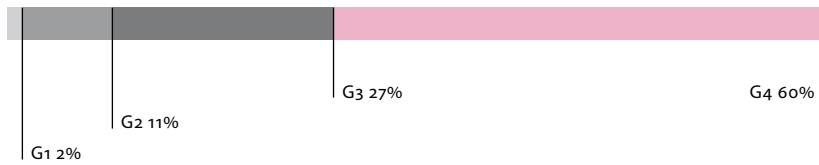
[Abb. 2 / A-C] Auswertungen der Rückmeldebögen in den Leistungsbereichen Kundenzufriedenheit **A**, Gremien **B** und Workshops / Vorträge **C** in den Jahren 2010 / 2011

Die bisherigen Sitzungen (zusammen mit dem GKV-SV) haben die heterogene QS-Umsetzung bestätigt. Die teilnehmenden Gutachter schätzen den gegenseitigen und KCQ-vermittelten Informationsgewinn, so dass die Teilnehmerquote in den einzelnen Arbeitsbereichen zwischenzeitlich weit über 50% liegt. Der Auftraggeber ist in der Lage, Daten landesbezogener Ungleichmäßigkeiten an die jeweiligen Kassen und Kassenverbände zurückzuspiegeln. Die Verringerung der heterogenen QS-Umsetzung wird sich in den kommenden Jahren sowohl in den QS-Ergebnissen und deren Konsequenzen als auch in den verschiedenen Netzwerkgruppen zeigen. Das GKV-System verwirklicht so eine einzigartige Rolle, die föderal bedingten Ungleichmäßigkeiten der QS-Praxis in Deutschland einzudämmen.

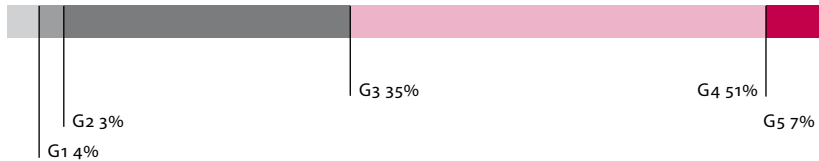


Perspektiven

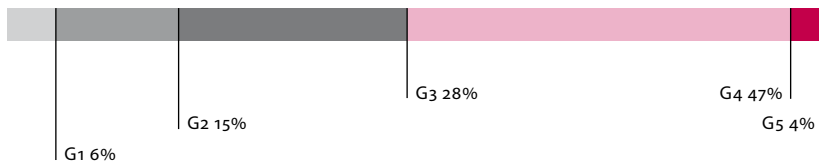
Nach der stattgehabten Vergrößerung des KCQ ist jetzt die geplante Personalstärke mit fünf Gutachtern erreicht. Mit eigenem Internetauftritt, häufigeren Präsentationen bei Fachtagungen sowie mit wissenschaftlichen Publikationen und Öffentlichkeitsveranstaltungen wird das KCQ zunehmend ins Blickfeld bisheriger Auftraggeber und anderer Akteure im Gesundheitswesen gerückt werden.



[Abb. 3.1] Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten 2009



[Abb. 3.2] Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten 2010



[Abb. 3.3] Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten 2011

G1 Gutachterliche Stellungnahme G2 Eingehende gutachterliche Stellungnahme
G3 Grundsatzgutachten G4 Gremienarbeit G5 Empfehlung zur sozial-medizinische
Begutachtung und Beratung

Die vom KCQ abgefragte Zufriedenheit der Kunden ist sehr hoch und erreicht in den verschiedenen Kategorien häufig Höchstwerte – bei den Grundsatzgutachten genauso wie bei der Gremientätigkeit und bei Workshops und Vorträgen – die Arbeit des KCQ ist damit zugleich Ansporn für die Zukunft (vgl. Abb. 2).

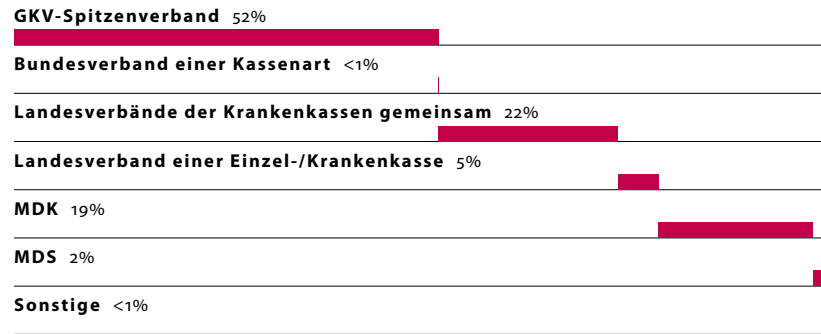
Die Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist eine herausragende Aufgabe im deutschen Gesundheitssystem; das KCQ kann und wird weiterhin einen wichtigen Beitrag hierzu leisten, indem für die Auftraggeber Vorschläge für die Systemgestaltung und für konkrete Verfahrenskonzeptionen geliefert werden.

Im Zusammenhang mit der Hinterfragung zunehmender Aufwände des Systems für QS-Maßnahmen werden wir weiterhin Pionierarbeit anbieten und leisten, indem wir auf die Ermittlung messbaren Nutzens, auf zu priorisierende Versorgungsthemen und auf aufwandssparende Verfahren (z. B. Routinedaten) hinweisen werden.

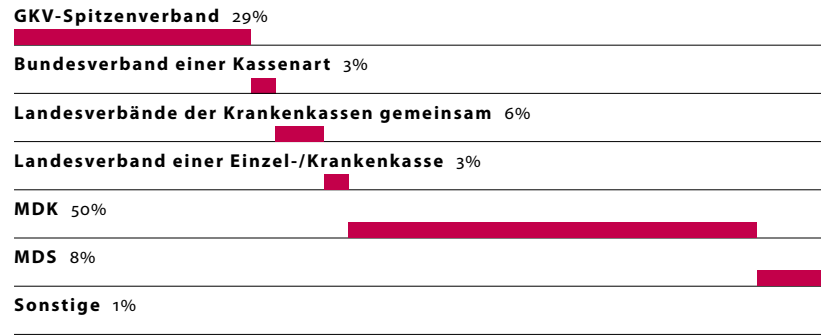
Künftig werden Kassenverbände im Wettbewerb vermehrt die spezifische Qualität ihrer Versichertenversorgung darstellen wollen; nach Maßgabe der Regularien kann das KCQ dort seine systemische QS-Expertise einbringen.

Als unsere Mission verstehen wir den Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsgüte, wobei wir eine Balance finden wollen zwischen erreichbarer Wirkung und Aufwand, zwischen Qualitätskontrolle und Qualitätsförderung sowie zwischen weitgehender ärztlicher Behandlungsfreiheit und Versorgungsstandardisierung.

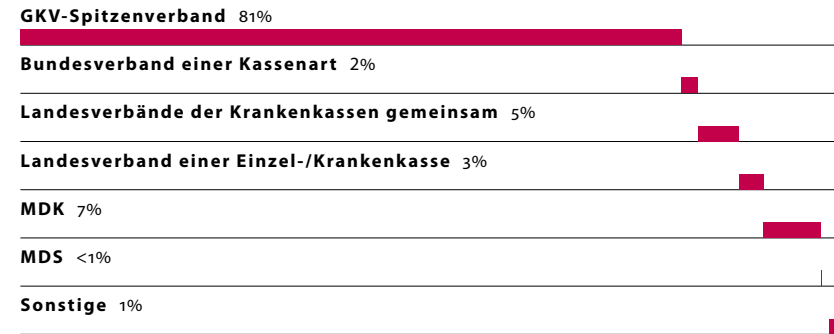
Prof. Dr. Johannes Giehl



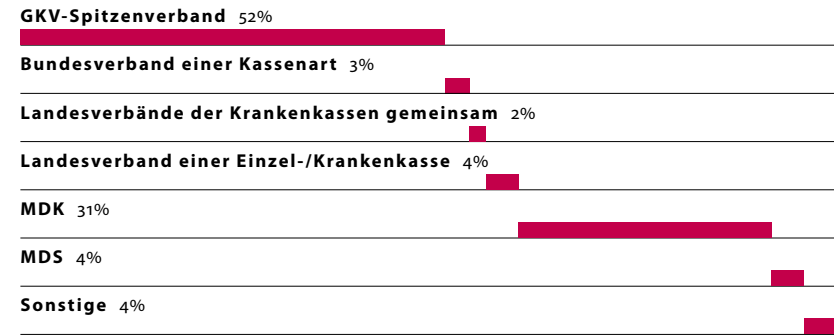
[Abb. 4.1] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber 2010



[Abb. 4.2] Aufträge nach Auftraggeber 2010



[Abb. 5.1] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber 2011



[Abb. 5.2] Aufträge nach Auftraggeber 2011

Herausgeber Kompetenz-Centren
der MDK-Gemeinschaft
c / o Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e.V. (MDs)*
Theodor-Althoff-Straße 47,
45133 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.**

* Der MDs berät den GKV-Spitzenverband in
medizinischen und pflegerischen Fragen.
Er koordiniert und fördert die Durchführung der
Aufgaben und die Zusammenarbeit der MDK
in medizinischen und organisatorischen Fragen.

** Ohne MDK Rheinland-Pfalz.

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen

Druck Memminger Medien Centrum
MMC, Memmingen

Korrektorat Julian von Heyl,
www.korrekturen.de

Um die Lesbarkeit des Textes zu
verbessern, wurde darauf verzichtet,
bei Berufs- und Personenbezeich-
nungen sowohl die männliche als
auch die weibliche Form zu ver-
wenden. Wenn die männliche Form
verwendet wird, schließt dies die
weibliche mit ein.



**Kompetenz-Centrum für
Psychiatrie und Psychotherapie**
MDK Mecklenburg-Vorpommern
und MDK in Hessen

