

Jahresbericht der Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft

2012
/
2013



Kompetenz-
Centren
der MDK
Gemeinschaft

Jahresbericht der
Kompetenz-Centren der
MDK-Gemeinschaft
2012/13

Jahresbericht der
Kompetenz-Centren der
MDK-Gemeinschaft

2012/13

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. Schließlich waren die Kompetenz-Centren auch in den für sie relevanten Expertengruppen »Off-Label-Use« beim BfArM in Bonn aktiv.

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. Norbert Lübke

Leiter KCG

Prof. Dr. Heyll

Leiter KCO

Dr. Christoph J. Tolzin

Leiter KCP

Prof. Dr. Johannes Giehl

Leiter KCQ

Grußwort

Die Kompetenz-Centren ergänzen seit weit über zehn Jahren das Beratungsangebot der mdk-Gemeinschaft. Es ist unser Anspruch, dass sie im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung akzeptiert sind und mit einer Vielzahl von Institutionen des Systems kooperieren. Frühere Berichte bestätigen seit langem die kontinuierlich zunehmende Inanspruchnahme und das breite fachliche Spektrum ihrer Leistungen.

Zusätzlich finden sich im vorliegenden aktuellen Bericht vermehrt Hinweise darauf, dass alle Kompetenz-Centren auch über den Bereich der mdk und des gkv-Systems hinaus Anerkennung finden und ihre Expertise gefragt ist. Zum Beispiel sind die Kompetenz-Centren Geriatrie und Onkologie präsent auf den einschlägigen Kongressen und auf Augenhöhe mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement ist engagiert in der Entwicklung neuer Qualitätssicherungsansätze und -instrumente und das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie ist vom Konzept bis zur Umsetzung beteiligt an dem vom Bundesministerium für Gesundheit angestoßenen Projekt einer Rahmenempfehlung zur Verbesserung der Information und Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs als Reaktion auf die Vorgänge in prominenten Bildungseinrichtungen.

Wir sehen es mit Stolz, dass die Kompetenz-Centren als gemeinsame Einrichtungen des gkv-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der

Medizinischen Dienste der Krankenversicherung über ihre primären Aufgaben hinaus wertvolle Beiträge auch im Gesamtkontext wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen leisten. Unser Dank gilt allen Verantwortlichen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, denen wir weiterhin Erfolg auf dem eingeschlagenen Weg wünschen.

Reiner Kasperbauer

Geschäftsführer des mdk Bayern und Vorsitzender des Beirats der Kompetenz-Centren

**Die KC der MDK-Gemeinschaft
im Überblick 8**

1

**Kompetenz-Centrum
Geriatric 12**

2

**Kompetenz-Centrum
Onkologie 28**

3

**Kompetenz-Centrum
Psychiatrie / Psychotherapie 46**

4

**Kompetenz-Centrum
Qualitätssicherung /
Qualitätsmanagement 62**

Die KC 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 alter Menschen mit mehreren Krankheiten, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Nutzung rehabilitativer Potenziale. In der Geriatrie sind derzeit mehrere Trends zu beobachten: Aufgrund ökonomischer Anreize werden spezifische geriatrische Versorgungsangebote vor allem im stationären Bereich in erheblichem Umfang aufgebaut. Vernachlässigt werden dagegen Leitlinien und andere Behandlungsempfehlungen, die speziell auf die Bedürfnisse älterer, oft multimorbider Menschen abgestimmt sind. Defizite gibt es auch bei der fachspezifischen Betreuung geriatrischer Patienten. Wie angemessen der Ausbau alterstraumatologischer Abteilungen in Kliniken ist, muss sich zeigen. Das KCG wurde deshalb unter anderem in folgenden Bereichen aktiv: Es brachte seine Expertise bei der Erarbeitung von Standards zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation ein. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit bestand in der Auswertung von Routinedaten der Kranken- und Pflegeversicherungen. So wurden erstmalig die GKV-Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation bei älteren Versicherten systematisch und

sektorenübergreifend dargestellt. Dabei zeigte sich unter anderem, dass die Verweildauer in der Frührehabilitation stark von der Art der Zuweisung abhängt, was darauf schließen lässt, dass eher finanzielle als medizinische Erwägungen über die Reha-Dauer entscheiden. Der MDS, der GKV-Spitzenverband und das KCG werden auf Grundlage dieser Ergebnisse auf Veränderungen im DRG-System hinwirken. Um den fachlichen Austausch zu pflegen, organisierte das KCG ein Diskussionsforum mit 180 Teilnehmern zum Thema »Medikation und ihre Interaktionen im Alter« mit. Dabei wurde einmal mehr deutlich, wie unzureichend multimorbide Menschen in klinischen Studien und in Leitlinien zur Arzneimitteltherapie bisher berücksichtigt wurden. Des Weiteren konnte das Schulungsangebot für Ärzte und Pflegefachkräfte der MDK erneut ausgebaut werden.

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 gegenübersteht. 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. Die Arbeit des KCO besteht deshalb vor allem darin, onkologische Behandlungsmethoden und Medikamente unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten zu bewerten. Dafür erstellen die Experten des KCO Gutachten und sind an den Beratungen in diversen Gremien beteiligt wie Gemeinsamer Bundesausschuss oder »off label«-Expertengruppe Onkologie beim BfArM. Themen waren u. a. Protonenbestrahlung, PET/CT oder der zulassungsüberschreitende Einsatz onkologischer Medikamenten. In der Systemberatung empfiehlt das KCO bei spezialisierten Leistungen wie Chemotherapie, Stammzelltransplantation u. a. die Konzentration der Versorgung onkologischer Patienten auf Zentren mit ausgewiesener Struktur- und Prozessqualität. Das trifft allerdings auf Seiten der Leistungsanbieter auf erheblichen Widerstand und ist deshalb kaum umzusetzen. Innerhalb der MDK-Gemeinschaft koordiniert das KCO die sozialmedizinische Begutachtung im Fachgebiet Onkologie durch regelmäßige Treffen der Ansprechpartner Onkologie der MDK-Gemeinschaft, telefonische Beratungen und Erstellung ausgewählter Einzelgutachten im Auftrag der zuständigen MDK.

Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie

Das KCPP bündelt Expertisen in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Suchtmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Soziotherapie, akute und rehabilitative Psychosomatik sowie Psychopharmakotherapie. Seine Fachkompetenz in diesen Gebieten brachte es unter anderem in vier Unterausschüssen des GBA ein, wobei es in insgesamt elf Arbeitsgruppen tätig war. In den Jahren

2012 und 2013 wurden vor allem zwei große Themen, die das KCPP berührten, in der Öffentlichkeit diskutiert: das neue Entgeltsystem in psychiatrischen Einrichtungen, und der sexuelle Kindesmissbrauch in renommierten Schulen. Das neue Entgeltsystem verfolgt drei Ziele: Es soll die Transparenz über die Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbessern, es soll für mehr Vergütungsgerechtigkeit sorgen und schließlich die Qualität der Leistungen sichern helfen. Seit dem Jahr 2013 können, ab dem Jahr 2015 müssen Krankenhäuser nach dem neuen sogenannten Psych-Entgelt abrechnen. Das KCPP ist nicht nur an der Entwicklung des neuen Entgeltsystems beteiligt, seine Aufgabe wird auch sein, die Etablierung des Systems mit Schulungen zu begleiten. Auch das zweite große Thema, der sexuelle Kindesmissbrauch in renommierten Bildungseinrichtungen, beschäftigte das KCPP unmittelbar. Im Rahmen der Arbeit des von der Bundesregierung eingesetzten Runden Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch« erarbeiteten die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene unter Federführung des GKV-SV und mit fachlicher Unterstützung des KCPP eine Rahmenempfehlung mit dem Ziel, die Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs im Bereich der GKV weiter zu verbessern. Auch die Umsetzung dieser Rahmenempfehlung aufseiten der Krankenkassen wird durch den GKV-SV und das KCPP begleitet.

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. In diesem Sinne setzte das KCQ seine Expertise ein. Einige Beispiele: Das AQUA-Institut hat inzwischen neun sektorenübergreifende QS-Verfahren entwickelt, die bislang jedoch noch nicht umgesetzt wurden. Warum das so ist, haben die Träger des G-BA unter Mitwirkung des KCQ in einem Eckpunktepapier benannt. Auch beteiligt sich das KCQ an der Erarbeitung von Richtlinien, etwa zu Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme sowie zum internen Qualitätsmanagement im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und Krankenhausbereich. Ein weiteres Thema waren die großen Unterschiede in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern, die die Vergleichbarkeit enorm erschweren. In mehreren Projekten will das KCQ dem entgegenwirken, so hat es beispielsweise MDK-Mitglieder der Arbeitsgruppen auf Bundes- und Landesebene zusammengeführt, Unterschiede dargestellt und das Ergebnis an die Entscheidungsgremien im GKV-SV und in den Krankenkassen weitergegeben. Außerdem konzipierte und realisierte das KCQ mit weiteren Partnern das landesspezifische QS-Verfahren MRSA (Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus) mit dem Ziel, nosokomiale Infektionen mit multiresistenten Erregern besser eindämmen zu können. Auch in der Leitlinienarbeit brachte sich das KCQ ein. So wurde unter

seiner Federführung die Wertigkeit mehrerer neuer S3-Leitlinien der AWMF analysiert. Dabei stellte sich beispielsweise heraus, dass die S3-Leitlinie »Chirurgie der Adipositas«, die sich unter anderem mit zahlreichen neuen Operationsmethoden befasst, häufig unsachgemäße Empfehlungen enthält. Als Grund dafür wurde eine nicht adäquate Zusammensetzung der Leitlinien-Gruppe ausgemacht.

*Zusammenfassung von
Dr. Christian Weymayr*

1 Kompetenz-Centrum Geriatrie

Leitung KCG

Dr. Norbert Lübke

FA Innere Medizin
Klinische Geriatrie
Sozialmedizin
Physikalische Therapie
Naturheilverfahren
Ärztliches Qualitätsmanagement

Aufgabenschwerpunkte:

Geriatrische Rehabilitation, geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, Außenvertretung

Stellvertretung

Dr. Matthias Meinck

Diplom-Soziologe
Gesundheitswissenschaftler
Pflegefachkraft

Aufgabenschwerpunkte:

Routinedatenanalysen, Projektbegleitung, Literaturrecherche, geriatrische Pflege

Weitere Gutachter

Dr. Maria Albota

Ärztin
Diplom-Soziologin
Aufgabenschwerpunkte:
Qualitätssicherung,
Projektbegleitung

Dr. Friedemann Ernst

FA Innere Medizin
FA Allgemeinmedizin
Sozialmedizin
Aufgabenschwerpunkte:
DRG-Begutachtung,
Leitlinien, Assessment

Team-Assistenz

Kristina Pippel

Diplombibliothekarin
Aufgabenschwerpunkte:
Literaturrecherche, Archiv,
Mobile geriatrische
Rehabilitation,
Datenauswertung

Sekretariat

Monika Meyer

Tel.: 040 25169-1107
Fax: 040 25169-499
info@kcgeriatrie.de

Büroanschrift

Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

www.kcgeriatrie.de

KCG der MDK-Gemeinschaft 2012/13

Organisation und Infrastruktur

Leitung und Stellvertretung des Kompetenz-Centrums Geriatrie sind vollzeitlich, zwei weitere Gutachter teilzeitlich tätig. Der Gesamtstellenumfang im Bereich der Fachgutachter beträgt 3,2. Die Team-Assistenz umfasst zusätzlich einen Stellenumfang von 0,65 und das Sekretariat von 0,25. Das KCG ist beim MDK Nord angesiedelt.

Aufgaben

Seit seiner Gründung im Jahr 2003 berät das KCG die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung in Grundsatzfragen der geriatrischen Versorgung. Das KCG koordiniert zudem die geriatrische sozialmedizinische Begutachtung und Beratung innerhalb der MDK-Gemeinschaft und schult Gutachterinnen und Gutachter im Fachgebiet Geriatrie.

Geriatrische Patienten nehmen umfänglich ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen in allen Sektoren und Stufen der Versorgung in Anspruch. Sie haben dabei spezielle Behandlungsbedarfe, die insbesondere in eingeschränkten physiologischen Reservekapazitäten und ihrer Multimorbidität gründen. Beide Faktoren führen sehr häufig zu Krankheitsfolgen, die den Alltag beeinträchtigen, weil Selbstversorgungsfähigkeit und Teilhabe erheblich eingeschränkt werden. Gerade auf diese Krankheitsfolgen ist die geriatrische Behandlungskonzeption unabhängig von ihrer jeweiligen sektoralen Verankerung (ambulante Versorgung, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) ausgerichtet. Zusätzlich sind für die Sicherstellung der Behandlungserfolge auch vielschichtige Zusatzleistungen, den umwelt- oder den personbezogenen Kontext der Patienten betreffend, zu übernehmen (bspw. Organisation einer Wohnraumanpassung oder Initiierung einer gerichtlichen Betreuung). Die geriatrische Versorgung wird demografiebedingt auch weiter im Fokus gesellschaftlicher und damit auch gesundheitssystemrelevanter Entwicklungsprozesse stehen. Derzeit vollzieht sich ein erheblicher Aufbau spezifischer geriatrischer Versorgungsangebote mit Schwerpunkt auf dem stationären Bereich durch Umwidmung zumeist bereits vorhandener Kapazitäten, flankiert von Erweiterungen bereits bestehender Angebote. Diese Entwicklungen folgen erkennbaren ökonomischen Anreizen.

Auf ein höheres Lebensalter und geriatritypische Multimorbidität abgestimmte Leitlinien, Behandlungspfade, Care-/Case-Managementangebote oder gar Versorgungsverbünde sind hingegen weiterhin faktisch nur in Ansätzen verfügbar. Geriatrische Patienten werden zudem auch weiterhin ganz überwiegend ohne Beteiligung geriatrischer Fachkunde ambulant und stationär versorgt. Auch die Anzahl geriatrisch weitergebildeter Vertragsärzte bleibt weiterhin gering.

Sofern einzelne geriatrische Leistungserbringer bereits über eine gewisse Kapazität verfügen, treten im zunehmenden Umfang auch Fragen einer geriatrischen Binnendifferenzierung auf die Agenda. Hierbei werden bspw. kognitive oder palliativmedizinische Abteilungen innerhalb

von Kliniken konzipiert und etabliert. Ferner entstehen durch Kooperationen von Geriatrie und Unfallchirurgie nun häufiger alterstraumatologische Abteilungen in Krankenhäusern. Diese Entwicklungen gilt es auch weiterhin im Hinblick auf Notwendigkeit und Angemessenheit aus Sicht der GKV kritisch zu begleiten. Auch wenn diese Entwicklungen derzeit noch weitgehend auf den Krankenhausbereich beschränkt sind, werden gleichgerichtete Ideen einer Binnendifferenzierung auch für die geriatrische Rehabilitation formuliert.

Dabei befindet sich auch die medizinische Versorgung geriatrischer Patienten im Spannungsfeld steigender Gesundheitsausgaben in Verbindung mit erheblichen Folgekosten in anderen Bereichen (z. B. Pflege, Sozialhilfe, Familie). Die geriatrische Versorgungslandschaft ist hinsichtlich ihrer Struktur und Kapazität weiterhin durch Heterogenität gekennzeichnet. Daher werden der GKV auch zukünftig vielfältige Gestaltungsaufgaben abverlangt werden.

Das Beratungsangebot des KCG wurde vor diesem Hintergrund auch in den Jahren 2012 und 2013 sehr umfänglich in Anspruch genommen. Rund die Hälfte aller Aufträge entfallen auf die einzelnen Medizinischen Dienste. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um telefonische Kurzanfragen durch einzelne Mitarbeiter der MDK mit direktem Bezug zur sozialmedizinischen Begutachtung im Einzelfall, seltener um Strukturprüfungen oder Grundsatzberatung. Etwa die Hälfte der Ressourcen entfiel auf Aufträge der GKV, gefolgt von einem geringeren Ressourceneinsatz für die MDK-Gemeinschaft und den MDS. Dabei entfallen große Anteile der aufgewendeten Ressourcen auf einzelne schriftliche gutachtliche Stellungnahmen und vom KCG erstellte Begutachtungsgrundlagen. Innerhalb der Produktgruppensystematik G1–G5 wird die Beauftragung ganz überwiegend gemeinschaftlich durch die Kassenverbände, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund oder der Gemeinschaft der MDK vorgenommen.

Ausbauen konnte das KCG insbesondere seine Beratungsleistungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten. Seit Jahren sind eigenständige Routinedatenauswertungen fester Bestandteil der Arbeiten des KCG. Sie schaffen erweiterte Grundlagen für die fundierten Beratungsleistungen des KCG.

Nachfolgend werden einige wichtige Arbeitsschwerpunkte des KCG aus den Berichtsjahren 2012 und 2013 vorgestellt.

Ausgewählte Arbeitsschwerpunkte im Berichtszeitraum

Qualitätssicherung in der Geriatrie

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. Nach

dem erfolgreichen Abschluss der Entwicklungsarbeiten erfolgte der erste routinemäßige Erhebungsdurchlauf zur Strukturqualität in ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Angelaufen ist zudem die Entwicklung der Verfahrenselemente Prozess- und Ergebnisqualität. Auch diesen Entwicklungsprozess wird das KCG in enger Abstimmung mit der SEG 1 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes fachlich eng begleiten. Anstehende Aufgaben sind hierbei: Kriterienfindung, Durchführung eines Pretest, Piloterprobung und Verhandlung eines umsetzungsreifen, internetbasierten Qualitätssicherungsverfahrens für die neuen Verfahrenselemente. Eine besondere methodische Herausforderung ist die Risikoadjustierung. Die qua definitionem vorliegende Multimorbidität geriatrischer Patienten stellt für die angestrebte Risikoadjustierung für faire einrichtungsübergreifende Ergebnisvergleiche eine besondere methodische Herausforderung dar. Zudem gilt es, die Ergebnisse der ersten Erhebungsrunden in das praktische Versorgungs- und Vertragsmanagement der Landesverbände der Krankenkassen bis hin zu den Strukturprüfungen der MDK zu begleiten.

Darüber hinaus war das KCG in die Beratungen zur weiteren Ausgestaltung des Verfahrens der externen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch Beauftragung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen einer fachlichen Kooperation mit dem KCG eingebunden. Da geriatrispezifische Themen im G-BA weiterhin keinen unmittelbar eigenständigen Niederschlag finden, lag der Schwerpunkt der Beratungen des KCG auf Qualitätssicherungsverfahren in Versorgungsbereichen mit einer überwiegenden Leistungsanspruchnahme durch Versicherte im höheren Lebensalter. Im Einzelnen handelte es sich hier um Beratungen betreffend die sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren in der Hüft- und Knieendoprothesenversorgung und Überlegungen für die weitere Ausgestaltung von externen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren unter Einbezug von Routinedaten.

Ferner unterstützte das KCG den GKV-Spitzenverband fachlich bei den Verhandlungen zur Überarbeitung der Richtlinie Häusliche Krankenpflege im G-BA. Neben der Aufnahme subkutaner Infusionen und der MRSA-Dekolonisation in das Leistungsverzeichnis erfolgten in enger Abstimmung mit dem MDS Beratungen des KCG hinsichtlich der Versorgung mit suprapubischen Blasenkathetern.

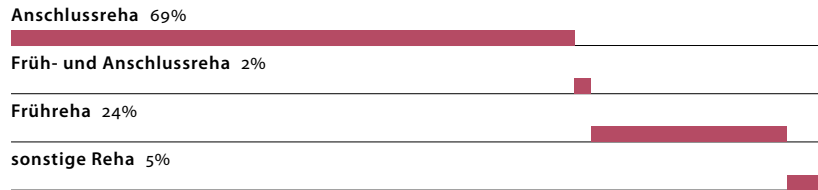
Auswertungsprojekte mittels Routinedaten

der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung

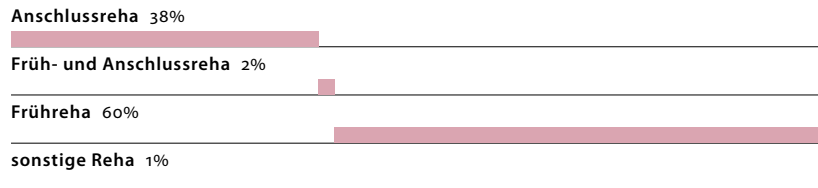
Auch in diesem Berichtszeitraum konnte das KCG eine Reihe unterschiedlicher Auswertungsvorhaben mittels Routinedaten im Auftrag von Spitzenverbänden der GKV durchführen. Erstmals erfolgte eine systematische und zugleich sektorenübergreifend angelegte Darstellung des stationären Leistungsgeschehens in der medizinischen Rehabilitation bei älteren Versicherten zulasten der GKV. Die Ergebnisse belegen die im Fachgebiet

Geriatrie besonders breit umgesetzte Integration rehabilitativer Behandlungsanteile in die Krankenhausbehandlung. Die zentralen Ergebnisse sind (vgl. auch MEINCK / LÜBKE / POLAK: *Rehabilitation*. Stuttgart 2013; DOI: 10.1055/s-0033-1347233):

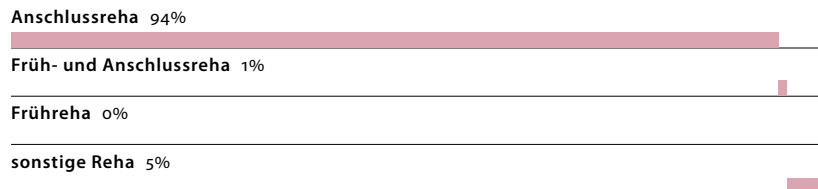
1. Auch im Alter überwiegen Maßnahmen der indikationsspezifischen Rehabilitation und Maßnahmen der Anschlussrehabilitation.
2. Die Einleitung medizinischer Rehabilitation aus dem ambulanten Versorgungssektor erfolgt im Alter vergleichsweise selten und noch seltener zugunsten von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation. Es überwiegen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation mit Ausnahme in der Indikation Geriatrie. Hier überwiegen Maßnahmen der Frührehabilitation.



[Abb. 1.1] Gesamt

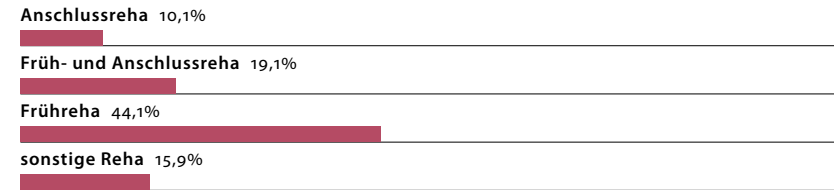


[Abb. 1.2] davon: Geriatrie

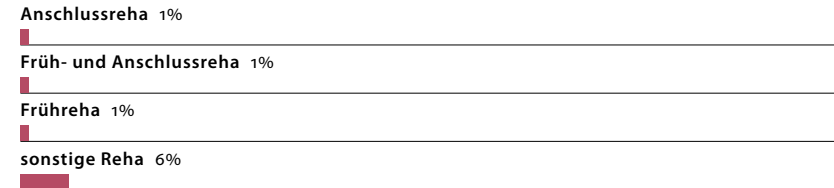


[Abb. 1.3] davon: Orthopädie

3. Die höchsten Anteile von Rehabilitanden mit bereits vorbestehender Pflegebedürftigkeit finden sich in der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung und hier im besonderen Umfang bei Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation.



[Abb. 2.1] Versicherte mit vorbestehender Pflegestufe



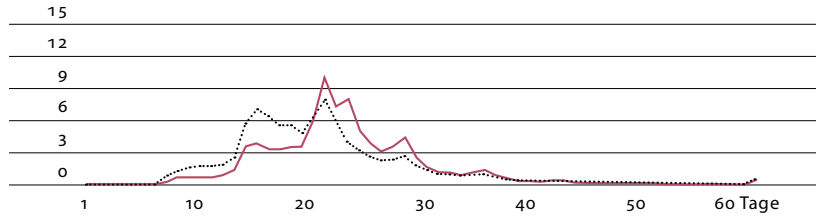
[Abb. 2.2] Versicherte aus stationärer Pflege

In enger Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband erfolgten zudem Routinedatenauswertungen von geriatrischen Krankenhausfällen zu geriatrischen frührehabilitativen Behandlungsdauern. Vor dem Hintergrund der Prüfungen von Krankenhausfällen werden seitens der Krankenkassen und der MDK medizinisch unangemessene und überwiegend ökonomisch getriggerte Verweildauerstandardisierungen in der frührehabilitativen Versorgung durch geriatrische Fachabteilungen angemerkt. Die durchgeführten Analysen konnten diese Entwicklungen auf einer breiten empirischen Basis (§21-Daten) bestätigen (vgl. nachfolgende Abb. 3.1 und 3.2).

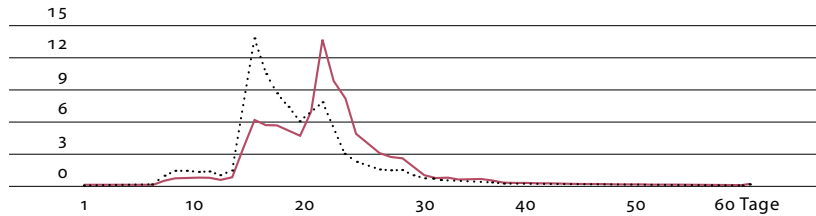
Dauer geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen der Jahre 2005 und 2012

Die Entwicklungen der Behandlungsdauern bis zum Jahr 2012 zeigen eine erhebliche Standardisierung entlang der Erlösanreize, die bei nicht extern in die Geriatrie hinzuverlegten Fällen bei exakt 14 geriatrischen Behandlungstagen und bei extern in die Geriatrie hinzuverlegten Fällen bei Erreichen der mittleren Verweildauer der jeweiligen geriatrischen DRG (i. d. R. > 20 Tage) kumuliert. Somit unterscheiden sich die Verweildauer-Verteilungen geriatrischer frührehabilitativer Leistungen in erheblichem Umfang vom Zuweisungspfad. Zusätzlich wurden Unterschiede nach Bundesländern mit geriatrischem Versorgungsschwerpunkt im Krankenhaus oder in Rehabilitationseinrichtungen aufgezeigt.

Diese Ergebnisse fanden bereits Eingang in eine gemeinsame Standortbestimmung der geriatrischen Fachgesellschaften, des Bundesverbands Geriatrie, der Medizinischen Dienste und des GKV-Spitzenverbandes, welche ein kritisches Fazit der mittlerweile 10-jährigen Verankerung geria-



[Abb. 3.1] Dauer geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen 2005



[Abb. 3.2] Dauer geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen 2012

— extern in die Geriatrie verlegt

..... nicht extern in die Geriatrie verlegt (Direktaufnahme oder interne Verlegung)

trisch frührehabilitativer Krankenhausbehandlungen im deutschen DRG-System zog. Die Veröffentlichung des Positionspapiers erfolgte jüngst in der wissenschaftlichen *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (KOLB, BREUNINGER, GRONEMEYER et al. 2014). Für den MDS, den GKV-Spitzenverband und das KCG werden die Ergebnisse der Routinedatenauswertungen Grundlage sein, auf Veränderungen in der Verankerung geriatrischer frührehabilitativer Versorgungsleistungen im DRG-System hinzuwirken.

Unsere datengetriebene Systemberatung liefert wichtige Entscheidungsgrundlagen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten mit hoher Versorgungsanspruchnahme und hohen Behandlungs- und Pflegekosten. Die gewonnene Expertise und Reputation des KCG wird seitens der Träger auch für die Beratung eigener oder fremdvergebener Auswertungsprojekte nachgefragt (z. B. landesweiter Förderaufruf »Geriatrische Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg« des Landesministeriums i. V. m. der AOK Baden-Württemberg, September 2013).

Diskussionsforum der Sozialmedizinischen Expertengruppe

»Arzneimittelversorgung« (SEG 6), »Pflege und Hilfebedarf« (SEG 2)

und des Kompetenz-Centrums Geriatrie

Dem Thema »Medikation und ihre Interaktionen im Alter« widmete sich das gemeinsam mit den Sozialmedizinischen Expertengruppen »Arznei-



mittelversorgung« (SEG 6) und »Pflege / Hilfebedarf« (SEG 2) im Dezember 2012 durchgeführte Diskussionsforum. Die Veranstaltung richtete sich an Entscheidungsträger der Kranken- / Pflegekassen, ärztlicher / pflegerischer Organisationen, pharmazeutischer Unternehmen, Apotheker und alle Interessierten. Mit über 180 Teilnehmern wurde das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert. Aus der Perspektive von Multimorbidität im Alter und Pflegebedürftigkeit wurde dabei erkennbar, wie unzureichend diese Personen bei der Durchführung klinischer Studien und bei der Erstellung von Leitlinien zur Arzneimitteltherapie bisher berücksichtigt wurden. Auch wenn in der jüngsten Vergangenheit erste Verbesserungen erzielt wurden, müssen die Anstrengungen vor dem Hintergrund der anstehenden demografischen Entwicklungen forciert werden. Eine hohe Sicherheit in der Arzneimitteltherapie im hohen Lebensalter ist aufgrund von Multimorbidität, Multimedikation und altersphysiologischen Veränderungen besonders anspruchsvoll und kann nur durch ein hohes Maß an Qualifikation, Aufmerksamkeit und enge Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten gelingen. Die Teilnehmer nahmen wichtige Impulse für die Arbeit in ihren jeweiligen Institutionen mit und werden sich für die spezifischen Belange geriatrischer und pflegebedürftiger Menschen in der Arzneimitteltherapie verstärkt einbringen. Das KCG hat an das Expertenforum anknüpfend insbesondere das Handlungsfeld Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen aufgegriffen und in externen sondierenden Arbeitsgruppen in ausgewählten Regionen darauf hingewirkt, Handlungsoptionen sowohl auf der Ebene der verantwortlichen Akteure in der Praxis (Mitarbeiter von Pflegeheimen und heimversorgender Apotheken) als auch auf der Ebene der Heimaufsicht und der externen Qualitätssicherung

stationärer Pflegeeinrichtungen auszuloten. Daran anschließend werden derzeit aktuelle Vereinbarungen getroffen, um zukünftig Verbesserungen zu erproben und später in der Routine flächendeckend zu etablieren.

Die Vorträge des Expertenforums 2012 stehen auf den Internetseiten des KCG unter www.kcgeriatrie.de zum Download zur Verfügung.

Schulungsangebote des Kompetenz-Centrums Geriatrie

Das umfangliche Schulungsangebot für Ärzte und Pflegefachkräfte der MDK wurde im Berichtszeitraum weiter ausgebaut. Um den gestiegenen gesetzlichen Anforderungen bei der Empfehlung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung noch umfasslicher gerecht werden zu können und mit dem gleichen Personalansatz zusätzliche MDK-Gutachter schulen zu können, wurde eine Aufspaltung des Seminars »Geriatrische Rehabilitation vor Pflege« in einen Basiskurs und einen Aufbaukurs vorgenommen. Die Durchführung des Basiskurses erfolgt in enger Kooperation mit den Sozialmedizinischen Expertengruppen der MDK-Gemeinschaft »Pflege/Hilfebedarf« (SEG 2) und »Leistungsbeurteilung/Teilhabe« (SEG 1). Zielgruppe des Basiskurses sind alle in der Pflegebegutachtung eingesetzten Gutachter, während es im Aufbaukurs MDK-Gutachter mit einem Schwerpunkt in diesem Aufgabengebiet sind.

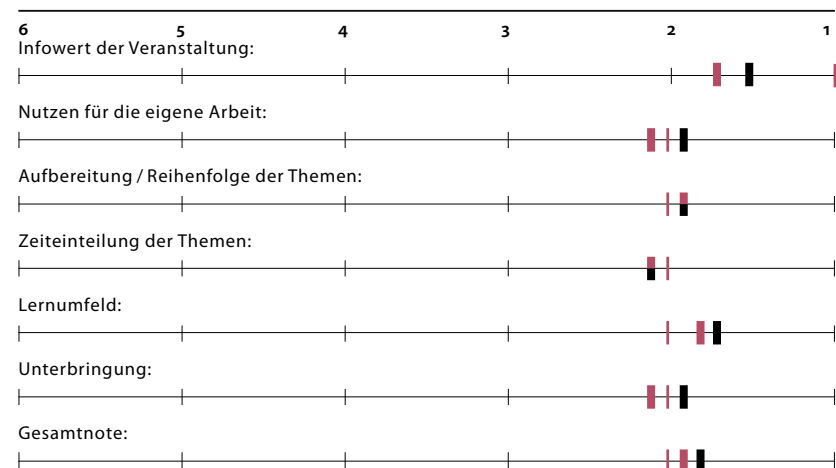
Zusätzlich konnte sich das KCG im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens Reha XI zusammen mit dem MDS und den SEG 1 und 2 in die projektbezogene Schulung zur Empfehlung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung von Ärzten und Pflegefachkräften der teilnehmenden MDK einbringen. Zudem stieg im Berichtszeitraum die Nachfrage nach geriatrischen Spezialseminaren für Ärzte, so dass kurzfristig zusätzliche Seminartermine zur Begutachtung von geriatrischen Krankenhausfällen und zu Anträgen auf geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen eingerichtet wurden. Diese Ausweitung steht in einem engen Verhältnis zu den demografiebedingt steigenden geriatrischen Behandlungszahlen, die auch zu steigenden Begutachtungsaufträgen durch die Krankenkassen bei den MDK führen. Erneut fragten auch einzelne Krankenkassen/-verbände aktiv Schulungen zu geriatrischen Krankenhausfallprüfungen beim KCG nach.

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. Zur Koordinierung der geriatrisch sozialmedizinischen Begutachtung finden einmal pro Jahr Treffen mit den von den MDK benannten *Multiplikatoren* statt. Zusätzlich steht dem KCG und den Multiplikatoren das »Online-Forum Geriatrie« auf MD-Campus für einen niedrigschwelligen fachlichen Austausch zur Verfügung.

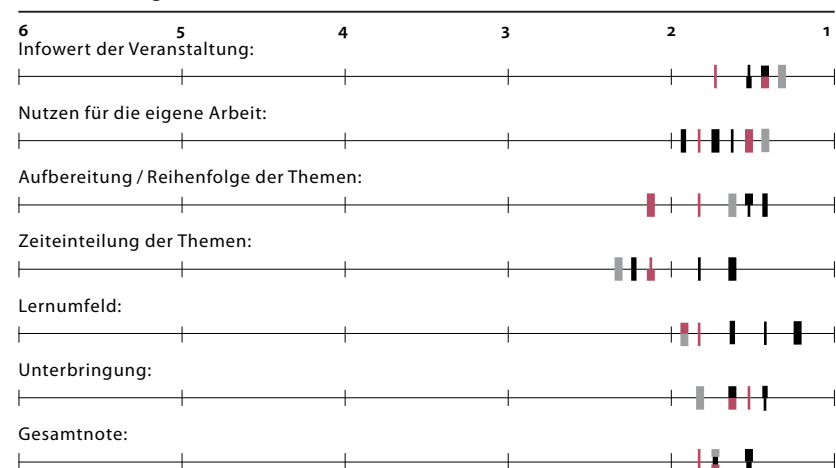
Für die vom KCG durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen für Gut-

Noten (analog den Schulnoten)



[Abb. 4.1] Teilnehmerbewertungen der Seminare »Geriatrische Reha vor der Pflege« 1/2012 und 2/2012 und »Akt. Begutachtungsprobleme in der Geriatrie«; »Geriatrische Reha vor Pflege« 1/2012

Noten (analog den Schulnoten)



[Abb. 4.2] Teilnehmerbewertungen der Seminare »Akt. Begutachtungsprobleme in der Geriatrie« 1/2013 und 2/2013 und »Geriatrische Reha vor Pflege« Basiskurs 1/2013, 2/2013, 3/2013 und Aufbaukurs

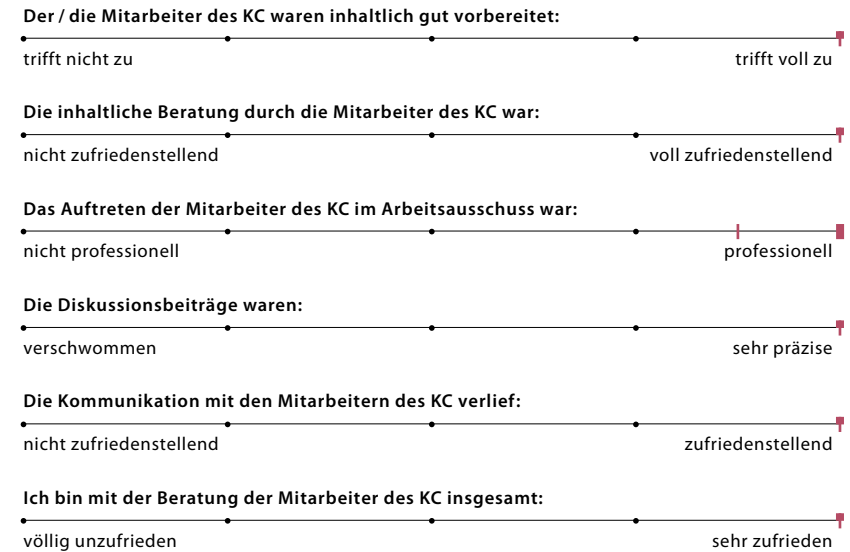


[Abb. 5.1] Bewertung der Grundsatzgutachten (G2/G3).
Angabe ist jeweils der Mittelwert für 2012 und 2013

achterinnen und Gutacher der MDK liegen dem KCG die Ergebnisse des formalen Feedbacks vor. Die von über 150 Teilnehmern aus neun unterschiedlichen Seminaren abgegebenen Bewertungen (vgl. Abb. 4.1 und 4.2) dokumentieren anhand ausschließlich guter bis sehr guter Durchschnittsnote auf einer sechsstufigen Notenskala die hohe Teilnehmerzufriedenheit.

Das KCG beteiligte sich auch an weiteren MDS-Fachseminaren, an MDK-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie an Schulungen für Mitarbeiter von Krankenkassen und ihren Verbänden.

Zu den vom KCG erstellten Grundsatzgutachten (G2 und G3) und zu unserer Gremienarbeit (G4) der Jahre 2012/2013 wurden, wie in den Regularien der Kompetenz-Centren vorgesehen, die einheitlichen *Feedbackabfragen* vorgenommen. Sie belegen die sehr hohe Qualität sowohl der Grundsatzstellungen als auch der vom KCG erbrachten Gremienarbeit (vgl. Abb. 5).



[Abb. 5.2] Bewertung der Gremienarbeit (G4) 2012 und 2013

Die sehr guten Rückmeldungen bestätigen die hohe Kundenorientierung und Effizienz unserer Arbeit.

Im Rahmen seiner Tätigkeiten für die GKV und ihre Medizinischen Dienste kooperiert das KCG mit Behörden und Ministerien auf Bundes- und Landesebene, mit Forschungseinrichtungen, geriatrischen Fachgesellschaften sowie Verbänden und Vereinigungen, die in die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen eingebunden sind. Einladungen zu Fachvorträgen sowie Anfragen zur Planung, Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung überregional relevanter Forschungsprojekte 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 z. B. auf wissenschaftlichen Kongressen der geriatrischen Fachgesellschaften mit eigenen Sessions vertreten und konnte sich in das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium und die Fachkongresse des Bundesverbands Managed Care (BMC), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNfV) mit eigenständigen Beiträgen einbringen.

Ferner konnte das KCG auch im Berichtszeitraum seine anerkannte Expertise mit der Veröffentlichung einer Reihe von Beiträgen in peer-reviewten wissenschaftlichen Zeitschriften erfolgreich unter Beweis stellen:

– LÜBKE / MEINCK: Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von

Routinedaten, Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. *Z Gerontol Geriatr* 2012; 45 (6): 485–97

- MEINCK / LÜBKE / ERNST: Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten, Teil 2. Ambulante und stationäre Diagnosen bei geriatrisch versorgten und pflegebedürftigen Versicherten. *Z Gerontol Geriatr* 2012; 45 (7): 647–57
- LÜBKE / MEINCK: Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten, Teil 3. Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrietypischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 46 (7): 645–57
- LÜBKE / MEINCK / POLAK: Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. In: *Rehabilitation*. Stuttgart 2013; DOI: 10.1055/s-0033-1347233
- KOLB / BREUNINGER / GRONEMYER / VAN DEN HEUVEL / LÜBKE / LÜTTJE / WITTRICH / WOLFF: 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47 (1): 6–12

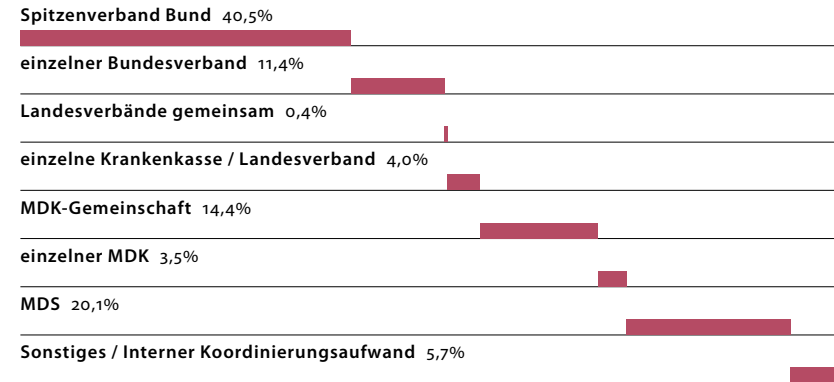
Zielgerichtet nahmen Mitarbeiter des KCG an Fachtagungen, Workshops und methodenorientierten Seminaren von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fachverbänden teil, um die die hohe Qualifikation der Mitarbeiter weiter auszubauen.

Für Mitarbeiter von Krankenkassen, ihrer Verbände sowie von Medizinischen Diensten, aber auch für die interessierte Fachöffentlichkeit hält das KCG wesentliche Basisinformationen u. a. zu geriatrischen Assessmentinstrumenten sowie Leitlinien auf seiner Homepage www.kcgeriatrie.de vor und gewährleistet eine zeitnahe Aktualisierung. Eine Reihe von Verweisen (z. B. Verlinkung mit den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation der GKV-Spitzenverbände) zeigt auf, dass dieses Informationsangebot zu einer festen Bezugsgröße in wichtigen Dokumenten zur geriatrischen Versorgung geworden ist.

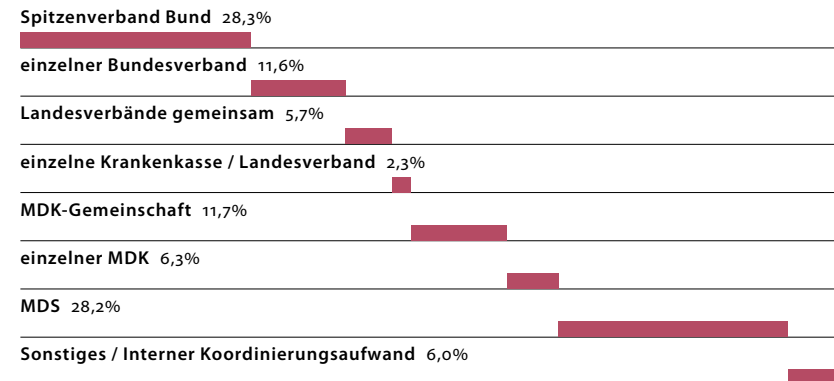
Perspektiven

Die geriatrische Versorgung wird trotz bundesweit einheitlicher sozialgesetzlicher Grundlagen unverändert zu einem erheblichen Anteil durch Institutionen auf Länderebene (Landesministerien, Landesverbände der Krankenkassen und Landesverbände der geriatrischen Leistungserbringer) ausgestaltet.

Die Vergütung geriatrischer frührehabilitativer Leistungen im DRG-System setzt auch weiterhin Fehlanreize für sowohl Über- als auch Unterversorgung und steht nicht im Einklang mit landesweit unterschiedlichen Geriatriekonzeptionen. Die Häufigkeit geriatrischer Rehabilitation, eingeleitet durch Verordnungen niedergelassener Vertragsärzte und durch Empfehlungen im Rahmen von Pflegegutachten der Medizinischen Dienste, steht weiter in der öffentlichen Kritik. Angepasste Konzepte für eine medizinische Rehabilitation von geriatrischen Patienten mit der Nebendiagnose eines demenziellen Syndroms sollten erprobt werden,

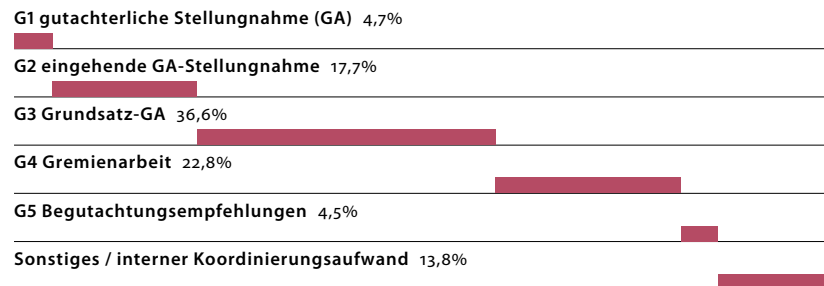


[Abb. 6.1] Ressourcenaufwand nach Auftraggebern 2012

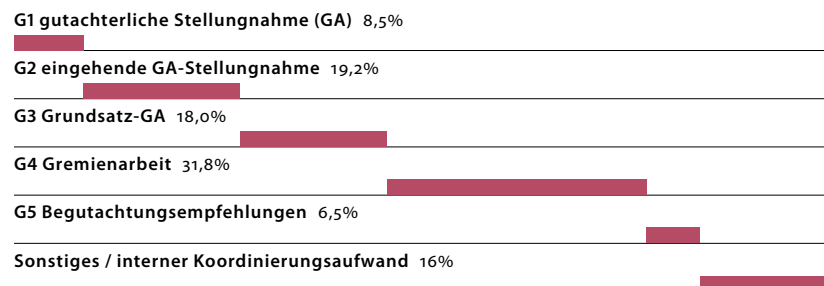


[Abb. 6.2] Ressourcenaufwand nach Auftraggebern 2013

um die Möglichkeiten der primär somatisch ausgerichteten geriatrischen Rehabilitation bei dieser Teilgruppe geriatrischer Patienten zu verbessern. Der Ausbau mobiler geriatrischer Rehabilitationsstrukturen erfolgt auch nach deren expliziter Etablierung im § 40 SGB durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zögerlich, der Ausbau ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen stagniert seit Jahren auf einem geringen Niveau. Über die Weiterentwicklung einzelner fachgeriatrischer Angebote hinaus sind zunehmend Konzepte gefragt, die eine frühzeitige Identifikation geriatrischer Patienten und ihre übergreifend koordinierte Versorgung verbessern. Aktuell überarbeitete Geriatriekonzepte einzelner Bundesländer (bspw. Krankenhausplan NRW 2015) schreiben solcherart vernetzte Entwicklungsperspektiven bereits vor, die jedoch noch einer konkreten Ausgestaltung und breiten Umsetzung bedürfen.



[Abb. 7.1] Ressourcenaufwand (in Arbeitstagen) nach Produktgruppen 2012



[Abb. 7.2] Ressourcenaufwand (in Arbeitstagen) nach Produktgruppen 2013

Derzeit verhandeln auf Bundesebene die Partner der Selbstverwaltung über eine Vereinbarung für Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) an Krankenhäusern gemäß § 118a des SGB v. Eine Begrenzung ihrer Aufgabenstellung auf Diagnostik und Behandlungsempfehlung zur Unterstützung der vertragsärztlichen Versorgung sollte hierbei angestrebt werden, um ambulante Doppelstrukturen zu vermeiden. Das KCG hat seine Möglichkeiten genutzt und wird dies weiterhin tun, um für eine solche Ausgestaltung zu werben. Fachlich ungerechtfertigten Interessen der Leistungserbringer, die hierin eine Entpflichtung von vertragsärztlichen Aufgaben sehen oder mit einer bundesweiten Etablierung geriatrischer Schwerpunktpraxen der GIA bereits entgegen den Fakten den Bedarf absprechen wollen, muss dabei nachhaltig begegnet werden.

Das QS-Reha[®]-Verfahren in der Indikation Geriatrie soll anhand des etablierten Bereichs Strukturqualität versorgungswirksame Impulse in der Praxis entfalten, sodass Anreize für Qualitätsverbesserungen noch verstärkt werden. Die Bereiche Prozess- und Ergebnisqualität sind fachlich fundiert zu entwickeln und in die Praxis zu implementieren. Gleichzeitig ist das etablierte QS-Reha[®]-Verfahren aufgrund der perspektivischen Ausrichtung an einer sektorenübergreifend angelegten Qualitätssicherung

mit Routinedaten einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Mit der anstehenden flächendeckenden Einführung eines standardisierten Datenaustauschverfahrens im Bereich der medizinischen Rehabilitation bestehen erweiterte Möglichkeiten, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der GKV um den Rehabilitationssektor zu erweitern.

Seitens der Leistungserbringer wurden und werden wohl immer mehr geriatrische Versorgungsangebote außerhalb geriatrischer Abteilungen und Kliniken etabliert (z. B. besondere unfallchirurgische, orthopädische, onkologische, palliativmedizinische, psychiatrische und internistische Einheiten für die Behandlung älterer Versicherter). Zudem rücken für Patienten mit ausgewählten geriatrischen Risikokonstellationen (z. B. hohes Delirrisiko, Polypharmazie i. V. m. potenziell ungeeigneter Medikation im Alter oder bestehende Demenz) generelle Anpassungen der Behandlungspfade durch verbessertes Risikomanagement oder die Einrichtung eigenständiger Bereiche in die fachlich breitere Wahrnehmung. Das KCG wird sich aktiv in diese sich abzeichnenden Veränderungen der Versorgungslandschaft einbringen. Anpassungen von Strukturen und Behandlungsabläufen müssen sich auch außerhalb der bereits etablierten spezifisch geriatrischen Versorgungsangebote noch umfänglicher an den besonderen Bedarfen geriatrischer Patienten ausrichten. Fachlich gut begründete Abgrenzungskriterien für die Fallsteuerung sind zu entwickeln und konsequent anzuwenden sowie das vernetzte Agieren nachhaltig zu befördern.

Das KCG wird die Krankenkassen und ihre Verbände auf Bundes- und Landesebene bei den vielfältigen Gestaltungsaufgaben der Versorgung multimorbider Patienten im höheren Lebensalter mit fachlicher Expertise evidenz- und datengestützt beraten, um ein hohes Maß an Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit in der Versorgung dieser Patientengruppe zu erzielen. Die datengetriebene Fundierung der eigenen sozialmedizinischen Beratungen soll zielgerichtet fortgeführt werden. Zudem wird die vom MDS in Auftrag gegebene systematische Bewertung der Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten älteren Menschen fertiggestellt werden. Deren Ergebnisse sind einer breiten Anwendung in der GKV zuzuführen.

Die Medizinischen Dienste wird das KCG in der entsprechenden Systemberatung für ihre Landesverbände weiterhin bedarfsbezogen unterstützen und ihre Gutachter durch geriatrispezifische Angebote im MDS-Fortbildungsprogramm im Hinblick auf eine bundesweit koordinierte sozialmedizinische Einzelfallbegutachtung schulen. Mit weiterem Nachdruck werden wir im Gesundheitssystem die Überzeugung befördern, dass die Versorgung geriatrischer Patienten mit einem im besonderen Maß auf Erhalt von Selbstständigkeit bei alltagsrelevanten Aktivitäten und der Teilhabe ausgerichteten Behandlungsansatz die einzig zweckmäßige und zugleich wirtschaftliche medizinische Versorgung für multimorbide Menschen im höheren Lebensalter ist.

2 Kompetenz-Centrum Onkologie

Leitung kco

Prof. Dr. Axel Heyll

FA Innere Medizin

Hämatologie und Internistische Onkologie

Sozialmedizin

Klinische Weiterbildung:

Klinik für Hämatologie, Onkologie und klinische Immunologie. Universitätsklinikum Düsseldorf, zuletzt als leitender Oberarzt

Stellv. Leitung kco

Dr. Klaus-Peter Thiele

FA Innere Medizin

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

Hämatologie und

Internistische Onkologie

Sozialmedizin

Klinische Weiterbildung:

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Transfusionsmedizin. Benjamin Franklin Universitätsklinikum Berlin

Dr. Thomas Weihkopf MSC

FA Innere Medizin

Hämatologie und Internistische Onkologie

Sozialmedizin

Klinische Weiterbildung:

Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation. Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Anja Niederste-Hollenberg

FA Innere Medizin

Hämatologie und Internistische Onkologie,

Palliativmedizin, Sozialmedizin

Klinische Weiterbildung:

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie. Universitätsklinikum Düsseldorf. Medizinische Klinik Mitte – Klinikum Dortmund, zuletzt als Oberärztin

Sekretariat und

Sachbearbeitung

Iris Schridde

Sekretariat

Barbara Abaga

Tel.: 0211 1382-451, -452

Fax: 0211 1382-461

infokco@mdk-nordrhein.de

Büroanschrift

Bismarckstr. 43

40210 Düsseldorf

www.kconkologie.de

KC der MDK-Gemeinschaft 2012/13

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 Themen exemplarisch vorgestellt, die in Gremien beraten werden oder häufig Gegenstand von Einzelfallgutachten sind.

Partikeltherapie (Protonen und Schwerionen)

Die moderne Krebstherapie setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen. Neben Operation und Medikamenten kommt bei vielen Krebspatienten auch eine Strahlentherapie zum Einsatz.

Üblicherweise erfolgt eine Strahlentherapie mittels hochenergetischen Röntgenstrahlen, die von einem Linearbeschleuniger erzeugt werden. Man nennt diese Art von Strahlen »Photonen«, weil es sich um elektromagnetische Wellen ähnlich dem Licht handelt. Die Strahlentherapie am Linearbeschleuniger ist, sofern sie in mehreren Sitzungen (»Fraktionen«) erfolgt, im Kapitel 25 des EBM abgebildet und damit GKV-Vertragsleistung. Dies gilt auch für neue Varianten der Hochpräzisionsbestrahlung, z. B. die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) bzw. Tomotherapie. Die Bestrahlungsgeräte können in einem normalen Klinikum bzw. MVZ oder Praxis untergebracht werden.

Unter Partikeltherapie versteht man hingegen eine Strahlenbehandlung mit geladenen Teilchen (»Partikeln«). Die Partikeltherapie erfordert zurzeit sehr große und kostspielige Anlagen, die meist ein ganzes Gebäude umfassen. Man unterscheidet nach der Teilchenart zwischen Protonen- und Schwerionen- bzw. Kohlenstoffionentherapie. Beide Bestrahlungsarten sind neue Behandlungsmethoden. Für die klinische Versorgung gibt es in Deutschland zurzeit Anlagen in Berlin (Protonen, nur Augen), Essen (Protonen), Heidelberg (Protonen und Kohlenstoffionen) und München (Protonen).

Ein physikalischer Vorteil der Partikeltherapie ist, dass die Teilchen einen Großteil ihrer Energie in einem eng umgrenzten Gebiet ihrer Flugbahn abgeben (der sogenannte »Bragg-Peak«). Dadurch ist es möglich, nicht nur in der Höhe und Breite, sondern auch in der Tiefe genau zu zielen und theoretisch eine höhere Strahlendosis am Tumor und/oder eine geringere Strahlendosis an gesunden Geweben und Organen zu erreichen.

Ob sich dieser physikalische Vorteil auch in bessere Behandlungsergebnisse übertragen lässt, ist bei der Mehrzahl der Indikationen, insbesondere den häufigen Krebsarten im Erwachsenenalter, sehr fragwürdig, da auch die modernen Photon-Bestrahlungsgeräte inzwischen eine sehr präzise

Steuerung der Bestrahlung ermöglichen, indem man aus vielen verschiedenen Richtungen bestrahlt und an unterschiedlichen Stellen des Strahlenfelds eine unterschiedliche Dosis einstrahlen kann (= intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)).

Durch den G-BA wurden unter Beteiligung des KC Onkologie eine Reihe von Indikationen zur Protonentherapie nach § 137c SGB V beraten. Ausgeschlossen wurde die Protonentherapie in folgenden Indikationen (Stand 03/2014): Hirnmetastasen, Oropharynxtumoren, Uveamelanom, welches für eine Brachytherapie mit Jod-125- oder Ruthenium-106-Applikation geeignet ist, und Rektumkarzinom (außer bei Lokalrezidiv eines Rektumkarzinoms ohne Nachweis von hämatogenen Metastasen oder fortgeschrittener Erkrankung und unbeherrschbarer Symptomatik aufgrund des Lokalrezidivs), Mammakarzinom, operables hepatozelluläres Karzinom, altersabhängige Makuladegeneration, operables nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom, inoperables nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom des UICC-Stadiums IV sowie bei Lebermetastasen. Als notwendig im Rahmen der vertraglichen Versorgung wurde die Protonentherapie in folgenden Indikationen bewertet: Uveamelanom, welches nicht für eine Brachytherapie mit Jod-125- oder Ruthenium-106-Applikatoren geeignet ist, Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis und zerebrale arteriovenöse Malformationen. In folgenden Indikationen wurden die Beratungen ausgesetzt: Prostatakarzinom (bis 31. 12. 2018), inoperables hepatozelluläres Karzinom (bis 31. 12. 2016), inoperables nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom der UICC-Stadien I bis III (bis 31. 12. 2015) und Ösophaguskarzinom (bis 31. 12. 2018). Die Therapie mit Schwerionen wurde bisher nicht vom G-BA beraten.

Das KC Onkologie begutachtet regelmäßig Einzelfallanträge auf Leistung der GKV für eine Protonen- oder Schwerionentherapie. In der Regel handelt es sich um lebensbedrohliche Erkrankungen, und oft ist auch durch die Protonentherapie eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf gegeben. Daher kommt es bei der Begutachtung gemäß § 2 Abs. 1a SGB V besonders darauf an, festzustellen, ob noch eine andere vertragliche Therapie für die Behandlung des Versicherten zur Verfügung steht. Hier ist in der Regel insbesondere die Möglichkeit einer vertraglichen Hochpräzisionsbestrahlung, z. B. intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) bzw. Tomotherapie, zu prüfen. Die begutachteten Indikationen umfassen z. B. adenoidzystische Karzinome der Speicheldrüsen (wahrscheinlicher Vorteil der Schwerionenbestrahlung), Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis (Nutzen der Protonenbestrahlung durch G-BA bestätigt), Prostatakarzinom (bisher – auch nach aktueller S3-Leitlinie – kein Beleg für eine Überlegenheit der Protonentherapie), Bronchialkarzinome (unterschiedliche Bewertungen je nach Histologie und Tumorstadium), Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (meist negative Bewertung, weil ohnehin größere Areale bestrahlt werden müssen) sowie Metastasen verschiedener Tumorerkrankungen (Nutzen jedweder lokaler Behandlung meistens nicht belegt).

Eine besondere Indikation sind Protonentherapien bei Patienten im Kindesalter. Hier ist aufgrund der noch nicht ausgewachsenen Gewebe eine Minimierung der Strahlenbelastung der gesunden Organe besonders wichtig. Hinzu kommt, dass die meisten Kinder mit onkologischen Erkrankungen im Rahmen von Studienprotokollen behandelt werden, wodurch eine regelmäßige Überwachung bezüglich Risiken und Nebenwirkungen und somit eine besondere Therapiesicherheit gewährleistet ist. Die Protonentherapie wird bei pädiatrisch-onkologischen Patienten in der Regel positiv bewertet.

PET/CT in der Diagnostik des Prostatakarzinoms

Bereits im Jahresbericht 2010/2011 hatten wir die PET-Diagnostik in einem Beitrag vorgestellt. In der Regel wird radioaktiv markierte Glukose eingesetzt, um den erhöhten Glukoseumsatz in Tumorzellen nachzuweisen. Diese Methode wird zurzeit im G-BA beraten.

Man hat inzwischen erkannt, dass das Glukose-PET zum Nachweis von Prostatakarzinomen nicht sehr geeignet ist. Deshalb wurde eine neue PET-Methode entwickelt, die radioaktiv markiertes Cholin einsetzt. Tumorzellen zeichnen sich durch eine erhöhte Zellteilungsrate mit einem erhöhten Bedarf an Cholin für die Synthese von Zellmembranen aus, so dass auch hier – in Analogie zum Zuckerstoffwechsel – ein erhöhter Cholinverbrauch und damit eine vermehrte radioaktive Anreicherung nachweisbar ist.

Bei einem noch neueren Verfahren, dem PSMA-PET, bindet die radioaktive Substanz an das Eiweiß PSMA (Prostata-spezifisches Membran-Antigen), das in Prostatakarzinomen und in ihren Metastasen in bis zu $10 \times$ höherer Konzentration als im gesunden Gewebe gebildet wird. Bei zunehmender Tumoraktivität (Zellteilungen) werden mehr PSMA und damit auch mehr Radioaktivität angereichert.

Die PET wird in der Regel in Kombination mit der CT (Computertomographie) durchgeführt (PET/CT). Dadurch ist eine relativ genaue Zuordnung der radioaktiv markierten Herde zu den entsprechenden Körperregionen möglich.

Bei Erstdiagnose des Prostatakarzinoms stellt die PET/CT-Untersuchung keinen diagnostischen Standard dar, hier ist in der Regel die Bildgebung mittels CT oder MRT (Kernspintomographie) ausreichend. Dagegen kann die PET/CT bei einem erneuten Fortschreiten der Tumorerkrankung, meist erkennbar an einem Anstieg des Tumormarkers PSA im Blut, möglicherweise sinnvoll genutzt werden. Ziel ist, die Ausbreitung des Tumors genau darzustellen. Davon hängt ab, ob man ggf. lokale Behandlungsmaßnahmen wie Bestrahlung oder Operation bei Nachweis eines Lokalrezidivs einschließlich Lymphknotenmetastasen einsetzen kann oder ob Fernmetastasen, meist im Knochen, vorliegen und man eine medikamentöse, in der Regel antihormonelle Therapie einsetzen muss. Auch wenn bei lokaler Therapie eine Heilung oft nicht mehr zu erreichen ist, kann jedoch in vielen Fällen der Beginn der (palliativen) antihormo-

nellen Therapie aufgeschoben werden und dem Patienten die damit verbundenen Nebenwirkungen zunächst erspart werden. Erste Daten der Universität Heidelberg lassen hoffen, dass durch die PSMA-PET im Vergleich zum Cholin-PET die diagnostische Aussagekraft der PET/CT verbessert werden kann.

In Deutschland sind zwei [^{18F}]Cholin-haltige Radiopharmaka arzneimittelrechtlich zugelassen und verkehrsfähig. Für die PSMA-PET gibt es noch keine zugelassenen Radionuklidpräparate, so dass diese Diagnostik nach den Bestimmungen des AMG nur von Institutionen durchgeführt werden kann, die das Radionuklid selbst herstellen, wie z. B. UK Heidelberg und UK Düsseldorf (Jülich). Die außervertraglich entstehenden Kosten für eine Cholin-PET/CT liegen in der Region Nordrhein bei ca. € 1100. Bei der PSMA-PET/CT ist von vergleichbaren Kosten auszugehen.

Leider fehlen aber für beide Verfahren aussagekräftige, prospektiv vergleichende Studien, die einen Nutzen für Patienten belegen. Selbst die Ergebnisse zu den Testgüteparametern sind widersprüchlich und belegen nicht eindeutig, dass Cholin-PET im Vergleich zu den konventionellen Untersuchungsverfahren wie MRT zuverlässigere Aussagen zur Ausbreitung des Prostatakarzinoms ermöglicht. Bei Anträgen zur Kostenübernahme eines Cholin- oder PSMA-PET/CT beim Prostatakarzinom ist deshalb eine MDK-Vorlage zu empfehlen. Es handelt sich immer um eine Einzelfallbewertung, bei der sorgfältig die Wahrscheinlichkeit für einen Nutzen abzuwägen ist und dann beurteilt werden muss, ob die Voraussetzungen für eine Leistung der GKV nach § 2 Abs 1a SGB V gegeben sind.

Neue Therapiemöglichkeiten beim malignen Melanom

Das maligne Melanom oder schwarzer Hautkrebs ist ein bösartiger Tumor, der von den Melanozyten (Pigmentzellen) ausgeht und frühzeitig Absiedlungen über die Blut- und Lymphbahn bildet. Neben dem häufigen malignen Melanom der Haut (kutanes Melanom) unterscheidet man noch Sonderformen, wie die Schleimhautmelanome (mukosales Melanom), Melanome der Aderhaut des Auges (Aderhautmelanome) und andere.

Für das Jahr 2014 werden ca. 20 000 Neuerkrankungen in Deutschland prognostiziert. Seit Mitte der 1980er hat die Anzahl der am malignen Melanom erkrankten Patienten in den westlichen Industrienationen deutlich zugenommen und sich teilweise mehr als verdreifacht. Die bekanntesten Risikofaktoren sind heller Hauttyp, Leberflecken, Erbanlage und UV-Bestrahlung. Besonders kritisch ist die Entwicklung von Sonnenbrand, vor allem in der Kindheit. Die Prognose hängt vom Stadium des Tumors ab. Da der Tumor häufig in einem frühen Stadium erkannt wird und deshalb komplett chirurgisch entfernt werden kann, können ca. 85% der Patienten geheilt werden. Beim Nachweis von Fernmetastasen liegt die 5-Jahres-Überlebensrate hingegen unter 10%.

Seit 1975 steht mit Dacarbazin ein zytostatisch wirksames Medikament für das inoperable oder metastasierte Melanom zur Verfügung. Die

Ansprechraten sind aber niedrig und ein Überlebensvorteil wurde nicht gesichert. Auch andere Zytostatika waren beim Melanom nur wenig wirksam, so dass trotz vieler Bemühungen kein Fortschritt erreicht werden konnte. Um 1990 wurde Interleukin-2 in die Behandlung des malignen Melanoms eingeführt, welches aber nur bei wenigen, gut ausgesuchten Patienten zu einer langfristigen Rückbildung des Tumors führte, andererseits aber mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden war.

Erst 2011 gab es den seit langem erhofften Fortschritt. Durch die Aufklärung von wichtigen molekularen Mechanismen der Tumorentstehung ist die Entwicklung von Medikamenten gelungen, die gezielt bestimmte Stoffwechsel- und Wachstumsschritte in den Tumorzellen blockieren (»zielgerichtete Medikamente« bzw. »personalisierte Medizin«). Vemurafenib richtet sich gegen einen Wachstumsfaktor mit einer bestimmten Veränderung in seiner molekularen Struktur, die v600-mutierte BRAF-Kinase, die sich bei etwa der Hälfte der Melanompatienten bei Erstdiagnose nachweisen lässt. Durch Vemurafenib wird diese Kinase blockiert und eine Überlebensverlängerung erreicht. Geheilt sind die Patienten aber nicht, da die Wirkung mit der Zeit nachlässt. Ein weiteres Medikament, das an der gleichen Stelle ansetzt und 2013 zugelassen wurde, ist Dabrafenib. Denselben Signalweg blockiert Trametinib, das sich allerdings gegen ein anderes Ziel, das MEK-Protein, richtet. Hoffnungen setzen die Wissenschaftler auf die Kombination beider Wirkstoffe.

Mit Ipilimumab wurde ein Antikörper zugelassen, der nicht direkt am Tumor ansetzt, sondern das Immunsystem durch die Blockade eines Rezeptors an T-Zellen (CTLA-4) beeinflusst und deren Immunantwort verstärkt. Ein funktionierendes Immunsystem setzt ein Gleichgewicht zwischen aktivierenden und hemmenden Mechanismen voraus und CTLA-4 vermittelt einen Schutz vor überschießenden Immunreaktionen. Der Antikörper bewirkt – bildlich gesprochen –, dass die Bremsleitung der T-Zellen durchgeschnitten wird. Nach derzeitigen Daten erreicht etwa jeder fünfte Patient mit metastasiertem Melanom durch diese Therapie eine längerfristige Rückbildung der Erkrankung, so dass keine weitere Therapie notwendig ist. In der fortgeschrittenen klinischen Erforschung sind weitere interessante Antikörper, die sich gegen einen anderen Rezeptor der T-Zelle richten, den PD-1 (Programmierter Zelltod Rezeptor-1) oder dessen Liganden (PD-L1), der sich auch auf Tumorzellen befinden kann. Durch die Bindung von PD-L1 an PD-1 wird physiologisch die Immunantwort der T-Zelle abgeschaltet. Dieser Mechanismus ist unter normalen Umständen (Ausschalten der T-Zelle und Unterbindung der Immunreaktion durch gesundes Gewebe) ebenfalls sinnvoll, um eine überschießende Immunantwort zu verhindern. Tumorzellen nutzen diese Möglichkeit, um die gegen sie gerichteten T-Zellen abzuschalten, und entkommen damit der Zerstörung durch eine Immunreaktion. Durch die neuen Antikörpermedikamente wird das Abschalten der Immunreaktion verhindert. In ersten klinischen Tests haben diese Antikörper vielversprechende Wirk-

samkeit bei guter Verträglichkeit gezeigt. Prospektiv vergleichende klinische Studien zur Nutzenbewertung (z. B. wird eine Lebensverlängerung erreicht?) stehen allerdings noch aus.

Der MDK wird regelhaft mit der Begutachtung beauftragt, wenn diese neuen, in der Regel sehr teuren Medikamente zulassungsüberschreitend eingesetzt werden sollen (»off label use«) oder in der EU noch nicht zugelassen sind und z. B. bei Zulassung in den USA von dort importiert werden sollen. Auch im Sinne der Qualitätssicherung können MDK-Gutachten sinnvoll sein. Zielgerichtete Medikamente können nur wirken, wenn die für ihre Wirkung notwendige Struktur auf oder in der Tumorzelle vorhanden ist. Ein entsprechender Nachweis mit qualitätsgesicherten Labormethoden ist deshalb im Einzelfall zu fordern. Ein Einsatz der Medikamente nach dem Prinzip Versuch und Irrtum ohne Nachweis der Zielstruktur ist strikt abzulehnen, da der Patient mit den Nebenwirkungen einer im Hinblick auf die Tumorerkrankung unwirksamen Therapie belastet wird, die Anwendung wirksamer Therapien hingegen unterbleibt und der Versichertengemeinschaft unnötige Kosten entstehen.

Stationäre Behandlungen mit allogener Stammzelltransplantation

Einen Schwerpunkt bei der Begutachtung stationärer Behandlungen stellen im KC Onkologie allogene Stammzelltransplantationen (SCT) dar. Grundprinzip ist die Übertragung von Stammzellen eines gesunden Spenders auf den Patienten. Benutzt wird diese Methode überwiegend zur Behandlung von bösartigen Erkrankungen der Blutbildung und des Immunsystems, also Leukämien und Lymphomen. Wichtig ist eine möglichst weitgehende Übereinstimmung der Gewebemerkmale (HLA-System) von Spender und Patient. Zunächst erhält der Patient eine Vorbehandlung (Konditionierung) mit Medikamenten, teilweise in Kombination mit Ganzkörperbestrahlung, die dazu dient, die Leukämiezellen möglichst weitgehend abzutöten und das eigene Immunsystem des Patienten zu unterdrücken, damit das Stammzelltransplantat des Spenders anwachsen kann. Nach Transplantation bilden die Spenderzellen eine neue Blutbildung und ein neues Immunsystem. Das Spenderimmunsystem richtet sich gegen noch im Körper des Patienten verbliebene Leukämiezellen (Transplantat-gegen-Leukämie-Effekt), so dass häufig ein Rückfall der Leukämie verhindert werden kann. Allogene SCT ist mit erheblichen Risiken verbunden. Durch die Unterdrückung des Immunsystems können lebensbedrohliche Infektionen auftreten. Auch immunologische Komplikationen sind häufig, indem das Stammzelltransplantat abgestoßen wird, so dass sich die Blutbildung nicht erholt oder die Spenderimmunzellen den Organismus des Patienten angreifen (Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung).

Behandlungen mit allogener SCT verlangen eine besondere ärztliche Expertise. Angefangen von der sachgerechten Auswahl des Spenders, des optimalen Behandlungszeitpunkt und dem optimalen Konditionierungsprotokoll bis hin zur rechtzeitigen Diagnose und Behandlung einer Infek-

tion, Transplantatabstoßung oder Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung gibt es viele Faktoren, die das Behandlungsergebnis beeinflussen. Das KC Onkologie berät deshalb die GKV, Behandlungen mit allogener SCT auf wenige spezialisierte Zentren zu konzentrieren.

Leider ist die aktuelle Entwicklung genau gegenläufig. Alle 1–2 Monate »eröffnet« ein weiteres Krankenhaus ein Programm für allogene SCT und die GKV hat nicht die juristischen Möglichkeiten, das zu verhindern. Ein Anreiz, in das Geschäft mit allogener SCT einzusteigen, sind möglicherweise besonders hoch bewertete DRG-Entgelte für allogene SCT. Da die Art der Konditionierung nicht erlöswirksam ist, kann man bei Anwendung sehr wenig intensiver, dosisreduzierter Protokolle die Komplikationsrate und den Behandlungsaufwand deutlich senken und so den Erlös optimieren. Dies wiederum könnte aber zur Verschlechterung der Prognose der behandelten Patienten führen, da bei jungen Patienten mit akuter Leukämie eine dosisintensive (myeloablative) Konditionierung mit Ganzkörperbestrahlung Standard ist und die Gleichwertigkeit einer dosisreduzierten Konditionierung bislang nicht gesichert ist.

Statistiken der Europäischen Fachgesellschaft für Blutstammzell- und Knochenmarktransplantation belegen, dass Deutschland bei der Häufigkeit der Behandlung mit allogener SCT bezogen auf die Einwohnerzahl in Europa Spitzenreiter ist (2010 348 allogene SCT auf 10 Mio. Einwohner). Dies spricht für eine Überversorgung, was angesichts der zunehmenden Bettenkapazität auch plausibel wäre. Angesichts dieser Entwicklung bleibt der GKV als einzige Maßnahme zur Gegensteuerung, den MDK vermehrt zu beauftragen, im Einzelfall zu überprüfen, ob Behandlungen mit allogener SCT medizinisch notwendig waren und die Behandlungsqualität ausreichend war. Diese Aufträge wurden häufig, wenn es zu Sozialgerichtsverfahren kam, vom zuständigen MDK an das KC Onkologie weitergegeben.

Als problematisch hat sich für das KC Onkologie die Auswahl der Gerichtsgutachter erwiesen. Sofern Gerichtsgutachter bestellt worden waren, stammten diese fast immer aus deutschen Stammzelltransplantationszentren. Diese waren nicht bereit, die Position des MDK zu unterstützen und haben regelhaft die Notwendigkeit und ausreichende Qualität der vom MDK bemängelten Behandlung mit allogener SCT bestätigt. Inzwischen liegen interessante LSG- und BSG-Urteile zu stationären Behandlungen mit allogener SCT vor:

– LSG Baden-Württemberg Urteil vom 26. 06. 2012, L 11 KR 5856/09: Das LSG hat entschieden, dass, eine lebensbedrohliche Erkrankung und das Fehlen anerkannter Behandlungsmöglichkeiten vorausgesetzt, die Anforderungen für eine Leistung der GKV nach § 2a SGB V erfüllt sind, »wenn die konkrete Nutzen-Risiko-Abwägung eine Wahrscheinlichkeit von 10% für eine Heilung oder zumindest spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf ergibt«. Diese nach Bewertung des KC Onkologie hilfreiche Entscheidung führt im Einzelfall dazu, bewerten zu müssen, ob z. B. die 5-Jahres-Überlebensrate in der bestehenden Fallkonstellation mindestens 10% beträgt. Dies wird

von den behandelnden Ärzten zwar immer behauptet. Bestätigung oder Widerlegung bedürfen aber umfangreicher Literaturrecherchen.

- BSG Urteil vom 21. 03. 2013, B 3 KR 2/12 R: Wie der 1. Senat hat nun auch der 3. Senat bestätigt, dass auch Krankenhausbehandlungen den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der §§ 2 Abs 1, 12 Abs 1 und 28 Abs 1 SGB v entsprechen müssen. Dies gilt auch bei Anwendung von Behandlungsmethoden, die nicht vom G-BA nach § 137c SGB v ausgeschlossen wurden. Die alleinige Feststellung, eine bestimmte Behandlung mit allogener SCT sei vom G-BA nicht ausgeschlossen worden, genügt also nicht, um eine Leistung der GKV zu begründen. Vielmehr muss im Einzelfall geprüft werden, ob das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wurde.
- BSG Urteil vom 17. 12. 2013, B 1 KR 70/12 R: Das BSG hat erstmals festgestellt, dass im Einzelfall zu prüfen ist, ob »die gewünschte Behandlung nur im Rahmen und mit den Sicherungen einer klinischen Studie erfolgen durfte«. Gleichzeitig wies das BSG auf die Notwendigkeit einer umfassenden Aufklärung des Patienten hin.

Häufig wird in Leitlinien oder Bewertungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften und Expertengruppen übereinstimmend empfohlen, bestimmte Behandlungen mit allogener SCT aufgrund noch unzureichend erforschter Nutzen und Risiken auf klinische Studien zu beschränken. Diese BSG-Entscheidung hilft dabei, die Zentren zu verpflichten, die Empfehlung zur Teilnahme an einer klinischen Studie an den Patienten weiterzugeben, ihm geeignete Transplantationszentren zu nennen und ihm die mit einer klinischen Studie verbundenen Vorteile für die Patientensicherheit zu erläutern. Wenn es sich im Einzelfall um eine experimentelle Therapie mit allogener SCT handelte, der Patient in eine an deutschen Transplantationszentren aktive Studie hätte eingeschlossen werden können, er aber dennoch außerhalb einer klinischen Studie behandelt wurde, empfiehlt das KC Onkologie, das Aufklärungsprotokoll anzufordern. Ist dem Patienten die Studienteilnahme nicht empfohlen worden, besteht keine Grundlage für eine Leistung der GKV. Hat der Patient die Studienteilnahme trotz angemessener Aufklärung abgelehnt, ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Leistung der GKV nach § 2 Abs 1a erfüllt sind. Zusammenfassend wurden durch diese Urteile umfassende Möglichkeiten zur Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen durch MDK im Auftrag der GKV bestätigt und die Rolle von klinischen Studien für den Patientenschutz angemessen gewürdigt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass für entsprechende Prüfungen im MDK Gutachter/innen mit hoher klinischer Qualifikation und entsprechendem Spezialwissen in ausreichender Zahl verfügbar sein müssen und die Begutachtungen sehr zeitintensiv sind.

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 wird auch weiterhin der größte Schwerpunkt im Aufgabenspektrum des KC Onkologie bleiben. 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.

Auch die GKV-Bundesverbände werden vom KC Onkologie in Fragen der Vertragsgestaltung, u. a. nach § 140a SGB v bei Anwendung onkologischer Behandlungen beraten. Dabei geht es ebenfalls um die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und um Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

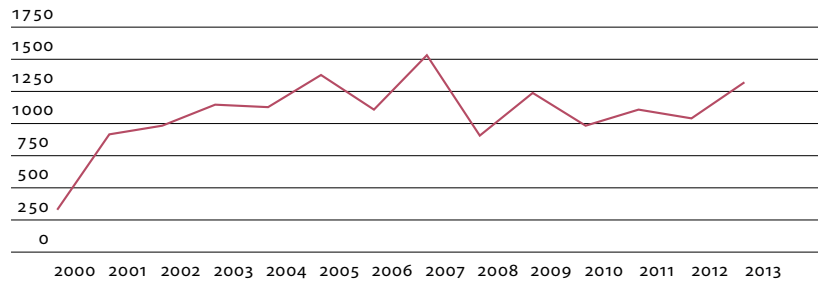
Innerhalb der MDK-Gemeinschaft wird das KC Onkologie weiter in enger Kooperation mit den Ansprechpartnern Onkologie der einzelnen MDK die sozialmedizinische Begutachtung im Fachgebiet Onkologie koordinieren und so einen einheitlichen Standard bei der Beratung der GKV im Fachgebiet Onkologie ermöglichen. 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. Auch die Kooperation zwischen einzelnen MDK und dem KC Onkologie bei Sozialgerichtsverfahren zu onkologischen Krankenhausbehandlungen wurde kontinuierlich ausgebaut. Durch regelmäßige Beteiligung des KC Onkologie am Fortbildungsprogramm des MDS wird das KC Onkologie auch zukünftig zur Qualifikation der MDK-Gutachter und -Gutachterinnen im Fachgebiet Onkologie beitragen.

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

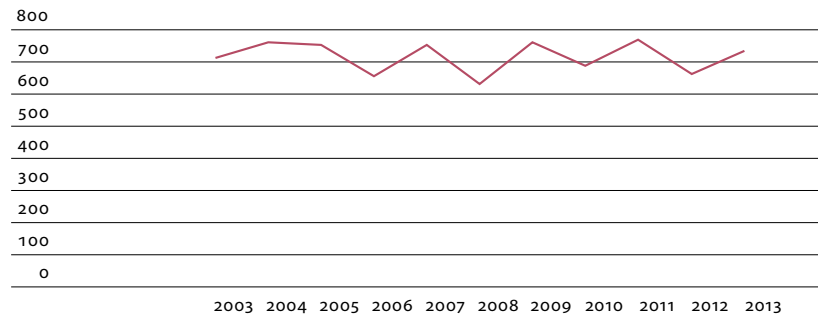
Das KC Onkologie sieht es auch weiterhin als eine wesentliche Aufgabe an, innerhalb der Ärzteschaft, u. a. durch Kontakte zu den Fachgesellschaften, durch Kongressbeiträge oder Pharmakotherapieberatungen im Auftrag von GKV bzw. KV, die Akzeptanz für die Position des MDK zu erhöhen und damit zur Verbesserung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

Prof. Dr. Axel Heyll

Dr. Klaus-Peter Thiele



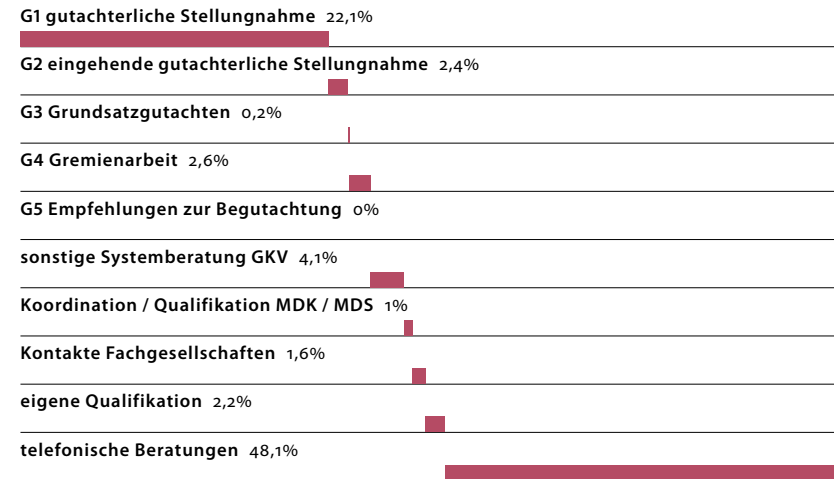
[Abb. 1.1] Auftragseingänge kc Onkologie seit Eröffnung



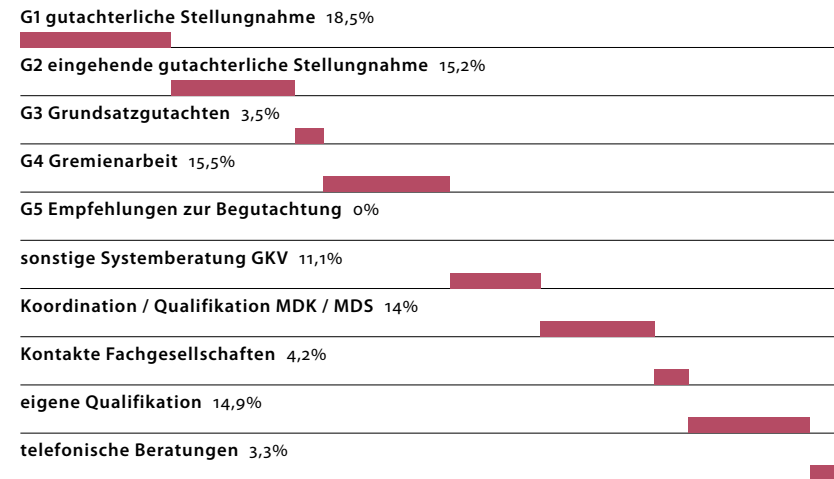
[Abb. 1.2] In der Datenbank erfasste Arbeitszeit (in Tagen) kc Onkologie ab 2003

[Abb. 1.1] Ausgewiesen ist die jährliche Anzahl der Auftragseingänge seit Bestehen des Kompetenz Centrums Onkologie. Diese liegt seit 2003 konstant bei ca. 1200 pro Jahr. Die Schwankungen ergeben sich durch die unterschiedliche Anzahl der dokumentierten telefonischen Beratungen, die – im Gegensatz zu den anderen Auftragsarten – von Jahr zu Jahr erhebliche Differenzen aufweist.

[Abb. 1.2] Ausgewiesen ist die in der Auftragsdatenbank jährlich dokumentierte Arbeitszeit in Arbeitstagen. Im Vergleich zum Vorjahr 2012 ergibt sich ein Anstieg von ca. 80 dokumentierten Arbeitstagen. Die im System erfasste Arbeitszeit liegt damit wieder im Durchschnitt der Vorjahre und im üblichen Schwankungsbereich von ca. 600–800 Arbeitstagen.



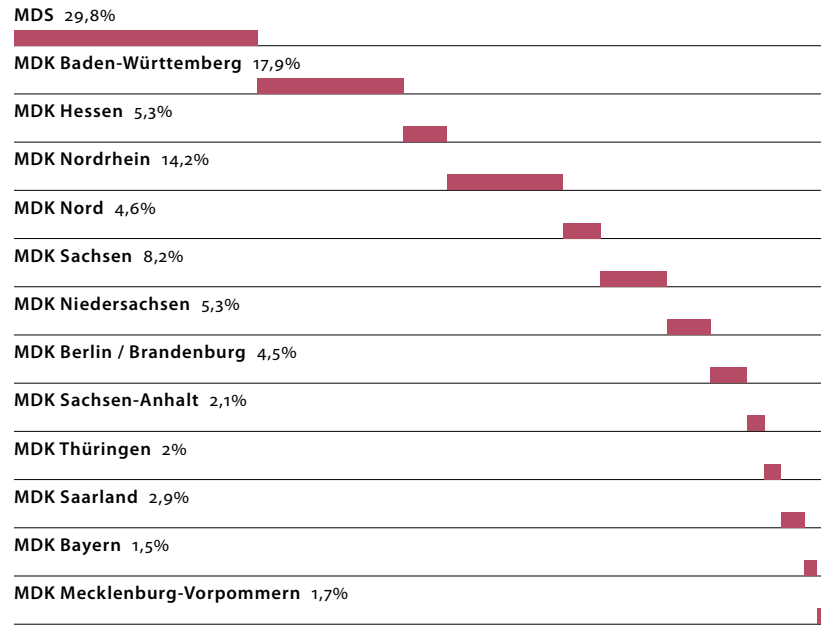
[Abb. 2.1] Erledigte Aufträge nach Auftragsart für 2013 (total: 1203 erledigte Aufträge)



[Abb. 2.2] Erledigte Aufträge nach Arbeitszeit für 2013 (total: 731 Tage)

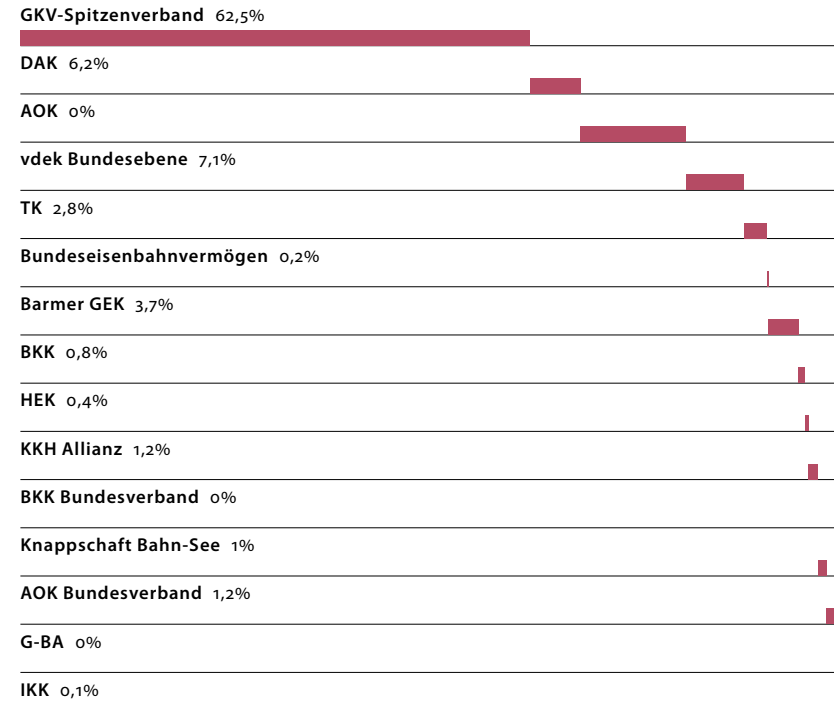
[Abb. 2.1] Ausgewiesen ist die Anzahl der im Jahr 2013 abgeschlossenen Aufträge nach Auftragsart.

[Abb. 2.2] Diese Abbildung zeigt die für die jeweiligen Auftragsarten verwandte Arbeitszeit in Arbeitstagen.



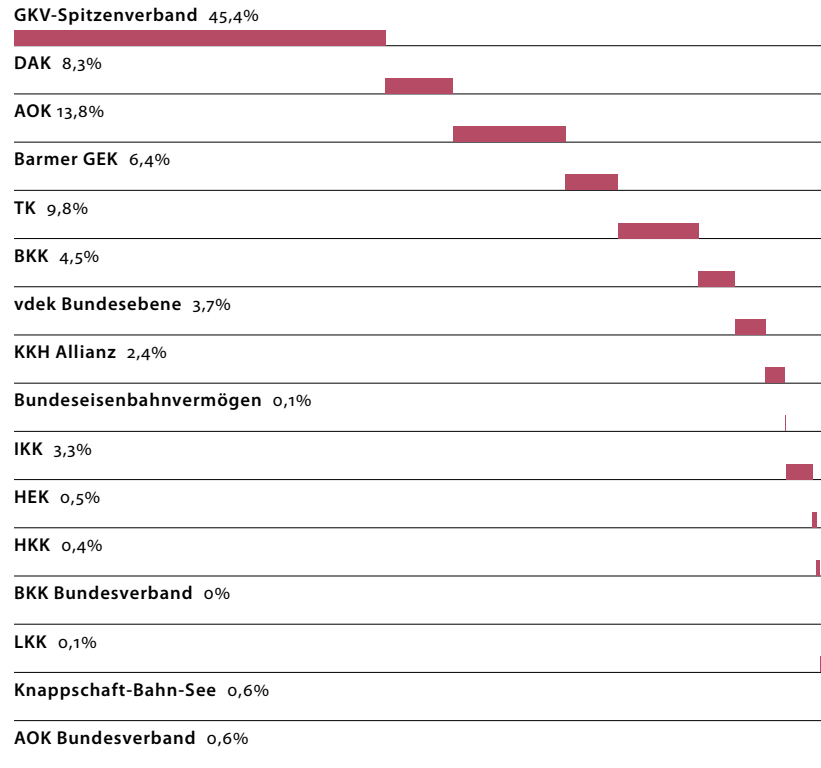
[Abb. 3] Arbeitszeit für erledigte Aufträge, Eingang über MSD/MDK, ohne telefonische Beratung für 2013 (total: 274 Tage)

[Abb. 3] Ausgewertet wurden alle in 2013 abgeschlossenen Aufträge, die unmittelbar über MDK oder MDS beim KC Onkologie eingegangen sind. Ausgewiesen ist die dafür benötigte Arbeitszeit in Arbeitstagen.



[Abb. 4] Arbeitszeit für erledigte Aufträge, Eingang über GKV für 2013 (total: 213 Tage)

[Abb. 4] Ausgewertet wurden alle in der Eingangsdatenbank des KC Onkologie erfassten Aufträge, die unmittelbar von dem GKV-Spitzenverband, einem Krankenkassenverband oder einer einzelnen Krankenkasse an das KC Onkologie gerichtet und im Jahr 2013 abgeschlossen worden waren. Eingetragen wurde wiederum die Arbeitszeit in Arbeitstagen. Bei den Aufträgen einzelner Krankenkassen handelte es sich in der Regel um Folgeaufträge zu Gutachten, die zuvor von dem jeweils zuständigen MDK an das KC Onkologie abgegeben worden waren. Insbesondere im Zusammenhang mit Sozialgerichtsverfahren waren häufig mehrere Gutachten für den gleichen Fall notwendig.

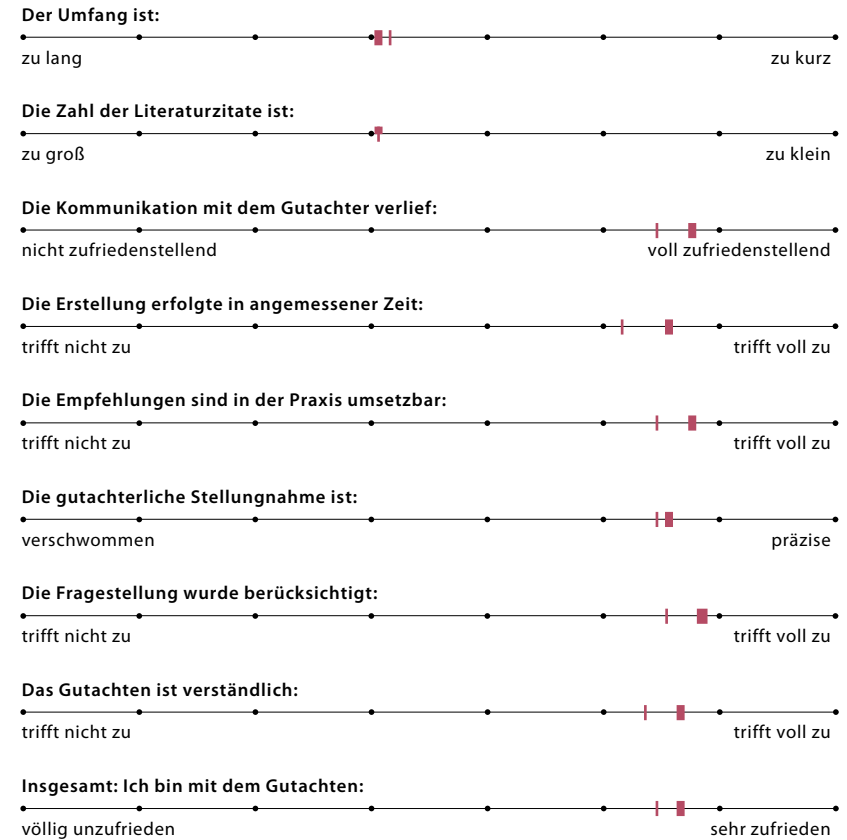


[Abb. 5] Arbeitszeit für erledigte Aufträge nach Ursprungsauftraggeber GKV für 2013 (total: 405 Tage), ohne telefonische Beratungen

[Abb. 5] Erfasst wurden folgende Aufträge:

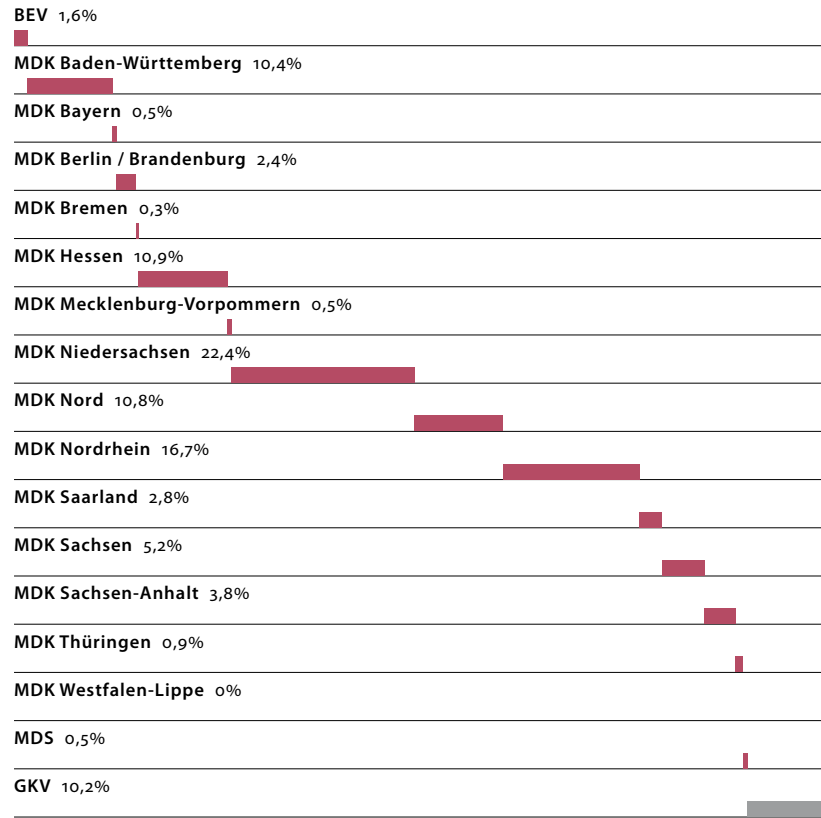
- Auftragseingang an das KC Onkologie unmittelbar vom GKV-Spitzenverband, einem Krankenkassenverband oder einer einzelnen Krankenkasse oder
- Auftragseingang über den jeweils zuständigen MDK bei bekannter Krankenkasse als »Ursprungsauftraggeber«.

Bei Aufträgen, die vom MDS an das KC Onkologie gerichtet wurden, wurde der GKV-Spitzenverband als Ursprungsauftraggeber eingetragen. Ausgewiesen wurde die für diese Aufträge verbrauchte Arbeitszeit in Arbeitstagen.



[Abb. 6] Evaluation der Kundenzufriedenheit für 2012 bzw. 2013

[Abb. 6] Dargestellt ist die Evaluation der Kundenzufriedenheit. Diese wurde mittels Fragebögen erhoben, die allen schriftlichen Gutachten beigelegt worden waren. Die Auswertung ist leider wenig aussagekräftig, da der Rücklauf der ausgefüllten Evaluationsbögen trotz vergleichbarer Anzahl von Gutachten deutlich schlechter als im Vorjahr war (2012 n = 150, 2013 nn = 78). Allerdings haben sich die Ergebnisse der Auswertung nicht verändert. Überwiegend gab es gute bis sehr gute Bewertungen (6 oder 7). Nur die Fragen nach der angemessenen Dauer der Begutachtung erhielt eine relevante Anzahl durchschnittlicher Bewertungen (4). Bei den Fragen 2 bis 9 entspricht die bestmögliche Bewertung der Antwort 7. Bei den Fragen 1 (Umfang angemessen?) und 2 (Zahl der Literaturzitate angemessen?) war die beste Bewertungsmöglichkeit Antwort 4; niedrigere Zahlen bedeuten, dass nach Bewertung des Auftraggebers die Zahl der Literaturzitate bzw. der Umfang des Gutachtens zu gering waren, während höhere Zahlen anzeigen, dass die Zahl der Literaturzitate bzw. der Umfang des Gutachtens als zu groß angesehen wurde.



[Abb. 7] Anzahl der telefonischen Beratungen 2013 (total: 576)

[Abb. 7] Dargestellt ist die Anzahl der telefonischen Beratungen und die Institution des/der Gesprächs-partners/in. Einige, besonders häufig beratene Kollegen/innen im MDK sind dazu übergegangen, Termine für »Telefonkonferenzen« zu vereinbaren, in denen zahlreiche Einzelfälle besprochen wurden, die aber als nur »eine« Beratung in der Auftragsdatenbank abgespeichert wurden. Deshalb spiegelt die Anzahl der Telefonate nicht den tatsächlichen Beratungsbedarf wieder.

Gremium	Vertreter/in KC Onkologie
G-BA, UA Methodenbewertung	Dr. Klaus-Peter Thiele
G-BA, AG PET	Dr. Klaus-Peter Thiele
G-BA, AG Stammzelltransplantation	Prof. Dr. Axel Heyll
G-BA, AG Brachytherapie Prostatakarzinom	Dr. Barbara Zimmer MPH
G-BA, AG Protonen	Dr. Klaus-Peter Thiele
	Dr. med. Patrick Schüller (Vertreter)
Expertengremium Off Label Onkologie	Prof. Dr. Axel Heyll
beim BfArM	Dr. Barbara Zimmer MPH (Vertreterin)
AG NUB beim GKV-SV	Prof. Dr. med. Axel Heyll
	Dr. med. Barbara Zimmer MPH (Vertreterin)

[Abb. 8] Mitarbeit in Gremien auf Bundesebene

[Abb. 8] Die Liste zeigt, in welchen Gremien auf Bundesebene Vertreter des KC Onkologie im Jahr 2013 regelmäßig mitgearbeitet haben.

3 Kompetenz-Centrum Psychiatrie / Psychotherapie

Leitung KCPP

Dr. med. Christoph J. Tolzin

FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialmedizin

Stellv. Leitung KCPP

Carmen Bender

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Qualitätsmanagerin
DGQ / EOQ

Weitere Mitarbeiterinnen

Dr. med. S. Bischof

FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialmedizin

Dr. med. Wiebke Martinsohn-Schittkowski

FA für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Sozialmedizin
Supervisorin

Ruth Rohdich

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Forensische Sachverständige
(LPPKJP Hessen)

Dr. phil. Ulrike Sühlfleisch-Thurau

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin

Büro KCPP in Mecklenburg-Vorpommern

Beate Leplow

Blücherstraße 27 c
18055 Rostock
Tel.: 0381 25255-75
Fax: 0381 25255-99
b.leplow@mdk-mv.de

Büro KCPP in Hessen

Petra Nix

Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel
Tel.: 06171 634-222
Fax: 06171 634-191 222
p.nix@mdk-hessen.de

www.kcpp-mv.de

KC der MDK-Gemeinschaft 2012/13

Psychiatrie im Fokus der Öffentlichkeit

Die medizinischen Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie waren in den Jahren 2012 und 2013 häufig im Fokus des öffentlichen Interesses. Besonders prominent bildet sich das viel diskutierte neue Entgeltsystem in psychiatrischen Einrichtungen ab. Es war mit dem Ziel ins Leben gerufen worden, die Transparenz über das Leistungsgeschehen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu verbessern. Somit sollte der Weg zu mehr Vergütungsgerechtigkeit, aber auch zur Sicherung der Qualität der Leistungen geebnet werden. Grundlage des neuen Vergütungssystems ist der im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2010 geänderte § 17 d Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Seit dem Jahr 2013 können Krankenhäuser freiwillig nach dem neuen Psych-Entgelt abrechnen. Ab dem Jahr 2015 sind alle Einrichtungen dazu verpflichtet.

Allerdings wird die Option des Umstiegs durch die Krankenhäuser nur zögerlich in Angriff genommen. Die Gründe sind mannigfaltig, als Folge droht Stagnation.

Große Erschütterung löste im Jahr 2010 das Ausmaß des sexuellen Kindesmissbrauchs in renommierten Bildungseinrichtungen aus. Daraufhin wurde von der Bundesregierung ein Runder Tisch »Sexueller Kindesmissbrauch« ins Leben gerufen. Dieser erarbeitete Empfehlungen für verbesserte Hilfen und Beratung für Betroffene, für einen besseren Opferschutz und zur Prävention, welche in den Bilanzbericht 2013 mündeten. Gefordert wurden u. a. eine bessere medizinische Versorgung von Betroffenen sexuellen Missbrauchs, wie die Erweiterung und den Ausbau von Therapieangeboten sowie eine Verminderung von Wartezeiten auf Behandlung.

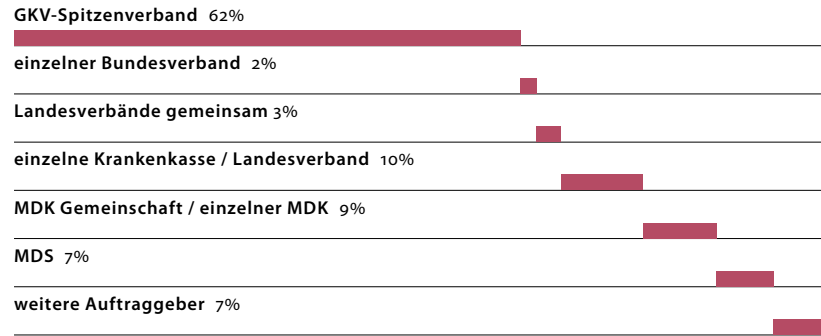
Diese und mannigfaltige andere Fragestellungen der Gesundheitsversorgung psychisch Kranker bilden die Basis für das breit gefächerte und vielseitige Arbeitsfeld des KCPP.

Das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie – Organisation und Selbstverständnis

Das KCPP ist eine gemeinsame Einrichtung des Spitzenverbandes der Krankenkassen (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, Psychosomatik, Psychotherapie, Suchtmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Soziotherapie, akute und rehabilitative Psychosomatik sowie Psychopharmakotherapie zur Verfügung stellt.

Als organisatorisch eigenständige Gemeinschaftseinrichtung ist es an zwei Standorten angesiedelt, beim MDK Mecklenburg-Vorpommern e. V. und beim MDK Hessen.

Die Arbeit des KCPP erfolgt mit einem hohen Anspruch an die Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und an die Qualität der



[Abb. 1] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber, Personentage in Prozent 2012 und 2013

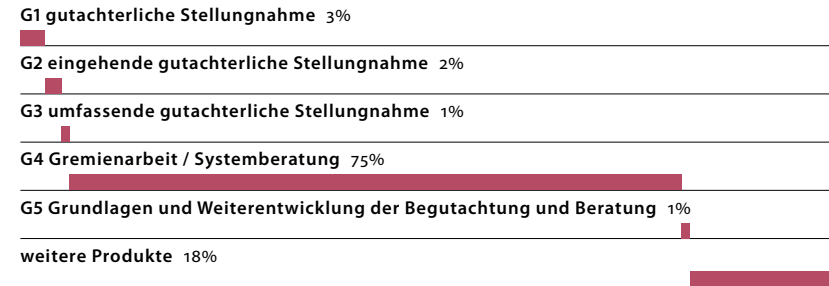
eigenen Leistung. Aufgrund der fachlich ausgewogenen Zusammensetzung des Teams können Aufträge spezifisch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechenden Spezialisierungen, Kenntnissen und Fähigkeiten bearbeitet werden. Der Arbeitsprozess profitiert von einer intensiven Zusammenarbeit der beiden Teams. Zwischen den 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.

Arbeitsfelder

Das KCPP hat in den Jahren 2012 und 2013 sein Arbeitsaufkommen stark erweitert. Die langfristig angelegte Begleitung und Beratung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und deren angegliederten Arbeitsgruppen 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



[Abb. 2] Ressourcenverbrauch der Produkte, Personentage in Prozent 2012 und 2013

(TSG) oder die Substitution mit Diamorphin bei schwerstkranken opiat-abhängigen Patientinnen und Patienten, rundeten das inhaltliche Spektrum ab.

Den steigenden Anforderungen konnte ab 2012 mit der Einrichtung einer weiteren halben gutachterlichen Stelle begegnet werden. Im Jahr 2013 verabschiedete das KCPP den langjährigen Mitarbeiter Dipl.-Psych. T. Listing in den Ruhestand. Thomas Listing hat während seiner Tätigkeit für das KCPP viele Arbeitsgruppen bereichert, unzähligen Grundsatzpapieren den Weg geebnet und hat das Gesicht des KCPP maßgeblich mitgeprägt. Seine Stelle konnte nahtlos durch eine Diplom-Psychologin besetzt 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. Besonders wurden Arbeitsprozesse berücksichtigt, die im Berichtszeitraum ihren Abschluss fanden. Aber auch Bereiche, die in hohem Maße Ressourcen des KCPP binden, werden dargestellt.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Wie in den Jahren zuvor bildete die Tätigkeit in den Gremien des G-BA – im Auftrag des GKV-SV – auch in 2012 und 2013 einen der Arbeitsschwerpunkte

des KCPP (vergl. Abb. 3). Das KCPP ist in folgenden Unterausschüssen des

G-BA vertreten:

- UA Psychotherapie
- UA Methodenbewertung
- UA Qualitätssicherung
- UA Veranlasste Leistungen

In den folgenden, zu den jeweiligen Unterausschüssen des G-BA gebildeten Arbeitsgruppen (AG) war das KCPP im Berichtszeitraum tätig:

- AG Qualitätssicherung psychische Erkrankungen
- AG Gesprächspsychotherapie
- AG Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren
- AG Diamorphin
- AG ambulante neuropsychologische Therapie
- AG EMDR
- AG Systemische Therapie
- AG Soziotherapie / psychiatrische häusliche Krankenpflege
- AG Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie / Dokumentationsbogen
- Gemeinsame AG von G-BA und Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie (WBP)
- AG Gruppentherapie

Unterausschuss Psychotherapie (UA PT)

Der Aufgabenbereich des UA PT umfasst die Vorbereitung von Entscheidungen und Beschlüssen die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit ambulanter Psychotherapie betreffend für das Plenum des G-BA. In den Jahren 2012 und 2013 wurden Themen wie z. B. die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie, die Frage, ob eine ausnahmsweise Zulassung der Gesprächspsychotherapie nur für den Indikationsbereich affektive Störungen geboten ist, die Versorgung mit ambulanter Gruppenpsychotherapie und die psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit psychotischen Erkrankungen beraten. Das KCPP ist im Auftrag des GKV-SV regelmäßig im UA PT tätig. Gleiches gilt für die Arbeitsgruppen dieses UA, die zu den jeweiligen Beratungsthemen gebildet werden und die Stellungnahmen, Beschlüsse und Richtlinienänderungen fachlich-inhaltlich erarbeiten und vorbereiten.

In der AG Qualitätssicherung/Dokumentationsbogen wurde beispielsweise ein Dokumentationsbogen für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen sowie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entwickelt, der eine Erhebung von qualitätsrelevanten Parametern zu Beginn und bei Abschluss der Behandlung ermöglicht. Des Weiteren wurde ein Konzept zur Datenauswertung erarbeitet, eine Literaturrecherche und -auswertung zu sektorspezifischen Qualitätsindikatoren durchgeführt sowie die Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens unter

GBA			
UA-PT	UA-MB	UA-QS	UA-veranlasste Leistungen
AG Gesprächspsychotherapie	AG ambulante neuropsychologische Therapie	AG Qualitätssicherung psychische Erkrankungen	AG Soziotherapie / psychiatrische häusliche Krankenpflege
AG Gruppentherapie	AG Diamorphin		
AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL	AG EMDR		
AG Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie / Dokumentationsbogen	AG Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren		
Gemeinsame AG von G-BA und Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie (WBP)	AG systemische Therapie		

[Abb. 3] UAs und AGs des G-BA, in denen das KCPP beratend tätig ist

Berücksichtigung aktueller Standards der Qualitätssicherung thematisiert und eine Beauftragung der Institution nach § 137 a SGB V vorbereitet.

Zu der Frage, ob eine ausnahmsweise Zulassung der Gesprächspsychotherapie nur für den Indikationsbereich affektive Störungen geboten sein könnte, erfolgte in der AG Gesprächspsychotherapie eine Update-Recherche mit Auswertung der gefundenen Studien zu diesem Indikationsbereich sowie eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit einer solchen Zulassung im ambulanten Versorgungskontext. Das in der AG erarbeitete Ergebnis, dass eine Ergänzung der aktuellen Beschlusslage zur Nichtaufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinie nicht erforderlich ist, wurde vom UA PT konsentiert und entsprechend dem BMG gegenüber kommuniziert.

Zur Klärung der Frage der Notwendigkeit einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit psychotischen Erkrankungen wurde am 04. 12. 2013 eine AG (AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL) eingerichtet, in der das KCPP ebenfalls vertreten ist.

Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB)

Im UA MB sowie in den entsprechenden Arbeitsgruppen ist das KCPP dann tätig, wenn Bewertungen von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der Psychotherapie durchzuführen sind.

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 unterzogen. Es handelt sich um den zeitlich und inhaltlich umfangreichsten Arbeitsauftrag im Rahmen der Tätigkeiten im G-BA.

Die Mitglieder des KCPP sind weiterhin mit intensivem Arbeitsaufwand in der AG gebunden. Nach abgeschlossenem Screening der verfügbaren Literatur und Auswertung der relevanten HTA-Berichte (Health Technology Assessment) und Leitlinien bezüglich der Wirksamkeit der zu untersuchenden Verfahren lag der Fokus in den Jahren 2012 und 2013 auf der Auswertung der gefundenen systematischen Reviews und Metaanalysen.

Die *AG Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* ist mit der Prüfung der EMDR als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen beauftragt. Die Bewertung der Methode EMDR beruht auf einer systematischen Literaturrecherche und der methodischen Beurteilung der als relevant eingestuften Studien. Mehr als 1500 Publikationen wurden zunächst auf ihre inhaltliche Relevanz bezüglich des Beratungsthemas gesichtet. Alle relevanten Publikationen wurden von jeweils zwei Bewertern unterschiedlicher Bänke ausgewertet. Neben der wichtigen Frage nach den Ergebnissen der Studie spielten die methodische und die inhaltliche Qualität der Publikationen eine wichtige Rolle im Bewertungsprozess.

Mehrheitlich wurden qualitativ weniger gute Studien mit kleinen Probandenzahlen gefunden. Daher wurde von der AG eine eigene Meta-Analyse durchgeführt.

Die Ergebnisse des Bewertungsprozesses werden mit großem Interesse erwartet, da das Thema traumatischer psychischer Schädigungen u. a. durch die Arbeit des Runden Tisches gegen sexuellen Kindesmissbrauch verstärkt Eingang in die Politik gefunden hat. Vor diesem Hintergrund hat die AG EMDR nach zwei Jahren intensiver Studienbewertung unter Hochdruck daran gearbeitet, ihren Auftrag in Kürze abzuschließen.

Nach dem erfolgten Antrag auf Prüfung der Systemischen Therapie als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie wurde vom UA MB am 27.06.2013 die *AG Systemische Therapie* eingesetzt, in der das KCPP ebenfalls vertreten ist.

Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS)

Mit der Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik und damit der Umstellung der Vergütung in diesem Bereich hat der Bedarf für die Etablierung einer systematischen und stringenten Qualitätssicherung weiter zugenommen.

Die Verantwortung und Gestaltungskompetenz für die Qualitätssicherung liegt beim G-BA. Dieser ist beauftragt, mit Hilfe einer Institution nach § 137 a SGB V und unter Beteiligung der Verbände und Fachgesellschaften

eine solche Qualitätssicherung zu entwickeln. Der UA QS hat entsprechend seiner Sitzung am 07.12.2010 die *AG Qualitätssicherung psychische Erkrankungen* eingerichtet. Die AG erarbeitet eine Konkretisierung der Beauftragung des AQUA ... zur Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation für das QS-Verfahren »psychische Erkrankungen«. Nach mehreren Konkretisierungsschritten hinsichtlich der Herangehensweise, der Inhalte und methodischer Aspekte in einem unmittelbaren und bidirektionalen Austausch mit dem AQUA soll das Papier im März 2014 dem UA QS mit dem Beschlussentwurf zur Beauftragung des QS-Verfahrens vorgelegt werden.

Neues Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik – die Psych-OPS

Der § 17 d 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.

Nachdem die Vorbereitungen für das neue Entgeltsystem seit dem Jahr 2009 liefen, ist nun der endgültigen Umstellung auf das neue Psychiatrie-Entgeltsystem (Psych-Entgelt) eine vierjährige budgetneutrale Phase vorangestellt. Seit dem Jahr 2013 können Krankenhäuser freiwillig budgetneutral nach dem neuen Psych-Entgelt abrechnen (Optionsjahre). Für den Zeitraum 2015/2016 wurde eine verpflichtende Abrechnung nach dem neuen Psych-Entgelt geplant. Im Jahr 2017 soll die fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der stufenweise die Vergütung von den krankenhausindividuellen Basisfallwerten auf Landesbasisentgeltwerte umgestellt wird.

Trotz dieses zeitlich moderaten Herangehens wird der Umstieg auf das neue Entgeltsystem durch die Krankenhäuser nur zögerlich in Angriff genommen. Eine repräsentative Umfrage des deutschen Krankenhaus-Instituts (DKI) erfasste im Rahmen einer Vollerhebung in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen unter anderem, wann die Krankenhäuser sich vorstellen könnten, das neue Entgeltsystem erstmalig anzuwenden (PSYCHIATRIEBAROMETER 2012). Mehr als die Hälfte der befragten Einrichtungen äußerten sich, entweder nicht optieren zu wollen oder unschlüssig über den Zeitpunkt des Einstiegs in das neue Entgeltsystem zu sein.

Neben individuell unterschiedlich gelagerten Umstellungserschwernissen der Häuser bestehen objektive Gründe, die einen Umstieg behindern. So bedingt beispielsweise die noch nicht ausgereifte EDV Schwierigkeiten mit der Dokumentation, der Datenübermittlung und auch mit der Rechnungsannahme seitens der Krankenkassen.

Durch die abwartende Haltung der Krankenhäuser war in den Jahren 2012/2013 für alle Beteiligten der Versorgung das Sammeln von Erfahrun-

gen unter realen Anwendungsbedingungen nur eingeschränkt möglich. Schulungen sind sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Leistungsträger häufig theoretischer Natur, eine frühzeitige Identifikation von Problemen ist erswert.

Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems gestaltet sich schwierig, da aufgrund einer kleinen Datenbasis die Kalkulation für das INEK auf die wenigen und zum Teil nicht repräsentativen Kalkulationshäuser beschränkt war. Somit sind die Grundlagen auch für die Weiterentwicklung des OPS wenig aussagekräftig. 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.

Im Auftrag des GKV-SV arbeitete das KCPP in den vergangenen beiden Jahren an neuen OPS, die potenziell geeignet erscheinen, das Leistungsgeschehen in psychiatrischen Einrichtungen transparenter abzubilden und die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Weiterhin arbeiteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KCPP kontinuierlich an Strategiegesprächen im Hause des GKV-SV, im Krankenhausentgeltausschuss (KEA), den zugehörigen AGs sowie den AGs des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und der Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (INEK) mit.

Für die MDK-Gemeinschaft wurde beginnend im Jahr 2013 eine jährliche Schulung für Gutachterinnen und Gutachter etabliert. Organisatorisch beim MDS angebunden, wird diese durch die SEG 4 und das KCPP gemeinsam inhaltlich gestaltet.

Zudem wurde das KCPP mit einer stetig wachsenden Nachfrage hinsichtlich Schulungen zu fachspezifischen Inhalten des OPS für Kassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter konfrontiert.

Weitere Systemberatung

Über die vorbeschriebenen Beratungsaufgaben (G-BA, neues Entgeltsystem) hinaus wurde das KCPP auch im Berichtszeitraum 2012 und 2013 um Unterstützung und Beratung zu weiteren, ganz unterschiedlichen Themen des Fachgebietes Psychiatrie / Psychotherapie gebeten. In diesem Abschnitt sollen exemplarisch Aufträge vorgestellt werden, bei denen es sich um eine kontinuierliche Unterstützung und Beratung des GKV-SV sowie der Kranken- und Pflegekassen in Versorgungs- und Strukturfragen handelte.

AG Rahmenempfehlung sexueller Missbrauch

In Folge der Beschlüsse des von der Bundesregierung im März 2010 eingerichteten Runden Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« und unter der Ägide des Bundesministeriums für Gesundheit wurde von den Partnern der Selbstverwaltung unter Einbeziehung der Ärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer eine

AG eingerichtet. Diese hat unter Federführung des GKV-SV und mit fachlicher Unterstützung des KCPP eine »Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung« erarbeitet. Die Umsetzung dieser Rahmenempfehlung aufseiten der Krankenkassen wird durch den GKV-SV und das KCPP begleitet.

AG Online-Hilfeportal

Neben der Einrichtung des Runden Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch« war von der Bundesregierung im März 2010 ebenfalls die Einsetzung eines Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs beschlossen worden. Dieser hat gemäß Kabinettsbeschluss die Aufgabe, eine zentrale Anlaufstelle für von sexuellem Kindesmissbrauch Betroffene zu sein, die Thematik aufzuarbeiten und Empfehlungen für materielle und immaterielle Hilfen für Betroffene aus dem institutionellen und dem familiären Bereich zu erarbeiten sowie die Umsetzung derselben zu begleiten. Im Auftrag des GKV-SV erarbeitete das KCPP Fachbeiträge zur inhaltlichen Gestaltung des vom Unabhängigen Beauftragten online zur Verfügung gestellten »Hilfeportals sexueller Missbrauch«.

AG Psychotherapie des GKV-SV

In den Berichtsjahren 2012 und 2013 erfolgte eine kontinuierliche Teilnahme und Beratung des GKV-SV und der vertretenen Krankenkassen zu allen Fragen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Der inhaltliche Schwerpunkt im Berichtszeitraum lag auf der Erarbeitung eines Konzeptes zur Reform des Angebotes an ambulanter Psychotherapie.

AG Bewertung der nationalen Versorgungsleitlinie (s3)

zur Chirurgie der Adipositas

Der GKV-SV beauftragte das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement (KCQ) mit Datum vom 04.07.2011 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. Das Gutachten wurde im Frühjahr 2012 fertiggestellt.

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 aufgrund neuer Studienergebnisse oder gegebenenfalls bekannt gewordener unerwünschter Arzneimittelwirkungen darstellt.

Weitergabe der Bewertungen der Expertengruppe
Off-Label Neurologie / Psychiatrie als Empfehlung an den G-BA
nach § 35 c Abs. 1 SGB V

- Gabapentin zur Behandlung der Spastik im Rahmen der multiplen Sklerose;
- Mycophenolat mofetil bei Myastenia gravis;
- Lamotrigin bei neuropathischem Schmerz;
- Venlafaxin bei neuropathischem Schmerz.

Beschlüsse des G-BA zum Off-Label-Use auf der Grundlage der Empfehlung der Expertengruppe Off-Label Neurologie / Psychiatrie nach § 35 c Abs. 1 SGB V

- Amantadin bei der multiplen Sklerose zur Behandlung der Fatigue (Beschlussdatum: 19. 05. 2011)
- Valproinsäure für die Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen (Beschlussdatum: 20. 10. 2011)
- Intravenöse Immunglobuline bei der multiplen Sklerose (Beschlussdatum: 20. 10. 2011)
- Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes (Beschlussdatum: 17. 11. 2011)
- Mycophenolat mofetil bei Myastenia gravis (Beschlussdatum: 19. 09. 2013)
- Clostridium botulinum Toxin Typ A bei spasmodischer Dysphonie (Laryngeale Dystonie) (Beschlussdatum: 21. 03. 2013)
- Intravenöse Immunglobuline bei Polymyositis und Dermatomyositis (Beschlussdatum: 18. 04. 2013).

Stellungnahmen und Gutachten

Wie in den Jahren zuvor erhielt das KCPP auch im Berichtszeitraum Begutachtungsaufträge zu unterschiedlichen Themenfeldern. Beispielsweise wurde in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe SEG 5 (Hilfsmittel und Produkte) des MDS eine ausführliche Stellungnahme erstellt, ob das »Deprexis«-Programm, eine computerbasierte Methode zur Behandlung von depressiven Symptomen, in das Hilfsmittel-Verzeichnis gem. § 139 SGB V aufgenommen werden kann (Bewertung des medizinischen Nutzens gem. § 139 SGB V). Hierbei ging es insbesondere um die sozialmedizinische Beurteilung, ob es sich bei »Deprexis« um eine anerkannte Behandlungs-

methode handelt, eine Anwendung im ambulanten/häuslichen Bereich möglich ist und welche Indikationsbereiche / Kontraindikationen vorliegen.

Im Auftrag eines MDK wurden mehrere fachgutachterliche Stellungnahmen bzgl. der Frage, ob vorgelegte Rehabilitationskonzepte aus den Bereichen psychiatrischer und/oder psychosomatischer sowie neurologischer Erkrankungen den sozialmedizinischen Anforderungen an eine stationäre Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V genügen, angefertigt. Hiermit verbunden war ebenfalls eine enge und intensive Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen, welche auch die persönliche Teilnahme des KCPP an den Verhandlungen vor Ort erforderlich machte.

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 23. 02. 2012 wurde die ambulante neuropsychologische Therapie als Behandlungsmethode zur Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zugelassen (Anlage I, Nr. 19 »Neuropsychologische Therapie« der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, RL MVV). Infolgedessen erstellte das KCPP im Auftrag des GKV-SV eine »Arbeitshilfe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen zur Beurteilung vorgelegter Informationen über die Durchführung einer neuropsychologischen Therapie«. Diese Arbeitshilfe soll den gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen, die Indikationsgerechtigkeit einer neuropsychologischen Behandlung zu Beginn und im Verlauf angemessen einschätzen zu können. Hinsichtlich einer gemäß der Richtlinie möglichen Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankensversicherung (MDK) nach § 275 SGB V enthält die Arbeitshilfe auch entsprechende Entscheidungshinweise sowie Angaben zu den für die Überprüfung notwendigen Unterlagen.

Für die gesetzliche Krankensversicherung wurde ein G2-Gutachten zu »Priorisierungsempfehlungen verschiedener Indikationen gemäß Psychotherapierichtlinie« erstellt. Die Übersichtsarbeit bildet die aktuell vorliegende Evidenz der indikationsbezogenen Wirksamkeit von Richtlinienpsychotherapie ab. Das Gutachten dient der kassenseitigen Vorbereitung von Verträgen zur extrabudgetären Vergütung ambulanter Psychotherapie.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Öffentlichkeitstag am 19. 09. 2012 in Warnemünde griff die aktuellsten Entwicklungen im Ringen der Selbstverwaltungspartner um das neue Vergütungssystem auf und bot Gelegenheit zum interdisziplinären Austausch. Das INEK hatte kurz zuvor einen Entwurf des ersten Katalogs für das pauschalierende Entgeltsystem in den psychiatrischen, psychosomatischen und kinderpsychiatrischen Kliniken in Deutschland (PEPP) vorgestellt und damit unter den Selbstverwaltungspartnern eine äußerst kontroverse Diskussion ausgelöst. Diese fand ihren Widerhall in den interessanten und bereichernden Diskussionen der Veranstaltung. Referentinnen und Referenten aus den unterschiedlichsten Bereichen standen einem interes-

sierten und breit aufgestellten Publikum aus der ganzen Bundesrepublik gegenüber. Das schöne Ambiente des Ostseebades Warnemünde gab der Veranstaltung einen unvergesslichen Rahmen.

In diversen Vorträgen und in zwei Artikeln zu aktuellen Themen nutzen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KCPP die Gelegenheit, ihre Arbeit vorzustellen und in einen breiten Austausch zur interessierten Fachöffentlichkeit zu treten. Die Vorträge und Artikel können unter <http://www.kcpp-mv.de> eingesehen werden.

Zufriedenheit der Auftraggeberinnen und Auftraggeber

Die Befragung der Auftraggeber und Auftraggeberinnen des KCPP erfolgt einmal jährlich, weil die psychiatrischen/psychotherapeutischen Themen, insbesondere im Bereich der Systemberatung, bei nur 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 2013 und 2014 wurden unsere Auftraggeber und Auftraggeberinnen im Rahmen einer schriftlichen und anonymisierten Befragung gebeten, die Leistungen des KCPP jeweils für die Jahre 2012 und 2013 nach Art der Leistungserbringung differenziert zu bewerten. Auf einer fünfstufigen Skala sollten die Leistungsbereiche »Schriftliche Stellungnahmen/Gutachten« und »Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit« sowie »Präsentationen und Workshops« bezüglich ihrer formalen und inhaltlichen Güte bewertet sowie insgesamt die Zufriedenheit mit den Leistungen des KCPP in den genannten Bereichen eingeschätzt werden. Die Rücklaufquoten betragen 93% (für das Jahr 2012) bzw. 71% (für das Jahr 2013).

Ergebnisse der Befragung für das Jahr 2012

Mit den Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KCPP im Bereich »Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit« waren 87,5% der Auftraggeberinnen und Auftraggeber »sehr zufrieden« und 12,5% waren »zufrieden«. 88% der Auftraggeber zeigten sich mit den vom KCPP erstellten schriftlichen Stellungnahmen und Gutachten insgesamt als »sehr zufrieden« und 12% als »zufrieden«. Im Bereich »Präsentationen und Workshops« äußerten sich 60% der Auftraggeberinnen und Auftraggeber als »sehr zufrieden« und 40% als »zufrieden« mit den Leistungen des KCPP.

Ergebnisse der Befragung für das Jahr 2013

77,3% der Auftraggeberinnen und Auftraggeber waren in Bezug auf den Bereich »Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit« »sehr zufrieden« und 22,7% waren »zufrieden« mit den Leistungen des KCPP. Auch



[Abb. 4] Beratung / Teilnahme an Sitzungen / Gremientätigkeit



[Abb. 5] Schriftliche Stellungnahmen und Gutachten



[Abb. 6] Präsentationen und Workshops

hinsichtlich der vom KCPP erstellten schriftlichen Stellungnahmen und Gutachten zeigte sich eine hohe Zufriedenheit (90% der Auftraggeber waren »sehr zufrieden« und 10% waren »zufrieden«). Mit den Präsentationen und Workshops des KCPP waren 61,5% der Auftraggeberinnen und Auftraggeber »sehr zufrieden« und 38,5% waren »zufrieden«.

Abbildungen 4–6 stellen die Zufriedenheit der Auftraggeberinnen und Auftraggeber mit den Leistungen des KCPP jeweils für die drei erhobenen Arbeitsbereiche für die Jahre 2012 und 2013 in Prozent vergleichend dar.

Zusammenfassend spiegeln die Ergebnisse der beiden Befragungen wie auch in den Vorjahren ein sehr hohes Maß an Zufriedenheit der Auftraggeberinnen und Auftraggeber mit den vom KCPP erbrachten Leistungen wider. Sie zeigen, dass die bisherige sehr gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit auch in den Jahren 2012 und 2013 nicht nur fortgesetzt, sondern auch noch weiter ausgebaut werden konnte.

Ausblick

Das KCPP ist nunmehr seit 14 Jahren im Auftrag der Krankenkassen und der MDK-Gemeinschaft in der Gesundheitssystemberatung tätig. Für den gesamten Zeitraum kann eine kontinuierliche Zunahme der Aufträge sowie eine stetig zunehmende Einbindung auch in systemübergreifende, gesundheitspolitische Fragestellungen und in die öffentliche Diskussion festgestellt werden. Das KCPP ist dabei in der Lage, zur Auftragserfüllung das gesamte Spektrum der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Suchtmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Geron-

topsychiatrie, Soziotherapie, akuten und rehabilitativen Psychosomatik sowie Psychopharmakotherapie abzubilden. Als besonders tragfähig und effektiv hat sich die Zusammenarbeit ärztlicher und psychologischer Gutachterinnen und Gutachter erwiesen, wodurch das Kompetenz-Centrum der Versorgungsrealität sowohl in psychiatrischen als auch in psychotherapeutischen Fragestellungen gerecht werden kann.

Auch in den nächsten Jahren werden die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische, psychosomatische und kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhäuser sowie Institutsambulanzen und die Umsetzung und Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin in der Entscheidungsfindung zur sozialrechtlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken sowie Fragen der Qualitätssicherung der Versorgung eine besondere Herausforderung darstellen, der wir uns auch in den kommenden Jahren gerne und engagiert stellen werden.

Dr. med. Christoph J. Tolzin

Dipl.-Psych. Carmen Bender

4 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 Qualitätsmanagement

Weitere Gutachter

Dr. Ernst-Dietrich Mayer

(bis 31. 12. 2013)
FA für Chirurgie;
Unfallchirurgie;
Sozialmedizin; Spezielle Unfallchirurgie; Fachkunde Strahlenschutz

Dr. Klaus Döbler

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

Priv.-Doz.

Dr. Dorothee Bail

FA für Herz-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie
Fachkunde Echokardiografie

Sekretariat beim MDK Tübingen

Sigrid Kupilas

Bismarckstr. 96
72072 Tübingen
Tel.: 07071 7985-6025
Fax: 07071 7985-6051
sigrid.kupilas@mdkbw.de

Sekretariat beim MDK Stuttgart

Anja Blanchard

(bis 31. 3. 2014)
Klara Frei
(ab 1. 5. 2014)
Silberburgstr. 122
70176 Stuttgart

Tel.: 0711 2252-2108

Fax: 0711 2252-2272
anja.blanchard@mdkbw.de
klara.frei@mdkbw.de

EFQM-Assessorin
MDK Ravensburg

Karin Boukamp

Meersburger Str. 3
88213 Ravensburg
Tel.: 0751 36352-6909
Fax: 0751 36352-6952
karin.boukamp@mdkbw.de

www.kcqq.de

KC der MDK-Gemeinschaft 2012/13

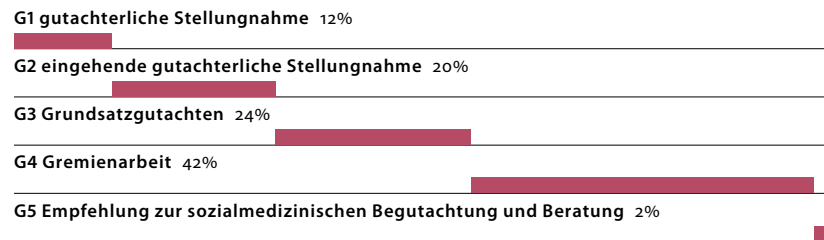
Überblick

Im vorausgegangenen Jahresbericht wurde im Überblick ein Umbruch in der Qualitätssicherung in Deutschland beschrieben, der weiterhin anhält. Zwar wurden zwischenzeitlich von der Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut) neun sektorenübergreifende QS-Verfahren entwickelt (Konisation, Katarakt, Koronarangiografie / Perkutane Koronarintervention, Kolorektales Karzinom, Arthroskopie, Hüft-Totalendoprothese, Knie-Totalendoprothese, Gefäßkatheter-assoziierte Infektion, Postoperative Wundinfektionen); eine Umsetzung steht wegen zahlreicher Probleme jedoch nach wie vor aus. Deswegen haben sich die Träger des G-BA mit »Eckpunkten zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung« an die Öffentlichkeit, die Politik und an die internen Arbeitsgruppen gewandt und Hemmnisse benannt: u. a. geringe Beteiligung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei Probebetrieben, Zurückhaltung der Software-Industrie und eine unzuverlässige QS-Fallauslösung im vertragsärztlichen Bereich. Insbesondere wird auf Bedingungen zur erfolgreichen Umsetzung bereits entwickelter und neuer Verfahren abgehoben: Themenauswahl mit vorheriger Prüfung der Umsetzbarkeit, Einbezug der Software-Industrie zugunsten ausreichender Marktbedingungen, Klärung von Gesetzesänderungsbedarfen u. a. Zudem geht der G-BA bei der Verfahrensentwicklung zu neuen Themen innovative Wege, wie z. B. die Neubeauftragung des Verfahrens »Arthroskopie« unter Verwendung lediglich von Sozialdaten der Krankenkassen und von Patientenbefragungen.

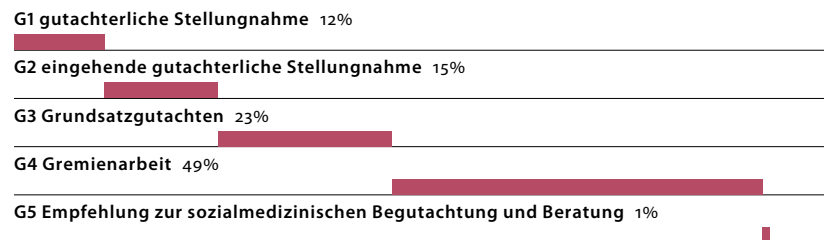
Im Gefolge des Patientenrechtegesetzes vom 26. 02. 2013 wurde vom G-BA eine Richtlinie zu Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme entwickelt; bis Ende 2014 soll eine nunmehr sektorenübergreifende Richtlinie zum internen Qualitätsmanagement im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und Krankenhausbereich beschlussfähig sein.

Bei all diesen Entwicklungen berät das KCQ den GKV-SV in diversen Arbeitsgruppen des G-BA, wobei zu zahlreichen Einzelfragen mit wissenschaftlichen Expertisen beigetragen wird, wie beispielsweise »Potenzielle Effekte der externen Qualitätssicherung« inkl. public reporting und pay for performance (p4p), »Internes Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung«, »Klinische Register als Qualitätssicherungsinstrumente«.

Die Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs als Herzstück der Externen Stationären Qualitätssicherung (ESQS) ist ein vorrangiges Anliegen der Gemeinsamen Selbstverwaltung im G-BA. Da sich erhebliche prozessuale und Ergebnisheterogenitäten in den Bundesländern gezeigt haben, die hinsichtlich ausgeweiteter Berichtspflichten der Krankenhäuser (Qualitätsberichte) untragbar sind, erfolgen derzeit mehrere Projekte zur Verbesserung der Gleichmäßigkeit. U. a. hat das KCQ die MDK-Mitglieder der Arbeitsgruppen auf Bundes- und Landesebene zusammengeführt, Vorgehensunterschiede dargestellt und diese an die Entscheidungsgremien (GKV-SV, Krankenkassen) transportiert.



[Abb. 1.1] Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten für 2012



[Abb. 1.2] Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten für 2013

Auch auf der Landesebene findet QS-Entwicklung statt: Beispielsweise wirkte das KCQ GKV-seitig bei der Konzeption und Realisierung des landes-spezifischen QS-Verfahrens »MRSA« (Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus) zur Eindämmung nosokomialer Infektionen mit multiresistenten Erregern mit und es gestaltete QS-Verfahren für »Ergänzende Vereinbarungen« nach § 109 SGB V für konservativ tätige Krankenhäuser.

In mehreren KCQ-Beratungsthemen ergeben sich inhaltliche Schnittstellen mit anderen Kompetenzeinheiten der MDK-Gemeinschaft: Kooperative Auftragsbearbeitungen sind hervorzuheben insbesondere mit dem KCG (z. B. Erarbeitung eines Glossars, QS in der geriatrischen Rehabilitation), der SEG 1 (z. B. QS der Begutachtung zu Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 24 und 41 SGB V), der SEG 4 (z. B. Abrechnung bei CT-gesteuerten Interventionen) und dem MDS (z. B. NUB- und Zusatzentgelt-Gutachten).

Die Qualitätssicherung in Deutschland ist weiterhin im Fluss und der Koalitionsvertrag der jetzigen Regierung hat ihre Bedeutung erneut hervorgehoben. Das KCQ trägt mit seinen Beratungen wirksam zu sachgerechten Entscheidungen im untergesetzlichen Normgebungsprozess bei. Die folgenden inhaltlichen Darstellungen sollen dies verdeutlichen.

Auftraggeber und Ressourcen

Der Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten hat sich kaum verändert; wie bisher dominiert die gremienbezogene Arbeit mit fast 50% des Leistungsvolumens (Abb. 1.1). Vier Fünftel des Ressourcenverbrauchs entfallen

auf den GKV-SV als Auftraggeber (Abb. 2). Dass demgegenüber der GKV-SV nur 39% (2012) bzw. 47% (2013) der Aufträge erteilt, liegt daran, dass es sich bei den häufigen Aufträgen aus dem MDK-System (2012: 34%, 2013: 30%) meist um G1-Gutachten bzw. telefonische Beratungen handelt. Die in den Vorjahren erfolgte Entwicklung der Verteilung der Auftraggeber hat sich somit stabilisiert (Abb. 3).

Absolut wurden in 2012 von 4,67 Gutachtern 1119 Gutachtertage geleistet, in 2013 von 4,5 Gutachtern 981 Tage. Das gemäß der Stellenbesetzungen vorhandene Zeitkontingent der Gutachter wurde von diesen infolge höherer Inanspruchnahme des KCQ wieder deutlich übertroffen (2012: 933 versus 1119 Tage, 2013: 900 versus 981 Tage). Die gutachterlichen Zeitaufwände für abteilungsinterne organisatorische Aufgaben und Fortbildung haben sich trotz mehrfacher Stellenumbesetzungen (Bewerbungsverfahren) mit 60,1 Tagen (2012) bzw. 72,7 Tagen (2013) auf gleichem Niveau gehalten (2011: 61,0 Tage).

Die per Rückmeldebögen (104 Beurteilungen konnten ausgewertet werden) erfasste Auftraggeber-Zufriedenheit liegt nach wie vor nahe der Ideallinie, und zwar bezüglich aller drei Leistungsarten (Abb. 4). Die einzige Auffälligkeit (Note 1,9 auf Skala 1 [sehr gut] – 5 [nicht gut]) ist bei den »ausgehändigten Unterlagen« bei Präsentationsveranstaltungen festzustellen. Zwischenzeitlich werden regelmäßig Schreibmaterialien und inhaltliche Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Spezifische Tätigkeitsmerkmale 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 bei den anderen QS-Akteuren (z. B. KV-System) nur ansatzweise vorhanden ist.

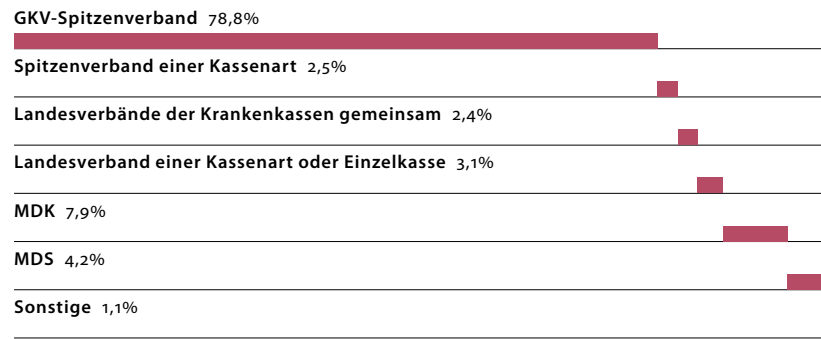
QS-Verfahrensentwicklungskompetenz. Die KCQ-Gutachter bringen für die Auftraggeber andernorts nicht verfügbare eigene Entwicklererfahrung in die QS-Systementwicklung ein.

Fachärztliche systemische Recherche-Expertise. Mit dem Wissen erfahrener Fachärzte mehrerer Gebiete und der vorhandenen zusätzlichen Recherchekompetenz leistet das KCQ methodisch und inhaltlich umfassende Wissensdarstellung und -bewertung.

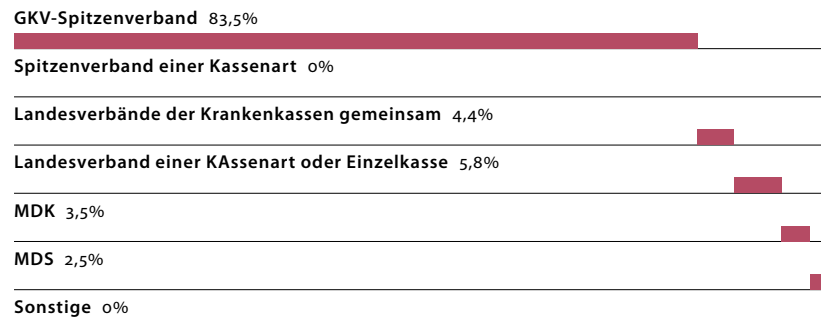
Zeitliche Beratungskontinuität. Mehrere KCQ-Gutachter sind seit vielen Jahren in den jeweiligen Bereichen der Systemberatung tätig, so dass sie für die Auftraggeber eine wichtige Kontinuität gewährleisten.

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

Ortsflexibilität. Die in zahlreichen Institutionen und Orten ansässigen QS-



[Abb. 2.1] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber 2012



[Abb. 2.2] Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber 2013

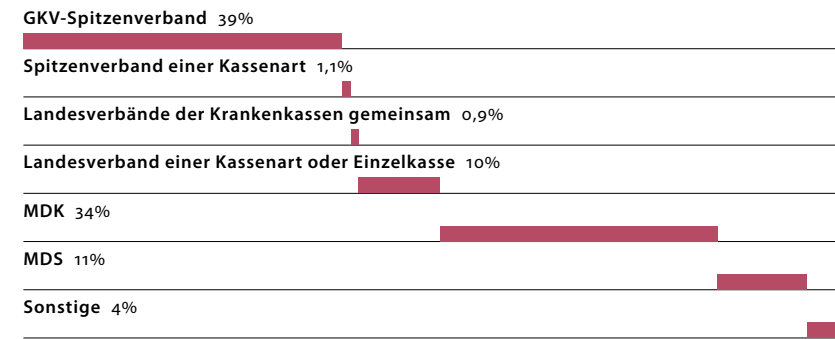
Gremien und -Akteure werden vom KCQ dank seiner guten Reisemöglichkeiten ohne Entfernungsbarrieren immer erreicht.

Systemanalyse der Qualitätssicherung

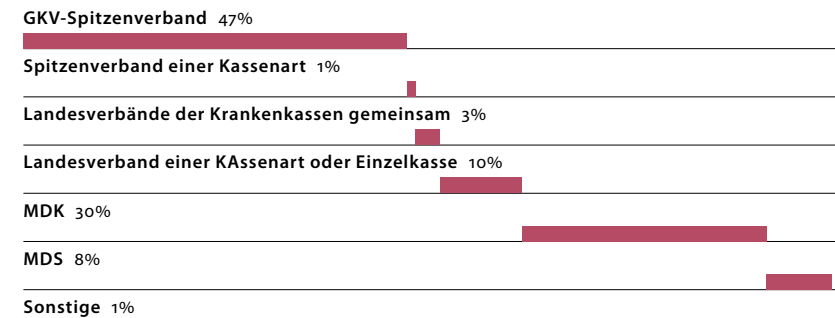
KCQ untersucht Verfahren und Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (EQS) und des internen Qualitätsmanagements (IQM)

Sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch im Krankenhaussektor und bei der Rehabilitation sind in Deutschland zahlreiche QS-Verfahren etabliert und IQM ist verpflichtend. Die Regelungsgeber (Gemeinsamer Bundesausschuss, Partner der Bundesmantelverträge) sind gehalten, Wirksamkeit und Nutzen dieser Verfahren zu überprüfen.

Im Bereich der QS der vertragsärztlichen Versorgung befasst sich eine Arbeitsgruppe (AG) »Auswertung« des Gemeinsamen Ausschusses QS (abgeleitet von § 135 Abs. 2 SGB V) kontinuierlich mit den Ergebnissen der Überprüfungen durch die KV-QS-Kommissionen. In der AG bewerten KCQ-Gutachter die Ergebnisse im Auftrag des GKV-SV. Beispielsweise wurde in den Ergebnissen aufgrund der QS-Vereinbarung »Gynäkologische Zyto-



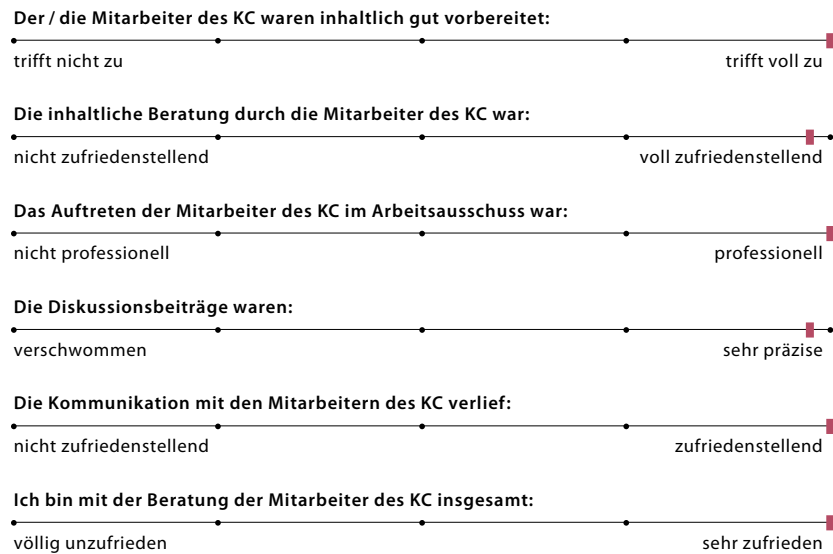
[Abb. 3.1] Aufträge nach Auftraggeber 2012



[Abb. 3.2] Aufträge nach Auftraggeber 2013

logie« festgestellt, dass die Jahresstatistiken (Ergebnisqualität), die von den jeweiligen zytologischen Praxen abgegeben sind, ohne die Bekanntgabe von Beurteilungskriterien von den KVen der Länder mitgeteilt werden. Im Gefolge wird derzeit vereinbart, bundeseinheitliche Bewertungskriterien zu etablieren, die eine vergleichbare Ergebnisdarstellung und Transparenz der Versorgungsqualität in der gynäkologischen Zytologie ermöglichen.

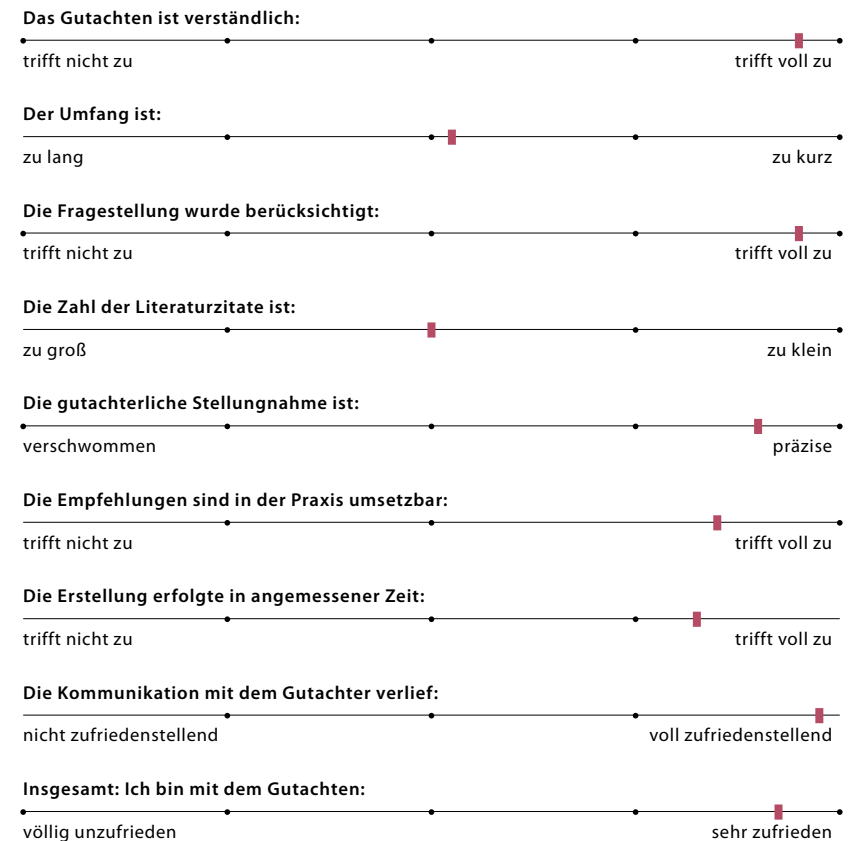
Das KCQ hat im Auftrag des GKV-SV sämtliche QS-Vereinbarungen (n=27) nach § 135 Abs. 2 SGB V hinsichtlich Ergebnisentwicklung und Durchführungsaufwand (Aufwand-Nutzen-Verhältnis) analysiert, um etwaig unergiebige Verfahren auszusetzen oder zu beenden. In einem Gutachten konnte dargestellt werden, dass einige Verfahren hochaufwendig sind (z. B. QS-Vereinbarung »Ultraschall«), andere durchaus anhaltend gute Versorgungsqualität darstellen (z. B. QS-Vereinbarung »Koloskopie«) und weitere keine zureichende Abbildung der Ergebnisqualität ärztlicher Maßnahmen ermöglichen (z. B. QS-Vereinbarung »Herzschrittmacher-Kontrolle«). Nur für sieben Leistungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung konnte die unveränderte Fortführung der Maßnahmen empfohlen werden, für



[Abb. 4] Bewertung der Gremienarbeit (G4) 2012 und 2013

sechs die Aussetzung und für sieben die Fortführung mit Modifizierung der jeweiligen QS-Vereinbarung. Für acht der 27 Verfahren war die Datenlage für eine abschließende Beurteilung unzureichend. Zahlreiche Ergebnisse des Gutachtens haben die GKV zu neuerlichen Verhandlungen mit der KBV veranlasst. Beispielsweise werden derzeit zur QS-Vereinbarung »MR-Angiografie« die Indikationsvorgaben überarbeitet; trotz guter QS-Ergebnisse war seit 2007 ein starker und fachlich fragwürdiger Anstieg der bundesweiten Leistungszahlen zu verzeichnen gewesen.

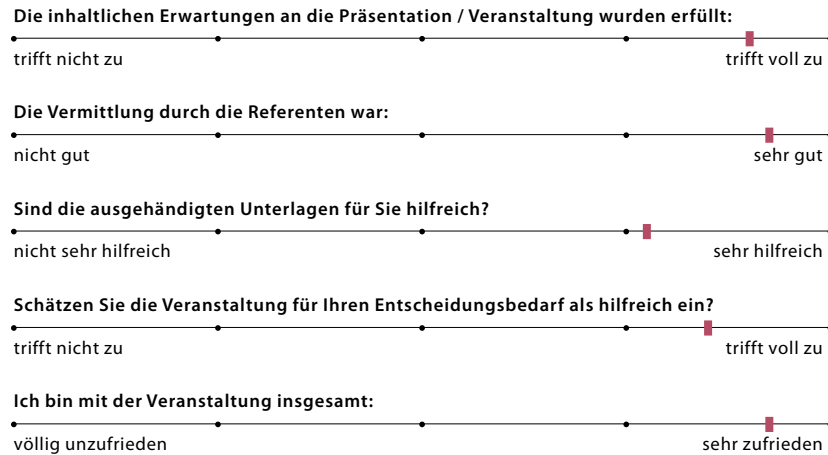
Seit 2004 bzw. 2006 sind Vorgaben des G-BA für das interne Qualitätsmanagement (iQM) für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser verbindlich. Die entsprechenden Richtlinien bzw. Vereinbarungen sehen vor, dass innerhalb von fünf Jahren die Umsetzung der QM-Systeme überprüft und festgestellt werden soll, ob die Systeme nachweislich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen haben. In diesem Zusammenhang hat der GKV-SV beim KCQ ein umfassendes Gutachten zu Systemen, Elementen, Instrumenten, Umsetzung und Nutzen des iQM in der medizinischen Versorgung beauftragt. Der G-BA hat das Gutachten als Grundlage für die derzeitige Richtlinien-Aktualisierung als sektorenübergreifende Regelung (§ 137 SGB V) konsentiert. Resümierend ist Folgendes festzuhalten: Auf internationaler und nationaler Ebene liegt QM-Maßnahmen zumeist der PDCA-Zyklus (»plan-do-check-act«) zugrunde, ein einheitliches Verständnis zu iQM besteht aber weltweit nicht, mithin es an umsetzungsrelevanten Standards fehlt und höchste Vielfalt an entsprechenden QM-Programmen besteht. Dies gilt auch für Deutschland.



[Abb. 5] Bewertung der Gutachten (n = 12).

Angabe ist jeweils der Mittelwert für 2012 und 2013

Der G-BA hat für den vertragsärztlichen /vertragspsychotherapeutischen, den vertragszahnärztlichen und den stationären Bereich jeweils eine iQM-Richtlinie (RL) erlassen. Diese bereits terminologisch varianten RL unterscheiden sich voneinander teils deutlich, auch wenn sie im Wesentlichen gleiche Ziele (z. B. Patientenorientierung, -sicherheit, -partizipation und -zufriedenheit, Mitarbeiterorientierung, Effektivität, Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit der jeweiligen Einrichtungen) mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung verfolgen. Die RL lassen Raum für einrichtungsspezifische QM-Themen und haben Zielerreichungsnormen lediglich zu zeitlich terminierten Implementierungsgraden verfügt. Sektorenspezifisch schreiben sie den Einsatz bestimmter QM-Elemente und (Ausnahme: stationärer Bereich) -Instrumente vor, lassen aber umfassende Freiheit hinsichtlich der Wahl von QM-Systemen, solange die RL-Vorgaben beachtet werden (eine Dominanz bestimmter QM-Systeme zeichnet sich zunehmend



[Abb. 6] Beurteilung durch Auftraggeber: Präsentationen 2012 und 2013

ab). Die phasenbezogene Implementierung ist – von Ausnahmen abgesehen – in allen Sektoren eher schleppend erfolgt. Die anfänglich vielfach starken Vorbehalte der Leistungserbringer haben sich mit zunehmender Wahrnehmung von IQM als Marketing-Instrument relativiert. Eine Aussage über Tiefe und Nachhaltigkeit der IQM-Anwendung ist dies nicht. Belege für einen Nutzen interner QMs in den einzelnen Sektoren gibt es weder auf internationaler noch auf nationaler Ebene. Zwar findet sich im internationalen Schrifttum ein größerer Publikationskörper, die Studien sind jedoch in vielerlei Hinsicht hochheterogen, in aller Regel methodisch gravierend defizitär, in ihren Ergebnissen nicht extrapolierbar und zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen nicht übertragbar. Deutsche Evaluationsprojekte, die die Frage nach Wirksamkeit und Nutzen von IQM kausal klären könnten, sind nicht vorzufinden. Die wenigen, unsystematischen und eher fragmentarischen Untersuchungen aus der BRD befassen sich vielmehr vorrangig mit Machbarkeits- und Praktikabilitätsfragen sowie mit den Umsetzungsständen. Damit lassen sich Fragen nach bereichsunabhängigen Erfolgsbedingungen von IQM nicht beantworten. Eine Setting-übergreifende RL wäre prinzipiell möglich.

Potenzielle Effekte der externen stationären QS: Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes wird das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) in seinem strukturellen, organisatorischen sowie methodischen Zuschnitt eingehend untersucht und in seinen potenziellen Wirkungen auf der Basis des derzeitigen Datenstandes bewertet. Die ESQS umfasst 30 Leistungsbereiche mit überwiegend operativem Schwerpunkt und bildet etwa 20% des stationären Leistungsgeschehens in ca. 1600 deutschen Krankenhäusern ab. Es handelt sich um eine komplexe Intervention, die auf Länder- und Bundesebene über Erfassung definierter

Qualitätsindikatoren (QI) auffällige QS-Ergebnisse detektiert, im sogenannten »Strukturierten Dialog« zwischen Kliniken und Expertengruppen analysiert, bei objektifizierbaren Qualitätsmängeln extern interveniert sowie gezielte Verbesserungsmaßnahmen in den Krankenhäusern initiiert und QS-Ergebnisse an die Öffentlichkeit transportiert. Verfahrensimmanent weist die ESQS eine vielfach nicht wahrgenommene methodische und anwendungsbezogene Problematik auf, die in Einheit mit Mängeln in der Datenvalidität Anlass für eine Fehlbewertung der Indikatorergebnisse sein kann. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht die Frage nach eventuellen Positiv- und Negativ-Effekten der ESQS und hierauf aufsetzend die Frage nach dem tatsächlichen Verfahrensnutzen. Flankierend hierzu werden dementsprechend international etablierte indikatorbasierte QS-Regime systematisch in den Fokus genommen und nach wissenschaftlichen Maßstäben bewertet. Im Ergebnis liegen national wie international belastbare Literaturdaten zur Nutzenfrage indikatorbasierter QS-Regime (klinisch / ökonomisch) nicht vor, so dass von einem insgesamt niedrigen Evidenz-Level auszugehen ist. Der limitierte Erkenntnisstand ist den hohen Schwierigkeiten einer Wirksamkeits-/Nutzevaluation komplexer Interventionen geschuldet. Was das Potenzial der ESQS zur Förderung bzw. Verbesserung der Versorgungsqualität angeht, können – soweit dies bewertbar ist – folgende Feststellungen getroffen werden: Die ESQS bildet das Versorgungsgeschehen in Grenzen ab, ist Datenbasis zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, fördert die Leitlinienimplementierung und ist ein Monitoring-Instrument zur Messung der Leitlinienadhärenz. Sie kann das IQM der Krankenhäuser bedienen und diesen Anhaltspunkte zur Verbesserung der klinischen Performancequalität liefern. Bei Qualitätsmängeln erlaubt die potenzielle Interventionsoption gezielte Hilfestellungen durch externe Experten und ermöglicht diesen eine Supervision der jeweiligen Qualitätsentwicklung. Die verpflichtende Veröffentlichung von ESQS-Ergebnissen soll eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl durch Patienten und Zuweiser ermöglichen, wird aber immer noch kaum genutzt. Negativeffekte sind im Rahmen der ESQS-Anwendung möglich, in Deutschland aber nicht erforscht. Das bislang in Teilen inhomogen angewandte ESQS-Verfahren (insbes. »Strukturierter Dialog«) ist auf mehreren Feldern verbesserungsbedürftig und verbesserungsfähig (Methodik, Datenvalidität, Indikatorenentwicklung).

Grundsatzfragen der Qualitätssicherung

kcq bearbeitet die Grundlagen der qs

Nicht zuletzt im Gefolge der seit Jahrzehnten in den skandinavischen Ländern etablierten Register sind auch in Deutschland mehrere hundert klinische Register entstanden, deren Nutzbarkeit für die Qualitätssicherung im Auftrag des GKV-SV vom KCQ zu untersuchen war. Klinische Register könnten für die externe und sektorenübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden, da sie in der Regel Qualitätsindikatoren erfassen, die Infor-

mationen zu Indikationen, Prozessen, strukturellen Anforderungen und zur Ergebnisqualität enthalten. Im Bereich der *Prozessqualität* kann z. B. die Anwendungshäufigkeit einer Intervention oder Therapie erfasst werden. Mit der Implementierung von qualitativ hochwertigen Indikationskriterien kann die *Indikationsqualität* überprüft werden. Auch *strukturelle Anforderungen* können u. U. überprüft werden, wenn die Indikatoren dazu im Register implementiert sind. Die *Ergebnisqualität* kann anhand von Überlebenszeiten, Outcome, Lebensqualität oder der ereignisfreien Zeit erfasst werden. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Nutzung durch die externe Qualitätssicherung ist eine flächendeckende und vollzählige Erfassung der Daten/Patienten. Ein anderer Aspekt zur Qualitätssicherung durch Register ist das *Benchmarking* der einzelnen Registerteilnehmer. *Datentransparenz und Datenberichterstattung* von Registern tragen (neben der Vollständigkeit) wesentlich zur Qualitätssicherung in der Versorgung bei.

Mit Sozialdaten kann der Zugang zu mehreren Sektoren gewonnen werden, sie stellen einen großen Datenpool dar, mit dem auch ein Langzeitverlauf erfasst werden kann. Eine Integration der Sozialdaten in Registern wäre sektorenübergreifend nur über eine Vertrauensstelle möglich. Vorteile von Sozialdaten der Krankenkassen in klinischen Registern sind (insbesondere im stationären Bereich) eine schnelle und einfache Verfügbarkeit sowie geringe Kosten. Die Nachteile sind, dass diese Daten in erster Linie als Leistungsnachweis erhoben werden und häufig für den Behandlungsfall wichtige Diagnosen (z. B. IGeL-assoziierte Diagnosen, IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen, die vom Patienten selbst bezahlt werden müssen) nicht erfasst werden (Effektunterschätzung). Ein weiterer Nachteil ist die Kodierqualität, d. h. die Validität und Qualität der Dokumentation (Effektunter- und -überschätzung). Die Mortalität als Indikator aus Sozialdaten kann letztlich ohne Risikoadjustierung keine Aussage über die Ergebnisqualität der Einrichtung geben. Sozialdaten/Abrechnungsdaten sind den Daten der gesetzlich verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) mit eindeutig formulierten Erhebungsbögen deutlich unterlegen. Auswertungsergebnisse von Sozialdaten aus dem ambulanten Sektor sind nur mit einer zeitlichen Verzögerung verfügbar. Für eine zeitnähere Auswertung müsste die Erhebung online erfolgen.

Die Nutzung von Daten aus klinischen Registern für eine externe und auch sektorenübergreifende Qualitätssicherung kann aber nur durch eine gesetzlich verpflichtende Teilnahme an Registern sinnvoll umgesetzt werden. Über einen speziellen Identifizierungscode könnte die Teilnahme des Patienten am Register gekennzeichnet werden, so dass aus den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ganz spezifisch für jeden Patienten Verlaufsdaten pseudonymisiert herausgefiltert und an die Registerstelle weitergeleitet werden könnten. Voraussetzung wäre die Schaffung einer einheitlichen Datenplattform, in der Registerdaten, Sozialdaten und QS-Daten nach §137 SGB V zusammengeführt werden können.

Im Rahmen einer umfassenden Untersuchung zum publizierten Wissen

um die Effekte der externen Qualitätssicherung wurde auch analysiert, ob und inwieweit p4p-Konzepte (pay for performance) Versorgungsqualität und Patientensicherheit tatsächlich vorantreiben. In einer Literatur-Analyse hat das BQS-Institut den internationalen Literaturstand zwischen dem 01.01.2000 und dem 12.01.2012 recherchiert und alle verfügbaren Informationen aus Studien (randomisiert / nicht randomisiert), Metaanalysen, Reviews, Beobachtungsstudien, Fallberichten, Kongressbänden sowie Kolloquien ausgewertet. Im Ergebnis wird die Evidenz für die Wirksamkeit finanzieller Anreize – wenn überhaupt – bestenfalls als schwach bewertet und trete allenfalls auf der Ebene weniger Qualitätsindikatoren in Erscheinung. Widerlegt ist die These einer qualitätsfördernden Wirkung damit nicht. Feststellen lassen sich nicht intendierte Wirkungen wie z. B. vergütungsoptimierende strategische Verhaltensweisen, Selektionseffekte, wieder nachlassende Performance nach Wegfall der Anreize, Vermeidungsstrategien und Veränderungen im Dokumentationsverhalten bis hin zum Gaming. Vorgefunden worden seien Hinweise auf fehlende Nachhaltigkeit.

Eine ergänzende systematische Recherche des KCQ (alle Publikationen zwischen dem 02.01.2012 und dem 22.11.2012) fand zwar eine Reihe neuer Studien zu varianten p4p-Interventionen vor, keine jedoch zur Wirksamkeitsfrage hinsichtlich Patientennutzen. In Einheit mit den Befunden des BQS-Institutes bestehen bestenfalls »schwache Anhaltspunkte« für p4p-vermittelte Wirkungen, die mehrheitlich nicht auf patientenrelevante Endpunkte abstellen. Allenfalls wenige quasiexperimentelle Untersuchungen resümieren teilweise Vorteile für p4p, wobei sich jedoch Hinweise auf nicht intendierte Wirkungen ergaben.

Angesichts des pauschalierten Vergütungssystems (DRGs) in deutschen Krankenhäusern ist der wirtschaftliche/ökonomische Wettbewerb ausgerufen. Die Steigerung von operativen Leistungszahlen lässt eine großzügigere Indikationsstellung bei elektiven Operationen vermuten. Es war das Anliegen der öffentlichen Tagung von KCQ und KCO im Dezember 2012, die Natur der medizinischen Indikationsstellung zu beleuchten. Ethische, rechtliche, evidenzbezogene und fachmedizinische Aspekte sowie Möglichkeiten der Messung guter Indikationsqualität wurden von renommierten Experten beleuchtet. Für die QS ist die Qualitätsmessung schwierig, weil die Indikationsstellung eine gemeinsam von Arzt und Patient/Patientin zu treffende Entscheidung darstellt und es eine große Zahl von Einflussfaktoren hierauf gibt.

Im März 2014 fand eine Öffentlichkeitsveranstaltung des KCQ zur Zielfindung und Instrumentenwahl in der externen QS statt. Aus der Sicht der Medizinethik, des Regelungsgebers, der QS-Experten und der Patienten wurde dargestellt, wie konkrete Qualitätsziele bestimmt werden sollen und welche Instrumente einzusetzen sind. Die Veranstaltung zeigte auf, dass Aufwände des Gesamtsystems für QS zielgenau priorisiert eingesetzt werden sollen und dass gesetzlich ermöglichte Krankenkassendaten und Patientenbefragungen zukunftssträchtige Instrumente der eQS sind.

**(Weiter-)Entwicklung des QS-Regelungssystems,
von QS-Verfahren und Bewertung von QS-Perspektiven**

Weiterentwicklung Themenfindung und Priorisierung
für die externe Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt eine wissenschaftlich fundierte Methodik, um neue Themen für die externe Qualitätssicherung zu identifizieren und zu priorisieren (TuP = Themenfindung und Priorisierung). Bei der Auswahl von Themen für die Entwicklung von Verfahren in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich gezeigt, dass das Verfahren Weiterentwicklungsbedarf aufweist. Aspekte der Machbarkeit wurden nicht ausreichend berücksichtigt und es wurde nicht ausreichend transparent, welche potenziellen Versorgungsprobleme durch die externe Qualitätssicherung adressiert werden sollten. Darüber hinaus wurde das Bewertungsverfahren als verbesserungsbedürftig angesehen. Das KCQ hat für den GKV-SV analysiert, durch welche Optimierungsschritte die erkannten Schwächen beseitigt werden könnten, und Lösungsoptionen vorgeschlagen. Der GKV-Spitzenverband hat diese Arbeiten des KCQ genutzt, um sich im GBA in die von allen Bänken getragene konstruktive Weiterentwicklung des TuP-Verfahrens einzubringen. Es erscheint realistisch, dass die Weiterentwicklung des Verfahrens zu einer gezielteren und effizienteren Beauftragung der Institution nach §137a SGB v führen kann und die ausgewählten Verfahren stärker auf tatsächliche Versorgungsprobleme fokussiert werden.

Bewertung des public reporting von Qualitätsergebnissen

Ein umfassendes Gutachten des KCQ zum public reporting kommt im Resümee zu folgenden Optionen der Strategie und Positionierung der GKV: Im Hinblick auf Zuschnitt und Aufbereitung und öffentlicher Darstellung von ESQS-Ergebnissen sind deutliche Defizite erkennbar. Die bislang geübte Präsentation von ESQS-Ergebnissen und die damit assoziierten Erläuterungen kommen nach bisherigen Erkenntnissen in der Öffentlichkeit »nicht an«. Eine vergleichende Betrachtung und Analyse der Ergebnisse aus der z. B. regionalen oder bundesweiten Krankenhauslandschaft anhand der Qualitätsberichte überfordert die Usergruppe der Patienten und Zuweiser aus zumindest ähnlichen Gründen und ist nicht praktikabel. Ursächlich ist zum einen die für weiteste Teile der Bevölkerung unverständliche Darstellung der Qualitätsinformation, zum anderen der Aufwand im »Zusammensuchen« vergleichender Qualitätsinformationen. Da sich die Limitierungen in Informationsbeschaffung und Informationsverständnis aufseiten der User kaum wirkungsvoll und insbesondere nicht kurzfristig beseitigen lassen, müssen es Informationsaufbereitung und -darbietung sein, die verändert werden sollten. Verbesserungspotenziale bestehen. Alle erörterten Aspekte berücksichtigend erschiene ein bundesweit einheitliches und von interessen geleiteten Darstellungen freies Portal zielführend. Erste Ansätze in diesem Sinne schlagen sich im NICU-Projekt des G-BA nieder. Prinzipielle Vorteile könnten liegen:

- in einem normierten und leichten *Zugang* der Bevölkerung zu QS-bezogenen Qualitätsinformationen;
- in einer vergleichenden *Zusammenführung* regionaler und bundesweiter Klinikergebnisse (u. a. ESQS);
- in einer *einheitlichen* Krankenhausbewertung (falls kategorisierende Einstufungen gewählt werden sollten);
- in einer einheitlichen, *verständlich* gemachten Datenpräsentation (und -erläuterung);
- in einer einfachen öffentlichen *Bewerbung* sowie
- in einem besseren *Wiedererkennungswert*.

Entwicklung sektorenübergreifender QS-Verfahren

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt die Institution nach § 137a SGB v (AQUA-Institut) sektorenübergreifende QS-Verfahren. Zuletzt wurden die entsprechenden Vor- und Abschlussberichte des Instituts für die Themen »Knieendoprothesenversorgung« und »Arthroskopie« durch das KCQ bewertet. Zur Arthroskopie wurden u. a. Machbarkeitsmängel (unzureichende Follow-up-Aufgreifbarkeit im vertragsärztlichen Bereich, unzureichende Abbildung der Indikationsstellung) festgestellt; statt der Umsetzung wurde das Institut zur Neuentwicklung unter jetzt gesetzlich ermöglichter Nutzung von Krankenkassendaten und von Patientenbefragungen beauftragt. Aufgrund der KCQ-eigenen Fach- und Systemkompetenz wird i. d. R. auch eine Mitwirkung in dem nach der Verfahrensordnung des AQUA-Instituts vorgesehenen Expertenpanel realisiert. Die vom G-BA angenommene Entwicklung des Verfahrens »Knieendoprothesenversorgung« (vorher auch: »Hüftendoprothesenversorgung«) wird derzeit nach einem »Migrationskonzept« bei der Überführung des bisherigen externen Verfahrens in ein sektorenübergreifendes verwandelt.

Entwicklung landesspezifischer qs-Verfahren

Seit dem 2. Halbjahr 2010 ist in Baden-Württemberg das für alle nach § 108 SGB v zugelassene Krankenhäuser obligate QS-Verfahren »MRSA« (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) etabliert. Es unterstützt die Krankenhäuser bei der Umsetzung der Vorgaben der geltenden Hygiene-Verordnung des Landes. Von Beginn an hat das KCQ im Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung in Baden-Württemberg bei der Konzeption, Weiterentwicklung und Ergebnisbewertung mitgewirkt. Das bislang bundesweit einzigartige Verfahren kann mit den Ergebnissen des ersten Halbjahres 2013 eine Erhöhung der landesweiten Screening-Rate von 6,5% auf 16,4% und fast eine Halbierung der Raten von nosokomialen MRSA-Erstnachweisen als Erfolg vorweisen. Im Namen der Arbeitsgruppe (GKV, Krankenhausgesellschaft und Ärztekammer Baden-Württemberg) hat das KCQ die bisherigen Ergebnisse in einer Fachzeitschrift publiziert.

Im Nachgang zu einem Grundsatzgutachten im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg zum Stellenwert der akut-

stationären konservativ-orthopädischen Therapie wurde ein externes QS-Verfahren für konservativ tätige orthopädische Krankenhäuser (ergänzende Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V) entwickelt. Dabei wurden Indikationskriterien für die akutstationäre konservativ-orthopädische Behandlung und ein Prüfalgorithmus definiert. Das Verfahren soll in Baden-Württemberg als Pilotprojekt umgesetzt werden.

Unteilbarkeit der Qualitätssicherung

KCQ fördert die Gleichmäßigkeit der bundesdeutschen Qualitätssicherung. Die Berichte des AQUA-Instituts zum Strukturierten Dialog in der ESQS haben zutage gefördert, dass in den einzelnen Bundesländern mit den rechnerischen Ergebnissen der datengestützten QS sehr unterschiedlich umgegangen wird. Die Akteure hierbei sind die Arbeitsgruppen (AG) QS auf Landesebene (indirekte Verfahren) bzw. die Bundesfachgruppen (direkte Verfahren), denen die Bewertung der statistischen Indikatorergebnisse (30 Leistungsbereiche) der einzelnen Krankenhäuser obliegt. Trotz bestehender Vorgaben zur Abklärung rechnerisch auffälliger Ergebnisse (Hinweise, Anforderung von Stellungnahmen, kollegiale Gespräche etc.) und zur Bewertung derselben sind die Vorgehensweisen und die Bewertungen sehr heterogen. Das KCQ hat sowohl die in den Arbeitsgruppen tätigen MDK-Gutachter als auch die Bundesfachgruppen-Mitglieder des MDK zusammengeführt und mit ihnen die Heterogenitätsursachen analysiert. Unterschiedliche AG-Strukturen, Entscheidungsprozesse und (MDK-)Beteiligungen wurden aufgedeckt, das Instrument »Strukturierter Dialog« jedoch als professionell gestaltetes und nützliches Verfahren eingeschätzt. Die Dissemination des Abschlussberichtes an die Leitenden MDK-Ärztinnen und -Ärzte und an die MDK-beauftragenden Krankenkassen soll die GKV-Repräsentanz steigern, und die Erfahrungsaustausche dienen zudem der Beförderung gleichmäßigen Vorgehens in den einzelnen Bundesländern. Die Heterogenität des Strukturierten Dialogs ist mit der Veröffentlichungspflicht der Krankenhausergebnisse in deren Qualitätsberichten kaum vereinbar und sie relativiert die Aussagekraft der ESQS. Durch Erhebungen bei den Landesgeschäftsstellen QS (LQS) und durch vom G-BA initiierte Projektgruppen mit KCQ-Beteiligung wird derzeit zudem versucht, die Gleichmäßigkeit des Aufgreifens auffälliger Ergebnisse, der Bewertung und der Berichterstattung zu erhöhen.

Aktuell ist das KCQ vom GKV-SV beauftragt, die Gleichmäßigkeit der Durchführung der externen QS-Verfahren im vertragsärztlichen Bereich (Richtlinien des G-BA nach § 136 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Abs. 2 SGB V) in analoger Weise zu untersuchen.

Innovationen in der medizinischen Versorgung

KCQ arbeitet bei neuen Medizinprodukten und Verfahren für die Patientensicherheit

Im Rahmen des umfassenden jährlichen NUB- und ZE-Gutachtens wurden durch das KCQ zahlreiche fachspezifische Gutachten (Orthopädie, Herzchirurgie) erstellt. Die Wertigkeit mehrerer neuer S3-Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften) wurde unter KCQ-Federführung analysiert (Depression, Prostatakarzinom, Adipositaschirurgie), u. a. um zur Entscheidungsfindung für oder gegen neue QS-Verfahren des G-BA auf der Basis valider Leitlinien-Empfehlungen beizutragen. Beispielsweise wurde ermittelt, dass die S3-Leitlinie »Chirurgie der Adipositas« (Juni 2010), die sich u. a. mit zahlreichen neuen Operationsmethoden befasst, häufig entgegen dem Stand des Wissens und infolge nicht adäquater Zusammensetzung der Leitlinien-Gruppe unsachgemäße Empfehlungen enthält. Das resümierende Ergebnis wird dabei mittels DELBI (Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument) dargestellt.

Minimalinvasive Operationen an Herzklappen (u. a. TAVI, transfemorale/-aortale/apikale Aortenklappenersatz), auch bekannt als kathetergestützte Herzklappeninterventionen, sind relativ neue Versorgungsverfahren. Aus Krankenhausbudgetverhandlungen ist bekannt, dass eine zunehmende Zahl von Krankenhäusern minimalinvasive Herzklappeninterventionen in das Leistungsspektrum aufnehmen bzw. aufnehmen wollen, zum Teil ohne die Empfehlungen oder Anforderungen der Fachgesellschaften oder internationaler Organisationen (Leitlinien) zu erfüllen. Es wurden bereits Hinweise auf Qualitätsprobleme für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie für die Qualität der Indikationsstellung gesehen. Im Auftrag des GKV-SV berät das KCQ die Erarbeitung einer Struktur- und Prozessqualitäts-Richtlinie nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zum Thema Minimalinvasive Herzklappeninterventionen. Ziel der Beratung ist eine Qualitätssicherungsmaßnahme zur nachhaltigen Gewährleistung der Indikationsqualität und Ergebnisqualität, die durch die Sicherstellung einer angemessenen Struktur- und Prozessqualität vorzugsweise in spezialisierten Zentren erreicht werden soll.

Öffentlichkeitsarbeit

KCQ ist in Fachmedien und auf Fachtagungen präsent

Die wissenschaftlichen Expertisen des KCQ werden nicht nur von den Auftraggebern genutzt, sondern vielfach auch der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Zahlreiche Publikationen (Fachzeitschriften, Buchbeiträge, Vorträge) transportieren generiertes Wissen zu einzelnen medizinischen Verfahren, zu Versorgungskonzepten, zu Grundlagen der QS und zur QS-Praxis (Verfahren, Instrumente, Durchführungspraxis). Einige Beispiele seien aufgeführt:

- »Wie kann Indikationsstellung qualitätsgesichert werden?« (DÖBLER, Vortrag Bund-Land-Konferenz Kardiologie 2013, AQUA und Geschäftsstelle QS Hessen, 21. 11. 2013).
- »Erfahrungen aus der stationären Qualitätssicherung nach § 137 SGB V in der Pflege«. DÖBLER in: *Die Pflegeversicherung*. De Gruyter 2013.
- »Indikatoren zur Indikationsstellung – Möglichkeiten und Grenzen«. DÖBLER, 5. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. Berlin, 14. 10. 2013.
- »Patientensicherheit und Innovation«. SCHMEDDERS, DÖBLER in: *Krankenhaus-Report 2014*. Schwerpunkt: Patientensicherheit. Hrsg. von KLAUBER et al. Schattauer Verlag 2014.
- »Patientenrelevanter Nutzen internen Qualitätsmanagements – was ist belegt?«. MAYER et al., *Report Versorgungsforschung*. BÄK 2013.
- »Vascular Endostapling Systems for Vascular Endografts (T)EVAR – Systematic Review, Current State«. BAIL et al. in: *Vascular and Endovascular Surgery* (2013) 47.
- »The MitraClip System: A Systematic Review of Indications, Procedural Requirements, and Guidelines«. BAIL et al. in: *Thoracic and Cardiovascular Surgeon* (2014) 62.
- »Quality assurance: Adequate indicators for adequate indications«. GIEHL, Vortrag, XIX. EUMASS Congress. Padua, 12. 6. 2012.
- »Ergebnisse zu Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf der externen stationären Qualitätssicherung – welche Schlussfolgerungen lassen sich ableiten?« GIEHL, Vortrag, 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin 23.-25. 10. 2013.
- »Seit 2010 in Baden-Württemberg etabliert: Landesspezifisches QS-Verfahren MRSA«. GIEHL et al., *Hygiene und Medizin* 2014; 39: S. 133.
- »Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse – cui bono?« MEINHOLD in: *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie*. Heft 1 / 2013 S. 22.

Ausblick

Das KCQ hat in den letzten Jahren mit zahlreichen Beiträgen an der praktischen (Weiter-)Entwicklung der ESQS und sektorenübergreifenden QS mitgewirkt, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Expertisen zu Grundsatzfragen dieser Entwicklung kommen hinzu. Die überaus positiven Bewertungen der jeweiligen GKV-Auftraggeber und die Anfragen zur Zusammenarbeit im MDK-System bestätigen dies.

Allerdings ist die externe QS weiterhin im Fluss; Umsetzungsprobleme der sektorenübergreifenden QS sind zu überwinden und für nach dem aktuellen Koalitionsvertrag zu erwartende Festlegungen (Prüfwesen) werden Konzepte zu entwickeln sein. Die Thematisierung der Qualität der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) ist zu erwarten. Bei vorliegenden und anstehenden Aufträgen wird das KCQ seine wissenschaftliche und Systemkompetenz aus langjähriger Erfahrung einbringen, um die externe Qualitätssicherung und -förderung in Deutschland noch effektiver

und effizienter zu gestalten. Beispielhaft sind Konzepte zur Priorisierung von QS-Verfahren, zur Verwendung von Sozialdaten (aufwandsarme Verknüpfung von QS- und Abrechnungsdaten) und zur Nutzbarkeit von klinischen Registern als QS-Instrumente. Dabei ist es die Vision des KCQ, dass in einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung für alle Beteiligten eine Leistungstransparenz mit akzeptablem Aufwand entsteht, damit gute und sichere Versorgung jenseits übermäßiger pekuniärer Einflüsse wählbar wird.

Prof. Dr. Johannes Giehl

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 das druckhaus,
Korschenbroich

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.

