



MDK

KOMPETENZ-CENTRUM
GERIATRIE



MDK

KOMPETENZ-CENTRUM
QUALITÄTSSICHERUNG UND
QUALITÄTSMANAGEMENT

JAHRESBERICHT 2014/2015

der Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft



MDK

KOMPETENZ-CENTRUM
ONKOLOGIE



MDK

KOMPETENZ-CENTRUM
PSYCHIATRIE UND
PSYCHOTHERAPIE

Impressum

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 Krankenversicherung.

* 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.

Gestaltung und Layout

fountain studio, Düsseldorf

Fotonachweis

Titelbilder von oben nach unten:

Werner Krueper

fotolia: Beholder

thinkstock: selvanegra

B. Leplow

Gruppenbild (Seite 29): MDK Nord

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

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende gemeinsame Jahresbericht der Kompetenz-Centren für Geriatrie, Onkologie, Qualitätssicherung und Psychiatrie/Psychotherapie gibt Ihnen einen Überblick über die Aktivitäten in den Jahren 2014/2015.

Schwerpunkt war unverändert die Systemberatung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durch direkten Austausch mit den Fachabteilungen des GKV-Spitzenverbandes und durch Mitarbeit in Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Expertengruppen für die zulassungsüberschreitende Anwendung von Medikamenten beim Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte in Bonn.

Auch Krankenkassenverbände auf der Landes- und Bundesebene griffen auf die Expertise der Kompetenz-Centren zurück. Für die MDK-Gemeinschaft wurden Grundsatzgutachten, Gutachten für Sozialgerichtsverfahren, Begutachtungsgrundlagen und sozialmedizinische Stellungnahmen zu aktuellen Themen verfasst. Auf Fachtagungen und Kongressen haben Referentinnen und Referenten der Kompetenz-Centren unabhängige sozialmedizinische Positionen mit hoher Relevanz für die GKV vertreten und so den Dialog mit den Fachgesellschaften vertieft.

Wir hoffen, dass die Lektüre des gemeinsamen Jahresberichtes Ihr Interesse weckt.

Wir freuen uns auch weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Johannes Giehl

Leiter KCQ

Dr. Norbert Lübke

Leiter KCG

Prof. Dr. Axel Heyll

Leiter KCO

Dr. Christoph J. Tolzin

Leiter KCPP

Grußwort

Jahresbericht der Kompetenz-Centren 2014/2015

Die Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft zeichnen sich dadurch aus, dass sie in ihrer Beratungsleistung für den GKV-Spitzenverband das aktuelle fachmedizinische Wissen und die Bewertung von Versorgungsqualität einerseits mit profunder Systemkenntnis andererseits verbinden. In wissenschaftlich-fachlichen Expertisen und in den Gremien auf der Bundesebene erhalten wir maßgebliche Impulse zur fachlichen und strategischen Systementwicklung und Systemsteuerung. Hinzu kommt die wichtige und notwendige Unterstützung, Supervision und Koordination der MDK-Gutachter, die für die GKV in den Gremien auf Landes- und Bundesebene tätig sind. In letzter Zeit brachten das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) und das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eine Fülle neuer Regelungsaufgaben für die GKV und die gemeinsame Selbstverwaltung, weshalb auch in Zukunft die Beiträge der Kompetenz-Centren unentbehrlich sind.

Vor nunmehr 15 Jahren haben die MDK-Gemeinschaft und die damaligen Bundesverbände der Krankenkassen die Schaffung der Kompetenz-Centren beschlossen. Wir haben seither ihre beständige und wertvolle Beratungsleistung bei unserer Arbeit an der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen schätzen gelernt. Wir gratulieren zu diesem kleinen Jubiläum und wünschen uns ein weiterhin wirkungsvolles Arbeiten der Kompetenzeinheiten mit ihren professionellen, kooperativen und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer

Vorsitzende des Vorstandes

GKV-Spitzenverband

Inhalt

Historie und Aufgaben der Kompetenz-Centren	7
Kompetenzbericht des MDK 2016	9
Kompetenz-Centrum Geriatrie	14
Das Kompetenz-Centrum Geriatrie im Überblick	15
Aufgaben	17
Ausgewählte Arbeitsschwerpunkte des KCG in den Jahren 2014 und 2015	19
Schulungsangebote des Kompetenz-Centrums Geriatrie	33
Kooperation, Kundenzufriedenheit und Außendarstellung	34
Perspektiven	43
Kompetenz-Centrum Onkologie	48
Das Kompetenz-Centrum Onkologie im Überblick.....	49
Beratungsthemen.....	51
Molekulargenetische Charakterisierung von Tumorzellen	51
SIRT als neue Behandlungsmethode für Lebertumore	53
Biomarker beim Brustkrebs	55
Methoden der Hochpräzisions-Strahlentherapie	57
Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie	71
Das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Überblick	72
Psychiatrie im Fokus der Öffentlichkeit	73
Das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie – Organisation und Selbstverständnis	73
Ausblick	89
Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	90
Das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement im Überblick	91
Überblick.....	92
Auftraggeber und Ressourcen	94
Systemanalyse der Qualitätssicherung.....	95

Erkennung und Nachweis potenzieller Versorgungsdefizite	98
Grundsatzfragen der Qualitätssicherung	100
Innovationsentwicklung in der QS	101
Einheitlichkeit der Qualitätssicherungspraxis	108
Innovationen in der medizinischen Versorgung	110
Öffentlichkeitsarbeit.....	111
Ausblick	112

Historie und Aufgaben der Kompetenz-Centren

- 1999** Ausschreibung von drei Kompetenz-Centren durch die „alten“ Spitzenverbände der GKV, den Vorläufern des heutigen GKV-Spitzenverbandes, und den MDS:
- Kompetenz Centrum Onkologie
 - Kompetenz Centrum Psychiatrie und Psychotherapie
 - Kompetenz Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

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

- 2002** Nach dreijähriger Probephase und erfolgreicher Evaluation wurden die drei Kompetenz-Centren als dauerhafte Institution weitergeführt.

- 2003** Aufbau des Kompetenz-Centrums Geriatrie beim MDK Nord als viertes Kompetenz-Centrum, das nach erfolgreicher Evaluation 2006 ebenfalls dauerhaft etabliert wurde.

Das Budget der Kompetenz-Centren wird jeweils zur Hälfte von der MDK-Gemeinschaft und vom GKV-Spitzenverband über den MDS getragen. Die Kompetenz-Centren haben einen festen Mitarbeiterstab, der ausschließlich die Aufgaben des Kompetenz-Centrums wahrnimmt. So ist eine dauerhafte Verfügbarkeit der Fachkompetenz auch kurzfristig gewährleistet. Auftraggeber der Kompetenz-Centren können der GKV-Spitzenverband, die Gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände sowie die Medizinischen Dienste sein. Seit der Gründungsphase sind die Anforderungen an die Kompetenz-Centren gewachsen

und haben einen Stellenausbau erlaubt. Neben den Aufgaben in der Systemberatung, z. B. Beratung des GKV-Spitzenverbandes in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, koordinieren und unterstützen die Kompetenz-Centren in ihrem Fachgebiet auch die Begutachtungstätigkeit innerhalb der MDK-Gemeinschaft.

Durch kontinuierliche Dokumentation der Auftragseingänge, Befragung der Auftraggeber zur Zufriedenheit mit von den Kompetenz-Centren gelieferten Produkten und regelmäßigen Treffen mit Vertretern des GKV-Spitzenverbandes zum Erfahrungsaustausch, ist eine kontinuierliche Evaluation der Arbeit der Kompetenz-Centren gewährleistet.

Kompetenzbericht des MDK 2016

Die Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft im Überblick

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (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 so genannte Kompetenz-Centren eingerichtet und in den Jahren 2002 und 2003 nach einer zweijährigen Probephase fest etabliert. Diese Centren sind zwar an bestimmten MDK-Standorten angesiedelt, aber für das ganze Bundesgebiet zuständig. Man könnte etwas vereinfacht sagen: Während die MDK eher auf Einzelfall-Ebene beraten, liegt die Aufgabe der Kompetenz-Centren primär in der Systemberatung. Konkret bedeutet das beispielsweise, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kompetenz-Centren in Gremien mitarbeiten, die über die Erstattung von Leistungen für GKV-Versicherte entscheiden. So tragen die Kompetenz-Centren ganz entscheidend dazu bei, das deutsche Gesundheitssystem im Sinne der Versicherten zu gestalten und weiterzuentwickeln.

Das Budget der Kompetenz-Centren wird je zur Hälfte von der MDK-Gemeinschaft sowie vom GKV-Spitzenverband über den MDS getragen. Die Kompetenz-Centren haben einen festen Mitarbeiterstab, der ausschließlich eigene Aufgaben wahrnimmt, so dass die Fachkompetenz jederzeit auch kurzfristig gewährleistet ist.

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 und Schulung liegen, dass der Umfang der Arbeit über die Jahre zunahm, dass sie in Evaluierungen hervorragend abschneiden und dass sie mit Fachpublikationen und Tagungen zur Entwicklung ihres Fachs beitragen.

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. Es gilt, Risiken früh zu erkennen, alte Menschen mit mehreren Krankheiten adäquat medizinisch zu versorgen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und rehabilitative Potenziale zu nutzen. Vor allem sollen Menschen in die Lage versetzt werden, mit ihren Beeinträchtigungen den Alltag in ihrer vertrauten Umgebung so lange wie möglich selbst zu bewältigen. In der Geriatrie sind mehrere Trends zu beobachten: Aufgrund ökonomischer Anreize bauen Kliniken in weniger ausgelasteten Abteilungen geriatrische Versorgungsangebote auf, oder sie differenzieren bereits vorhandene Angebote weiter aus. Dagegen sind niedergelassene Ärzte mit geriatrischen Zusatzqualifikationen noch selten. Zwar werden geriatrische Leistungen an qualifizierte nicht-ärztliche Fachkräfte teilweise delegiert, ganz übertragen werden ihnen diese Aufgaben aber nicht. Selbst entsprechende Möglichkeiten für die Durchführung von Modellprojekten werden nicht genutzt.

Um die Versorgung älterer Menschen sinnvoll weiter zu entwickeln, hat das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) in den Jahren 2014 und 2105 entsprechende Einrichtungen umfangreich beraten. Zudem hat es an diversen Regelwerken, wie der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, mitgewirkt. Diese Gremienarbeit wird auch weiterhin eine wichtige Aufgabe des KCG sein, da Leitlinien, Behandlungspfade und Care/Case-Managementangebote in der Geriatrie noch die große Ausnahme sind. Dies hat zur Folge, dass derzeit ein Großteil der geriatrischen Patienten ohne geriatrische Fachkompetenz versorgt wird. Als weitere Schwerpunkte der Arbeit des KCG in den Jahren 2014 und 2015 seien genannt: Auswertung von Routedaten der Kranken- und Pflegeversicherung als Basis für eine fundierte Beratung, Mitarbeit an einer externen Qualitätssicherung der geriatrischen Rehabilitation, Erstellung eines Grundsatzgutachtens zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen, Begutachtung von Abrechnungen geriatrischer Krankenhausbehandlungen und Veröffentlichung dieser Erkenntnisse in dem Fachbuch „Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie“. Zudem wurde, um den fachlichen Austausch zwischen Palliativmedizin und Geriatrie zu pflegen, erstmals ein Expertenforum mit Vertretern beider Fachgesellschaften abgehalten.

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 gegenüber stehen. 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 Soli-

dargemeinschaft mit den Kosten eines Verfahrens erst dann zu belasten, wenn ein Nutzen für die Patienten nicht nur möglich oder plausibel, sondern in geeigneten Studien auch belegt ist. Die Arbeit des Kompetenz-Centrums Onkologie (KCO) besteht deshalb vor allem darin, onkologische Behandlungsmethoden und Medikamente unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten zu bewerten und entsprechende Einzelfallgutachten für die Beratung diverser Gremien zu erstellen.

In den Jahren 2014 und 2015 standen etliche Themen im Fokus, bei denen das KCO seine Expertise einbrachte: Die molekulargenetische Charakterisierung von Tumorzellenkernen kann zum einen helfen, unnötige Therapien zu vermeiden, zum anderen besteht jedoch die Gefahr, dass die Diagnostik unnötig oft eingesetzt wird. In eine ähnliche Richtung gehen Biomarkertests, die bei Brustkrebspatientinnen eine Entscheidung über eine adjuvante Chemotherapie erleichtern sollen. Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT) dient der Behandlung von Leberkrebs, indem über die Arterie radioaktive Kügelchen eingebracht werden. Da der Nutzen des sehr teuren Verfahrens noch nicht gesichert ist, führt das KCO mit Kliniken Gespräche darüber, für welche Patienten und unter welchen Umständen eine SIRT eventuell sinnvoll sein kann. Auch in der Strahlentherapie gibt es technische Fortentwicklungen, bei denen im Einzelfall abzuwägen ist, ob eine deutlich günstigere Variante nicht ebenso gute Erfolge erwarten lässt. Bei all diesen Themen berät das KCO nicht nur, sondern dringt auch darauf, Patienten im Rahmen klinischer Studien zu behandeln, damit nicht nur Therapieeffekte für den Einzelnen, sondern auch Erkenntnisgewinne für alle erzielt werden.

Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie

Das Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie (KCPP) bündelt Expertisen in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Suchtmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Soziotherapie, akute und rehabilitative Psychosomatik sowie Psychopharmakotherapie. Das im Juli 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat auch auf die Versorgung von Patienten mit psychischen Beschwerden, und damit auf die Arbeit des KCPP, weitreichende Auswirkungen. Das Gesetz beschreibt in diesem Zusammenhang folgende Ziele: Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden, Verringerung von Wartezeiten für Hilfesuchende, Erweiterung von Befugnissen für bestimmte Therapeuten, Förderung der Gruppentherapie und Verbesserung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Arbeit des KCPP in den Jahren 2014 und 2015 bestand zu einem großen Teil darin, all diese Vorgaben umzusetzen, das heißt, sie in die entsprechenden Richtlinien, Begutachtungsleitlinien und anderen Regelwerke einzuarbeiten.

Von den vielen weiteren Themen, zu denen das KCPP in diversen Gremien seine Expertise einbrachte, seien hier exemplarisch nur die Themen „AG Tabak“ und „EMDR“ genannt: Als der G-BA anfragte, wie die Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich eines Paragraphen zu psychotropen Substanzen auszulegen sei, ergab sich Klärungsbedarf, der zur Einrichtung der „AG Tabak“ führte. Diese AG erarbeitete unter Mitwirkung des KCPP eine Richtlinienänderung, die dann zu unterschiedlichen Stellungnahmen der beteiligten Parteien führte. Dies wiederum machte es notwendig, sich näher mit den Studien zu beschäftigen, die in der S3-Leitlinie zum Tabakkonsum analysiert worden waren. Schließlich verabschiedete das Plenum des G-BA die Änderungsvorschläge. Abschließend stimmte das Bundesministerium für Gesundheit den Änderungen zu, allerdings mit Auflagen, die nun in einer neuen AG behandelt werden. Unter „EMDR“ versteht man die psychotherapeutische Behandlungsmethode „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“. Das KCPP arbeitete daran mit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser neuen Methode in der ambulanten Versorgung zu ermitteln sowie zu klären, wie das Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie eingebunden werden kann. Der G-BA folgte den Empfehlungen und führte die EMDR als neue Behandlungsmethode für Patientinnen und Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung ein. Sie kann nun als Bestandteil eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie (VT), der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie angeboten werden.

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 setzt das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) seine Expertise ein. Die Beratungsschwerpunkte in den Jahren 2014 und 2015 waren, wie schon in den Jahren zuvor, die Entwicklung und Praxis der externen Qualitätssicherung (QS), die qualitätsbezogene Systemanalyse und die Bewertung neuer Medizinprodukte und Verfahren.

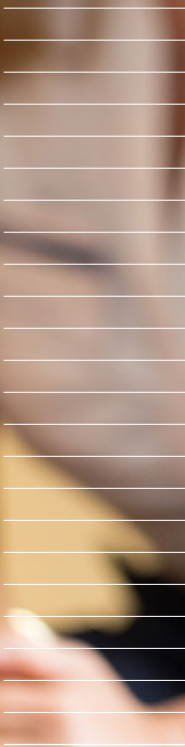
Einige Arbeitsschwerpunkte des KCQ: Das KCQ hilft mit, Prozesse und Indikatoren der externen QS zu entwickeln, um die Qualität eines Krankenhauses, eines Arztes oder eines Labors ermitteln zu können. Mit der sektorenübergreifenden QS PCI (Perkutane Koronarintervention) wird ein erstes Verfahren bereits flächendeckend umgesetzt. Mit dem Verfahren „Postoperative Wundinfektionen“ soll ab 2017 das zweite folgen. Ein weiteres Thema ist die Belastbarkeit der Daten: Da nur zuverlässige Daten sinnvollerweise für Krankenhausplanung, Qualitätsverträge und Vergütung von Zu- und Abschlä-

gen herangezogen werden sollten, untersuchte das KCQ die Datenvalidität der QS. Dabei zeigte sich, dass die Daten nahezu vollständig, aber mitunter fehlerhaft erfasst wurden, woraus die Experten des KCQ Verbesserungsvorschläge ableiteten. Einen wichtigen Beitrag leistet das KCQ auch bei der Weiterentwicklung bereits bestehender QS-Verfahren. So wurden die Qualitätsprüfungen der Kernspinn- und Computertomografie ausgesetzt und die der Arthroskopie an den G-BA zur Überarbeitung gegeben. Auch die ambulante Versorgung gehört zum Aufgabengebiet des KCQ. So gibt es etwa bei der Zervix-Zytologie, der Kernspintomografie sowie der Ultraschalldiagnostik neben den herkömmlichen Stichprobenprüfungen künftig datengestützte Prüfungen, mit dem Ziel, den Aufwand zu reduzieren. Zudem sollen Eingangsprüfungen abgehalten werden, um Defizite auch bei jenen zu erkennen, die eigentlich über die geforderte Qualifikation verfügen sollten. Das KCQ wurde auch bei der Bedarfsplanung aktiv: So analysierte das KCQ mögliche Versorgungsdefizite im Zusammenhang mit der Hebammentätigkeit in Geburtskliniken, den zunehmenden Operationen von Altersbrüchen sowie der zunehmenden Wirbelsäulenchirurgie.

MDK

KOMPETENZ-CENTRUM
GERIATRIE

**KOMPETENZ-CENTRUM
GERIATRIE**



Das Kompetenz-Centrum Geriatrie im Überblick

Leitung KCG

Dr. Norbert Lübke

FA Innere Medizin
Klinische Geriatrie
Sozialmedizin
Physikalische Therapie
Naturheilverfahren
Ärztliches Qualitätsmanagement

Aufgabenschwerpunkte:

Geriatrische Rehabilitation,
geriatrische frührehabilitative
Komplexbehandlung, Außenvertretung

Weitere GutachterInnen

Dr. Friedemann Ernst

FA Innere Medizin
FA Allgemeinmedizin
Geriatrie, Palliativmedizin,
Sozialmedizin

Aufgabenschwerpunkte:

DRG-Begutachtung, Leitlinien,
Assessment, Palliativmedizin

Jörg-Christian Renz

FA Innere Medizin
Geriatrie

Aufgabenschwerpunkte:

Assessment, Prävention

Stellvertretung

Dr. Matthias Meinck

Diplom-Soziologe
Gesundheitswissenschaftler
Pflegefachkraft

Aufgabenschwerpunkte:

Routinedatenanalysen,
Projektbegleitung, Literatur-
recherche, geriatrische Pflege

Team-Assistenz

Kristina Pippel

Diplom-Bibliothekarin

Aufgabenschwerpunkte:

Literaturrecherche, Archiv,
Mobile geriatrische Rehabilitation,
Datenauswertung

Sekretariat

Monika Meyer

Tel: 040 2 51 69-11 07
Fax: 040 2 51 69-4 99
E-Mail: info@kcgeriatrie.de

Büroanschrift

Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

E-Mail-Adresse: info@kcgeriatrie.de

Internet-Adresse: www.kcgeriatrie.de

Leitung und Stellvertretung des KCG sind vollzeitig und der Gesamtstellenumfang im Bereich der FachgutachterInnen beträgt 3,5 Vollzeitstellen. Durch die Nachbesetzung einer Fachgutachterposition mit Hr. J.-C. Renz zum 1.1.2015 sind alle Fachgutachterstellen wieder besetzt. Die Team-Assistenz umfasst zusätzlich einen Stellenumfang von 0,65 und das Sekretariat von 0,25. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie ist beim MDK Nord in der Hauptverwaltung am Standort Hamburg angesiedelt.

Aufgaben

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) berät seit seiner Gründung im Jahr 2003 die Spitzenorganisationen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Grundsatzfragen der geriatrischen Versorgung. Das KCG koordiniert zudem die sozialmedizinische Begutachtung und Beratung innerhalb der MDK-Gemeinschaft im Zusammenhang mit geriatrischen PatientInnen und schult GutachterInnen in den Bereichen Geriatrie, Palliativmedizin, Rehabilitation und Pflege.

Geriatrie PatientInnen nehmen umfänglich ärztliche, pflegerische, palliative, therapeutische und beratende Leistungen in allen Sektoren und Stufen der Gesundheitsversorgung in Anspruch. Aufgrund eingeschränkter Reserven, vorliegender Multimorbidität sowie häufig vorbestehenden Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe weisen sie besondere Behandlungsbedarfe auf. Gerade auf diese Krankheitsfolgen ist die Geriatrie ausgerichtet und zwar unabhängig von ihrer jeweiligen sektoralen Verankerung: Arztpraxis, Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung. Übergeordnetes Ziel ist die Befähigung der PatientInnen zu einer weitestgehend selbstbestimmten Alltagsgestaltung in ihrer vertrauten Lebensumgebung.

Für die Sicherstellung der Behandlungserfolge sind häufig auch Zusatzleistungen, den umwelt- oder den personbezogenen Kontext der PatientInnen betreffend, erforderlich (z. B. Wohnraumanpassungsmaßnahmen, Einrichtung einer gerichtlichen Betreuung).

Die geriatrische Versorgung wird demographiebedingt auch weiter im Fokus gesellschaftlicher und damit auch gesundheitssystemrelevanter Entwicklungsprozesse stehen. Derzeit setzt sich der erhebliche Auf- und Ausbau spezifischer geriatrischer Versorgungskapazitäten mit einem unveränderten Schwerpunkt auf dem Krankenhausbereich fort. Dieser vollzieht sich zumeist durch Umwidmung bereits vorhandener Krankenhausbetten. Diese Entwicklungen folgen erkennbaren ökonomischen Anreizen. Dort wo geriatrische Angebote umfänglich entwickelt sind, werden weitere Konzepte einer geriatrischen Binnendifferenzierung (kognitive oder palliativmedizinische Abteilungen) innerhalb von Kliniken entwickelt. Ferner entstehen durch Kooperationen von Geriatrie und Unfallchirurgie auch häufiger alterstraumatologische Abteilungen in Krankenhäusern. Hinzugekommen sind erste Ansätze von geriatrischen Einheiten in z. B. neurologischen Fachabteilungen und damit für schlechter ausgelastete Krankenhausbereiche, die zusätzliche Belegungs- und Erlöspotentiale generieren sollen. Diese Entwicklungen gilt es auch weiterhin im Hinblick auf Notwendigkeit und Angemessenheit aus Sicht der GKV kritisch zu begleiten. Auch wenn diese Entwicklungen zur

Differenzierung unterschiedlicher geriatrischer Strukturen in einem Versorgungssektor derzeit noch weitgehend auf den Krankenhausbereich beschränkt sind, werden gleichgerichtete Ideen einer Binnendifferenzierung auch für die geriatrische Rehabilitation formuliert oder die ambulante geriatrische Versorgung (z. B. geriatrische Schwerpunktpraxis) diskutiert.

Die Anzahl geriatrisch weitergebildeter Vertragsärzte verbleibt auch weiterhin gering. Einen positiven Beitrag zur geriatrischen Qualifizierung von Hausärzten können neue geriatrische Fortbildungsangebote (z. B. das 60-stündige Curriculum Geriatrische Grundversorgung) leisten, auch wenn diese nicht zur Abrechnung gesonderter Leistungen gegenüber den Kassen berechtigen. In der hausärztlichen Versorgung unterstützen gerade in strukturschwachen Sozialräumen verstärkt Zusatzqualifizierte Medizinische Fachangestellte die Hausärzte auch bei der Versorgung geriatrischer PatientInnen. Elemente der Delegation ärztlicher Aufgaben auf besonders qualifizierte Gesundheitsfachberufe haben damit den Weg in die ambulante geriatrische Versorgung gefunden. Ansätze zur Substitution ärztlicher Leistungen sind hingegen weiterhin faktisch nicht existent. Die Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben zur Substitution wurde bisher nicht genutzt. Zur Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen Versorgung müssen in einzelnen unterversorgten Regionen verstärkt neue Wege beschritten werden. Neue gesetzliche Möglichkeiten (z. B. die seit 2011 im Gesetz geschaffene Möglichkeit von kommunalen Eigeneinrichtungen mit ambulant tätigen Ärzten) haben bisher noch keine breite Anwendung gefunden. Zudem ist der Bedarf einer umfänglicher koordinierten ambulanten Versorgung immer offenkundiger. Das KCG hat in der Berichtsperiode zu dieser Herausforderung bereits umfängliche Beratungsleistungen erbracht, auch wenn bisher eher selektivvertragliche Ansätze auf entsprechende Veränderungen in der ambulanten Versorgung zielen, systematische Regelversorgungsangebote hingegen faktisch nicht verfolgt werden.

Ausbauen konnte das KCG insbesondere seine Beratungsleistungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung geriatrischer PatientInnen (z. B. GIA – Geriatrische Institutsambulanz, EBM-Ziffern für spezifisch geriatrische Behandlungsleistungen) und im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung (z. B. „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“).

Auf ein höheres Lebensalter und geriatrietypische Multimorbidität abgestimmte Leitlinien, Behandlungspfade, Care-/Case-Managementangebote oder gar Versorgungsverbünde sind hingegen weiterhin nur ansatzweise verfügbar. Geriatrische PatientInnen werden ganz überwiegend ohne Beteiligung geriatrischer Fachkompetenz ambulant

und stationär versorgt. Die geriatrische Versorgungslandschaft ist hinsichtlich Struktur und Kapazität weiterhin durch Heterogenität und Segmentation gekennzeichnet. Daher werden der gesetzlichen Krankenversicherung auch zukünftig vielfältige Gestaltungsaufgaben abverlangt werden.

Das Beratungsangebot des KCG wurde vor diesem Hintergrund auch in den Jahren 2014 und 2015 umfänglich von den Trägern in Anspruch genommen. Knapp 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 MDK-Begutachtung im Einzelfall, seltener um Strukturprüfungen oder Grundsatzberatung. Fast die Hälfte der vom KCG aufgewendeten Ressourcen entfiel auf Aufträge der GKV, gefolgt von einem Ressourceneinsatz für die MDK-Gemeinschaft und den MDS in jeweils vergleichbarem Umfang (vgl. Statistik im Anhang). 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 unverändert ganz überwiegend gemeinschaftlich durch Verbände der Krankenkassen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund oder der Gemeinschaft der MDK vorgenommen.

Routinedatenauswertungen sind fester Bestandteil der Arbeiten des KCG. Sie lieferten auch in den Jahren 2014 und 2015 empirisch fundierte Grundlagen für Beratungsleistungen des KCG.

Nachfolgend werden einige wichtige Arbeitsschwerpunkte des Kompetenz-Centrums Geriatrie aus den Berichtsjahren 2014 und 2015 näher vorgestellt.

Ausgewählte Arbeitsschwerpunkte des KCG in den Jahren 2014 und 2015

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 im Berichtszeitraum erneut seine Expertise einbringen. Nach Entwicklung, Erprobung und Routinebetrieb des Verfahrensbereichs Strukturqualität für ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen

gen wurde die Entwicklung der Verfahrenselemente Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit begonnen und vorangetrieben. Auch in diesem Entwicklungsprozess ist das KCG in enger Abstimmung mit der SEG 1 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes beratend eingebunden. Anstehende Aufgaben waren und sind: Kriterienfindung und -definition, Durchführung des Pretests, Piloterprobung und Verhandlung eines umsetzungsreifen, internetbasierten Qualitätssicherungsverfahrens für die neuen Verfahrenselemente.

Ferner unterstützte das KCG den GKV-Spitzenverband durch Administration und Auswertung der Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation. Diese Basisdokumentation soll eine noch sehr begrenzte und nur in wenigen Regionen verfügbare GKV-Leistung mittels eines minimalen Datensets das Leistungsgeschehen transparent beschreiben. Hierzu wurde 2015 eine Webplattform (<https://mdk-nord.info/mogere/web>) in Zusammenarbeit mit dem MDK Nord entwickelt, um die Dateneingabe und -übermittlung für die zu einer Teilnahme vertraglich verpflichteten Rehabilitationseinrichtungen noch einfacher zu gestalten. Mittels zweier Jahresberichte und zwei Beiträgen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und auf Fachkongressen konnte das Leistungsgeschehen in der mobilen geriatrischen Rehabilitation kritisch dargestellt werden. Als Referenzgrößen dienen hierbei die Anforderungen gemäß den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (2007) und deren Umsetzungshinweise (2010).

Mittlerweile erhielt das KCG vom GKV-Spitzenverband auch den Auftrag für die vorgesehene Basisdokumentation mobiler indikationsspezifischer Rehabilitationsmaßnahmen mittels einer Webplattform. Das KCG wird das Datenmanagement und die Datenauswertung sicherstellen und die SEG 1 die fachliche Darstellung und Bewertung der Datenauswertungen verantworten.

Grundsatzgutachten zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen

Mit erheblichem Ressourcenaufwand unterstützte das KCG in den letzten Jahren die Initiativen des MDS und des GKV-Spitzenverbandes zur Optimierung der Rehabilitationsbedarfsfeststellung im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18a SGB XI (Projekt „Reha XI“ und Umsetzungsprojekt „Opti-Reha-MDK“). Ein wichtiger Baustein hierin war die Frage, inwieweit es für die Wirksamkeit und den Nutzen rehabilitativer Maßnahmen bei einer den Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung möglichst angenäherten Zielgruppe wissenschaftlich gesicherte Evidenz gibt und ob diese für das Verfahren nutzbar gemacht werden kann.

Die Komplexität dieser Fragestellung entzog sich einer einfachen klassischen Evidenzanalyse. Sie erforderte nach den derzeitigen methodischen EbM-Standards eine umfassendere Literaturrecherche, die neben der klassisch systematischen auch eine explorative Suche, insbesondere zu die Wirksamkeit zusätzlich beeinflussenden „kontextlicher“ Faktoren, einschloss (**Abbildung 1**).

Abbildung 1: Rechercheübersicht

Systematische Recherche:

- 24 Systematic Reviews (SR) (2000-2013) zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im höheren Lebensalter, davon 11 indikationsübergreifend, 7 bei Stroke, 6 bei Hüftfrakturen (darunter 12 HTA/Coch.Rev.)
- 10 SR (2004-2013) zu rehabilitativen Einzelmaßnahmen, davon 3 bei PT, 6 bei ET, 1 bei Logopädie (5 Coch.Rev.)
- 4 Randomized Controlled Trials (RCT) (1998-2009) zu indikationsübergreifenden komplexen Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitpflegepatienten
- 2 RCT (2006-2015) zu ergotherapeutischen Einzelmaßnahmen bei Stroke bei Langzeitpflegepatienten
- **Sonderrecherche:** Evidence based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR)-Projekt mit 1.431 RCT (Stand Sept. 2013) gegliedert in 23 Themenblöcke u. a. zu:
 - *Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process*
 - *The Efficacy of Stroke Rehabilitation*
 - *The Elements of Stroke Rehabilitation*
 - *Outpatient Stroke Rehabilitation*
 - *Rehabilitation of Severe Stroke*

Ergänzende explorative Recherche:

zu Reha bei Pflegebedürftigkeit im deutschen Versorgungskontext:

- Registerdatenanalysen
- Follow-Up-Studien
- Längsschnittliche Routinedatenauswertungen
- sonstige wissenschaftliche Studien zu Rehabilitation bei Pflegebedürftigen
- Modellvorhaben „Reha vor Pflege“ in Westfalen-Lippe

zu Aspekten im erweiterten Fragestellungskontext:

- aktivierende / therapeutische rehabilitative Pflege
- Erhaltungstherapie / Trainingsinterventionen bei Pflegebedürftigen
- Rehabilitation bei an Demenz erkrankten Menschen
- Qualitative Forschung i.R. rehabilitativer Interventionen
- Settingforschung
- transnationale Übertragungsproblematik
- Stellenwert Prognoseprädiktoren
- Ressourcendiskussion
- Assessmentgestützte Rehabilitationsempfehlungen

Auch wenn die Zielgruppe in Einzelstudien und Systematic Reviews (SR) im Wesentlichen nur über das Alter und nicht direkt anhand ihrer Pflegebedürftigkeit identifiziert werden konnte, liefert das Gutachten dennoch folgende wichtige Erkenntnisse:

- SR belegen die *generelle* Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen (sowohl von Komplexmaßnahmen wie auch von Einzelmaßnahmen) auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen für: Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit, und funktionales Outcome/ADL.
- In der Regel schwächen sich die Effekte mit der Länge des Follow Up-Zeitraums ab.
- SR belegen dies krankheitsübergreifend als auch bei zahlreichen einzelnen Indikationsgruppen: Hüftfrakturen und Schlaganfällen (**Tabelle 1**).
- Vereinzelt gibt es Hinweise darauf, dass ältere und schwerer Betroffene relativ stärker von rehabilitativen Maßnahmen profitieren als jüngere oder weniger schwer Betroffene.
- Die Qualität der Evidenz ist überwiegend moderat.

Tabelle 1: Ergebnisauszug zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im Alter

Ergebnissynopse 24 SR zu postakuten, komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im Alter		Over all-Benefit	Mortality	Mortality FU	Kombi Mortality or poor outcome/dependency	Kombi Mortality or poor outcome/dependency FU	Kombi Mortality or institutionalisation	Discharge to home, Nursing home	Discharge to home, Nursing home FU	Readmission	Poor outcome (deterioration, dependency, institutionalisation)	Poor outcome (deterioration, dependency, institutionalisation FU	Funktional outcome / Physical funktion	Funktional outcome / Physical funktion FU	ADL	ADL FU	Health status / -perception	Oldest old-Benefit	Most disabled-Benefit
übergreifend	Kombi FR/Reha	61		58				58		58									
	Stat. Reha		67	67				67	67	68			67	67	68		68		
	Tagesklinik					65	65	65							65				
	Amb. Rehamaßn.	61																	
	(Amb.) Reha.team	61																	
Schlaganfall	Kombi SU/Reha		61,62,71	62,71	62		62	61,62,68,71	71				62						
	Postacute Reha							58											
	Amb. Rehamaßn.									71	72							58	58
	Rehamaßn. >1 Jahr											75				72	62		
	High intensity	77																	
Mirror-therapy (exempl.)												79	79	79					
Hüftfrakturen	Stat. Reha	69	67,69	62,67			81,69	62,67,68,81	67	58			67,68,85	62,67					
	Kombi stat./amb. Reha	61						61,80		80				85					
	(Amb.) Reha.Team												69						

weiss: signifikante Vorteile nachgewiesen | blau: Vorteile nachgewiesen, aber nicht signifikant | Es gab keine SR mit negativen Ergebnissen oder Trends
 FU: Ergebnisse auch für das Follow Up nachgewiesen
 Die Ziffern beziehen sich auf den Nachweis des SR im Literaturverzeichnis des Gutachtens

Die Ergebnisse stützen damit den Gesetzgeber, in seiner Verantwortung entsprechende rehabilitative Angebote auch für alte und pflegebedürftige Menschen vorzuhalten und die MDK-Gemeinschaft nach entsprechenden Potenzialen dieser Zielgruppe systematisch zu suchen. Die Recherchen zeigten allerdings auch, dass es nahezu keine kontrollierten Studien aus dem deutschen Versorgungskontext gibt. Immerhin sprechen deutsche Registerdaten und Follow Up-Studien für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der geriatrischen Rehabilitation auch unter den realen Versorgungsbedingungen in Deutschland.

Aufgrund der Heterogenität der zugrundeliegenden Studien können keine belastbaren Empfehlungen zur Prozessqualität (z. B. rehabilitative Techniken, relevante Professionen, Dauer, Intensität etc.) abgeleitet werden. Welche Personen (bis) zu welchen Zeitpunkten von rehabilitativen Maßnahmen besonders profitieren, verbleibt zudem unklar. In diesen zwei Punkten liegen dann auch die entscheidenden Grenzen der generellen Evidenz von Einzelstudien und SR für den im Rahmen der Pflegebegutachtung zu begutachtenden Einzelfall. Vielfältige zusätzliche Faktoren, die im Einzelfall die Wirksamkeit und das Ergebnis einer rehabilitativen Maßnahmen modifizieren können, sind hierbei zu beachten (**s. Abbildung 2**):

Abbildung 2: Beispiele für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen modifizierende Faktoren

Klinische Heterogenität als Ursache begrenzter Übertragbarkeit

Patient	<ul style="list-style-type: none">→ rehabegründende Krankheit/en?→ Komorbiditäten→ Art/en und Schwere der Beeinträchtigungen?→ Dauer der Beeinträchtigungen?→ Motivation? Persönlichkeitsstruktur?→ Individuelle/s Rehaziel/e?
Gesundheitsleistung	<ul style="list-style-type: none">→ Kooperation des Teams?→ Beteiligte Professionen?→ Inhalte?→ Einzel- vs. Gruppentherapie?→ Individualisierung vs. Standardisierung der Behandlung?→ Therapieintensität?→ Therapiedauer (einzelner TE / Gesamttherapiezeit?)→ indikationsspezifisch vs. -übergreifend?
Ressourcen/Dienstleister	<ul style="list-style-type: none">→ Räumliche, apparative und personelle Ausstattung?→ Vorgehaltene Professionen?→ Qualifikation der Mitarbeiter?→ Motivation der Mitarbeiter?→ „Motivation“ der Einrichtung?→ Freundlichkeit/Zeitdruck der Mitarbeiter?
Weitere Kontexte	<ul style="list-style-type: none">→ Qualifikation des Zugangs zur Maßnahme? (Vor-)Selektionskriterien?→ Suffizienz kurativer Begleitbehandlung?→ Soziale Unterstützung?→ lokales Setting (stationär, ambulant, mobil)?→ Hotel-/Pflegeleistungen?

Die Vielzahl derartiger modifizierender Faktoren schränkt die Aussagekraft der in der Recherche gefundenen generellen Evidenz für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen für die individuelle Indikationsstellung in einer konkreten Pflegebegutachtungssituation ein. Es wird für die GutachterInnen daher neben ihrem eigenen „Pflegeassessment“ auch weiterhin normativer Leitplanken wie bspw. der Begutachtungs-Richtlinien und zusätzlicher Entscheidungshilfen (z. B. Checklisten zu entscheidungsrelevanten weiteren Informationen) und deren Schulung im Rahmen eines optimierten Begutachtungsstandards für eine fundierte Empfehlung bedürfen.

Das gesamte, 216 Seiten umfassende Gutachten steht einschließlich des von Prof. Dr. H. Raspe erstellten Reviews unter folgendem Link zum Download zur Verfügung:
http://www.kcgeriatrie.de/downloads/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung_151105.pdf

Abrechnungsprüfungen geriatrischer Krankenhausfälle: Bundessozialgericht bestätigt Begutachtungsgrundlagen und -praxis der Medizinischen Dienste

Die Fallzahlen frührehabilitativer Behandlungen geriatrischer PatientInnen im Krankenhaus sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Mithilfe der vom Kompetenz Centrum Geriatrie (KCG) erstellten Begutachtungsempfehlungen begutachten die MDK bundesweit die Abrechnungen geriatrischer Krankenhausbehandlungen. Im Jahr 2015 hat das Bundessozialgericht (BSG) diese Begutachtungsempfehlungen durch zwei Urteile fachlich bestätigt.

Das hat Auswirkungen auf jedes Jahr rund 300.000 Fälle in deutschen Kliniken, sogenannte „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen“ (GFK). Diese sorgen im Einzelfall für Zusatzvergütungen von rund 3.000 Euro. Den MDK-GutachterInnen fällt jedoch seit Jahren auf, dass dabei Kliniken die dafür geltenden Mindestkriterien für die Abrechnung wie „Mindestalter der Patienten“ und „Anwesenheitspflicht eines Facharztes“ im Einzelfall nicht immer erfüllen.

So hatten die Richter des BSG im Juni 2015 in letzter Instanz die Klage einer Klinik abgewiesen, die Anspruch auf die Vergütung einer GFK bei einer 57 Jahre alten Patientin beanspruchte. Die Frau hatte einen Schlaganfall erlitten. Einem MDK-Gutachten zufolge war eine GFK jedoch nicht abrechenbar, weil die Frau nicht das geforderte Mindestalter einer geriatrischen Patientin erfüllte. In der Regel sind geriatrische PatientInnen mindestens 70 Jahre, in der Mehrzahl sogar über 80 Jahre alt und weisen eine geriatrietypische Multimorbidität auf. Dem sind auch die Richter des BSG gefolgt und begründeten: „Unterhalb eines Alters der Patienten von 60 Jahren kann danach von einem spezifischen geriatrischen Bedarf keine Rede sein“. Die Richter gingen noch

weiter und formulierten: „Nach diesen Kriterien ist für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung neben der typischen Multimorbidität regelmäßig ein Alter von 70 Jahren zu fordern, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben“ (AZ: B 1 KR 21/14 R).

Gegenstand eines weiteren BSG-Urteiles vom März 2015 war die Anwesenheitspflicht eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“. Eine Klinik forderte die zusätzlichen Erlöse einer GFK ein, obwohl der geforderte Facharzt mit geriatrischer Zusatzqualifikation im Behandlungszeitraum gar nicht kontinuierlich anwesend war. Dies ist nach Erfahrung des KCG ein häufiges Problem, sofern bei Abwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung keine adäquate Vertretung vorgehalten wird. Das ist fachlich nicht angemessen, denn der Facharzt muss gegebenenfalls täglich Neuaufnahmen untersuchen, bei Komplikationen angemessen handeln können sowie zeitnah fachlicher Ansprechpartner für das geriatrische Team sein.

Dieser Auffassung einer Anwesenheitspflicht sind auch die BSG-Richter gefolgt und haben im Urteil festgelegt, dass es „bei der Behandlungsleitung (...) um eine gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit geht“ (AZ: B 1 KR 4/15 R). Nach diesem BSG-Urteil konnte die klagende Klinik ihre Forderung nicht mehr durchsetzen. Auch in diesem Fall lieferte ein MDK-Gutachten der Krankenkasse die Begründung, eine unberechtigte Forderung nach einer höheren Vergütung zurückzuweisen.



Beide BSG-Urteile haben Präzedenzcharakter für die Abrechnung von geriatrischen Krankenhausbehandlungen. Sie zeigen zugleich, dass die Begutachtungsempfehlungen des KCG in Verbindung mit Schulungen zu ihrer Anwendung einen wirksamen Beitrag zu einer sachgerechten und bundesweit einheitlichen sozialmedizinischen Begutachtung der MDK leisten. Die fachlich gut begründeten sozialmedizinischen Begutachtungshinweise wurden damit höchstrichterlich bestätigt. Sie leisten damit auch einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung ungerechtfertigter Forderungen in Millionenhöhe gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung.

Um die Begutachtungsempfehlungen auch der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, erfolgte im Auftrag der MDK-Gemeinschaft eine Veröffentlichung als Fachbuch mit dem Titel „Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie“ (Ernst, Lübke, Meinck 2015) im Springer Verlag Medizin.

Geriatrie und Palliativmedizin

Auf dem Expertenforum des KCG zur Palliativversorgung in Deutschland (siehe hierzu auch www.kcgeriatrie.de) referierten im Mai 2015 in Hamburg erstmals öffentlich Vertreter aus den Präsidien der Fachgesellschaften Geriatrie und Palliativmedizin zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden beider Fachgebiete. Es wurde deutlich, dass Geriatrie und Palliativmedizin weitaus mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufweisen. Beide Fachgebiete versorgen Menschen mit begrenzter Lebenserwartung und fortgeschrittenen Erkrankungen. Im Vordergrund beider Fachgebiete steht der Erhalt oder die Wiederherstellung von Autonomie und Lebensqualität, wenngleich mit etwas unterschiedlichen Schwerpunkten: Die Stärken der Geriatrie liegen beim Management chronischer Multimorbidität und der Rehabilitation von Teilhabebeeinträchtigungen, die Stärken der Palliativmedizin eher bei der komplexen Symptomkontrolle und Krisenintervention. Die Überschneidungen beider Fachgebiete werden umso deutlicher, wenn man berücksichtigt, dass moderne Palliativmedizin längst nicht mehr allein am Lebensende (end-of-life-care), sondern bereits bei Diagnosestellung einer unheilbaren Erkrankung (early-integration) in die Behandlung eingreift.



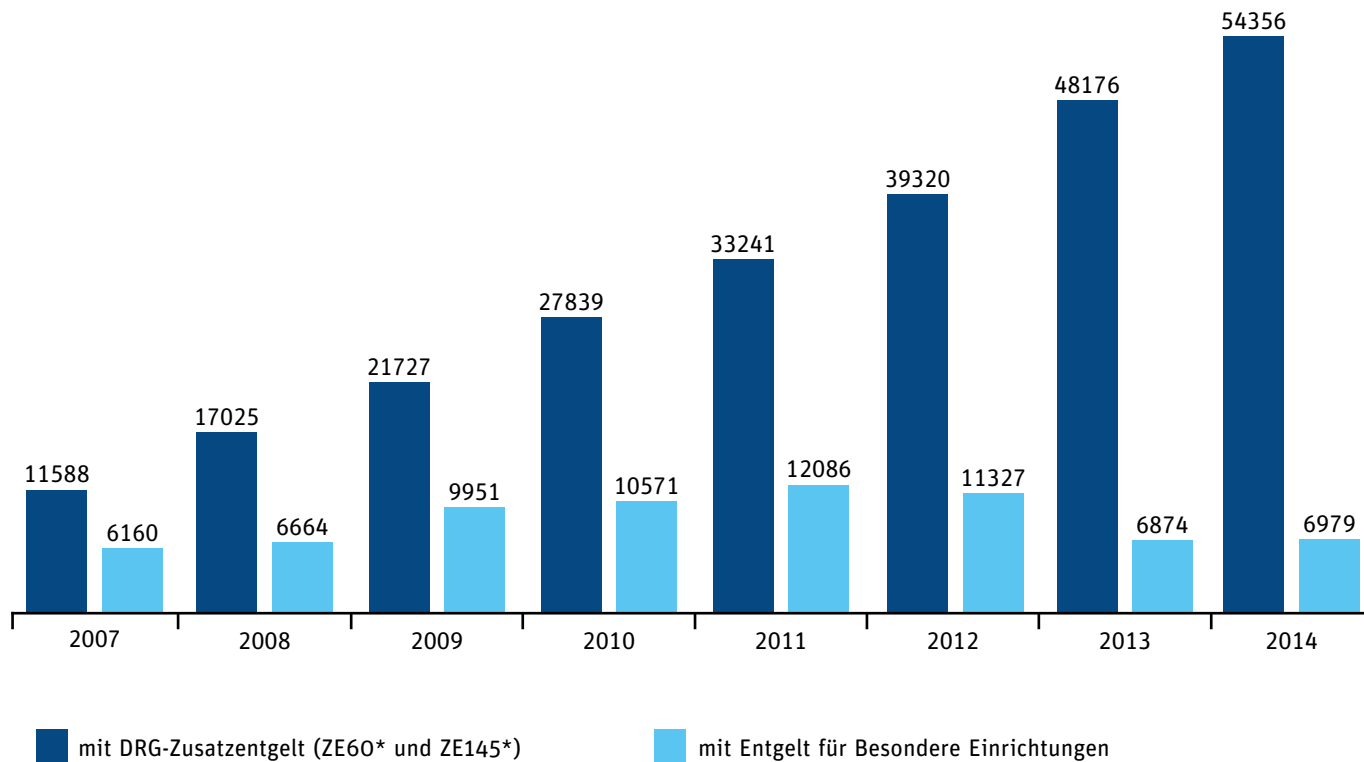
Abbildung 3: ReferentInnen des KCG-Expertenforums „Palliative Versorgung in Deutschland – was haben wir – was brauchen wir? Stand und Perspektiven für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung“ am 20.05.2015 in Hamburg

Weitere ReferentInnen aus den unterschiedlichen palliativmedizinischen und geriatrischen Leistungsbereichen, der GKV-Selbstverwaltung und den Medizinischen Diensten berichteten von ihren praktischen Erfahrungen und bestätigten dabei diese umfangreichen Übereinstimmungen beider Fachgebiete.

In einer gemeinsam mit dem GKV-SV durchgeführten Routinedatenauswertung zur palliativen Versorgung im Krankenhaus zeigte sich, dass über 80 % der PatientInnen, die spezialisierte Palliativversorgung erhalten haben, eine onkologische Diagnose aufweisen. Dies können anteilig auch geriatrische PatientInnen sein. Oftmals stehen bei diesen Patienten aber eher terminale Herz-, Lungen-, Nierenerkrankungen oder bspw. eine fortgeschrittene demenzielle Erkrankung im Vordergrund. Zukünftig werden nicht-onkologische Erkrankungen bei der Inanspruchnahme der spezialisierten Palliativversorgung eine größere Rolle spielen, auch dies ein Erkenntnis des KCG-Expertenforums.

Die allgemeine palliativmedizinische Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender gehört schon immer zum Selbstverständnis gerade auch geriatrischer Medizin. Darüber hinaus fand in den letzten Jahren ein bemerkenswerter Aufbau spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung im Krankenhaus statt und hat in der Geriatrie, trotz ihrem generalistischen Fachverständnis zu einer Binnendifferenzierung in hierfür spezialisierte Unterabteilungen „Palliative Geriatrie“ geführt. Die Abbildung komplexer palliativmedizinischer Leistungen im Krankenhaus erfolgt überwiegend durch die OPS-Kodes 8-982* und 8-98e* mit wochenweise gestaffelten Zusatzentgelten. Nur noch sehr wenige Krankenhäuser rechneten im Jahr 2014 palliative Leistungen über tagesgleiche Pflegesätze als sogenannte „Besondere Einrichtung“ ab. Die separate Vergütung der spezialisierten Palliativmedizin im DRG-System hat zu einer deutlichen, teils auch erlösorientierten Zunahme palliativmedizinischer Komplexbehandlungen im Krankenhaus geführt (**Abbildung 4**).

Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl palliativmedizinischer Krankenhaufälle mit DRG-Zusatzentgelt oder Entgelt für Besondere Einrichtungen, 2007 bis 2014



In den kommenden Jahren ist nicht zuletzt demographiedingt von einem weiteren Anstieg dieser Leistungen auszugehen. Aber nicht bei jeder Krankenhausbehandlung von PatientInnen mit einer unheilbaren Erkrankung ist eine palliativmedizinische Komplexbehandlung gemäß den Leistungsanforderungen dieser OPS-Kodes notwendig. Das KCG hat in einem Beitrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Düsseldorf 2014 die offenen Fragen palliativmedizinischer Versorgung in (geriatrischen) Krankenhausabteilungen aus Sicht der Sozialmedizin reflektiert. Hierbei wurde deutlich, dass die separate Vergütung palliativmedizinischer Komplexleistungen im DRG-System das Risiko birgt, die für die Mehrzahl der PatientInnen elementare palliative Basisversorgung zu vernachlässigen. Zudem zeigte sich, dass im ambulanten Sektor mit der SAPV-Richtlinie die Zielgruppe einer spezialisierten Versorgung annähernd definiert ist, während die bedarfsgerechte Zuordnung zu einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung im Krankenhaus derzeit vergleichsweise unklar bleibt. Auch unterscheiden sich die beiden Komplexkodes 8-982* und 8-98e* lediglich in ihren Struktur- und Prozessanforderungen, nicht jedoch im Hinblick auf ihren therapeutischen Umfang und leisten insofern keinen Beitrag zu einem abgestuften Leistungsgeschehen. Für die sozialmedizinische Einzelfallbegutachtung nach § 275 SGB V benötigen die ärztlichen GutachterInnen der Medizinischen Dienste neben einem palliativmedizinischen Basiswissen jedoch fachlich begründete Indikationskriterien.

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Oftmals sind dies auch multimorbide geriatrische PatientInnen. Im Rahmen der Charta Phase III - Entwicklung einer Nationalen Strategie - war das KCG im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes in die Arbeitsgruppe 2 „Transfer in die Regelversorgung“ beratend eingebunden. Schwerpunktthemen dieser Arbeitsgruppe waren u. a. die Palliativversorgung im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung sowie in stationären Pflegeeinrichtungen. Mit der Erkenntnis, dass die Einführung von Palliativdiensten eine der vordringlichsten Aufgaben zur Weiterentwicklung palliativer Versorgung in Krankenhäusern darstellt, hat sich der GKV-SV frühzeitig in den laufenden Beratungen zum Hospiz- u. Palliativgesetz erfolgreich positioniert. Der Gesetzgeber übernahm diesen von der Fachgesellschaft und dem KCG eingebrachten Vorschlag in das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Die ersten Gesetzesentwürfe der Bundesregierung zum HPG sahen für Krankenhäuser zunächst nur einen Ausstieg von Palliativeinheiten aus dem DRG-System vor. Erst spät fand die Idee des Palliativdienstes doch noch Eingang in das Ende 2015 verabschiedete HPG. Krankenhausträger sind nun aufgerufen, sich über die Einrichtung eines solchen Palliativdienstes Gedanken zu machen, bereits ab dem Jahr 2017 sind hierfür auch finanzielle Anreize

in Aussicht gestellt. Palliativdienste sind abteilungsübergreifend tätige, mobile, multi-professionelle Palliativteams, die auf Anforderung und in enger Abstimmung mit der fallführenden Abteilung eine spezialisierte palliative Mitbehandlung leisten. Damit können sie die allgemeine palliative Basisversorgung im Krankenhaus wirksam unterstützen. An der vom Gesetzgeber vorgesehenen kurzfristigen Erarbeitung und Verhandlung der ersten Entwürfe für entsprechende OPS-Kodes durch die Selbstverwaltung unterstützte das KCG den GKV-Spitzenverband maßgeblich.

Schulungsangebote des Kompetenz-Centrums Geriatrie

Das erweiterte Schulungsangebot für Ärzte und Pflegefachkräfte der MDK wurde im Berichtszeitraum weiterhin gut nachgefragt, auch wenn die einzelnen MDK ihre internen Schulungsangebote aufgrund der Anforderungen des MDK-übergreifend umzusetzenden „Optimierten Begutachtungsstandards“ (OBS) ausgebaut haben. Der OBS wurde mit dem „2. Pflegestärkungsgesetz“ mittlerweile im Gesetz verankert (§ 18 Abs. 6 Satz 3 SGB XI) und soll ein einheitliches, strukturiertes Verfahren bei der Erstellung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung gewährleisten. Bei der Durchführung des Basiskurses „Geriatrische Rehabilitation vor Pflege“ kooperiert das KCG eng mit den Sozialmedizinischen Expertengruppen der MDK-Gemeinschaft „Pflege/Hilfebedarf“ (SEG 2) und „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ (SEG 1). Zielgruppe sind die in der Pflegebegutachtung eingesetzten Pflegefachkräfte und Ärzte. Der in Kooperation mit einer geriatrischen Klinik durchgeführte Aufbaukurs hat seinen Schwerpunkt in der praxisorientierten Anschauung von Chancen – und Grenzen – geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen.

Das KCG brachte sich zusammen mit dem MDS und den SEGn 1 und 2 im Anschluss an das Forschungsprojekt Reha XI auch in das Projekt „opti-Reha-MDK“ und seine projektbezogenen Schulungen ein.

Die Nachfrage nach geriatrischen MDS-Spezialseminaren für Ärzte der MDK verblieb auch im Berichtszeitraum unverändert hoch, so dass Seminartermine zu Begutachtungsfragen geriatrischer Krankenhausfälle und Anträgen auf geriatrische Rehabilitation in unverändertem Umfang durchgeführt werden. Dieser Schwerpunkt steht in einem engen Verhältnis mit den demographiebedingt steigenden geriatrischen Behandlungszahlen, die auch zu steigenden Begutachtungsaufträgen durch die Krankenkassen bei den MDK führen.

Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Demenz (MmD) und der damit ebenso einhergehenden Zunahme sozialmedizinischer Begutachtungsanfragen konzipierte das KCG 2015 ein neues MDS-Fortbildungsseminar, welches sich themen- und professionsübergreifend mit Versorgungsfragen und Begutachtungsherausforderungen bei MmD auseinandersetzt. Eine erste Durchführung des neuen MDS-Seminars „Update Demenz“ wird im Jahr 2016 erfolgen.

Kooperation, Kundenzufriedenheit und Außendarstellung

Bei der Erstellung von Gutachten und in der Gremienarbeit kooperiert das KCG 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 wird das „Online-Forum Geriatrie“ auf MD-Campus für einen niedrigschwelligen fachlichen Austausch und die Koordination der jährlichen Treffen genutzt.

Für die vom KCG durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen für Gutachterinnen und Gutachter der MDK liegen dem KCG die Ergebnisse des formalen Feedbacks vor. Die von über 237 Teilnehmern aus 13 unterschiedlichen Seminaren abgegebenen Bewertungen (**s. Tabelle 2**) dokumentieren anhand ausschließlich guter bis sehr guter Durchschnittsnoten, die hohe Teilnehmerzufriedenheit.

Tabelle 2: Teilnehmerbewertungen von MDS-Fortbildungsveranstaltungen, die vom KCG 2014 und 2015 durchgeführt wurden

Seminare	Infowert	Nutzen f. d. eigene Arbeit	Aufb./Reihenfolge d. Themen	Zeiteint. der Themen	Lernumfeld	Unterbringung	Gesamt
2014							
Akt. Begutachtungsprobleme i.d. Geriatrie 1/2014	1,6	1,7	1,8	2,0	1,9	2,4	1,9
Akt. Begutachtungsprobleme i.d. Geriatrie 2/2014	1,5	1,7	1,6	1,6	1,4	1,6	1,5
Geriatrische Reha vor Pflege Basiskurs 1/2014	1,3	1,5	1,5	1,4	1,2	1,2	1,4
Geriatrische Reha vor Pflege Basiskurs 2/2014	1,1	1,2	1,3	1,4	1,9	1,4	1,4
Geriatrische Reha vor Pflege Basiskurs 3/2014	1,6	1,7	1,7	1,8	1,5	1,4	1,6
Geriatrische Reha vor Pflege Aufbaukurs 1/2014	1,1	1,3	1,1	1,5	1,1	1,5	1,2
Geriatrische Reha vor Pflege Aufbaukurs 2/2014	1,5	2,1	1,7	2,4	1,8	2,3	2,0
2015							
Akt. Begutachtungsprobleme i.d. Geriatrie 1/2015	1,4	1,6	1,8	2,6	1,6	1,9	1,8
Akt. Begutachtungsprobleme i.d. Geriatrie 2/2015	1,1	1,6	1,6	1,6	1,2	1,3	1,4
Geriatrische Reha vor Pflege Basiskurs 1/2015	1,4	1,4	1,7	1,6	1,4	1,5	1,5
Geriatrische Reha vor Pflege Basiskurs 2/2015	1,2	1,5	1,5	1,7	1,4	1,3	1,4
Geriatrische Reha vor Pflege Aufbaukurs 1/2015	1,2	1,4	1,3	2	1,4	1,6	1,5
Geriatrische Reha vor Pflege Aufbaukurs 2/2015	1,5	2,1	1,4	1,8	1,5	1,7	1,7
1 = sehr gut, 6 = ungenügend							

Zu den vom KCG erstellten Gutachten (G1, G2 und G3) und zu unserer Gremienarbeit (G4) der Jahre 2014/2015 wurden wie in den Regularien der Kompetenz-Centren vorgesehen, die einheitlichen *Feedbackabfragen* vorgenommen. Sie belegen die sehr hohe Qualität mit den vom KCG erstellten Gutachten und seiner Gremienarbeit. Die Bewertungen wurden in der nachfolgende Tabellen 3 und 4 zusammengefasst. Für Gutachten erfolgte aufgrund der begrenzten Anzahl vorliegender Feedbacks (N=4) eine übergreifende Auswertung für die Jahre 2014 und 2015.

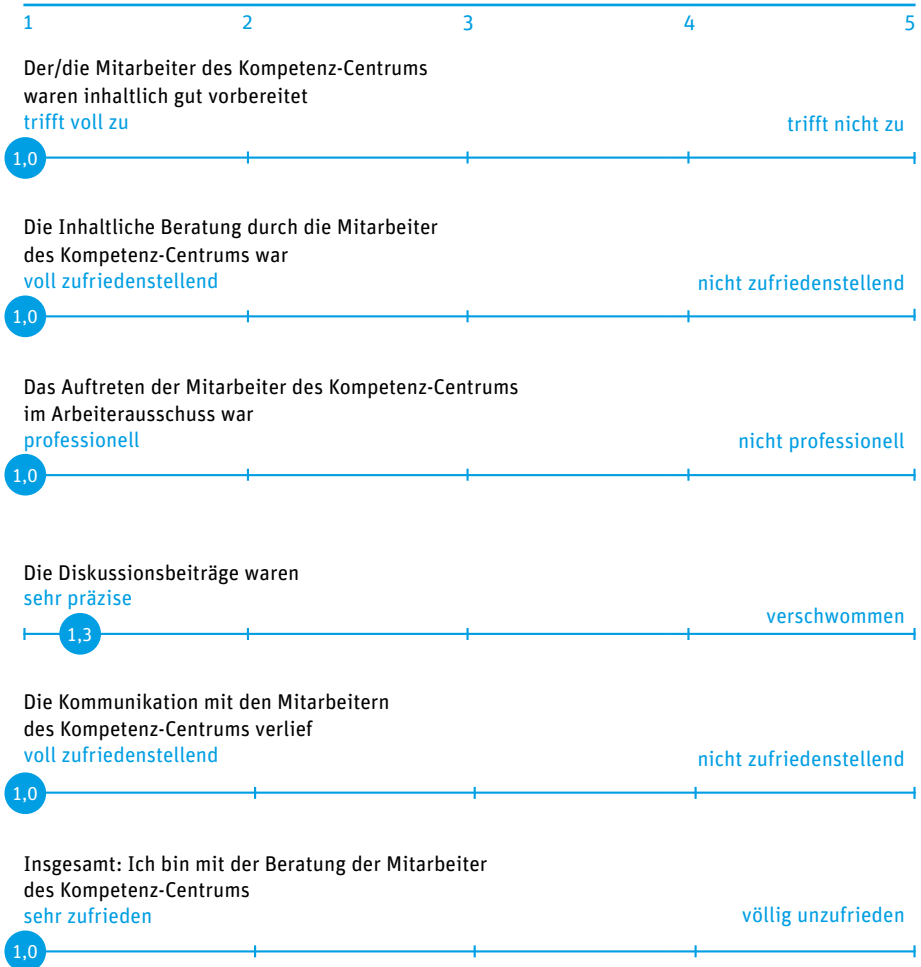
Tabelle 3: Bewertung von Gutachten des KCG durch die Auftraggeber: 2014 und 2015

Bewertung der Grundsatzgutachten (G2/G3) 2014 und 2015 (mittlere Bewertung)



Tabelle 4: Bewertung von Gremienarbeit des KCG durch Auftraggeber: 2014 und 2015

Bewertung der Gremienarbeit (G4) 2014/2015 (mittlere Bewertung)



Die 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. Mitarbeiter des KCG erhielten in der Berichtsperiode Einladungen zur Teilnahme in wissenschaftlichen Beiräten/Projektbeiräten zur Begleitung einzelner Forschungs- und Modellprojekte, die Ausdruck der anerkannten hohen fachlichen Expertise sind:

- Projekt der AOK Baden-Württemberg: „AOK-proReha – Entwicklung und Evaluation eines Behandlungskonzeptes für die Indexdiagnose S 72 (Fraktur des Femurs) in der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg“
- Forschungsprojekt des Instituts für Gesundheits- und Pflegeökonomie an der Hochschule Bremen „Mobile Geriatrische Rehabilitation: Bedarfs-, Verlaufs- und Kostenanalyse“ (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit)
- Studie der PMV-Forschungsgruppe an der Universität Köln: „Geriatrische Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg“ (gefördert durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg)

Das KCG konnte auch im Berichtszeitraum seine anerkannte Expertise mit der Veröffentlichung einer Reihe von Beiträgen in wichtigen Fachzeitschriften und Fachbüchern erfolgreich unter Beweis stellen:

Lübke N. Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation. In: Gaertner T., Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, Heine H (Hrsg.). Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3. Aufl.: Berlin, Boston: de Gruyter Verlag 2014; S. 229-235

Meinck M, Ernst F, Klein-Hitpaß U, Wolff J. Fehlentwicklungen in der Geriatrie. f & w Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2014;31(6): 562-565

Pippel K, Ernst F, Lübke N. Geriatrie: Weiter Bedarf an geriatrischem Nachwuchs. Vor allem im hausärztlichen Bereich werden Zusatzqualifikationen immer notwendiger. Dtsch Ärztebl 2014; 111(33-34):A1412-1413

Lübke N, Ernst F. Sterben im Pflegeheim – mehr als eine Herausforderung für die MDK-Qualitätsprüfungen. In: George W (Hrsg.). Sterben in stationären Pflegeein-

richtungen: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2014 (Forschung Psychosozial). - ISBN 978-3-8379-2430-5, S.205-211

Ernst F, Lübke N, Meinck M (Hrsg.). Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie: Empfohlen vom Kompetenz-Centrum Geriatrie in Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft. 3. Aufl. Berlin: Springer. - 150 S. - ISBN 978-3-662-44295-1

Ernst F. Nicht jeder Rehabilitand ist ein geriatrischer Rehabilitand. Recht und Praxis der Rehabilitation, Zeitschrift für Rehabilitations-, Teilhabe- und Schwerbehindertenrecht 2014;(4):9-12

Plate A, **Meinck M.** Hindernisse bei einer nahtlosen Versorgung geriatrischer Patienten. Rechtsfrage oder Ergebnis sektoraler Grenzen? Recht und Praxis der Rehabilitation, Zeitschrift für Rehabilitations-, Teilhabe- und Schwerbehindertenrecht 2014;(4):13-20

Lübke N, Schmidt-Ohlemann M. Recht, Praxis - und Visionen für die Mobile Geriatrische Rehabilitation. Anmerkungen zum Schattendasein einer wichtigen Rehabilitationsleistung. Recht und Praxis der Rehabilitation, Zeitschrift für Rehabilitations-, Teilhabe- und Schwerbehindertenrecht 2014;(4):21-29

Lübke N. Rehabilitation bei Demenz? - Rehaziel und Qualifikationen der Einrichtungen sind entscheidend. Interview mit Norbert Lübke vom Kompetenz-Centrum Geriatrie zur Frage von Rehabilitation bei Demenz. Recht und Praxis der Rehabilitation, Zeitschrift für Rehabilitations-, Teilhabe- und Schwerbehindertenrecht 2014;(4):38-41

Meinck M. Reha vor Pflege im Alter: Praxis der GKV im Spiegel von Routinedaten. Welt der Krankenversicherung 2014;2(12):300-304

Meinck M. Prävention und Rehabilitation in jedem Alter: Lohnt sich das? Interview mit Dr. Matthias Meinck. BAGSO-Nachrichten 2015;(1):7-9

Meinck M, Ernst F, Frilling B, Zastrau R. Erhöhte Aufmerksamkeit. Spezialstationen für Demenzkranke. f & w - Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2015;32(3):158-161

Ernst F. Wann wächst zusammen, was zusammengehört? MDK forum 2015;(3):18-19

Meinck M, Pippel K, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1). Z Gerontol Geriatr. 2016 [Epub ahead of print]

Pippel K, Meinck M, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt: Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation. Z Gerontol Geriatr 2016 [Epub ahead of print]

Ernst F, Meinck M, Wolff J. Palliativdienst im Krankenhaus. Hilfe für heikle Fälle. f & w - Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2016;33(1):73-75

Hierbei erfolgten einzelne Veröffentlichungen gemeinsam mit Auftraggebern (z. B. GKV-Spitzenverband) sowie mit Vertretern wichtiger Fachverbände (z. B. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) und erstmalig auch mit Kollegen aus der Praxis.

Erneut konnte das KCG auch auf unterschiedlichen Fachkongressen (Geriatrie, Rehabilitation, Palliativmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung) Ergebnisse seiner systemberatenden Tätigkeit aus den Jahren 2014 und 2015 im Auftrag seiner Träger präsentieren und dabei wichtige GKV-relevante Themen platzieren. Nachfolgend sind die zitierfähigen Abstracts von Kongressbeiträgen aufgeführt:

Meinck M, Ernst F. Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen: Lassen sich Unter- als auch Überversorgung aufgrund erlösbezogener Fehlanreize in der geriatrischen Krankenhausversorgung nachweisen? *Z Gerontol Geriatr* 2014;47(Suppl 1):126

Meinck M, Lübke N, Polak U. Geriatrische Früh- und Anschlussrehabilitation: Routinedatenanalysen zu Ausgangsbefunden und Nachhaltigkeit vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsschwerpunkte und -quoten in den Bundesländern. *DRV-Schriften* 2014; 104:539-540

Ernst F, Lübke N. Palliativmedizinische Versorgung in geriatrischen Krankenhausabteilungen – haben wir ein bedarfsgerecht abgestuftes System? *Palliativmedizin* 2014;15(3):PA39

Lübke N. Versorgungsforschung braucht Sozialmedizin: dargestellt am Beispiel von Daten des Barmer GEK-Pflegereport 2013 zu Reha vor Pflege. *Gesundheitswesen* 2015;77:A110

Meinck M, Ernst F, Pippel K, Gehrke J, Coners E. Medikamentenversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen: Auffälligkeiten in den unabhängigen Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(Suppl 1):7

Lübke N. Vom relativen Nutzen der Evidenz rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen – wie viel wir haben, was sie leisten kann, was nicht und wozu wir sie trotzdem brauchen. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(Suppl 1):12

Meinck M. Stationäre rehabilitative Versorgung vor und bei Pflegebedürftigkeit: die Praxis der GKV im Spiegel von Routinedaten *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(Suppl 1):12-13

Pippel K, Meinck M, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation - die Chance für Pflegeheimbewohner und Patienten in der Kurzzeitpflege? *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(Suppl 1):13

Meinck M, Pippel K, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(Suppl 1):40

Meinck M, Ernst F, Pippel K, Gehrke J, Coners E. Medikamentenversorgung durch stationäre Pflegeeinrichtungen: Gründe für Auffälligkeiten in MDK-Qualitätsprüfungen. HeilberufeScience 2016;7(Suppl. 1):2

Meinck M, Pippel K, Lübke N. Basisdokumentation mobile geriatrische Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung: Standortbezogene Vergleiche von Rehabilitationsmaßnahmen der Jahre 2011-2014. DRV-Schriften 2016;109:486-487

Pippel K, Meinck M, Lübke N. Basisdokumentation Mobile Rehabilitation: Auswertung mobiler geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen im Pflegeheim, in der Kurzzeitpflege und im Privathaushalt. DRV-Schriften 2016;109:479-480

Lübke N. Profitieren Pflegebedürftige von Rehabilitation? - Reichweite und Grenzen der externen Evidenz. DRV-Schriften 2016;109:484-485

Dem Beitrag von Hr. Dr. Lübke „Versorgungsforschung braucht Sozialmedizin: dargestellt am Beispiel von Daten des Barmer GEK-Pflegereport 2013 zu Reha vor Pflege“ wurde hierbei der Posterpreis der DGSMP 2015 zuerkannt.

Mitarbeiter des KCG nahmen ferner an Fachtagungen, Workshops und Seminaren von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fachverbänden teil, um die hohe Qualifikation der Mitarbeiter punktuell zu vertiefen.

Für Mitarbeiter von Krankenkassen, ihrer Verbände sowie von Medizinischen Diensten, aber auch für die interessierte Fachöffentlichkeit hält das KCG weiterhin wesentliche Basisinformationen u. a. zu geriatrischen Assessmentinstrumenten sowie Leitlinien auf seinen Internetseiten (<http://www.kcgeriatrie.de>) vor. Dieser Informationsservice wurde kontinuierlich aktualisiert. Eine Reihe von Verweisen auf Rahmenempfehlungen und Begutachtungs-Richtlinien der GKV zeigen, dass dieses Informationsangebot weiterhin eine feste Bezugsgröße zu wichtigen Dokumenten der Versorgung und Begutachtung im Bereich der Geriatrie ist. Im Rahmen der vom MDK Nord begonnenen Überarbeitung seines Internetauftritts zur Umsetzung des neuen Corporate Design der MDK-Gemeinschaft wird auch die grundständige Überarbeitung des Internetauftritts des KCG realisiert. Die Arbeiten werden in der zweiten Jahreshälfte 2016 abgeschlossen. Der Internetauftritt wird dann auf einer neuen technischen Plattform (Sharepoint) aufsetzen und damit die Darstellbarkeit auf unterschiedlichen mobilen Geräten besser unterstützen.

Perspektiven

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

Die Vergütung geriatrisch frührehabitativer Leistungen im DRG-System setzt erkennbare Fehlanreize sowohl für Über- als auch Unterversorgung und steht nicht im Einklang mit landesweit unterschiedlichen Geriatriekonzeptionen. Eine weiterhin sehr geringe Häufigkeit geriatrischer Rehabilitation durch Verordnungen niedergelassener Vertragsärzte und durch Empfehlungen im Rahmen von Pflegegutachten der Medizinischen Dienste stand über viele Jahre in der öffentlichen Kritik.

Die Bemühungen der Medizinischen Dienste durch Erprobung und Implementierung eines Optimalen Begutachtungsstandards (OBS) für die Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebegutachtungen zeigt nach einem flächendeckenden und vom KCG fachlich begleiteten Roll-out ansteigende Empfehlungshäufigkeiten. Diese gilt es durch nachhaltiges Handeln mittel- und langfristig zu stabilisieren. Unlängst wurde die Verordnung medizinischer Rehabilitation durch Vertragsärzte einfacher gestaltet: generelle Verordnungsberechtigung der Vertragsärzte sowie Einstufigkeit des Verfahrens. Dennoch sind in der vertragsärztlichen Versorgung bisher keine systematischen Aktivitäten zu erkennen, die - auch dem Anspruch Reha vor und bei Pflege folgend - auf eine bedarfsbezogenere Einleitung medizinischer Rehabilitation abzielen.

Der Ausbau ambulant-mobiler geriatrischer Rehabilitation erfolgt weiterhin zögerlich und der von ambulanter geriatrischer Rehabilitation stagniert seit Jahren auf einem geringen Niveau. Über die Weiterentwicklung einzelner fachgeriatrischer Angebote hinaus sind zunehmend Konzepte gefragt, die eine frühzeitige Identifikation geriatrischer PatientInnen und ihre übergreifend koordinierte Versorgung verbessern. Einzelne Bundesländer berücksichtigen solche Entwicklungsperspektiven – bisher jedoch ausschließlich mit einem Schwerpunkt im Krankenhausbereich. Deren praktische Bewährung bleibt abzuwarten.

Die Partner der Selbstverwaltung haben unlängst eine Vereinbarung für Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) an Krankenhäusern gemäß § 118a des SGB V getroffen und ergänzend hierzu eine Qualitätssicherungsvereinbarung vorgelegt. Eine Begrenzung der Aufgabenstellung der GIA auf Diagnostik und Behandlungsempfehlung zur Unter-

stützung der vertragsärztlichen Versorgung konnte auch mit Unterstützung des KCG umgesetzt werden, um ambulante Doppelstrukturen zu vermeiden. Das KCG hat und wird seine Möglichkeiten nutzen, um einen Aufbau der GIA dort zu ermöglichen, wo Defizite in der ambulanten hausärztlichen Versorgung bestehen. Fachlich ungerechtfertigte Interessen der Leistungserbringer, die hierin eine Entpflichtung von vertragsärztlichen Aufgaben sehen, muss dabei nachhaltig begegnet werden. Überlegungen zur Etablierung geriatrischer Schwerpunktpraxen lediglich zur Vermeidung von Zulassungen bedarfsweise sinnvoller GIAs sollten zudem unterbleiben.

Das QS-Reha®-Verfahren in der Indikation Geriatrie soll anhand der in Entwicklung befindlichen Bereiche Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit zusätzliche versorgungswirksame Impulse in der Praxis entfalten, sodass Anreize für Qualitätswettbewerb verstärkt werden. Die besonderen Charakteristika geriatrischer Rehabilitanden stellen hierbei neue Anforderungen an das QS-Reha®-Verfahren bspw. durch eine stärkere Berücksichtigung der Angehörigenperspektive. Ferner sollten Möglichkeiten der Ausweitung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der GKV um den Rehabilitationssektor anhand von Routinedaten hierbei mitbedacht werden.

Seitens der Leistungserbringer wurden und werden wohl immer mehr geriatrische Versorgungsangebote außerhalb geriatrischer Abteilungen und Kliniken etabliert. Zudem rücken für PatientInnen mit ausgewählten geriatrischen Risikokonstellationen (z. B. hohes Delirrisiko, Polypharmazie i.V.m. potentiell ungeeigneter Medikation im Alter oder bestehender 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 Versorgung einbringen. Hierbei müssen sich auch Strukturen und Behandlungsabläufe außerhalb der bereits etablierten spezifisch geriatrischen Versorgungsangebote noch umfänglicher an den besonderen Bedarfen geriatrischer PatientInnen ausrichten und in ein vernetztes Versorgungskonzept eingebunden werden.

Auch in der Weiterentwicklung der palliativen Versorgung wird die Beratungskompetenz des KCG durch den GKV-Spitzenverbandes weiter beansprucht werden. Die Parallelen in der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung führen hierbei zu einer Reihe von nutzbringenden Synergien. Neue Entwicklungen wie bspw. beim Aufbau des Palliativdienstes in Krankenhäusern gilt es kritisch zu reflektieren und den Übergang in die sozialmedizinische Begutachtung der MDK sachgerecht auszugestalten.

Das KCG wird seine Träger bei den vielfältigen Gestaltungsaufgaben in der Versorgung multimorbider Patienten im höheren Lebensalter mit fachlicher Expertise weiter evidenz- und datengestützt beraten. Die datengetriebene Fundierung der eigenen sozialmedizinischen Beratungen soll zielgerichtet fortgesetzt werden. Gestaltungsaufgaben bestehen dabei in allen Sektoren und auf allen Stufen der Versorgung. Dabei gilt es die Probleme einer segmentierten Versorgung zu überwinden, um ein hohes Maß an Wirksamkeit und Nachhaltigkeit in der Versorgung dieser Patientengruppe zu erzielen. Zugleich bieten erweiterte gesetzliche Möglichkeiten, wie z. B. eine auf Qualität ausgerichtete Krankenhausplanung, perspektivisch neue Optionen nicht bedarfsgerechten Entwicklungen entgegenzuwirken.

Die Versorgung geriatrischer PatientInnen ist prioritär auf den Erhalt von Selbständigkeit bei alltagsrelevanten Aktivitäten und der Teilhabe und damit auf Lebensqualität auszurichten.

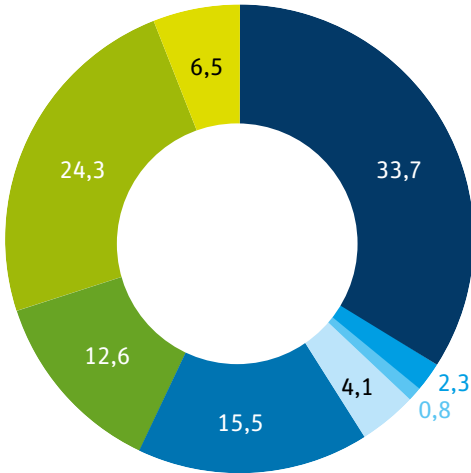
Nur so kann eine zweckmäßige und zugleich wirtschaftliche medizinische, pflegerische und palliative Versorgung für multimorbide Menschen im höheren Lebensalter gewährleistet werden. Diesen Anspruch wird das KCG in der Bearbeitung der ihm übertragenen Aufgaben weiter konsequent verfolgen.

Dr. Norbert Lübke

Dr. Matthias Meinck

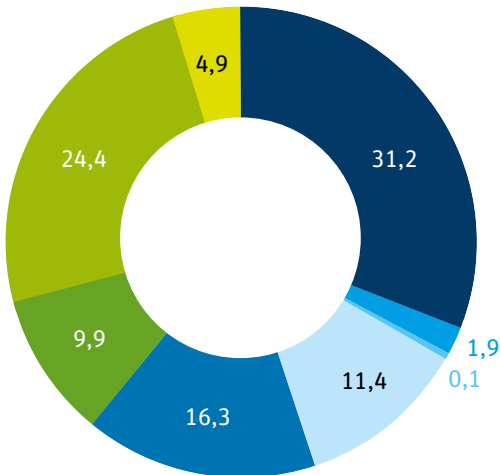
Abbildungen Ressourcenaufwand nach Auftraggebern 2014 und 2015
(Anteile an Arbeitstagen)

2014



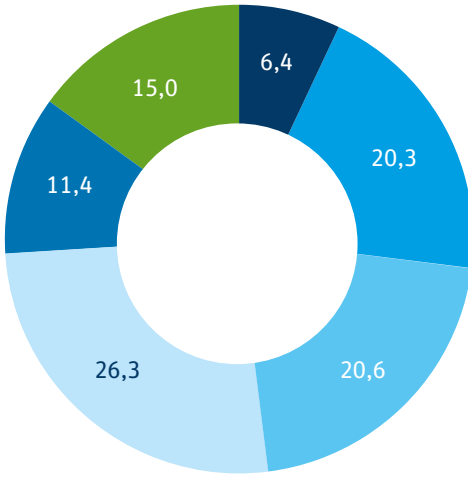
- Spitzenverband Bund
- einzelner Bundesverband
- Landesverbände gemeinsam
- einzelne Krankenkasse / Landesverband
- MDK Gemeinschaft
- Einzelner MDK
- MDS
- Sonstiges / interner Koordinierungsaufwand

2015



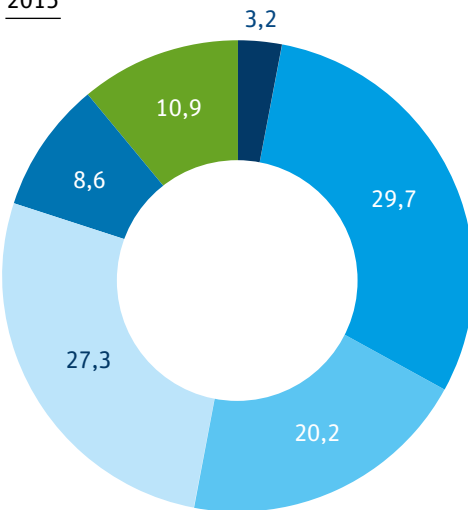
Abbildungen Ressourcenaufwand nach Produktgruppen 2014 und 2015 (Anteile an Arbeitstagen)

2014



- G1 gutachterliche Stellungnahme (GA)
- G2 Eingehende GA-Stellungnahme
- G3 Grundsatz-GA
- G4 Gremienarbeit
- G5 Begutachtungsempfehlungen
- Sonstiges / Interner Koordinierungsaufwand

2015



Das Kompetenz-Centrum Onkologie im Überblick

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

Weitere Gutachter

Dr. Barbara Zimmer

MPH, MA
FÄ Innere Medizin
Hämatologie und Internistische
Onkologie, Sozialmedizin

Klinische Weiterbildung:

Klinik für Hämatologie,
Onkologie und Transfusionsmedizin.
Benjamin Franklin Universitäts-
klinikum 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

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

Dr. Anja Niederste-Hollenberg

FÄ 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 13 82-451, -452

Fax: 0211 13 82-461

infokco@mdk-nordrhein.de

Büroanschrift

Berliner Allee 52

40212 Düsseldorf

www.kkonkologie.de

Beratungsthemen

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 Gutachterinnen und Gutachter des KC Onkologie im Auftrag von MDS und 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. Im Auftrag der MDK-Gemeinschaft werden auch Gutachten zu ausgewählten Einzelfällen erstellt. Nachfolgend werden einige Themen exemplarisch vorgestellt, die in der Systemberatung nachgefragt wurden oder häufig Gegenstand von Einzelfallgutachten sind.

Molekulargenetische Charakterisierung von Tumorzellen

In den letzten 10 Jahren wurden erhebliche Verbesserungen in den Techniken zur molekulargenetischen Untersuchung von Tumorzellen erreicht. Dadurch ist es möglich, auf molekularer Basis Veränderungen am Zellkern der Tumorzellen (Mutationen) zu erkennen, die für das bösartige Tumorwachstum verantwortlich sind. Der Arzneimittelindustrie ist es inzwischen gelungen, auf Grundlage solcher Erkenntnisse Medikamente zu entwickeln, welche gezielt diese für das Tumorwachstum wichtigen Veränderungen blockieren. Andererseits ist es auch gelungen, bestimmte Veränderungen in der molekularen Struktur der Tumorzellkerne zu identifizieren, welche den Tumor für die Wirkung eines bestimmten Medikaments widerstandsfähig machen. So ist es in vielen Fällen möglich, durch Charakterisierung der molekularen Struktur von Tumorzellkernen vorherzusagen, ob ein bestimmtes Medikament im Einzelfall wirkt oder nicht.

Ein Beispiel für die rasante Entwicklung bei der Charakterisierung molekularer Strukturen am Zellkern von Tumorzellen ist Lungenkrebs. Daran erkranken in Deutschland etwa 18.000 Frauen und 34.500 Männer (Jahresbericht des Robert-Koch-Instituts für das Jahr 2012). Etwa 80 % der Patientinnen und Patienten versterben an der Erkrankung und im metastasierten Stadium bestand die einzige Behandlungsmöglichkeit bislang in zytostatischer Chemotherapie bei einer mittleren Lebenserwartung von weniger als 12 Monaten.

Durch die molekulare Charakterisierung der Tumorzellen hat man inzwischen erkannt, dass es sehr viele verschiedene Arten von Lungenkrebs mit unterschiedlichen Mutationen gibt. Für Lungenkrebsarten mit 2 dieser Mutationen (EGFR- und ALK) wurden inzwischen Medikamente arzneimittelrechtlich zugelassen, die zu einer erheblichen Verbesserung der Prognose geführt haben. Für andere Unterformen des Lungenkrebses sind zurzeit ebenfalls Medikamente in der klinischen Prüfung, welche gegen andere molekulare Strukturen gerichtet sind.

Damit möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs diese Fortschritte in der Behandlung zu Gute kommen und gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden, sind neue Strukturen notwendig. Das KC Onkologie hat die AOK Rheinland/Hamburg beim Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung mit dem Universitätsklinikum Köln beraten. Dieser Vertrag ermöglicht bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem Lungenkrebs eine umfassende Untersuchung der molekularen Veränderungen der Tumorzellkerne. Bestandteil dieses Vertrages ist neben der molekulargenetischen Untersuchung auch eine Wiederholung der konventionellen histopathologischen (feingeweblichen) mikroskopischen Untersuchung. Außerdem wird für alle Patientinnen und Patienten anhand dieser Befunde ein individueller Behandlungsvorschlag entwickelt, der auch die Empfehlung zur Teilnahme an einer klinischen Studie für die Erprobung neuer Krebsmedikamente sein kann.

Gleichzeitig werden im Rahmen dieses Projektes die Daten zum klinischen Verlauf der Patienten gesammelt. Damit können weitere Erkenntnisse gewonnen werden, welches Medikament bei welcher Veränderung der molekularen Struktur des Tumorzellkerns klinisch wirksam ist und zu einer Rückbildung der Tumorerkrankung bzw. einer Verlängerung der Überlebenszeit führt. Inzwischen hat sich unter Führung des Kölner Zentrums für Genomische Medizin ein Netzwerk von klinischen Behandlungszentren (onkologische Schwerpunktpraxen und onkologische Fachabteilungen) gebildet, so dass in der Region ein flächendeckendes Versorgungsangebot geschaffen werden konnte. Das erfolgreiche Kölner Projekt sollte Vorbild sowohl für Lungenkrebszentren in anderen Regionen als auch für Zentren für andere onkologische Erkrankungen sein.

Außerdem berät das KC Onkologie den GKV-Spitzenverband bei der Fortentwicklung des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen) für molekulargenetische Untersuchungen. Eine aktuelle Reform des EBM, welche auch moderne molekulargenetische Untersuchungsmethoden wie Hochdurchsatzverfahren („new generation sequencing“) abbildet, wird zum 01.07.2016 in Kraft treten. Das KC Onkologie berät die GKV-Spitzenverbände im Hinblick auf die damit verbunde-

nen Risiken für die Wirtschaftlichkeit durch eine medizinisch nicht begründete Mengenausweitung. Außerdem ist im EBM vorgesehen, dass bei besonders umfangreichen Untersuchungen ein Genehmigungsvorbehalt der GKV besteht. Für die dafür im Einzelfall notwendige gutachterliche Beratung der GKV durch den MDK wird das KC Onkologie einheitliche Vorgaben für die Gutachterinnen und Gutachter des MDK entwickeln.

Zusammenfassend sind mit den verbesserten Möglichkeiten der molekulargenetischen Charakterisierung von Tumorzellkernen Chancen und Risiken verbunden. Durch eine immer präzisere Vorhersagemöglichkeit bezüglich der Wirksamkeit bestimmter Medikamente, wird es möglich sein, diese gezielter einzusetzen, Patientinnen und Patienten die mit nicht wirksamer Medikation verbundenen Belastungen zu ersparen und dadurch verursachte Ausgaben zu vermeiden. Auch die Kostenentwicklung bei molekulargenetischen Untersuchungen ist im Sinne der Wirtschaftlichkeit positiv, da aufgrund des technischen Fortschritts immer präzisere Ergebnisse zu immer günstigeren Preisen verfügbar sind. Auf der anderen Seite muss verhindert werden, dass die GKV mit erheblichen Kosten durch eine medizinisch nicht begründete Mengenausweitung molekulargenetischer Untersuchungen belastet wird.

SIRT als neue Behandlungsmethode für Lebertumore

Bei selektiver Interner Radiotherapie (SIRT) (auch: Radioembolisation) handelt sich um eine Form der Strahlentherapie für Lebertumore, die Nuklearmediziner in Zusammenarbeit mit Radiologen durchführen. Anatomisch-medizinische Grundlage ist die „doppelte“ Gefäßversorgung der Leber, zum einen über die Leberarterie, die das sauerstoffreiche Blut aus der Lunge zuführt und zum anderen aber über die Portalvene, die das nährstoffreiche Blut aus dem Darmtrakt in die Leber transportiert. Bösartige Tumore in der Leber werden ausschließlich über die Leberarterie versorgt. Unter Durchleuchtung schiebt man von der Leiste einen Katheter bin in die Leberarterie bzw. ihre Verzweigung vor und spritzt darüber Kügelchen (Mikrosphären) aus Kunstharz oder Glas in den Tumor, die radioaktives Material (i. d. R. Yttrium-90) enthalten. Diese reichern sich in der Leber an, weil sie in den Kapillaren (kleinste Verzweigungen der Blutgefäße) stecken bleiben. Durch die ionisierende Strahlung zerstören sie den Tumor. Da man die Mikrosphären gezielt in Arterien einspritzt, die den Tumor versorgen und gesunde Leberzellen durch die doppelte Gefäßversorgung vor der zerstörenden Wirkung von SIRT bis zu einem gewissen Grade geschützt sind, kann man das umliegende, gesunde Lebergewebe schonen. Behandelt werden damit der eigentliche Leberkrebs (HCC) bzw. der Krebs der Gallenwege (CCC), aber auch Metastasen anderer bösartiger

Erkrankungen in die Leber, beispielsweise von Darmkrebs oder von neuroendokrinen Tumoren. Unabhängig von der Art des Tumors bringt SIRT keine Heilung, sondern bestenfalls eine Verkleinerung des Tumors und/oder einen Stillstand des Tumorwachstums für eine gewisse Zeit.

Die Vorteile der Methode sind, dass sie in der Regel nur einmal durchgeführt werden muss. Es gibt Nebenwirkungen, die aber bei den meisten Patientinnen und Patienten überschaubar und behandelbar sind. Eine schwerwiegende Komplikation ist die Verschleppung von Mikrosphären außerhalb des Zielgebietes. Dadurch kann gesundes Gewebe erheblich geschädigt werden, was zu schweren Komplikationen wie einem Durchbruch der Magenwand führen kann. Auch kann die Leber einen schwerwiegenden Strahlenschaden entwickeln, so dass deren Funktion kritisch eingeschränkt wird. Um solche Komplikation zu vermeiden, sind sorgfältige Voruntersuchungen und eine ausreichende Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtig.

Ein Nachteil von SIRT – im Vergleich z. B. zu medikamentöser Tumorthherapie – ist die ausschließlich lokale Wirkung in der Leber. Metastasen außerhalb der Leber bleiben unbehandelt, so dass bei großen Tumorherden außerhalb der Leber die Behandlung sinnlos ist, da die Prognose der Patientinnen und Patienten selbst bei erfolgreicher Behandlung der Leberherde wegen des fortschreitenden Tumorwachstums außerhalb der Leber nicht verbessert wird.

Aufgrund des Strahlenschutzes besteht die Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Obligat ist eine – ebenfalls invasive – umfangreiche und kostspielige Voruntersuchung mit Sondierung der Leberarterie. Durch Einspritzen von Kontrastmittel kann man die Gefäßversorgung der Tumorherde, der Leber und angrenzender Organe darstellen. Allein das Zusatzentgelt für SIRT ist mit ca. 14.500 € (ZE 2016-65) pro Anwendung bewertet. Die entsprechende DRG-Pauschale von meist mehr als 2.000 € kommt noch hinzu. In bestimmten Fällen, z. B. bei Vorschädigung der Leber durch Leberzirrhose, die ein wichtiger Risikofaktor für Leberkrebs ist, ist zur Vermeidung von schweren Nebenwirkungen eine nach Leberlappen getrennte, also zweizeitige Behandlung erforderlich, so dass sich die Kosten sogar noch verdoppeln.

Problematisch ist, dass bis heute ein Nutzen durch methodisch hochwertige Studie im Vergleich zu anderen Behandlungen, wie medikamentöse Tumorthherapie, z. B. durch Nachweis einer Verlängerung der Lebenszeit, nicht belegt wurde. Der sinnvollste Einsatz ist nach heutiger Erkenntnislage der primäre Leberkrebs (also nicht Metastasen anderer Tumor) in einem noch lokalisierten Stadium. Das KC Onkologie ist deshalb mit den

nordrheinischen Universitätskliniken im Gespräch, um einen Konsens zu erzielen, wann SIRT für Patientinnen und Patienten nützlich sein kann, bzw. welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit das Verfahren als Leistung der GKV empfohlen werden kann. Die Behandlung im Rahmen von klinischen Studien ist vorzuziehen, weil damit ein Erkenntnisgewinn verbunden ist, der eine gesicherte Bewertung von Nutzen und Risiken dieser Methode ermöglicht. Grundsätzlich sollte das Verfahren an Zentren mit entsprechender Expertise durchgeführt werden, um eine ausreichende Behandlungsqualität zu gewährleisten. Kleinere Kliniken ohne eigene, bettenführende nuklearmedizinische Fachabteilung kommen grundsätzlich nicht in Betracht.

Zusammengefasst ist das Verfahren sehr kostspielig und der Nutzen der Behandlung in den allermeisten Fällen nicht ausreichend gesichert. Eine Leistung der GKV kommt in der Regel nur auf Grundlage von § 2 Abs 1a SGB V in Betracht. Aus Gründen des Strahlenschutzes, zur Gewährleistung einer ausreichenden Behandlungsqualität und zur Erleichterung der Behandlung in klinischen Studien, sollte die Anwendung von SIRT auf Kliniken der Maximalversorgung, in der Regel Hochschulkliniken mit bettenführender nuklearmedizinischer Fachabteilung beschränkt bleiben.

Biomarker beim Brustkrebs

Derzeit erkranken jährlich fast 66.000 Frauen neu an Brustkrebs (Mammakarzinom) (Prognose für 2016; Schätzung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft für epidemiologische Krebsregister in Deutschland e. V.). Obwohl die Neuerkrankungsrate deutlich zugenommen hat, sterben heute weniger Frauen an dieser Erkrankung als noch vor 10 Jahren. Dies wird auf Fortschritte in Diagnostik und Therapie zurückgeführt.

In den letzten Jahren wurden neue Biomarkertests entwickelt. Diese Testverfahren erheben den Anspruch, die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Chemotherapie auf eine gesichertere Basis zu stellen und damit Patientinnen eine Chemotherapie zu ersparen.

Eine adjuvante Chemotherapie wird nach der Brustoperation durchgeführt, um das Rückfallrisiko zu vermindern und dadurch die Langzeitüberlebensrate zu verbessern. Die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Chemotherapie ist bei jeder Patientin abzuwägen. So gibt es Merkmale und Krankheitsstadien, bei denen aufgrund gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse die Empfehlung zugunsten einer Chemotherapie allgemein akzeptiert ist (z. B. bei Patientinnen mit besonders großen Tumoren oder

ausgedehntem Befall der Lymphknoten oder sehr aggressiven Tumorsubtypen) oder bei denen ein Verzicht auf eine solche Chemotherapie sinnvoll ist (z. B. bei wenig aggressiven, hormonsensitiven Tumoren ohne Lymphknotenbefall, insbesondere in höherem Lebensalter). Es verbleiben aber Patientinnen, bei denen aufgrund eines niedrigeren oder intermediären Rückfallrisikos diese Entscheidung weniger eindeutig ist. Dies trifft insbesondere für Patientinnen mit Hormonrezeptor-positiven, HER2-negativen Mammakarzinomen ohne (NO) oder nur mit begrenztem Lymphknotenbefall (N1, 1 – 3 befallene Lymphknoten) zu.

Bei diesen werden Biomarkertests (z. B. Oncotype DX®, EndoPredict®, ProSigna® u. a.) zunehmend nachgefragt. Zusätzlich zu den vielen Faktoren, die bei jeder Patientin routinemäßig in der Regelversorgung bei der Diagnose von Brustkrebs erhoben werden (wie Alter, Ausbreitungsstadium der Erkrankung, Hormonempfindlichkeit, Differenzierungsgrad, HER2-Expression/Überamplifikation des Tumors etc.) sollen diese molekularpathologischen Tests auf Basis von Genexpressionsprofilen am Tumorgewebe bzw. Microarrays weitere Informationen liefern. Sinnvoll könnten diese Tests sein, wenn im Vergleich zu den routinemäßig erhobenen Faktoren mit dem neuen Testverfahren der zu erwartenden Nutzen einer adjuvanten Chemotherapie besser eingeordnet werden kann und damit z. B. bei einem höheren Anteil von Patientinnen auf Chemotherapie verzichtet werden kann, ohne dass sich deren Prognose verschlechtert. Dies sollte in methodisch hochwertigen klinischen Studien nachgewiesen werden.

Da diese Testverfahren bisher nicht in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt und mit hohen Kosten verbunden sind, werden Einzelfallanträge zur Kostenerstattung der Testanwendung an die GKV gerichtet.

Das KC Onkologie hat sich seit 2011 intensiv mit der Thematik auseinander gesetzt und berät die gesetzliche Krankenversicherung sowohl bei Einzelfallanfragen als auch zu grundsätzlichen Aspekten der Versorgung, häufig gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (MDS). Die kontinuierliche Weiterentwicklung von medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen wird berücksichtigt. Sozialmedizinische Stellungnahmen und Einzelfallgutachten werden der GKV und der MDK-Gemeinschaft zur Verfügung gestellt.

Seit 2013 berät der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über Biomarker-basierte Tests in der Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Chemotherapie beim Brustkrebs gemäß §§ 135, 137c SGB V. Das Ergebnis des laufenden Beratungsverfahrens im G-BA bleibt abzuwarten.

Methoden der Hochpräzisions-Strahlentherapie

Das Fachgebiet Strahlentherapie hat sich in den letzten Jahren besonders dynamisch weiterentwickelt. Zielgenauigkeit, Präzision und damit die Möglichkeit, den Tumor mit einer hohen Dosis zu bestrahlen und die angrenzenden gesunden Gewebe und Organe möglichst zu schonen, konnten immer weiter verbessert werden. Anträge auf Leistung der GKV zu Methoden der Hochpräzisions-Strahlentherapie sind daher ein häufiges Thema der Begutachtung im KC Onkologie. Diese betreffen verschiedene Formen der Radiochirurgie, wie eine hoch präzise, in einer einzigen Dosis verabreichte Bestrahlung in der Klinik meistens bezeichnet wird. Synonym werden auch die Bezeichnungen stereotaktische Einzeitbestrahlung oder Einzeit-Stereotaxie verwendet. Radiochirurgie kann an verschiedenen Geräten erfolgen wie Gamma-Knife, Cyberknife oder speziell ausgerüstetem Linearbeschleuniger und entspricht keiner im EBM (ein Katalog, der die vertraglichen Leistungen beschreibt) abgebildeten, vertraglichen Leistung. Die Einzeit-Stereotaxie ist eine neue Behandlungsmethode, die vor allem bei Tumoren im Kopfbereich zum Einsatz kommt, z. B. bei Hirnmetastasen oder gutartigen Tumoren des zentralen Nervensystems wie Meningeomen oder Akustikusneurinomen. Bei Hirnmetastasen gibt es wissenschaftlich gesicherte Belege aus methodisch hochwertigen klinischen Studien für einen Nutzen der Behandlung, so dass hier unter bestimmten Voraussetzungen eine positive sozialmedizinische Empfehlung möglich ist. Bei den gutartigen Hirntumoren hingegen ist oft die fraktionierte stereotaktische Radiotherapie (FSRT) eine medizinisch gleichwertige Alternative, bei der die Bestrahlung in viele kleine Dosen, meist etwa 20 bis 30, aufgeteilt und in entsprechend vielen Sitzungen, einmal pro Werktag, verabreicht wird. Grund für diese Fraktionierung sind Beobachtungen, dass in den Pausen zwischen den Bestrahlungen, gesundes Gewebe Strahlenschäden „reparieren“ kann, während das bei Tumorgewebe in diesem Maße nicht möglich ist. Damit wird das Tumorgewebe stärker geschädigt, als angrenzendes gesundes Gewebe, was auch im Bestrahlungsfeld liegt. Nachteil ist, dass sich die Bestrahlung über mehrere Wochen hinzieht, auch wenn jede Sitzung nur wenige Minuten dauert. Da FRST – im Gegensatz zu Radiochirurgie - GKV-Vertragsleistung ist, muss in geeigneten Fällen darauf verwiesen werden.

Eine Variante der Radiochirurgie sind stark hypofraktionierte Hochpräzisionsbestrahlungen, typischerweise in 3 – 5 Sitzungen. Diese kommen meist bei Hochpräzisionsbestrahlungen außerhalb des Gehirns zum Einsatz. Synonyme sind Körperstereotaxie, extrakranielle stereotaktische Radiotherapie (ESRT) und „stereotactic body radiotherapy“ (SBRT). Typische Indikationen sind Lungenkrebs im Frühstadium (hier gibt es relativ gesicherte Erkenntnisse für einen Nutzen), Lebertumoren und sogenannte „Oli-

gometastasen“, also wenige Metastasen in nur einem Organ. Die Behandlung erfolgt mittels eines speziell ausgerüsteten Linearbeschleunigers oder als besondere Bauform des Linearbeschleunigers auch mittels Cyberknife. Wegen der Durchführung in mehreren Fraktionen ist diese Behandlung als GKV-Vertragsleistung zu bewerten; wegen des relativ hohen Aufwands und der vergleichsweise geringen Vergütung werden dennoch Anträge auf außervertragliche Leistung gestellt. Diese müssen in der Regel auch bei klarer Indikation negativ bewertet werden und auf die Abrechnung als vertragliche Leistung verwiesen werden. Viele Cyberknife-Zentren besitzen aber Selektivverträge mit einigen Krankenkassen, in denen eine höhere Vergütung vereinbart wurde.

„Normale“ fraktionierte Bestrahlungen am Linearbeschleuniger erfolgen entweder mit hochenergetischen Röntgenstrahlen („Photonen“) oder mit Elektronen. Auch hier haben sich Weiterentwicklungen ergeben, die es möglich machen, innerhalb eines Bestrahlungsfeldes mit unterschiedlicher Dosis zu bestrahlen (intensitätsmodulierte Radiotherapie = IMRT) bzw. auch während der Bestrahlung den Einstrahlwinkel zu ändern (intensitätsmodulierte Rotationsbestrahlung, „rapid arc“, „VMAT“). Aus der Kombination dieser Technik mit einer „scheibchen- bzw. spiralförmigen“ Bestrahlung – wie beim Computertomographen (CT) in der Diagnostik – ist die Tomotherapie entstanden. Alle diese Methoden sind Fortentwicklungen der fraktionierten Bestrahlung am Linearbeschleuniger und als solche GKV-Vertragsleistungen.

Für spezielle Indikationen wurde auch die Möglichkeit geschaffen, mit anderen Teilchen wie Protonen, Schwerionen oder (selten) Neutronen zu bestrahlen. Die hierfür verwendeten Geräte sind in der Regel so groß, dass sie ein eigenes Gebäude benötigen und können daher nur an wenigen Zentren angeboten werden. Es handelt sich bei allen diesen Behandlungen um neue Behandlungsmethoden. Einige Indikationen für Protonentherapie wurden vom G-BA positiv bewertet, z. B. bestimmte Aderhautmelanome sowie Chordome und Chondrosarkome. Darüber hinaus gibt es einige Indikationen, in denen unter Umständen eine Behandlung mit Protonen oder Schwerionen in Frage kommt, z. B. fortgeschrittene und/oder ungünstig gelegene Tumoren der Schädelbasis oder der Nasennebenhöhlen sowie bestimmte Speicheldrüsentumoren. Auch wenn nach erfolgter Strahlentherapie ein Rezidiv im bereits bestrahlten Gebiet auftritt, kann eine Protonentherapie indiziert sein. In vielen anderen Indikationen, wie z. B. beim Prostatakarzinom, kann auf vertragliche Methoden der Hochpräzisionsbestrahlung wie z. B. intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) bzw. Tomotherapie verwiesen werden. Auch von den Protonen- und Schwerionenzentren wurden mit einigen Krankenkassen Selektivverträge abgeschlossen, die bei der Begutachtung ggf. zu berücksichtigen sind. Zudem sollte die Möglichkeit einer Studienteilnahme geprüft werden.

Weitere häufige Themen der Begutachtung im Zusammenhang mit strahlentherapeutischen Verfahren sind die permanente Brachytherapie beim Prostatakarzinom („Seeds“) sowie die intraoperative Bestrahlung (IORT) beim Mammakarzinom. Bei der Brachytherapie des Prostatakarzinoms ist in der Regelversorgung auf die vertragliche Leistung einer externen Photonenbestrahlung, bevorzugt in der IMRT-Technik (s. o.) zu verweisen. Nach brusterhaltender Operation bei Brustkrebs wird in der Regel das Tumorbett, also die an den Tumor angrenzenden Gewebeschichten mit einer höheren Dosis als der übrige Teil der Brust bestrahlt. Dies erreicht man bei ambulanter Bestrahlung, indem man während oder im Anschluss an die Bestrahlung dieses Gebiet zusätzlich bestrahlt, auch „Boost“ genannt. Bei IORT, wird dieser Boost noch im Operationsaal unmittelbar nach Entfernung des Tumors verabreicht. Bislang wurde nicht belegt, dass damit die Langzeitprognose der Patientinnen verbessert werden kann. Dennoch erfreut sich diese Methode bei vielen Kliniken großer Beliebtheit, da IORT zu einer deutlichen Steigerung des von der Krankenkasse zu zahlenden Entgeltes führt.

Zusammengefasst werden die Einsatzgebiete von Methoden der Hochpräzisions-Strahlentherapie zunehmend ausgeweitet. Während in manchen Indikationen der Nutzen neuer Behandlungsmethoden wie Einzeit-Radiochirurgie oder Protonen belegt oder zumindest sehr wahrscheinlich ist, ist in anderen ein Vorteil gegenüber vertraglichen Bestrahlungsmethoden bisher nicht belegt. Im Einzelfall ist daher immer zu prüfen, ob eine bestimmte Form der Strahlentherapie medizinisch notwendig ist oder ob auf medizinisch gleichwertige Alternativen verwiesen werden kann, die für die GKV wirtschaftlich günstiger sind. Die zahlreich vorhandenen Selektivverträge müssen ggf. bei der Begutachtung berücksichtigt werden. Insbesondere bei Protonen und Schwerionen sollte auch die Möglichkeit eines Studieneinschlusses geprüft werden. Nur durch methodisch hochwertige, prospektiv vergleichende Studien ist es möglich zu gesicherten Erkenntnissen zu gelangen, die es ermöglichen zu bewerten, bei welchen Indikationen diese neuen, hochpreisigen Bestrahlungsmethoden mit einem Vorteil für die behandelten Patientinnen und Patienten verbunden sind.

Bilanz, Perspektive

Das KV 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 sowie Angebote zur Qualifikation und Weiterbildung von 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 Untersuchung- und Behandlungsmethoden im Fachgebiet Onkologie und Aspekte der Qualitätssicherung. Im Bereich Arzneimittel wird die Beratung des KC Onkologie durch den GKV-Spitzenverband 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 ff. 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. Ziel ist, die Qualität der sozialmedizinischen Begutachtung im Fachgebiet Onkologie kontinuierlich zu verbessern. Dazu dienen die engen Kooperationen mit den Ansprechpartnern Onkologie und die Organisation von halbjährlichen Treffen zur sozialmedizinischen Beratung und Bewertung neuer Entwicklungen in der Onkologie. Die Kooperation zwischen einzelnen MDKs und dem KC Onkologie bei Sozialgerichtsverfahren zu onkologischen Krankenhausbehandlungen wurde ausgebaut. Durch regelmäßige Ausrichtung des KC Onkologie von Fortbildungsveranstaltungen des MDS wird das KC Onkologie auch zukünftig zur Qualifikation der MDK-Gutachter und -Gutachterinnen im Fachgebiet Onkologie beitragen. Darüber hinaus beteiligt sich das KC Onkologie an Schulungsveranstaltungen für Mitarbeiter der GKVn.

Die Evaluation der Kundenzufriedenheit von Auftraggebern innerhalb von GKV und MDK zu Gutachtenprodukten und Beratungen des KC Onkologie ergab weiterhin eine durchgehend positive Bewertung.

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 der GKV, die Akzeptanz der sozialmedizinischen Bewertungen des MDK zu erhöhen und damit zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung onkologischer Patienten beizutragen.

Abbildung 1.1: Auftragseingänge KC Onkologie seit Eröffnung

Anzahl Aufträge

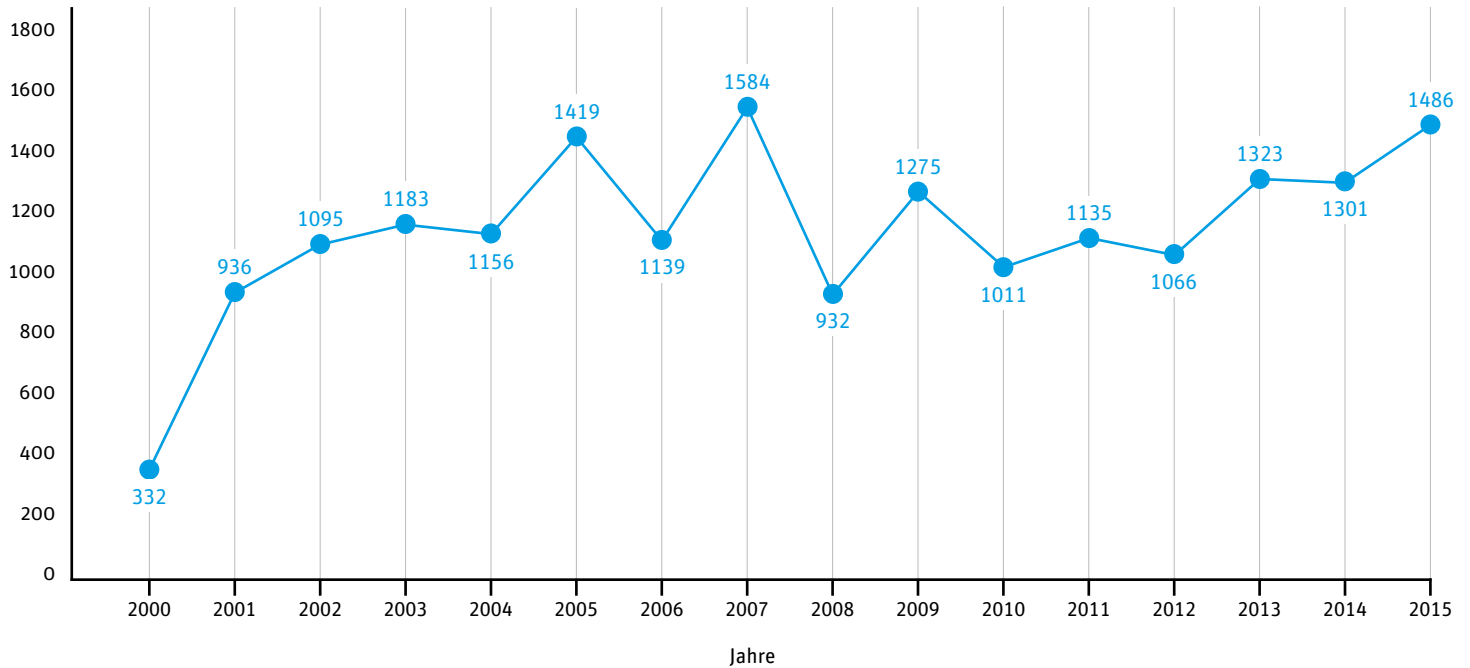


Abbildung 1.2: In der Auftragsdatenbank erfasste Arbeitszeit KC Onkologie ab 2003

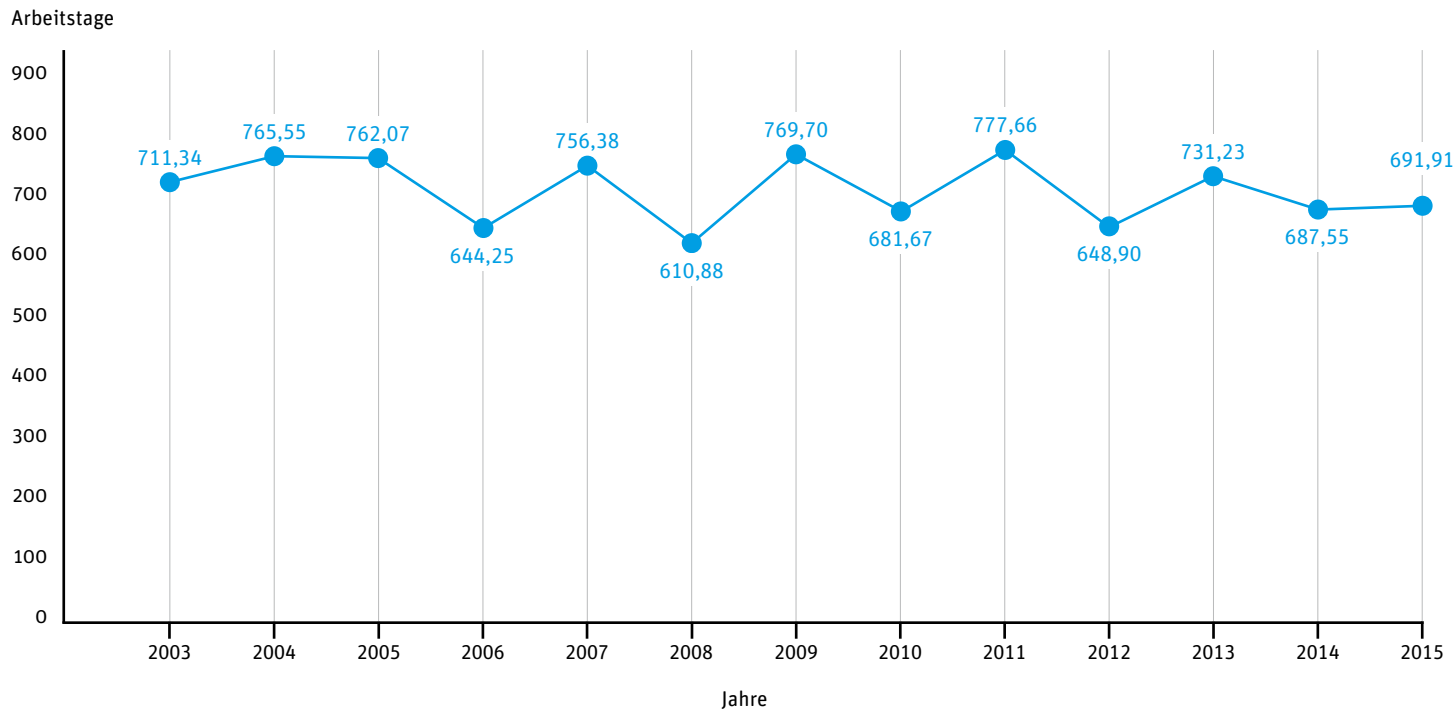


Abbildung 2.1: Anzahl erledigter Aufträge nach Auftragsarten (n=1445)

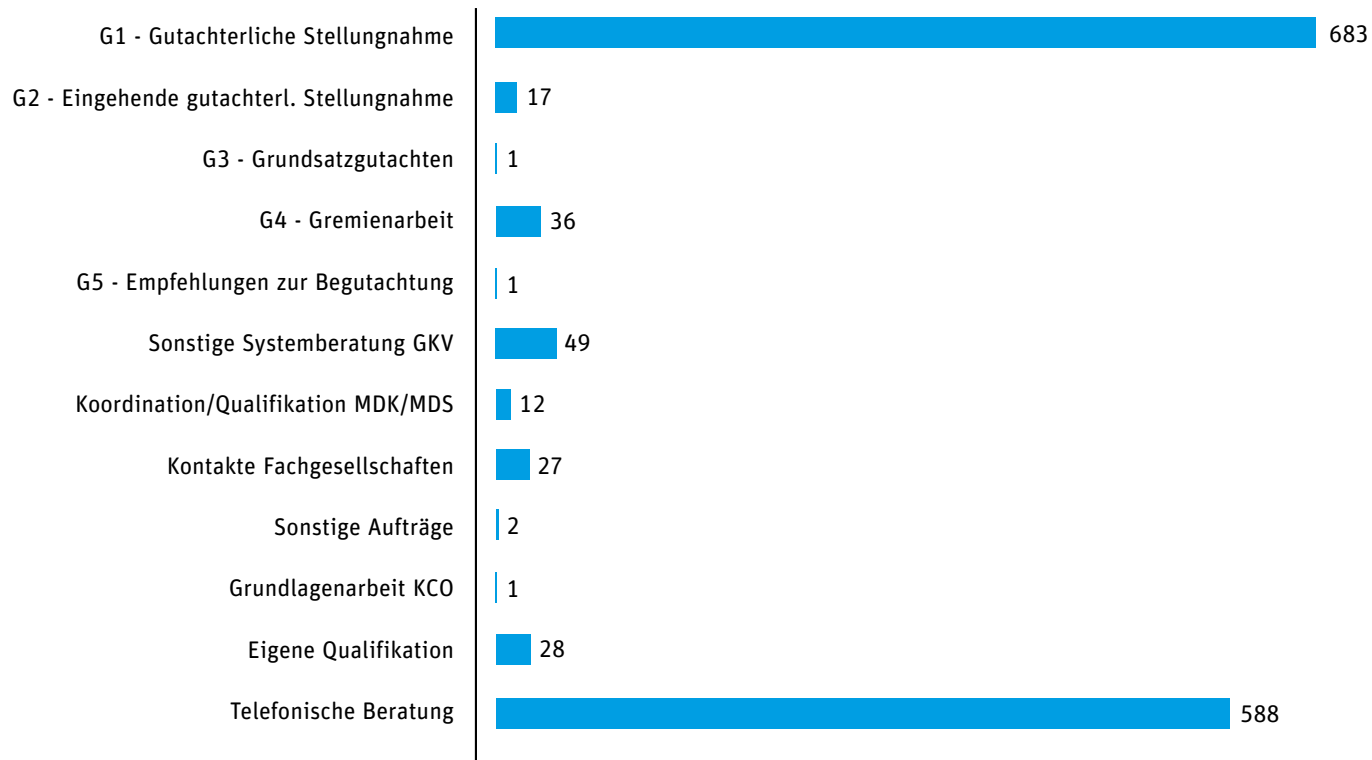


Abbildung 2.2: Arbeitszeit für erledigte Aufträge nach Auftragsart (691,9 Tage)

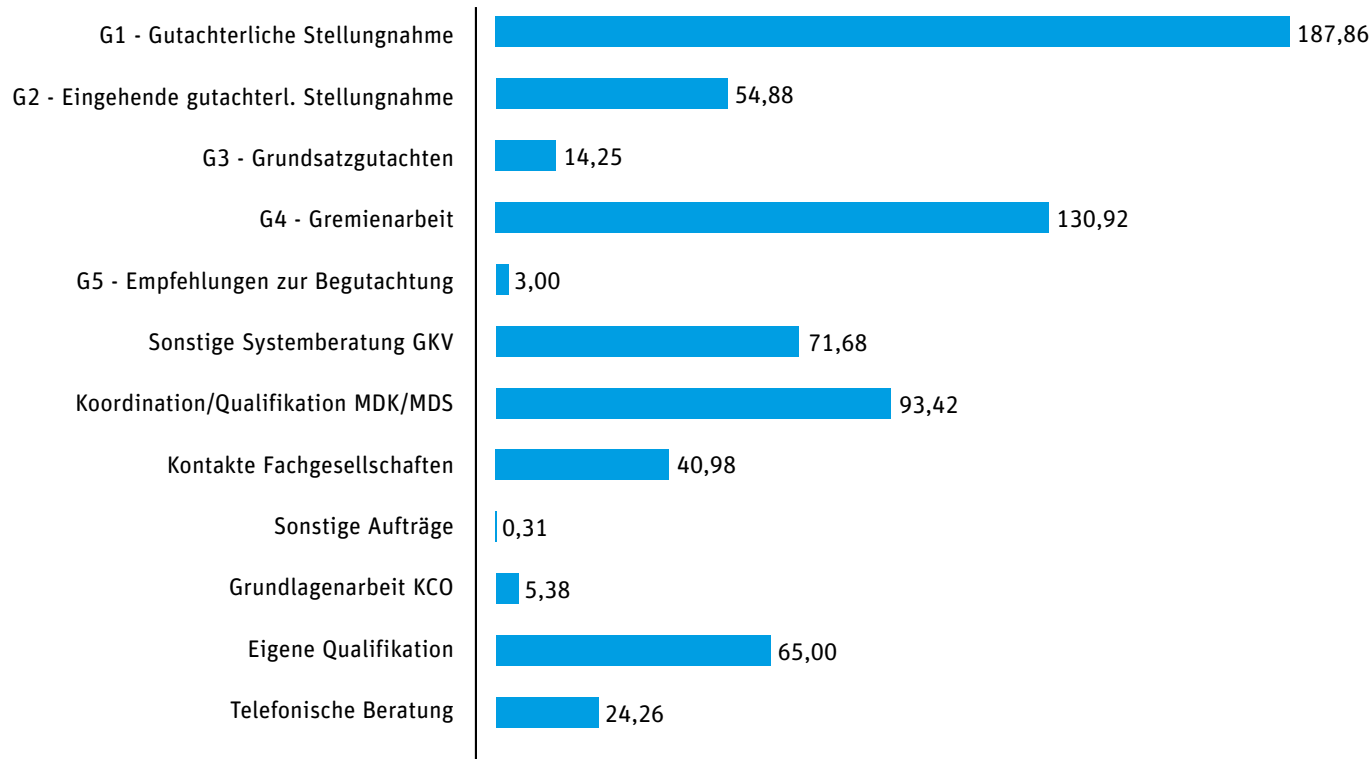


Abbildung 3: Arbeitszeit für erledigte Aufträge, Eingang über MDK/MDS (416,6 Tage) (ohne telefonische Beratung)

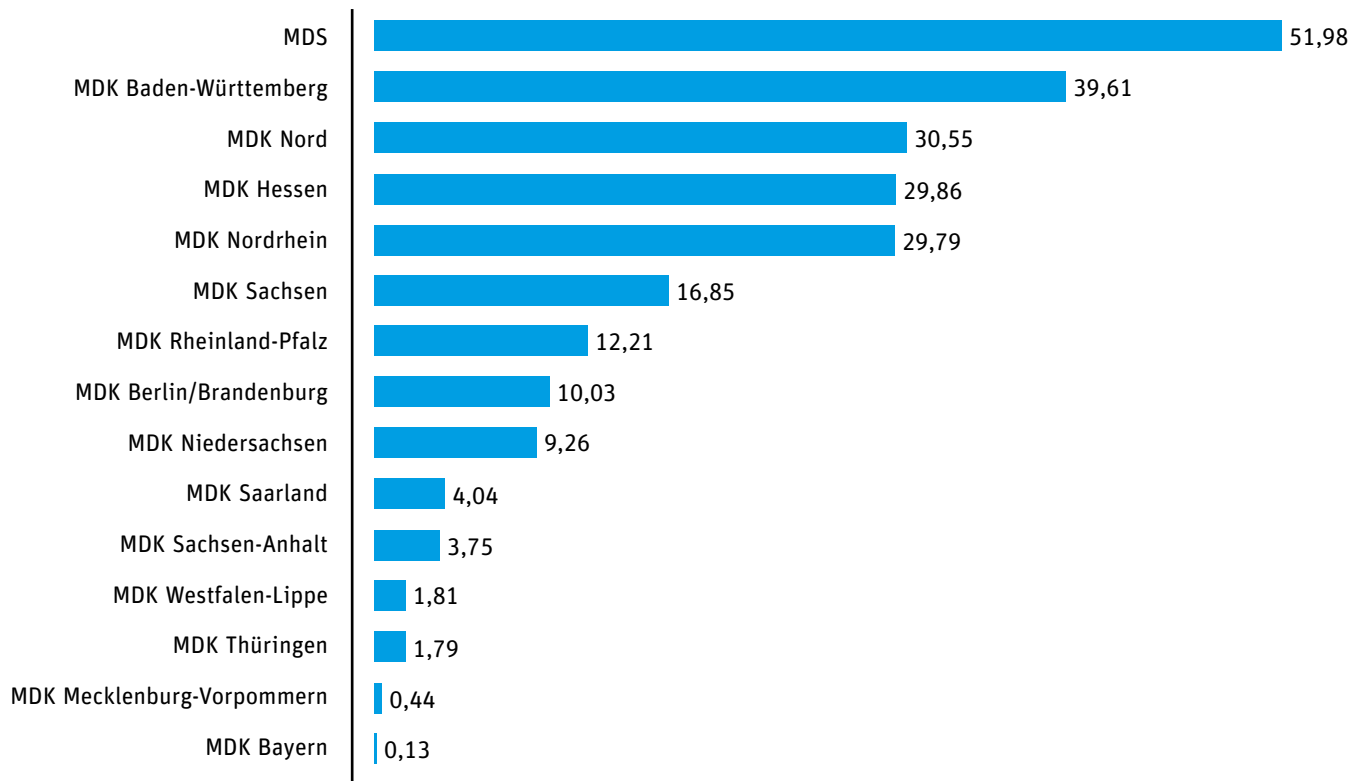


Abbildung 4: Arbeitszeit für erledigte Aufträge, Eingang über GKV (251,1 Tage) (ohne telefonische Beratungen)

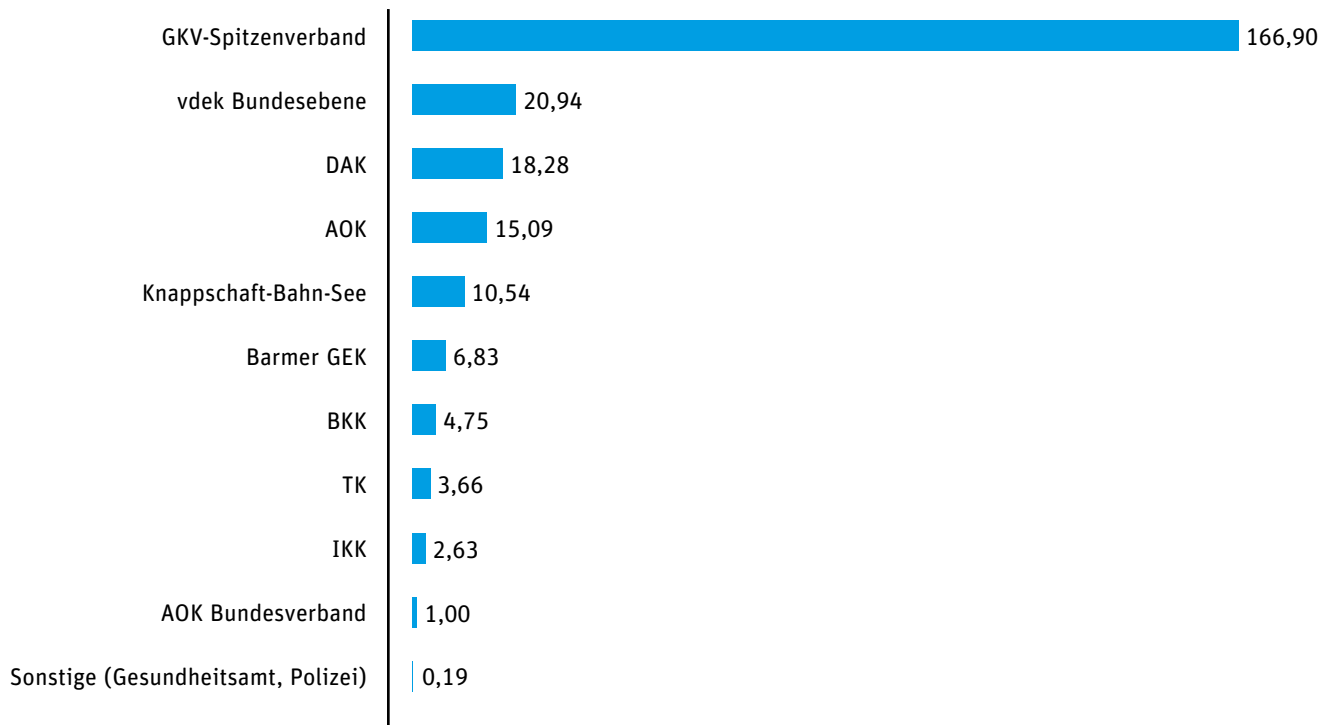


Abbildung 5: Arbeitszeit für erledigte Aufträge nach Ursprungsauftraggeber GKV (399,3 Tage) (ohne telefonische Beratungen)

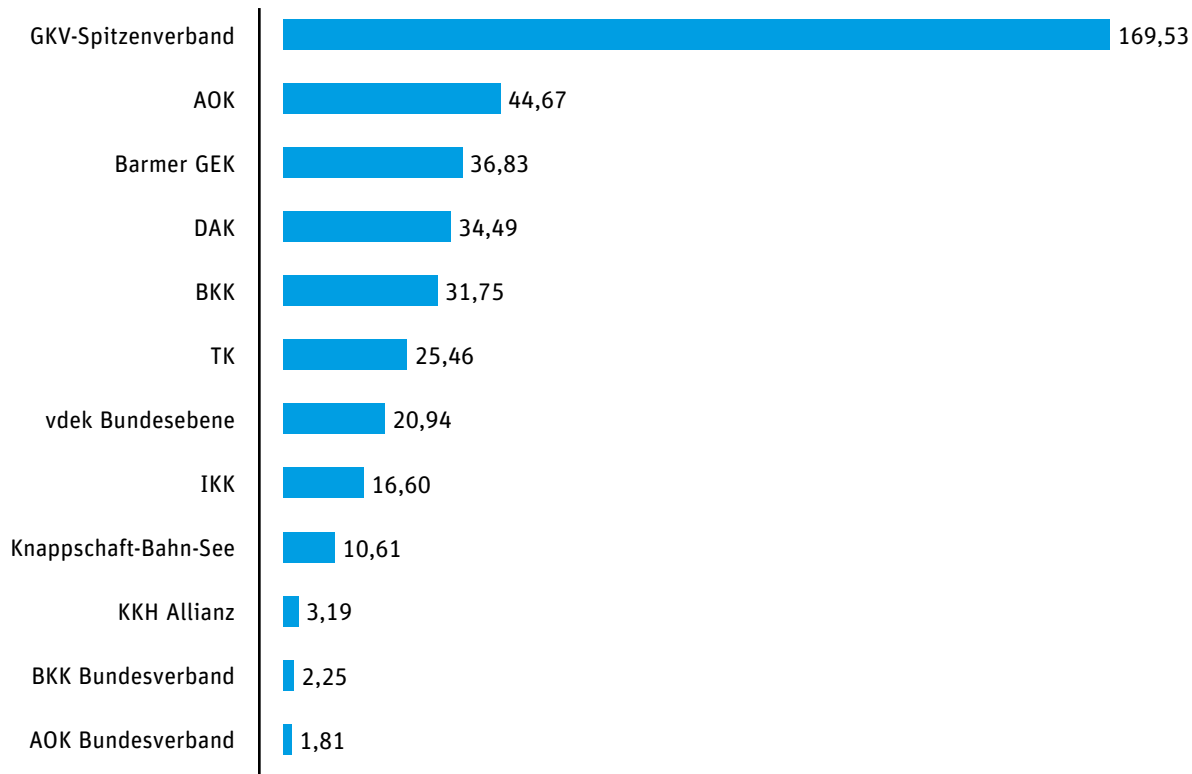


Abbildung 6: Evaluation der Kundenzufriedenheit

Auswertung Feedbackbögen 2015

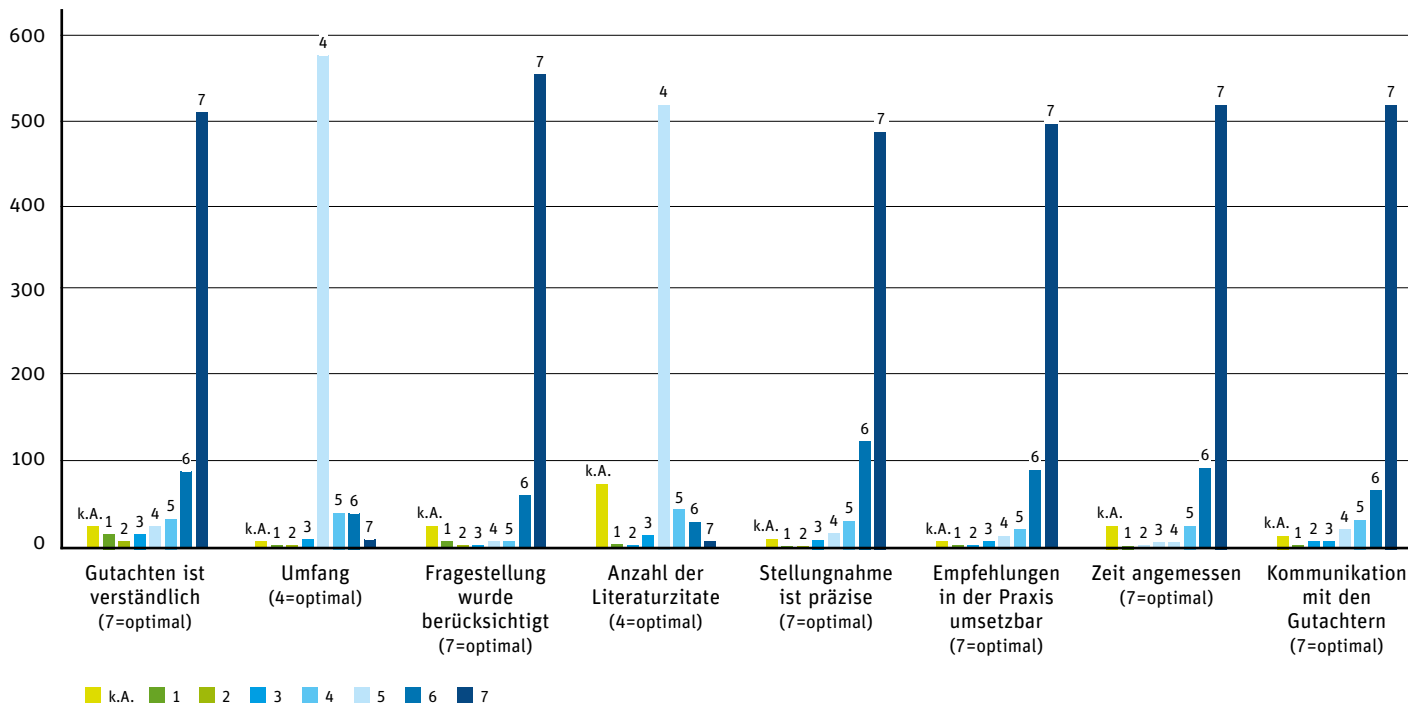


Abbildung 7: Telefonische Beratungen

Institution des/der Gesprächspartners/in	Anzahl der telefonischen Beratungen
MDK Baden-Württemberg	59
MDK Bayern	1
MDK Berlin-Brandenburg	13
MDK Bremen	2
MDK Hessen	68
MDK Mecklenburg-Vorpommern	13
MDK Niedersachsen	86
MDK Nord	66
MDK Nordrhein	63
MDK Rheinland-Pfalz	78
MDK Saarland	16
MDK Sachsen	36
MDK Sachsen-Anhalt	20
MDK Thüringen	7
MDS	1
MDK Gemeinschaft insgesamt	529
GKV	59
Gesamt	588

Abbildung 8: Mitarbeit in den Gremien auf Bundesebene

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

Das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Überblick

Leitung KCPP

Dr. med. Christoph J. Tolzin

FA für Psychiatrie
und Psychotherapie
-Sozialmedizin-

Stellvertretung

Carmen Bender

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Qualitätsmanagerin
DGQ/EOQ

Weitere Mitarbeiterinnen

Dr. med. Sandra Bischof

FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
-Sozialmedizin-

Dr. med.

Wiebke Martinsohn-Schittkowski

FÄ für Kinder und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
-Sozialmedizin-
Supervisorin

Nicola Oliver

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin

Ruth Rohdich

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Forensische Sachverständige
(LPPKJP Hessen)

Dr. phil. Ulrike Sühlfleisch-Thurau

Diplom-Psychologin, Psychologische
Psychotherapeutin, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin

Büro KCPP in
Mecklenburg-Vorpommern
Blücherstraße 27 C
18055 Rostock

Beate Leplow

Tel.: 0381 2 52 55-75
Fax: 0381 2 52 55-99
Mail: b.leplow@mdk-mv.de

Büro KCPP in Hessen
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

Petra Nix

Tel.: 06171 634-222
Fax: 06171 634-191 222
Mail: p.nix@mdk-hessen.de

www.kcpp-mv.de

Psychiatrie im Fokus der Öffentlichkeit

Die Jahre 2014 und 2015 standen im Zeichen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz/GKV-VSG), welches am 23.07.2015 in Kraft trat. Mit diesem Gesetz soll die ambulante medizinische Versorgung flächendeckend sichergestellt werden und ärztliche Leistungen für PatientInnen besser erreichbar sein.

Die neuen gesetzlichen Regelungen betreffen auch den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. So soll die psychotherapeutische Versorgung durch die Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden verbessert werden. Die zeitnahe Ermittlung des Behandlungsbedarfs von PatientInnen sowie die individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote sollen hierbei Wartezeiten für Hilfesuchende verringern. Des Weiteren sollen Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen im Rahmen einer Befugniserweiterung Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation und zur Soziotherapie sowie Krankentransporte und Krankenhausbehandlungen verordnen können. Darüber hinaus soll die bisher wenig angebotene Gruppentherapie verstärkt gefördert werden – auch dies mit dem Ziel, Wartezeiten zu reduzieren und eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten.

Das GKV-VSG regelt auch die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu. Damit PatientInnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Wartezeiten ambulant versorgt werden können, soll das Entlassmanagement nach einer Krankenhausbehandlung verbessert werden. Krankenhäuser erhalten daher das Recht, Arzneimittel in kleinen Mengen und Heilmittel oder Leistungen wie häusliche Krankenpflege für eine Dauer von bis zu sieben Tagen zu verordnen.

Der daraus resultierende Bedarf der Anpassung bestehender Richtlinien und Begutachtungsleitlinien im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sowie andere Fragestellungen zur 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 GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der MDK-Gemeinschaft. Es versteht sich als modernes Dienstleistungsunternehmen, welches

seinen Auftraggebern das erforderliche sozialmedizinische und fachspezifische Wissen auf den Gebieten Psychiatrie, 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 Leitung des KCPP hat ihren Sitz am Standort Rostock. Für die Auftragsabwicklung stehen dem KCPP 4,5 Vollzeitstellen, verteilt auf 7 Gutachterinnen und Gutachter und zwei Vollzeitstellen für Sekretariat/Sachbearbeitung zur Verfügung.

Die Arbeit des KCPP erfolgt mit einem hohen Anspruch an die Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und an die Qualität der eigenen Leistung. Auf Grund 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 Auftragsabwicklung gewährleistet ist.

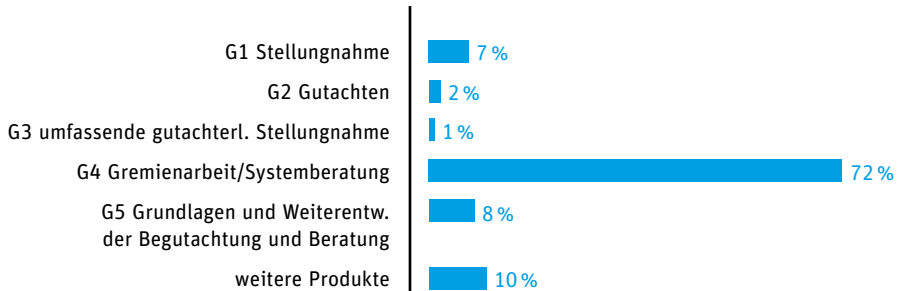
Arbeitsfelder

Auch in den Jahren 2014/2015 ergab sich eine stabile Auftragslage für das KCPP. Politische Themen wie die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung mündeten beispielsweise in Aufträge des GKV-SV, in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und deren angegliederten Arbeitsgruppen (AGen) begleitend und beratend tätig zu werden. Auch die Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der stationären Versorgung wurde im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen der Selbstverwaltungspartner fachlich begleitet.

Weitere Auftraggeber waren die Dachverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie der MDK-Gemeinschaft, beispielsweise zur methodische Bewertung eines internetbasierten Psychotherapieansatzes oder Konzeptbeurteilungen zur stationären psychiatrischen oder rehabilitativen Angeboten.

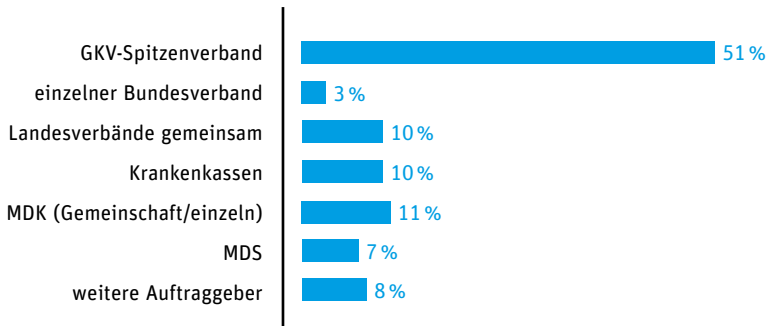
Die Abbildungen 1 und 2 vermitteln einen Überblick über den Ressourcenverbrauch, differenziert nach Produkten und Auftraggebern.

**Abbildung 1: Ressourcenverbrauch nach Produkten für 2014 und 2015,
Personentage in Prozent**



Wie in den Vorjahren ist festzustellen, dass ein Schwerpunkt der Arbeit des KCPD insbesondere in der Gremienarbeit und Systemberatung liegt (**vgl. Abb. 1**). In der Rubrik G5 *Grundlagen und Weiterentwicklung der Begutachtung und Beratung* wurden anteilig etwas mehr Ressourcen als in den Vorjahren aufgewendet.

**Abbildung 2: Ressourcenverbrauch nach Auftraggeber für 2014 und 2015,
Personentage in Prozent**



Der Ressourcenverbrauch nach Auftraggebern bildet neben der weiterhin stabilen Auftragslage aus dem GKV-SV eine stetige Frequentierung aus der gesamten Kassenlandschaft und der MDK-Gemeinschaft ab (**vgl. Abb.2**).

Die im Weiteren vorgestellten Arbeitsschwerpunkte sollen modellhaft die Arbeit des KCPP und deren Ablauf skizzieren und relevante Resultate beschreiben. 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 (G-BA)

Wie zuvor bereits beschrieben liegt in der Gremienarbeit und Systemberatung ein großer Arbeitsschwerpunkt des KCPP. Hier sind insbesondere die Tätigkeiten im Auftrag des GKV-SV in den Unterausschüssen (UAen) und Arbeitsgruppen (AGen) des G-BA zu nennen (**vgl. Abb. 3**).

Abbildung 3: Unterausschüsse und Arbeitsgruppen des G-BA, in denen das KCPP beratend tätig war



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.

Im Rahmen des GKV-VSG hatte der Gesetzgeber gem. § 92 SGB V Absatz 6 a Satz 3, den G-BA beauftragt, bis zum 30.06.2016 in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) „Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, zur Förderung einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahren“ zu beschließen. Daher wurde im Mai 2014 die *AG Strukturreform der ambulanten Psychotherapie eingerichtet*, um die verschiedenen Reformvorschläge zum Angebot ambulanter Psychotherapie zu beraten und ein gemeinsames Konzept der Selbstverwaltung zur Strukturreform in der ambulanten Psychotherapie zu entwickeln.

Neben einer kontinuierlichen Mitarbeit in dieser AG beriet das KCPP flankierend in der AG Psychotherapie des GKV-SV und erarbeitete Entwürfe zur Änderung der PT-RL sowie zu den Tragenden Gründen der Änderung.

Die *AG Einzel- und Gruppentherapie* war im Juli 2013 eingerichtet worden, um den Antrag der Patientenvertretung auf ersatzlose Streichung des § 19 der PT-RL „Kombination von Anwendungsformen“ zu prüfen. Es sollte in § 23b der PT-RL geregelt werden, dass psychoanalytisch begründete Verfahren (pabV) als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden können. Unter Berücksichtigung einer Ende 2013 durchgeführten ExpertInnenbefragung und auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche und -auswertung im Jahr 2014 erarbeitete die AG einen Beschlussentwurf, der schließlich in eine Änderung der PT-RL mündete. Nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) trat die neue Regelung mit Datum vom 15.10.2015 in Kraft (Veröffentlichung im BAnz AT 15.10.2015 B3). Seither ist auch in den pabV eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ohne Einschränkung möglich.

Im Dezember 2014 wurde die AG Tabak eingesetzt, um eine Anfrage an den G-BA zur Auslegung der PT-RL bezüglich § 22 Absatz 2 Nr. 1 a (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) zu bearbeiten. Die Überprüfung des Sachverhalts ergab die Notwendigkeit einer Klarstellung in der PT-RL.

Ein entsprechender Entwurf zur Neuformulierung in der PT-RL sowie eine ausführliche Erläuterung zur geplanten Richtlinienänderung wurden erarbeitet und in das Stimmnahmeverfahren gegeben. Divergierende Auffassungen der stellungnahmeberechtigten Parteien machten eine differenzierende Beschäftigung mit der S3- Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ und eine Auswertung der dort einbezogenen Studien erforderlich. Diese Arbeit wurde vom KCPP in Zusammenarbeit mit der Abteilung Fachberatung Medizin des G-BA geleistet und anschließend in der AG abgestimmt. Der in der Folge in der AG erarbeitete Entwurf für die Klarstellung der PT-RL wurde im UA konsentiert und an das Plenum des G-BA weitergeleitet, welches in seiner Sitzung vom 15.10.2015 die vorgeschlagenen Änderungen der Richtlinie beschloss.

Nach Prüfung durch das BMG trat die Änderung am 06.01.2016 in Kraft, war jedoch mit Auflagen versehen worden. Diese sollen in einer neuen AG bearbeitet werden, an der auch das KCPP beteiligt sein wird.

In der *AG Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie/Dokumentationsbogen* waren bereits in den Vorjahren ein Instrument zur einheitlichen Dokumentation in der ambulanten Psychotherapie entwickelt sowie Konzepte zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie im Rahmen des Gutachterverfahrens beraten worden. Das KCPP hatte zusammen mit dem GKV-SV ein „Rahmenkonzept Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie“ entwickelt, welches die Grundlage der weiteren Beratungen in der AG bildete. Im Weiteren wurde in der AG die Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, AQUA-Institut) mit der Erstellung einer „Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ vorbereitet.

In der *Gemeinsamen AG von G-BA und Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)* erfolgten eine gegenseitige Information und ein Austausch zu aktuellen Projekten des WBP (u. a. Bewertungsverfahren der „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) bei Kindern und Jugendlichen) und zu aktuellen Beratungsgegenständen des G-BA (z. B. Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei pabV, Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie, Strukturreform der ambulanten Psychotherapie).

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und der Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e. V. (DDPP) hatten im Jahr 2012 angeregt, die Anwendungsbereiche in § 22 Abs. 1 PT-RL um die Nr. 10: „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zu ergänzen. Zugleich wurde empfohlen, den § 22 Abs. 2 Nr. 4 „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ ersatzlos zu streichen.

Nach einer ExpertInnenanhörung im Dezember 2013 wurde vom UA PT die AG „*Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4*“ zur Erarbeitung konkreter Vorschläge für eine Änderung der PT-RL eingerichtet. Nach Beratung des von der AG erarbeiteten Beschlussentwurfs und unter Würdigung der Stellungnahmen sprach sich der G-BA im Oktober 2014 dafür aus, in den Anwendungsbereichen des § 22 Abs. 1 die Nr. 4 wie folgt zu verändern: „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“. Der Anwendungsbereich sollte aber nicht zusätzlich unter Absatz 1 des § 22 der PT-RL gefasst werden, sondern weiterhin in § 22 Abs. 2 der PT-RL eingeordnet bleiben.

Nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das BMG trat der Beschluss auf Änderung der PT-RL am 30.12.2014 in Kraft (Veröffentlichung im BAnz AT 29.12.2014 B3).

Nach Abschluss der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit des EMDR als psychotherapeutische Behandlungsmethode bei Erwachsenen in der AG EMDR des UA Methodenbewertung wurde vom UA PT im Februar 2014 eine weitere AG EMDR zur Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser neuen Methode in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sowie zur Frage der Einbindung in die PT-RL eingerichtet. Dem Arbeitsergebnis der AG folgend hat der G-BA in seiner Sitzung am 16.10.2014 beschlossen, EMDR als neue Behandlungsmethode für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, zuzulassen. Nach Inkrafttreten der neuen Regelung am 03.01.2015 kann EMDR nun gemäß Anlage 1, Abs. I, Nr. 3 der PT-RL bei Erwachsenen mit PTBS als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie (VT), der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie angewendet werden.

Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL)

Der UA VL und seine AGen bewerten Leistungen, wie z. B. Arznei-, Heil und Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege und Soziotherapie und regeln im Rahmen von Richtlinien Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Im Rahmen der *AG Soziotherapie/psychiatrische häusliche Krankenpflege (psychHKP)* konnte in einem mehrjährigen Verfahren eine Einigung für die Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL) gefunden werden. Nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das BMG trat der Beschluss auf Neufassung der ST-RL am 14.04.2015 in Kraft. Die Ausweitung der Indikationen zur Soziotherapie wurde auf begründete Einzelfälle beschränkt. Hierzu wurde u. a. der Wert für die Schwere der Fähigkeitsstörung auf der Skala zur Erfassung des Globalen Funktionsniveaus (GAF) von zuvor 40 auf 50 Punkte erhöht (100 = voll funktionsfähig; 1 = ständige Gefahr für Eigen- oder Fremdgefährdung).

Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB)

Im UA MB sowie in den entsprechenden AGen werden Bewertungen von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchgeführt sind.

In der *AG Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren* werden die in der PT-RL zur Krankenbehandlung zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren (VT, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) einer evidenzbasierten Bewertung unterzogen. Die Mitarbeit in dieser AG ist eine der zeitlich und inhaltlich umfangreichsten Arbeitsaufträge im Rahmen der Tätigkeiten im G-BA.

Für die VT wurden ab Mitte 2015 begonnen, den Bericht für die Nutzenbewertung für die verschiedenen Anwendungsbereiche aus der PT-RL aus der Literaturrecherche 2007 – 2011 zu erstellen. Hierbei konnten die Entwürfe für die Bereiche Essstörungen und Angststörungen Ende 2015 fertiggestellt werden. Gleichfalls konnten auch die Auswertungen der systematischen Reviews und Metaanalysen für die pabV in 2015 abgeschlossen werden. Nach einem im Juni 2015 durchgeführten Update-Literaturrecherche für den Zeitraum 2011 bis 2015 soll das Erst- und Zweitscreeningverfahren der Literaturtreffer für die VT und die pabV im Frühjahr 2016 beendet sein.

Die *AG EMDR* war im Juni 2011 mit der Prüfung der EMDR als Methode im Rahmen der Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen mit PTBS betraut worden. Nach einer systematischen Bewertung der vorliegenden Evidenz durch die Mitglieder der AG konnte der Nutzenbericht dem UA MB am im Januar 2014 vorgelegt werden. Die weitere Bearbeitung erfolgte zuständigkeithalber in einer AG EMDR im UA PT.

Im Februar 2013 wurde durch ein unparteiisches Mitglied des G-BA die Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V beantragt. Daraufhin erarbeitete die *AG Systemische Therapie* Empfehlungen für einen Auftrag zur Nutzenbewertung an das Institut für Qualität und Wirt-

schaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Insbesondere wurde seitens des KCPP eine Operationalisierung des Verfahrens systemische Therapie hinsichtlich Störungs- und Ursachenmodell, therapeutischer Techniken, Wirkmechanismen und Gesamtbehandlungskonzept als Arbeitspapier für das IQWiG erstellt.

Der G-BA beschloss in seiner Sitzung im August 2014, das IQWiG mit der Nutzenbewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß §§ 139 b Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 139a Abs. 3 SGB V zu beauftragen. Für das dritte Quartal 2016 wird ein erster Vorbericht des IQWiG erwartet.

Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS)

Mit der Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems, den Fächern Psychiatrie/Psychosomatik und der damit verbundenen 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 der Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut) und unter Beteiligung der Verbände und Fachgesellschaften eine solche Qualitätssicherung zu entwickeln. In der zu diesem Zweck eingerichteten AG arbeitet das KCPP von Beginn an mit.

Die AG Personalbemessung in der Psychiatrie (PPP) arbeitet fortlaufend daran, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung zu erstellen. Da sich die in einer systematischen Literaturrecherche gefundene Evidenz sowie die vorliegenden Leitlinien als nicht geeignet erwiesen, Personalvorgaben abzuleiten, fokussiert sich die aktuelle Arbeit auf die Erhebung empirischer Daten zur bundesweiten Personalausstattung. Mittels einer Einbeziehung von externer Expertise sollen die Ergebnisse in Mindestvorgaben münden.

Die AG sektorenübergreifenden Qualitätssicherung psychische Erkrankungen wurde im Jahr 2010 mit dem Ziel eingerichtet, eine Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut) zur Entwicklung von QS-Verfahren im Bereich Psychiatrie zu konkretisieren. Im Rahmen mehrerer Konkretisierungsschritte der Konzeptskizze in bilateraler Arbeit zwischen dem AQUA-Institut und der AG konnte im Juni 2014 der endgültige Auftrag durch den G-BA mit dem Ziel erteilt werden, Indikatoren und Instrumente zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität der Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu

entwickeln. Am 09.11.2015 wurde der Abschlussbericht des AQUA-Instituts abgegeben. Die Beratung und eine Beschlussempfehlung zu dem vorliegenden Bericht werden im Januar 2016 zuständigkeitshalber in der AG *Abnahme AQUA-Berichte* vorgenommen.

Wie bereits zuvor dargestellt, war in der AG *Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie* die Beauftragung des AQUA-Instituts mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein QS-Verfahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorbereitet und vom UA PT die Beauftragung des AQUA-Instituts veranlasst worden. Die Prüfung der vorgelegten Konzeptskizze des AQUA-Instituts „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ in der AG *Abnahme AQUA-Berichte* mündete in ein Nachbesserungsersuchen. Nach Erfüllung dieser Nachbesserungen durch das AQUA-Institut und erneuter Prüfung in der AG *Abnahme AQUA-Berichte* hat der G-BA in seiner Sitzung am 17.12.2015 beschlossen, den Entwurf der Konzeptskizze für ein QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter abzunehmen.

PEPP-Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrische und Psychosomatische Einrichtungen

Nachdem der erste Entgeltkatalog für das Jahr 2013 noch durch eine Ersatzvornahme durch das BMG in Kraft gesetzt werden musste, konnte ab dem Jahr 2014 der Katalog „Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik“ durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene konsentiert werden.

Die dritte Version des PEPP Katalogs für das Jahr 2015 basierte erstmalig auf einer „insgesamt als gut“ bewerteten Kalkulationsbasis (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - InEK), da die Anzahl der Kalkulationshäuser und somit die der verfügbaren Daten zugenommen hatte. Dennoch haben weder die politischen Maßnahmen einer finanziellen Förderung für optierende Krankenhäuser oder die Verlängerung der freiwilligen budgetneutralen Phase um zwei Jahre noch ein grundsätzlicher Umbau des PEPP-Systems durch das InEK unter stärkerer Berücksichtigung tagesbezogener Kostenaspekte zu einer breit getragenen Unterstützung des noch jungen Entgeltsystems geführt. Bis zum 31.12.2015 waren erst 38 % der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser auf das PEPP-System umgestiegen. Fachlich begründete Ansätze einer Weiterentwicklung konnten z. T. vor dem Hintergrund formaler Kritikpunkte der Krankenhäuser bisher nicht implementiert werden.

Die zum Teil abwartende Haltung der Krankenhäuser hatte Auswirkungen auf die Leistungsträger. Aufgrund geringer Fallzahlen fiel es den Krankenkassen-MitarbeiterInnen

schwer, Problemkonstellationen zu identifizieren. Das KCPP trägt mit umfangreichen Schulungen für MitarbeiterInnen der Leistungsträger zu fachspezifischen Inhalten des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), der Kodierregeln und der Abrechnungsregularien der stetig wachsenden Nachfrage Rechnung.

Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Weiterentwicklung des PEPP konzipierte das KCPP auch in den Jahren 2014/2015 mehrere Vorschläge für neue OPS, die potenziell geeignet erscheinen, das Leistungsgeschehen in psychiatrischen Einrichtungen transparenter abzubilden, aufwandshomogene PatientInnengruppen zu bilden und die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung zu gewährleisten. In diesem Kontext erfolgte auch ein Vorschlag für die ICD-10 zur Schweregradbestimmung bei PatientInnen in der Psychiatrie. Auf der Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche und –bewertung zu psychometrischen Instrumenten wurden die in Großbritannien seit über einem Jahrzehnt etablierten und auch seit einigen Jahren in der Schweiz verwendeten „Health of the Nations Outcome Scales“ (HoNOS) empfohlen. Die HoNOS-Skalen erfassen psychische Auffälligkeiten und die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Das Instrument ist einfach durchzuführen und kann über alle psychischen Störungsbilder hinweg angewendet werden.

Die ausgewertete Studienlage zeigte einen Zusammenhang zwischen dem Ergebnis des HoNOS-Schweregrades und dem Ressourcenverbrauch.

Darüber hinaus arbeitete das KCPP kontinuierlich beratend sowohl an Strategiegesprächen des GKV-SV als auch im Krankenhausentgeltausschuss (KEA) des InEK und den zugehörigen AGen sowie in den AGen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit. Des Weiteren werden seit dem Jahr 2013 gemeinsam mit der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) jährliche Schulungen für Gutachterinnen und Gutachter der MDK-Gemeinschaft durchgeführt.

Weitere Systemberatung

Über die bereits zuvor beschriebenen Beratungsaufgaben hinaus wurde das KCPP im Berichtszeitraum 2014/2015 um Information, Unterstützung und Beratung zu vielfältigen Themen des Fachgebietes Psychiatrie/Psychotherapie gebeten. Nachfolgend soll ein kurzer Ausschnitt über die Themenvielfalt der Aufträge dargestellt werden.

Wie im letzten Jahresbericht bereits beschrieben, war das KCPP im Auftrag des GKV-SV und der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK Gemeinschaft „Hilfsmittel und

Medizinprodukte“ (SEG 5) auch weiterhin mit der Bewertung des Nutzen des online-Programm deprexis® bei depressiven Störungen beschäftigt, da seitens der Vertreiberfirma wiederholt neue Studienergebnisse zur Bewertung vorgelegt wurden. Anhand der ausgewerteten Literatur (vorgelegte Einzelstudien und Reviews) konnte jedoch aufgrund erheblicher methodischer Mängel und weil in den meisten Studien unklar geblieben war, ob eine behandlungsbedürftige Symptomatik bei den StudienteilnehmerInnen bestanden hatte, letztlich keine Aussage zur Wirksamkeit von deprexis® bei Menschen mit klinisch relevanter Depression getroffen werden. Derzeit liegt der Sachverhalt beim Sozialgericht, da die Vertreiberfirma dem ablehnenden Bescheid des GKV-SV auf Antrag auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis widersprochen hatte.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland beauftragte der AOK-Bundesverband im Juni 2014 das KCPP mit einer Stellungnahme zur Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung in verschiedenen westeuropäischen Ländern. Inhalte dieser umfangreichen Recherche waren u. a. Zugangsmöglichkeiten zur Psychotherapie, niedrigschwellige Therapieangebote und Vergütung. Diese Themen sollten in künftige Gespräche zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland einfließen, z. B. auch bei der Diskussion um gestufte psychotherapeutische Versorgungsmodelle. Zusammenfassend war festzustellen, dass in keinem anderen westeuropäischen Land Psychotherapie derart im Krankenversicherungssystem etabliert und gesetzlich verankert ist wie in Deutschland. Dafür findet sich in einigen Ländern eine höhere Flexibilität und Variabilität bezüglich der Versorgung psychisch kranker Menschen, beispielsweise in Ländern wie Großbritannien oder Niederlande, wo bereits gestufte bzw. niedrigschwellige psychotherapeutische Angebote für einen schnelleren Zugang bestehen.

Im September 2015 bat der GKV-SV in Vorbereitung einer Sitzung des Drogen- und Suchtrates der Bundesregierung um eine Stellungnahme zu der Frage, ob Computerspiel- und Internetabhängigkeit eigenständige Erkrankungen darstellen und diese neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bedürfen. Ein wesentliches Ergebnis der hierzu durchgeführten Recherche war, dass pathologischer Internetgebrauch bereits jetzt unter den ICD-10-Kodierungen F63.8 und F68.8 klassifiziert werden kann und somit eine Krankenbehandlung mit den bestehenden psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist. Diese Position wurde u. a. während einer Podiumsdiskussion auf der 5. Mediensuchtконференz des Gesamtverbands für Suchtkrankenhilfe im November 2015 vertreten, an der ReferentInnen der Fachverbände, der Leistungsträger, aus der Politik und aus Praxis und Forschung teilnahmen.

Im Oktober 2015 wurde das KCPP im Auftrag des GKV-SV um Einschätzung der Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu einer unzureichenden Versorgung von Flüchtlingen, zu postulierten Mehrbedarfen an PsychotherapeutInnen sowie zu erforderlichen Dolmetscherleistungen gebeten. Hierzu konnte zunächst bis Ende 2015 eine differenzierte Stellungnahme zu Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen abgeschlossen werden. Zusammenfassend war festzustellen, dass die Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen u. a. in Abhängigkeit der untersuchten Migrationspopulation, der Bedingungen des aufnehmenden Landes und einer validen Diagnosestellung schwanken. Bei einer Mehrzahl der Flüchtlinge ist eine erhöhte psychische Belastung festzustellen. Ob sich hieraus eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung entwickelt, hängt von vielen anderen Faktoren ab, z. B. Unterbringung, ungeklärter Flüchtlings- bzw. Aufenthaltsstatus, der Unsicherheit über zurückgelassene Familienmitglieder, Arbeitslosigkeit, ökonomische Schwierigkeiten, der individuellen kulturellen Anpassung und laufende Konflikte im Herkunftsland.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Öffentlichkeitstag am 25.11.2014 in Offenbach widmete sich dem Thema der stationären Versorgung psychisch Kranker. Hierbei standen das neue Entgeltsystems in der Psychiatrie nach § 17d KHG und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker nach § 64b SGB V im Mittelpunkt.

Die Vorträge u. a. von VertreterInnen des GKV-SV, des INEK und des Landesverbandes einer Krankenversicherung zu diesen Themen können unter <http://www.kcpp-mv.de> eingesehen werden.

Zufriedenheit der Auftraggeberinnen und Auftraggeber

Da die Aufträge zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Themen, insbesondere im Bereich der Systemberatung, bei nur wenigen Personen gebündelt sind, erfolgt die Befragung einmal jährlich. Zudem weisen die Aufträge überwiegend eine mehrjährige Laufzeit bis zum Abschluss auf (z. B. die evidenzbasierte Bewertung von neuen Verfahren und Methoden im Bereich der Psychotherapie beim G-BA).

Jeweils zu Beginn der Jahre 2015 und 2016 wurden daher unsere AuftraggeberInnen im Rahmen einer schriftlichen und anonymisierten Befragung gebeten, die Leistungen des KCPP jeweils für die Jahre 2014 und 2015 für die verschiedenen Leistungsbereiche auf einer fünfstufigen Skala zu bewerten sowie insgesamt die Zufriedenheit mit den Leistungen des KCPP einzuschätzen.

Ergebnisse der Befragung für das Jahr 2014

Bei einer Rücklaufquote von 64 % äußerten sich 77,8 % der AuftraggeberInnen mit den Leistungen der MitarbeiterInnen des KCPP im Bereich „Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit“ „als sehr zufrieden“ und 22,2 % als „zufrieden“.

81,8 % der AuftraggeberInnen zeigten sich mit den schriftlichen Stellungnahmen und Gutachten insgesamt „sehr zufrieden“ und 13,6 % als „zufrieden“. Von 4,6 % der Antwortenden lag zu diesem Bereich keine Bewertung vor.

Im Bereich „Präsentationen und Workshops“ äußerten sich 100 % der AuftraggeberInnen als „sehr zufrieden“ mit den Leistungen des KCPP.

Ergebnisse der Befragung für das Jahr 2015

Die Rücklaufquote betrug in diesem Jahr 48 %.

Hier zeigten sich 91,7 % der AuftraggeberInnen in Bezug auf den Bereich „Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit“ als „sehr zufrieden“ und 8,3 % mit den Leistungen des KCPP „zufrieden“.

Auch bei den schriftlichen Stellungnahmen und Gutachten zeigte sich erneut eine hohe Zufriedenheit: 83,3 % der AuftraggeberInnen äußerten sich als „sehr zufrieden“ und 16,7 % als „zufrieden“.

Mit den Präsentationen und Workshops des KCPP waren erneut 100 % der AuftraggeberInnen „sehr zufrieden“.

Abbildung 4: Bereich „Beratung/Teilnahme an Sitzungen/Gremientätigkeit“



Abbildung 5: Bereich „Schriftliche Stellungnahmen und Gutachten“



Abbildung 6: Bereich „Präsentationen und Workshops“



Ausblick

Das KCPP ist nunmehr seit 16 Jahren im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen und der MDK-Gemeinschaft in der Gesundheitssystemberatung tätig. Für den hier betrachteten Zeitraum kann eine kontinuierliche Auftragslage sowie eine stetig zunehmende Einbindung in systemübergreifende, gesundheitspolitische Fragestellungen und in die öffentliche Diskussion festgestellt werden. 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 in psychotherapeutischen Fragestellungen gerecht wird.

In den kommenden Jahren werden die Entwicklungsaufgaben zur Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes eine besondere Herausforderung darstellen. Aber auch die sich abzeichnenden politischen Bestrebungen, das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie hinsichtlich notwendiger systematischer Veränderungen zu prüfen, lassen neue Herausforderungen erwarten, denen wir uns auch in den kommenden Jahren gerne und engagiert stellen.

Dr. med. Christoph J. Tolzin

Dipl.-Psych. Carmen Bender

Das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Überblick

Leitung KCQ

Prof. Dr. med. Johannes Giehl

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

Stellvertretung

Dr. med. Stefan Meinhold

FA für Innere Medizin;
Nephrologie;
Sozialmedizin;
Ärztliches Qualitätsmanagement

Ärztliche Gutachter

Dr. med. Klaus Döbler

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

Priv. Doz. Dr. med. Dorothee Bail

(03.02.2014 bis 30.06.2015)
FÄin für Herz-, Gefäßchirurgie;
Endovaskuläre Spezialistin
(DGG Zertifikat)
Fachkunde Echokardiografie

Karin Boukamp

(bis 31.12.2015)
EFQM-Assessorin
Meersburger Str. 3
88213 Ravensburg

Sigrid Kupilas

Sekretariat beim
MDK Tübingen
Bismarckstr. 96
72072 Tübingen

Tel.: 07071 79 85-60 25

Fax: 07071 79 85-60 50

E-Mail: sigrid.kupilas@mdkbw.de

Anja Blanchard

(bis 31.03.2014)

Klara Frei

(ab 01.05.2014)
Sekretariat beim
MDK Stuttgart
Silberburgstr. 122
70176 Stuttgart

Tel.: 0711 22 52-21 08

Fax: 0711 22 52-22 72

E-Mail: klara.frei@mdkbw.de

www.kcqq.de

Überblick

In den Jahren 2014 und 2015 umfasste das KCQ drei bzw. vier fachärztliche Gutachter, eine Mitarbeiterin für wissenschaftliche Recherchen und zwei Assistenzkräfte, verteilt auf die Standorte Tübingen, Stuttgart und Ravensburg. Die Beratungsschwerpunkte waren unverändert die Entwicklung und Praxis der externen Qualitätssicherung (QS), die qualitätsbezogene Systemanalyse und die Bewertung neuer Medizinprodukte und Verfahren. Die Beratung erfolgte im Rahmen der Mitwirkung in zahlreichen QS-Gremien und in Form von kurzen schriftlichen Expertisen sowie von Grundsatzgutachten. Auftraggeber für die Systemberatung waren die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände, insbesondere der GKV-Spitzenverband und die Medizinischen Dienste.

Inhaltlich ist die Mitwirkung bei der Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hervorzuheben (Qesü-Richtlinie des G-BA). Die richtungsweisende Innovation der externen QS beinhaltet die Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen und Auswertung von Patientenbefragungen, wobei neben den Krankenhäusern auch die Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung einbezogen sind. Mit der sektorenübergreifenden QS PCI (perkutane Koronarintervention) ist das erste Verfahren in der flächendeckenden Umsetzung, mit dem Verfahren „Postoperative Wundinfektionen“ soll ab 2017 das zweite folgen.

Innovation in der QS setzt die Analyse der bestehenden Systeme voraus. Beispielsweise wurde die Datenvalidität der externen QS untersucht, auch im Hinblick auf die gesetzlich vorgesehene zukünftige Verwendung von QS-Daten für die Krankenhausplanung, für Qualitätsverträge und für die Festlegung von Vergütungszu- und abschlägen. In der datengestützten QS ist die Datenqualität hinsichtlich Vollzähligkeit gut, hinsichtlich Richtigkeit unzureichend, sodass wichtige Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen waren.

Regelmäßig werden die bundesweiten Ergebnisse der vertragsärztlichen QS (Verfahren nach § 135 Abs. 2 [alt] SGB V, nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie und nach der QS-Richtlinie „Dialyse“ des G-BA) ausgewertet, um Konsequenzen für die Weiterentwicklung oder die Fortführung der Verfahren abzuleiten. Beispielsweise wurden auf dieser Basis die Qualitätsprüfungen in den Leistungsbereichen „Kernspintomografie“ und „Computertomografie“ ausgesetzt und das Verfahren „Arthroskopie“ einer aktualisierenden Bearbeitung im G-BA mit Fokus auf die Indikationsstellung zugeführt.

Grundlegende Weiterentwicklungen der externen QS wurden auch in der vertragsärztlichen Versorgung konzipiert. In mehreren Leistungsbereichen (QS Zervix-Zytologie,

Kernspintomografie, Ultraschalldiagnostik) werden künftig datengestützte Prüfungen neben den herkömmlichen Stichprobenprüfungen zwecks Aufwandsreduktion erfolgen oder es werden neuerdings Eingangsprüfungen beim Genehmigungserhalt durchgeführt, um potenziellen Kompetenzdefiziten trotz berufsrechtlicher Qualifikationsanerkennung begegnen zu können.

Für die Priorisierung künftiger QS-Verfahren ist es wichtig, gegenwärtige Versorgungsdefizite darzustellen. So wurde beispielsweise analysiert, wie die Hebammenversorgung in Geburtskliniken mit der Ergebnisqualität zusammen hängt, ob die zunehmend operative Behandlung von proximalen Humerusfrakturen (Altersfrakturen) unangemessen ist oder worin Defizite in der zahlenmäßig enorm zunehmenden Wirbelsäulenchirurgie bestehen könnten.

Durch Sachstandserhebungen zur Tätigkeit und durch die Zusammenführung von MDK-Gutachtern in diversen QS-Gremien auf Bundes- und Landesebene fördert das KCQ die gleichmäßige und wirksame GKV-Vertretung bei der Umsetzung der QS-Verfahren.

Die derzeit neuen gesetzlichen Vorgaben aus dem Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhausstrukturgesetz erfordern zahlreiche Aktivitäten des G-BA. In der vertragsärztlichen QS sind die Verschärfungen des § 299 SGB V (Datenschutz) mit Richtlinien-Anpassungen verbunden, in deren Formulierungen das KCQ eingebunden ist. Hinsichtlich der neuen Festlegungen im KH-SG wird der GKV-SV zu seinen Positionierungen zu MDK-Prüfungen im Krankenhaus, zu Qualitätsverträgen, zur Frage von Vergütungszu- und abschlägen sowie zu neuen Mindestmengenregelungen beraten.

Auch auf der Landesebene erfolgt QS-Durchführung und -Entwicklung mit intensiver KCQ-Beratung, und zwar in mehreren Arbeitsgruppen und im Lenkungsgremium QS Baden-Württemberg. Neben der Weiterentwicklung des landesspezifischen MRSA-Verfahrens (Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus) zum MRE- (multiresistente Erreger) Verfahren mit Einbezug gramnegativer Keime ist die Beratung im Lenkungsgremium zum Vorgehen mit mehrfach auffälligen Krankenhäusern im Strukturierten Dialog zu nennen.

In mehreren KCQ-Beratungsthemen ergeben sich inhaltliche Schnittstellen und Kooperationen mit anderen Kompetenzeinheiten der MDK-Gemeinschaft: KCG (z. B. QS bei geriatrischer Frakturversorgung), der SEG 1 (z. B. QS der ambulanten Rehabilitation), der SEG 4 (z. B. QS konservativ-orthopädischer Krankenhausleistungen) und dem MDS/SEG 7 (z. B. NUB- und Zusatzentgelt-Gutachten).

Die neue Gesetzgebung (KH-SG) bewirkt eine grundlegende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Deutschland, wobei die Konsequenzen von Qualitätsergebnissen erheblich bedeutsamer werden und deswegen die Validität der Resultate erhöht werden muss. Das KCQ berät u. a. auch hierzu; die folgenden inhaltlichen Darstellungen sollen dies verdeutlichen.

Auftraggeber und Ressourcen

Beim Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten ist wie bisher die gremienbezogene Arbeit mit ca. 60 % des Leistungsvolumens dominant (**Abb. 1 A**). Drei Viertel des Ressourcenverbrauchs entfallen auf den GKV-SV als Auftraggeber (**Abb. 1 B**). Der geringere Anteil des GKV-SV bei den Auftragszahlen liegt daran, dass es sich bei den häufigen Aufträgen aus dem MDK-System (2014: 33 %, 2015: 30 %) meist um G1-Gutachten bzw. telefonische Beratungen handelt. Die Verteilung der Auftraggeber ist im Vergleich zu den Vorjahren im Wesentlichen konstant.

In 2014 wurden von 3,92 Gutachtern 901 Gutachtertage geleistet, in 2015 von 3,5 Gutachtern 806 Tage. Das gemäß den Stellenbesetzungen vorhandene Zeitkontingent der Gutachter wurde von diesen infolge höherer Inanspruchnahme des KCQ wieder deutlich übertroffen (2014: 901 versus 784 Tage, 2015: 806 versus 700 Tage). Die gutachterlichen Zeitaufwände für abteilungsinterne organisatorische Aufgaben und Fortbildung haben sich trotz Mitarbeiterwechsel und Bewerbungsverfahren) mit 88 Tagen (2014) bzw. 55 Tagen (2015) auf gleichem Niveau gehalten (2013: 72 Tage).

Die Auswertungen der regelhaft durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen der Auftraggeber per Rückmeldebögen (insgesamt 125 Beurteilungen) zeigen erneut nahezu ideale Ergebnisse, und zwar bezüglich aller drei Leistungsarten (**Abb. 2**). Die einzige deutliche Auffälligkeit (Note 2,5 auf Skala 1 [sehr gut] - 5 [nicht gut]) ist bei den „ausgehändigten Unterlagen“ bei Präsentationsveranstaltungen festzustellen. Die zwischenzeitlich vermehrte Ausgabe von Schreibmaterialien und inhaltlichen Unterlagen hat innerhalb des Berichtszeitraumes zu einer Verbesserung der Durchschnittsnote geführt (2014: 2,7 versus 2015: 2,1).

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.
- **Wissenschaftliche Kompetenz** Die KCQ-Gutachter liefern wissenschaftlich fundierte Expertisen, die auch in sozialmedizinischen Publikationen veröffentlicht werden.
- **Zeitliche Beratungskontinuität** Die KCQ-Gutachter sind seit vielen Jahren in den jeweiligen Bereichen der Systemberatung tätig, sodass sie für die Auftraggeber eine wichtige Kontinuität gewährleisten.
- **Fachärztliche und Systemregelungskompetenz** Die KCQ-Gutachter vereinigen jeweils langjährige Facharzteerfahrungen mit der Erfahrung der QS-Systementwicklung.
- **Ortsflexibilität** Die an zahlreichen Orten ansässigen QS-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)

Analyse der Dokumentationsqualität in der externen stationären Qualitätssicherung. Seit 2001 sind alle deutschen Krankenhäuser verpflichtet, an der externen stationären Qualitätssicherung nach § 136 SGB V (ESQS) teilzunehmen. Mit Hilfe von ca. 400 Qualitätsindikatoren in 29 medizinisch-pflegerischen Leistungsbereichen werden Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser analysiert. Die Ergebnisse werden primär genutzt, um Krankenhäusern für interne Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einen Vergleich ihrer Ergebnisse mit denen anderer Krankenhäuser zu ermöglichen und um bei auffälligen Ergebnissen mit Hilfe strukturierter Interventionen durch Expertengremien („Strukturierter Dialog“) ggf. erforderliche Qualitätsverbesserungen anzustoßen oder zu unterstützen.

Seit 2007 werden die Ergebnisse der ESQS allerdings ebenfalls für eine Form der qualitätsorientierten Versorgungssteuerung genutzt: in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden die Ergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlicht, um Patienten, Ein-

weiser und Krankenkassen bei der Auswahl von Krankenhäusern zu unterstützen. Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSBG) eingeführten Regelungen intensivieren diesen Ansatz der Nutzung von Qualitätsinformationen zur Versorgungssteuerung, indem Ergebnisse der ESQS beispielsweise für Entscheidungen zur Krankenhausplanung und für qualitätsorientierte Vergütungsmodelle genutzt werden sollen. Um Fehlsteuerungen zu vermeiden, müssen insbesondere in diesen Anwendungsbereichen hohe Anforderungen an die methodische Güte der eingesetzten Qualitätsindikatoren und an die Qualität der verwendeten Daten gestellt werden.

Das KCQ hat im Jahr 2015 in einem Grundsatzgutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes die Dokumentationsqualität der externen stationären Qualitätssicherung untersucht. Analysiert wurden auf der Grundlage der publizierten Ergebnisse der ESQS und des jährlich durchgeführten Datenvalidierungsverfahrens die beiden wichtigsten Kriterien zur Bewertung der Qualität der verwendeten Daten: die Vollständigkeit („Completeness“) und die Richtigkeit („Correctness“). Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Vollständigkeit der teilnehmenden Krankenhäuser und der gelieferten Datensätze nahe 100 % liegen und sich seit 2010 kontinuierlich verbessert haben. Erhebliche Mängel zeigte allerdings die Analyse der Richtigkeit der dokumentierten Daten. Von unerwünschten Ereignissen (außer Todesfällen), die direkt für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet wurden, wurden 33,2 % fälschlich nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert, bei Todesfällen liegt diese Unterdokumentation bei 3,5 %.

Unerwünschte Ereignisse (Komplikationen) wurden häufiger unterdokumentiert als überdokumentiert, bei erwünschten Ereignissen ist das Verhältnis umgekehrt. Insgesamt erscheinen aufgrund der Dokumentationsfehler Krankenhausergebnisse in der Berichterstattung zur Qualitätssicherung daher häufiger falsch positiv als falsch negativ. Dennoch ist festzustellen, dass Krankenhäuser in relevantem Ausmaß auch zu ihrem Nachteil fehlerhaft dokumentieren. Die Analyse fand Hinweise, dass Missverständnisse und Nachlässigkeit als relevante Ursachen der Dokumentationsfehler angesehen werden können.

Auf der Grundlage der Analyse wurden Empfehlungen ausgesprochen, durch welche Schritte eine Optimierung der Datenqualität ggf. erreicht werden könnte. Vorgeschlagen wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Erfassung der Primärdaten in den Krankenhäusern – insbesondere bei erkannten relevanten Dokumentationsproblemen – und der kontinuierlichen Optimierung von Datenfeldern, Ausfüllhinweisen und QS-Filter-Algorithmen. Darüber hinaus wurden Empfehlungen gemacht, wie das Verfahren zur Datenvalidierung optimiert und eine einrichtungsbezogene Darstellung der Ergebnisse eingeführt werden könnte.

QS-Ergebnisauswertung in der vertragsärztlichen Versorgung. Jährlich wertet das KCQ alle QS-Daten zu den entsprechenden Richtlinien des G-BA und den Vereinbarungen nach § 135 Abs.2 SGB V für den GKV-SV aus. Da sich sowohl die Richtlinien des G-BA, als auch die Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge kontinuierlich weiterentwickelt haben und es in dieser Entwicklung auch zu Überschneidungen der Regelwerke kam, erfolgte die Auswertung verfahrensbezogen. Dargestellt wurde hierbei der aktuelle Stand der QS und im Vergleich mit den Vorjahren die Entwicklungen in den einzelnen Bereichen.

Die „obligaten“ Prüfverfahren (Grundlage sind verfahrensspezifische Richtlinien des G-BA) werden von der KBV in übersichtlichen tabellarischen und graphischen Darstellungen berichtet. Neben positiven Entwicklungen – die Prüfungen für Computertomographie und Kernspintomographie konnten vorübergehend ausgesetzt werden – zeigen sich noch erhebliche Heterogenitäten bezüglich der Prüfquoten und Ergebnisse. Für einzelne Bereiche (Arthroskopie) zeigen sich noch unbefriedigend hohe Beanstandungsquoten. Durch die Auswertungen konnte ein Verbesserungspotential für die Transparenz der Beurteilungskriterien und Beurteilungsstufen identifiziert werden.

Die einzelnen QS-Verfahren auf der Basis des § 135 Abs.2 SGB V sind kaum vergleichbar, da in diesem Bereich die kontinuierliche Weiterentwicklung noch stärker ausgeprägt ist, wobei das Start-Niveau deutlich unter dem der G-BA Richtlinien liegt. Entwicklungen lassen sich deshalb am besten über den Zeitverlauf anstellen. Die Bandbreite der Ergebnisse ist verfahrensspezifisch groß.

Ziel ist die Evaluation und Weiterentwicklung der bestehenden QS-Verfahren und Gewinnung von Erkenntnissen für zukünftige Verfahren. Dabei ist das Ziel der Evaluation nicht eine ausschließliche Umfangsvergrößerung, sondern vielmehr eine Optimierung, die im Endeffekt auch dazu führen kann, ein QS-Verfahren zu beenden, wenn höhere QS-Ziele nicht mehr zu erreichen sind. Die Ergebnisse fließen in die aktuelle Gremienarbeit ein.

Eine aktuelle **Weiterentwicklung der QS im vertragsärztlichen Sektor** soll anhand der Zervix-Zytologie Vereinbarung dargestellt werden. Einerseits erfolgt die Qualitätssicherung über eine Präparateprüfung. Jeder zytologieverantwortliche Arzt reicht in einem 24-monatigen Abstand jeweils 12 Präparate mit der dazugehörenden Dokumentation und Befundung zur Überprüfung ein. Andererseits meldet jede Einrichtung der KV eine Jahresstatistik mit Angaben zur Gesamtzahl der in der Einrichtung untersuchten Präparate, Anzahl der nicht verwertbaren Präparate, Anzahl der untersuchten Frauen,

Anzahl der Ausgangsbefunde (geordnet nach vorgegebenen Befundgruppen) und Ergebnisse der histologischen Abklärungsuntersuchungen (bezogen auf den maßgeblichen zytologischen Vorbefund) sowie etwaigen Einrichtungsbesonderheiten. Die Auswertung der Jahresstatistiken erlaubt es gegebenenfalls Auffälligkeiten einzelner Labore darzustellen, wodurch gezielte Prüfungen ermöglicht werden. Die Definition möglicher Auffälligkeitskriterien obliegt den Partnern des Bundesmantelvertrages. Das KCQ wirkt beratend an allen Schritten mit.

Erkennung und Nachweis potenzieller Versorgungsdefizite

KCQ untersucht die Versorgung bei vermuteten Qualitätsmängeln

Im Vorfeld von QS-Maßnahmen ist eine sorgfältige Abwägung von Aufwand und erwartetem Nutzen durch die gemeinsame Selbstverwaltung notwendig. Zu zahlreichen „Vermutungen“ wird deshalb das KCQ beauftragt, substanziierte Darstellungen zu machen, um die Notwendigkeit aufwändiger Verfahren zu belegen oder zu verwerfen, Beispiele:

Hebammen in Geburtskliniken

Da an verschiedenen Stellen des Versorgungssystems Zweifel daran bestehen, ob jetzt und in absehbarer Zeit genügend qualifizierte Hebammen in den Geburtskliniken bereit stehen, beauftragte der GKV-SV das KCQ, anhand einer Wissensrecherche zwei Hauptfragen zu beantworten:

- Gibt es belastbare wissenschaftliche Daten, die einen Zusammenhang zwischen der Zahl der Hebammen in Geburtskliniken und der Qualität allgemein bzw. speziell zur Kaiserschnitttrate belegen?
- Gibt es belastbare wissenschaftliche Daten, die einen Zusammenhang zwischen einer 1:1 Betreuung durch Hebammen in Geburtskliniken und der Qualität allgemein bzw. speziell zur Kaiserschnitttrate belegen?

Das Gutachten sollte der Vorbereitung der Positionierung der GKV zu einer möglichen QS-Regelung des G-BA in Bezug auf die Notwendigkeit und Ausgestaltung eines Personalschlüssels für Hebammen in Geburtskliniken dienen. Die umfangreiche, in systematischer und manueller Recherche identifizierte Datenlage zum Thema (80 Publikationen) bemüht zu allen themenassoziierten Fragestellungen eine erhebliche Vielfalt an Zielparametern (antepartale Versorgung, intrapartale Interventionen, verschiedene Geburtsmodi, maternaler und neonataler Outcome). Hinsichtlich des Effektes kontinuierlicher Betreuungsmodelle durch Hebammen (1:1 Betreuung) auf den hier primär

interessierenden Parameter der Kaiserschnitttrate ergibt sich kein durchgängig einheitlicher Befund. Mehrheitlich wird im Vergleich zur Standardversorgung kein Unterschied konstatiert, in etlichen Publikationen wird allerdings auch eine verminderte Kaiserschnitttrate berichtet. Sowohl im Hinblick auf maternale als auch neonatale Outcomes sind auch hier die Befundlagen zu Einzelparametern teils variant. Klare Effektunterschiede, die jeweils in die gleiche Richtung gehen, sind im Hinblick auf maternale Outcomes nicht festzustellen. Teilweise werden unter kontinuierlicher Hebammenversorgung bessere Ergebnisse im frühen neonatalen Outcome bzgl. des Apgar-Scores dokumentiert. Ein Vorteil kontinuierlicher Hebammenversorgung wird überwiegend erkannt für das Stillverhalten der Mütter, ihre Zufriedenheit und Bewertung des Geburtserlebnisses (Kontrolle etc.). Hinsichtlich der untersuchten Kostenaspekte wird die Datenlage als eher unzureichend zur Ableitung valider Ergebnisse gesehen, auch wenn teils Einsparungsmöglichkeiten durch das Hebammen-Modell postuliert werden. Angesichts der resümierten Expertise ist die Normierung von Personalanhaltszahlen zu Hebammen in Geburtskliniken im G-BA nicht weiter verfolgt worden.

Proximale Humerusfrakturen

Hierbei handelt es sich nach der distalen Radiusfraktur und der hüftnahen Femurfraktur um die häufigsten Brüche des alten Menschen. Es wurden unter zahlreichen anderen Quellen die Daten des Statistischen Bundesamtes gesichtet. Demnach stieg die Zahl der jährlich in bundesdeutschen Krankenhäusern erfassten Fälle proximaler Humerusfrakturen ab 2000 bis 2012 von ca. 40.000 auf 60.000 in Deutschland an. Schätzungen zum Anteil konservativ zu versorgender Frakturen sind insgesamt widersprüchlich. Nach einer repräsentativen Erhebung werden in Deutschland von 95 % der Kliniken mehr als 40 % der Frakturen operativ behandelt, in der Schweiz von 70 % der Kliniken und in Österreich nur von 50 %. Frühere Annahmen, wonach etwa 80 % proximaler Humerusfrakturen konservativ versorgt werden können, werden aufgrund verbesserter Osteosynthese-Verfahren vielfach kritisch bewertet. Vergleichsstudien für operative und konservative Behandlungsverfahren zeigen allerdings enttäuschende Ergebnisse für die chirurgisch-invasive Versorgung, weswegen im deutschen Kontext eine unsachgerechte Ausweitung der Operationsindikation anzunehmen ist. Deswegen wurde im gutachterlichen Fazit empfohlen, die Behandlung der proximalen Humerusfrakturen im Rahmen des QS-Verfahrens „hüftnahe Femurfrakturen“ in die externe Qualitätssicherung einzubeziehen mit der dezidierten Zielstellung, sachfremde operative Versorgungen transparent zu machen und zu verringern.

Grundsatzfragen der Qualitätssicherung

KCQ analysiert die Systemgrundlagen der Gesundheitsversorgung und der QS

Externe Qualitätssicherung: Zielfindung und Instrumentenwahl Für die externe Qualitätssicherung werden hohe Aufwände erbracht und einzelne Verfahren werden nicht selten mit kritischen Einwänden bedacht. Dabei steht der Nutzen dieser Maßnahmen für den Einzelnen und für die Gesundheitsversorgung insgesamt im Vordergrund. Angesichts begrenzter Ressourcen ist es essenziell, Qualitätssicherung mit nachvollziehbare Priorisierung von Versorgungsbereichen und mit klar definierten Zielen guter Qualität durchzuführen. Es ist entscheidend, Verfahrensweisen und Daten zu wählen, die durch möglichst geringen Zusatzaufwand, große Aussagekraft und gute Akzeptanz bei allen Beteiligten den maximalen Nutzen versprechen. Die mit zahlreichen internen und externen Referenten ausgerichtete öffentliche KCQ-Tagung Anfang 2014 hat versucht, Ziele der Versorgungsqualität unter ökonomischen und ethischen Aspekten zu konkretisieren, und es wurde beispielhaft die Wirksamkeit bestimmter Qualitätssicherungsinstrumente dargestellt. In einer Panel-Diskussion wurden die Stimmigkeit von Zielen und Rahmenbedingungen aus Patientensicht, eine Neujustierung der Qualitätsziele des G-BA und die Grenzen zwischen Qualitätssicherung und Versorgungsforschung thematisiert. Das Anstreben eines harmonischen Dreiklangs von Zielen, Instrumenten und Rahmenbedingungen kann als Fazit gesehen werden.

Triebfedern guter Versorgungsqualität Versorgungsqualität resultiert aus komplexen strukturellen und prozessualen Gegebenheiten. Dabei gibt es anscheinend zu- und abträgliche Einflussfaktoren für eine gute Versorgung. Gleichwohl bemühen sich die direkt und indirekt an der Gesundheitsversorgung Beteiligten um gute Qualität: der Arzt oder die Ärztin und Angehörige anderer Gesundheitsberufe durch ihr Können und ihre Erfahrung, die Regulationsinstanzen durch Systemvorgaben und Qualitätssicherung. Bei der KCQ-Öffentlichkeitsveranstaltung Anfang Dezember 2015 wurde zu ethischen, Evidenz- und patientenbezogenen Imperativen zu guter medizinischer Versorgung referiert. Externe Systemwissenschaftler haben dargestellt, ob und wie regulatorische Vorgaben, wie z. B. Mindestmengenregelungen oder public reporting, eine verbesserte medizinische Versorgung erwarten lassen können. Die Wechselwirkungen verschiedener Anreizfaktoren und insbesondere die Bedeutung ökonomischer Gegebenheiten wurden mit dem Auditorium diskutiert. Obgleich die Wirksamkeit regulatorischer Vorgaben anzunehmen ist, verbleibt doch ein Spannungsfeld zwischen gewünschter Versorgungsqualität und wirtschaftlichem Gewinnstreben.

Die Präsentationen der KCQ-Öffentlichkeitsveranstaltungen sind auf der Internetseite des KCQ (www.kcqq.de) eingestellt, um die erörterten Themenfelder einem interessierten Publikum zugänglich zu machen.

Innovationsentwicklung in der QS

KCQ unterstützt thematische und methodische Weiterentwicklungen

Sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Wegen der vielfältigen und intensiven Mitwirkung des KCQ in Bezug auf die fachlich-methodische Konzeption der Qualitätsindikatoren und des Erfassungs- und Auswertungskonzepts sei dieser Komplex ausführlicher dargestellt:

Bereits im Jahr 2007 wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgegeben, dass Richtlinien zur Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu erlassen sind, *„es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden“*. Im April 2010 hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf dieser Grundlage eine Rahmenrichtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen. Am 1.1.2016 ist mit dem Leistungsbereich „Koronarangiografie und PCI“ nun das erste sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren im Routinebetrieb gestartet. Am 1.1.2017 wird auf der Grundlage eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Dezember 2015 ein zweites sektorenübergreifendes Verfahren zum Thema „Postoperative Wundinfektionen“ bundesweit eingeführt.

Die erhebliche Vorlaufzeit von der Erstellung der Rahmenrichtlinie bis zum Start im Routinebetrieb hat vornehmlich folgende Gründe: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung erfordert in der Regel die Erfassung eines Follow-up, d.h. die Beobachtung der Versorgungsqualität über einen längeren Zeitraum. Um dies mit angemessenem Aufwand erreichen zu können, war es erforderlich auf **„Sozialdaten bei den Krankenkassen“** zugreifen zu können – in der Vergangenheit wurde dies oft als „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ bezeichnet. Die Nutzbarkeit dieser Daten für die Qualitätssicherung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde mit einer Änderung des § 299 SGB V jedoch erst ab 2012 ermöglicht. Darüber hinaus waren neben der inhaltlichen Entwicklung durch das Institut nach § 137a SGB V die technischen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen (z. B. der Aufbau einer Infrastruktur und technischen Spezifikation für die Datenübermittlung durch die Krankenkassen), die Verfahren mussten mit Krankenhäusern und Vertragsärzten erprobt werden und die Indikatoren und Auswertungskonzepte mussten auf der Grundlage von Krankenkassendaten empirisch geprüft und validiert werden.

Das nun gestartete sektorenübergreifende Verfahren „Koronarangiografie und PCI“ ist einerseits als Weiterentwicklung und andererseits als Erweiterung des bisherigen entsprechenden Leistungsbereichs der stationären Qualitätssicherung nach § 136 SGB V anzusehen. Es stellt aufgrund der erstmaligen Nutzung von Krankenkassendaten und der erstmaligen sektorgleichen Erfassung von medizinischen Leistungen für die Qualitätssicherung dennoch einen Meilenstein und einen Paradigmenwechsel dar:

Für die Prozessindikatoren erfolgte die Ergänzung um einen Indikator zur Erfassung der Zeit von Aufnahme des Patienten bis zur Behandlung („Door-to-Balloon-Zeit“). Die wesentliche inhaltliche Weiterentwicklung liegt in der Erfassung der Ergebnisqualität mit Hilfe der „Sozialdaten bei den Krankenkassen“. Die entsprechenden Indikatoren erfassen typische Komplikationen, Todesfälle und ungeplante Folgeeingriffe nach sieben Tagen, 30 Tagen und einem Jahr. Damit wird einerseits erreicht, dass die Ergebnisqualität valider als bisher abgebildet werden kann, da die entsprechenden Komplikationen teilweise erst nach Entlassung aus dem stationären Aufenthalt oder der ambulanten Behandlung auftreten und der verlängerte Beobachtungszeitraum somit aussagekräftigere Ergebnisse liefert. Darüber hinaus ermöglicht dieses Vorgehen auch die Erfassung der Ergebnisqualität zu standardisierten Zeitpunkten. Da die Länge des stationären Aufenthalts nicht für alle Patienten gleich ist, führte die bisherige Erfassung der Ergebnisqualität bei Entlassung aus der Behandlung dazu, dass zu unterschiedlichen Zeitpunkten „abgelesen“ wurde.

Hervorzuheben ist, dass die Ergebnisqualität über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr erfasst werden soll. Dies ist auf der einen Seite ein wichtiger Schritt, um eine wirklich sektorenübergreifende Perspektive zu realisieren. Andererseits muss hier auf der Grundlage der Erfahrungen der ersten Jahre analysiert werden, für welche Auswertungsperspektiven diese Ergebnisse genutzt werden können. Eine „einfache“ Zuschreibung der Verantwortung für diese Ergebnisse an die Einrichtung, die die Koronarintervention durchgeführt hat, wird voraussichtlich nicht möglich sein.

Es ist als großer Fortschritt anzusehen, dass Leistungen, die in vergleichbarer Form von Vertragsärzten und Krankenhäusern erbracht werden, nun auch in vergleichbarer Form qualitätsgesichert werden – und dies mit einer erheblich verbesserten Erfassungsmethodik im Vergleich zum bisherigen Verfahren. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass im sektorenübergreifenden Verfahren aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlage Patienten, die nicht GKV-versichert sind, nicht mehr für die Qualitätssicherung erfasst werden.

Um dieses Verfahren noch weiter zu optimieren, wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die mittels einer **Patientenbefragung** erfasst werden können. Dies ermöglicht die Erfassung von weiteren Aspekten der Ergebnisqualität (z. B. „patient-reported-outcomes“) und somit eine verbesserte Darstellung zu der qualitätsrelevanten Frage, ob die wesentlichen Behandlungsziele erreicht werden konnten. Für die praktische Durchführung einer solchen Patientenbefragung wurde allerdings erst mit dem KH-SG ab 2016 die gesetzliche Grundlage (§ 299 SGB V) geschaffen.

Einen weiteren Meilenstein wird die Einführung des Verfahrens „**Postoperative Wundinfektionen**“ ab 2017 bedeuten. Das AQUA-Institut hat in seiner Funktion als Institut nach § 137a SGB V hierzu ein innovatives Verfahrenskonzept vorgelegt und getestet. Das Verfahrenskonzept umfasst zwei Elemente: die Ermittlung von postoperativen Wundinfektionsraten nach definierten Tracereingriffen und die Erfassung von Strukturen und Prozessen des Hygiene- und Infektionsmanagements in stationär und ambulant operierenden Einrichtungen.

Erfasst werden dabei ca. 4,3 Millionen stationäre und ambulante Fälle (ca. 3,3 Millionen stationär, ca. 1 Million ambulant, von letzteren ca. 680.000 aus Praxen / MVZ), die von ca. 1.325 Krankenhäusern und ca. 6.300 Vertragsärzten erbracht werden. Das innovative Erfassungskonzept sieht vor, dass zur Erfassung der Tracereingriffe ausschließlich auf Krankenkassendaten zurückgegriffen wird, so dass hierfür keine Dokumentation durch die operierenden Einrichtungen erforderlich ist. Zur Ermittlung der Wundinfektionen ist allerdings eine Einzelfalldokumentation in Krankenhäusern für ca. 360.000 Fälle, die mit Hilfe von ICD- und OPS-Kodes als potentielle Wundinfektionen identifiziert werden, erforderlich. In der Konsequenz bedeutet dies, dass nur solche Wundinfektionen erfasst werden, die stationär behandlungsbedürftig werden. Die Wundinfektionsraten werden für Eingriffe ohne Implantat nach 30 Tagen, für Eingriffe mit Implantat nach einem Jahr bestimmt. Das Konzept ermöglicht somit, mit einer Einzelfalldokumentation in einigen Hunderttausend Fällen die Versorgungsqualität von mehreren Millionen operativen Eingriffen zu bewerten.

Darüber hinaus wird in diesem Verfahren erstmalig eine einmal jährliche Einrichtungsbefragung (zur Ermittlung der Prozesse des Hygiene- und Infektionsmanagements) als neue Datenquelle eingeführt. Trotz der scheinbar einfachen Erfassungsmodalität (einmal jährliches Ausfüllen eines Fragebogens durch die Einrichtungen) erfordert dieses Konzept den Aufbau von neuen Strukturen und Datenwegen, insbesondere, da operierende Vertragsärzte zwar an der Einrichtungsbefragung teilnehmen, jedoch keine Ein-

zelfalldokumentation für die Ermittlung der Wundinfektionsraten vornehmen müssen. Für diese ist somit insbesondere eine Methodik zur „Auslösung“, also zur Anzeige, welche Einrichtungen einen Fragebogen ausfüllen müssen, zu entwickeln.

Ohne Zweifel ist für beide Verfahren damit zu rechnen, dass die erstmalige Anwendung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Routinebetrieb nicht ohne Anlaufschwierigkeiten vorstattengehen wird. Dies gilt auch für das Verfahren „Koronarangiografie und PCI“. Trotz der umfangreichen und profunden Erprobung, Machbarkeitsprüfung und empirischen Testung ist aufgrund der erheblichen Komplexität des Verfahrens und des Datenmodells sowie der erstmaligen Einbeziehung von niedergelassenen Kardiologen und Krankenkassen zu erwarten, dass die Daten und Auswertungsergebnisse der ersten Jahre nur eingeschränkt belastbar sein werden. Die Erfahrungen der bundesweit verpflichtenden Einführung der externen stationären Qualitätssicherung ab 2001 lassen eine Anlaufphase von zwei bis drei Jahren erwarten.

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung „Dialyse“ (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, QSD-RL). Seit Beginn der Entwicklung der QSD-RL ist das KCQ in der AG Dialyse des Unterausschusses Qualitätssicherung des G-BA beratend für den GKV-SV (zu Beginn 2004 noch für die Spitzenverbände der Krankenkassen) tätig.

Im Jahre 2007 trat die erste Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse (QSD-RL) in Kraft. Sie erfasst vollständig alle in vertragsärztlicher Verantwortung durchgeführten Dialysen der Patienten, deren Überleben von einer dauernden Dialysebehandlung abhängig ist. Damit werden über 90 % aller Dialysepatienten in Deutschland erfasst (Jahresprävalenz 2014: 94.049 Patienten, es fehlen Patienten in sogenannter teilstationärer Dialyse und privat Versicherte, nach Schätzungen jeweils ca. 5.000). Aus Gründen des Datenschutzes konnte eine Vollerhebung in dieser ersten QSD-RL nur mit einer Anonymisierung der Patienten ermöglicht werden.

Die QSD-RL unterscheidet zwei Datensätze. Aus dem ersten Datensatz können sogenannte Auffälligkeiten errechnet werden, welche den auf KV-Ebene tätigen Dialysekommissionen quartalsmäßige Qualitäts-Prüfungen erlauben. Der zweite Datensatz enthält Benchmark-Ergebnisse. Diese Daten sind in der wissenschaftlichen Literatur als qualitätsrelevant beschrieben, Grenzwerte können ihnen jedoch nicht zugeordnet werden. Als Vergleichsdaten unterstützen sie den behandelnden Arzt bei der Therapieplanung. Die Dialyseeinrichtungen erhalten jedes Quartal neben einer Auswertung der Auffälligkeitsparameter einen zweiten Bericht mit Auswertungen der Benchmarkdaten auf KV-Ebene. Der G-BA erhält einen zusammenfassenden jährlichen Bericht zu beiden

Datensätzen, der veröffentlicht wird <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45/>. In der Richtlinie ist festgelegt, dass in die Dialyse-Kommissionen zwei von den Landesverbänden der Krankenkassen benannte Fachärzte mit vollem Stimmrecht beteiligt sind. Aktuell sind Fachärzte des MDK in 14 KV-QS-Kommissionen tätig. Seit dem Jahre 2009 führt das KCQ jährliche Netzwerktreffen für diese Gutachter durch.

Mit Änderung des § 299 SGB V wurde eine Vollerfassung auch auf dem Hintergrund einer Pseudonymisierung der Patienten ermöglicht. Die dementsprechend überarbeitete und weiterentwickelte QSD-RL trat am 01.01.2014 in Kraft. Der ursprüngliche Aufbau wurde beibehalten, das Pseudonymisierungsverfahren mit Neubeschreibung der Datenwege eingearbeitet. Gleichzeitig erfolgte eine Neubewertung der Parameter nach wissenschaftlicher Evidenz mit Anpassung der QSD-RL. Die Pseudonymisierung ermöglicht neben einer eindeutigen Erfassung aller Patienten eine längsschnittliche Auswertung, denn das Pseudonym bleibt lebenslang erhalten, sodass unabhängig von Versicherungs- oder Wohnortwechsel im Zeitverlauf die QS Daten zugeordnet werden können. Außerdem ist jetzt eine Zusammenführung der Daten der Auffälligkeitsparameter und der Benchmarkdaten möglich.

Die QSD-RL stellt somit die erste Qualitätssicherungsmaßnahme dar, die vor dem Hintergrund einer Vollerfassung aller Patienten im vertragsärztlichen Bereich eine Quer- und Längsschnittauswertung ermöglicht. Da es sich um eine Vollerfassung aller gesetzlich Versicherten ohne die Notwendigkeit einer gesonderten schriftlichen Zustimmung handelt, sind hier besondere Anforderungen an den Datenschutz notwendig. Realisiert wird dies durch die Pseudonymisierung über einen Datentreuhänder, der selbst keinen Zugriff auf die QS-Daten hat. Die Weiterleitung an den Datenauswerter zusammen mit den verschlüsselten QS Daten erfolgt nur über das Patienten-Pseudonym. Das konkrete Konzept zu einer ersten längsschnittlichen Auswertung unter Zuhilfenahme von Experten wurde erarbeitet. Der Datenanalyst hat jetzt eine erste Auswertung vorgelegt. Da aktuell erst zwei Jahre zur Auswertung zur Verfügung stehen und die Patienten in der Regel viele Jahre an der Dialyse verbringen, ist die Aussagekraft noch eingeschränkt, bildet jedoch die Grundlage für das weitere Procedere.

Parallel hierzu wurde die QSD-RL zudem auf der Grundlage der aktuell geltenden Richtlinie weiterentwickelt mit dem Ziel eines sektorenübergreifenden Verfahrens und unter Einbeziehung aller Patienten, die mit einem Nierenersatzverfahren behandelt werden. Dies bedeutet konkret, dass Patienten in teilstationärer Dialyse und transplantierte Patienten mit in die Richtlinie einbezogen werden. Hierzu wurde das Institut nach § 137 SGB V beauftragt. Der Abschlussbericht wurde inzwischen abgenommen.

Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des G-BA für die **Kernspintomografie** (QBK-RL) beinhaltet die Qualitätsvorgaben bei kernspintomografischen Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA (QP-RL) in den QS-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft werden müssen. Die vorgeschriebene Berichterstattung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weist seit Jahren gute bis sehr gute Ergebnisse dieser Stichprobenprüfungen (4 % der Genehmigungsinhaber, je 12 Patientenfälle) auf, obwohl in den letzten 10 Jahren eine Zunahme der Leistungsfrequenz z. B. bei der MRT der Lendenwirbelsäule von 75 % festzustellen ist, was durch demografische Entwicklungen nicht erklärbar ist. Dabei wird in der westlichen Welt sehr gleichförmig ein unergiebiges „Overuse“ der MRT konstatiert. Die QBK-RL fokussiert auf die Bildgebungsqualität und nachrangig auf die Schriftdokumentation inklusive Indikationsstellung. Das KCQ hat mittels Wissensrecherche den „Overuse“ insbesondere der MRT der Lendenwirbelsäule (30 % aller MRTs) dargelegt und eine methodische Weiterentwicklung des gängigen Stichprobenverfahrens konzipiert. Dabei sollen Sozialdaten der Krankenkassen (KV-Abrechnungsdaten und administrative Versichertendaten) von den einzelnen Leistungserbringern rechnerisch ausgewertet werden, und zwar nach dem erfassbaren Merkmal einer nicht Leitlinien-gerechten MRT-Durchführung bei unspezifischen akuten Kreuzschmerzen in den ersten 6 Krankheitswochen. Rechnerisch auffällige Ergebnisse eines Leistungserbringers gelten als Aufgreifkriterium für eine Stichprobenprüfung der Patientenfälle bei diesem Arzt. Das konzipierte Verfahren ist effizient, weil die Vertragsärzte nicht wahllos, sondern gezielt überprüft werden und weil der Tracer „MRT der Lendenwirbelsäule“ als repräsentativ für die Indikationspraxis gelten kann. Zudem soll neuerdings angestrebt werden, neben dem ausführenden Radiologen auch den überweisenden Arzt in die QS einzubeziehen, weil Beide eine Teilverantwortung für die korrekte Indikationsstellung haben. Das neue Qualitätssicherungskonzept in der vertragsärztlichen Versorgung übernimmt Elemente aus der sektorenübergreifenden QS (Qesü-RL des G-BA), trägt der berechtigten Forderung nach Aufwandsreduktion in der QS („Bürokratie“) Rechnung und wird demnächst dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beschlussfassung vorgelegt.

Die Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Ultraschalldiagnostik ist eine Besonderheit, weswegen die Aktualisierung des Verfahrens (QS-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V [alt] vom 31.10.2008 in der gültigen Fassung vom 18.12.2012) hier aufgeführt werden soll. Das QS-Verfahren betrifft fast 40.000 Vertragsärzte, berücksichtigt die Ultraschalldiagnostik in allen medizinischen Fachbereichen und ist in einer außergewöhnlich umfangreichen Textierung (68 Seiten) festgelegt. Zentrale Bestimmungen sind fachliche und apparative Anforderungen, schriftliche und bildliche Dokumentations-

vorgaben und deren stichprobenhafte Überprüfung, Eingangs- und in Zeitabständen erfolgende technische Konstanzprüfung der Bildqualität. Insgesamt 6 Anlagen spezifizieren diese Vorgaben bzw. regeln die QS der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte und nach der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA. Da in den Weiterbildungsordnungen die Qualifikation in der Ultraschalldiagnostik für die Facharzt-Disziplinen zu gleichen Körperregionen (z. B. Abdomen) sehr uneinheitlich festgelegt ist und die Anforderungen in der Muster-Weiterbildungsordnung geändert wurden, war eine Anpassung erforderlich, und zwar i.d.R. hin zu geringeren Zahlen nachzuweisender Untersuchungen zur Erlangung einer Genehmigung. GKV-seitig haben wir erreicht, eine „Initialprüfung“ für neue Genehmigungsinhaber einzuführen, um eine mögliche unzureichende Kompetenz, die berufsrechtliche Zertifikate (Facharzt-Anerkennung) nicht erkennen lassen, aufgreifen und abstellen zu können. In zähen und langwierigen Verhandlungen wurde zur Aufwandsreduktion geeinigt, Eingangs- und wiederkehrende bildtechnische Prüfungen durch Herstellerzertifikate zu ersetzen. Die Auswertung der Stichprobenprüfungen von jährlich 6 % der Genehmigungsinhaber (ca. 2.400 Ärzte bundesweit) wurde in einer weiteren Anlage konkret festgelegt. Die fachliche und methodische Beratung zu dieser Aktualisierung der „QS-Vereinbarung ist ein Beispiel dafür, wie QS aufwandsärmer, effizienter und zielgerichteter gestaltet werden kann, und zwar mit Auswirkungen auf etwa 40.000 Ärzte.

Sektorenübergreifende **Qualitätsmanagement(QM)-Richtlinie** des G-BA. Sektorbezogene QM-Richtlinien bestehen seit geraumer Zeit (2005 bzw. 2006) für den Krankenhaus-, den vertragsärztlichen und den vertragszahnärztlichen Bereich. Gemäß § 136 Abs. Nr. 1 SGB V (neu) hat der G-BA kürzlich eine sektorenübergreifende QM-Richtlinie beschlossen, bei deren Formulierung nicht nur eine kontinuierliche KCQ-Beratung erfolgte, sondern auch unsere grundsätzliche Expertise aus dem Jahre 2012 („Internes Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung - QM-Systeme, Elemente, Instrumente, Umsetzung und Nutzenfrage“) zur gemeinsamen Verhandlungsbasis im G-BA genommen wurde. Im Kern legt die Richtlinie fest, dass Qualitätsmanagement in allen Sektoren gleichartig umzusetzen ist, wobei Sektorspezifika lediglich Vorgehensumfänge und gelegentlich –inhalte (z. B. Wegfall von OP-Checklisten in konservativen Arztpraxen) modifizieren. Im Ergebnis besteht die Richtlinie daher aus einem umfassenden Teil A für alle Sektoren und einem kleinen Teil B für sektorspezifische Belange.

Einheitlichkeit der Qualitätssicherungspraxis

KCQ fördert die Tätigkeit der MDK-Gutachter in QS-Gremien

Seit Jahren wird kritisiert, dass die Durchführung der externen stationären QS nicht nur wenig valide Ergebnisse zeige, sondern dass auch die Vorgehensweisen in den durchführenden Arbeitsgruppen auf der Landesebene sehr verschiedenartig seien. Diese QS-Arbeitsgruppen in den einzelnen Bundesländern basieren zwar auf den Vorgaben der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) des G-BA, handeln jedoch nach den Vorgaben der jeweiligen Landesverträge, die nur z. T. öffentlich sind. Die QS-Arbeitsgruppen bestehen aus Vertretern der Landeskrankenhausgesellschaften, der Landesärztekammern und der Verbände der GKV und sie vollziehen den zentralen Akt der externen stationären QS („Strukturierter Dialog“), die Bewertung der rechnerischen Krankenhausergebnisse und die Kommunikation/Qualitätsförderung mit den einzelnen Einrichtungen (indirekte Verfahren). Bei den direkten Verfahren übernehmen die Bundesfachgruppen unter Moderation des AQUA-Instituts bzw. seit 2016 des IQTiG diese Aufgaben. Bei jeweils 5 Sitzungen von Landesarbeitsgruppen-Mitgliedern des MDK in 2014 und 2015 wurden die MDK-Gutachter über den aktuellen Stand bundesweiter Regelungen und insbesondere über die Änderungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG, Inkrafttreten: 23.7.2015) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG, Inkrafttreten: 1.1.2016) informiert. Dem Austausch der Gutachter-Erfahrungen wurde breiter Raum gegeben; es wurde deutlich, dass erhebliche Unterschiede in der Arbeitsgruppen-Tätigkeit und in der Bewertungspraxis bestehen. Unter anderem wurde herausgearbeitet, dass es einheitlicher Vorgaben für die Reaktion (Hinweise, Aufforderung zur Stellungnahme, kollegiale Gespräche etc.) auf auffällige rechnerische Ergebnisse bedarf und dass Regelungen für den Umgang mit beratungsresistenten Krankenhäusern fehlen. Gleichermaßen wurde festgestellt, dass der Umgang mit Dokumentationsdefiziten (aufgrund unpräziser Definitionen oder intentional) neue bundesweite Regelungsanstrengungen braucht. Darüber hinaus führt das KCQ die AQUA- (ab 2016: IQTiG-) Bundesfachgruppenmitglieder der Medizinischen Dienste zusammen, um mit ihnen Neuentwicklungen der QS-Verfahren und die Kommunikation zwischen der Regelungsinstanzen auf Bundesebene und den Landeseinrichtungen zu erörtern.

MDK-Gutachter-Netzwerke zu weiteren QS-Verfahren. Das KCQ organisiert und moderiert jährliche Netzwerk-Treffen von Gutachtern, die in QS-Kommissionen tätig sind oder mit spezifischen Begutachtungen betraut sind. Im vertragsärztlichen Sektor finden diese Treffen für in QS-Kommissionen Dialyse tätige Gutachter seit 2009 regelmäßig statt. Für Gutachter in Apherese-Kommissionen finden diese Treffen seit 2015 und für Gut-

achter, die mit der Prüfung auf der Grundlage der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA in stationären Einrichtungen betraut sind, seit 2011 statt. Ziele der Veranstaltungen sind:

- Aktuelle Gesundheitspolitische Informationen (themenbezogen)
- Aktueller Stand der Richtlinie und derzeitige Entwicklungen, Rechtsprechung
- Ergebnisse der Begutachtungen
- Vergleich / Abgleich KV- (Länder-) spezifischer Vorgehensweisen
- Diskussion, Erfahrungsaustausch
- Vermittlung von Ansprechpartnern
- Informationstransfer Gutachter – GKV-Spitzenverband
(Erkenntnisse für Weiterentwicklung der Richtlinie)

Die Bildung von Netzwerken involvierter Gutachter fördert nicht nur die Maßgabe des einheitlichen Vorgehens und die „Sicherheit“ des Gutachters, sondern kann auch zur Minderung von Informationsdefiziten im System beitragen.

Die Erfahrungen in diesen „Koordinationstreffen“ waren schließlich Ausgangspunkt dafür, dass ab 2016 ein zweitägiges MDS-Spezialseminar „Umsetzung von Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA auf regionaler Ebene“ konstituiert wurde. Zukünftig sollen MDK-Gutachter in QS-Gremien besser auf ihre dortige Tätigkeit vorbereitet werden.

KCQ überblickt MDK-Beteiligung in der bundesdeutschen QS

Im Auftrag des GKV-SV wurden alle QS und QM Verfahren bezüglich einer möglichen Beteiligung der Krankenkassen respektive des MDK ausgewertet und der hierfür notwendige Personalbedarf ermittelt. Einbezogen waren der stationäre und vertragsärztliche Bereich, die Beteiligung in Fachkommissionen, Arbeitsgruppen und Gremien auf Landes- und Bundesebene. Das Gutachten wurde den Leitenden Ärztinnen und Ärzten des MDK zur Verfügung gestellt. In einem weiteren Gutachten wurde die tatsächliche Beteiligung des MDK untersucht. Hierbei zeigte sich eine erhebliche Heterogenität in der Umsetzung der möglichen Beteiligungen. Da die Qualitätssicherung ein „gewachsenes“ System ist, das kontinuierlich weiterentwickelt wird, sind die unterschiedlichen Regelungen und Regelungskreise nur schwer zu überblicken. Als Verbesserungspotential wurde eine transparente Darstellung der Beteiligungsmöglichkeiten identifiziert.

Innovationen in der medizinischen Versorgung

KCQ bewertet neue Medizinprodukte und Verfahren

Im Rahmen des umfassenden jährlichen NUB- und ZE-Gutachtens wurden durch das KCQ mehrere fachspezifische Einzelgutachten auf der Basis Evidenz-basierten Wissens zur Bewertung des Patientennutzens und der Patientensicherheit neuerer Medizinprodukte bzw. Verfahren erstellt. Folgende Themen wurden bearbeitet: Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule, motorisierter und nicht motorisierter Distractionsmarknagel, Implantation und Wechsel eines interspinösen Spreizers, modulare Endoprothesen, multimodal nicht-operative Behandlung des Bewegungssystems, Endovaskuläre Implantation / Reparatur einer Stent-Prothese mittels Endostapler, Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie.

Im Rahmen der derzeitigen Aktualisierung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie „Kernspintomografie“ (QBK-RL) (siehe auch Kapitel „Innovationsentwicklung in der QS“: Kernspintomografie, MRT) wurde auf der Basis einer Literaturrecherche die Wertigkeit der kernspintomografischen Diagnostik im nationalen und internationalen Kontext dargestellt. Die Kernspintomografie wird in der westlichen Welt in stark zunehmendem Maße eingesetzt, wobei Deutschland in der Häufigkeit pro Einwohner den Spitzenplatz einnimmt. Die Kernspintomografie hat den großen Vorteil der unübertroffenen Detaildarstellbarkeit anatomischer Strukturen. Die Details entziehen sich jedoch zu einem großen Teil der klinischen Bewertbarkeit; die Grenzen zwischen Normabweichung und klinischer Bedeutung sind häufig unbekannt. Obwohl diese diagnostische Modalität nicht mit einer Strahlenbelastung einher geht, bestehen Schadenspotenziale für die Patienten dadurch, dass unbedeutenden Befunden Wert beigemessen wird und Patienten so mit inadäquaten Diagnosen versehen werden (Labeling), die ihre Krankheitswahrnehmung negativ beeinflussen und die nicht selten auch bei Ärzten zu unnötigen Operationsindikationen führen. Inadäquate Indikationsstellungen zur MRT werden im internationalen Schrifttum in bis zu 50% der Fälle angenommen, insbesondere im Bereich der MRT der Wirbelsäule. Im Ergebnis führte diese Analyse dazu, dass bei der Richtlinien-Aktualisierung die Überprüfung der Anzeigestellung der MRT der Wirbelsäule spezifisch adressiert werden soll.

Öffentlichkeitsarbeit

KCQ ist in Fachmedien und auf Fachtagungen präsent

Die systemwissenschaftlichen Analysen des KCQ werden nicht nur von den Auftraggebern genutzt, sondern vielfach auch für die Fachöffentlichkeit publiziert. In den jährlich erfolgenden Öffentlichkeitsveranstaltungen werden grundsätzliche Fragen der Systemsteuerung dargestellt und auch mit Teilnehmern diskutiert, die in der ambulanten und stationären Patientenversorgung tätig sind oder die Patienteninteressen vertreten (siehe auch Kapitel „Grundsatzfragen“). Die Präsentationen werden der Öffentlichkeit auf der KCQ-Internetseite angeboten und 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). Beispielhaft seien nur schriftliche Publikationen ab 2014 aufgeführt:

- Bail DH, Döbler K** The MitraClip System: A Systematic Review of Indications, Procedural Requirements, and Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014 Feb; 62(1):25
- Mayer ED, Boukamp KB, Giehl J** Patientenrelevanter Nutzen internen Qualitätsmanagements – was ist belegt? Report Versorgungsforschung. Band 8. Ergebnisverbesserung durch Qualitätsmanagement (Hrsg. G. Jonitz, T. Mansky, P.C. Scriba, K.-H. Selbmann). Deutscher Ärzteverlag, 1. Auflage April 2014, ISBN-10:3769135520
- Giehl J, Langendörfer C et al** Seit 2010 in Baden-Württemberg etabliert: Landesspezifisches QS-Verfahren MRSA. *Hyg Med* 2014;39-4
- Kötting J, Beckmann A, **Döbler K**, Schäfer E, Veit C, Welz A, Schiller W German CABG score: a specific risk model for patients undergoing isolated coronary artery bypass grafting. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2014 Jun; 62(4):276-8
- Winkler-Komp G, Misselwitz B, Kupfernagel F, van Emmerich C, **Döbler K** Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern: Strukturierter Dialog – Strukturen und Prozesse *Das Krankenhaus.* 3.2014. 198-205
- Schmedders M, **Döbler K** Patientensicherheit und Innovation In: Krankenhausreport 2014 (Hrsg.: Klaube J; Geraedts M; Friedrich J; Wasem J), Stuttgart: Schattauer 2014
- Döbler K** Indikation ist schwer zu messen. Interview zum Krankenhaus-Newsletter des AOK-Bundesverbandes (Blickpunkt Klinik) 2014 (12):3
- Bail DH** (Meta)-Analysis of safety and efficacy following edge-to-edge mitral valve repair using the MitraClip System *Journal of Interventional Cardiology* 2015 (accepted)
- Doumit D, **Giehl J** Evaluation von IQM in der medizinischen Versorgung Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 2015;20:278-285
- Döbler K** Re: „Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014:

on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly?“ by Holger Eggebrecht et al. EuroIntervention. 2016 Jan 22;11(9):1083-5. doi: 10.4244/EIJ-V11I9A218.

Ausblick

Das KCQ hat im Berichtszeitraum wieder in zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen an der praktischen (Weiter-) Entwicklung der ESQS und sektorenübergreifenden QS sowie der vertragsärztlichen QS mitgewirkt, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Diverse gutachterliche Analysen zu grundsätzlichen Fragestellungen kommen hinzu. Die überaus positiven Bewertungen der jeweiligen GKV-Auftraggeber und die angefragten Zusammenarbeiten im MDK-System bestätigen dies.

Personell wird das KCQ ab Mai 2016 wieder voll besetzt sein, wobei zwei Fachärzte ihren Dienort in Tübingen und drei in Stuttgart haben. Auch die in den Ruhestand getretene Mitarbeiterin mit den Aufgaben einer medizinischen Dokumentarin wird in Kürze durch eine erfahrene Fachkraft ersetzt sein.

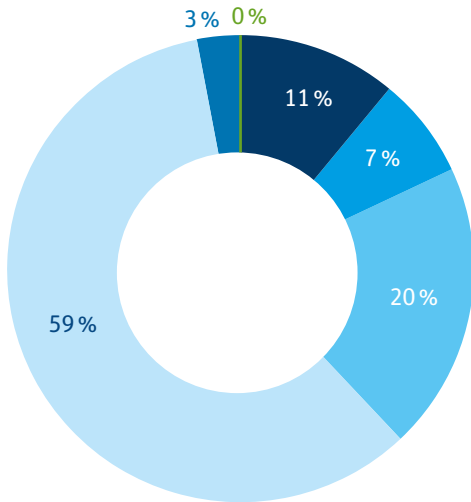
Sowohl die Methoden als auch die Inhalte der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich sind in stetiger Entwicklung begriffen. Gerade auch die neuen gesetzlichen Vorgaben aus 2015 Versorgungsstärkungsgesetz [VSG] und das Krankenhausstrukturgesetz [KHSG] dokumentieren dies. Bereits jetzt stehen beispielsweise Aufträge an zur Auswahl von Qualitätsindikatoren für Qualitätsverträge und zu sinnvollen Inhalten von MDK-Prüfungen im Krankenhaus sowie zur Wahl von Leistungen für neue Mindestmengenregelungen des G-BA. Inhaltlich werden derzeit Prüfungen durchgeführt, welche Qualitätsdefizite im Bereich klinischer Sektionen objektiviert werden können und welche Qualitätskriterien etabliert werden könnten. Schließlich wird analysiert, ob es potenzielle Defizite bei der Versorgung bei Harninkontinenz gibt; es ist aufzuweisen, inwieweit diese Störung mit komplexen Ursachen sinnvoller Weise einer systemischen Erfassung und Sicherung der Versorgung zugänglich ist.

Es bleibt 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 etwaig abträglicher pekuniärer Einflüsse realisiert werden könne.

Prof. Dr. Johannes Giehl

Abbildung 1 A: Ressourcenverbrauch nach Leistungsarten

Berichtszeitraum 01.01.2014 bis 31.12.2014



- Schulung und Workshop
- G1 GA Stellungnahme
- G2 Eingehende GA Stellungnahme
- G3 Grundsatz-GA
- G4 Gremienarbeit
- G5 Empfehlung zur soz.-med. Begutachtung und Beratung

Berichtszeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2015

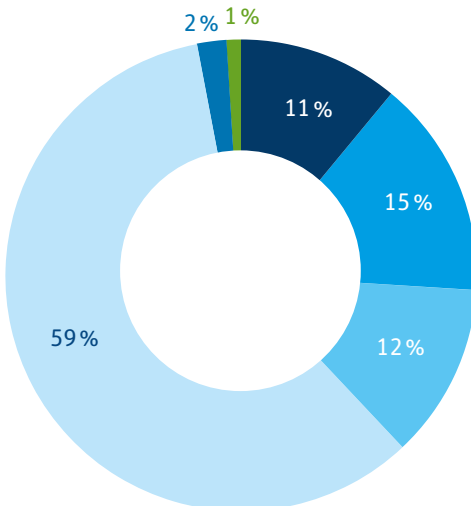
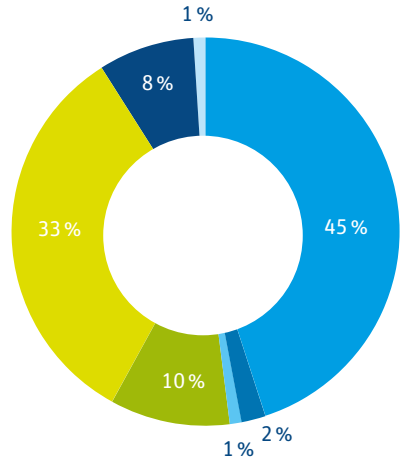
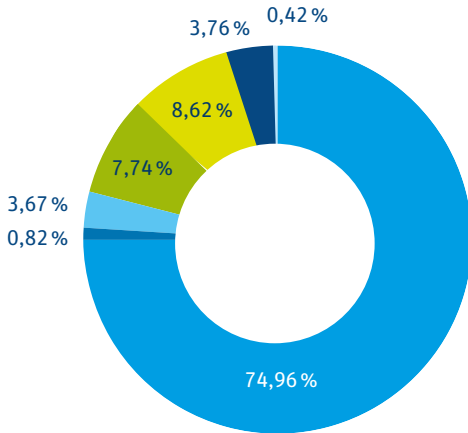
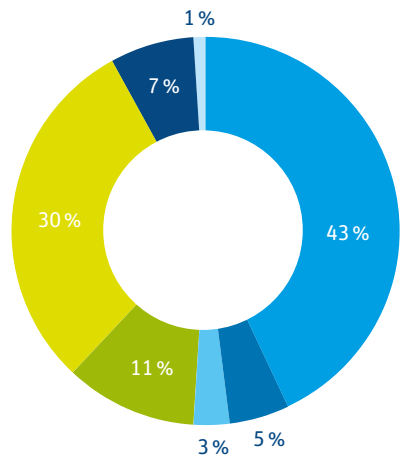
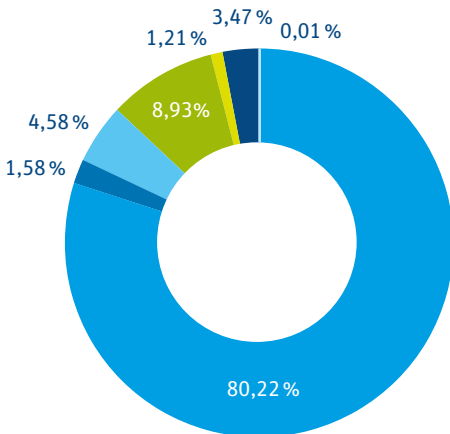


Abbildung 1 B: Ressourcenverbrauch (links) und Aufträge (rechts) nach Auftraggeber

Berichtszeitraum 01.01.2014 bis 31.12.2014



Berichtszeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2015



- Spitzenverbände der Krankenkassen, gemeinsam
- Spitzenverband einer Kassenart
- Landesverbände der Krankenkassen, gemeinsam
- Landesverband einer Kassenart oder Einzelkasse
- MDK
- MDS
- Sonstige

Abb. 2 A: Beurteilung durch Auftraggeber: Gremienarbeit

Auswertung der Rückmeldebögen Gremienarbeit 2014/2015

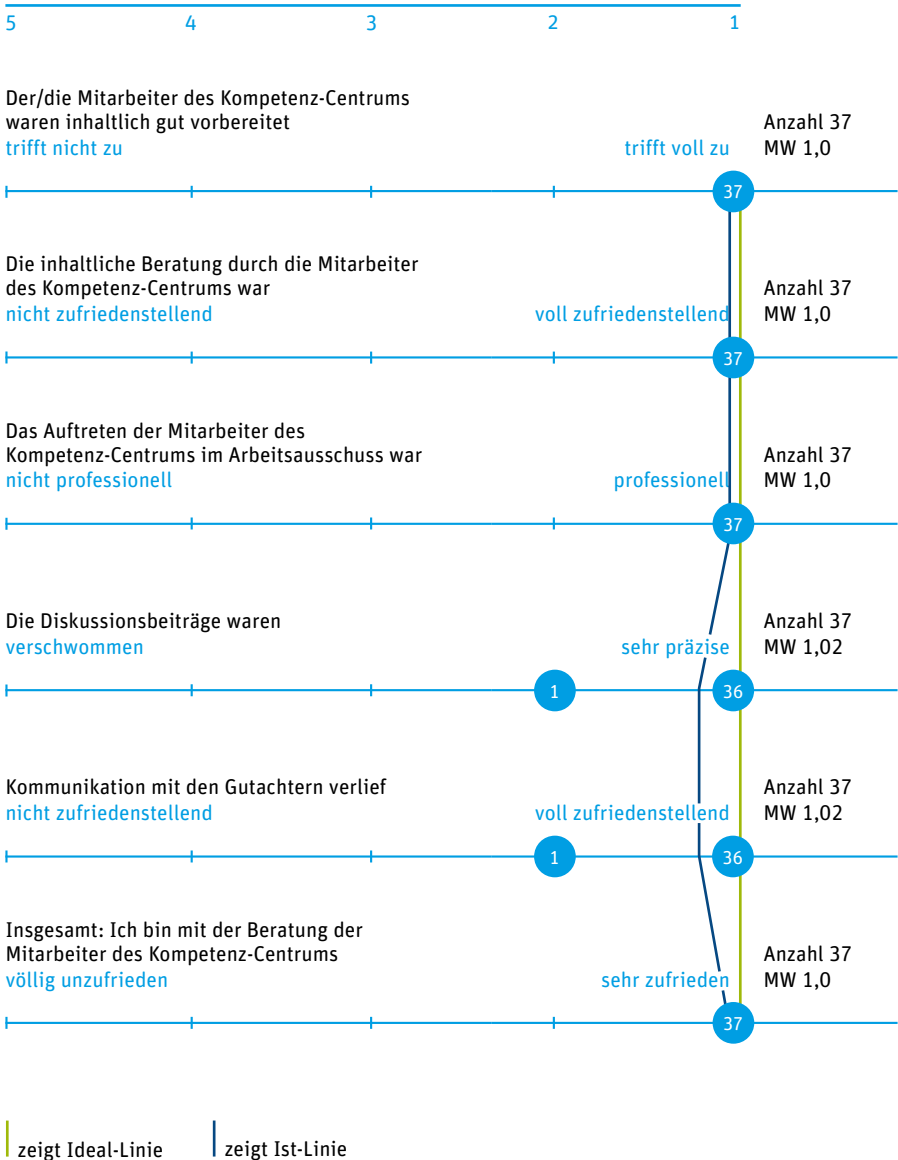


Abb. 2 B: Beurteilung durch Auftraggeber: Gutachten
Auswertung der Rückmeldebögen Gutachten 2014/2015

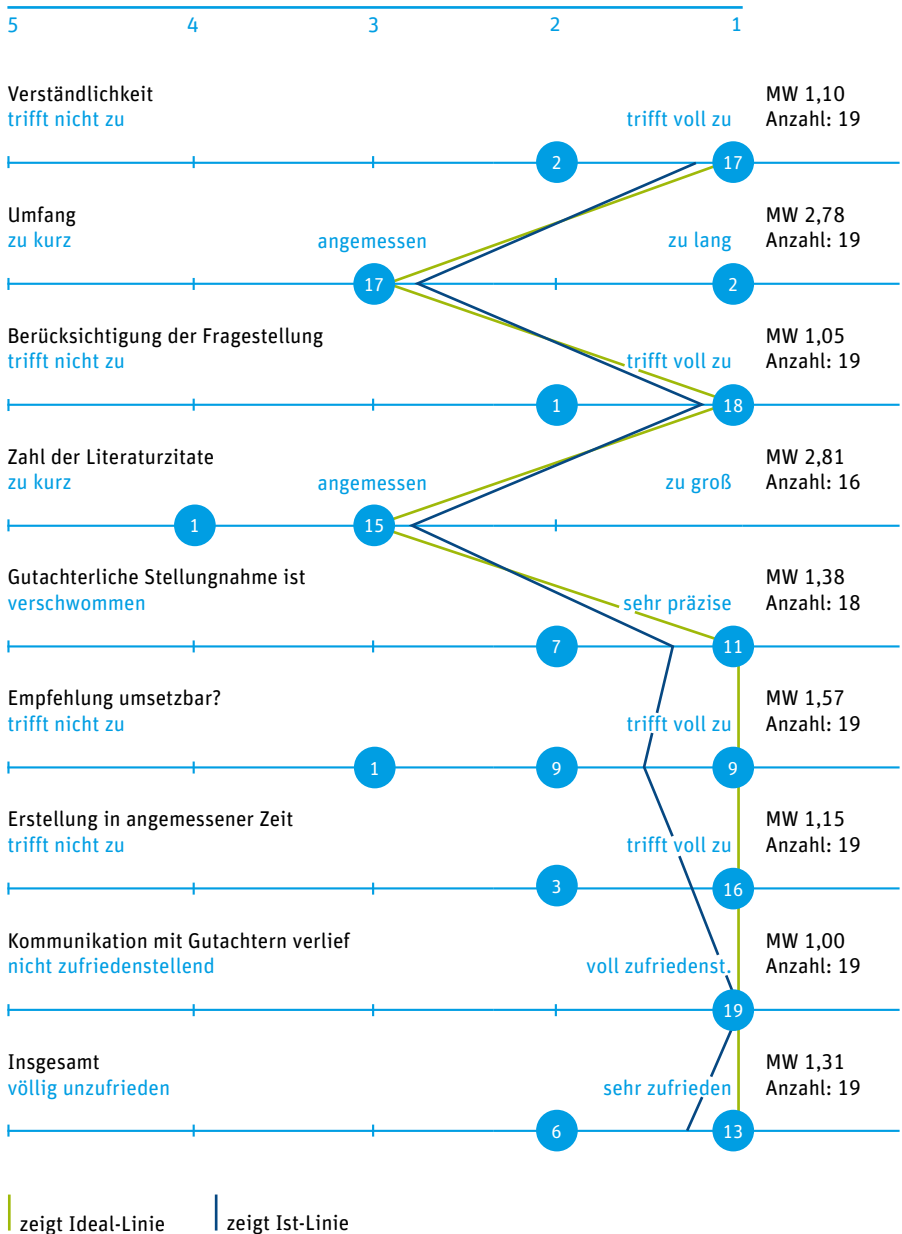


Abb. 2 C: Beurteilung durch Auftraggeber: Präsentationen

Auswertung der Rückmeldebögen Präsentationsveranstaltung 2014/2015

