

Urologisch-onkologische Zentren im



Was bleibt ... ?

Bernd Hoschke

Urologische Klinik CTK Cottbus gGmbH

Nationale Krebskonferenz

23.06 2009

- Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
- Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- Stärkung der Patientenorientierung



Derzeit besteht die Tendenz, für Betroffene mit häufigen Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs) eine **flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Behandlung in zertifizierten Zentren vorzusehen.**

- Nachweis hoher Grad an Effizienz und Qualität
- Zertifizierte Zentren: Netze von qualifizierten, interdisziplinären und transsektoralen, ggf. standortübergreifenden Einrichtungen der onkologischen Versorgung

- *bundesweit einheitliches Konzept* der Zertifizierung und Qualitätssicherung mit einheitlichen Bezeichnungen für onkologische Versorgungsstrukturen
- Jedem geeigneten Leistungserbringer *soll die Möglichkeit* eingeräumt werden, ein Zertifikat zu erwerben. Ziel ist ein fairer Wettbewerb um gute Qualität und demzufolge eine breite Qualitätsverbesserung.
- Aktuell werden Zertifizierungsverfahren auf *freiwilliger Basis* durchgeführt und haben mit wenigen Ausnahmen keinen unmittelbaren Bezug zum SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) oder einer anderen gesetzlichen Grundlage.
- Inwieweit die Zertifizierung von Zentren verbindlich geregelt werden oder aber eine freiwillige Leistung im Qualitätswettbewerb bleiben sollte, ist zentraler Gegenstand der Diskussion in der Arbeitsgruppe.

Aktueller Zertifizierungsstand

Zertifizierte Zentren und Zentren im Zertifizierungsprozess

- **Organkrebszentren (C) nach DKG e.V. Kriterien:**
 - 281 Brustkrebszentren (inkl. 50 Brustzentren der Ärztekammer NRW),
 - 190 Darmkrebszentren,
 - 81 Prostatakrebszentren,
 - 44 Gynäkologische Krebszentren,
 - 33 Lungenkrebszentren und
 - 29 Hautkrebszentren
- **Onkologisches Zentren (CC):**
 - 25 CC nach DKG e.V. Kriterien,
 - 19 CC nach DGHO Kriterien
- **Onkologische Spitzenzentren (CCC) mit DKH-Förderung: 11**

Steht die Zentrenbildung im
Widerspruch zu
flächendeckender Versorgung?

Zentrum?

Brockhaus: „Centrum“ lateinisch: Mittelpunkt, aus dem griechischen „Kentron“ (ruhender Zirkelschenkel)

dazugehörendes Verb heißt „kentein“: „(ein-)stecken“

Das Gegenüber von Zentrum ist die „Peripherie“

Wirtschaftstheorie: Zentrum-Peripherie-Modell

- „...die Entwicklung in... Zentren und in... Randgebieten (Peripherie)... verläuft ungleichmäßig.
- Zentrum ist der wirtschaftlich aktivere Raum, der... als innovativ und fortschrittlich gilt (Städte, Ballungsgebiete).
- In der Peripherie... herrscht dagegen... Rohstoffgewinnung (!) vor.
- Beide Räume stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis, in dem das Zentrum Macht auf die Peripherie ausüben kann“

Ziele der Zentrenbildung

- Qualitätsverbesserung
- Leistungssteigerung
- Implementierung innovativer Techniken
- Wettbewerbsvorteil

Gründe für eine Zertifizierung

- Innenwirkungen:
 - Qualitätssteigerung durch Qualitätsmanagement
 - Benchmarking
 - Motivation zur Leistungsverbesserung
- Außenwirkungen:
 - Werbung um Vertrauen gegenüber Patienten
 - Wettbewerbsvorteile
 - Nachweis der Existenz und des Funktionierens eines internen Qualitätsmanagements

Auswirkungen

- Medizinisch
 - Qualität in der Betreuung (Interdisziplinarität)
 - Ständige Kontrolle
 - Schnelleres Etablieren aktueller Behandlungskonzepte
- Wirtschaftlich
 - Fallzahlsteigerung
 - Wirtschaftlicheres Arbeiten (Pfade)
 - Sonder (Selektiv) Verträge und – Finanzierungen (?)
 - Personeller und finanzieller Mehraufwand



Zentritis? Deutschland, ein Zentrumsmärchen?

Selbsternannt, zertifiziert oder
überflüssig?

DGU(DKG) oder DVPZ- Zertifikat?

Organ- oder Krebszentrum?

Zertifizierungsvorgaben

PCA- Zentrum

- DKG- bzw. Oncocert- Zertifizierung (Anerkennung durch die KK)
- DGU in Kooperation mit der DKG, AUO, ARO
- Gleichberechtigte Partner: Urologe/ Strahlentherapeut
- Kliniklastig
- NG als gleichberechtigte Leistungserbringer
- Kooperation im Umkreis von 40 km mgl.
- 50 rad PE/a
- 100 Primärfälle /a
- QM- system (ISO 9001 o. KTQ)
- Leitliniengerechte Diagn./ Therapie
- Anforderungen lt Oncocert- Erhebungsbogen

Prostatazentrum

- DVPZ –Zertifizierung
- Koopertion mind. 1 Klinik mit mind. 5 niedergelassenen Urologen, einem Strahlentherapeuten
- Niedergelassenenlastig
- Alle müssen sich zertifizieren lassen (inkl. QM)
- Alle müssen zur Workshops: mind. 2 / Hauptabteilung, alle NG
- Preise: 500€/Person
- Zertifizierung: 8100-11700€/ Größe der Abteilung
- 20 rad. PE/a/Operator (mind.2)
- 100 Primärfälle/a
- Brachyth.: 40 Therapien/a/ Strahlenth.
- Anbindung an Prostaweb

Prätherapeutische Konferenz	≥1-mal/Woche (>90% der zugewiesenen Patienten)
Posttherapeutische Konferenz	≥1-mal/Monat
Moribiditätskonferenz	≥2-mal/Jahr
Qualitätszirkel	≥4-mal/Jahr
Ergebnisqualität	DFS, OAS, IIEF, ICS 1-mal/Jahr
Lebensqualität	1, 3, 5 Jahre nach Erstdiagnose
Patientenbefragung	>50% Rücklaufquote
Patientenveranstaltung	>1-mal/Jahr
Rückmeldesystem + Einweiserzufriedenheit	Alle 3 Jahre
Study nurse + Pflegepersonal mit onkologischer FWB	≥2 Personen
Intravasale zytostatische Therapiezyklen	≥200
Aktive Teilnahme an interdisziplinärer Fortbildung	≥6-mal/Jahr
Zusätzliche Verträge mit	Labor, Psychoonkologie, Sozialdienst, Selbsthilfe, Physiotherapie, Palliativtherapie, Reha-Medizin

DVPZ- zertifizierte Prostatazentren

12 zertifiziert
35 in Vorbereitung



Onkozert -zertifiziert Prostatakarzinom- Zentren

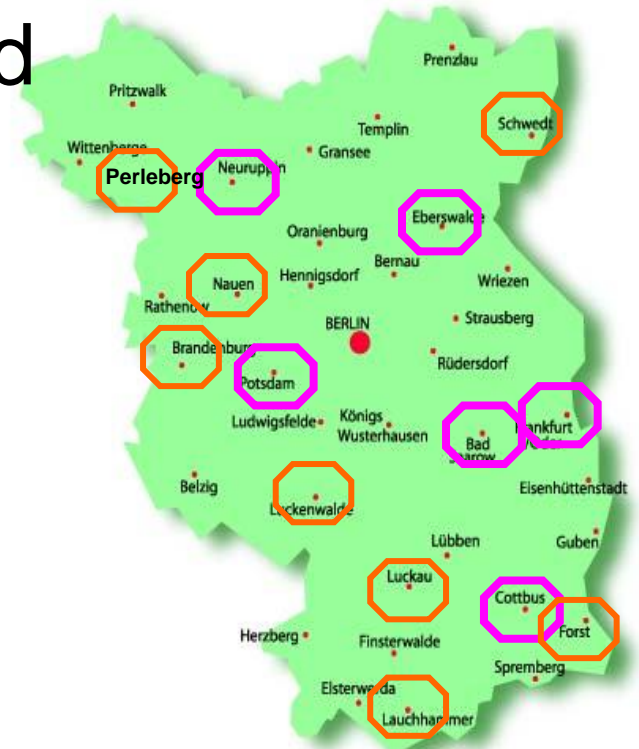
41 Zentren zertifiziert



Stand 09/09

Land Brandenburg

- 14 urolog.Kliniken
- 6 strahlentherapeutische Kliniken
- 5 Tumorzentren im Verbund



Auswertung der Daten des
Tumorzentrums
Land Brandenburg

Prostatakarzinom

2000 – 2005
(8055 Fälle)

Birgit Kindt
Nordbrandenburgischer Onkologischer
Schwerpunkt e.V.
Kordinatorin

Mai 2006

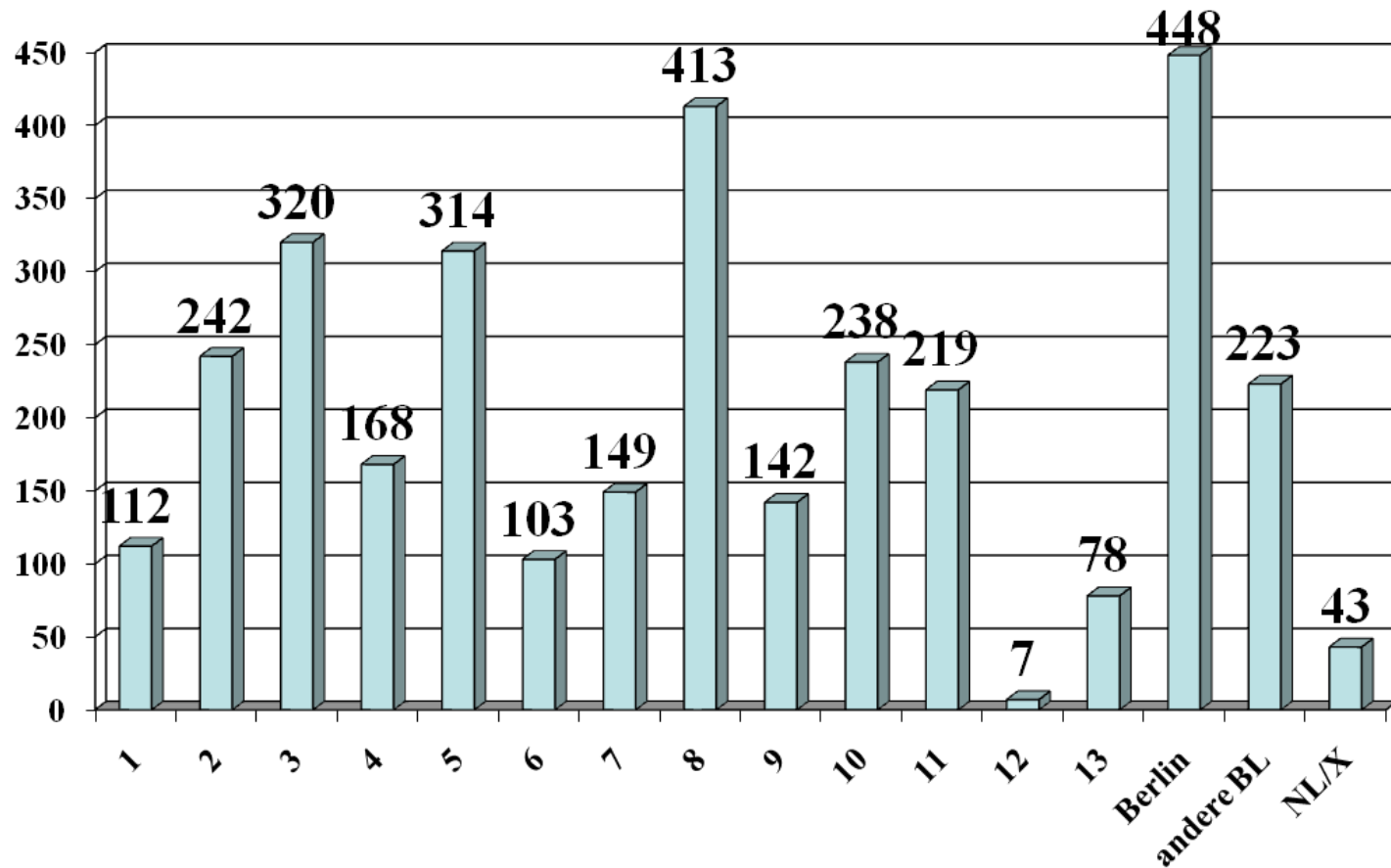
Kurativer Therapieansatz

von 8055 Patienten erfolgte bei 3219 Pat. eine Prostatektomie **40 %**
bei 1717 Pat. eine Radiatio **21 %**
bei 609 Pat. Prostatektomie + Radiatio **8 %**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Erstdiagnosen	977	1095	1308	1649	1642	1384
Prostatektomie	354	397	570	697	701	500
Radiatio	157	256	289	403	388	224
Prostatektomie + Radiatio	97	109	132	121	106	44

In welchen urologischen Abteilungen/Kliniken erfolgten die Prostatektomien? 2000-2005

(ca. 20% der Pat. wurden in anderen Bundesländern operiert)



Auswertung der Daten des
Tumorzentrums
Land Brandenburg

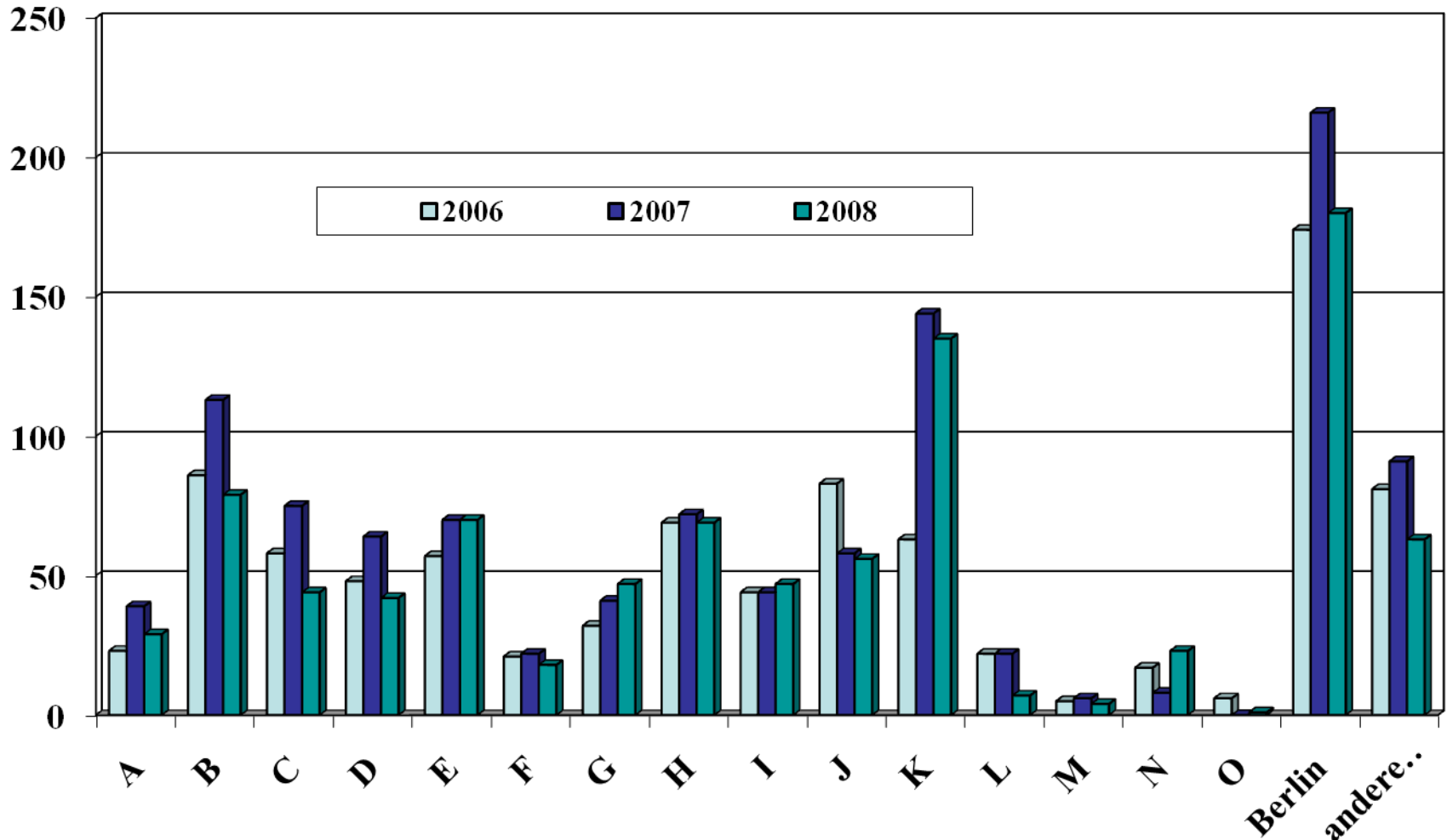
Prostatakarzinom

2006-2008

6118 Neuerkrankungen

In welchen urologischen Abteilungen/Kliniken erfolgten die Prostatektomien (2888) 2006-2008

(ca. 28% der Pat. wurden in anderen Bundesländern operiert)

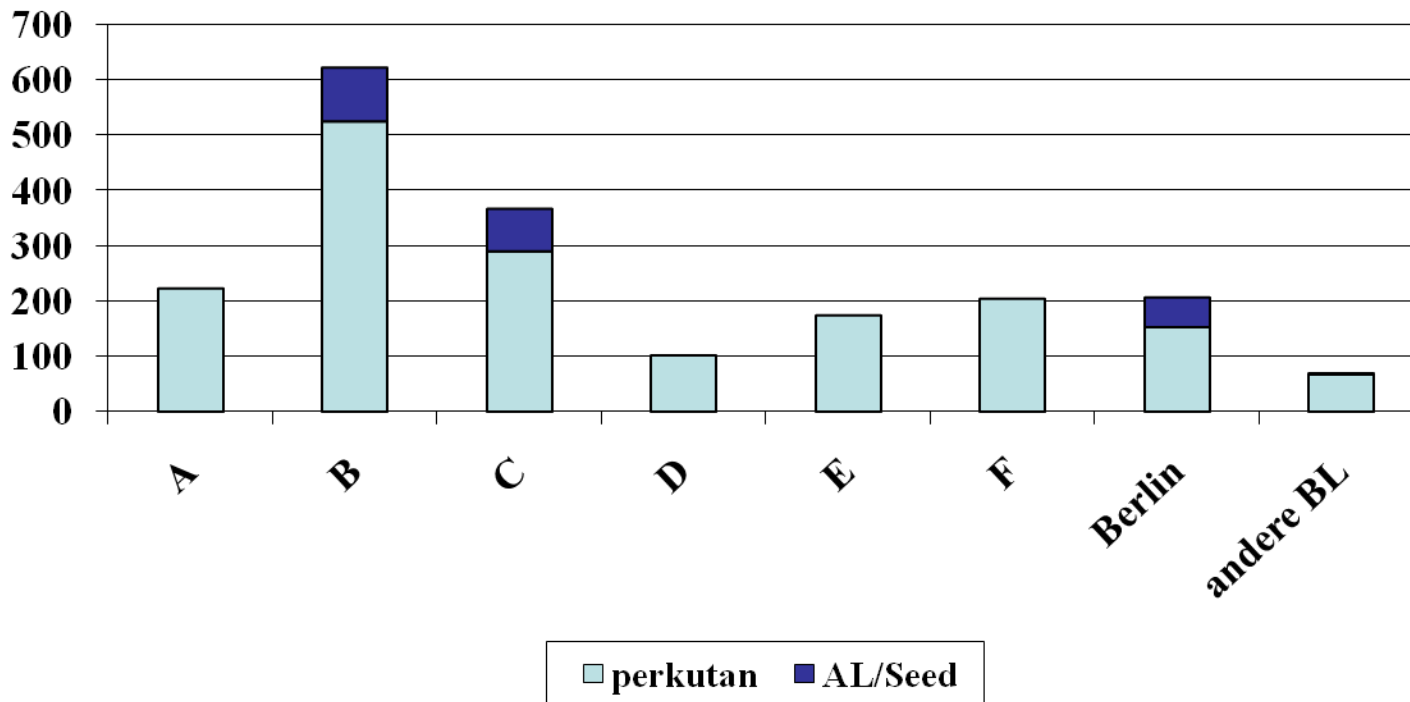


In welchen Strahlenkliniken erfolgten die Bestrahlungen bei Prostatakarzinom?

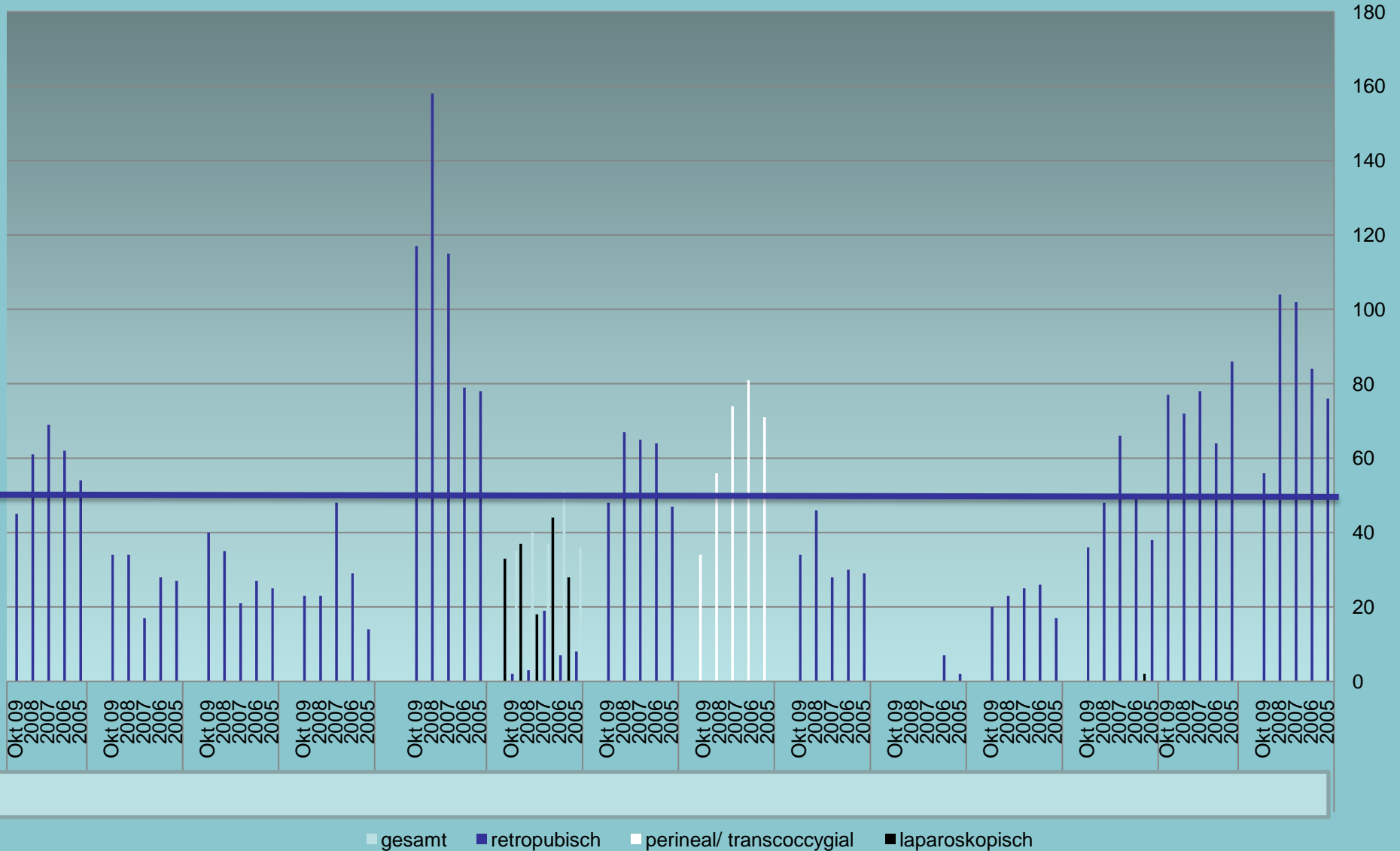
2006-2008

1968 Männer wurden bestrahlt

(ca. 13,6% der Pat. wurden in anderen Bundesländern bestrahlt)



RPE im Land BB



■ gesamt ■ retropubisch ■ perineal/ transcoccygial ■ laparoskopisch

	RPE > 50/a	Operateure Anzahl >25 RPE/a		Strahlenth.Klinik	Brachytherapie Klinik
Bad Saarow	+	3	1	+	HDR
Brandenburg	+	2	1	0	0
Cottbus	+	4	3	+	0
Eberswalde	(+)	1	1	+	geplant
Forst	-	2	1	0	0
Frankfurt / Oder	(+)	2	2	+	0
Lauchhammer	-	1	0	0	0
Luckau	-	1	1	0	0
Luckenwalde	+	2	2	0	0
Nauen	-	1	1	0	0
Neuruppin	+	3	3	+	LDR/HDR
Perleberg	-	2	1	0	0
Potsdam	+	2	2	+	LDR
Schwedt	-	1	1	0	0

	RPE > 50/a	Operateure Anzahl >25 RPE/a		Strahlenth.Klinik	Brachytherapie Klinik
Bad Saarow	+	3	2	+	HDR
Brandenburg	+	2	1	0	0
Cottbus	+	4	3	+	0
Eberswalde	-	1	1	+	geplant
Forst	-	2	1	0	0
Frankfurt / Oder	+	2	2	+	0
Lauchhammer	-	1	0	0	0
Luckau	-	1	1	0	0
Luckenwalde	+	2	2	0	0
Nauen	-	1	1	0	0
Neuruppin	+	3	3	+	LDR/HDR
Perleberg	-	2	1	0	0
Potsdam	+	2	2	+	LDR
Schwedt	-	1	1	0	0

Zertifizierung möglich???

- Hoher personeller /zeitlicher Aufwand
 - OP, Strahlentherapie, Pathologie, Sozialdienst, onkologisches Pflegepersonal, study nurse,
 - Dokumentationen, Tumorboards, Studien Patientenberatungen
- hoher materieller Aufwand
 - Kosten der Zertifizierung/ Rezertifizierung
 - QM und Dokumentationen

Gefahren bei der ausschließlichen Versorgung in „Zentren“

DRG-Verlust

	Bewertungsrelation
• RPE	3,007/ 2,228
• RZE	5,199/ 4,511
• Nierenteilresektion: Nephrektomie	3,611/1,936

Gefahren bei der ausschließlichen Versorgung in „Zentren“

- Fehlende Etablierung von „Sekundär“Therapien
 - Harnableitungsrevisionen
 - Metastasen Chirurgie
 - Lymphknoten Chirurgie
 - Inkontinenztherapie beim Mann
 - Andrologie
 - Medikamentöse Tumorthherapie

Bei Entzug der hochdotierten DRG „nur“ noch DRG
mit max. Bewertungsrel. 2,2 (komplexe transurethrale
Eingriffe, PNL) in „Nichtzentren“

VD der Patienten < 3-4d

Gefahren bei der ausschließlichen Versorgung in „Zentren“

- nur noch urologische „Basisversorgung“ in “Nichtzentren“
- Schließung von urologischen Kliniken (Belegabteilungen?, Klinikverbünde?)
- Auswirkungen auf das Spektrum anderer Kliniken:
 - Komplexe Bauchchirurgie
 - Onkologische Gynäkologie
 - Hämatologie/ Onkologie
- Keine wohnortnahe spezialisierte Versorgung (lange Anfahrtswege für Patienten und Angehörige)
- Abwanderung der Patienten nach Berlin und andere angrenzende Bundesländer gerade aus den nördlichen Bereichen

Möglichkeiten der flächendeckenden qualitativen Versorgung

- „Brandenburger“ Weg eines eigenen Zertifizierungsvorhabens über das TZ: gescheitert
- Zertifizierung einer einzelnen Klinik unter späterem Zusammenschluss mit anderen Kliniken zu regionalen Zentren
- Organzentrum ohne Zertifizierung aber QM
- Erfassen der Tumoren und Verläufe über einen eigenen PCA-Bogen des TZ BB digital landesweit und damit auch Qualitätskontrolle „kleinerer“ Kliniken
- Kontrolle der Qualität über eine eigene Kommission (z.B. Ag PCA des TZ Brandenburg)
- Qualifizierung der Urologen/ Strahlentherapeuten

„Wer nicht mit der Zeit
geht,
der geht mit der
Zeit...“



Hohe Priorität behält die **persönliche**
Behandlung eines Krebskranken durch
einen **versierten Onkologen**, der die
Verantwortung und die
kontinuierliche Betreuung übernimmt

Die Qualität bestimmen wir selbst!

...ich ziehe
die Kollegialität nach wie vor dem
Wettbewerb zwischen Ärzten und
Krankenhäusern vor und glaube immer
noch daran, dass wir Ärzte das
System gestalten sollen und können
und nicht der TÜV, die Kassen oder
die Politik.

Mit diesen anderen „Mitspielern“
sollten wir erst reden, wenn
wir wissen, wie es aussehen soll, wir
also Vorschläge ausgearbeitet haben,
die in erster Linie das Beste für unsere
Patient(inn)en in den Mittelpunkt rücken.