

10 Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungs- reform zügig umsetzen

Simone Wesselmann, Carina Mostert, Johannes Bruns und Jürgen Malzahn

Abstract

Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe haben ein Zertifizierungsverfahren etabliert, das struktur- und prozessqualitative Parameter für die onkologische Versorgung festlegt. Mit Hilfe von Daten aus den Krebsregistern können beispielhaft für die Indikationen Brust- und Darmkrebs deutliche Hinweise gewonnen werden, dass die Behandlungsqualität in den zertifizierten Zentren und Netzwerken bessere Ergebnisse erzielt als außerhalb dieser Strukturen. Zurzeit ist es jedoch aufgrund der Vergütungsstrukturen und der weitgehenden sektoral organisierten Versorgung nicht geregelt, dass betroffene Patienten nur in diesen Zentrumsstrukturen behandelt werden. Es gibt im Gegenteil eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten, die sich eher an gewachsenen Strukturen und Vergütungssystemen orientieren. Nachdem in den letzten zehn Jahren die stationäre Versorgung wesentlich durch die Anreize des DRG Systems beeinflusst worden ist, hat die Bundesregierung im Koalitionsvertrag nun die Qualität der Versorgung ins Zentrum ihrer gesundheitspolitischen Agenda gerückt. Um die Umsetzbarkeit einer qualitätsorientierten Strukturreform zu prüfen, wurden die Auswirkungen auf die Fahrtwege von betroffenen Patienten auf Basis von AOK-Daten untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass selbst unter vorsichtigen Annahmen eine ausschließliche Behandlung in den zertifizierten Zentren nur für wenige Patienten zu einer relevanten Fahrzeitverlängerung führen würde und somit eine an ergebnisqualitativen Parametern ausgerichtete Versorgungsreform umsetzbar wäre.

The German Cancer Society and the German Cancer Aid have established a certification process that determines parameters of structure and process quality of oncological care. Using data from cancer registries, strong evidence can be obtained that e.g. for breast and colon cancer the quality of care in certified centres and networks provides better results than outside these structures. At present, however, due to the remuneration structure and the fact that in Germany health care supply is largely organised in separate sectors, it is not regulated that affected patients are to be treated exclusively in centres. On the contrary, there is a variety of treatment options which are rather oriented towards established structures and compensation schemes. Since inpatient care has been significantly influenced by the incentives of the DRG system in the last ten years, the federal government's coalition agreement has now moved quality of care in the focus of the health agenda. In order to test the feasibility of a quality-oriented structural reform, the possible impact on the travelling distances to hospital was

examined based on AOK data. It could be shown that, even under conservative assumptions, only few patients would have to cover significantly longer distances if treatment took place in certified centres only. A health care reform that is oriented towards parameters of outcome quality would therefore be feasible.

10.1 Vorbemerkung

In den vergangenen zehn Jahren wurde die stationäre Versorgung durch die Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems in vielen Bereichen modernisiert. Die Begleitforschung zum DRG-System stellte jedoch fest, dass die angestrebte Zentralisierung und Spezialisierung der Versorgung weitgehend unterblieben ist (Beckmann et al. 2011). Dabei hat sich in vielen medizinischen Teilgebieten wie in der Onkologie aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht gezeigt, dass eine Versorgung in Zentren und sektorenübergreifenden Netzwerken überlegen ist. Daher müssen die medizinischen Versorgungsstrukturen jetzt unter qualitativen Gesichtspunkten entsprechend diesen Erkenntnissen reformiert werden, damit die bestmögliche Ergebnisqualität erreicht werden kann.

Krebserkrankungen und ihre Auswirkungen nehmen einen stetig größer werdenden Bereich in der Gesundheitsversorgung ein: zum einen aufgrund der steigenden Zahl neuauftretender Krebserkrankungen (480 000 Neuerkrankungen/Jahr (Robert Koch-Institut 2014)), die demografisch bedingt weiter zunehmen wird, und zum anderen durch den immer häufiger werdenden chronischen Verlauf der Erkrankungen. Darüber hinaus ist Krebs mittlerweile die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2014).

10.2 Nationaler Krebsplan als Startpunkt einer Versorgungsreform

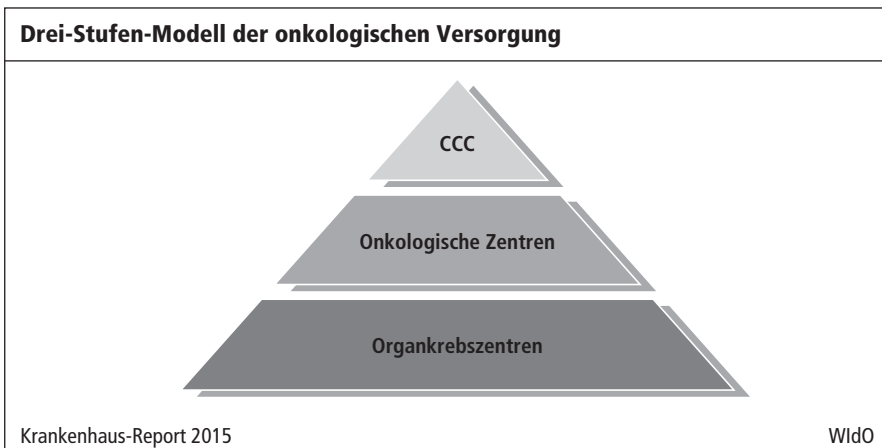
Diese Entwicklungen machen Reformen der onkologischen Versorgung notwendig und haben auch auf europäischer Ebene zu einer Vorgabe geführt, nationale Krebspläne zu entwickeln und umzusetzen. Ausgehend von dieser Vorgabe hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2008 in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan (NKP) initiiert und damit eine Plattform geschaffen, auf der sich die am Thema Onkologie Beteiligten zusammenfinden und Strategien und Maßnahmen für die Früherkennung und die Versorgung krebserkrankter Menschen erarbeiten (Bundesministerium für Gesundheit 2014a). Ein wichtiges Element des Nationalen Krebsplans ist die Beteiligung der Partner der Gesundheitspolitik und -versorgung. Das bedeutet konkret, dass neben den Vertretern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. Patientenorganisationen auch der GKV-Spitzenverband bzw. die PKV, die kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer an dem Konsensprozess und der Erarbeitung der über 100 Maßnahmen mitgewirkt haben. Ziel der Ar-

beitsgruppen des Nationalen Krebsplans war es, Strukturen und Prozesse zu etablieren, die die Qualität der Früherkennung, Diagnostik und Behandlung onkologischer Patienten in den Fokus stellen, auf der Basis evidenzbasierter Inhalte und unter Ausschluss unnötiger oder unwirksamer Maßnahmen. Die Arbeit der Experten ist für alle Gruppen weitestgehend abgeschlossen und hat mit der Inkraftsetzung des Krebsfrüherkennungsregistergesetzes (KFRG) zu ersten Ergebnissen geführt (Deutscher Bundestag 2014).

10.3 Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft

Der nächste Aufgabenbereich des Nationalen Krebsplans ist der Aufbau und die Organisation der onkologischen Versorgungsstrukturen. Für die Umsetzung wurde im Rahmen des NKP ein Drei-Stufen-Modell erarbeitet, das auf zertifizierten Zentren aufbaut. Zertifizierte Zentren sind „ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, interdisziplinären und transsektoralen [...] Einrichtungen, die [...] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden [...]“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014b). Ein zertifiziertes Zentrum ist also der Zusammenschluss mehrerer Behandlungspartner aus dem ambulanten und stationären Bereich, die ihre Expertise in das Netzwerk einbringen. Neben den medizinischen Fachdisziplinen bzw. Fachärzten sind obligat auch weitere behandlungsrelevante Disziplinen wie die Sozialarbeit, die ambulante und stationäre onkologische (Palliativ-) Pflege oder die Psychoonkologie in das Netzwerk integriert, sodass aus Sicht der betroffenen Patienten alle Bereiche und alle Phasen der Erkrankung abgebildet werden. Die zertifizierten Zentren sind in einem Drei-Stufen-Modell zusammengefasst, das die unterschiedlichen Aufgaben der verschiedenen Versorgungsstufen und Netzwerke verdeutlicht (Abbildung 10–1). Die Organkrebszentren, wie zum Beispiel Brust- oder Darmkrebszentren, behandeln die häufigsten Tumorentitäten mög-

Abbildung 10–1



lichst flächendeckend und stellen die breite Basis des Modells dar. Die Onkologischen Zentren betreuen mehrere Tumorentitäten unter einem Dach und dabei vor allem auch weniger häufige Erkrankungen, sie zentrieren die Expertise der Leistungserbringer und sind dementsprechend weniger zahlreich. Die Spitze des Modells wird durch die Onkologischen Spitzenzentren gebildet: obligat universitäre Einrichtungen, die neben Forschung und Lehre innovative Therapiekonzepte entwickeln und für besondere Erkrankungsverläufe ausgewiesene Expertise besitzen.

Das entscheidende Element des Drei-Stufen-Modells ist die Sicherstellung der tumorspezifischen Behandlungsqualität in den onkologischen Netzwerken. Mit der Zertifizierung der Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)¹ bzw. die Deutsche Krebshilfe (DKH)² steht mittlerweile ein entsprechendes Qualitätssicherungs- und vor allem -verbesserungsinstrument bundesweit und für einige Tumorentitäten auch flächendeckend für die onkologische Versorgung zur Verfügung. Beide Organisationen vertreten aufgrund ihrer Strukturen und Aufgaben alle Bereiche und Interessengruppen in der Onkologie und sind nicht einer Fachgesellschaft oder -richtung zuzuordnen. Grundlage für die Zertifizierung sind tumorspezifische Erhebungsbögen, die die leitlinienbasierten Anforderungen und Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen enthalten. Die Anforderungen werden in den interdisziplinär und interprofessionell besetzten Zertifizierungskommissionen der DKG von den Experten erarbeitet, die das Mandat ihrer Fachgesellschaften erhalten haben (Deutsche Krebsgesellschaft 2014b). Im Rahmen der jährlichen Auditverfahren werden die Umsetzung dieser Anforderungen und die Ergebnisse der zertifizierten Zentren überprüft. Wichtig ist dabei, dass die Auditoren selbst onkologisch aktive Fachärzte sind und über eine spezielle Fortbildung für die Durchführung von Zertifizierungen verfügen. Die Überprüfung geschieht also durch Fachexperten, die in dem zu begutachtenden Feld täglich aktiv sind und damit Ergebnisse der Zentren sinnvoll interpretieren und Verbesserungsmaßnahmen anregen können (Wesselmann et al. 2013). Die Ergebnisse der Zentren werden jährlich ausgewertet und in Form von anonymen tumorspezifischen Jahresauswertungen veröffentlicht (Deutsche Krebsgesellschaft 2014a). Mit den Jahresauswertungen werden mehrere Ziele erreicht: Zum einen kann das einzelne Netzwerk seine Ergebnisse mit denen der anderen Netzwerke vergleichen (Querschnitt) und zum anderen kann es die Entwicklung seiner Ergebnisse im Verlauf der Zeit verfolgen (Längsschnitt). Die Behandlungsergebnisse werden während des Audits mit den Fachexperten analysiert. Bei auffälligen Ergebnissen werden konkrete Verbesserungsmaßnahmen vereinbart, deren Wirksamkeit im nächsten Audit überprüft wird. Auf diese Weise wird ein effektiver Plan-Do-Check-Act-Zyklus im onkologischen Alltag implementiert, der zur Verbesserung der Behandlungsqualität beiträgt. Gegenwärtig sind ca. 900 onkologische Netzwerke zertifiziert, die 2013 etwa 150 000 Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose eines malignen Tumors behandelt haben (Suchportal der zertifizierten Zentren 2014). Mit dem Zertifikat wird den Patienten eine Orientierung in dem komplexen Feld der Onkologie ermöglicht und zugleich die Sicherheit gegeben,

1 Die DKG ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland mit über 7 100 Einzelmitgliedern, die in allen Bereichen der Onkologie tätig sind.

2 Die gemeinnützig tätige DKH ist der wichtigste private Geldgeber auf dem Gebiet der Krebsforschung in Deutschland.