



STRUENSEE-HAUS



Qualitätsindikatoren in der Onkologie

p.i.o. Jahrestreffen 2011
Rostock – Warnemünde
2. April 2011

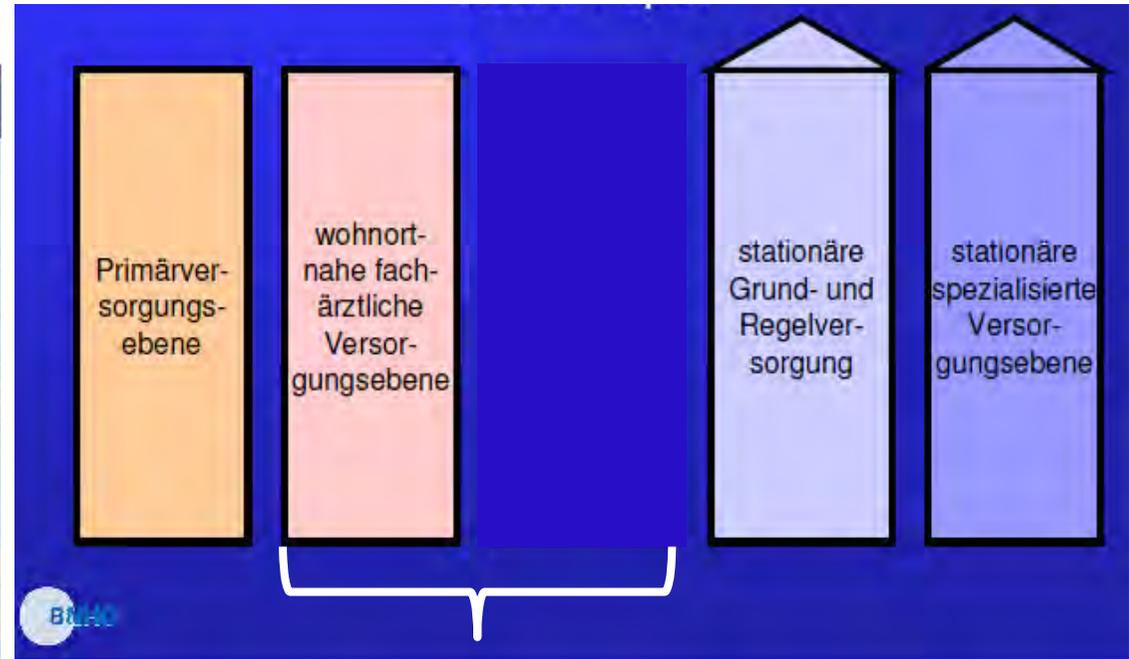
U. R. Kleeberg Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona (HOPA) Hamburg



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA



Versorgungsebenen GKV (KBV Köhler 2009)

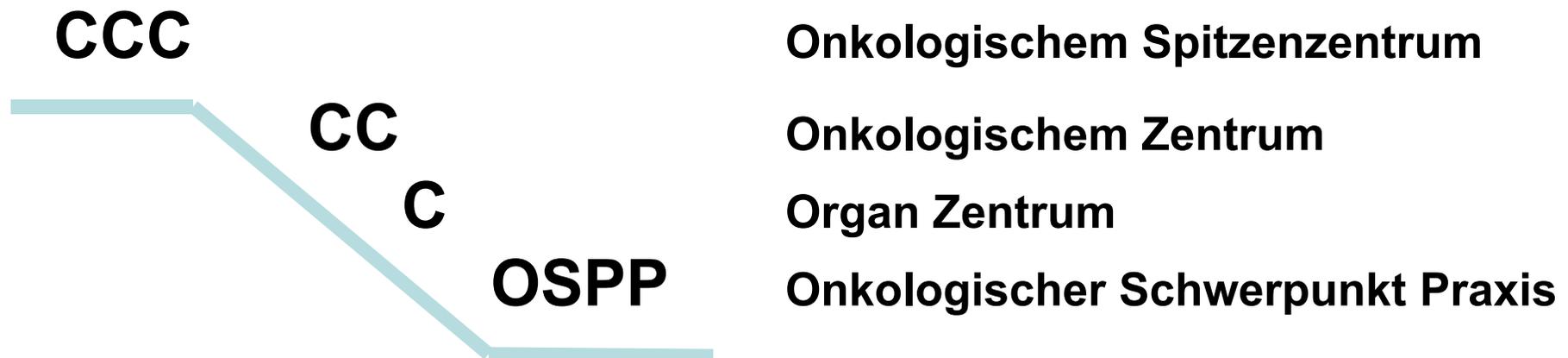


**Grund für die führende Qualität der
Deutschen Krankenversorgung**

Medicus ambulat: Traumbuch 19. Jh. Sonnenschein nach dem Gewitter

Meine These*:

In der **Qualität** der Krankenversorgung
darf es keinen Unterschied geben
zwischen



Different
Different
Different

sind die Schwerpunkte der Krankenversorgung
ist das Aufgabenspektrum
ist das Versorgungsspektrum.

* U.R. Kleeberg HOPA 1976



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

Onkologie 9: suppl. 2, pp. 12–13 (1986)

Zum Aufbau onkologischer Versorgungsstrukturen durch die niedergelassene Ärzteschaft 1976–1986

U. R. Kleeberg

Hämatologisch-onkologische Praxis, Hamburg

ONKOLOGIE

Onkologie 2002;25(suppl 1):6–13

Entwicklung der Hämatologie und internistischen Onkologie in den vergangenen 25 Jahren

H. Heimpel^a U. K. Kleeberg^b

^a Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Ulm

^b Onkologische Schwerpunktpraxis Hamburg-Altona



Editorial

Zur Entwicklung onkologischer Krankenpflege in der Bundesrepublik Deutschland

1979

U. R. Kleeberg

Hämato-onkologische Praxis Altona, Hamburg-Altona

Unsere Gesellschaft erwartet Humanität bei der Krankenbetreuung ebenso selbstverständlich wie die Anpassung des Pflegeniveaus an die Erkenntnisse der modernen Medizin.

Seit Jahren wird daher auf den verschiedenen gesundheitspolitischen Ebenen teils durch Krankenhausreformgesetze und Verordnungen des Bundes, der Länder und Gemeinden, teils durch die Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrages der niedergelassenen Ärzteschaft, teils mit Hilfe von Sozialstationen, Praxiskliniken und Tagesstationen versucht, der ärztlichen Versorgung eine adäquate Krankenpflege zur Seite zu stellen.

Auf dem Gebiet der Onkologie ergeben sich hierbei besondere Probleme, da es sich sowohl bezüglich der ärztlichen als auch der pflegerischen Aufgaben um eine sehr arbeits- und personalintensive Disziplin handelt. Aus dieser Einsicht heraus stellte die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT 1978) in ihrem Memorandum: „Zur Konzeption und zum Personal- und Finanzbedarf der Tumorzentren in der Bundesrepublik Deutschland“ neue Personalrichtwerte auf, die bisher jedoch erst in wenigen, besonders geförderten Institutionen realisiert werden konnten. Abgesehen von diesen Tumorzentren ist die große Mehrzahl der onkologischen Schwerpunktstationen und -praxen personell nicht besser ausgestattet wie der allgemeine Pflegebereich.

Häzu kommt, daß Tätigkeiten, z.B. im psychosozialen Bereich, Mitarbeitern ohne entsprechende Ausbildung übertragen werden müssen, da der derzeitige Personalschlüssel bzw. die Finanzierungsmöglichkeiten entsprechend qualifizierte Mitarbeiter wie Psychologen, Sozialarbeiter und Rehabilitationstherapeuten nicht vorsieht.

So kommt es, daß auf vielen onkologischen Stationen und in Arztpraxen durch die zusaufwendige individuelle Behandlung, intensive Pflege, die hohen Besuch- bzw. Belegziffern mit kurzer Verweildauer, der Auftrag einer umfassenden und humanen Betreuung nur schwer zu erfüllen ist und oft genug ein Zustand von Hektik und Überlastung herrscht.

Unter dem Druck des Kostenwunsches in der Krankenversorgung müssen Politiker, Ärzte, Krankenkassenträger, kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gleichzeitig sowohl eine Rationalisierung wie auch mehr Humanität für die Betreuung der Kranken anstreben, also eine Pflege, die der Art und Schwere des Leidens angemessen ist. Bei allen bisher

erreichten sozialpolitischen Erfolgen für das medizinische Assistenzpersonal wurde aber kein Ersatz geschaffen für direkte wie indirekte Arbeitszeitverkürzungen wie z.B. als Folge von Schichtdiensten, Sonder- und Bildungsurlaub, Krankheit und Mutterschafturlaub und die steigende Tendenz, Überstunden durch Freizeit auszugleichen.

Zu diesen quantitativen kommen noch qualitative Aspekte. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, leisten Krankenschwestern ihre Arbeit bisher ohne eine geregelte onkologische Weiterbildung. So bleibt das Niveau der Pflege in der onkologischen Krankenversorgung hinter den medizinischen Erkenntnissen und Anforderungen zurück und entspricht nicht den Erwartungen des Bürgers.

Um unserem Ziel nach einer weiteren Verbesserung der medizinischen und humanitären Versorgung Krebskranker näher zu kommen, müssen wir versuchen, die 1961 von der Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO) der Deutschen Krebsgesellschaft formulierten strukturellen Voraussetzungen zu realisieren:

1. Die weitere Entwicklung und Institutionalisierung einer Weiterbildung zur *Fachkrankenpflege Onkologie* mit Pflege Diplom, verbunden mit einer systematischen regionalen und überregionalen Fortbildung;
2. eine Verbesserung der *persönlichen Infrastruktur* der Kliniken in Annäherung an die Personalrichtwerte der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren für den onkologischen Untersuchungs- und Pflegebereich;
3. eine Rückbesinnung auf die Werte der *hauslichen Krankenpflege und -behandlung*, die unter der Aufsicht des Hausarztes und beratenden internistischen Onkologen und unter der Pflegeleitung der Onkologeschwester von den Angehörigen gemeinsam mit der Gemeindegewerkschaft und/oder den Pflegeleitern und Sozialdienstleistenden der Sozialstationen durchgeführt wird.

Mit der Unterstützung der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Finanzierung durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) konnten seit 1979 erste Modelle praktiziert werden.

Das im September dieses Jahres von der AIO in Hamburg durchgeführte erste einwöchige Fortbildungsseminar für Krankenschwestern stellt den Abschluß einer zweijährigen



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

Regionale Onkologische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Empfehlungen
der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Heidelberg 1980



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

2.2 Arztpraxen

Onkologische Schwerpunktpraxis

1980

Der Patient wird in der Regel zuerst seinen Hausarzt konsultieren. Hausarzt ist der praktische Arzt oder Arzt für Allgemeinmedizin. Auch die Fachärzte für Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Chirurgie können Hausarztfunktionen übernehmen.

Es ist möglich, daß eine interdisziplinär zusammengesetzte Gruppe von Hausärzten/ Fachärzten eine ständige gegenseitige Konsultation bezogen auf den einzelnen Patienten vereinbart und insofern interdisziplinäre Versorgung durchführt.

Diese Zusammenarbeit hat dort eine feste Struktur erreicht, wo sich Ärzte verschiedener Fachdisziplinen zu einem Verbund von Arztpraxen zusammengeschlossen haben. Wenn ein solcher Verbund von Ärzten unter Beteiligung eines entsprechend ausgebildeten Onkologen erfolgt, können über die üblichen in Arztpraxis durchgeführten Maßnahmen hinaus auch Behandlungsmethoden zur Anwendung gebracht werden, die zusätzliche Kompetenz erfordern. An einigen Orten werden gegenwärtig Modelle „Onkologische Schwerpunktpraxis“ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gefördert. (1).

Zur onkologischen Schwerpunktpraxis: „Die Prämissen für eine ambulante postprimäre Tumorthherapie sind die onkologische Ausbildung und Erfahrung des Arztes, die zuverlässige Hilfe geschulter Mitarbeiter, eine spezifisch strukturierte Organisation mit Patientenversorgung, Konsultationsdienst, Transportmöglichkeiten, der rasche Zugriff zu verlässlichen Labordaten, die Verfügbarkeit röntgenologischer, nuklearmedizinischer, sonographischer Diagnostik, die Logistik in der Behandlung speziell bei der Transfusion von Blutbestandteilen, die Steuerung von Nebenwirkungen, eine Dokumentation des Krankheitsverlaufes und der gesicherte Kontakt zur primären Klinik, zu Strahlentherapieinstituten, zu sozialen Hilfsdiensten.“

Dr. U. R. Kleeberg, Therapiewoche 28, 8662-8668 (1978)



...statt „Integration“

Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Medizin
aus der Sicht eines niedergelassenen internistischen Onkologen

1982 – 84

Ulrich R. Kleeberg*

potentieller Studienpatienten erheblicher Klinik ausgesetzt. Implizit war der Vorwurf mangelhafter fachlicher Qualität der Patientenbetreuung.

Kaum zehn Jahre später erleben wir eine rasch wachsende Neuorientierung auf Seiten der Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkte mit der Übernahme von Strukturen, wie sie von den frei praktizierenden Onkologen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt worden waren: kommunalen onkologischen Praxisschwerpunkten mit Tagesstationen und - seit 1984 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Onkologievertrag der KBV 1984-1992) [3, 6]. Inzwischen sind sich die Fachvertreter der Hämatologie und medizinischen Onkologie grundsätzlich einig: Der Schwerpunkt der onkologischen Krankenversorgung liegt in der ambulanten, möglichst kommunalen Betreuung. Es gilt, angesichts der Probleme von Hospitalismus und Isolation, die chronisch Krebskranken zu Hause im vertrauten sozialen Umfeld zu behandeln [2]. Daß dies selbst in der terminalen Phase inzwischen möglich geworden ist, beruht auf den folgenden Entwicklungen:

1. der *ambulatorischen Versorgung* durchgesetzt. Ziel ist es, im Verlauf der Krebserkrankung das schmale „therapeutische Fenster“ zu definieren. Somit eine therapeutische Aktionsstrategie für das Gros der Patienten, eine für ihre Überlebensdauer relevante und für die Lebensqualität optimale Behandlung zu finden.

2. der *ambulatorischen Entwicklung* speziell nichtinvasiver, bildgebender Verfahren, der Endoskopie, Punktion, Diagnostik, Laboratoriumsmedizin usw.

3. der *Supportivmedizin*, speziell der Krankenpflege mit Sozialstationen, häuslicher wie auch terminaler Betreuung inklusive psychosozialer Unterstützung, der differenzierten haus- und fachärztlichen Krankenversorgung mit Not- und Bereitschaftsdiensten, dem modernen Apothekerwesen, dem Service der Blutbanken usw.

4. der *fachlichen Kompetenz* aus Ausdruck zunehmender Spezialisierung in Diagnostik und Therapie.

5. schließlich dem *Wettbewerb zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen*. Dabei hat die Freiheitslichkeit der niedergelassenen Ärztschaft ganz entscheidenden Anteil an der hohen Qualität unserer Krankenversorgung. Dies wird deutlich beim internationalen Vergleich speziell mit Ländern wie Großbritannien, Italien und Schweden, wo die Sozialisierung der Medizin erhebliche Nachteile für Effektivität und Qualität der Krankenversorgung nach sich zog.

6. der *ambulatorischen Entwicklung* spezieller Vorurteile zu verlassen und neue Akzente zu setzen. Bei einem Anstieg der Medizinkosten von etwa 3 Milliarden DM 1968 auf jetzt 130 Milliarden jährlich bleibt uns keine andere Wahl, als bewährte Strukturen hochspezialisierter wie umfassender Krankenversorgung, wie sie die deutsche Ärztschaft entwickelt hat, zur Grundlage einer Neuorientierung zu machen. Dabei muß der häuslichen Krankenbetreuung, eingebettet in eine ambulante oder halbambulante praktizierte Diagnostik und Therapie, Vorrang vor einer stationären Versorgung eingeräumt werden.

Wie eingangs festgestellt, sind wir bereits mitten in dieser Neuorientierung, auch wenn sie für die Protagonisten der Klinikmedizin unfreiwillig kommt. So ist der *Physiotherapeut* zum Beispiel nicht Folge einer schlechten Bezahlung, sondern eines Mißverhältnisses zwischen den beruflichen und sozialen Belastungen, die sich bei der gemeinsamen zwischenmenschlichen Betreuung stationärer Patienten für die Krankenpflege ergeben, und ihrer gesellschaftlichen Anerkennung. Es liegen ja nur noch Schwerkranken und vital gefährdete Patienten auf den onkologischen Stationen. Das früher ganz unterschiedlich zusammengesetzte Patientenkontingent mit nur wenigen einer intensiven Pflege bedürftigen Schwerkranken ist längst passé; wo immer möglich, wird bereits ambulant versorgt.

*Hämatologischer Schwerpunkt, Praxis Altona.



1984 – 85

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, einerseits und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg, sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Siegburg, andererseits über die vertragsärztliche Behandlung von Krebskranken

1. Präambel

1.1 Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten durch freipraktizierende niedergelassene Vertragsärzte. Dadurch wird in der onkologischen Diagnostik und Therapie eine Alternative zur Krankenhausbehandlung angeboten, um Versorgungsengpässe zu vermeiden und die vertragsärztliche onkologische Behandlung zu verbessern. Die schon bisher in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebskrank waren, wird durch diesen Vertrag nicht geregelt.

1.2 Im Rahmen einer möglichst umfassenden Rehabilitation krebskranker Patienten wird eine Wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt. Dies umfaßt auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten niedergelassenen Ärzten sowie einen ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren und onkologischen Fachabteilungen an Krankenhäusern. Damit soll gesichert werden, daß krebskranke Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen ambulant versorgt werden können.

1.3 Onkologisch verantwortlicher Arzt im Sinne dieser Vereinbarung ist der in freier Praxis niedergelassene Vertragsarzt, der die ambulante vertragsärztliche Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch Überweisungen zugezogenen Ärzten koordiniert.

1.4 Bei einer Überweisung an einen anderen Arzt wird dieser zugezogene onkologisch tätige Arzt nur dann onkologisch verantwortlicher Arzt, wenn er die Gesamtbehandlung im Sinne von 1.3 übernimmt.

1.5 Durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten ergeben sich für den onkologisch verantwortlichen Arzt nicht nur

erhöhte zeitliche und personelle Belastungen, sondern auch beträchtliche Investitionskosten für zusätzliche Praxisseinrichtungen speziell zur Versorgung Krebskranker. Wegen der sich daraus ergebenden Besonderheiten wird im Rahmen dieser Vereinbarung eine zusätzliche Vergütungsregelung für den onkologisch verantwortlichen Arzt getroffen. Er muß als Voraussetzung für die Abrechnung dieser besonderen Vergütung die in dieser Vereinbarung geforderte Qualifikation und außerdem die Erfüllung der in dieser Vereinbarung festgelegten weiteren Erfordernisse seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

2. Fachliche Anforderungen für den onkologisch verantwortlichen Arzt

Der onkologisch verantwortliche Arzt hat seine fachliche Qualifikation durch eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen nachzuweisen, die sich insbesondere auf die Anwendung zytostatischer Substanzen und Hormonpräparate erstrecken muß. Die Qualifikation nach dieser Vereinbarung muß der KV durch Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Der Nachweis dieser Qualifikation muß sich darauf erstrecken, daß Kenntnisse und praktische Erfahrungen auf folgenden Gebieten erworben wurden:

2.1 Diagnostik neoplastischer Erkrankungen einschließlich der Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen.

2.2 Pharmakologie, Toxikologie und Pharmakodynamik der medikamentösen Krebstherapie.

2.3 Therapie neoplastischer Erkrankungen einschließlich Langzeitbehandlung unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren.

2.4 Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen.

3. Ärztliche Betreuung

3.1 Durchführung und/oder Koordinierung der aktiven Langzeitbehandlung nach den genannten organisatorischen Grundsätzen bzw. Rezidivbehandlung als additive, operative, strahlen- oder chemotherapeutische Maßnahme.



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

MMW Originalia

Praktische Onkologie

U. R. Kleeberg

Der onkologisch verantwortliche Arzt (OVA)

Garant für ausgewiesene Qualität in der ambulanten Betreuung Krebskranker

Soll: Der Aufbau eines Netzes von Tumorzentren, onkologischen Schwerpunkten und onkologischen Schwerpunktpraxen im Rahmen des Gesamtprogrammes der Bundesärztekammer zur Bekämpfung von Krebs.

Anlass als bei der Mehrzahl unserer europäischen Nachbarn, bei denen Diagnostik und Therapie Krebskranker in der Hand von Experten liegen, die sich nach jahrelanger Weiterbildung und eingebettet in die interdisziplinäre Kooperation des Klinikteams für diese Aufgabe qualifiziert haben, besteht in Deutschland „Therapiefreiheit“.

Jedermann, ob Arzt oder Heilpraktiker, Generalist oder Spezialist, Homöopath oder Naturheilschaffler, definiert seine Kompetenz in der Krebsmedizin selbst.

Verbraucherschutz gibt es für Rindfleisch (RSE) und Molkereiprodukte, nicht aber in der medizinischen Onkologie, selbst wenn der Patient das

MMW Originalia

Praktische Onkologie

H. Pillay, Allgemeinmedizin

„OVA ist für mich eine manifeste Kränkung“

MMW Originalia

Praktische Onkologie

Jedes Fach bestand darauf

... nach eigener Facon selig zu werden ...

Unizentrische Empirie statt multidisziplinärer Kooperation

Qualitätsstandards und im freien Zugang für jedermann zu wohnortnahen Versorgungszentren. Eine Zweiklassenmedizin wird vermieden, wie sie in einigen Ländern Europas als Folge von Rationalisierung und Rationierung Usus ist.

Ist: Gegenwärtig hapert es allerdings mit der Gewährleistung dieser Standards, die aus berufspolitischen Gründen als überzogen dargestellt und aus wirtschaftlichen Gründen unterlaufen werden. Auch wirkt sich die Weigerung der gesetzlichen Krankenkassen, für die Finanzierung der Qualitätssicherung angemessen aufzukommen, nachteilig aus.

Konsequenzen: Gefordert ist eine konzertierte Aktion aller am Gesundheitssystem Beteiligten. Maximalforderungen von Seiten der Berufsverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen lösen politische Gegenreaktionen aus, die unser derzeit vergleichsweise gutes Gesundheitssystem und damit die Qualität der onkologischen Krankenversorgung gefährden.

deser teilgebietsärztlichen Spezialversorgung, der Kampf der Berufsgruppen um ihr vermeintliches Versorgungsmonopol (gehört die Brust dem Chirurgen oder Gynäkologen, der Hoden dem Urologen oder Internisten...?), das Domänendenken statt eines ständigen Bemühens um interdisziplinäre Kooperation, das Majorisieren der wissenschaftlichen Gesellschaften durch ihre Berufsverbände, all das prägt (auch) die onkologische Krankenversorgung in Deutschland. Nur in einem sind wir uns alle einig: strukturierte, belegte, berufsbegleitende Fortbildung, die mögen wir nicht.

Der schwierige Weg zum „onkologischen Arzt“. Vor diesem gesundheitspolitischen Hintergrund versuchten

Prof. Dr. med. U. R. Kleeberg, Hämato-onkologischer Leiter, HOP A, Altona, D-22767 Hamburg, Altona.

Jeder Urologe...

Jeder Gynäkologe...

Jeder Gastroenterologe...

Jeder Endokrinologe...



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

1985

Sinnvolle Arbeitsteilung

Editorial

Zur Rolle des klinischen und niedergelassenen Onkologen bei der ambulanten Versorgung Krebskranker

Noch vor 20 Jahren waren die Erfolge der medikamentösen Krebstherapie bescheiden, und so nahmen sich dieser auch nur wenige klinische Spezialisten an. Internistische Krebstherapie war damals noch in Ausfort- und Weiterbildung ebenso wie im ärztlichen Alltag eine Randerscheinung. Die weitaus größte Zahl der Patienten mit generalisierten Krebserkrankungen galt als unbetandelbar.

Als in den sechziger Jahren klinische Onkologen im Rahmen von kooperativen Studien neue Wege der medikamentösen Krebstherapie suchten, stellten sich erste Erfolge ein: Tumorrückbildungen, Verlängerungen von Überlebenszeiten, Hebung der Lebensqualität, wesentliche Palliation und erste Heilungen wurden möglich. Damit gewann das Gebiet der klinischen Onkologie an Attraktion, und langsam wurde das Tabu, mit welchem Krebs und Krebskranke belegt worden waren, gebrochen. Eine aktive Pharmaforschung entwickelte neue Zytostatika - davon über 50% der wesentlichen Substanzen in den letzten 50 Jahren. Noch selten genug, aber häufiger tauchten in Fortbildungsveranstaltungen Themen aus dem Krebsgebiet auf. Der Termins Onkologie wurde bekannt, die gleichnamige Zeitschrift 1978 gegründet, das erste große Lehrbuch »Cancer Medicines von Holland und Frei 1973 veröffentlicht.

In den sechziger Jahren des siebziger Jahrhunderts waren die Erfolge der Krebstherapie nicht nur in der Zahl der Tumorrückbildungen und Überlebenszeiten, sondern auch in der Schattenseite heraus. Latein, Politik und Fachwissen begannen, große Mittel zur Bearbeitung des Krebsproblems zu mobilisieren; die großen Dimensionen dieses Problems wurden allgemein erfüllt. Der stete Wandel und die neuen Möglichkeiten der Krebstherapie belebten dann auch alle weiteren Gebiete der Krebsmedizin: Vorsorge, Diagnostik, Früherfassung und Nachsorge. Hiermit nun hatte die Welle der Aktivierung der Krebsmedizin auch den Bereich des primär verantwortlichen Arztes, des Hausarztes, erfüllt.

Diesem mußte es ein besonderes Anliegen sein, die psychischen und sozialen Lasten des Krebskranken durch eine häusliche Behandlung zu erleichtern, ohne dabei die Vorteile preiszugeben, die bisher nur Tumorzentren mit ihren klinischen Spezialisten bieten konnten. In dem »Gesamtsprogramm zur Krebsbekämpfung« (Bonn 1979) griffen die Bundesregierung und in ihren »Empfehlungen zur regionalen onkologischen Versorgung« die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT, Heidelberg 1980) daher folgerichtig erste orientierende Schritte der niedergelassenen Ärzteschaft auf, regionale onkologische Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln,

in der der ambulanten Betreuung Krebskranker eine besondere Bedeutung zugewiesen wurde.

Dieses Konzept beruht auf der Erkenntnis, daß auch die internistische Krebstherapie als forschungsorientiertes, interdisziplinär verflochtenes und medizinisch anspruchsvolles Fachgebiet in modernen Praxisstrukturen durch langjährig weitergebildete Onkologen kompetent vertreten werden kann. Dabei wurde davon ausgegangen, daß kein Unterschied in der Qualität onkologischer Versorgung zwischen Tumorzentren, onkologischem Schwerpunkt und onkologischer Praxis bestehen darf, sondern lediglich das Spektrum der behandelten Kranken differiert.

Nachdem weiterhin einfache, gut verträgliche und ambulant durchführbare Therapien entwickelt werden waren, ließen sich onkologisch weitergebildete Internisten in der Praxis nieder, die ersten 1976 in Hamburg. Ihnen folgten, besonders in den letzten Jahren, weitere, so daß in der Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO) der Deutschen Krebsgesellschaft derzeit internistisch-onkologische Praxen mit 57 Ärzten registriert sind. Für die niedergelassene Ärzteschaft bedeutete diese Entwicklung, ein neues Fachgebiet in ihren Reihen zu akzeptieren und zu fördern.

Ärztliches Ständerecht, Gebührenordnung für Ärzte und kassenärztliche Abrechnung waren zu erlösen, jedoch nicht ohne die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen. In der Folgezeit wurden die Voraussetzungen für den Aufbau der für diese Tätigkeit notwendigen technischen und strukturellen sowie personellen Praxisformen. So wurden in einer rasch größer werdenden Zahl von Bundesländern »Onkologische Schwerpunktpraxen« von den Kassenärztlichen Vereinigungen gefördert. Dies geschah zunächst gegen den erklärten Willen der Ärztekammern, bis in einem Musterprozess vor dem Bundessozialgericht am 22. 4. 1983 das Konzept einer

»Fachverbündenden Gemeinschafts-Praxis«

legitimiert und damit die fachliche Grundlage für interdisziplinäre Kooperationsformen im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft etabliert worden war.

Als nächster Schritt folgte dann nach einer strengen wissenschaftlichen und ökonomischen Überprüfung von Art, Umfang und Kosten onkologischer Fachpraxen durch das *Zentralratium der Kassenärztlichen Bundesvereinigung* eine gemeinsam mit den Vertretern von Tumorzentren, onkologischen Schwerpunkten und klinischen Fachabteilungen sowie den Vertretern der Ärzteverbände erarbeitete Empfehlung zur Ergänzung der Gebührenordnung.



1985

Memorandum und Statut

Memorandum und Statut über den Aufbau onkologischer Versorgungsstrukturen durch die niedergelassene Ärzteschaft

Das Ziel der Verbindung niedergelassener internistischer Onkologen ist die Förderung einer qualifizierten Versorgung krebskranker Patienten. Durch die Sicherung und Ausdehnung der medizinischen Kompetenz im Bereich der ambulanten onkologischen Diagnostik und Therapie wird eine Ergänzung zur Krankenhausbehandlung angeboten, damit der Gesamtbedarf an fachgerechter Versorgung erfüllt werden kann.

Die Optimierung der regionalen onkologischen Krankenversorgung erfordert eine enge und dauerhafte Kooperation von niedergelassenen Ärzten resp. onkologischen Schwerpunkten und Tumorzentren. Sie soll sicherstellen, daß alle Krebskranken nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen versorgt werden.

In einer »kommunalen onkologischen Arbeitsgemeinschaft« sollen praktizierende Onkologen und Onkologeschwestern gemeinsam mit dem Hausarzt, der Gemeindefschwester resp. Sozialstation die häusliche Pflege zum Wohl der Patienten und zur Entlastung der Krankenhäuser stärken.

Durch eine aktive Zusammenarbeit mit dem klinisch tätigen Onkologen soll einerseits die klinische Krebsforschung gefördert und andererseits die Übersetzung von Forschungsergebnissen in die tägliche Praxis beschleunigt werden.

Hierzu muß die fachliche Kompetenz gegenseitig anerkannt und eine besondere Ermächtigung des leitenden, überwiegend und schwerpunktmäßig klinisch tätigen Onkologen für die Teilnahme an der ambulanten onkologischen Versorgung angestrebt werden, damit dieses Versorgungsmodell gemäß den Vorstellungen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT Heidelberg 1980) zur regionalen onkologischen Krankenversorgung wirksam werden kann.

Das folgende Statut beschreibt die Ziele der Verbindung niedergelassener Onkologen, ihrer Organisation innerhalb der AIO der Deutschen Krebsgesellschaft und dient der Sicherung der für die onkologische Versorgung erforderlichen Qualifikationen von Seiten der niedergelassenen Ärzteschaft.

Ziele der Verbindung niedergelassener Onkologen

- Förderung einer qualifizierten Versorgung krebskranker Patienten im Rahmen kommunaler onkologischer Kooperation
- Sicherung und Ausdehnung der medizinischen Kompetenz im Bereich der ambulanten onkologischen Diagnostik und Therapie
- Förderung der Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten auf dem Gebiet der Onkologie
- Förderung der Fortbildung onkologisch verantwortlicher Ärzte
- Schaffung von Qualitätskriterien für den onkologisch verantwortlichen Arzt und seine Praxis
- Definition der Zuständigkeitsbereiche des onkologisch verantwortlichen Arztes
- Wahrung weiterer Interessen onkologisch verantwortlicher Ärzte (z. B. Beteiligung an Forschungsprogrammen, Facharztfragen, Praxisstrukturen)

Organisation der Verbindung niedergelassener Onkologen

- Die Verbindung stellt eine Gruppierung innerhalb der AIO dar. Sie hält sich an die Satzung der Deutschen Krebsgesellschaft und die Zielsetzungen der AIO.
- Sie legt Grundsatzpapiere wie Statuten, Verträge und Vereinbarungen mit Dritten der AIO-Mitgliederversammlung vor. Die Stellungnahme der Mitgliederversammlung der AIO zu diesen Vorlägen ist für die Handlungsweise der Verbindung richtungweisend.
- Die Verbindung benennt einen Delegierten, der an den Vorstandssitzungen der AIO teilnimmt und den Vorstand permanent über die Aktivitäten der Verbindung informiert. Die Verbindung anerkennt vorläufige und aufschiebende Entscheide des AIO-Vorstandes zu ihren Aktivitäten, bis die Mitgliederversammlung definitiv Stellung nehmen kann.
- Die Verbindung verhandelt mit anderen Organisationen im Einvernehmen mit dem Vorstand der AIO.
- Ein Mitglied des Vorstandes der AIO nimmt an den Sitzungen der Verbindung oder ihres Vorstandes teil.
- Nur Mitglieder der AIO können Mitglieder der Verbindung werden.



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

1994 – 96

ONKOLOGIE

Clinical Information - Klinische Information

0930-2361/96/19(4):446-449

U. R. Kleeberg et al.¹

Resolution zur Entwicklung der internistischen Onkologie und Hämatologie in Deutschland

I. These: Kostendämpfung im Gesundheitswesen ohne strukturelle Neuordnung gefährdet Qualität und Humanität bei der Versorgung Krebskranker

Eine optimale Betreuung Krebskranker läßt sich nur durch ein kontinuierliches Zusammenwirken verschiedener Fachexperten in Klinik und Praxis gewährleisten.

Während die kurative Primärtherapie überwiegend in der Hand der klinischstationären Fachabteilungen liegt, haben sich die adjuvanten und palliativen, radio- wie chemotherapeutischen Optionen immer mehr in die Ambulanz verlagert. Voraussetzung hierfür war die Entwicklung der modernen Molekularbiologie und Pharmakologie, die eine schonende, minimalinvasive Diagnostik und eine an erwünschten Begleiteffekten verhältnismäßig arme Therapie ermöglichen.

Aber auch psychosoziale wie ökonomische Argumente sprechen für die Notwendigkeit, den chronisch Krebskranken überwiegend ambulant, insbesondere aber den Sterbenden in seinem vertrauten häuslichen Umfeld zu versorgen.

Angesichts unserer stagnierenden Volkswirtschaft und der Gefährdung des »Standortes Deutschland« in Forschung, Industrie und Handel zwingen selbst moderate Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu Kostendämpfungsmaßnahmen. Der Imperativ zur Rationalisierung führt aber dann zur Rationalisierung und damit Verschlechterung unseres im internationalen

Vergleich noch führenden Versorgungsstandards, wenn faktisch nicht-strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen mit einer Neuordnung der Finanzierung verbunden werden. Nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG 1989) hat das Gesundheitsstrukturgesetz (GStG 1992) seine Analyse für neue Strukturkonzepte gebracht, die aber von der Ärzteschaft nur zögerlich umgesetzt werden und damit wüßerführender gesetzlicher Regelungen bedürfen.

Der jetzt eingeschlagene Weg, Kosten durch am allgemeinen Bundesdurchschnitt orientierte Budgets und Fallpauschalen zu senken, gefährdet naturgemäß in erster Linie die etwa 10% überdurchschnittlich gebietsärztliche internistische Schwerpunktversorgung und übersieht medizinisch begründete Besonderheiten von onkologischen Fachabteilungen wie in Schwerpunktpraxen. Dies insbesondere dann, wenn die überkommene Bruchstelle zwischen Klinik und Schwerpunktpraxis nicht überwunden wird. Da die onkologische Krankenversorgung durch eine »transmurale Betreuung« mit einem ständigen Wechsel zwischen stationärer, halbambulanter und hausärztlicher Behandlung gekennzeichnet ist und einen kontinuierlichen Dialog zwischen Experten und Generalisten sowie eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperation voraussetzt, führen Kostendämpfungsmaßnahmen hier sehr schnell zu Versorgungsdefiziten – und dies angesichts der kontinuierlichen Zunahme von Krebskranken, die inzwischen 25% aller Todesfälle ausmachen.

¹ Autoren:
Prof. Dr. K. Hoffken, Prof. Dr. U. R. Kleeberg
für den Vorstand der
Arbeitsgemeinschaft für internistische Onkologie (AIO)
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

PD Dr. E. Wawter, Prof. Dr. U. R. Kleeberg, PD Dr. Tigges
Vorstand und Beirat der
Verbindung niedergelassener Onkologen in der AIO
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

R. Hinterberger, Dr. W. Achtenbach
Vorstand und Beirat der
Gesellschaft zur Förderung der ambulanten
Krebstherapie (GEFAK e.V.)

Prof. Dr. J. Illgen, Dr. A. Mohr
Sektion Hämatologie und Internistische Onkologie des
Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

II. Zur Situation der internistischen Onkologie in Deutschland

Die onkologische Krankenversorgung gliedert sich in die Tumorzentren, überwiegend an den Universitätskliniken, die onkologischen Schwerpunkte an regionalen Kliniken der Maximalversorgung, die onkologischen Schwerpunktpraxen und die hausärztliche Grundversorgung.

Die Vertreter der fachonkologischen Institutionen kooperieren in vielfältigen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften und Arbeitsgemeinschaften und, gemeinsam mit der Hausärzteschaft, in regionalen interdisziplinären onkologischen Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln. Seit der Einführung dieser gegliederten Versorgungsstrukturen im Rahmen des 1979 von der Deutschen Bundesregierung

KARGER

© 1996 S. Karger GmbH, Freiburg
Fax (49)631 432374

Prof. Dr. U. R. Kleeberg
Hämologie-onkologische Praxis Altona
Mein-Broder-Straße 22
D-22761 Hamburg (Deutschland)

1996
AIO der DKG
NIO
BDI Sektion
Hämatologie
& Onkologie

Pflichtenatalog internistische Onkologie in der Praxis

Eine sinnvolle Arbeitsteilung beginnt mit der

1. ambulanten diagnostischen Abklärung von «Neubildungen unbekanntes Charakters», koordiniert in den onkologischen Schwerpunktpraxen in enger Kooperation mit Hausarzt einerseits und klinisch-onkologischer Fachabteilung andererseits.
2. Es folgen die standardisierten, konventionell dosierten adjuvanten Therapien (etwa beim Mamma- und Colon-Karzinom, den Hodentumoren usw.), die konsolidierenden Therapien (z.B. beim Ovarial- und Bronchial-Karzinom, malignen Lymphomen usw.), schließlich die palliativen Behandlungen (z.B. bei inkurablen Malignomen, chronischen Hämoblastosen) sowie
3. die supportive Betreuung, speziell die Schmerztherapie, Pflege einschließlich psychosozialer Aspekte und die häusliche Versorgung des terminal Kranken.

U. R. Kleeberg et al.

Resolution zur Entwicklung der internistischen Onkologie und Hämatologie in Deutschland

I. These: Kostendämpfung im Gesundheitswesen ohne strukturelle Neuordnung gefährdet Qualität und Humanität bei der Versorgung Krebskranker

Eine optimale Betreuung Krebskranker rührt weit nur durch ein kontinuierliches Zusammenwirken verschiedener Fachexperten in Klinik und Praxis gewährleisten. Während die kurative Primärtherapie überwiegend in der Hand der klinisch-stationären Fachabteilungen liegt, haben sich die adjuvanten und palliativen, radio- wie chemotherapeutischen Optionen immer mehr in die Ambulanz verlagert. Voraussetzung hierfür war die Entwicklung der modernen Medizintechnik und Pharmakologie, die eine schonende, minimal-invasive Diagnostik und eine an unerwünschten Begleiteffekten verhältnismäßig arme Therapie ermöglichen. Aber auch psychosoziale wie ökonomische Argumente sprechen für die Notwendigkeit, den chronisch Krebskranken überwiegend ambulant, insbesondere aber den Sterbenden in seinem vertrauten häuslichen Umfeld zu versorgen. Angesichts unserer stagnierenden Volkswirtschaft und der Gefährdung des «Standortes Deutschland» in Forschung, Industrie und Handel zwingen selbst moderate Kostensenkungen im Gesundheitswesen zu Kostendämpfungsmaßnahmen. Der Imperativ zur Rationalisierung führt aber dann zur Rationalisierung und damit Verschlechterung unseres im internationalen

Vergleich noch überragenden Versorgungsstandards, wenn hiermit nicht strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen mit einer Neuordnung der Finanzierung verbunden werden. Nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG 1989) hat das Gesundheitsstrukturgesetz (GStG 1992) erste Ansätze für neue Strukturkonzepte gebracht, die aber von der Ärzteschaft nur zögerlich umgesetzt werden und damit weiterführender gesellschaftlicher Reaktionen bedürfen. Der jetzt eingeschlagene Weg, Kosten durch ein allgemeines Bundesdurchschnittsorientierte Budgets und Fallpauschalen zu senken, gefährdet naturgemäß in erster Linie die innovationsstärkenden, patientenspezifische internistische Schwerpunktversorgung und übersieht medizinisch begründete Besonderheiten von onkologischen Fachabteilungen wie in Schwerpunktpraxen. Dies insbesondere dann, wenn die überkommene Hauchschle zwischen Klinik und Schwerpunktpraxis nicht überwunden wird. Da die onkologische Krankenversorgung durch eine «transmurale Betreuung» mit einem ständigen Wechsel zwischen stationärer, halbambulanter und hausärztlicher Behandlung gekennzeichnet ist und einen kontinuierlichen Dialog zwischen Experten und Generalisten sowie eine Interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperation voraussetzt, führen Kostendämpfungsmaßnahmen hier sehr schnell zu Versorgungsdefiziten – und dies angesichts der kontinuierlichen Zunahme von Krebskranken, die inzwischen 25% aller Todesfälle ausmachen

II. Zur Situation der internistischen Onkologie in Deutschland

Die onkologische Krankenversorgung gliedert sich in die «Zentren», überwiegend an den Universitätskliniken, die onkologischen Schwerpunkte an regionalen Kliniken der Maximalversorgung, die onkologischen Schwerpunktpraxen und die hausärztliche Grundversorgung. Die Vertreter der fachonkologischen Institutionen kooperieren in vielfältigen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften (und Arbeitsgemeinschaften) und, gemeinsam mit der Hausarzteschaft, in regionalen interdisziplinären onkologischen Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln. Seit der Einführung dieser gegliederten Versorgungsstrukturen im Rahmen des 1979 von der Deutschen Bundesregierung

¹ Honorar:
Prof. Dr. K. Hoffken, Prof. Dr. U. R. Kleeberg
für den Vorstand der
Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO)
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
PD Dr. J. Wenzel, Prof. Dr. U. R. Kleeberg, PD Dr. T. Gieger
Vorstand und Leiter der
Forschung multiprofessioneller Onkologen in der AIO
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
B. Hämmerling, Dr. W. Adolphs
Vorstand und Leiter der
Gesellschaft zur Förderung der ambulanten
Krebsmedizin (GFAK) e.V.
Prof. Dr. J. Hilger, Dr. A. Mohr
Sekretär Hämatologie und Internistische Onkologie der
Bundesarbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (BIO)

Pflichtenkatalog vertragsärztliche Onkologie: Sinnvolle Arbeitsteilung bei **ambulanten** Patienten

1. Ambulante Diagnostik bei VD solider Tumor:

Hausarzt in Kooperation mit Facharzt, ggf. Konsultation einer regionalen onkologischen Schwerpunktpraxis oder einer Fachonkologischen Klinik – Ambulanz.
Histologie PE oder bioptisch.

Bei VD Hämoblastose, malignes Lymphom:

Überweisung in Hämatologische SPP

2. Ambulante Therapie, konventionelle Dosierung & Dosisdichte:

Kurativ intendierte Polychemotherapie
Adjuvante Chemotherapie, leitliniengerecht
Konsolidierende Chemotherapie
Simultane Radiochemotherapie
Palliative Chemotherapie

3. Palliativmedizin

mit psychosozialer Betreuung, Brückenpflege,
häusliche Versorgung des terminal Kranken

1996
AIO der DKG
NIO
BDI Sektion
Hämatologie
& Onkologie

Pflichten katalog Klinik-Onkologie

Hier liegt der Schwerpunkt in der Versorgung (und zwar stationär wie halbstationär und ambulant) bei:

1. den kurativen Therapieoptionen,
2. der Behandlung von Risiko- und Problempatienten, die z.B. intensiverer, multimodaler, invasiver Maßnahmen oder der Hochdosistherapie bedürfen – und auch der palliativen Therapie, wenn sie von Relevanz für die Überlebensdauer ist.
3. Lehre und Forschung: Es obliegt den Vertretern der universitären Fachabteilungen und Lehrkrankenhäusern, die Verantwortung für Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie eine ständige Optimierung und Standardisierung der Tumordiagnostik und -therapie zu übernehmen.
4. Konzeption und Durchführung klinischer Phase-I- bis -III-Studien bzw. von Therapie-Optimierungsvergleichen in Zusammenarbeit mit den Fachonkologen anderer stationärer Einrichtungen wie denjenigen aus dem niedergelassenen Bereich.

Gemeinsamer Leistungskatalog Praxis und Klinik

1. Vorbereitung und Nachbetreuung bei multimodaler, interventioneller oder Hochdosistherapie auch im kurativen Bereich im Rahmen kooperativer Therapiekonzepte; dies orientiert an den Bedürfnissen des Patienten, der Schwere seiner Erkrankung, der Möglichkeit zur halbambulantem Versorgung in
 - Tageskliniken
 - Praxiskliniken oder
 - Tagesstätten.
2. Kooperation und Koordination im Bereich der Qualitätssicherung, speziell der Primärtherapie. Instrument ist hier das klinische Krebsregister, dem die Verlaufsdaten der für die Primärtherapie und Nachsorge verantwortlichen Institution für einen regionalen wie überregionalen Abgleich zu melden sind.
3. Integration der Aus-, Weiter- und Fortbildung an der Klinik, ihrer Fachambulanz wie auch in hierfür besonders qualifizierten Lehrpraxen.
Gemeinsame Führung
 - interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreise und
 - patientenzentrierter Qualitätszirkelals wesentliche Maßnahmen der berufsbegleitenden Fortbildung.
4. Kooperation bei der Durchführung von Therapie-Optimierungsvergleichen (klinischen Phase-II- und -III-Studien).
5. Die terminale Betreuung auf Palliativstationen, sofern eine terminale häusliche Krankenversorgung nicht gewährleistet ist.



Gemeinsamer Pflichtenkatalog **ambulant & stationär, Praxis & Klinik**

1. Vorbereitung und Nachbetreuung
bei multimodaler, interventioneller oder Hochdosistherapie:
Orientierung an der Schwere der Erkrankung,
Komorbidität, Therapietoxizität, psychosozialen Bedürfnissen
2. Koordination der Qualitätssicherung:
Klinisches Krebsregister, Zertifizierung
3. Integration von Aus-, Weiter- und Fortbildung:
Gemeinsame Gestaltung von interdisziplinären und
interprofessionellen Arbeitskreisen, Tumorkonferenzen,
Symposien, Kongressen
4. Versorgungsforschung, Therapieoptimierungsvergleiche
Phase II, III und IV – Studien
5. Palliativmedizin
mit psychosozialer Betreuung, Brückenpflege,
Palliativstation, Hospiz, terminale häusliche Pflege

1996
AIO der DKG
NIO
BDI Sektion
Hämatologie
& Onkologie



Pflichtenkatalog **stationäre** Onkologie

1. Behandlung von Risiko- und Problempatienten
spez. bei kurativer Intention:
Dosisintensivierte, dosisdichte und Hochdosistherapie
Therapien mit nachhaltiger Suppression der Hämatopoese
Hochmaligne Hämoblastosen
Autologe (*noch*) und allogene Transplantation
2. Schwer- und Akutkranke mit ungeklärter Symptomatik
spez. bei Ko- oder Multimorbidität, Infekten, Blutungen ...
Geriatrische und psychosoziale Aspekte
3. Lehre und Forschung:
Verantwortung für Aus-, Weiter- und Fortbildung
Universitäre Fachabteilungen, Lehrkrankenhäuser
Optimierung und Standardisierung der Tumordiagnostik
und Therapie
4. Klinisch – wissenschaftliche Forschung
Grundlagen & Phase I, II Protokolle

1996
AIO der DKG
NIO
BDI Sektion
Hämatologie
& Onkologie



1984 –
1994 –
2009

Keine Ausgrenzung von Fachverbänden sondern Angebot für die „Medizinische Onkologie“:

1. Schwerpunktmäßige onkologische Krankenversorgung
2. Spezielle Struktur- und Prozessqualität
3. Dokumentation von Qualitätsindikatoren

[**QI** (Qualitäts-indikatoren) bzw. **QOPI** (Quality Oncology Practice Initiative)]

U. R. Kleeberg, Hamburg

Die Onkologievereinbarung

Erläuterung zum revidierten Ärzte-Ersatzkassenvertrag
in der vertragsärztlichen Versorgung

Nach mehrjährigen Verhandlungen der Berufspolitischen Kommission der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.¹⁾ mit den Vertretern der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV) und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) wurde vom Länderausschuß der KBV am 8.5.94 die im folgenden aufgeführte „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung“ verabschiedet, die am 1.7.94 in Kraft tritt. Sie löst den seit 1984 gültigen Vorvertrag ab. Notwendig wurde die Novellierung der Onkologievereinbarung dadurch, daß der Vertrag wegen ungenauer Formulierungen zum Objekt verbändepolitischer Interessen wurde.

Mit der neuen Vereinbarung wird nun versucht, die fachlichen Voraussetzungen und den Umfang der Krankenversorgung stringenter zu definieren und *inflexibel* sicherzustellen. Nur wenn der Vertrag in seiner Gesamtheit erfüllt wird, löst dies eine besondere Kostenerstattung aus. Onkologie-Kommissionen der Kassenzentralen Vereinigungen (KVen) sind beauftragt, streng hierüber zu wachen. Eventuelle Mißbrauch führt zum sofortigen Ausschuß von der Teilnahme.

Weitere Eckpunkte dieser Vereinbarung stellen die Einbeziehung ermächtigter Krankenhausärzte sowie die Verpflichtung zur Mitarbeit an Tumorleitstellen dar, die im Rahmen von Maßnahmen der Qualitätsförderung regional zur Verfügung stehen. Die KVen hoffen, mit dieser novellierten Onkologievereinbarung die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten durch die Empfehlungen der Vertragspartner zur Reorganisation der Versorgung.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung

(1) Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten durch die Empfehlungen der Vertragspartner zur Reorganisation der Versorgung.

onkologischen Diagnostik und Therapie eine Alternative zur stationären Behandlung angeboten, Versorgungsengpässe vermieden und die vertragsärztliche onkologische Versorgung verbessert werden.

(2) Im Rahmen einer umfassenden Betreuung und Rehabilitation soll eine wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch niedergelassene Vertragsärzte erreicht werden. Dabei soll die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung von dafür besonders qualifizierten Vertragsärzten in einem umfassenden Versorgungskonzept gesamtverantwortlich wahrgenommen werden. Dazu gehört insbesondere auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Ärzten sowie ein ständiger Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren und onkologischen Fachabteilungen an Krankenhäusern. Damit soll gesichert werden, daß krebserkrankte Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen ambulant versorgt werden können.

(3) Zur Verbesserung der Koordination in der Betreuung von Krebskranken und zur Förderung der Kooperation der an der Versorgung dieser Patienten Beteiligten soll die Einrichtung von Leitstellen als Koordinationszentrale angestrebt werden. Sofern solche bestehen, ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Koordination der Versorgung zu übernehmen. Dabei sind ärztliche Schweigepflicht und schweigenheitsrechtliche Bestimmungen sowie die Richtlinien der KVen zu beachten.

(4) Die diagnostische und therapeutische Versorgung von Krebskranken im Sinne dieser Vereinbarung kann nur von solchen Vertragsärzten übernommen werden, die nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführen, sondern auch die Koordination der ambulanten Behandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leiten und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordinieren. Ein in dieser Weise an der Vereinbarung teilnehmender Arzt wird im folgenden als onkologisch verantwortlicher Arzt bezeichnet. Die Tätigkeit als onkologisch

Ergebnisqualität in der internistischen Onkologie

Aktueller Stand, Defizite und Zukunft

Struktur- und Prozessqualität greifen Zahnwiders gleich in die Ergebnisqualität. Daher ist die Sicherung der Ergebnisqualität ohne gleichzeitige Anstrengungen auf diesen Grundlagenelementen ineffektiv. Unabhängiges Instrument zur Sicherung und Entwicklung der Ergebnisqualität ist das regionale klinische Verlaufregister, das für die medizinische Onkologie wie jede andere fachgebietsorientierte Disziplin zum obigen Bestandteil der Krankenversorgung werden muß. Ergebnisqualität muß gesundheitsökonomische Bedingungen berücksichtigen, bezüglich ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis hiervon aber unabhängig bleiben, ebenso wie sie sich populistischer Einflüsse erwehren muß. Solange die Ärztschaft im allgemeinen wie alle Onkologen im besonderen Qualitätssicherung wirksam gewährleisten und in der Öffentlichkeit vertreten, läßt sich eine Rationalisierung der Krankenversorgung zum Wohle unserer Patienten vermeiden.

Experten zur Ergebnisqualität in der Onkologie lassen sich in der Literatur mehr als zwanzig Jahre zurückverfolgen. Epidemiologische Untersuchungen zu Krankheitsverläufen und Heilungsraten wurden seit 1873 über das Retinoidiom [1], den Malaria Heilglaube [2], Heilmitteln [3, 4], Phosphorsäure [5], Ovarial- [6] und Mastkarzinomen [7] und jüngere Rektumkarzinome [8] sowie für Yast, indem er einen Tumor und inf. Hämorrhoiden [9] publiziert.

Daneben verdrängt sich seit den achtziger Jahren die Diskussion über qualitative Unterschiede zwischen Fern- und akademischem Zentrum [10], dem Spezialisierungsgrad und dessen Qualitätskontrolle [11], An- und Unterbehandlung [12, 13], Zurechenbarkeit des Arztes und seines Teams [14, 15], aber auch des Patienten [16] und nicht zuletzt – zu den Einflüssen, die Qualitätssicherung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung [16], die klinische Forschung [17, 18] und schließlich wirtschaftliche Faktoren [19, 20] auf die Ergebnisqualität haben.

Tabelle 1 gibt eine Auswahl an verschiedenen über von Autoren aus der regionalen wie internationalen Literatur, durch die sich wie eine rote Fäden die Frage nach der Wirksamkeit und Effektivität, bezieht in die klinische Forschung, in der klinische Basisversorgung werden können und welche Maßnahmen notwendig sind, um diesen Standards zu überprüfen und die Ergebnisqualität zu sichern.

Wirkung-Nutzen-Kosten-Relation

Ergebnisqualität in der Onkologie greift sich auf die Beziehungen zwischen Wirkung, Nutzen und Kosten, also intern zu dem Verfahren, intern, und extern gesundheitspolitische Faktoren. Probleme ergeben sich aus der Komplexität der Variablen, definiert durch den Patienten, den Leistungsbringern und die wirtschaftlichen Ressourcen.

Hinzu kommt, daß – wie typisch für die deutsche Medizin im allgemeinen – richtungweisende Erkenntnisse von frühzeitig gewonnen und beschriebenen, praktische Konsequenzen daraus aber erst dann gezogen werden und werden, wenn der Hausarzt verknüpfte, beispielsweise sind das Zurückbleiben der Tumorentlastung auf Nervenzellen sind das Beharren auf überkommenen Konstellationsmaßnahmen an Stelle der dringend notwendigen Neuorientierung der stationären und ambulanten, pharmakologischen, biotechnologischen, radiotherapeutischen, der vergeblichen Versuch, Medizinikern und Medikamenten ohne angemessene Wirkung und die Finanzierung durch die Selbstversicherung des einzelnen Patienten, sondern, sind ein weiterer zentraler Kapitel über

Prof. Dr. U. R. Kleeberg
HOP A Altona,
D-22761 Hamburg

Bedeutung von Standards für den onkologisch verantwortlichen Arzt in der vertragsärztlichen Praxis

Bemühungen der Beliebigkeit ärztlichen Handelns mit Hilfe von Standards sinnvoll zu begegnen, gehen auf die Antike zurück. Der Eid des Hippokrates, das „*primum nihil nocere*“ sind frühe Beispiele für von der Ärztschaft getragene Bestrebungen, „die ungeheure Unvollkommenheit, Unzuverlässigkeit und Ungewißheit der Heilkunst zu überwinden, die ohne einheitliche Methoden und Gesetze zur Force gerate“ [5].

Ständig bedarf auch ärztlicher Standard der Überprüfung:

Standardisierung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens beinhaltet normierte Festlegungen zu Vereinheitlichung von Leistungen mit dem Ziel der Qualitätssicherung und -beurteilung, Standardisierung in der Gesundheitsökonomie bedeutet dagegen, betriebswirtschaftliche Rationalisierung mit der möglichen Folge auch der Rationalisierung von Leitungen. Wegen dieser doppelten Bedeutung von Standardisierung im Gesundheitssystem ist es notwendig, den ärztlichen Handlungsstandard von medizinischen Versorgungsstandard zu unterscheiden [2].

Gesundheitspolitische Budgets und Versorgungsstandard

Ärztlicher Handlungsstandard und medizinischer Versorgungsstandard beeinflussen sich wechselseitig, wobei eine Verknüpfung der wirtschaftlichen Ressourcen zunächst den Gesundheitszustand in unmittelbarer Folge, bildenden Dominanz einnimmt, dann der ärztlichen Handlungsstandard dirigiert. Die Verantwortung für eine standardisierte Betätigtigkeit sollte der verfallenden Ärztschaft obliegen, also wissenschaftlichen Gesellschaften und Ärztschaften. De facto entscheidet aber das Finanzministerium über die Liquidität des Gesundheitssystems und damit über das Ausmaß gesundheitsökonomischer Eingriffe durch Krankenversicherung, kostenzentrierte Vereinigung, Klinikverwaltung und Gesundheitsbehörden.

Ärztlichen Handlungsstandard wird damit zum Spielball wirtschaftspolitischer Interessen, wobei politische Interessenkonflikte durch Budgetierungsmaßnahmen in der Ärztschaft und so in die Berufspolitik verlagert werden. Wie unentscheidend sich eine solche Gesundheitspolitik auf den medizinischen Versorgungsstandard auswirkt, belegt die unterschiedliche Ergebnisqualität, messbar an dem Mortalitäts-

und Überlebensraten, speziell in der Onkologie [14].

Die Anspornung geschlossener Versorgungskreise anstelle der für die Qualität onkologischer Krankenversorgung kritischen interdisziplinären Kooperation ist besonders für den internistischen Interdisziplinären, der aus der Umwälzung der finanziellen Verantwortung von Politik auf Ärztschaft entstand.

Notlagerecht. Das Wirkung von Durchsetzung von ärztlichen Handlungsstandard ist das Haftungsrecht, das von der Politik unter ökonomischen Kriterien entwickelt und durch die Praxis als Teil der öffentlichen Meinung beeinflusst wird. In praxi verleiht das Haftungsrecht der Onkologie speziell im Rahmen der Sekundärprävention und Nachsorge.

Prof. Dr. U. R. Kleeberg
HOP A Altona,
D-22761 Hamburg

Onkologie
2001 · 7: 269–274 © Springer-Verlag 2001

Zum Thema

L. Böning¹ · F. Schenck²

¹Hämatologisch-Onkologische Gemeinschaftspraxis, München

²Manage Med Consult GmbH, München

Zertifizierte Schwerpunktpraxen

Bedingung für eine qualifizierte ambulante
Krebsversorgung der Zukunft?

Onkologie
2001 · 7: 275–280 © Springer-Verlag 2001

Zum Thema

U.R. Kleeberg¹ · J. Illiger²

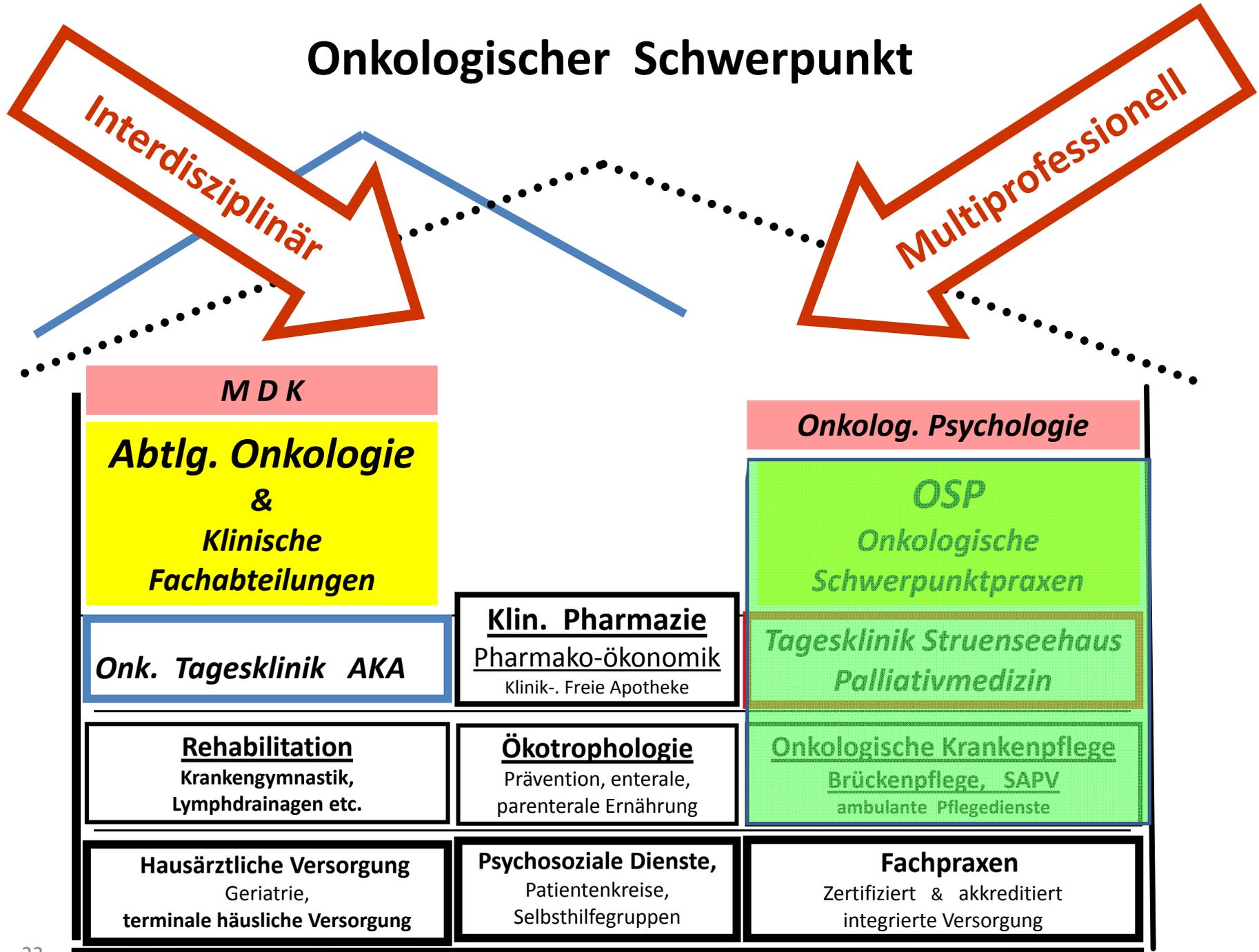
¹Hämatologisch-onkologische Praxis, Hamburg-Altona

²Abt. Hämatologie und Onkologie, Städtische Kliniken, Oldenburg

Fortschritte in der onkologischen Krankenversorgung

Qualifikation durch zertifizierte Fortbildung

Onkologischer Schwerpunkt





Supportive Care of the Terminally Ill Cancer Patient at Home and in a Day-Hospice

U. R. Kleeberg, M. v. Kerekjarto, H. Kaden, R. Wagner-Bastmeyer, A. Kur, G. Lehmann, K. Schulz,

G. Bogan, L. Reichel, H. Erdmann

Hämato-onkologische Praxis Altona (HOPA), and Department of Medical Psychology, University Clinics (UKE), Hamburg

Summary and Key Words

With the introduction of an ambulatory community-centered comprehensive cancer care system in Hamburg, based on private practice outpatient day clinics in 1976, it became obligatory to study the psychosocial consequences both for the patient and the relatives taking care of them and their impact on private and professional cancer nursing. In a common effort of qualified cancer nurses, medical psychologists and oncologists, we visited 59 surviving dependents who had cared for their relatives who had died from cancer four to twelve weeks before. In semi-structured interviews comprising 117 questions we studied the subjective and objective burdens related to psychological, social, physical and nursing areas. In 85% the nursing service was predominantly supported by the spouses, in 15% by children or parents. The average duration of total dependence of the bed-ridden patient was 16 days. In 94%, gratitude for and acknowledgement of the deceased were the dominant motivation, in 44% the relations towards the patient grew more affectionate. Being responsible for the terminal care was experienced as too heavy a burden because of insufficient medical (39%) or nursing support (35%), 64% claimed an inadequate preparation for death as a sudden and frightening event. In retrospective, 76% of the caring relatives would again prefer terminal home care to hospital services. Following a discussion of problematic methodological aspects of the responses to our interviews, consequences are presented for an improved support of the terminally ill patient and his caring family, as well as for professional education and further development of the hospice system in Germany.

Ambulatory cancer care · Terminal care · Hospice

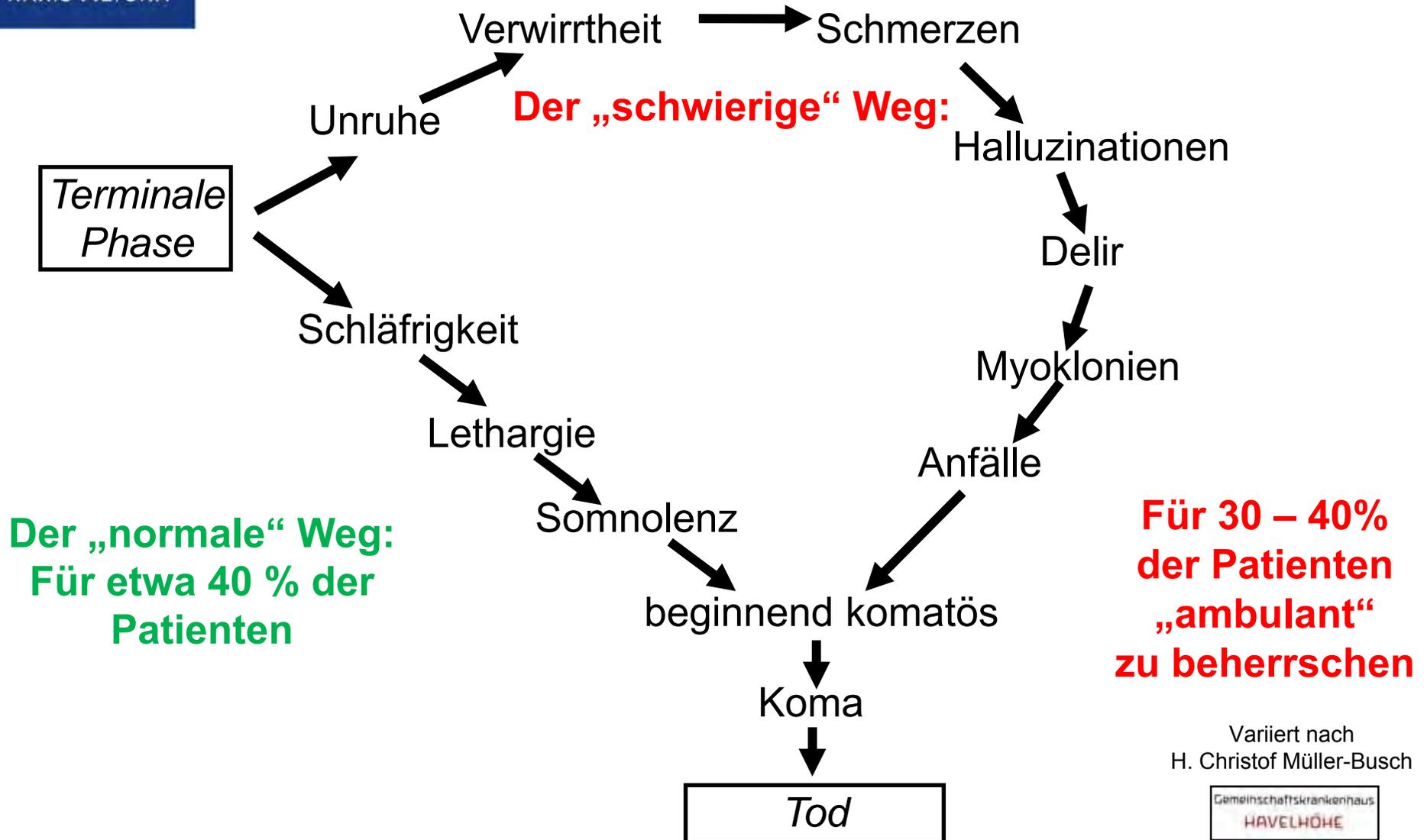
Zusammenfassung und Schlüsselwörter

Seit 1976 wurden in Hamburg onkologische Schwerpunktpraxen mit Tagesstationen in dem Bestreben eingeführt, die ambulante kommunale Versorgung Krebskranker sicherzustellen. Hieraus erwuchs uns die Aufgabe, die psychosozialen Konsequenzen für Patienten und deren Angehörige sowie die resultierenden pflegerischen und ärztlichen Aufgaben zu ergründen. In enger Zusammenarbeit zwischen onkologischen Fachkrankenschwestern, Ärzten und Psychologen wurden 59 überlebende Angehörige vier bis zwölf Wochen nach dem Tod der von ihnen gepflegten Krebskranken besucht. In semistrukturierten Interviews mit 117 Fragen studierten wir das Ausmaß subjektiver und objektiver Belastungen während der terminalen häuslichen Pflege auf psychologischem, sozialem, physischem und pflegerischem Gebiet. 85% der Pflege war von den Ehepartnern, 15% von den Kindern oder Eltern übernommen worden. Die durchschnittliche Dauer völliger Abhängigkeit des fest bettlägerigen Patienten betrug 16 Tage. In 94% waren Dank und Anerkennung für den Verstorbenen das Hauptmotiv für die Übernahme der Pflege, bei 44% wurden während dieser Zeit die Beziehungen enger als zuvor. Voll verantwortlich zu sein wurde von etwa einem Drittel der Angehörigen wegen ungenügender ärztlicher (39%) oder pflegerischer (35%) Unterstützung als nahezu untragbar empfunden. 64% der Angehörigen fühlten sich auf den Tod als Ereignis nicht ausreichend vorbereitet. 76% der hinterbliebenen Pflegepersonen würden wieder die häusliche der klinischen Pflege vorziehen. Nach Diskussion der problematischen methodischen Aspekte unseres Interviews werden Konsequenzen für eine Verbesserung der terminalen kommunalen Krankenpflege zu Hause und die Entwicklung von (Tages-)Hospizen aufgezeigt.

Ambulante Krebsversorgung · Terminale kommunale Krankenpflege · Hospiz

Versorgungsspektrum onkologischer Palliativmedizin

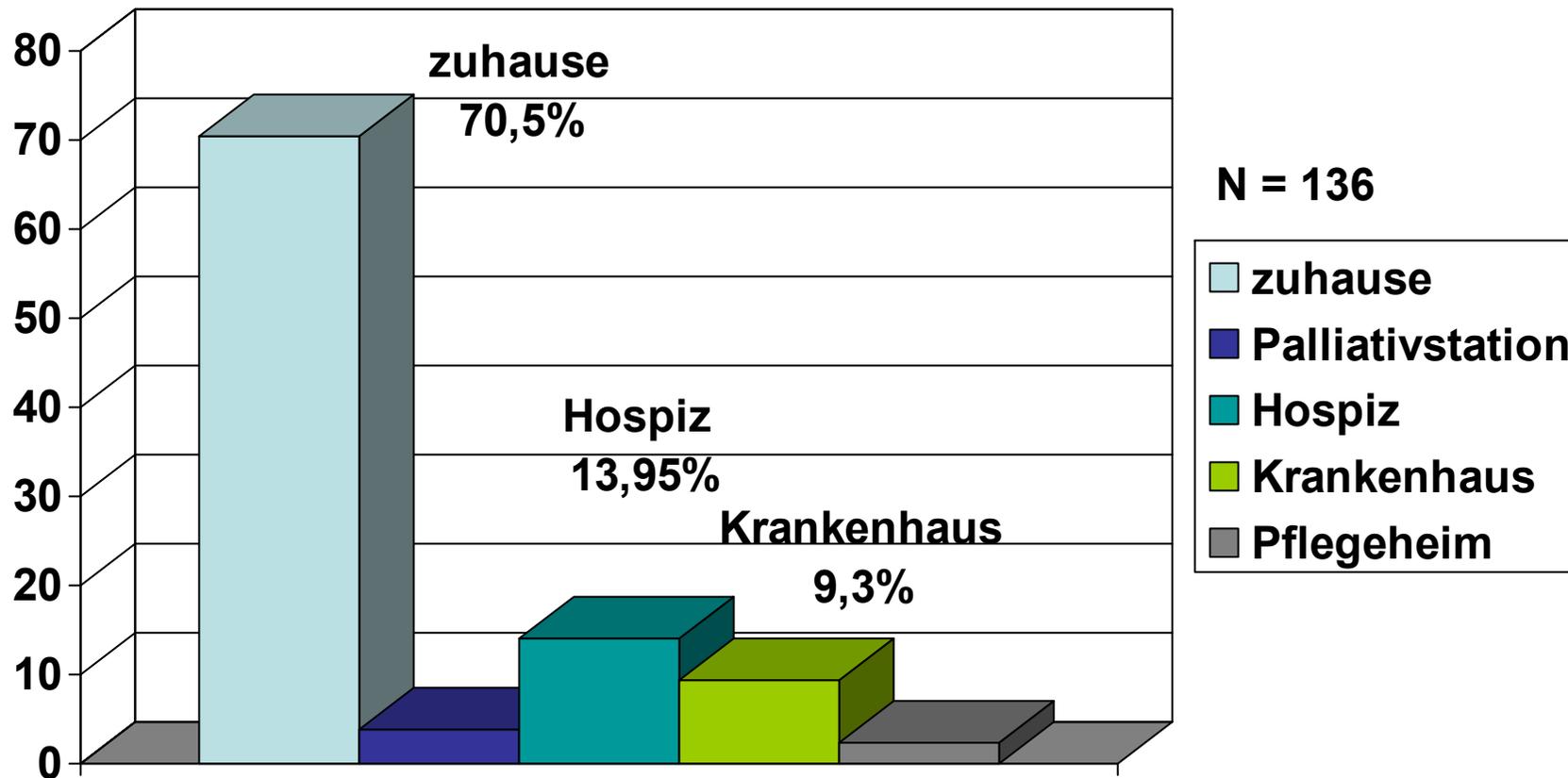
Unterschiedliche Wege zum Tod bei terminaler häuslicher Versorgung





Wo sind die Patienten verstorben? *Palliativpartner Hamburg*

SAPV HOPA Hamburg West 2009

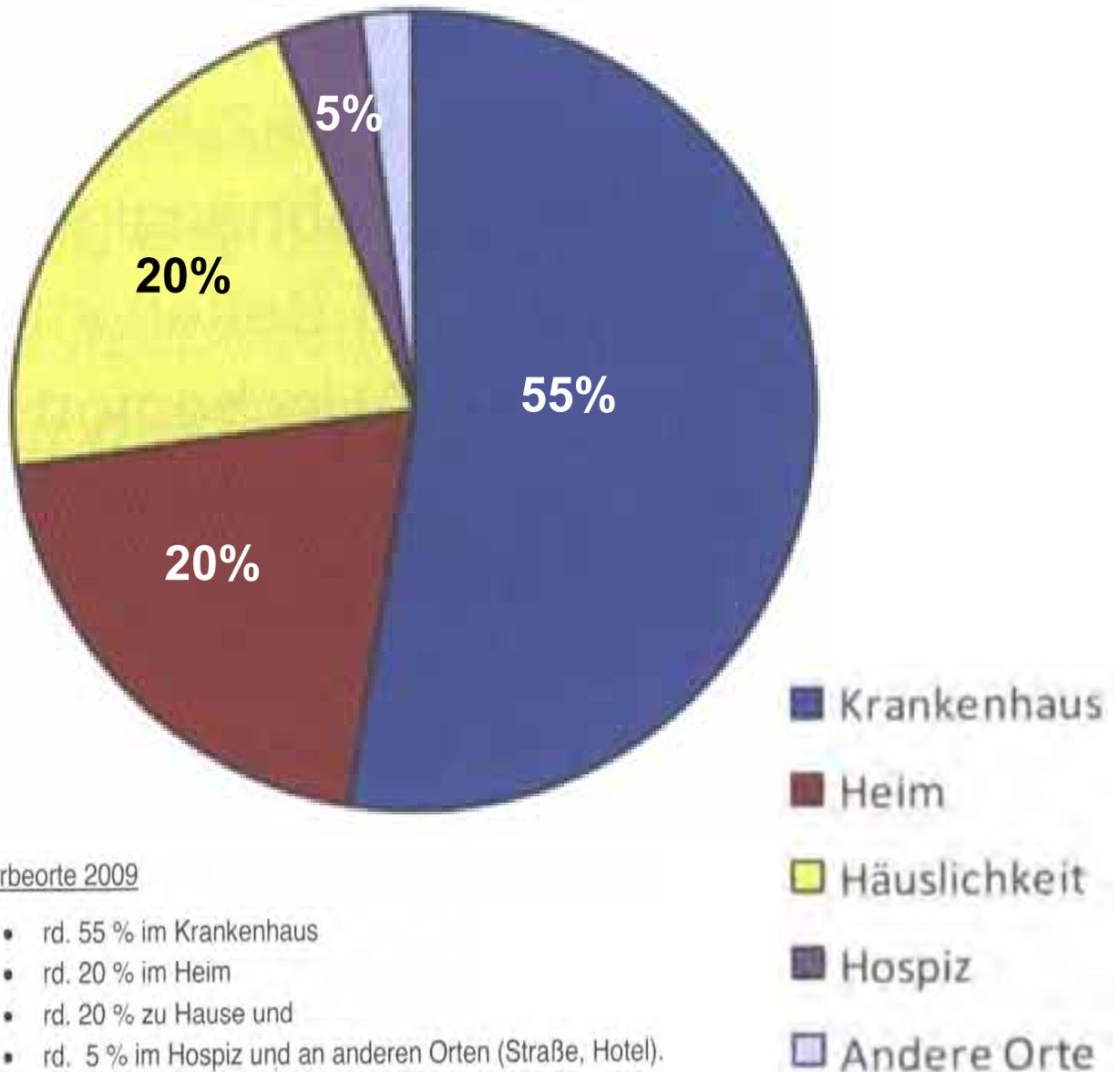


Wenzel C., Hollburg W., IOAK HH 2.11.2010



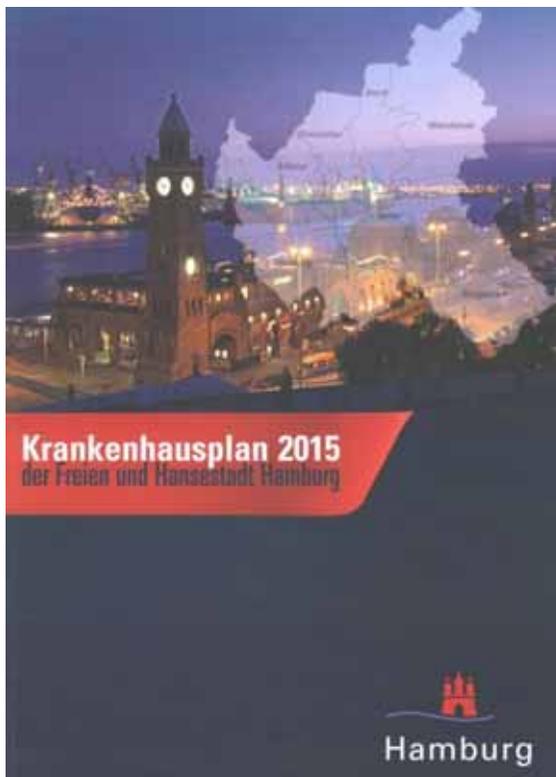
HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

Sterbeorte der Hamburgerinnen und Hamburger



Sterbeorte 2009

- rd. 55 % im Krankenhaus
- rd. 20 % im Heim
- rd. 20 % zu Hause und
- rd. 5 % im Hospiz und an anderen Orten (Straße, Hotel).

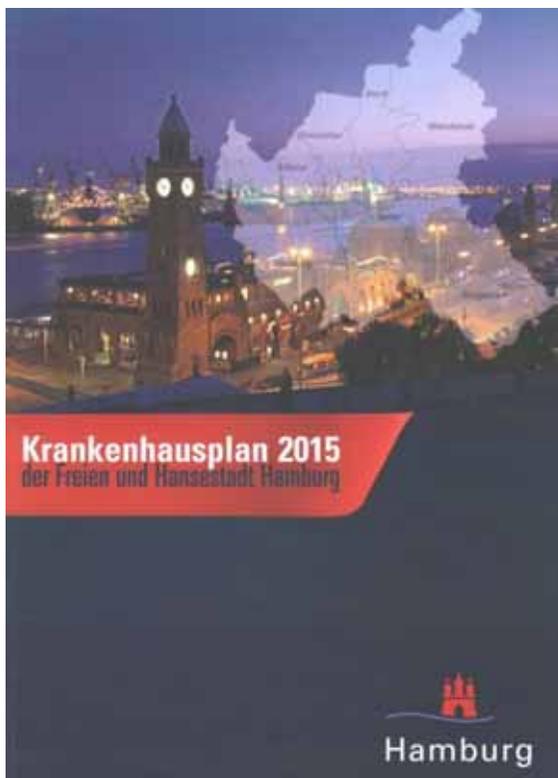
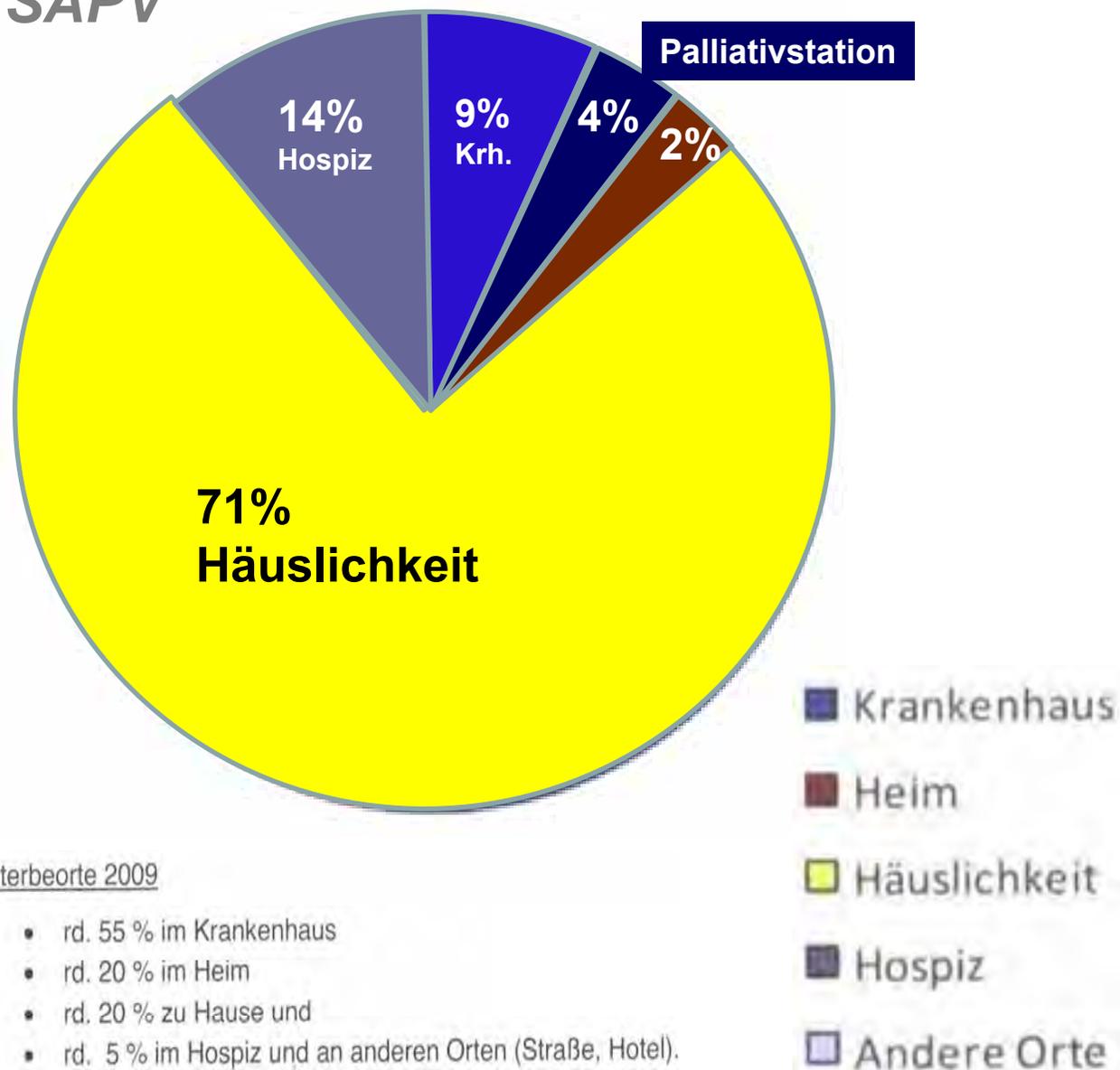




HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

Sterbeorte der Hamburgerinnen und Hamburger

HOPA - SAPV



Sterbeorte 2009

- rd. 55 % im Krankenhaus
- rd. 20 % im Heim
- rd. 20 % zu Hause und
- rd. 5 % im Hospiz und an anderen Orten (Straße, Hotel).



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

2008: Mit n ~ 4.600

Kardinalprobleme:

Klinik: Kommunikation, Entpersönlichung
Personalwechsel (ärztlich wie Pflege)
Assistenten in Weiterbildung statt FA
Wartezeiten
OSP: Kosten, Eigenanteil

Support Care Cancer (2008) 16:947–954
DOI 10.1007/s00520-007-4362-4

ORIGINAL ARTICLE

Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC® questionnaire

Ulrich R. Kleeberg · Petra Feyer · Wolfram Günther · Monika Behrens

Received: 25 July 2007 / Accepted: 31 October 2007 / Published online: 17 January 2008
© Springer-Verlag 2007

Abstract

Study objectives: To examine how outpatient cancer patients assess their cancer care in private oncology practices and day hospitals, and to identify the extent to which staff meet the expectations of their patients.

Setting: Private practices ($n=41$) and day hospitals ($n=8$) in Germany, including 16 “repeater” practices who had already participated in the 2002 Patient Satisfaction and Quality in Oncological Care (PASQOC®) survey.

Participants: $n=4,615$ patients with cancer. Diagnosis: 25% breast cancer, 21% colorectal cancer, 12% haematologic malignancies, 11% lymphomas; mean age 63.5 years; 57% female; $n=1,639$ patients from repeater practices.

Measurements: The 2004 PASQOC® questionnaire contained 15 patient-oriented items which covered 15 different dimensions of care. Practice staff invited their patients to participate and surveys were mailed to all sampled patients.

Statistical analysis: The problem frequency (PF) was calculated for each item.

Results: Of 3,600 patients who received the questionnaire, 4,615 replied (response rate: 82%). The best results were

obtained for the dimensions “further support in daily life” (3% PF), “nurses” (5% PF), and “physician-patient-relationship” (8% PF). Potential for improvement was most pronounced for “handling of side effects” (39% PF), “partnership and shared decision making” (30% PF), “side effects” (30% PF) and “communication with other patients” (26% PF). Considerable differences in PFs between practices were observed. Mean results from the 16 repeater practices revealed only few slumps compared to the 2002 PASQOC® survey, although some practices had greatly improved their performance.

Conclusions: The PASQOC® questionnaire identified strengths and weaknesses of outpatient care for cancer patients. By providing a comparison with other practices, PASQOC® can help staff of individual practices to improve their performance.

Keywords: Outpatient care · 2004 PASQOC® questionnaire · Problem frequency · cancer

Introduction

Over the last few decades, patients have increasingly been perceived as consumers or customers in the healthcare system. Consequently, awareness has risen of how patients perceive the quality of care. This has led to a growing emphasis on the issue of patient satisfaction, and patient feedback from patients is gaining credibility as an approach to assessment [1]. Moreover, the patient’s perspective about their experience of care can markedly vary from those of healthcare professionals and might contribute to improvement [2–4]. On the other hand, patients have limited ability to evaluate the quality of care, as documented in a recent study that found no correlation between patients’ evaluations of the quality of technical care and the results from a review of case records using evidence-based indicators [5].

U. R. Kleeberg
Hämatologisch-onkologische Praxis Altona (HOPA),
Altona, Hamburg, Germany
P. Feyer
Vivantes Kliniken Berlin Neukölln,
Berlin, Germany
W. Günther
Pickett Institut Deutschland,
Hamburg, Germany
M. Behrens
Glasco Smith Kline GmbH & Co. KG,
München, Germany
e-mail: monika.behrens@gsk.com

Springer

Teilnahme an der ambulanten onkologischen Krankenversorgung

- Zugelassene Fachärzte
- Zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Ermächtigte Klinik – Fachärzte
- Ermächtigte Institutionen
- Krankenhäuser via § 116 b / 140

Jeweils verschiedene Bedingungen

Annäherung in Sicht ? : QI fordern gleiche Grundlagen

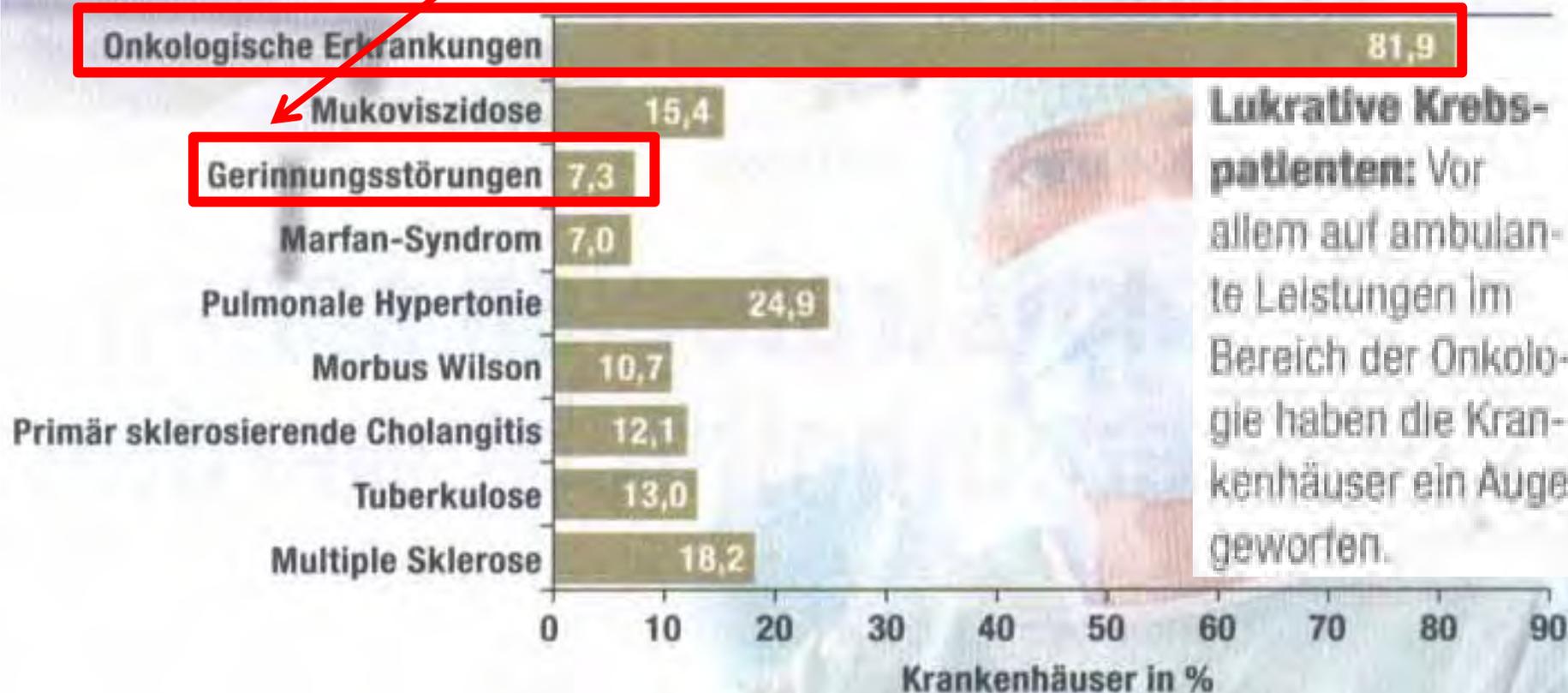


Profit

Extreme Kosten

GRAFIK 2

Gestellte/geplante §-116-b-Anträge nach Erkrankungen



§ 116 b SGB V

Eine Bewertung der Wettbewerbsbedingungen

Bedingungen	Vertragsarzt	Krankenhaus
Qualitätsanforderungen	Onkologie-Vereinbarung	G-BA
Leistungsmengen-steuerung	Wirtschaftlichkeitsprüfung	
incl. veranlasste Leistungen	AVWG*	0
Honorierung [Krh.- nachgeordnet]	Budgetierung [~2/3 Auszahlung]	0
Zugang Patient	Mengenbegrenzung	0
Zugang Facharzt	Zulassungsbeschränkung	0
(Medikamenten-kosten)	(Höher)	(geringer)
Strukturqualität	Eigenfinanzierung	Fremdfinanziert
Morbiditätsrisiko	Trägt Vertragsarzt	0

* AVWG: Arzneimittel-versorgungs-wirtschaftlichkeits-gesetz

§ 116 b SGB V

Eine Bewertung der Wettbewerbsbedingungen

Bedingungen	Vertragsarzt	Krankenhaus

* AVWG: Arzneimittel-versorgungs-wirtschaftlichkeits-gesetz



Onkologie Vereinbarung:

1. 1982 – 84

2. 1994 – 95

3. 2009

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband konnten sich Ende Juli 2009 auf eine Anschließungsverordnung zu den auf der regionalen Ebene nachträglich mit Ablauf des 30. Juni 2009 gekündigten Onkologie-Vereinbarungen verständigen. Die neue Onkologie-Vereinbarung gibt erstmals bundesweit einheitliche Rahmbedingungen für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten gemäß Anlage 7 des BMV-ÄrztErsatzkassen (EKV) vor und tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2009 in Kraft.

Bekanntmachungen

Vereinbarung

über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)

§ 1 Grundsätze

(1) Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch sind in der Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen bestimmte Krankheitsfälle:

- (2) Tumorerkrankungen im Sinne dieser Vereinbarung sind:
 - a. alle malignen Tumoren (ICD-10-GM: C00 bis C97)
 - b. uterine Neoplasmen bzw. ZNS-Neoplasmen (sowohl gutartig als auch mit metastatischem oder oligometastatischem Verlauf; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)
 - c. bestimmte Tumoren bei Kindern und Jugendlichen (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht polyposisches kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)
 - d. Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Bluthildung (ICD-10-GM: D45.-, D46.0, D46.1, D46.3, D46.4, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer (Plas-)zytopenie und schwerwiegender Störung

der Hämatopoese (M1.-) mit idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten; D60.3, D60.4 nur Störungen der Granulozytopenie nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik; D70.-, D71, D72.-)

e. die Langerhans-Zell-Histiozytose und die häsiothogytäre Lymphohistiozytose (ICD-10-GM: D76.0 und D76.1)

Tumoren, die nach Operation vollständig reseziert sind und keiner weiteren tumorspezifischen Therapie und Behandlung bedürfen, sind von der Vereinbarung ausgeschlossen.

- (3) Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebskranker Patienten wird eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, deren die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich ist. Dies umfasst auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten, einem ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren sowie einer kontinuierlichen onkologischen Fortbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebskranker Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie

lichen Therapieplan – unabhängig von notwendigen Überweisungen – leitet und mit den durch Überweisung zugewiesenen Ärzten koordiniert.

- (5) Durch die besonderen Anlagenvoraussetzungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten ergeben sich für den onkologisch qualifizierten Arzt erhöhte zeitliche, finanzielle und insbesondere personelle Belastungen. Wegen der sich daraus ergebenden Besonderheiten werden in dieser Rahmenvereinbarung die Teilnahmebedingungen an dieser Vereinbarung (insbesondere die Qualifikationsvoraussetzung sowie die Erfüllung festgelegter weiterer Erfordernisse) gegenüber dem zuständigen Kassenzentralen vereinbart.

§ 2 Teilnahme

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist bei der Kassenzentralen Vereinbarung schriftlich zu beantragen und ist erst mit Erteilung einer Genehmigung durch die zuständige Kassenzentralen Vereinbarung möglich. Dem Antrag sind die Nachweise über die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzung gemäß § 3 beizufügen.
- (2) Die Krankenkassen erhalten von der für den Arzt zuständigen Kassenzentralen Vereinbarung eine Mitteilung, dass ihre Genehmigung erteilt wurde und die jeweils eingereichten Nachweise gemäß § 3 Abs. (1) vorliegen.
- (3) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet

Länder- / GKV - spezifisch

Bundesmantelvertrag



BEKANNTGABEN

Anhang

zur Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung

Muster für den Inhalt der Dokumentation (§ 8 Abs. 2)

Der onkologisch verantwortliche Arzt führt eine vollständige Verlaufsdokumentation zum Tumorstatus mit Histologie, Strahlen- und Chemotherapie einschließlich der Dosen durch.

Diese Daten sind allen weiter- oder mitbehandelnden Ärzten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.

1. Dokumentationen (Berichte)
 - nach Abschluß der onkologischen Untersuchung und Beratung
 - nach Abschluß der Tumortherapie
 - einmal pro Behandlungsfall (Quartal)
2. Inhalt und Gliederung der Dokumentation
 - 2.1 Tumordiagnose mit Stadium (gem. ICD-Schlüssel) (pTNM oder spezielle Klassifizierung z. B. ann arbor etc.)
 - 2.2 Primärtherapie (Operation, Strahlentherapie mit

- Feldern und Dosis) Systemische Chemotherapie (Hormone, Zytostatika), ggf. Gesamtdosis
- 2.3 Verlauf, Erfolgsbeurteilung (Remissionen), Komplikationen
- 2.4 Folgetherapie
- 2.5 Histologie (Pathologie-Nr., Herkunft, Datum, ggf. Rezeptorstatus)
- 2.6 Nebendiagnosen
- 2.7 Anamnese (spezielle onkologische Familien- und Eigenanamnese)
- 2.8 Untersuchungsbefunde mit allgemein klinischem wie speziellem onkologischen Status, (incl. Labordiagnostik, bildgebende Verfahren)
- 2.9 Epikritische Begutachtung unter Berücksichtigung der aktuell erhobenen Befunde
- 2.10 Therapievorschlag
- 2.11 Nachsorgevorschlag
3. Nachfolgebericht (Zwischenbericht) mit Zwischenanamnese, aktuellem Status, epikritischer Begutachtung einschließlich Therapie- und Nachsorgevorschlag
4. Abschlußbericht (nach dem Tode des Patienten mit Zeitpunkt, Ursache und relevanten Hinweisen)

Anhang 1

zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV)

Muster für den Inhalt der Dokumentation nach § 8 der Onkologie-Vereinbarung

Der onkologisch qualifizierte Arzt führt eine vollständige Verlaufsdokumentation zum Tumorstatus mit Histologie, Strahlen- und Chemotherapie einschließlich der Dosen durch.

Diese Daten sind allen weiter- oder mitbehandelnden Ärzten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.

1. Dokumentationen (Berichte)
 - nach Abschluss der onkologischen Untersuchung und Beratung
 - nach Abschluss der Tumortherapie
 - einmal pro Behandlungsfall (Quartal)
2. Inhalt und Gliederung der Dokumentation
 - 2.1 Tumordiagnose mit Stadium gemäß ICD-10-GM (TNM-Stadium mit R- und G-Code nach UICC bzw. spezielle Klassifizierung, z. B. Ann-Arbor bei Lymphomen)
 - 2.2 Primärtherapie
 - Operation, Strahlentherapie mit Feldern und Dosis
 - Art der medikamentösen Tumortherapie (Hormone, Zytostatika etc.) unter Angabe des Medikamentennamens, ggf. Gesamtdosis
 - 2.3 Verlauf, Erfolgsbeurteilung (Remissionen), Komplikationen
 - 2.4 Folgetherapie
 - 2.5 Histologie (Pathologie-Nr., Herkunft, Datum, ggf. Rezeptorstatus, z. B. HER)
 - 2.6 Nebendiagnosen
 - 2.7 Anamnese (spezielle onkologische Familien- und Eigenanamnese)
 - 2.8 Untersuchungsbefunde mit allgemein klinischem wie speziellem onkologischem Status (inkl. Labordiagnostik, bildgebende Verfahren)
 - 2.9 Epikritische Begutachtung unter Berücksichtigung der aktuell erhobenen Befunde
 - 2.10 Therapievorschlag
 - 2.11 Nachsorgevorschlag
 - 2.12 Angaben hinsichtlich Studienteilnahme



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA

WINHO

Werkstattbericht

Weiterentwicklung der
Qualitätsberichterstattung
der hämatologischen und onkologischen
Schwerpunktpraxen in Deutschland

BNHO & WINHO
2008 - 2010



WINHO
Wissenschaftliches Institut
der Niedergelassenen Hämatologen
und Onkologen GmbH



Qualitätssicherung mit Indikatoren

Onkologie unter Beobachtung

Die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung ist ohne Qualitätssicherung nicht denkbar. Medizinische Potentiale und eingesetzte Ressourcen der Tumorversorgung werden in den nächsten Jahren zunehmen. Dafür wird die Gesundheitspolitik Nachweise verlangen, ob Versorgungsziele flächendeckend und angemessen erreicht worden sind.

Mit Hilfe von Indikatoren die Versorgungsqualität leichter zu messen

Etablierung von Standards auf der Grundlage des anerkannten Wissensstandes und die Analyse bzw. Vermeidung der Abweichung von diesen Standards sind die traditionellen Aufgaben von medizinischer Qualitätssicherung. Innerhalb der Onkologie wurden in den letzten Jahren die eigenständigen Anstrengungen zur Qualitätssicherung verstärkt. Dazu gehört insbesondere auch die Erstellung hochwertiger Leitlinien. Jetzt geht es darum, die Qualitätssicherung fachbezogen in ein angemessenes Organisationssystem einzubinden.

Die onkologische Versorgung verlagert sich stetig. Die Verlagerung in den ambulanten Sektor oder der Ausbau von palliativmedizinischen Angeboten sind nur die sichtbaren Beispiele für den Wandel, der sich aus den Möglichkeiten der modernen Immuntherapie, den demografischen Herausforderungen oder den Zielen der Kostenträger ergeben (Rubinstein 1999). Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung muss diesem Strukturwandel gerecht werden und Qualitäts-

standards überall dort anlegen, wo Krebspatienten versorgt werden. Das geht weit über den klinischen Rahmen der stationären (Erst-)Versorgung hinaus.

Neue Bürokratie?

Die bisherige Geschichte der systematischen Qualitätssicherung in der Medizin ist noch kurz. Sie hat – nicht nur in der Onkologie (Kamm 1) – eine große Vielfalt einzelner Maßnahmen hervorgebracht, die jedoch weitgehend unabhängig nebeneinander existieren. Es waren in der Regel Initiativen für spezielle Versorgungsfragen, die mit guten Gründen gestützt wurden und dann dauerhaft bestehen geblieben sind.

Qualitätssicherung ist letztlich ein noch wenig erforschtes Gebiet. Es gibt keine nennenswerte Qualitätsforschung, deren Ergebnisse in der Onkologie adaptiert werden könnten. Methoden sind Instrumente, Wirkungen und Bedingungen von Qualitätssicherung sind in aller Regel nicht ausreichend bekannt. Unweigerlich operiert Qualitätssicherung

in der Medizin vielfach auf einem Evidenzniveau, das den eigenen Anspruch demittiert und von der Hoffnung auf Wirksamkeit lebt.

Die Fortentwicklung der onkologischen Qualitätssicherung wird diese Mängel nicht sofort beheben können. Sie muss diese allerdings in Rechnung stellen. Qualitätssicherung ist immer nur so gut und wirksam, wie sie insbesondere von den angesprochenen Medizinern akzeptiert und als ein wichtiger Beitrag zu Gestaltung und Verbesserung des eigenen Versorgungsauftrages angesehen wird. Neue Ansätze in der Qualitätssicherung müssen daher auch Befürchtungen entgegenwirken, dass sie erneut mit weiteren bürokratischen Apparaten neben die schon bestehenden stellen, ohne viel zu bewirken, und die knappen Ressourcen der Versorgung zusätzlich belasten.

Messgrößen als Herausforderung

Qualitätssicherung setzt eine systematische Qualitätsbeobachtung voraus. Und damit hapert es bislang erheblich. Für die

Qualitätsindikatoren Krebserkrankungen allgemein

- 1 Basisdokumentation
- 2 Ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Befinden
- 3 Therapieplanung und –durchführung
- 4 Schmerzmanagement
 - 4.1 Schmerzdiagnostik
 - 4.2 Schmerztherapie
- 5 Palliativmedizin
 - 5.1 Dokumentation von Symptomen und zentralen Problemen der Betreuung
 - 5.2 Terminale Versorgung

Indikatorenregister Mammakarzinom

- 1 Therapieplanung und –durchführung beim Mammakarzinom
 - 1.1 Endokrine Therapie
 - 1.2 Zytostatika- und Immuntherapie, Überweisung Radiotherapie
- 2 Nachsorge
- 3 Sonstiges

Indikatorenregister Kolorektale Karzinome

- 1 Therapieplanung und –durchführung beim Kolon- und Rektumkarzinom
- 2 Nachsorge
- 3 Sonstiges



Qualitätsindikatoren Krebserkrankungen allgemein

1. Basisdokumentation

Nr.	Stichwort zum Inhalt	Nenner Einschlusskriterien (IF...)	Nenner Aus- schluss- kriterien (IF NOT...)	Zähler (THEN...)	Quelle (modifiziert nach...)	Anmerkung
1	Onkologische Familienanamnese	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom		Anzahl der Patienten mit dokumentierter onkologischer Familienanamnese in der Patientenakte – oder Dokumentation, warum diese nicht erfolgen konnte* (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u>).	QOPI	*z.B. da Patient Voll- oder Halbweise, Eltern früh verstorben, oder Patient debil (Halbweise: z.B. Mütterliche Seite bei Mammakarzinom nicht bekannt.)
2	Vorerkrankungen & Komorbiditäten	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten mit dokumentierten Vorerkrankungen und Komorbiditäten – oder Dokumentation, dass keine Vorerkrankung bzw. Komorbidität vorliegt (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u>).	QOPI (Onkologievereinbarung, 2009) (OV)	zur Risikoabwägung; Vollständigkeit der Dokumentation ist nicht prüfbar.
3	Spezielle (tumorrelevante) Anamnese	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten mit dokumentiertem tumorrelevanten Krankheitsverlauf (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u>).	(Onkologievereinbarung, 2009) (OV)	
4	Raucherstatus	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten mit dokumentiertem Raucherstatus in der Patientenakte (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u>).	PQR1, QOPI	
5	Medikamentenliste (einschließlich KAM)	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten mit dokumentierter Komedikation* in der Patientenakte – oder Dokumentation, dass keine Komedikation erfolgt (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u>). *einschließlich KAM	OV	zur Prüfung von Interaktionen; Bei Pat. mit Mammakarzinom ist v.a. die hormonelle Antikonzeption bzw. Hormonsubstitution wichtig
6	Befinden des Patienten bezogen auf die Tumorerkrankung (Einschränkung der Aktivität, Selbstbestimmung, Selbstversorgung)	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten mit dokumentiertem Karnofsky-Index* oder (alternativ) ECOG-Status* in der Patientenakte (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u>). *nur auf die Tumorerkrankung bezogen	(Karnofsky et al., 1949), (Oken et al., 1982), OV	Karnofsky-Index: 100 %= Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung, ..., 0%=Tod; ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)-Status: 0=normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung, ..., 5=Tod; Regelm. Aktualisierung in QI zum Therapiebericht (Kap. 3) gefordert
7	Histologischer Befund	Anzahl aller Patienten mit abgeschlossener Diagnose eines gesicherten invasiven Malignoms oder einer malignen Hämoblastose		Anzahl der Patienten, bei denen der histologische Befund <u>spätestens 30 Tage nach dem ersten Besuch und spätestens zu Beginn der medizinischen Krebstherapie*</u> als Kopie des Originals in der Patientenakte vorliegt.	S3-LL (Kreienberg et al., 2008), OV, PCPI, QOPI	* gemeint ist: startet die Therapie früher, muss der der Befund entsprechend früher vorliegen; startet sie später, muss er trotzdem spätestens nach 30 Tagen vorliegen.



2. Ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Befinden

Nr.	Stichwort zum Inhalt	Nenner Einschluss- kriterien (IF...)	Nenner Ausschluss- kriterien (IF NOT...)	Zähler (THEN...)	Quelle (modifiziert nach...)	Anmerkung
14	Krankheitsverständnis des Patienten, Therapieerwartungen	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten, für die in der Patientenakte dokumentiert ist, dass der Onkologe (spätestens beim 2. Arztkontakt) ihn über sein Krankheitsverständnis und seine Therapieerwartungen befragt hat.		Ziel ist es, die Vorstellungen des Onkologen und des Patienten im Hinblick auf die Krankheitssituation und Therapie abzustimmen. Abgleich Wertesystem Onkologe- Patient;
15	Beratung zur Erlangung der Tabakabstinenz empfohlen	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignomen oder maligner Hämoblastose, die derzeit rauchen		Anzahl der Patienten, denen der Onkologe den Rauchstop anrät (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u> , dokumentiert in der Patientenakte).	PQRI, QOPI	
16	Beratung zu Ernährungs- und Bewegungsverhalten	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten, die zur Ernährung und Bewegung beraten wurden (<u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u> , dokumentiert in der Patientenakte).		
17	Erfassung psychosozialer Status	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose (einschl. Nachsorgepatienten)		Anzahl der Patienten, die <u>spätestens beim 2. Arztkontakt</u> zu psychosozialen Aspekten (psychische Verfassung, soziales Umfeld) befragt wurden und für die das Ergebnis im Arztbericht dokumentiert ist.	S3-LL MK (Kreienberg et al., 2008), AHRQ ER: Symptoms and End-of-Life Care, QOPI	Arztbericht nachrichtlich an Patienten Vierteljährliche Aktualisierung wird in Indikatoren zum Therapiebericht gefordert
18	Umgang mit psychosozialen Problemen	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die über psychosoziale Probleme berichten		Anzahl der Patienten, für die <u>innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntwerden der psychosozialen Probleme</u> die Einleitung weiterer diagnostischer Maßnahmen (ggf. fachspezifische Überweisung), ergänzt durch eigene unterstützende Maßnahmen (z.B. Angehörigengespräch, Hinweis auf Selbsthilfegruppen...), <u>erwogen</u> wurde (dokumentiert in der Patientenakte).	S3-LL MK (Kreienberg et al., 2008), AHRQ ER: Symptoms and End-of-Life Care, QOPI S3-LL MC	



3. Therapieplanung und –durchführung

Nr.	Stichwort zum Inhalt	Nenner Einschlusskriterien (IF...)	Nenner Ausschluss- kriterien (IF NOT...)	Zähler (THEN...)	Quelle (modifiziert nach...)	Anmerkung
19	Multidisziplinäre Besprechung der Therapie	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die eine multimodale* Therapie in (neo-)adjuvanter Intention erhalten bzw. erhalten haben. *Chirurgie, Strahlentherapie <u>und</u> systemische Therapie	Patienten, deren onkologische Behandlung bereits extra muros (in einer anderen Einrichtung) begonnen wurde. Patienten, deren Tumorthherapie palliativ intendiert ist.	Anzahl der Patienten, deren (neo-)adjuvante Behandlung in einer Tumorkonferenz besprochen wurde.	S3-LL (Kreienberg et al., 2008), (Chung et al., 2008), (Gagliardi et al., 2007), NHS, OV, (Schmitz et al., 2003)	Vergleichlich OV: Dokumentation einer interdisziplinären Abstimmung der Therapie Wegen multipler Einflussfaktoren nicht für palliative Tumorthherapie geeignet (Schmitz et al., 2003).
20	Dokumentation Empfehlung Tumorkonferenz	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder einer malignen Hämoblastose, <u>deren</u> <u>Behandlung in einer Tumor-</u> <u>konferenz besprochen</u> <u>wurde</u>		Anzahl der Patienten mit dokumentierter Empfehlung der Tumorkonferenz in der Patientenakte (<u>zu Behandlungsbeginn</u>).		
21	Dokumentation des Therapieziels	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die eine medizinische Krebstherapie erhalten		Anzahl der Patienten, bei denen <u>zu Behandlungsbeginn</u> das Therapieziel (neoadjuvante, adjuvante oder palliative Intention) sowie – im Falle einer palliativen Intention – zusätzlich der Beschwerdekomples sowie ein zu beobachtende Verlaufparameter* in der Patientenakte dokumentiert ist.	QOPI	*Verlaufparameter z.B. ein konkreter Beschwerdekomples, Metastasengröße
22	Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in Patientenakte	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, für die eine Diagnostik angeordnet wurde		Anzahl der Patienten, für die das Ergebnis der angeordneten Untersuchungen <u>innerhalb von</u> <u>30 Tagen</u> in der Patientenakte dokumentiert ist; Kopie des Originalbefundes muss vorliegen. (oder Dokumentation, dass das noch ausstehende Testergebnis nachgefordert wurde [mit Datum der Nachforderung])	(ACOVE, 2007)	Anzuwenden bei Überweisung zu anderen Fachgebieten zwecks Durchführung der Diagnostik ebenso wie bei Durchführung der Diagnostik in der onkologischen Praxis selbst.



4. Schmerzmanagement

4.1. Schmerzdiagnostik

36	Schmerz- erfassung	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose		Anzahl der Patienten, die <u>beim ersten und jedem folgenden Arztkontakt</u> zum Vorhandensein von tumor- oder tumortherapiebedingten und von chronischen Schmerzen befragt wurden (ob Schmerzen vorliegen*) dokumentiert in der Patientenakte).	AHRQ ER: Symptoms and End-of-Life Care, Georgia Cancer Coalition & IOM (Eden et al., 2005), PCPI, QOPI, RAND QA Tools (Asch et al., 2000)	Hier bewusst nur dichotomes Erfassen des Vorliegens von Schmerzen (ja/nein) gefordert; In den nachfolgenden Indikatoren wird für diejenigen Patienten, die Schmerzen berichten eine detailliertere Schmerzdiagnostik gefordert.
37	Schmerz: Messung von Intensität, Art, Dauer und Häufigkeit der Schmerzen	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die Schmerzen äußern		Anzahl der Patienten, für die die Intensität*, Art, Dauer und Häufigkeit der Schmerzen dokumentiert ist (<u>beim ersten Arztkontakt, zu dem der Patient Schmerzen äußert</u>). *mittels visueller Analogskala	(Gordon et al., 2005), PCPI, PQRI, QOPI	Empfehlung: Einsatz des Edmonton Classification System for cancer pain (ECS-CP) (ECS-CP; Nekolaichuk et al., 2005)
38	Schmerz- charakteristik: Tumorbedingtes komplexes Schmerzsyndrom (TCSS)	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die Schmerzen äußern		Anzahl der Patienten, für die (a) eine Differenzierung zwischen passageren Schmerzen oder einem chronischen komplexen Schmerzsyndrom erfolgt ist sowie (b) die Schmerzursache geprüft (DD) und dokumentiert wurde (und damit abklärt ist, ob es sich um ein TCSS handelt).		
39	Abklärung, ob kausale Schmerztherapie möglich	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose und TCSS		Anzahl der Patienten, für die geprüft und in der Patientenakte dokumentiert wurde, ob eine kausale Schmerztherapie möglich ist.		



4.2. Schmerztherapie

Nr.	Stichwort zum Inhalt	Nenner Einschlusskriterien (IF...)	Nenner Ausschluss- kriterien (IF NOT...)	Zähler (THEN...)	Quelle (modifiziert nach...)	Anmerkung
40	Therapie zeitweiliger tumor- oder tumortherapie bezogener Schmerzen	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose und zeitweiligen Schmerzen (nicht TCSS)		Anzahl der Patienten, denen ein Therapieversuch unterbreitet wird (mit Dokumentation des Angebots in der Patientenakte).		Wenn eine Medikation erfolgt, ist diese im Verordnungsbogen zu dokumentieren (vgl. entsprechenden QI in Kap. 3). Therapieversuch: medikamentös, strahlentherapeutisch, operativ oder physikalische Therapie
41	Therapie des TCSS	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose und TCSS	Patient wurde zur Betreuung des TCSS an einen mitbehandelnden Facharzt für Palliativmedizin (AAPV/ SAPV) überwiesen	Anzahl der Patienten, für die dokumentiert ist (im Verordnungsbogen), welche Art der Schmerztherapie gemäß WHO-Stufen (I-III) erfolgt (<u>zu Behandlungsbeginn und bei jeder Änderung</u>) oder aus welchem Grund ggf. keine (medikamentöse) Therapie des TCSS erfolgt (Begründung in Patientenakte dokumentiert).	(ACOVE, 2007), PCPI, PQRI, QOPI	Ziel der Behandlung von chronischen tumorbedingten Schmerzen ist immer die Ursache zu finden und diese zu behandeln – also z.B. Bestrahlung von Knochenmetastasen. Medikamente kommen dann zusätzlich in Betracht oder wenn keine kausale Therapie möglich ist. Dieser Indikator fordert über den allg. QI zur Dokumentation der Medikation im Verordnungsbogen hinaus, dass die Art der Schmerztherapie nach den WHO-Stufen klassifiziert und dokumentiert wird und dass bei Verzicht auf eine (medikamentöse) Therapie des TCSS eine Begründung in der Patientenakte dokumentiert sein muss.
42	Patienten- edukation Schmerz- therapie, Therapietreue	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose und TCSS, die eine Schmerztherapie erhalten	Patient wurde zur Betreuung des TCSS an einen mitbehandelnden Facharzt für Palliativmedizin (AAPV/ SAPV) überwiesen	Anzahl der Patienten, für die zur Förderung der Therapietreue <u>zu Beginn der Schmerztherapie</u> eine ausführliche Beratung* zur Durchführung der Therapie erfolgt ist (mit Dokumentation in der Patientenakte).	AHRO ER: Symptoms and End-of-Life Care	* die Beratung sollte möglichst unter Einbezug der Hauptpflegeperson erfolgen



5. Palliativmedizin

5.1. Dokumentation von Symptomen und zentralen Problemen in der Betreuung

Nr.	Stichwort zum Inhalt	Nenner Einschlusskriterien (IF...)	Nenner Ausschlusskriterien (IF NOT...)	Zähler (THEN...)	Quelle (modifiziert nach...)	Anmerkung
46	Dokumentation von Symptomen	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.	Patient wurde zur Mitbehandlung an einen Arzt für Palliativmedizin (AAPV/ SAPV) überwiesen	Anzahl der Patienten, für die das Vorliegen tumor- und therapiebedingter Symptome * in der Patientenakte dokumentiert ist und <u>bei jedem Patientenkontakt</u> aktualisiert wird. *Schmerzen (s. Kap.4), Schwäche, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, (Tumor-)Blutung, Dysphagie, Obstipation, Diarrhoe, Ascites, Dyspnoe, Husten, (Lymph-)Ödem, Juckreiz, Dekubitus, exulc. Wunde, Harnverhalt, Lähmungen, Krampfanfälle, motorische Unruhe, Verwirrtheit, Schlafstörung, Angst, depressive Verstimmung (und ggf. andere)	Patientendokumentation (2) (Homecare Berlin e.V., 2009) (siehe Anhang)	Regelmäßige Schmerzerfassung, weitere UAW und Symptome auch bei nichtmetastasierten Patienten gefordert (vgl. Kap. 3, Indikatoren zu Therapiebericht) *weitere Dokumentation im Falle vorliegender Schmerzen siehe Indikatoren zur Schmerzdiagnostik
47	Dokumentation des Schweregrades von Symptomen und der Therapietoxizität	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.	Patient wurde zur Mitbehandlung an einen Arzt für Palliativmedizin (AAPV/ SAPV) überwiesen	Anzahl der Patienten, für die der Schweregrad* der tumor- und therapiebedingten Symptome** in der Patientenakte dokumentiert ist und <u>bei jedem Patientenkontakt</u> aktualisiert wird. *gemäß Homecare Berlin e.V.: 0/1/2/3 oder für therapiebedingte Toxizität nach den CTC-Rubriken **im vorherigen QI genannte Symptome	Patientendokumentation (2) (Homecare Berlin e.V., 2009) (siehe Anhang)	*0=ohne/kein 1=gering 2=mittel 3=stark CTC = Clinical Toxicity Criteria
48	Dokumentation zentraler Probleme in der Betreuung	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.	Patient wurde zur Mitbehandlung an einen Arzt für Palliativmedizin (AAPV/ SAPV) überwiesen	Anzahl der Patienten, für die das Vorliegen zentraler Probleme in der Betreuung* in der Patientenakte dokumentiert ist und <u>bei jedem Patientenkontakt</u> aktualisiert wird. *Schmerztherapie, Ernährung, Symptomkontrolle gastrointestinal/ pulmonal/ neuropsychiatrisch/ dermatologisch, von Akutsituationen, Krankheitsverarbeitung Patient, Compliance Patient, Kommunikation mit Patient/ Angehörigen, Belastung der Angehörigen, Aufklärung/ Wahrheit am Krankenbett, Fragen des Therapieverzichts, Wunsch nach Sterbehilfe, psychische Belastung des HC-Arztes, zeitliche Belastung des HC-Arztes, Zusammenarbeit mit Klinik/ Hausarzt, soziales Umfeld des Patienten, Arbeit des Pflegedienstes, Organisation von Pflegehilfsmitteln, Kostenübernahme durch GKV (und ggf. andere)	Patientendokumentation (2) (Homecare Berlin e.V., 2009) (siehe Anhang)	



5.2. Terminale Versorgung

Nr.	Stichwort zum Inhalt	Nenner Einschlusskriterien (IF...)	Nenner Ausschluss kriterien (IF NOT...)	Zähler (THEN...)	Quelle (modifiziert nach...)	Anmerkung
49	Terminale häusliche Versorgung	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.	Onkologe ist nicht hauptverantwortlich für die terminale Versorgung zuständig	Anzahl der Patienten, für die in der Patientenakte dokumentiert ist, ob die terminale Versorgung hauptverantwortlich durch die onkologische Praxis selbst oder den Hausarzt oder die SAPV erfolgt.		Begründung: Onkologe hat sich umfassend um die Versorgung des Krebskranken zu kümmern.
50	Patienten dokumentation gemäß Homecare Berlin e.V.	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.	Onkologe ist nicht hauptverantwortlich für die terminale Versorgung zuständig	Anzahl der Patienten, für die in der Patientenakte eine aktuelle* und vollständige Patientendokumentation (1 und 2) gemäß Homecare Berlin e.V. (siehe Anhang) enthalten ist. *aktuell bedeutet Stand des letzten persönlichen Patientenkontaktes	Patientendokumentation (Homecare Berlin e.V., 2009) (siehe Anhang)	
51	Patienten verfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungs verfügung	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.	Onkologe ist nicht hauptverantwortlich für die terminale Versorgung zuständig	Anzahl der Patienten, für die in der Patientenakte dokumentiert ist, <u>ob</u> eine schriftlich bezeugte Patientenverfügung (nicht älter als 2 Jahre) und/oder eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung <u>vorliegt</u> . Von den jeweils vorliegenden Dokumenten muss eine Kopie in der Patientenakte enthalten sein.	NCOA, PCPI	
52	Arztbericht bei Überweisung an SAPV oder Einweisung in Krankenhaus oder Hospiz	Anzahl der symptomatischen Patienten mit metastasiertem Malignom oder maligner Hämoblastose, bei denen die Pflegestufe (1, 2 oder 3) gemäß der GPV anerkannt ist <u>oder</u> für die schon einmal die Abrechnungsziffer 86518 abgerechnet <u>oder</u> der Karnofsky-Index < 50% eingestuft wurde.		Anzahl der über-/eingewiesenen Patienten, für die das SAPV, Krankenhaus bzw. Hospiz <u>innerhalb eines Werktages</u> nach Aufnahme einen Arztbericht und eine aktuelle Information über den Patientenzustand erhalten hat (dokumentiert in Patientenakte).		



Bundesministerium für Gesundheit
Bekanntmachung (1823 A)
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Richtlinie
nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13
in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden
Maßnahmen der Qualitätssicherung
Vom 19. April 2010

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in einem schriftlichen Beschlussverfahren am 19. April 2010 den Erlaß folgender Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beschlossen:

Die Richtlinie lautet wie folgt:
„Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.“

Inhaltsverzeichnis

Preamble

Teil 1: Rahmenbestimmungen

Abschnitt A: Allgemeines

§ 1 Geltungsbereich
§ 2 Verfahrensarten
§ 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen

Abschnitt B: Aufbauorganisation

§ 4 Beschäftigungsmodalitäten
§ 5 Leistungsberufungsstellenbesetzung
§ 6 Aufgaben der LAG
§ 7 Bundesstellen
§ 8 Aufgaben der Bundesstelle
§ 9 Datenübermittlung
§ 10 Auswertungsstellen
§ 11 Vertrauensstelle
§ 12 Zusammenarbeit

Abschnitt C: Verfahrensmethoden

§ 13 Grundsatz der Transparenz
§ 14 Arten der Daten
§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten
§ 16 Datensicherheit
§ 17 Bewertung der Ausfalligkeiten und Durchführung von Qualitätsicherungsmaßnahmen

Abschnitt D: Statistiken

§ 18 Rückmeldebereich für die Leistungsberufungsstellen und Leistungsberufende
§ 19 Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Institution nach § 137a SGB V
§ 20 Sonderqualitätsberichte zu den G-BÄ

Abschnitt E: Abhängigkeitsverhältnisse

§ 21 Abhängigkeit von anderen Verfahren

Abschnitt F: Finanzierung

§ 22 Finanzierung

Abschnitt G: Sonstiges

§ 23 Bindung der einschlägigen Organisationen
§ 24 Information der Patienten und Patientenvertreter
§ 25 Information der Leistungsberufenden und Leistungsberufender

Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Preamble
„Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V diese Richtlinie zur Sicherung und Förderung der Qualität in der medizinischen Versorgung.“ Sie gilt grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und

Patienten und enthält zunächst nur Vorgaben für einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung¹⁾. Diese haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringenden und Leistungserbringender zu gewinnen und damit die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken. Durch die sektorenübergreifende Betrachtung wird ein kontinuierlicher Qualitätsentwicklungsprozess eingeleitet.

¹⁾ Zur sektorenübergreifenden und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erfolgt eine organische Reglung in dieser Richtlinie.

Teil 1: Rahmenbestimmungen
Abschnitt A: Allgemeines
Die Rahmenbestimmungen legen die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Bemessung der Versorgungsqualität durch das Erheben von Daten bei den Leistungserbringenden und Leistungserbringender und deren untereinander erfolgender Vergleich fest.

§ 1
Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinie gilt für einrichtungs- und sektorenübergreifende Verfahren.
- (2) Einrichtungsübergreifend sind Verfahren, die zur Beurteilung der Qualität einer Leistungserbringenden oder eines Leistungserbringenden auf Vergleich mit anderen Leistungserbringenden und Leistungserbringenden aufbauen.
- (3) Sektorenübergreifend sind Verfahren, die nicht nur auf einen spezifischen Sektor bezogen Anwendung finden, sondern sektorale Grenzen in den jeweiligen Anforderungen unberücksichtigt lassen. Erfaßt sind damit insbesondere Verfahren:
1. die ein Thema betreffen, bei dem mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben (sektorenübergreifende Verfahren);
 2. die ein Thema betreffen, bei dem die Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren erfolgt (sektorspezifische Verfahren);
 3. die ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer in einem Sektor erbrachten Leistung durch die Messung in einem anderen Sektor überprüft wird (sektorenübergreifendes follow-up-Verfahren).
- (4) Diese Richtlinie gilt gemäß § 133a Absatz 2, § 137 Absatz 1 und 2 SGB V insbesondere für:

1. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
2. zur vertragsärztlichen oder vertragsahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringenden und Leistungserbringender, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ermächtigte ärztlich oder zahnärztlich geleitete Einrichtungen.

Der Geltungsbereich umfasst alle Verträge des vierten Kapitels des SGB V mit Leistungserbringenden und Leistungserbringender nach Satz 1 sowie aufgrund der Leistungsberechtigung nach § 111b SGB V und soweit relevant aufgrund von Minderverträgen nach den §§ 63 und 64 SGB V. Der Geltungsbereich umfasst alle von Leistungserbringenden und Leistungserbringender nach Satz 1 für Patientinnen und Patienten erbrachten, in den themenspezifischen Bestimmungen näher benannten Leistungen. (5) In die Durchführung der Verfahren sind insbesondere folgende bestehende oder zu gründende Organisationen verpflichtend eingebunden:

1. auf Bundesebene: die Institution nach § 137a SGB V, die Vertragsstellen sowie weitere nach § 7 vom G-BA beauftragte Bundesstellen,
2. auf Landesebene:
 - Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) und von ihnen ggf. beauftragte unabhängige Auswertungsstellen,
 - die Träger der Landesärztl. Arbeitsgemeinschaften: die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), die Landeskrankenkassenverbände (LKK) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
 - die Landesgesundheitsstellen für Qualitätssicherung (LQS).



HÄMATOLOGISCH-
ONKOLOGISCHE
PRAXIS ALTONA



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Kolorektales Karzinom

Vorbericht

Stand: 5. November 2010

ACQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

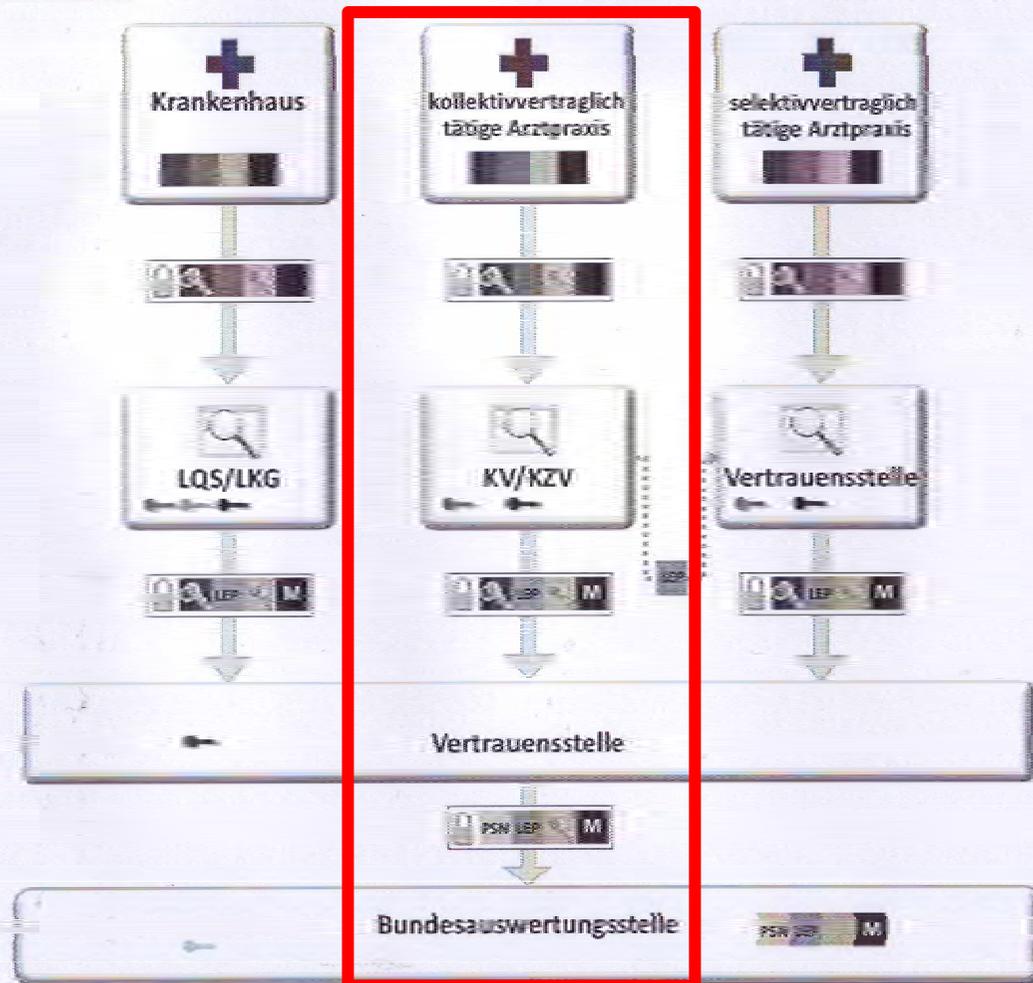


Abbildung: Serielles Datenflussmodell

Seriellles Datenflussmodell

Legende

- Patienten identifizierende Daten
- PSN Patientepseudonym
- Leistungserbringer (LE) identifizierende Daten
- LE-Pseudonym
- Qualitätsdaten, Fallnummer
- administrative Daten
- meldebezogene Daten
- transportverschlüsselter Container
- öffentlicher Schlüssel
- privater Schlüssel für administrative Daten
- LE-identifizierende Daten
- Patienten identifizierende Daten
- Qualitätsdaten bei LQS/LKG
- Qualitätsdaten bei Bundesauswertungsstelle



II.



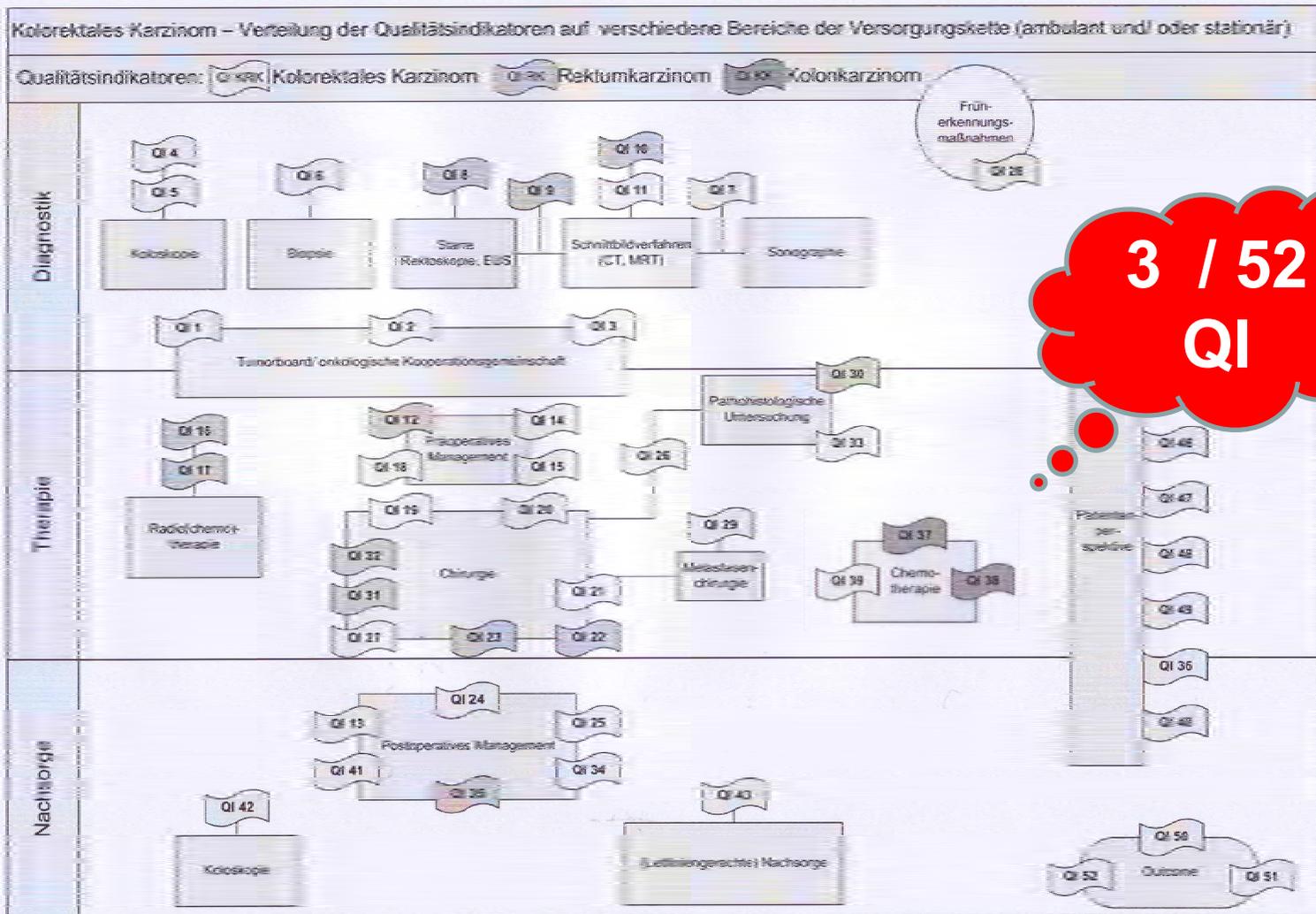
Bewertung der Qualitätsindikatoren
Kolorektale Karzinome

Themenkomplexe		Ergebnisse nach Qualitätsmodell												Summe	
		Zugang			Effektivität			Patienten- sicherheit			Patienten- orientierung				
Bewertungsergebnis		Relevant	Fraglich relevant	Nicht relevant	Relevant	Fraglich relevant	Nicht relevant	Relevant	Fraglich relevant	Nicht relevant	Relevant	Fraglich relevant	Nicht relevant		
	Diagnostik				8	12							2		22
	Therapie		1		14	58			21				10		104
	Management/ Koordination		15		1	23			6				2		47
	Patienten- orientierung											3	28		31
	Ergebnis				5	1									6
	Summe		16		28	94			27			3	42		210



Qualitätsindikatoren Kolorektale Karzinome

Abbildung 13: Verteilung der Qualitätsindikatoren für KRK, RK und KK in Bezug auf verschiedene Bereiche der Versorgungskette (ambulant und/oder stationär)





Qualitätsindikatoren Kolorektale Karzinome

Tabelle 9 stellt die als „relevant“ bewerteten 59 Indikatoren dar.

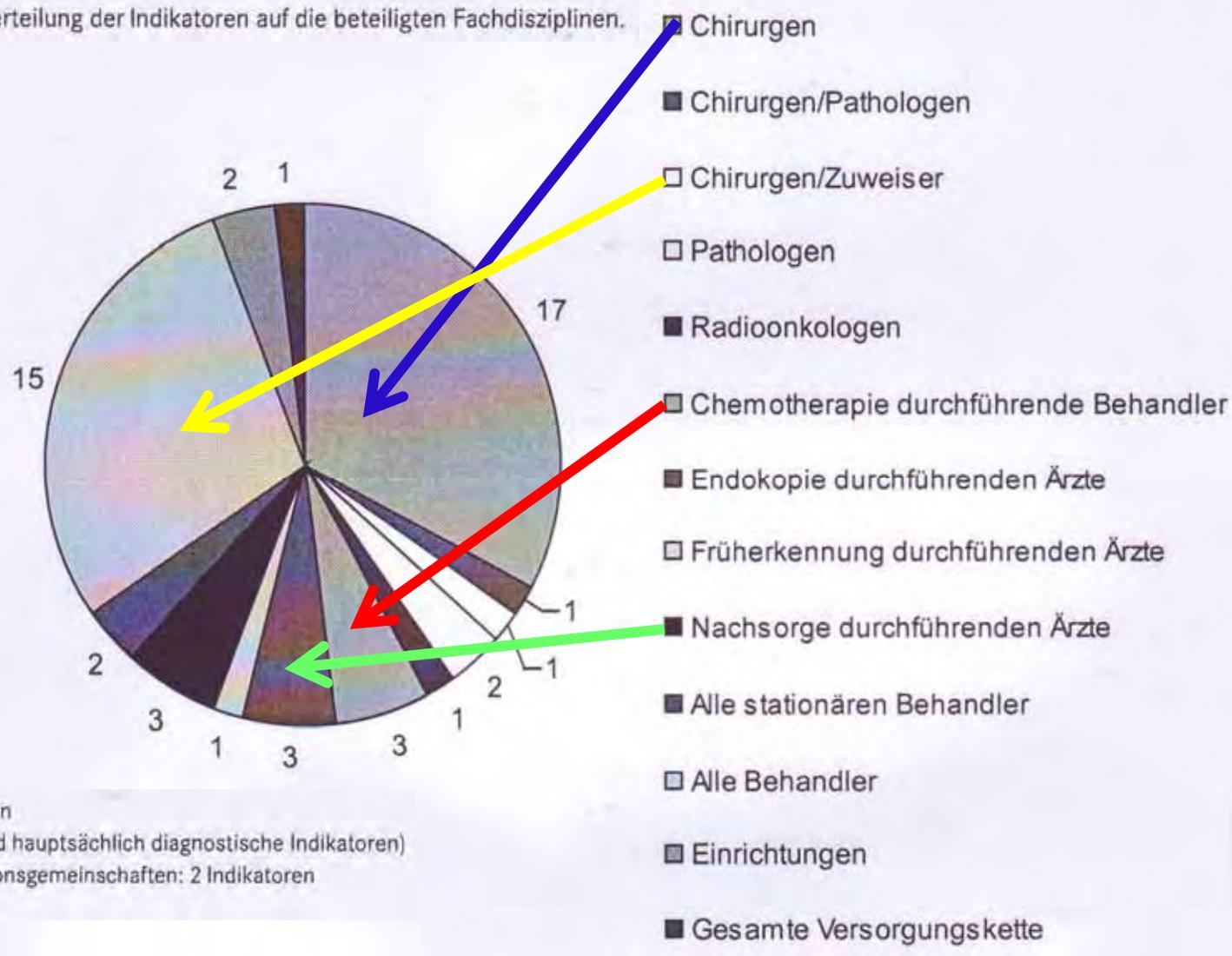
Tabelle 9: Relevante Indikatoren nach der Bewertungsr...

Nr.	Indikator-Nr.	Titel des Indikators
1	M1_A	Strukturvoraussetzungen T...
2	M11_T99_A	Prätherapeutische Beurteil... board/onkologische Koop...
3	M17	Tumorboards/Kooperation... Lebermetastasenchirurgie
4	M46_D1_A	Vorhandensein und Inhalt...
5	M45	Koloskopieberichte mit Do...
6	T17_A	Diagnosesicherung durch...
7	D6	Festlegung der prätherape... mit KRK
8	D7	Präoperative Bildgebung d...
9	T19_A	Prätherapeutische starre F...
10	D4_D5	Bestimmung der Tiefeninfil... RK-Patienten präoperativ c...
11	D8_A	Prätherapeutische Bildgeb...
12	D9_10_A	Präoperative Schnittbildve... bermetastasen
13	T3_A	Präoperative Erhebung und Dokumentation der Darm-, Blasen- und Sexualfunktion bei KRK-Patienten
14	T1_A	Präoperative Erhebung und Dokumentation der Bethesda-Kriterien bei KRK-Patienten
15	T6_A	Präoperatives Beratungsgespräch bezüglich Stomatherapie
16	T14_A	Präoperative Markierung der Stomalokalisation bei KRK-Operation
17	T93_A	Neoadjuvante Radio(chemo)therapie bei Patienten mit Rektumkarzinom
18	T95_A	Qualitätsgesicherte Durchführung der Radiotherapie bei Patienten mit Rektumkarzinom
19	T24_A	Beginn einer perioperativen Antibiotikaprophylaxe bei KRK-Operation
20	T30_A	Onkologische zentrale Gefäßdissektion bei primären KRK-Operationen
21	T36	En-bloc-Resektion bei KRK-Operationen und Tumoradhärenz zu anderen Organen
22	D15_A	Intraoperative Exploration des Abdomens bei KRK-Operation
23	T62	Intraoperative örtliche Tumorzell dissemination bei Patienten mit KRK
24	D18	Intraoperative Sicherung von metastasenverdächtigem Lebergewebe bei KRK-Operation
25	T35	Totale/partielle Mesorektumexzision (TME/PME) bei Patienten mit Rektumkarzinom
26	T51	Abdomino-perineale Rektumexstirpation bei Patienten mit Rektumkarzinom
27	T66_T67_A	Anteil klinisch manifester Anastomoseninsuffizienzen nach elektiver KRK-Operation
28	T69	Anteil der Revisionsinterventionen nach KRK-Operationen
29	D11	KRK-Patienten mit mindestens 12 entfernten und histologisch aufgearbeiteten Lymphknoten
30	T55_A	Anteil der R0-Resektion bei Patienten mit KRK



Qualitätsindikatoren *Kolorektale Karzinome*

Verteilung der Indikatoren auf die beteiligten Fachdisziplinen.



- Alle stationären Behandler: 2 Indikatoren
- Alle Behandler: 15 Indikatoren (dies sind hauptsächlich diagnostische Indikatoren)
- Einrichtungen/onkologische Kooperationsgemeinschaften: 2 Indikatoren
- Gesamte Versorgungskette: 1 Indikator



Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC[®] questionnaire

Ulrich R. Kleeberg · Petra Feyer · Wolfram Günther ·
Monika Behrens

Unzureichende Kommunikation: Problem bei 19 % der Patienten

Abstract

Study objectives To examine how outpatient cancer patients assess their cancer care in private oncology practices and day hospitals, and to identify the extent to which staff meet the expectations of their patients.

Setting Private practices ($n=41$) and day hospitals ($n=8$) in Germany, including 16 “repeater” practices who had already participated in the 2002 Patient Satisfaction and Quality in Oncological Care (PASQOC)[®] survey.

Participants $n=4,615$ patients with cancer. Diagnoses: 25% breast cancer, 21% colorectal cancer, 12% haematologic malignancies, 11% lymphomas; mean age 63.5 years; 57% female; $n=1,639$ patients from repeater practices.

Measurements The 2004 PASQOC[®] questionnaire contained 63 problem-oriented items which covered 15 different dimensions of care. Practice staff invited their patients to participate and surveys were mailed to all sampled patients. For statistical analysis, the problem frequency (PF) was calculated for each item.

Results Of 5,600 patients who received the questionnaire, 4,615 replied (response rate: 82%). The best results were

obtained for the dimensions “further support in daily life” (3% PF), “nurses” (5% PF), and “physician-patient-relationship” (8% PF). Potential for improvement was most pronounced for “handling of side effects” (39% PF), “partnership and shared decision making” (30% PF), “side effects” (30% PF) and “communication with other patients” (26% PF). Considerable differences in PFs between practices were observed. Mean results from the 16 repeater practices revealed only few changes compared to the 2002 PASQOC[®] survey, although some practices had greatly improved their performance.

Conclusions The PASQOC[®] questionnaire identified strengths and weaknesses of outpatient care for cancer patients. By providing a comparison with other practices, PASQOC[®] can help staff of individual practices to improve their performance.

Keywords Outpatient care · 2004 PASQOC[®] questionnaire · Problem frequency-cancer

Introduction



Qualitätsindikatoren: Dimensionen

Var. nach M. Schrappe DKK 2010

Validität	Forschung	Wirksamkeit, Effekt	Nutzen
Evidenz basierte Medizin	Evaluative Forschung	Absolute <u>Wirksamkeit</u> (Efficacy)	Wissenschaftlich und fachlich anerkannt



Einflußfaktoren auf die Erstellung der QI

➤ *Patientenbezogene Faktoren*

Alter / Geriatrisches Assessment
Befindlichkeit / Hinfälligkeit
Komorbidität
Vitale Bedrohung / Remissionsdruck
Geschlecht / Ethnie
Präferenzen / Soziale Umstände

➤ *Ärztliche Faktoren*

Adherence, aktive Akzeptanz
Bereitschaft zur Dokumentation
Lernbereitschaft,
Einstellung, Anspruch
Flexibilität
Innovationsnähe
Integrationsleistung

➤ *Systemfaktoren*

Finanzierung
Verfügbarkeit / Verpflichtung



Einflußfaktoren auf die Erstellung der QI

➤ *Patientenbezogene Faktoren*

Alter / **Geriatrisches Assessment**
Befindlichkeit / Hinfälligkeit
Komorbidität
Vitale Bedrohung Remissionsdruck
Geschlecht / Ethnie
Präferenzen / Soziale Umstände

➤ *Ärztliche Faktoren*

Adherence, aktive Akzeptanz
Bereitschaft zur Dokumentation
Lernbereitschaft,
Einstellung, Anspruch
Flexibilität
Innovationsnähe
Integrationsleistung

➤ *Systemfaktoren*

Finanzierung
Verfügbarkeit / Verpflichtung

➤ *Wissenschaftliche Relevanz*

Ergebnisqualität
Patientensicherheit / -orientierung
Wirksamkeit vs. Nutzen

