

Zertifizierungssystem für Organkrebszentren – Welche Bedeutung haben regionale Unterschiede für die Versorgung?

Christoph Kowalski & Julia Ferencz, ZI-Konferenz Versorgungsforschung,
14.09.2017

Interessenkonflikt

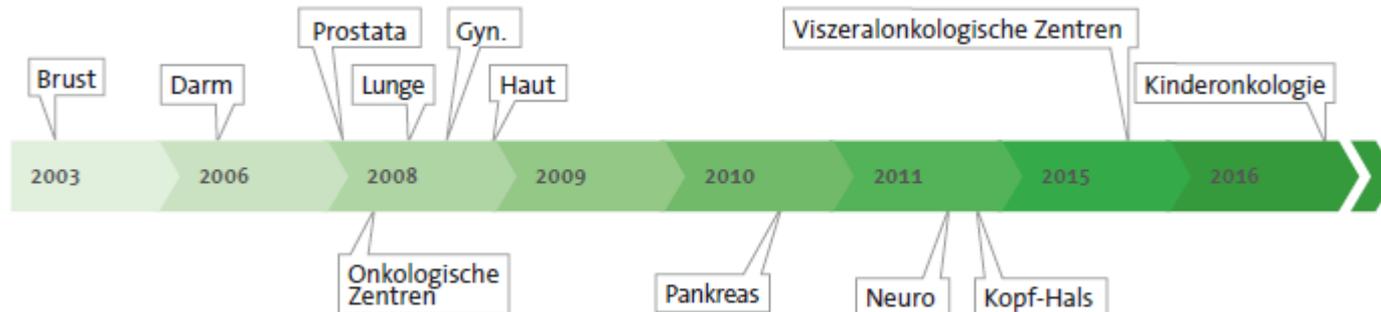
Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. bezahlt mich!

-
1. Hintergrund: Zertifizierungssystem für Organkrebszentren
 2. Welche Daten stehen uns zur Verfügung: Primär-/Sekundärzweck?
 3. Was können uns diese Daten über regionale Unterschiede sagen – und was nicht?
 4. Beispielhafte Ergebnisse
 5. Fazit: Entscheidet der Wohnort schicksalhaft über unsere medizinische Versorgung?

-
- 1. Hintergrund: Zertifizierungssystem für Organkrebszentren**
 2. Welche Daten stehen uns zur Verfügung: Primär-/Sekundärzweck?
 3. Was können uns diese Daten über regionale Unterschiede sagen – und was nicht?
 4. Beispielhafte Ergebnisse
 5. Fazit: Entscheidet der Wohnort schicksalhaft über unsere medizinische Versorgung?

1. Also: DKG-zertifiziertes Zentrum - warum überhaupt?

- DKG-Zertifizierungssystem auch als Reaktion auf mittelmäßige Ergebnisse deutscher Krebsversorgung im europäischen Vergleich in den 1990ern: EUROCARE-Studie + maßgebliche Forderung von **PatientInnen**



- Zertifikat der DKG ist Instrument der **Qualitätssicherung und -verbesserung** – „berechtigtes Vertrauen“ in überdurchschnittliche Qualität der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung – **freiwilliges Verfahren**, getragen von den **Fachgesellschaften, Berufs- und Patientinnenverbänden** etc.: es ist ein Gütesiegel, eine Empfehlung, eine Orientierungshilfe – wie Sie wollen

2.1 Übersicht DKG-Zertifikate (Stand 31.12.2016)

	ORGANKREBSZENTREN						MODULE					Viszeralonkol. log. Zentren	Onkologische Zentren
	Brust	Darm	Gyn.	Haut	Lunge	Prostata	Kopf/Hals	Neuro	Pankreas	Magen	Leber		
Laufende Erstzertifiz.	4	7	6	5	5	7	6	8	5	4	5	--	6
Zertifizierte Zentren	230	280	133	55	45	103	41	26	91	10	16	91	97
Zertifizierte Standorte	280	288	135	55	53	104	43	27	93	10	18	94	109
Primärfälle gesamt	54.230	26.660	12.306	11.209 ^{a)}	17.731	19.932	6.273 ^{b)}	5.456 ^{d)}	4.070	--	--	--	--
Primärfälle pro Zentrum	236	95	93	204	394	194	153	210	45	--	--	--	--
Primärfälle pro Standort	194	93	91	204	335	192	146	202	44	--	--	--	--
Krebsneuerkrankungen ^{c)}	70.170	62.230	26.140	20.820 ^{a)}	52.520	63.710	15.628 ^{b)}	--	16.730	--	--	--	--
Gesamtanteil ^{d)} 31.12.2015	74,6%	41,4%	43,6%	50,8%	32,9%	29,6%	37,5%	--	22,9%	--	--	--	--
Standorte im Ausland	11	10	9	4	2	7	4	1	6	1	0	6	6

^{a)} Ergebnisse nach ICD-10; Geschätzte Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2012

^{b)} begrenzt auf das Maligne Melanom

^{c)} Kopf-Hals-Tumore Neuerkrankungen: Mund und Rachen C00-C06; C09-C14, Kehlkopf C32

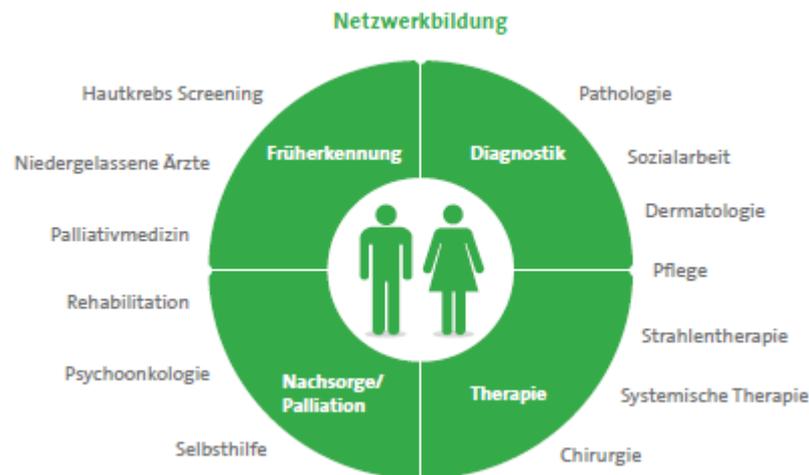
^{d)} Neuroonkologische Tumore C70-C75, Zählweise nach ICD-O

- <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>

Drei fürs Thema wesentliche Elemente: 1. Multidisziplinarität

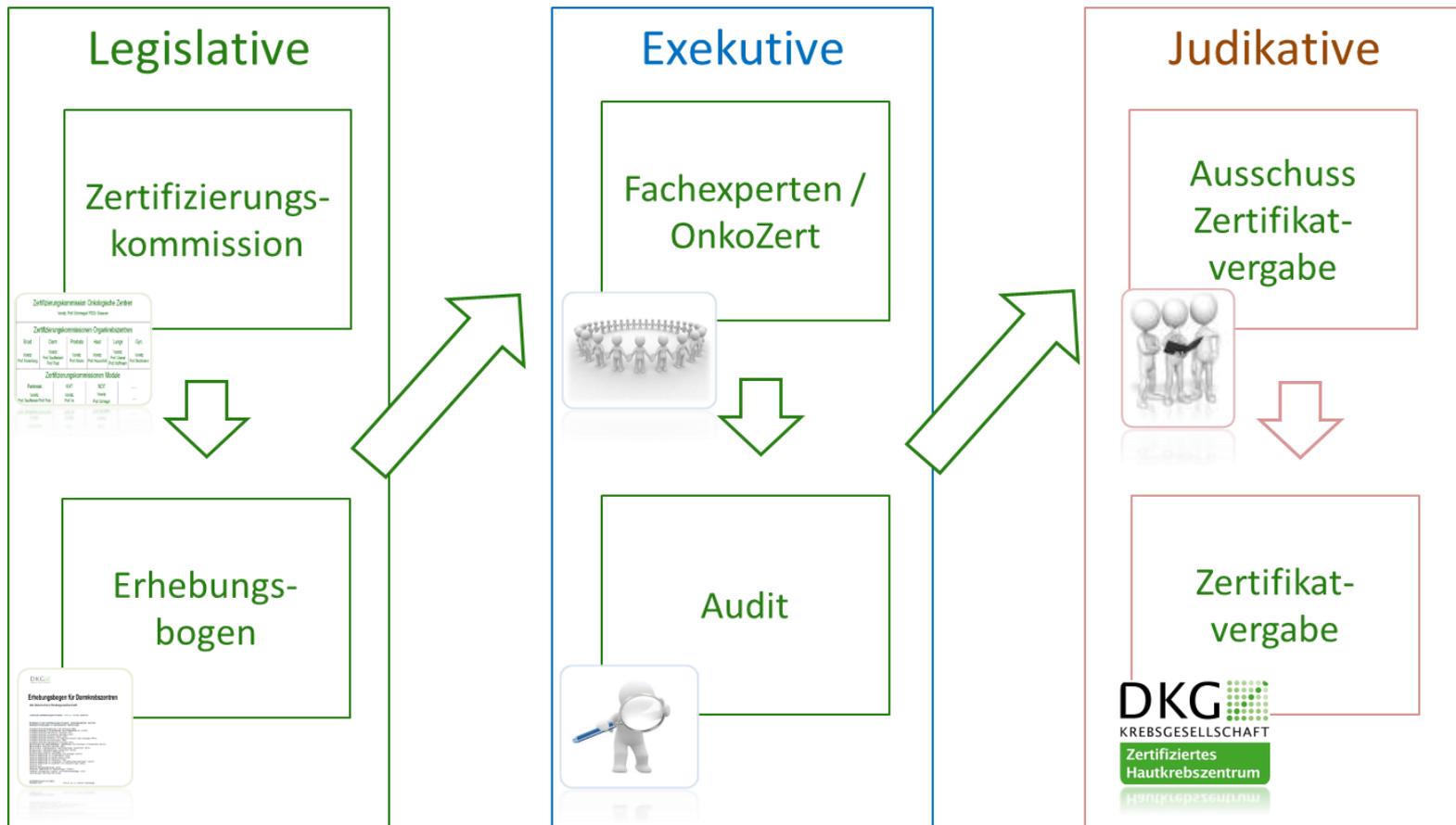
- Definition: „ein Netz von qualifizierten und gemein... und interdisziplinären, transsektoralen und ggf. sta... Einrichtungen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Ve... Rehabilitationseinrichtungen), die, sofern fachlich geboten, möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden“ (Nationaler Krebsplan, S. 32)

Das ist so ausformuliert, weil das keine Selbstverständlichkeit ist!



- Beispiel: Tumorkonferenz verpflichtend für alle Zentren bei jedem Patienten
- **DAS WAR VORHER AUSNAHME, IM ZERTIFIZIERUNGSSYSTEM PFLICHT!**

Drei wesentliche Elemente: 2. Gewaltenteilung



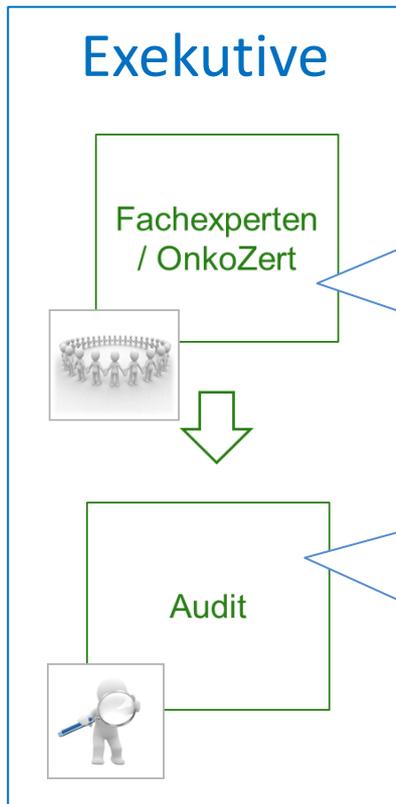


Zertifizierungskommissionen:

- Aufgabe: **Formulierung der Anforderungen** („Erhebungsbogen“)
- Basis der Arbeit: aktuelle Leitlinien
- Zusammensetzung:
 - interdisziplinär, transsektoral u. multiprofessionell
 - 20-30 Experten, die von **Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Berufsverbänden benannt wurden und Patientenvertreter**

Erhebungsbogen:

- Enthält die Anforderungen, die im Rahmen der Zertifizierung überprüft werden
- Inklusive Kennzahlenbogen = **Qualitätsindikatoren aus den Leitlinien**, für die Expertise der Behandlungspartner und für die interdisziplinäre Arbeit



Exekutive:

- Auditoren = Onkologisch tätige Fachärzte mit einer speziellen Weiterbildung für die Durchführung von Audits
- **Überprüfung der Umsetzung der Anforderungen**
- Auditoren sind keine stimmberechtigten Mitglieder der Zertifizierungskommission
- Steuerung der Fachexperten, Auditverfahren u. auswertungen über: OnkoZert = akkreditiertes Zertifizierungsinstitut, finanziell u. personell unabhängig von der DKG

Audit:

- Durchführung durch Auditoren
- Aufgaben der Auditoren:
 - Vor dem Audit: Beurteilung/Plausibilitätsprüfung des ausgefüllten Erhebungsbogens
 - Audit: Begehung vor Ort: 0,75 – 2,5 Tage; pro Audit: 1 – 8 Auditoren
 - Nach Audit: Auditbericht mit Empfehlung für Vergabe/Nicht-Vergabe Zertifikat

Judikative

Ausschuss
Zertifikat-
vergabe



Zertifikat-
vergabe



Ausschuss Zertifikatvergabe:

- Bestehend aus 3 Auditoren pro Verfahren
- **Entscheidet auf Basis des Auditberichts** über Zertifikatvergabe
- Mitglieder sind keine stimmberechtigten Mitglieder der Zertifizierungskommission u. haben keine Verbindung zu dem Zentrum, das sie begutachten

Zertifikat

Drei wesentliche Elemente: 3. Datenbasierung

Anwendung von Leitlinien



Kennzahlenbogen:

KN	EB	Kennzahl- definition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert ausfüllen	Daten- qualität	
1 a)	1.2.1	Anzahl Primärfälle Prostatakarzinom	Siehe Sollvorgabe	Primärfälle	----		≥ 100		Anzahl	0	Unvollständig
1	2	Aufteilung Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom	----	Primärfälle mit lokal begrenztem PCa und niedrigem Risiko (PSA ≤ 10ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie ≤ 2a)	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	0	Unvollständig
		Aufteilung Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom	----	Primärfälle mit lokal begrenztem PCa u. mittlerem Risiko (PSA > 10-20 ng/ml o. Gleason-Score 7 o. cT 2b)	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	0	Unvollständig
		Aufteilung Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom	----	Primärfälle mit lokal begrenztem PCa u. hohem Risiko (PSA > 20 ng/ml o. Gleason-Score ≥ 8 o. cT 2c)	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	0	Unvollständig

Zertifizierung bedeutet Dokumentation und Bericht der Leistung!

Anwendung von Leitlinien

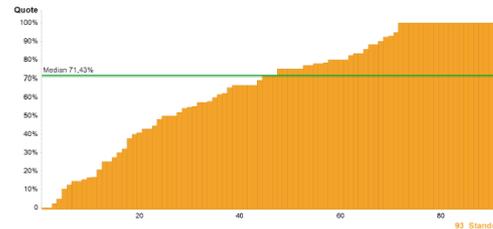


Jahresbericht (für Prostatakrebszentren):

Jahresbericht Prostata 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

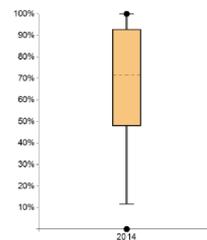


5. Strahlentherapie u. hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem PCA mit hohem Risiko (QI der LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit zusätzlicher neo- und / oder adjuvanter hormonablativer Therapie	7*	0 - 23
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom T1-2 N0 M0 mit hohem Risiko (PSA >20ng/ml o. Gleason-Score ≥ 8 o. cT-Kategorie 2c) und perkutaner Strahlentherapie	11*	1 - 72
Quote	Keine Sollvorgabe	71,43%	0,00% - 100%

*Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestimmtes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



	2010	2011	2012	2013	2014
• Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	92,86%
Median	---	---	---	---	71,43%
25. Perzentil	---	---	---	---	48,00%
5. Perzentil	---	---	---	---	11,64%
• Min	---	---	---	---	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	98,94%	---	---

Anmerkungen:
Die Kennzahl hat erst seit 2016 Plausibilitätsgrenzen und damit Begründungspflichten, wenn die Grenzen (<10% und 100%) nicht erreicht werden. Ab nächstem Jahr stehen damit differenziertere Auswertungen zu Verfügung.

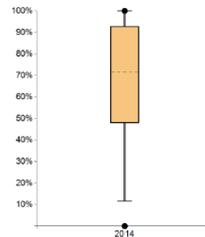
Zertifizierung bedeutet Dokumentation und Bericht der Leistung!

Anwendung von Leitlinien



Nur mit identischer Dokumentation und Validierung ist Vergleich möglich!
Das gäbe es ohne Zertifizierung nicht

Jahresbericht



	2010	2011	2012	2013	2014
• Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	92,86%
Median	---	---	---	---	71,43%
25. Perzentil	---	---	---	---	48,00%
5. Perzentil	---	---	---	---	11,64%
• Min	---	---	---	---	0,00%

Quoten	Keine Sollvorgabe	71,43%	0,00% - 100%
11*	1 - 72		

*Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestimmtes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	98,94%	---	---

Anmerkungen:
Die Kennzahl hat erst seit 2016 Plausibilitätsgrenzen und damit Begründungspflichten, wenn die Grenzen (<10% und 100%) nicht erreicht werden. Ab nächstem Jahr stehen damit differenziertere Auswertungen zu Verfügung.

Was gibt es schon zum Thema „Organkrebszentren und räumliche Verteilung“?

- Lewers & Geraedts 2015: „Erreichbarkeit von Organkrebszentren: Existiert bereits ein flächendeckendes Angebot in Deutschland?“
- „Bundesweit erreichen 84% der weiblichen Bevölkerung über 18 Jahre das nächste Brustzentrum innerhalb von 30 min Fahrzeit. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg existieren viele Gebiete, in denen keine Flächendeckung vorliegt. Bei einer Erhöhung des Fahrzeitradius auf 60 min steigt die Erreichbarkeitsquote auf 99%. Prostatakarzinomzentren werden innerhalb von einer halben Stunde Fahrzeit von 56% der männlichen Bevölkerung erreicht, wobei wiederum insbesondere in Ostdeutschland die größten Probleme bei der Flächendeckung festzustellen sind. Innerhalb des 60 min Radius erhöht sich die Erreichbarkeit von Prostatakarzinomzentren auf 94%.“

Weitere wichtige Fragen neben der Erreichbarkeit

Zum Beispiel:

- Wird flächendeckend die gleiche Qualität gewährleistet?
- Was wissen wir über die Inanspruchnahme zertifizierter Zentren?
- Wie ist die Entwicklung im Zeitverlauf?

-
1. Hintergrund: Zertifizierungssystem für Organkrebszentren
 2. **Welche Daten stehen uns zur Verfügung: Primär-/Sekundärzweck?**
 3. Was können uns diese Daten über regionale Unterschiede sagen – und was nicht?
 4. Beispielhafte Ergebnisse
 5. Fazit: Entscheidet der Wohnort schicksalhaft über unsere medizinische Versorgung?

- Primärzweck: Überprüfung der fachlichen Anforderungen!
- Sekundärzweck: Benchmarking.
- Tertiärzweck: Versorgungsforschung.

Land	Z 2014 / 2015	N 2014 / 2015	Q 2014 / 2015	2013 / 2014	Z 2013 / 2014	N 2013 / 2014	Q 2013 / 2014	2012 / 2013	Z 2012 / 2013	N 2012 / 2013	Q 2012 / 2013	2011 / 2012	Z 2011 / 2012	N 2011 / 2012	Q 2011 / 2012
Baden-Württemberg	56	61	91,80		68	71	95,77		87	90	96,66		66	76	86,84
Hamburg	123	134	91,79		133	136	97,79		120	125	96,00		75	75	100,00
Baden-Württemberg	78	85	91,76		68	76	89,47		70	74	94,59		51	52	98,08
Sachsen-Anhalt	66	72	91,67		59	71	83,10		57	66	86,36		36	38	94,74
Thüringen	60	66	90,91		61	64	95,31		37	40	92,50		52	52	100,00
Niedersachsen	107	118	90,68		96	97	98,97		117	120	97,50		96	100	96,00
Baden-Württemberg	48	53	90,57		18	19	94,74		28	29	96,55		33	37	89,19
Nordrhein-Westfalen	86	95	90,53		81	87	93,10		81	87	93,10		73	75	97,33

Daten aggregiert pro Standort

im Zeitverlauf

Plausibilisiert, vollzählig, vollständig

Zukünftig wird Auswertung von Mikrodaten möglich sein!

-
1. Hintergrund: Zertifizierungssystem für Organkrebszentren
 2. Welche Daten stehen uns zur Verfügung: Primär-/Sekundärzweck?
 3. **Was können uns diese Daten über regionale Unterschiede sagen – und was nicht?**
 4. Beispielhafte Ergebnisse
 5. Fazit: Entscheidet der Wohnort schicksalhaft über unsere medizinische Versorgung?

Was können Zertifizierungsdaten (nicht)?

- Sie können:
 - Verteilung der Zentren im Bundesgebiet (und I, CH, A) darstellen
 - Anteile behandelter Patienten bezogen auf inzidente Fälle pro BL darstellen
 - QI-Ergebnisse/Umsetzung der Anforderungen nach Regionen (BL, N-S-O-W, PLZ) zeigen
 - Netzwerke abbilden
 - Alles im Zeitverlauf darstellen: jährlich, je nach Organ seit 2010
- Sie können nicht:
 - Risikoadjustierte/-stratifizierte Ergebnisse berichten und mit anderen Mikrodaten verknüpft werden, z. B. OS
 - Anteil Wohnbevölkerung unter den Patienten identifizieren
 - Aussagen über nicht-zertifizierte Versorger treffen

-
1. Hintergrund: Zertifizierungssystem für Organkrebszentren
 2. Welche Daten stehen uns zur Verfügung: Primär-/Sekundärzweck?
 3. Was können uns diese Daten über regionale Unterschiede sagen – und was nicht?
 4. **Beispielhafte Ergebnisse**
 5. Fazit: Entscheidet der Wohnort schicksalhaft über unsere medizinische Versorgung?

1. Verteilung der Zentren im Bundesgebiet (und I, CH, A)

Das können Sie auch: www.oncomap.de!

Zentrumsuche - oncomap.de

www.oncomap.de/index.php

Suchen

oncoMAP

Unklarheiten / Unvollständigkeiten können per E-Mail an oncomap@onkozeit.de rückgemeldet werden.

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Zentrum: Lungenkrebszentrum

Fachrichtung: Zentrum (=Organ)

Land: Beliebig

Bundesland: Beliebig

PLZ:

Ort:

Umkreis:

59 Treffer anzeigen

Liste Treffer | Kartenansicht

Organ	Reg.-Nr.	Zentrum	Klinikum / Standort	PLZ	Stadt	Km	Website
Lunge	FAL-Z001	Lungenkrebszentrum der Lungenklinik Heckeshorn (16)	HELIOS Klinikum Emil von Behring Berlin (1)	14165	Berlin		🔗
Lunge	FAL-Z002	Lungenkrebszentrum Bremen (17)	Gesundheit Nord, Klinikum Bremen-Ost (1)	28325	Bremen		🔗
Lunge	FAL-Z003	Lungenkrebszentrum am Westdeutschen Tumorzentrum - Universitätsmedizin Essen (13)	Ruhrlandklinik Essen (10)	45239	Essen		🔗
Lunge	FAL-Z004	Lungenkrebszentrum des Tumorzentrums Freiburg - CCCF (17)	Universitätsklinikum Freiburg (10)	79106	Freiburg im Breisgau		🔗
Lunge	FAL-Z005	Lungentumorzentrum Nürnberg (15)	Klinikum Nürnberg (7)	90419	Nürnberg		🔗
Lunge	FAL-Z006	Lungenkrebszentrum des NCT Heidelberg; Thoraxklinik Heidelberg (14)	Universitätsklinikum Heidelberg (4)	69126	Heidelberg		🔗
Lunge	FAL-Z007	Lungenkrebszentrum Hemer (14)	Lungenklinik Hemer, Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband (1)	58675	Hemer		🔗
Lunge	FAL-Z009-1	Regionales Lungenkrebszentrum Martha-Maria Halle-Dörlau - Lungenklinik Ballenstedt (19)	Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau (4)	06120	Halle (Saale)		🔗
Lunge	FAL-Z009-2	Regionales Lungenkrebszentrum Martha-Maria Halle-Dörlau - Lungenklinik Ballenstedt (18)	Lungenklinik Ballenstedt (1)	06493	Ballenstedt		🔗

1 Lungenkrebszentrum

g Zentrum (=Organ)

er **Kartenansicht**

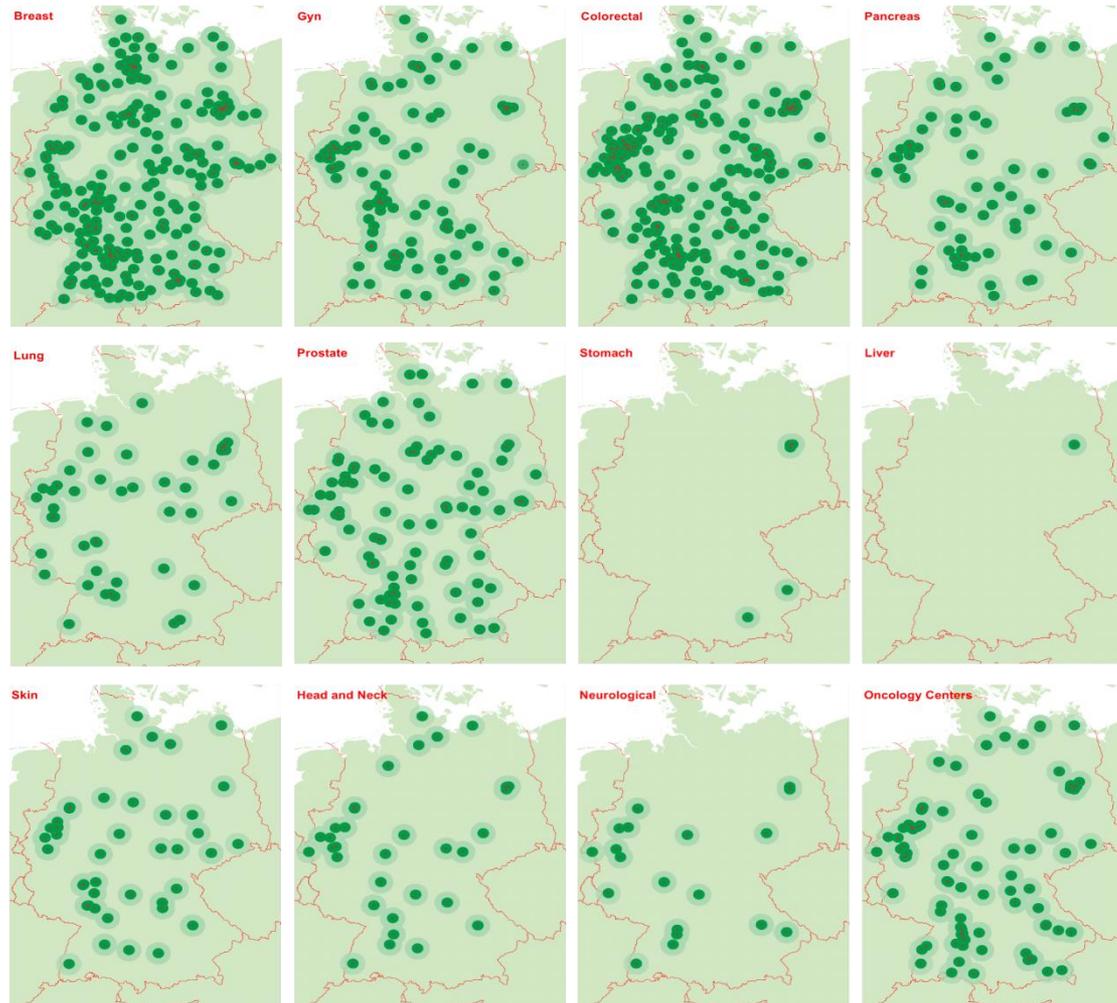
Land Bellebig

PLZ

Umkreis

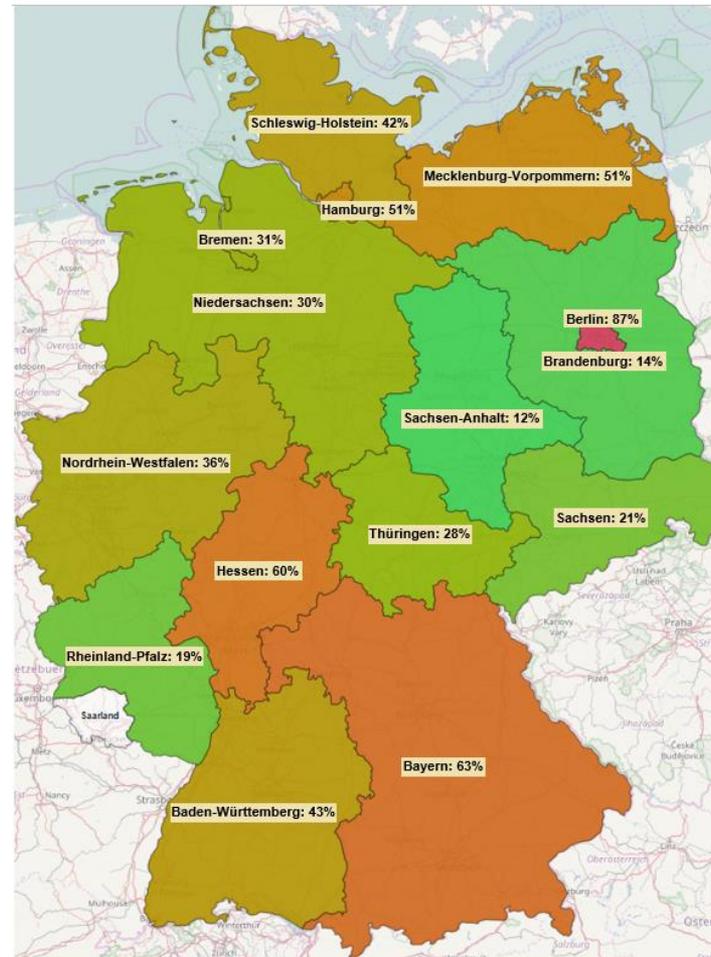


2. Analyse der Verteilung mit Radius (das können Sie nicht)

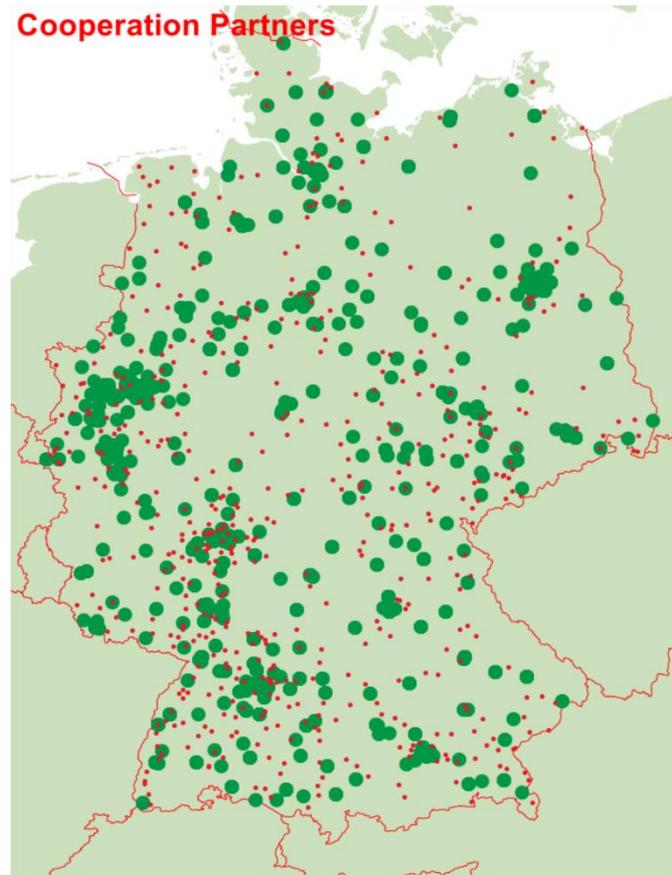


Legend: ● Center locations with a radius of 15 km ● Radius of 30 km

3. Anteile behandelter Patienten in zert. Zentren bezogen auf inzidente Fälle pro BL, Bsp. Gyn (CAVE: Zähler nicht Bestandteil des Nenners)

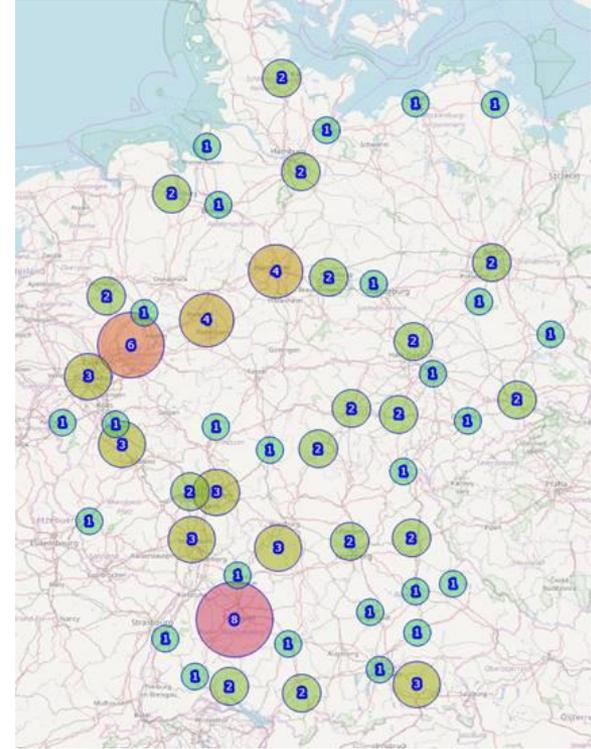
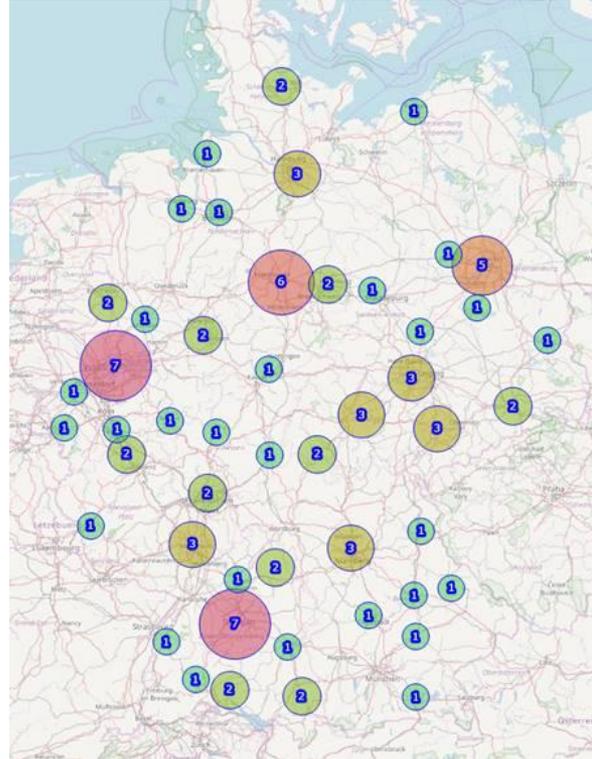
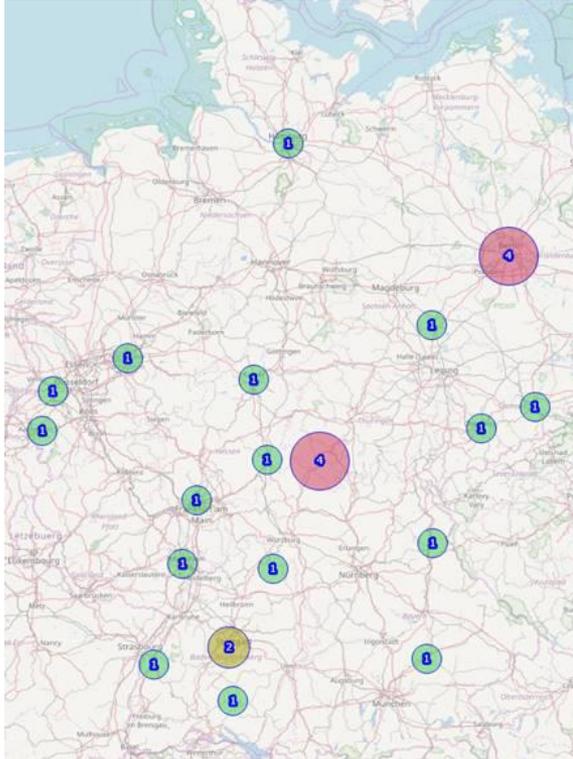


4. Abbildung von Netzwerken



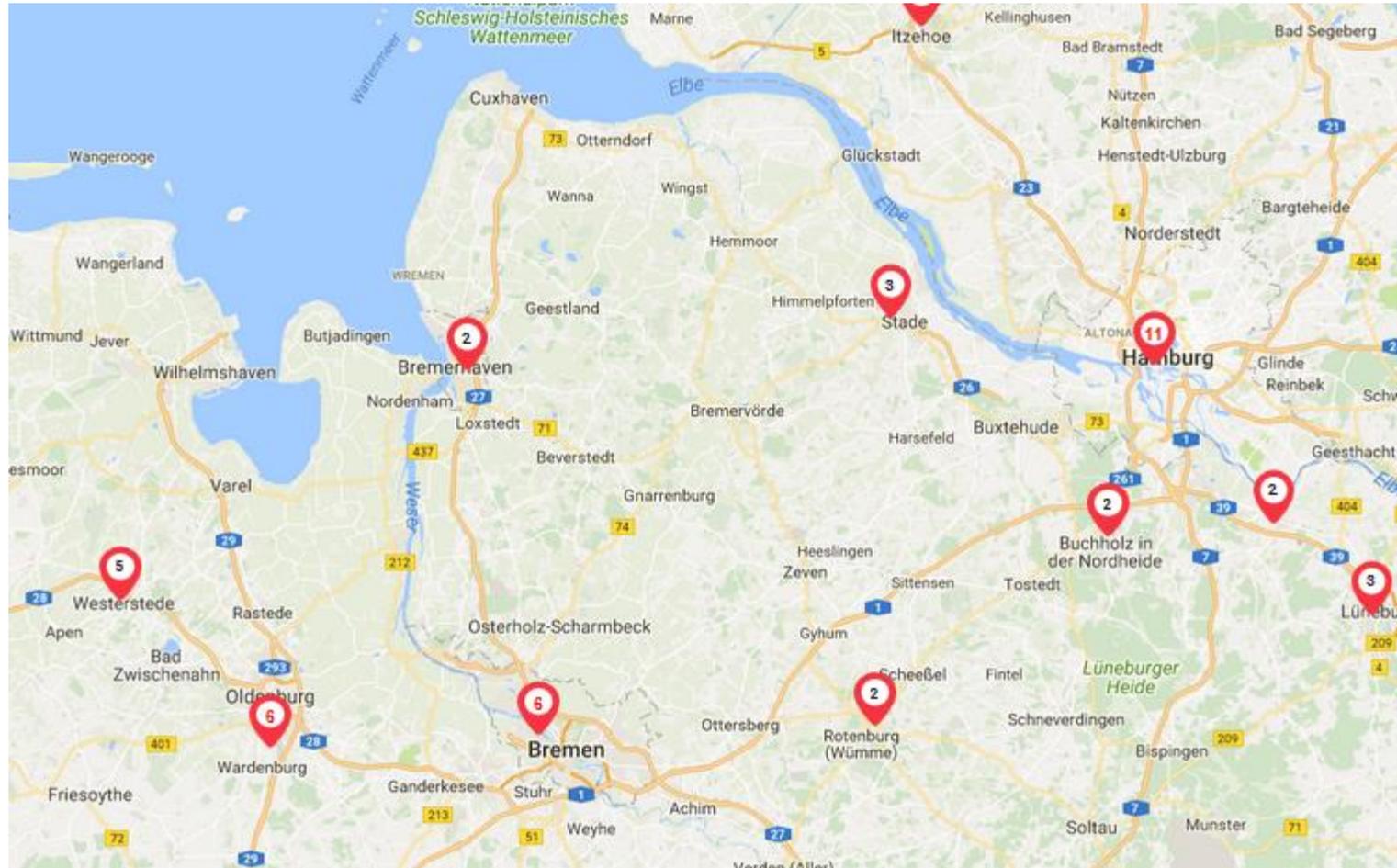
Legend: ● Cooperation partners outside the cities with centers
● Center locations

5. Entwicklungen im Zeitverlauf: PZ 2008-2012-2016

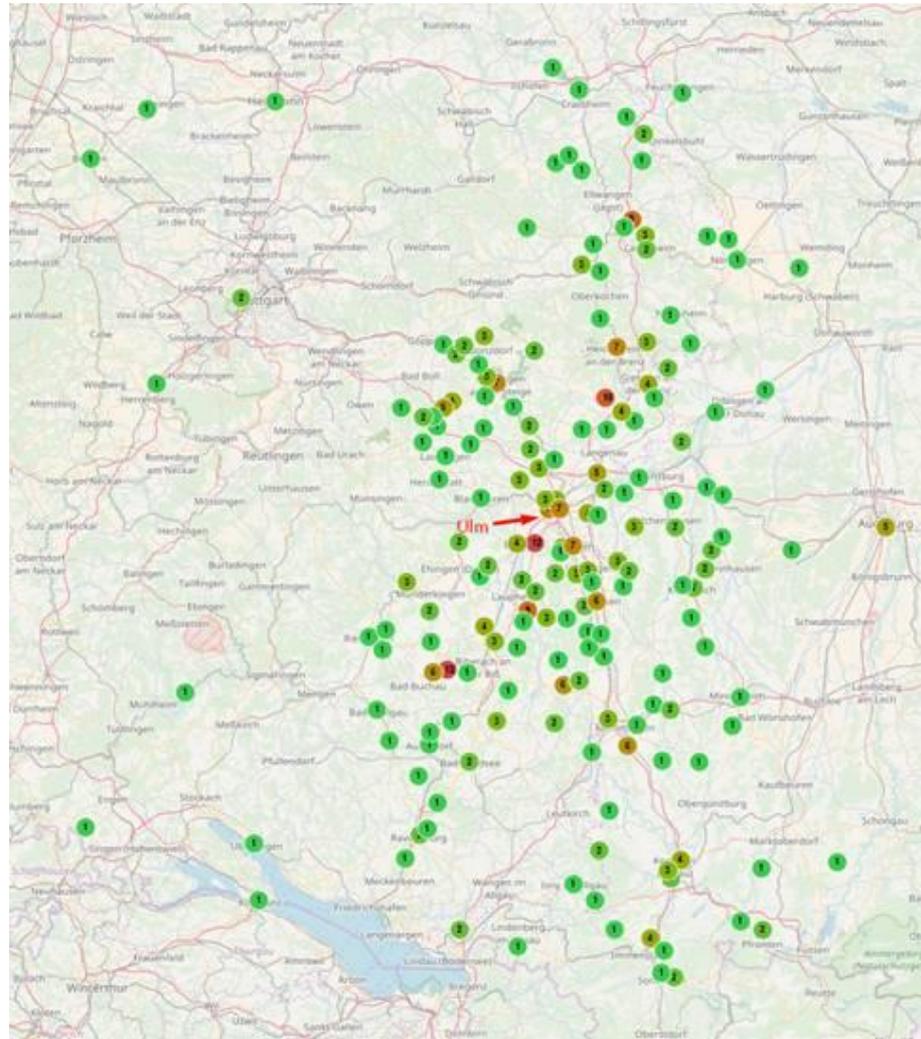


Es gibt z. T. soziale „Ansteckungsprozesse“, weshalb Zentrenbildung gerade zu Beginn nicht gleichmäßig über Deutschland verlief: Nord-Süd-Gefälle

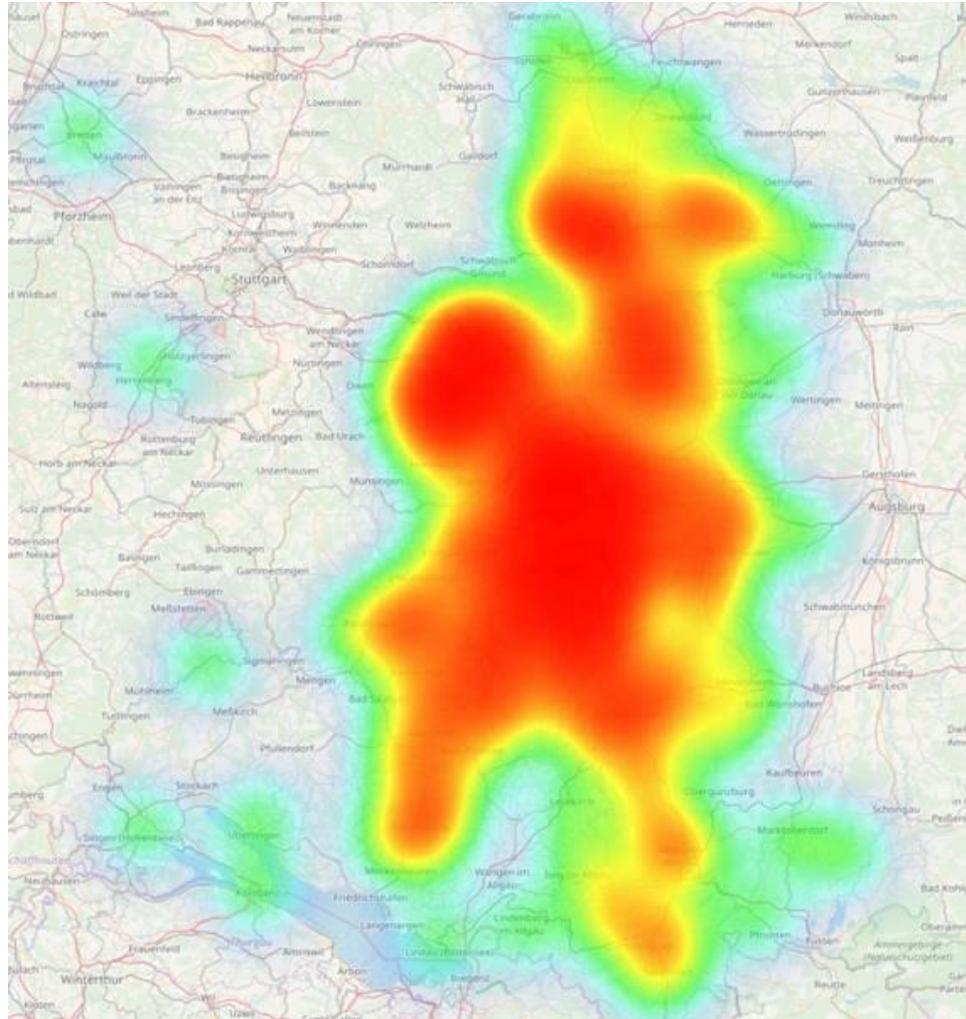
6. Abbildung des Studiengeschehens: www.studybox.de



7. Praktische Tools für Versorger: zipmap.de



8. Praktische Tools für Versorger: zipmap.de



So können Zentren ihre Einzugsgebiete bestimmen, lägen die Daten aller Zentren vor, könnte man das auch für die Bedarfsplanung nutzen

-
1. Hintergrund: Zertifizierungssystem für Organkrebszentren
 2. Welche Daten stehen uns zur Verfügung: Primär-/Sekundärzweck?
 3. Was können uns diese Daten über regionale Unterschiede sagen – und was nicht?
 4. Beispielhafte Ergebnisse
 5. **Fazit: Entscheidet der Wohnort schicksalhaft über unsere medizinische Versorgung (in der Onkologie)?**

Dank des Zertifizierungssystems: eher nein!

- Mit dem Zertifizierungssystem wird ein wichtiges Ziel des Nationalen Krebsplans zur Umsetzung gebracht, das eine Betreuung der Patienten „unabhängig von der Versorgungsstruktur, also unabhängig davon, in welcher Einrichtung die Behandlung erfolgt, unter gleichen fachlichen Qualitätsanforderungen ermöglicht [...]“
- Aber: wir sehen auch, dass in strukturschwachen und bevölkerungsarmen Regionen die Wege zu Netzwerken zu weit sind: Konzept der *Access Points* (CanCon), aber da müssen mehr Akteure als die DKG und die Fachgesellschaften aktiv werden
- Spannungsfeld zwischen Flächendeckung/Erreichbarkeit – (finanziell) tragfähigen Strukturen – Mindestmengen als Kernanforderung

Frage von Qualität UND Erreichbarkeit



Frage von Qualität UND Erreichbarkeit Skandinavische Möbel

Prostatakrebszentren





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Christoph Kowalski

Deutsche Krebsgesellschaft e. V. | Kuno-Fischer-Str. 8 | 14057 Berlin

kowalski@krebsgesellschaft.de | www.krebsgesellschaft.de