



➤ 34. Deutscher Krankenhaustag
Struktur-Entwicklungstrends in der stationären
Versorgung

Ungeklärte Aspekte der Zentrenbildung

H.J.C. Klaue

➤ **Unklare Aspekte :**

- **Notwendigkeit ?**
- **Sind die Ziele der Zentrenbildung erreichbar ?**
 - Was wurde - im Vergleich - erreicht ?
 - Wie wird mit dem Benchmarking umgegangen ? Wohin führt also der Weg?
 - Sind sinnvolle Konsequenzen möglich ?
- **Faktor Patient ?**
- **Effektivität ?**
- **Gefahren ?**

➤ Spannungsfeld: Zentrenbildung und Zertifizierung

Fortschritt der Medizin, ...

oder reines Marketinginstrument ... ?

Ziele der Zentrenbildung:

Leitthema

Onkologe 2011 · 17:135–142
DOI 10.1007/s00761-010-1937-0
© Springer-Verlag 2011

W. Hohenberger^{1,2} · F. Stirkat² · J. Bruns¹ · W. Schmiegel^{1,3} · S. Wesselmann¹

¹ Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Berlin

² Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

³ Medizinische Klinik, Ruhruniversität Bochum

Krebsregister und Zentrumsbildung



Die Qualitätsverbesserung der Behandlung Krebskranker ist nicht nur in Deutschland aufgrund der Häufigkeit der Krebserkrankung bei offensichtlichen Mängeln eine drängen-

handlung Krebskranker in Deutschland verfasst [4].

Im Jahre 1979 wurde anlässlich der „1. großen Krebskonferenz“ [4] von Experten und Politikern eine Grundkonzeption

den die Funktion *klinischer* Krebsregister in dem Sinne, dass sie auch relevante Informationen liefern, die Rückschlüsse auf die Qualität der Behandlung von Tumorpatienten wie auch Steuerungsmöglich-

- Behauptung zur Notwendigkeit von Zentren: ...
- ...im **internationalen** Vergleich liegt Deutschland bei der Krebsbehandlung nur **im Mittelfeld...**

➤ Postulierte Ziele der Zentrenbildung.....

- ...damit die mit den derzeitigen Möglichkeiten **optimal** zu erzielenden Ergebnisse tatsächlich ... erfüllt werden.
- ...sollen allerdings in absehbarer Zeit **alle** Krebspatienten **nur** noch in entsprechenden zertifizierten Zentren behandelt werden.

➤ Hier liest man dann auch:

- Der Bürger, zum Patienten geworden, muss aber auch **vor inadäquater Behandlung geschützt** werden: **vor Therapeuten**, die zu erwartenden Anforderungen an Behandlungsqualität nicht gerecht werden. Diese **sind .. zu identifizieren und zukünftig auszuschließen..**
- ...v.a. aber zum Ausschluss derjenigen, die sich nicht einer Zertifizierung **unterwerfen**.

➤ Und ...:

- Nur eine Zertifizierung kann sicherstellen, dass den Vorgaben von Leitlinien und den Anforderungen an Strukturen und Ergebnisqualität Rechnung getragen wird.
- Von den derzeitigen Kriterien der Zertifizierung dürfen keine Abstriche gemacht werden, ebenso wenig wenn ...Quervergleiche (Benchmarking) für ...die Rezertifizierung ...herangezogen werden.

➤ Legislative und Judikative Vorgaben:

➤ SGB V § 12

➤ Die Leistungen müssen **ausreichend**, zweckmäßig und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des **Notwendigen** nicht überschreiten.

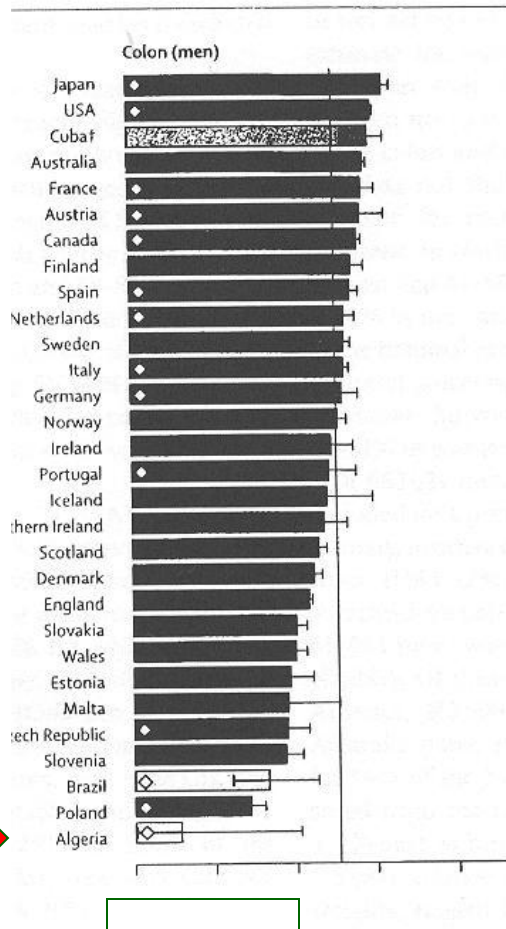
➤ BGH 19.04.2000, 3 StR 442/99

➤ ..geschuldet wird das Maß an Kenntnis und Können eines **durchschnittlichen Facharztes** ..

CONCORD Studie

„...im internationalen Vergleich liegt Deutschland ... nur im Mittelfeld“ ...

W. Hohenberger Onkologe 2011



- Einzig das Krebsregister des Saarlandes ausgewertet - repräsentativ für ganz Deutschland ?
- Nur ein einziges Register aus Afrika, drei aus Südamerika, Asien: nur 3 japanische
- Im internationalen Vergleich mit allen Ländern läge Deutschland (wohl) in der absoluten Spitzengruppe!

„...alle Krebspatienten nur noch in Zentren behandeln ...“ W. Hohenberger, Onkologe 2011

Gute Ergebnisse sind auch an Nichtzentren erreichbar!

- n = 847 colorektale Resektionen (1.3.2007 - 03.11.2011)
- Mortalität: ele.2,8%,frühele.3,8%, Not.14,6 %, ges.5,9 %
- Ana.-Insuff. (21/748): Colon Ca. 1,9 % Rektum Ca. 6,1%
- Colon (benigne) 2,5 %
- R 0 - Rate: 94,3 % von n = 407 Pat. mit Carcinom
- Lymphknoten: 23,7/Fall (yp 10 - 65), 99,5 % > als 12
- Rektum Ca. - Amputationsrate 17,1 %
- n = 134 - Hartmann-OP 13,4 %
- n = 97 - Anastomosen 69,4 %
- MERCURY Grad I - 95,5 %

➤ Daten des An-Institut Magdeburg

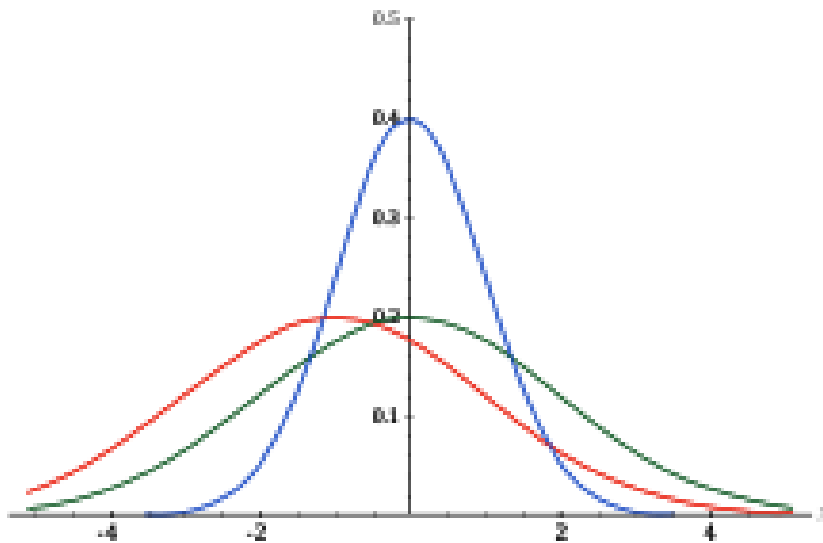
„ ...alle Krebspatienten nur noch in Zentren behandeln ...“

W Hohenberger Onkologe 2011

- Colon Ca. Anastomoseninsuffizienzrate: 3 %
- Rektum Ca. Anastomoseninsuffizienzen: 6,7 - 13,3 %
- Rektumkarzinom Amputationsrate: 28,7 - 34,9 %
- Letalität Rektum Ca.: 2,7-3,5 %

- Kube et al Chir Gastroenterol 2008;24:293
- Kube et al Dtsch Ärztebl Int 2011;108:41

➤ Sind die Ziele der Zentrenbildung nur per Zertifizierung bzw. überhaupt erreichbar?




- Die Kenntnisse und Leistungsfähigkeiten eines (chirurgischen) Therapeuten werden (wohl) durch mannigfaltige Faktoren bestimmt:
- Training, Ausbildung (Teaching)
- Supervision, Spezialisierung
- Fallzahl des Chirurgen
- Hospital Fallzahl
- Begabung, Stress, Arbeitsklima
- Einstellung, Erfolgsdruck
- Motivation ...
- ... **HOFFNUNG** vs **REALITÄT !**

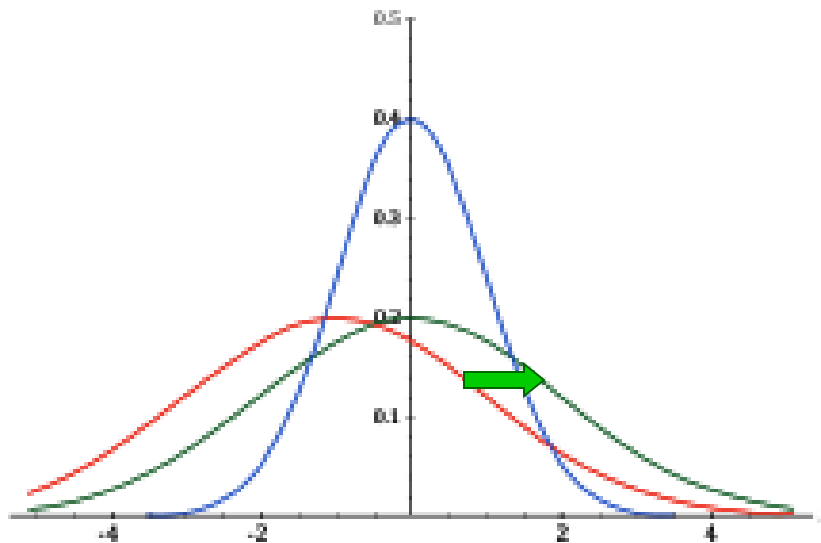
🌿 Erfolgsdruck ? !

HJC Klaue Zentralbl Chir 2011;136: efirst 14.Nov., in press

**Operateursbezogene Komplikationsstatistik colorektaler
Anastomoseninsuffizienzen der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Thoraxchirurgie des Diakonie-Krankenhauses Rotenburg/Wümme (01.02.1998
bis 31.12.2002)**

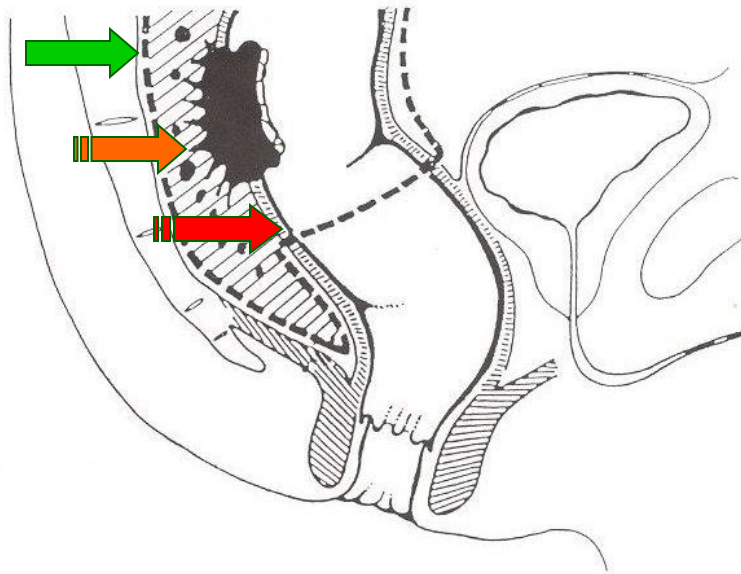
Operateur	Anzahl OP mit Anastomose	Anastomoseninsuffizienzrate (%)						
		Jahr	1998-2001	gesamt 98-01	1998	1999	2000	2001
A	79		2,5	6,6	0,0	0,0	4,7	/
B	127		7,8	13,0	5,1	10,0	6,6	/
C	192		7,2	7,1	0,0	7,8	12,9	/
D	74		12,1	14,2	10,5	20,0	11,5	/
E	124		6,4	10,0	11,4	0,0	0,0	/
F	13		0,0	/	/	/	0,0	/
Summe Klinik	609		7,0	10,3	4,9	7,5	7,7	2,9
			Hartmann-OP (%)					
Summe Klinik	/	/	/	11,2	17,6	19,3	8,6	

Steigerung der Qualität...



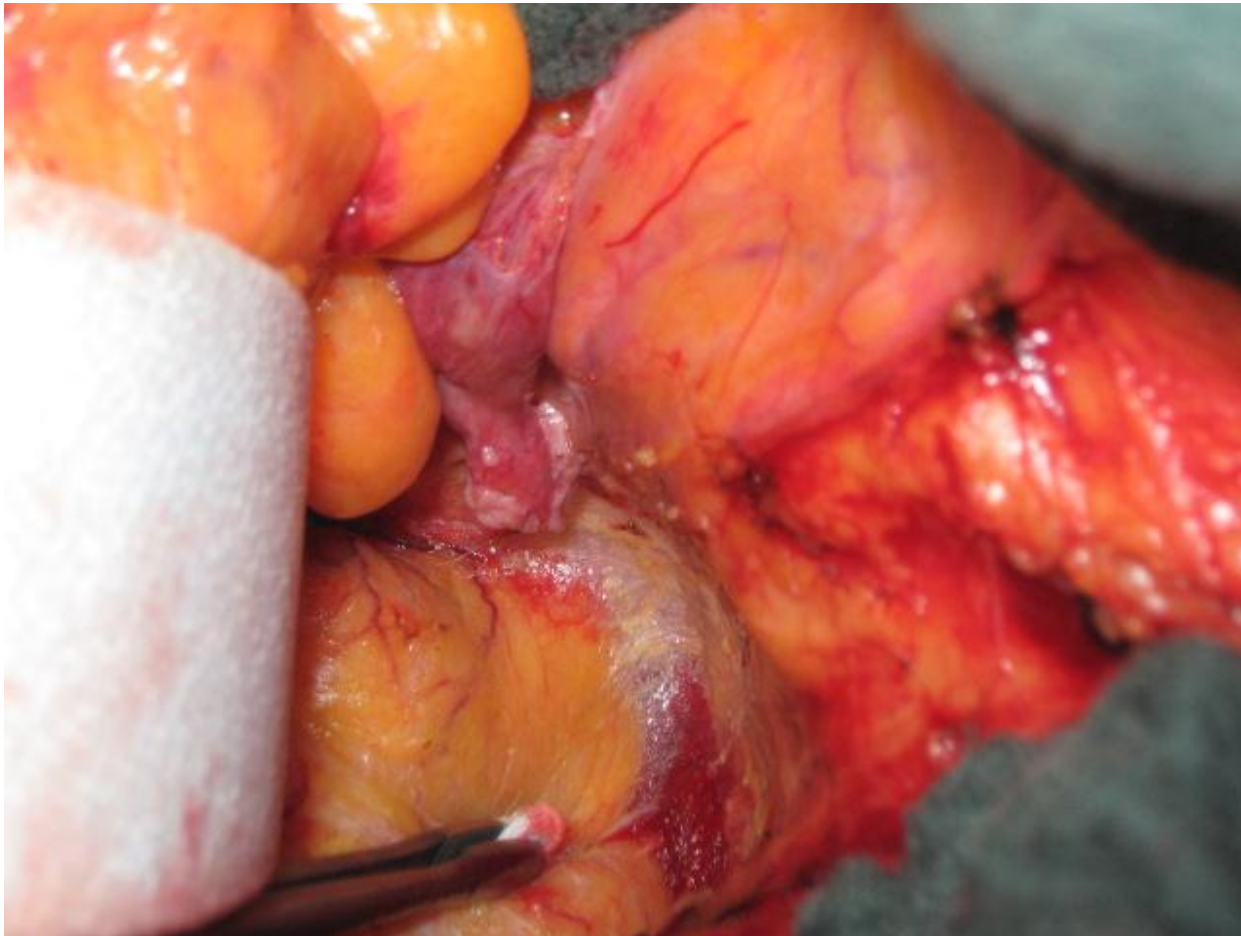
- Die Einführung besserer Behandlungsmethoden (z.B. die TME) steigert die Ergebnisqualität nur im Rahmen der „allgemeinen Leistungsfähigkeit“ der Chirurgen.
- Das die Zertifizierung von Darmkrebs-/ Zentren die Qualität der Versorgung insgesamt steigert wurde bisher noch nicht beschrieben.

➤ Total mesorektale Exzision (TME) nach RJ Heald



- MERCURY Grad I - III
- Grad I: intaktes Mesorektum, nur minimale Läsionen (bis 5 mm), kein coning
- Grad II: mäßiges Mesorektum, Läsionen nicht bis zur Muskelwand des Rektum, mäßiges coning
- Grad III: wenig Mesorektum, tiefe Defekte bis zur muskulären Rektumwand

➤ Können nicht alle (Viszeral-) Chirurgen eine korrekte TME erlernen?



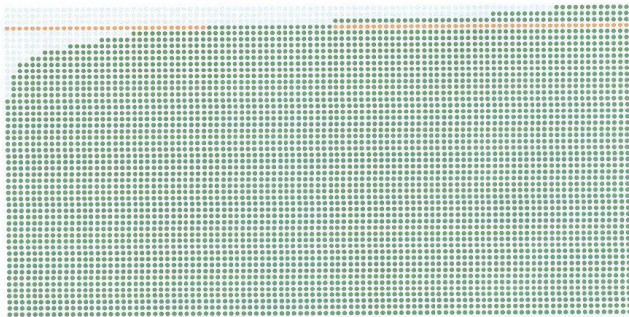
- ## ➤ Reichen verpflichtende Fortbildungen nicht aus?
- Effect of a surgical training programme on outcome of rectal cancer in the County of Stockholm
 - 11 television based demonstrations and 2 histopathology sessions
 - Miles OP von 55,3 - 60,3 % auf 26,5 % reduziert $p < 0,001$
 - Lokalrezidivrate von 14-15 % auf 6 % reduziert $p < 0,001$
 - A Lehander Martling et al Lancet 2000; 356,93-96
 - 5 Jahres Überlebensrate von 65-66 % - 77 % gesteigert
 - A Lehander Martling et al Br. J. Surg. 2005; 92, 225-229

➤ Darmkrebszentren Benchmarking Bericht von ONKOZERT 2010

- www.onkozert.de/aktuelles
- **Die Ergebnisse sind ernüchternd !**
- Bei der Auswertung der 22 definierten Qualitätsparameter wurden 21 von 9,9 - 72 % der zertifizierten Zentren nicht erfüllt!
- **Die Konsequenzen sind teils erstaunlich...**

Ergebnisse der ONKOZERT Darmzentren 2010

Sollvorgabe $\geq 95\%$
Mittel 94,5%



160 Standorte

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
160	99,4%	97	60,6%	63	39,4%

Anmerkungen:

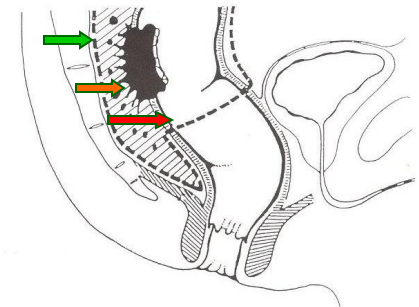
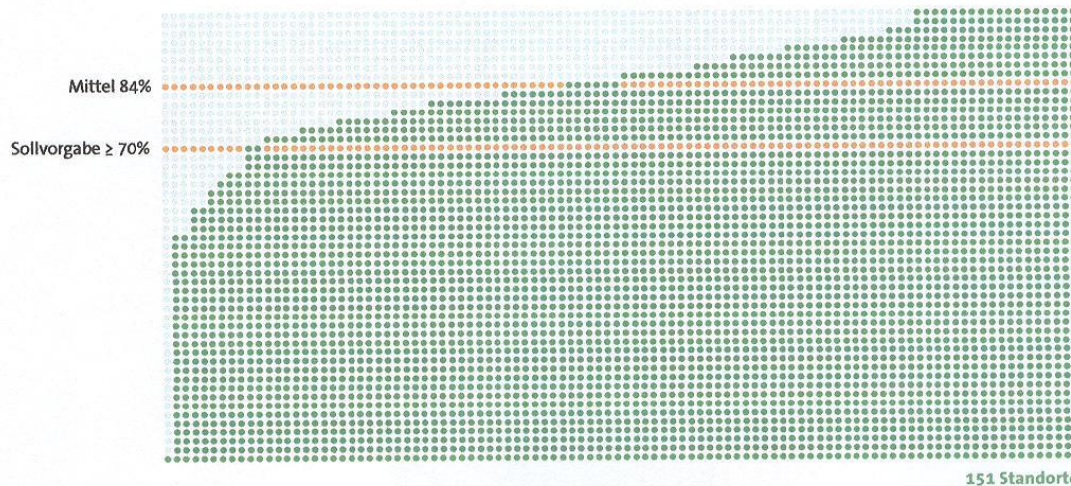
- 39,4 % der Zentren haben nicht mindestens 12 Lymphknoten bei den geforderten $>95\%$ ihrer Patienten ohne neoadjuvante Vorbehandlung entfernt!

„Von den derzeitigen Kriterien der Zertifizierung dürfen keine Abstriche gemacht werden, ebenso wenig wenn ...Quervergleiche (Benchmarking) für ...die Rezertifizierung ...herangezogen werden.“

W Hohenberger et al , Onkologe 2 . 2011

Ergebnisse der ONKOZERT Darmzentren 2010

Sollvorgabe „Gute Qualität“ der TME



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
151	93,8%	136	90,1%	15	9,9%

Anmerkungen:

Für die Audits ab 2011 ist die gute Qualität des TME-Präparates definiert als Mercury Grad 1 und 2.

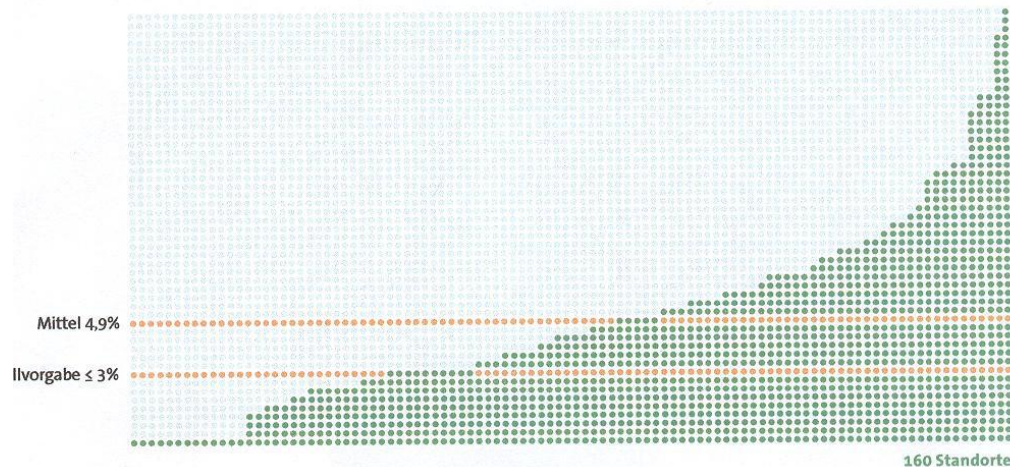


„Von den derzeitigen Kriterien der Zertifizierung dürfen keine Abstriche gemacht werden, ebenso wenig wenn ...Quervergleiche (Benchmarking) für ...die Rezertifizierung ...herangezogen werden.“

W Hohenberger et al , Onkologe 2 . 2011

Ergebnisse der ONKOZERT Darmzentren 2010

Anastomososeninsuffizienzen elektive Colonresektion:



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
160	99,4%	53	33,1%	107	66,9%

Anmerkungen:

Für die Audits ab 2011 wird die Definition der Anastomososeninsuffizienz durch die Beschränkung auf re-interventionspflichtige Insuffizienzen präzisiert. Darüber hinaus wird die Sollvorgabe von ≤ 3% auf ≤ 6% verändert.



Wer kontrolliert die Kontrolleure?

➤ Vgl. Onkozert DZ vs Daten An-Institut, Magdeburg

- Anastomosen-Insuffizienzen bei elektiven Kolonkarzinom-Operationen
 - n = 17844
 - Insuffizienzrate : 4,9 %
 - Sollwert lag bei ≤ 3 %
 - .. um mehr als 50 % überschritten...!
- Anastomosen-Insuffizienzen bei elektiven Kolonkarzinom-Operationen
 - n = 28271
 - Insuffizienzrate : 3,0 %
 - Kube et al, Dtsch Ärztebl Int 2011;108:41-46

Qualitätsindikator mit Referenzwert für Schilddrüsenzentren nach DGAV:

- Recurrensparese Zentrum: **<10 % temporär** **<5% permanent**
nur: Knotenstruma
- Vgl. Literatur:
- Rothmund 2007: **3 - 5% temporär** **0,2 - 2 % perm.**
„Die Rate ist bei Darstellung der Nerven niedriger“
„Experten der Schilddrüsenchirurgie haben sehr viel niedrigere Raten publiziert!“
- Thomusch 2003: **3,9% temporär** **0,8 - 2,3 perm.**
- Eigene Daten n=1002 : **2,5 % temporär (primär)** **? perm.**
für **alle** Schilddrüsenoperationen (01.03.2007 - 11.11.2011 Klinikum Fichtelgebirge)

🌿 Konsequenzen auf justitierbarer Datenbasis....?

- 🌿 Bei 50 Ca.-Pat. / Jahr benötigt man 10 Jahre, um eine statistisch sichere Grunddatenmenge bzgl. der Insuffizienz- / Reinterventionenrate zu erlangen.
- 🌿 Man benötigt weitere 5 Jahre, um sichere Aussagen zum onkologischen outcome zu erheben.
- 🌿 Nach „Rückmeldung/Verbesserungsvorschlägen“ muss man Gelegenheit zur Verbesserung inkl. Datenerhebung für nochmals mindestens 4-6 Jahre gewähren.
- 🌿 **Danach ist das Berufsleben eines Chefarztes beendet...!**

FACE IT !

Effektivität der Zertifizierungswelle....?

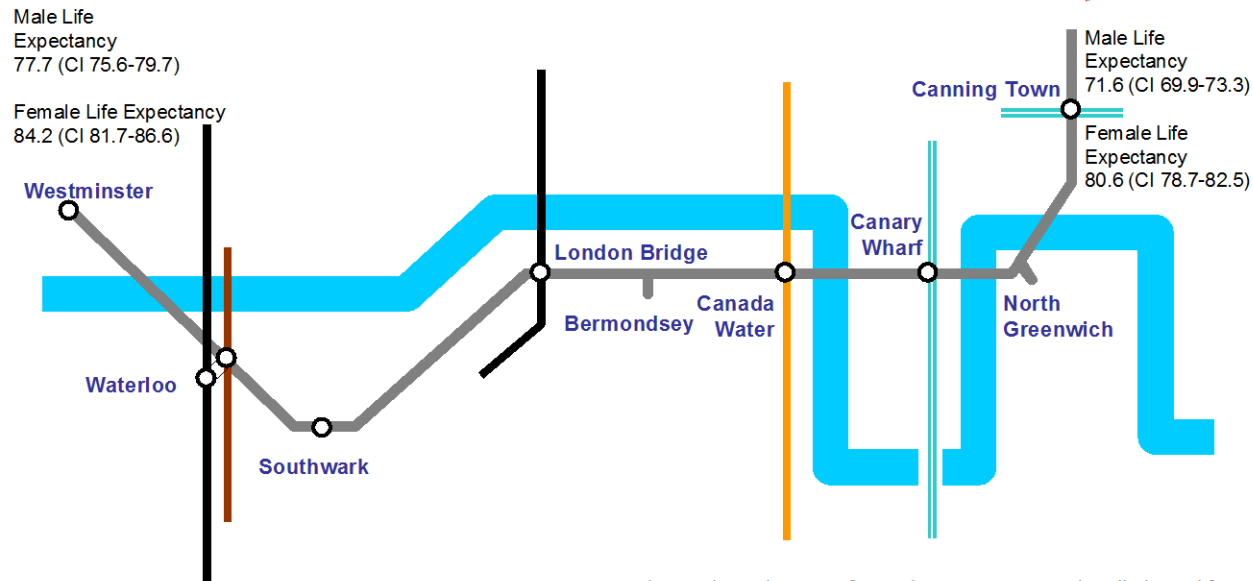
- Chemo Tx im UICC Stad. III erhielten in D : 61,2 %
- Chemo Tx im UICC Stad. III erhalten an Zentren: 73.8 %
- Bei effektiver Verbesserung des 5 Jahres Überlebens von ca. 10 -15 % durch die adjuvante Chemo Tx (FOGT-1, CCA - 01, MOSAIC) würden also ca. 1,8 % der Patienten im UICC Stadium III länger leben; also **maximal 1 % aller Pat.** mit colorektalen Carcinomen würden von einer Zentrumsbehandlung profitieren, wenn lediglich dieser Parameter betrachtet wird.

- **Wollen die Patienten immer eine leitlinien-gerechte Therapie ? Der „Faktor Patient“**
- Adjuvante Chemo Tx UICC III : 21 % der Patienten lehnten eine empfohlene adjuvante Chemo Tx ab, 7 % waren nicht geeignet (AZ/Comorbidität) (eigene Daten).
- „Vergleichende Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Laien am Beispiel der Therapie des Rektumkarzinoms“
- **93 %** der Laien, **74 %** der Mediziner, **91 %** Gesundheitspolitiker würden **keine** neoadjuvante Tx beim Rektum Ca. wählen! M Kornmann et al Zentralbl Chir 2008 ; 133 , 148-155

Der „Faktor Patient“ ...

Differences in Life Expectancy within a small area in London

Travelling east from Westminster, each tube stop represents nearly one year of life expectancy lost



Electoral wards just a few miles apart geographically have life expectancy spans varying by years. For instance, there are eight stops between Westminster and Canning Town on the Jubilee Line – so as one travels east, each stop, on average, marks nearly a year of shortened lifespan.¹

London Underground Jubilee Line

¹ Source: Analysis by London Health Observatory using Office for National Statistics data. Diagram produced by Department of Health

➤ Spezialisierte „colorectal Cancer units“ ... ?

- In den 3 publizierten Arbeiten wurden **die Ergebnisse vor und nach Einführung der TME** an diesen Kliniken verglichen!
- Die Chirurgen des spanischen Zentrums gaben an, ausschließlich nur noch kolorektale Chirurgie zu betreiben!
 - Smedh et al Br J Surg 2001;88:273-277
 - Machado et al Colorectal Dis 2000;2:264-269
 - Garcia-Granero et al Colorectal Dis 2001;3:179-184

➤ Oft zitierte Studie, die einen „Vorteil“ zeigt:

➤ Benchmarking the quality of breast cancer....

- Hormontherapie: von 27 auf 93 % gesteigert
- Strahlentherapie: von 20 auf 79 % gesteigert
(bei brusterhaltender Op)
- Strahlentherapie: von 8 auf 65 % gesteigert
(nach Ablatio mammae)

Was soll das..?

Wem dient das..?

Exellenzzentrum

Referenzzentrum

Kompetenzzentrum

„Wir leben unter der naiven Annahme, die Wirklichkeit sei natürlich so, wie wir sie sehen, und jeder, der sie anders sieht, müsse böswillig oder verrückt sein.“

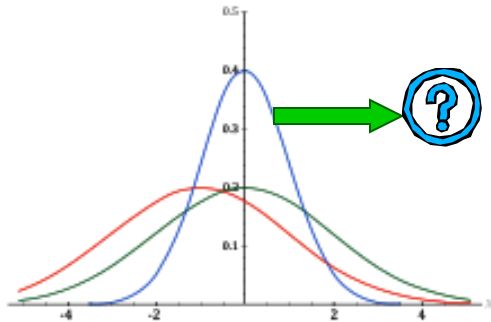
Paul Watzlawick (1921-2007)



➤ Spitzenleistungen in Spitzenzentren...?

- Fehl- und Unterversorgung werden von vielschichtigen Interessen kasuistisch belegt und suggerieren Handlungsbedarf. ... Man braucht Patientenzahlen und liebt den Mythos des Besten mit Rangordnungen
- Auch Zentren können statistisch nur Mittelmaß liefern.
 - Prof.Dr.rer.biol.hum. D. Hölzel, Tumorregister München
 - Dtsch Ärztebl Int 2011;108:1765

➤ Birgt Zentrenbildung auch Gefahren ... ?



- 70.000 Colorektale Carcinome / Jahr in D
- Bei 2 Operationen / Tag benötigen wir ca. 160 - 210 Spezialisten in ca. 70 Zentren in D
- Wer möchte nur noch ? ... Täglich !! ... ?
- Wie werden die Ergebnisse dadurch ?
- Folgen für die Notfallversorgung...?
- Unterstehen die Kollegen einem Chef ... ?
- Monopolisierung gegenüber Kostenträgern.. ?
- **Verschwenden wir z.Z. Ressourcen...? ...
...nach § 12 SGB V ...gesetzeswidrig...!!**

➤ Zusammenfassung:

- Vorteile durch Zentren sind nicht beschrieben, die bisherigen Ergebnisse/Konsequenzen sind enttäuschend
- Realität: Kapazitätsproblem
- Gefordert sind Kenntnis und Können des durchschnittlichen Facharztes (BGH)
- Auswirkungen der Offenlegung von Daten ist ungewiss
- Justiziable Datensätze sind kaum zu gewinnen
- Es bestehen potentielle Gefahren (Notfallversorgung)

➤ Zusammenfassung:

- Medizinischer Fortschritt ?
- Marketinginstrument?
- Was brauchen wir?
- Nicht bewiesen, sehr fraglich!
- So vor allem verwendet...
Ist das ...ethisch und moralisch gerechtfertigt?
Wird dies einer juristischen Überprüfung standhalten..?
- Risikoadjustierte, anonyme prospektiv erhobene Daten und wohl eher eine bessere Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte etc



➤ **Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.**