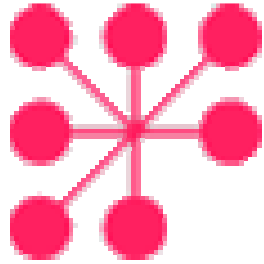


DC11



10 Jahre Tumor Zentrum Berlin

Qualitätssicherung in der Krebsbehandlung
- Sicht des Krankenhausmanagements

Berlin, 25. November 2006

Folie 1

DC11

Detlev Corsepius; 23.11.2006

Die Dimension

- ▶ Jährlich erkranken mehr als 15.000 Menschen in Berlin an Krebs.
- ▶ Mehr als jeder fünfte Sterbefall geht zu Lasten einer bösartigen Neubildung.
- ▶ Mehr als jeder dritte an Krebs verstorbene Berliner ist jünger als 65 Jahre.

Folie 2

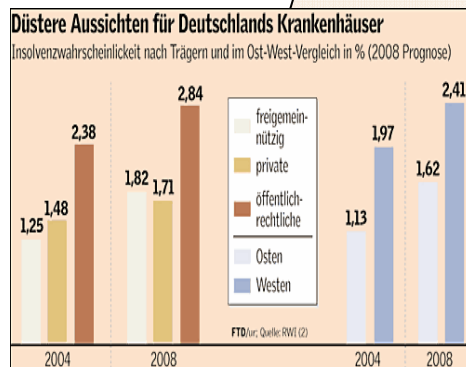
DC4

Jährlich erkranken mehr als 15.000 Menschen in Berlin an Krebs. Mehr als jeder fünfte Sterbefall geht zu Lasten einer bösartigen Neubildung. Mehr als jeder dritte an Krebs verstorbene Berliner ist jünger als 65 Jahre. Und nicht nur quantitativ sind die bösartigen Erkrankungen von besonderer Bedeutung sondern auch im Erleben der Betroffenen: Wenn ich höre, jemand hat einen Herzinfarkt nehme ich das zur Kenntnis, bin bestenfalls betroffen, wenn jemand an Krebs erkrankt bin ich erschüttert. (allein die Wortwahl: bösartige Erkrankung). Den resultierenden hohen Erwartungen der Patienten und Ansprüchen der Ärzte steht SGB V §12 Abs. 1 gegenüber:

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

Detlev Corsepius; 23.11.2006

Die Rahmenbedingungen



- ▶ Kurze Innovationszyklen
- ▶ Extremkosten neuer Therapieformen
- ▶ Reduzierte Krankenhausbudgets
- ▶ SGB V §12 Abs. 1

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

DC7

Kurzer Blick auf die politischen Rahmenbedingungen

Gerade die Krebsbehandlung erlebt (erfreulicherweise) eine Vielzahl therapeutischer Fortschritte aber das bedeutet in der Mehrheit auch Kostensteigerungen für die Therapie (Beispiele Herceptin, Protonentherapie)

Dem steht die anhaltende Beschneidung der Finanzierungsmittel für die Krankenhausbehandlung gegenüber (Stichwort Gesundheitsreform)

Besteht diese Schere fort, droht nach Ausschöpfung der Optimierungspotentiale in den Krankenhäusern die Gefahr einer Unterfinanzierung und damit einer Rationierung gerade neuer und teurer Therapien. Diese Frage kann aber nicht dem Klinikmanagement und erst recht nicht dem Arzt am Krankenbett zur Entscheidung überlassen bleiben, sondern muss primär politisch beantwortet werden.

Deshalb zurück zu dem, was für das Klinikmanagement direkt auf der Agenda steht

Detlev Corsepius; 23.11.2006



Folie 4

DC5

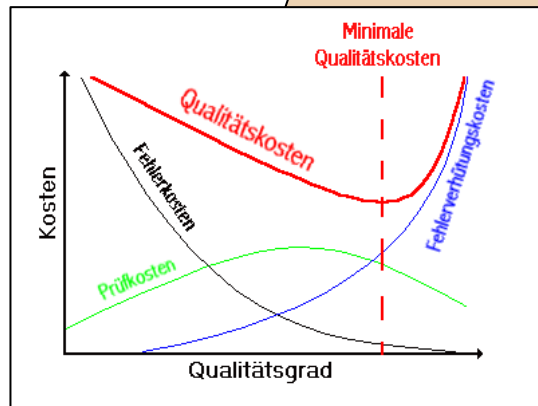
Aus Sicht des Klinikmanagements lässt sich das in zwei entscheidenden Erfolgsfaktoren zusammenfassen: Wirtschaftlichkeit und Qualität
Und zwar in dieser Reihenfolge, denn auch hier gilt: Wirtschaftlichkeit ist nicht alles für ein Krankenhausunternehmen aber ohne
Wirtschaftlichkeit ist alles nichts

Dass sich ein Krankenhaus sich unter den Bedingungen der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Stichwort DRG) nur dann auf Dauer am Markt behaupten kann, wenn es eine nachhaltige Kostendeckung erreicht, ist aus Sicht des Krankenhausmanagements eigentlich eine Binsenweisheit – sprich Erwirtschaften der laufenden Kosten und der notwendigen Investitionsmittel (Stichwort Investitionsstau und faktisches Ende der dualen Finanzierung)

Das GDRG-System geht in Richtung (zumindest) landes-einheitlicher Preise; wenn also für gleiche Leistungen gleiche Preise gezahlt werden, wird die Qualität der Leistungen (neben dem Kostenwettbewerb) zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor

Detlev Corsepius; 23.11.2006

Qualität und Wirtschaftlichkeit – Kein Gegensatz



Wer nur auf die Kosten schaut, senkt die Qualität.

Wer auf die Qualität schaut, senkt auch die Kosten

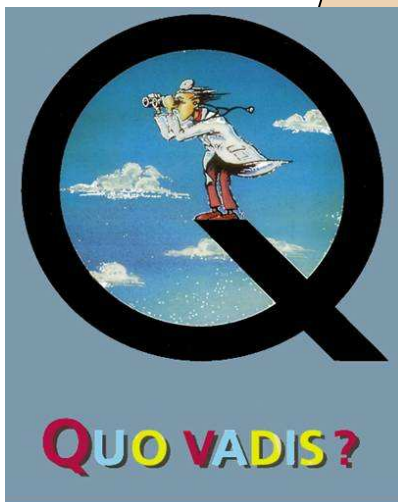
DC9

Wirtschaftlichkeit und Qualität sind aber keine sich ausschließenden Gegensätze

Denn die viel zitierte Weisheit „Wer nur auf die Kosten schaut, senkt die Qualität, wer auf die Qualität schaut, senkt auch die Kosten“ hat auch hier ihre Berechtigung

Und das nicht nur, weil auch hier gilt, dass die Kosten für die Korrektur von Fehlern – in unsrem Zusammenhang z.B. Komplikation – im Allgemeinen höher sind als die Kosten der primären Qualitätssicherung, sondern vor allem, weil Prozessoptimierung, Standardisierung und Konzentration bestimmter Leistungen an Zentren geeignet – ja erforderlich – sind um gleichermaßen die Wirtschaftlichkeit zu steigern und die Qualität zu auf hohem Niveau zu sichern (und oft auch zu steigern)

Detlev Corsepius; 23.11.2006



Kernelemente der Qualitäts- und Effizienz-sicherung

- ▶ Therapie auf Basis evidenzbasierter Leitlinien
- ▶ Optimierung und Standardisierung des gesamten Behandlungsprozesses
- ▶ Zentrenbildung

DC6

- Therapie auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien

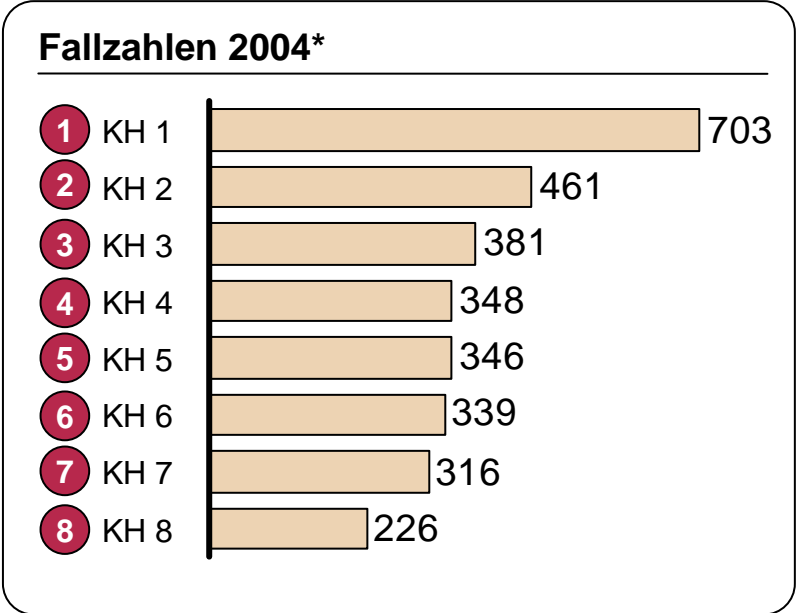
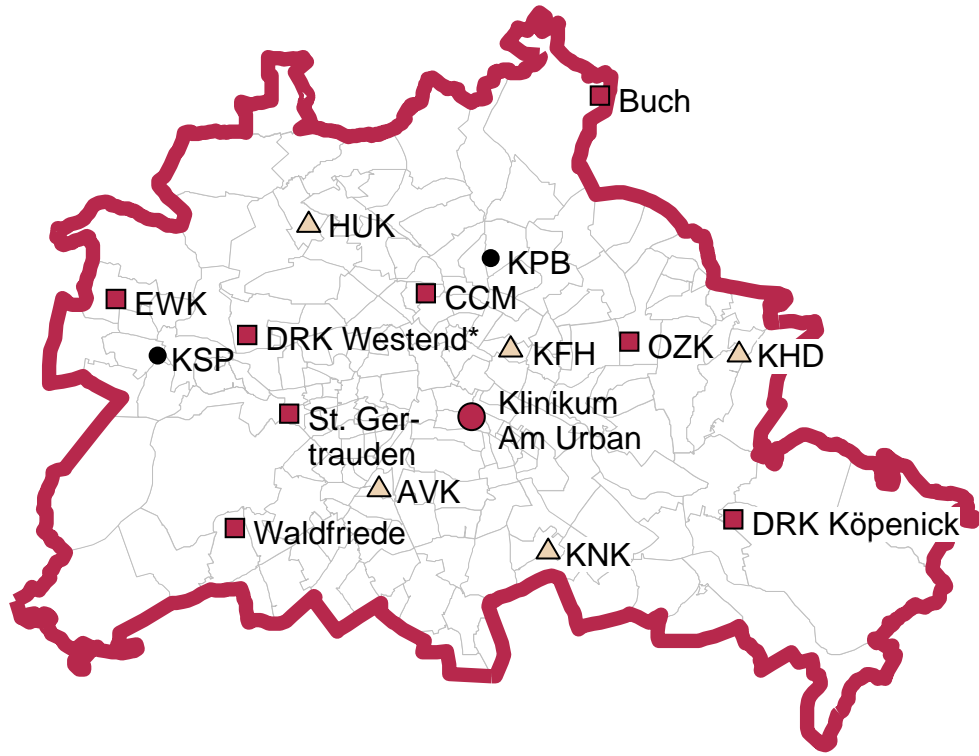
- Standardisierung und Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses (Behandlungspfade) zur Sicherung einer gleichmäßig hohen Behandlungsqualität aber auch eines effizienten Ressourceneinsatzes (Hier auch sektorübergreifende Optimierung der Versorgung z.B. durch ein umfassendes Entlassungsmanagement)

- Konzentration der Leistungserbringung (Zentrenbildung) (Wer etwas häufig macht, macht es in der Regel auch besser und effizienter; dabei ist nicht kleinliche Diskussion um Mindestmengen wie etwa 50 Knie-TEP gemeint, sondern hochfrequente Leistungserbringung in einem interdisziplinären und interprofessionellen Team)

Detlev Corsepius; 23.11.2006

Beispiel Zentrenbildung: Brustkrebsversorgung in Berlin

- Vivantes-Brustzentrum
- △ Sprechstunde Brustzentrum
- Vivantes-Standort
- Weitere Brustkrebs-Schwerpunkte in Berlin



* BQS-Daten

Quelle: Vivantes Unternehmensentwicklung-QM, ZfB, Tagesspiegel 18.05.2006

Kernelemente Struktur- und Prozessqualität Zentrum für Brustkrankungen

DC13



Kernelemente Struktur- und Prozessqualität

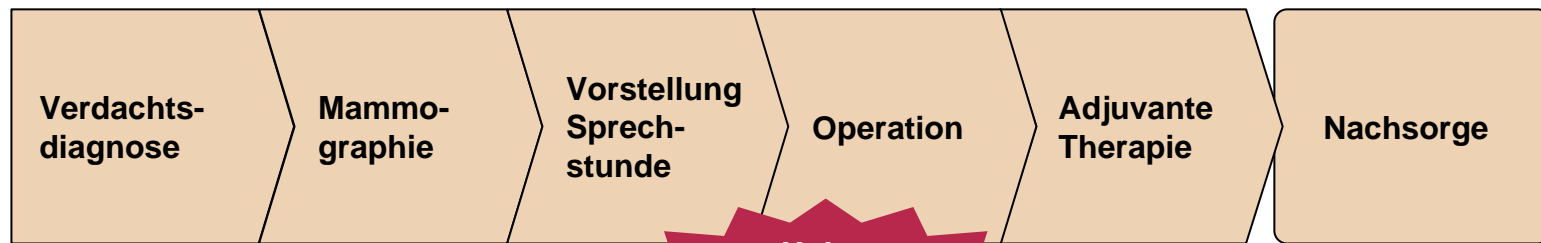
- Hohe Spezialisierung
 - Spezialisierte Chirurgen
 - Fallkonferenzen
 - Evidenzbasierte Leitlinien
- Integrierte Zusammenarbeit der Abteilungen
 - OP
 - Onkologie/Strahlentherapie/Radiologie
 - Pathologie/Hämatologie
 - Pflege, Psychotherapie, Sozialdienste
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- Innovative Gestaltung der Station

Quelle: UE, QM, ZfB

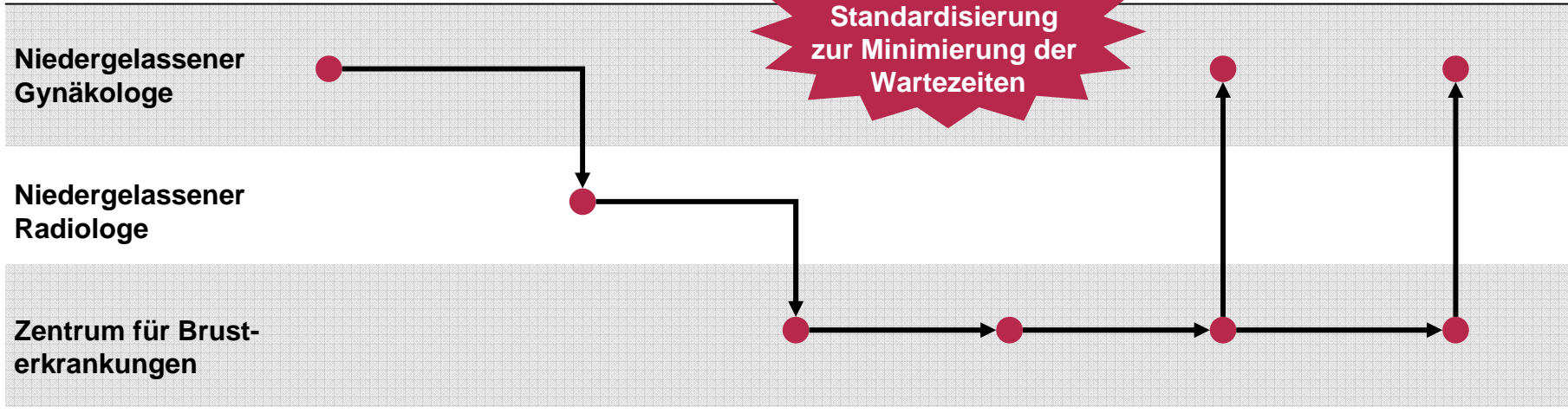
Standardisierter Diagnose- und Behandlungsplan Mamma-CA

DC14

VEREINFACHT



Hohe Standardisierung zur Minimierung der Wartezeiten



Beschreibung	• Patientinnenverdacht	• Erhärtung der Verdachtsdiagnose	• Sofortdiagnose mit Stanzbiopsie (innerhalb 20 min)	• Stationäre Aufnahme	• Operation	• Chemotherapie	• Bestrahlung	• Palliativtherapie
	• Routineuntersuchung							

Quelle: UE, ZfB

Ihre Meinung zählt



Fach _____

Was hat Ihnen gefallen?

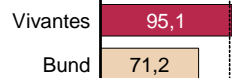
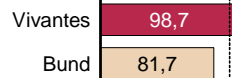
besser machen?

Ergebnisse Qualitätsindikatoren (1/2) – Diagnostik

in Prozent

Auswertung Qualitätsindikatoren Diagnostik

- Angabe der TNM-Klassifikation zur Einschätzung des Schweregrads und Festlegung der Therapie
- Sicherheitsabstände zum Tumor bei der Operation (Angabe Pathologie)



Referenz > 95,0%

Bewertung

- Vollständige und sorgfältige Diagnostik für adäquate Planung der Therapie notwendig
 - Umfang der Operation
 - Chemotherapie
 - Bestrahlung
- Großteil der Krankenhäuser in Deutschland mit essentiellen Mängeln in der Diagnostik (lt. Auswertung BQS 2004)

Quelle: MQM-QM, BQS 2004, ZfB

MQM222216_05-09-12 IV

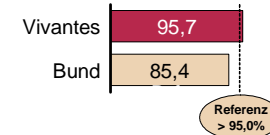
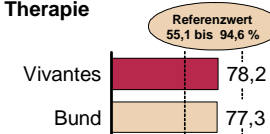


Ergebnisse Qualitätsindikatoren (2/2) – Therapie

in Prozent

Qualitätsindikatoren Therapie

- Indikation zur brusterhaltenden Operation
- Durchführung einer Bestrahlung nach brusterhaltender Operation



Bewertung

- Hoher Anteil brusterhaltender Operationen trotz sorgfältiger Tumorentfernung
- Hoher Anteil von Bestrahlungen zur Verhinderung des Wiederauftretens der Erkrankung

Quelle: MQM-QM, BQS 2004, ZfB

MQM222216_05-09-12 IV



Quelle: UE, QM, BQS 2004, ZfB

DC3

Abschließend noch ein Blick darauf, was hohe Qualität der Krebsbehandlung im Krankenhaus umfasst:
Natürlich und zuvorderst sprechen wir hier z. B. bei der Behandlung von Brustkrebs von einer *Lege artis* durchgeführten Diagnostik und Operation mit einem auch kosmetisch guten Ergebnis. Die Patientin beurteilt Qualität aber umfassender: Wenn es etwa im Team an der notwendigen Empathie fehlt, wenn Information und Aufklärung als mangelhaft erlebt werden, wenn die sektorübergreifende Fortsetzung der Therapie schlecht organisiert erscheint, fällt das Gesamturteil – trotz gelungener Operation und zum Unverständnis manches Operateurs - schnell negativ aus.

Qualitätssicherung in der Krebstherapie muss deshalb neben

Der Messung der Effizienz der Leistungserbringung

Der Beurteilung der Prozessqualität

Der Messung des medizinischen Outcomes

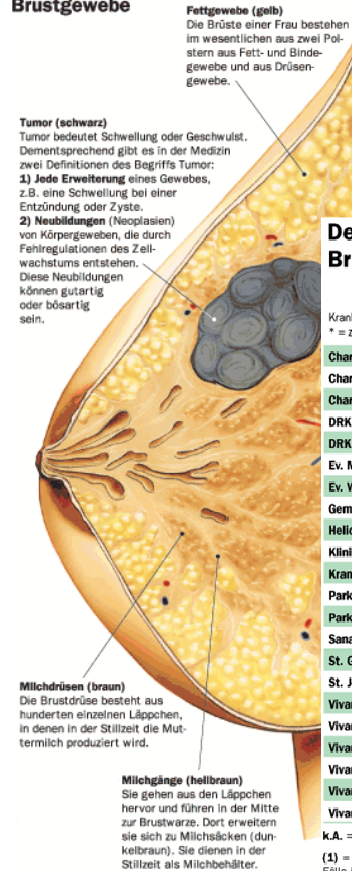
Immer auch Punkte wie

Patientenzufriedenheit

Sektorübergreifende Zusammenarbeit (inkl. z.B. Selbsthilfegruppen)

Und – nicht zu vergessen – die Transparenz über die Qualität einschließen.

Geschwulst im Brustgewebe



DER TAGESSPIEGEL



Der große Berliner Klinikvergleich



Der Krankenhaus-Vergleich: Brustkrebs-Chirurgie

Krankenhaus (1) * = zertifiziertes Brustzentrum	Patientinnen pro Jahr (2)	Anteil der Hochrisiko-patientinnen (3)	Alter der Patientinnen (4)	BQS-Qualitätsdaten				Dokumentationsquote der BQS-Fälle (9)	Zertifikat (10)	Empfehlung der Ärzte Basierend auf 599 Empfehlungen von 204 niedergelassenen Gynäkologen (11)
				Bundesdurchschnitt: 57,43% Referenzbereich: 95 bis 100 Qualitätsaussage: Je höher, desto besser	Röntgen-Identifizierung des krebsverdächtigen Areals nach der OP (5)	Hormonrezeptoranalyse für die Auswahl der besten Therapie (6)	Entfernung einer Mindestanzahl von Achsel-Lymphknoten bei Brustkrebs (7)			
Charité Benjamin Franklin*	194	8,3%	61	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100,0%	–	1,0%
Charité Mitte*		11,6%	57	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	47,3%	–	8,4%
Charité Virchow-Klinikum				k.A.	k.A.	k.A.	k.A.		–	5,4%
DRK Kliniken Köpenick		21,4%	63	72,2%	94,1%	80,6%	3,5%	100,0%	JCI	3,7%
DRK Kliniken West										7,6%
Ev. Martin-Luther-Krankenhaus										0,5%
Ev. Waldkrankenhaus										11,0%
Gemeinschaftskrankenhaus										1,7%
Helios Klinikum Berlin										5,1%
Klinik für MIC (Minimale Invasivität) am Krankenhaus Waldow										0,0%
Park-Klinik Wolfenbüttel										4,1%
Park-Sanatorium Döberitz										1,4%
Sana Klinikum Lichtenberg										0,0%
St. Gertrauden-Krankenhaus										7,6%
St. Joseph-Krankenhaus		19,2%	63	25,7%	97,8%	75,0%	3,3%	93,98%	–	2,7%
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	25	12,0%	64	33,3%	100,0%	k. 100,0%	0,0%	92,59%	–	0,7%
Vivantes Humboldt-Klinikum	84	11,9%	62	66,7%	97,9%	k. 59,1%	1,2%	101,2%	–	1,2%
Vivantes Klinikum Am Urban*	703	11,2%	54	84,2%	97,9%	k. 80,6%	2,3%	96,97%	–	12,2%
Vivantes Klinikum Hellersdorf	38	10,5%	36,5	entfällt	100,0%	entfällt	0,0%	92,68%	–	1,0%
Vivantes Klinikum Neukölln	226	15,9%	59,5	k. 60,0%	98,7%	k. 78,6%	3,5%	104,63%	–	3,0%
Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg	12	8,3%	44	entfällt	50,0%	entfällt	0,0%	100,0%	–	0,0%

k.A. = Klinik hat die Daten nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Entfällt = Keine Patienten, auf die der Indikator zutrifft. k. = Dieser Wert wird von der Klinik kommentiert. ✓ = Wert liegt innerhalb des Referenzbereiches für gute Qualität.

(1) = Alle Berliner Krankenhäuser, in denen diese Behandlung vorgenommen wird (mind. 10 Fälle im Jahr 2004). (2) = Anzahl aller Eingriffe an der weiblichen Brust inklusive Krebsoperationen laut BQS-Jahresauswertung 2004. (3) = Anteil von Patientinnen der höchsten Risikoklassen (ASA 3 bis 5). (4) = Median des Alters aller Patientinnen. Die Indikatoren: 5 = Postoperatives Präparatrisiko. Anteil dieser Tests an allen Eingriffen, bei denen zuvor das krebsverdächtige Areal markiert wurde. Bei noch nicht tastbaren Tumoren wird vor der Entfernung das krebsverdächtige Gewebe der Brustdrüse mit einem Draht markiert. Das Gewebe soll unmittelbar nach der Entfernung gerötet werden, um sicher zu sein, dass der Operateur den verdächtigen Bezirk vollständig entfernen konnte. 6 = Anteil an allen Patientinnen mit Brustkrebs, bei denen eine Hormonrezeptoranalyse erfolgte. Mithilfe der Analyse im Krebsgewebe kann der Arzt die richtige Therapie wählen. So ist die medikamentöse Blockierung der Hormonrezeptoren bei Brustkrebs möglicherweise ärmer an Nebenwirkungen und trotzdem wirksamer als eine Chemotherapie. 7 = Anteil aller Patientinnen mit Brustkrebs und Entfernung der Lymphknoten unter den Achseln, bei denen mind. zehn Lymphknoten entfernt wurden. Die Entfernung der Achsel-Lymphknoten erhöht bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs die 5-Jahres-Überlebensrate um vier Prozentpunkte. Sollte sich der Arzt zu diesem Schritt entscheiden, dann sollten für eine gute Qualität mindestens 10 Lymphknoten entfernt werden. Denn nur dann kann der Arzt einen Krebsbefall sicher bestätigen. Davon kann z. B. die Entscheidung für eine Chemotherapie abhängen. Dieser Indikator ist unter Fachleuten umstritten (siehe nebenstehenden Kommentar). 8 = Revisions-Operationen aufgrund intra/postoperativer Komplikationen (die also während bzw. nach dem Eingriff auftraten). (9) = Anzahl der Behandlungsfälle an allen BQS-pflichtigen Leistungen, deren Qualitätsdaten korrekt gemeldet wurden. (10) = Art der erfolgreich abgeschlossenen Zertifizierungsverfahren für Innerbetriebliche Prozesse, die eine gleichbleibend hohe Qualität der Behandlung sichern sollen. Empfehlungen (11) = Anzahl der Nennungen als empfehlenswerte Klinik (nur Berlin) für diese Behandlung, umgerechnet in Prozent. Die ausführliche Leseanleitung zur Tabelle mit Erläuterungen zu allen Angaben finden Sie im Internet unter: www.tagesspiegel.de/kliniktest Quelle: Iees, Iso/Bartel

„Unabhängig davon, ob man Patienten für fähig hält, die medizinische Leistung zu beurteilen: Tatsache ist, dass sie genau das tun, und dass diese subjektive Einschätzung faktische Bedeutung hat.“

A. Peters

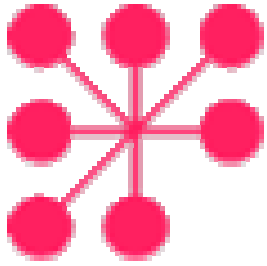
Quelle: UE, QM, Tagesspiegel, Krankenhausreport 96

DC8

Qualität als Wettbewerbsfaktor kann es nicht ohne Transparenz geben. Es sei dahingestellt, ob die Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung besonders nützlich für die öffentliche Diskussion geeignet sind. Fakt ist dass Transparenz nicht nur zunehmend vehement gefordert wird und im Interesse der Patientinnen und Patienten liegt, sondern dass es auch im ureigensten Interesse jeder Klinik liegen muss, über die hohe Qualität Ihrer Leistungen zu berichten und zwar mit Zahlen, Daten, Fakten.

Abschließen möchte ich diesen kurzen Überblick mit einem nicht mehr ganz neuen aber hochaktuellen Zitat von Peters aus dem Jahre 1996: „Unabhängig davon, ob man Patienten für fähig hält, die medizinische Leistung zu beurteilen: Tatsache ist, dass sie genau das tun, und dass diese subjektive Einschätzung faktische Bedeutung hat.“

Detlev Corsepius; 23.11.2006



10 Jahre Tumor Zentrum Berlin

Herzlichen Glückwunsch zu
10 Jahren erfolgreicher Arbeit
und weiterhin viel Erfolg