

360° Onkologie 11

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 11 | September 2020

WISSEN AUS ERSTER HAND

Krankenhausplanung

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Planen – jetzt aber wirklich!

Eigentlich sollte es einfach sein: Krankenhäuser behandeln nur die Erkrankungen, für die sie personell und technisch qualifiziert sind – und Patient*innen mit komplexen Erkrankungen wie etwa Krebs werden ausschließlich in solchen Krankenhäusern behandelt. Die Zahl der Erkrankten bzw. die Erfahrung mit ihrer Behandlung spielt bei der Planung eine wesentliche Rolle. Epidemiologisches Basiswissen ist dabei eine entscheidende Voraussetzung: So gibt es zum Beispiel pro Jahr knapp 70.000 Neuerkrankungen an Brustkrebs (also 85 pro 100.000 Einwohner*innen), 60.000 an Darm- oder Prostatakrebs (70/100.000) und 20.000 an Pankreaskrebs (25/100.000).¹

In der Realität mangelt es der deutschen Krankenhaus- und Versorgungslandschaft an einer gezielten Planung: De facto kann jedes Krankenhaus alles behandeln, es gibt keine Versorgungssteuerung, etwa hin zu spezialisierten Zentren. Stattdessen werden selbst komplexeste Eingriffe in viel zu vie-

len (kleinen) Krankenhäusern durchgeführt. Als Resultat zeigt sich eine deutlich höhere bevölkerungsbezogene Krebssterblichkeit als im Durchschnitt westeuropäischer Länder.² An fehlenden Krebszentren kann es jedenfalls nicht liegen, denn die Abdeckung ist für manche Entitäten flächendeckend sogar sehr gut.³ Brustkrebszentren sind etwa für 84 Prozent der über 18-jährigen Frauen innerhalb von 30 Minuten erreichbar.⁴

Dabei muss diskutiert werden, inwiefern bei der Erreichbarkeit spezialisierter Krebszentren die gleichen Maßstäbe anzusetzen sind wie bei Krankenhäusern der Grundversorgung. Warum braucht Wiesbaden drei Brustkrebszentren für unter 300.000 Einwohner, also für eine Neuerkrankung pro Werktag? Und Dortmund oder Düsseldorf je vier Darmkrebszentren für eine Neuerkrankung pro Tag? Und Dresden oder Frankfurt/Main sogar je drei Pankreaskrebszentren?⁵ Inwiefern das Vorhalten solch spezialisierter Strukturen in diesem

Umfang tatsächlich angemessen ist und ob ihre Verteilung nicht besser am Versorgungsbedarf ausgerichtet werden sollte, muss auch in Anbetracht der jährlichen Mehrkosten im Vergleich zur nicht zertifizierten Standardbehandlung zwischen

Inhalt

Titelthema	
Planen – jetzt aber wirklich!	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Qualitätsbasierte Klinikreform – ein Muss	4
Steuern und verbessern – ein Interview mit C. Veit, IQTIG, und S. Wesselmann, DKG	5
Herausforderung Pflegebudgets	6
Engpässe in der Krebsversorgung vermeiden	7
Welche Krankenhäuser brauchen wir?	7
DKG Spezial/Impressum	8

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin

bruns@krebsgesellschaft.de



© Georg Koithner

Liebe Leserinnen und Leser,

erst im letzten Jahr mahnte ein vom Land Nordrhein-Westfalen (NRW) in Auftrag gegebenes Gutachten an, dass sich die Krankenhäuser im Land zu wenig an den tatsächlichen Bedarfen und der Behandlungsqualität orientierten. Auf Basis dieser Analyse stößt das Land NRW derzeit die wohl größte Reform der Krankenhausplanung seit Jahrzehnten an.

In der Entwicklung der Behandlungsqualität verfügt die Deutsche Krebsgesellschaft über vielfältige Erfahrung. Mehr als 1.000 Zentren tragen ein DKG-Zertifikat – sie unterwerfen sich bestimmten Struktur- und Prozessvorgaben auf der Basis aktueller medizinischer Evidenzen. Beim Aufbau dieses auf Freiwilligkeit beruhenden Systems ging es mitnichten um den Entwurf eines Instruments zur Versorgungssteuerung. Dennoch liefert die Zertifizierung Daten, die mit denen der klinischen Krebsregistrierung verbunden und zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung herangezogen werden können.

Wie steht es um die Krankenhausplanung in Deutschland? Ich freue mich, wenn wir mit diesem Thema Ihr Interesse wecken. Schreiben Sie mir, wenn Sie Anregungen, Kommentare oder Kritik haben. Eine Infografik und ein ergänzendes Videointerview finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie.

Beste Grüße

Dr. Johannes Bruns

200.000 Euro für ein Organkrebszentrum und 10–11 Mio. Euro für ein onkologisches Spitzenzentrum thematisiert werden.⁶

Auch die Vermutung, Krebspatient*innen würden in Deutschland zu wenig stationär behandelt, bestätigt sich nicht. Denn jeder neue inzidente Krebsfall („Primärfall“ in der Terminologie der Deutschen Krebsgesellschaft) wird in Deutschland im Schnitt viermal stationär behandelt, im EU-12-Schnitt jedoch nur zweimal.⁷ Statt über „stationäre Fälle“ zu reden, sollten vielmehr Patient*innen die Grundlage für eine zielführende Krankenhausplanung bilden. Für eine bundesweite Planung könnten etwa die vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Angaben zur Krebsinzidenz genutzt werden.

Dass trotz der guten Abdeckung immer noch allzu viele Patient*innen außerhalb spezialisierter Zentren behandelt werden, resultiert möglicherweise auch aus der Unwissenheit von Betroffenen (und Einweisern), was die Auswahl des geeig-

neten Krankenhauses angeht. So zeigen diverse Studien, dass öffentlich berichtete Qualitätsdaten von Krankenhäusern nur selten zur Auswahl des geeigneten Krankenhauses genutzt werden, was u. a. auch mit einer Überforderung angesichts der Masse an Qualitätsinitiativen mit zum Teil widersprüchlichen Aussagen zusammenhängt.⁸ Bei der Auswahl des Krankenhauses kommt, wie gesagt, erschwerend hinzu, dass jedes Krankenhaus Krebspatient*innen behandeln darf – auch wenn es die personellen oder technischen Voraussetzungen dafür nicht erfüllt. Dass eine im ganzen Land vergleichbare Behandlungsqualität für alle Krebspatient*innen so nicht sichergestellt werden kann, ist augenscheinlich. Hier muss der Gesetzgeber zwingend nachbessern und die Behandlung komplexer Krankheitsbilder auf spezialisierte Zentren beschränken. Auch den Erkrankten würde es helfen, wenn sie sich in der ohnehin schon belastenden Situation ohne lange Recherchen darauf verlassen können, die bestmögliche Behandlung im nächstgee-

gen spezialisierten Zentrum zu erhalten. Der in 2008 formulierte Nationale Krebsplan hat bereits viele der genannten Aspekte aufgegriffen und z. T. vielversprechende Lösungsansätze genannt – an der Umsetzung mangelt es jedoch bisher in vielen Punkten.⁹ Hier könnte das Nachbarland Dänemark durchaus als Vorbild fungieren: Dort konnte die Krebsversorgung bei damals gleichen Ausgangsbedingungen drastisch umstrukturiert und die Behandlungsqualität so verbessert werden. Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine gezielte und konsequente Versorgungssteuerung durch eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung dazu beitragen könnte, die Qualität zu verbessern und deren Variation zu minimieren.

1–9: Die Referenzliste zu diesem Beitrag finden Sie unter <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrtl/deutsche-krebsgesellschaft/gesundheitspolitik/360-grad-onkologie.html>.

Prof. Dr. Reinhard Busse und Elke Berger, MPH
TU Berlin
rbusse@tu-berlin.de

Nachgefragt



Kontakt: Ulrike Elsner
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
presse@vdek.com

... bei den Krankenkassen

Eine patientenzentrierte Krankenhausversorgung braucht eine aktive, an Qualitätskriterien orientierte Versorgungsplanung der Bundesländer. Das Instrument der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollte obligatorisch in der Krankenhausplanung angewendet und auf alle Bereiche der Krankenhausversorgung ausgeweitet werden. Ansonsten besteht das Risiko, dass sich Krankenhausstrukturen primär an wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausträger orientieren und weniger an Versorgungs- und Qualitätserfordernissen. Eine gute Versorgungsqualität braucht Be-

handlungsteams mit ausreichender Expertise sowie ausreichende Fallzahlen. Die hochspezialisierte Versorgung sollte deshalb an ausgewählten Zentren konzentriert werden. Umfragen zufolge nehmen Betroffene für eine gute Qualität längere Fahrtwege in Kauf. Bei Akutfällen muss der Rettungsdienst helfen, Distanzen zu überwinden. Gerade die Onkologie, gekennzeichnet durch eine enge Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer, ist Vorreiter für zentralisierte und vernetzte Versorgungsstrukturen. Diese Ansätze sind eine Blaupause für andere Fachgebiete.

Ulrike Elsner, vdek, Berlin



Kontakt: Georg Baum
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
presse@dkgev.de

... bei der Krankenhausgesellschaft

Krankenhausplanung ist Aufgabe der Länder. Das soll auch weiter so bleiben, denn nur die regionale Perspektive kann die medizinische Leistungsvorhaltung bedarfsgerecht organisieren. Wir plädieren für eine Stärkung der Rolle der Krankenhausplanung der Länder. Nicht um den Krankenhäusern innerhalb von deren Versorgungsaufträgen Detailvorgaben zum zulässigen Leistungsspektrum zu machen, sondern um im Rahmen einer regionalen Versorgungsstufenkonzeption das Zusammenwirken der Krankenhäuser in Netzwerken weiterzuentwickeln und dabei die vertragsärztliche

Versorgung einzubeziehen. Entsprechende Investitionsmittel müssen von den Ländern bereitgestellt werden. Stärkung der Planung der Länder in diesem Sinne bedeutet aber auch die Hinterfragung von struktursteuernden Vorgaben aus der Bundesgesetzgebung und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Länder müssen Möglichkeiten haben, G-BA-Vorgaben zu Zentren, Mindestmengen, Qualitätsindikatoren und der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ihren Konzepten anzupassen. Unser Credo: Weniger Bundeszentralisierung – mehr regionale Netzwerkorientierung.

Georg Baum, Deutsche Krankenhausgesellschaft



Kontakt: Prof. Dr. Alexander Geissler
Universität St. Gallen
alexander.geissler@unisg.ch

... bei einem Experten

In der Krankenhausplanung wurde bislang versäumt, das Leistungsangebot regional bedarfs- und qualitätsorientiert zu steuern. Daher ist ein grundlegender Paradigmenwechsel notwendig, wie zuletzt in einem Gutachten für das Land Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Dem neuen Planungsansatz liegt eine detaillierte, medizinisch-hierarchisch aufgebaute Leistungsgruppensystematik zugrunde. Diese ist essenziell für eine transparente Bewertung der aktuellen Versorgungssituation und eine differenzierte Bedarfsprognose. Darauf aufbauend sieht der Ansatz für jede Leistungsgruppe

Qualitätsvorgaben vor, die für die Vergabe von Versorgungsaufträgen verbindlich sind und bestimmte Kriterien erfüllen: Sie müssen relevant für und verknüpfbar mit der Leistungsgruppe sein, standardisiert erhoben werden können, kontrollierbar, sicher messbar und durch das Krankenhaus beeinflussbar sein sowie Fehlanreize vermeiden. Diese Kriterien treffen vor allem auf Struktur- und ausgewählte Prozessvorgaben zu. Ebenso sind für einzelne Leistungsgruppen Mindestfallzahlen möglich. Es wird spannend sein, zu beobachten, in welchem Umfang das Land NRW diesem Ansatz folgt.

Prof. Dr. Alexander Geissler, Universität St. Gallen

Qualitätsbasierte Klinikreform – ein Muss

Die Diskussion über Lehren aus der COVID-19-Pandemie wird überall geführt, die daraus abgeleiteten Forderungen für die Zukunft unterscheiden sich aber erheblich. Eine Ursache dafür sind die unterschiedlichen Prämissen, ohne deren Betrachtung die einzelnen Analysen und Vorschläge schwer einzuordnen sind. Dieser Beitrag basiert auf dem Grundsatz, dass sich die Anforderungen an die Krankenhausstruktur in einer normalen Versorgungssituation deutlich von denen in einer Krisensituation unterscheiden. Doch was genau können wir aus der Pandemie lernen?

Die bekannten Herausforderungen für die normale Versorgungssituation der Kliniken – Zentralisierung von Krankenhausleistungen, Beseitigung der Investitionslücke und strukturell bedingter Personalmangel – gelten unverändert. Die Pandemie verdeutlicht allerdings den strukturellen Nachholbedarf in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Für den Krankenhausbereich lassen sich insbesondere folgende Lehren ziehen:

- Zum Erhalt der Liquidität ist eine auskömmliche Klinikfinanzierung ein wichtiges Element. Selbstkostendeckung darf kein Tabu sein.
- Für die Finanzierung des Katastrophenschutzes sind Bund und Länder zuständig. Die Mehrkosten dürfen schon aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden, aber auch weil die private Krankenversicherung am Fonds nicht beteiligt ist.
- Abrechnungsprüfung sowie Personal- und Qualitätsvorgaben können in Krisensituationen ausgesetzt werden, Kodierung und Datenübermittlung hingegen nicht. Gerade in der Krise ermöglichen sie den Überblick über Versorgungssituation und Kapazitäten.
- Für das Monitoring der aktuellen Krisensituation war die Beschränkung auf COVID-19-Fälle unzureichend – weil die Krankenhausversorgung auch für andere Krankheiten, wie dringende Karzinombehandlungen, aufrechterhalten werden muss. Daher muss die gesamte Belegung von Krankenhäusern transparent

sein. Eine entsprechende bundesweite Dateninfrastruktur sollte im Bedarfsfall aktiviert werden können.

In einer normalen Versorgungssituation kann jedoch Selbstkostendeckung für Krankenhäuser keine Option sein – zumindest wenn die Quote der Sozialbeiträge nicht weit über 40 Prozent ansteigen soll. Ebenso müssen die Zentralisierung der Krankenhäuser und die Ambulantisierung stationärer Leistungen schon aufgrund der Personalsituation energisch weiterverfolgt werden. Ergänzend sollten verbindliche Regelungen für die Vorratshaltung von Schutzkleidung, regelmäßig zu aktualisierende Pandemiepläne und Pläne für die Zuschaltung von Reservekapazitäten erstellt werden, um künftig besser vorbereitet zu sein.

Das Zukunftsprogramm des Bundes setzt richtige Impulse. Die Mittel aus dem Programm sollten allerdings zielgerichtet eingesetzt werden und nur in den mittelfristig bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ankommen. Drei Milliarden Euro können in Verbindung mit dem bestehenden Strukturfonds die Investitionslücke im Krankenhausbereich ungefähr schließen. Doch die Investitionslücke muss dauerhaft geschlossen werden. Die Schwerpunkte Notfallversorgung und digitale Infrastruktur zur Optimierung der Abläufe sind inhaltlich korrekt. Ein sinnvoller Ressourceneinsatz ist nur möglich mit Ansätzen, wie im nordrhein-westfälischen Krankenhausgutachten beschrieben, durch die rasche Umsetzung ernsthafter Mindestmengen- und Strukturvorgaben und durch eine wirkungsvolle Ambulantisierung stationärer Leistungen. Eine Gießkannenförderung für alle Kliniken ohne qualitätsorientierte Reform der Krankenhausstrukturen würde ohne positive Effekte für die Krankenversorgung versickern.

Dr. Jürgen Malzahn

AOK-Bundesverband, Berlin
juergen.malzahn@bv.aok.de



360°-Interview: Steuern und verbessern

2016 machte der Gesetzgeber Qualitätsergebnisse erstmals zu einem Kriterium der Krankenhausplanung. Seit 2017 liefern Krankenhäuser auf der Grundlage des Krankenhausstrukturgesetzes quartalsweise Daten für insgesamt elf planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen*, *Geburtshilfe* und *Mammachirurgie*. Auch die Deutsche Krebsgesellschaft befasst sich seit Jahren mit der Qualität der Krankenversorgung und nutzt dabei Qualitätsindikatoren (QIs). Im Interview diskutieren Dr. Simone Wesselmann, Bereichsleiterin Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft, und Dr. Christof Veit, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), über ihre Erfahrungen.

Herr Dr. Veit, welche Anforderungen werden an planungsrelevante Qualitätsindikatoren gestellt?

Veit: Sie müssen ein klares, evidenzbasiertes Qualitätsziel haben, das patientenzentriert ist, im medizinischen Alltag erfüllt werden kann, zuverlässig messbar ist und Versorgungsmängel adressiert. Diese Eigenschaften erfüllen auch Qualitätsindikatoren, die sich aus den Richtlinien zur Strukturqualität gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und aus den Mindestmengenregelungen (Mm-R) gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V ergeben. Allerdings sah man von der Einführung solcher Qualitätsindikatoren erst einmal ab, weil die primären Regelungen vorsehen, dass eine Einrichtung ohnehin nur in der Patientenversorgung tätig sein darf, wenn sie die Anforderungen an die Strukturqualität und die Einhaltung der Mindestmengen erfüllt. Eine nochmalige Prüfung in einem nachgeschalteten QS-Verfahren wäre eine unnötige Doppelung.

Frau Dr. Wesselmann, die zertifizierten Zentren müssen ebenfalls Qualitätsindikatoren erfüllen.

Wesselmann: Richtig, die Anforderungen, die Herr Veit nennt, gelten im

Prinzip auch für unsere Qualitätsindikatoren. Allerdings werden im Verlauf einer Krebserkrankung meist mehrere Behandlungsmethoden angewendet. Deshalb sind unsere QIs so gewählt, dass sie mehrere Stellschrauben im Verlauf der Erkrankung abbilden. Ein Beispiel: Für die Zertifizierung von Brustkrebszentren werden insgesamt 23 QIs abgefragt, von der Vorstellung der Patientinnen vor dem Tumorboard bis hin zur Therapie der axillären Lymphabflussgebiete in bestimmten Stadien. Demgegenüber stehen drei planungsrelevante QIs, die die Mammachirurgie betreffen. Aus unserer Sicht reicht, zumindest bei komplexen Erkrankungen wie Krebs, die Konzentration

von Sanktionen bei fortbestehenden Mängeln. In vielen Bereichen sehen wir über die Jahre deutliche Erfolge, z. B. im Bereich der neonatalen Versorgung oder bei der präoperativen Verweildauer von Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur, die bundesweit signifikant verringert werden konnte. Bei manchen Qualitätsindikatoren kommt die Verbesserung nur schleichend voran, bei anderen stellt man eine stabile Versorgungsqualität auf hohem Niveau fest.

Wesselmann: Wir konnten für einige Indikationen zeigen, dass die Qualitätsindikatoren gut geeignet sind, um Maßnahmen, die in der Leitlinie als ent-



auf eine einzige Maßnahme nicht aus, um die Qualität einer Einrichtung hinreichend zu erfassen.

Was haben die QIs für die Qualität gebracht? Sehen Sie Erfolge?

Veit: Unsere Qualitätsindikatoren beschreiben, ob erwartbare Versorgungsstandards in der Prozess- und Ergebnisqualität von den einzelnen Einrichtungen eingehalten werden oder nicht. Bei Mängeln ergreifen die Einrichtungen selbst Gegenmaßnahmen, ggf. im Dialog mit den Institutionen der externen Qualitätssicherung und bisweilen unter Andro-

scheidend für das Behandlungsergebnis genannt sind, tatsächlich besser in der Versorgung zu etablieren.

Trotzdem werden in Deutschland noch immer onkologische Erkrankungen an Kliniken behandelt, die nicht darauf spezialisiert sind. Haben wir zu viele Kliniken?

Wesselmann: Vieles spricht dafür, dass sich Häuser auf eine bestimmte Expertise konzentrieren und in diesem Bereich viele Fälle behandeln sollten. Beim Lungenkrebs etwa gehört die operative Entfernung des Tumors zu den wichtigen

Behandlungsschritten. 56 Prozent dieser anatomischen Lungenresektionen wurden 2018 in 51 Kliniken mit mehr als 75 Resektionen jährlich durchgeführt. Die restlichen 44 Prozent der Resektionen verteilen sich auf 260 Kliniken mit weniger als 76 Resektionen im Jahr. In den Häusern mit weniger als 75 Eingriffen pro Jahr beträgt die Krankenhausletalität nach dieser Maßnahme 3,7 Prozent, also deutlich mehr als in großen Zentren, die eine Sterblichkeit von 2,4 Prozent ausweisen. Es gibt also einen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsvolumen und der Hospitalletalität.

In Zeiten der Coronapandemie argumentieren viele gegen eine Konzentration der Krankenhauslandschaft. Wie sehen Sie das, Herr Veit?

Veit: Es kommt nicht per se auf eine Konzentration der Krankenhauslandschaft an, sondern auf eine sinnvoll abgestufte Verteilung der Versorgung in einem Netz von Einrichtungen. Wohnortnähe ist ein wichtiger Aspekt, aber bei bestimmten, schwerwiegenden Erkrankungen und bei besonderen Risiken kann es geboten sein, sich in die Hände von Versorgern zu begeben, die

über eine entsprechend große Erfahrung, gute Ausstattung und nachweislich gute Ergebnisse in der Prozess- und Ergebnisqualität verfügen, wozu auch eine gute Patientenzentrierung gehört. Wir benötigen noch sehr viel mehr als bisher ein arbeitsteiliges Gesundheitswesen, in dem jede Einrichtung in ihrem Versorgungssegment – von der Grundversorgung über spezialisierte Angebote bis hin zur Maximalversorgung – hervorragend ausgestattet, erfahren und qualitativ hochwertig ist.

Herausforderung Pflegebudgets

Seit 2020 wird im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes das Pflegepersonalbudget unabhängig von den DRGs krankenhausesindividuell gebildet. Im Zusammenhang mit der Festschreibung des Budgets für die Finanzierung von Pflegestellen ist dies eine Rückkehr zum Prinzip der Kostendeckung und im Grundsatz richtig. So soll dem seit Einführung der Fallpauschalen sinkenden Pflegekostenanteil innerhalb der DRGs und der im europäischen Vergleich in Deutschland besonders schlechten Pflegepersonalausstattung entgegengewirkt werden.

Positiv an diesem Ansatz des Pflegebudgets ist, dass Mittel nicht mehr zweckentfremdet werden dürfen, zum Beispiel für ärztliches Personal, Medizintechnik oder sonstige Finanzlücken. Gleichzeitig führt dies in vielen Einrichtungen zu einer Verschärfung der finanziellen Situation. Die Herausforderung besteht nun darin, den Budgetbedarf festzulegen. Hierbei sind aus meiner Sicht zwei Punkte besonders wichtig:

– Einführung eines am Versorgungsbedarf ausgerichteten Personalbemessungsinstruments als Grundlage für die Berechnung des erforderlichen Budgets. Die von der Deutschen Krankenhausgesell-

schaft, ver.di und Deutschem Pflegerat aktualisierte Pflegepersonalregelung PPR 2.0 verbessert die Abbildung der Leistungen im Bereich der speziellen Pflege (delegierte ärztliche Tätigkeiten) und besonders aufwendige Leistungen (neue S4-Stufe), wovon die Onkologische Fachpflege profitieren könnte.

– Durch Strukturvorgaben im Rahmen der Zertifizierung (OnkoZert) könnten die

Möglichkeiten der Kostendeckung genutzt und die Personal- und Qualifikationsvorgaben weiterentwickelt werden.

Gelingt die Umsetzung beider Punkte, kann das Pflegebudget zur Verbesserung der Onkologischen Fachpflege beitragen.

Prof. Dr. Patrick Jahn

Universitätsklinikum Halle
patrick.jahn@uk-halle.de



Engpässe in der Krebsversorgung vermeiden

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie haben sich in Deutschland mehr als 250.000 Menschen mit dem Coronavirus infiziert; mehr als 9.400 Infizierte starben. Die Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung von Krebspatient*innen sind leider nicht zu übersehen. Dringliche Behandlungsmaßnahmen wurden während des Lockdowns in den Monaten März bis Mai zwar weiter durchgeführt, weniger Dringliches – laut einer Auswertung von AOK-Kassendaten schätzungsweise 50.000 Krebsbehandlungen – dagegen aufgeschoben. Verschobene Behandlungen, die mit einem Schlag dringlich werden, können zu Versorgungsengpässen führen. Abgesehen davon verschlechtert sich möglicherweise die Prognose der Betroffenen, wenn ihre Erkrankung erst in einem fortgeschritteneren Stadium diagnostiziert wird. Immerhin erkranken jährlich in Deutschland 500.000 Menschen neu an Krebs und die Zahl derer, die mit Krebs leben, wird auf 3,5 Mio. geschätzt.

Um vorhandene Behandlungskapazitäten optimal auszuschöpfen, sind gut koordinierte regionale Netzwerkstrukturen unabdingbar. Zukünftige Pandemiepläne

sollten dies unbedingt berücksichtigen. Darüber hinaus brauchen wir versorgungsnahe Daten, um mehr über regionale Unterschiede in der Versorgung zu erfahren. Die derzeit verfügbaren Datenquellen weisen Vor- und Nachteile auf: Klinische Krebsregister liefern zwar flächendeckend umfassende Versorgungsdaten, sind aber nicht für eine tagesaktuelle Auswertung konzipiert. Kassendaten sind rascher verfügbar, eignen sich jedoch nur bedingt für tiefergehende Analysen.

Stichprobenartige Erhebungen werfen Schlaglichter auf die stationäre Versorgung, nicht aber auf die ambulante. Umso wichtiger ist die retrospektive Aufarbeitung aller verfügbaren Daten, um künftig Versorgungskapazitäten besser planen zu können.

Prof. Dr. Olaf Ortmann

Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin
 olaf.ortmann@klinik.uni-regensburg.de



Welche Krankenhäuser brauchen wir?

Die Qualität der Behandlung steht in der Prioritätenliste der Betroffenen ganz weit oben. Viele wünschen sich eine Betreuung an Zentren, die die Qualität ihrer medizinischen Leistungen durch eine Zertifizierung belegen können. Dazu kommt der Bedarf nach der Absicherung einer Diagnose oder Therapieempfehlung durch eine zweite Meinung. Für eine belegbare hohe Versorgungsqualität werden auch weitere Anreisen zum Behandlungsort von im Mittel 130 bis 150 km akzeptiert, dies zeigen erste stichprobenartige Ermittlungen der Selbsthilfe.

Rein rechnerisch reichen für die Behandlung eines Prostatakarzinoms in Deutschland 15 Behandlungseinheiten aus. Doch

besonders bei häufigen Nachbetreuungen, bei wiederholten Untersuchungen oder wiederkehrenden Therapiesitzungen bevorzugen Patient*innen und Angehörige kürzere Fahrten zum Behandlungsort von max. 40 bis 60 km. Für die onkologische Versorgungspraxis bedeutet das: Wir brauchen eine überschaubare Anzahl von zertifizierten Organzentren bis hin zu „Comprehensive Cancer Centers“, die eine hohe Expertise in Diagnostik und Therapie haben sowie selbst forschen. Außerdem werden regional gut erreichbare Kliniken, Schwerpunktpraxen und Onkolog*innen benötigt, die in enger Zusammenarbeit mit den Zentren häufiger wiederkehrende Chemo- oder Strahlentherapien sowie die Nachbetreuung übernehmen können.

Zugleich fordern wir Betroffene aber auch deutliche Verbesserungen der aktuellen Pflegesituation. Aufgrund des Pflegenotstands leidet die pflegerische Versorgung unter hohem Zeitdruck, Patient*innen beklagen, dass sie dadurch unpersönlicher geworden ist, häufig entstehen dadurch Übermittlungsprobleme. Ohne motivierte und gut ausgebildete Pflegekräfte ist eine qualitativ hochwertige Krankenversorgung nicht möglich.

Ernst-Günther Carl

Bundesverband Prostatakrebs
 Selbsthilfe e.V., Bonn
 guenther.carl@prostatakrebs-bps.de

DKG-Spezial

Meldungen

Neuer Vorstand der DKG

Die Mitglieder der Delegiertenversammlung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) haben Professor Dr. Thomas Seufferlein zum Präsidenten der größten onkologischen Fachgesellschaft im deutschsprachigen Raum gewählt. Seufferlein löst Professor Dr. Olaf Ortmann vom Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg ab, der die DKG weiterhin als Vorstandsmitglied unterstützt. Darüber hinaus wählten die Delegierten der DKG Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf vom Universitätsklinikum Leipzig, Prof. Dr. Ullrich Graeven von den Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach und Prof. Dr. Frederik Wenz vom Universitätsklinikum Freiburg in den Vorstand der Fachgesellschaft.

Dr. Katrin Mugele

mugele@krebsgesellschaft.de



Finanzierung nicht gedeckt

Die Deutsche Krebsgesellschaft begrüßt den Einstieg der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die Regelfinanzierung der ambulanten Krebsberatung als

weiteren Meilenstein in der Umsetzung des Nationalen Krebsplans. Trotz neuer gesetzlicher Regelungen ist die Finanzierung dieses Bereichs weiterhin unzureichend – das mahnt die DKG anlässlich der vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Förderungsgrundsätze für die ambulante Krebsberatung an. Zwar finanziert die GKV rückwirkend zum Jahresanfang 40 Prozent der Kosten der in der Krebsberatung anfallenden Beratungsleistungen. Doch im Erstattungskatalog vorgesehen sind nur Beratungen bei psychischen Belastungen. Kosten für eine umfangreiche psychosoziale Beratung, die auch sozialrechtliche Unterstützung ermöglicht, sind hingegen auch jetzt nicht gedeckt. Da während der Erkrankungsphase oft psychische Belastungen und Probleme bei der Existenzsicherung auftreten, muss die Finanzierung der psychosozialen Beratungsleistungen in ganz Deutschland gesichert sein. Neben dem Anteil der GKV besteht Bedarf für den Einstieg der Rentenversicherung in die Finanzierung der Krebsberatungsstellen. Dafür ist eine gesetzliche Initiative des Bundesministeriums dringend notwendig.

Mirjam Einecke-Renz

renz@krebsgesellschaft.de

DKVF 2020

Der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung findet in diesem Jahr online statt. Die DKG ist in mehreren Sitzungen vertreten:

Medizinische Versorgung in der Onkologie

30. September 2020, 14.45–15.30 Uhr

Fachgesellschaften

1. Oktober 2020, 16.45–18.15 Uhr

<https://www.dkvf2020.de/de/programm.html>

Termine

Brennpunkt Onkologie, Berlin

17. November 2020

www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt.html

AIO-Herbstkongress, Berlin

19. bis 21. November 2020

www.aio-herbstkongress.de

Interdisziplinärer Kongress

Quality of Cancer Care 2021, Berlin

18./19. Februar 2021

www.qocc.de

Das Video zu dieser Ausgabe finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie



© Rapport Media GmbH

Impressum

Herausgeber

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin
Tel.: 030 3229329-0, Fax: 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Generalsekretär: Dr. Johannes Bruns
Vereinsregisternummer: VR 27661 B
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg
Umsatzsteuer-ID-Nummer: 27/640/57920

Redaktion

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Dr. Johannes Bruns (V. i. S. d. P.),
Dr. Katrin Mugele (Redaktion), Renate Babnik
(Gestaltung/Projektmanagement)

Druck

Druckerei Schöpfel GmbH
Carl-von-Ossietzky-Straße 57a, 99423 Weimar
Tel.: 03643 202296, Fax: 03643 202150
info@druckerei-schoepfel.de

Designkonzeption und Gestaltung

Federmann und Kampczyk design gmbh
www.federmann-kampczyk.de

Redaktionsschluss September 2020

Auflage 2.500

Bestellung/Abbestellung

www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie

ISSN 2510-4268