

# Qualitätsmanagement in der Onkologie

*Leistungsbilanz der Onkologischen  
Schwerpunkte Nordrhein 1996*

**Ein Beitrag der „Arbeitsgruppe Bilanz für die Onkologischen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein“\***

## Die OSP des Landesteils Nordrhein

Die Onkologischen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein (OSP) haben nach über 5jähriger Tätigkeit eine erfolgreiche Bilanz vorzuweisen. Insgesamt wurden bislang 113.335 Tumorfälle registriert. Allein im Berichtsjahr 1996 wurden 27.628 neu aufgetretene Fälle erfaßt. Etwa 85% dieser Patienten werden regelmäßig nachsorgt. Davon wurden über 142.000 Nachsorgekontakte durch die OSP initiiert.

Die einzigartige Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich erlaubt aufgrund der Organisationsstruktur der OSP Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung von Tumorpatienten in Diagnose, Therapie und Nachsorge durch umfassendes Monitoring des Krankheitsverlaufes.

Mit der Unterzeichnung einer Empfehlungsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe wurde Ende 1989 die Grundlage dafür geschaffen, daß 15 Onkologische Schwerpunkte gegründet werden konnten, die Tumorpatienten im Land Nordrhein-Westfalen in der Organisation der Nachsorge betreuen (davon acht im Landesteil Nordrhein und sieben in Westfalen-

Lippe). Zum ersten Mal wurden damit alle niedergelassenen Ärzte zusammen mit den Krankenhäusern in eine Organisationsstruktur für die Langzeitbetreuung von Tumorpatienten eingebunden. Organisatorisch wurde erstmals für ein ganzes Bundesland eine Flächendeckung gewährleistet.

Ziel der OSP ist es, für alle Tumorpatienten eine den Ansprüchen an die moderne Medizin gerecht werdende Therapie sowie prä- und posttherapeutische Betreuung unabhängig von Wohnort und regionalen Gegebenheiten zu gewährleisten.

Somit steht die Qualität der Versorgung der betroffenen Tumorpatienten ganz im Mittelpunkt. Es geht konkret darum, für jeden Patienten eine dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Betreuung in allen Phasen des Krankheitsverlaufes u.a. durch stetigen Wissenstransfer zu den betreuenden Ärzten sicherzustellen.

Inzwischen sind die acht Onkologischen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein, für die im vorliegenden Artikel die Jahresbilanz für das Berichtsjahr 1996 auszugsweise dargestellt wird, unverzichtbare Informationsdreh scheiben in allen Phasen der Versorgung onkologischer Patienten, von der Diagnostik über die Therapie bis hin zur Nachsorge und psychosozialen Betreuung. Sie repräsentieren ein gelunge-

nes Modell für die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor in Nordrhein-Westfalen.

## Arbeitsweise

Da die Primärtherapie onkologischer Erkrankungen überwiegend im Krankenhaus stattfindet, stammen die für die Gesamtheit des Krankheitsbildes initial wesentlichen Daten von dort.

Die Basisdokumentation wird vom Primärtherapeuten veranlaßt, der den Patienten über die organisierte Nachsorge im Onkologischen Schwerpunkt aufklärt, dessen Einverständnis einholt und die Modalitäten der vorgesehenen Nachsorgeuntersuchungen und -termine festlegt.

### ► Datenerfassung, Validität und Sicherung der Datenqualität

Die onkologischen Schwerpunkte im Landesteil Nordrhein versorgen insgesamt eine Bevölkerung von etwa 10 Millionen Einwohnern, wobei die Versorgungsbereiche der einzelnen Schwerpunkte unterschiedliche Größen aufweisen (zwischen 0,7 und 2,1 Millionen Einwohner). Anzustreben ist die Erfassung aller neu aufgetretenen Tumorerkrankungen im Einzugsbereich und die flächendeckende, wohnortnahe, qualitätsgleiche medizinische Versorgung.

Alle acht onkologischen Schwerpunkte im Landesteil Nordrhein verwenden einheitliche Erfassungsinstrumente und dasselbe Datenbanksystem („AKOS“). Die auf den standardisierten Dokumentationsbögen [1] enthaltene Information zu Erstdiagnose, Therapie, Nachsorge und Follow-Up wird in den Onkologischen Schwerpunkten von Ärzten gesichtet und nach Validierung (u.a. anhand von pathologischen Befunden) sowie Plausibilitätskontrollen und evtl. erforderlichen Rückfragen (direkt bei den meldenden Ärzten) in der Leitstelle eingegeben [2].

\* H.-Hubert Brenner (Onkologischer Schwerpunkt Düsseldorf, Mettmann, Neuss e. V.), Barthel Lovenfosse (Onkologischer Schwerpunkt Niederrhein e. V.), Axel-J. Müller (Onkologischer Schwerpunkt Köln e. V.), Manfred Sagner (Onkologischer Schwerpunkt Bergisch-Land e. V.) und Angela Spelsberg (Tumorzentrum Aachen e. V.)

60% der erwarteten 38.000 Fälle erfaßt.

Besonders bedeutsam für die Meldevollständigkeit sind die Abteilungen Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin, Chirurgie und Strahlentherapie. Ausbaufähig erscheint die Zusammenarbeit mit den klinischen Abteilungen für HNO und Dermatologie (Abbildung 4).

Abbildung 2 zeigt, daß etwa 50% der Neuerfassungen aus dem Jahr 1996 im selben Jahr diagnostiziert wurden. Insgesamt ist von einer Nachlaufphase von etwa 2 Jahren auszugehen.

Bei Betrachtung der Abweichungen der prozentualen Verteilung zwischen den OSP Nordrhein 1996 und dem Saarland 1992 (Abbildung 3), fällt auf, daß die OSP des Landesteils Nordrhein über 14% mehr Mammakarzinome und ca. 10% weniger Hauttumoren registrieren.

Insgesamt wurden im Jahre 1996 über 142.000 Nachsorgeaufforderungen von den OSP an die betreuenden Nachsorgeärzte verschickt. Im gleichen Zeitraum wurden mehr als 87.500 Nachsorgeberichte dokumentiert.

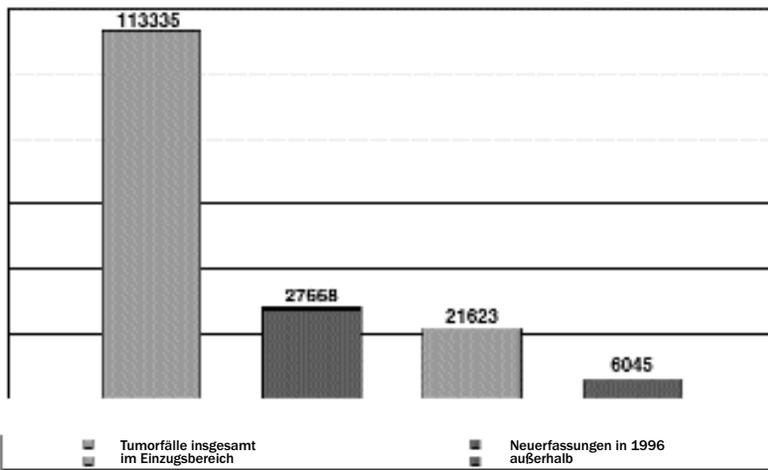
#### Diskussion

Nach fünfjähriger Aufbauarbeit sind die OSP des Landesteils Nordrhein in der Lage, eine Leistungsbilanz vorzulegen, die den Vergleich zu anderen Tumorregistern zuläßt. Hervorzuheben ist, daß die acht Onkologischen Schwerpunkte des Lan-

### Bilanz der Onkologischen Schwerpunkte Nordrhein 1996

Erfaßte Tumorfälle

Abb. 1



Als Indikatoren der Datenqualität werden u.a. regelmäßig der Anteil fehlender Daten (Missing Values), insbesondere fehlender Tumorstadien bei Diagnose sowie der Anteil der aus der Nachsorge herausgefallenen Fälle evaluiert.

Regelmäßige Unterweisungen in die Dokumentationspraxis werden von allen OSP in den Mitgliedskrankenhäusern und bei anderen interessierten Ärzten durchgeführt.

► *Datenanalyse für die Bilanz '96*  
Der Jahresbilanz liegen Daten zu folgenden Fragen zugrunde:

1. Meldevollständigkeit
2. Verteilung der Tumorerkrankungen
3. Demographische Charakteristika
4. Tumorstadien bei Diagnose
5. Häufigkeit von Rezidiven und Metastasen
6. Verteilung histologischer Klassifikationen
7. Verzahnung ambulanter und stationärer Bereich

Alle zum Berichtsjahr 1996 eingegebenen Dokumentationsbögen in den einzelnen OSP werden, bezogen auf den Wohnort des Patienten, analysiert nach Datum der Diagnose, Behandlung und Nachsorge. Eine zentral erstellte Datenbank-Abfrage wurde identisch in allen acht Onkologischen Schwerpunkten zum Datenretrieval eingesetzt.

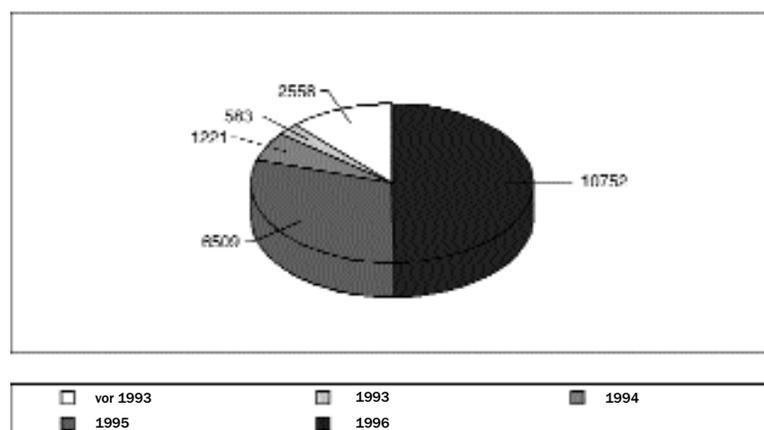
#### Ergebnisse Bilanz '96

Bis zum Ende des Berichtsjahres 1996 hatten die OSP des Landesteils Nordrhein nach einer mittleren Tätigkeitsdauer von 5 1/2 Jahren insgesamt über 113.000 Tumorpatienten registriert (Abbildung 1). Von diesen wurden 24,4% im Jahre 1996 neu aufgenommen. Im Einzugsbereich der OSP waren ca. 22.000 Tumorfälle zu verzeichnen. Die OSP sind zuständig für eine Bevölkerung von knapp 10 Mio. Einwohnern. Tabelle 1 zeigt den bevölkerungsbezogenen Erwartungswert der Tumorfälle unter der Annahme einer stabilen Inzidenzrate von 4%. Damit wurden über alle OSP gemittelt

### Bilanz der Onkologischen Schwerpunkte Nordrhein 1996

Neuerfassungen im Berichtsjahr 1996

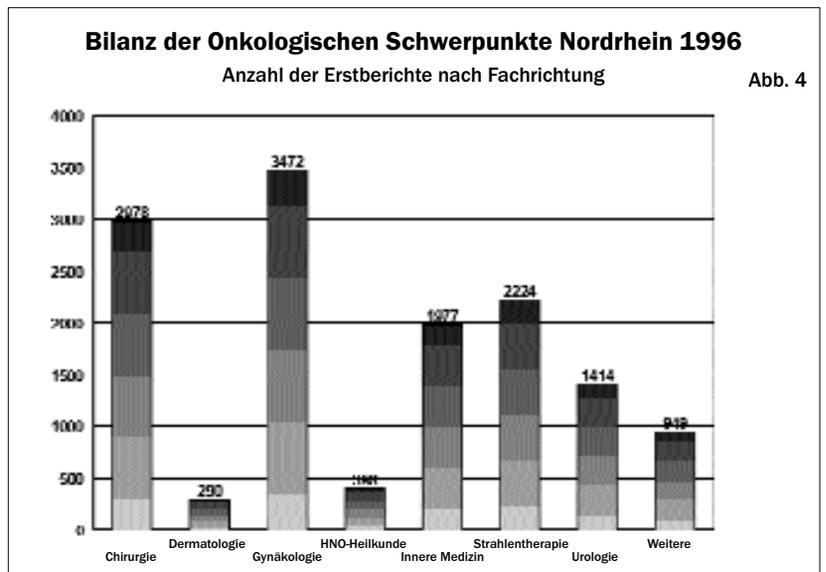
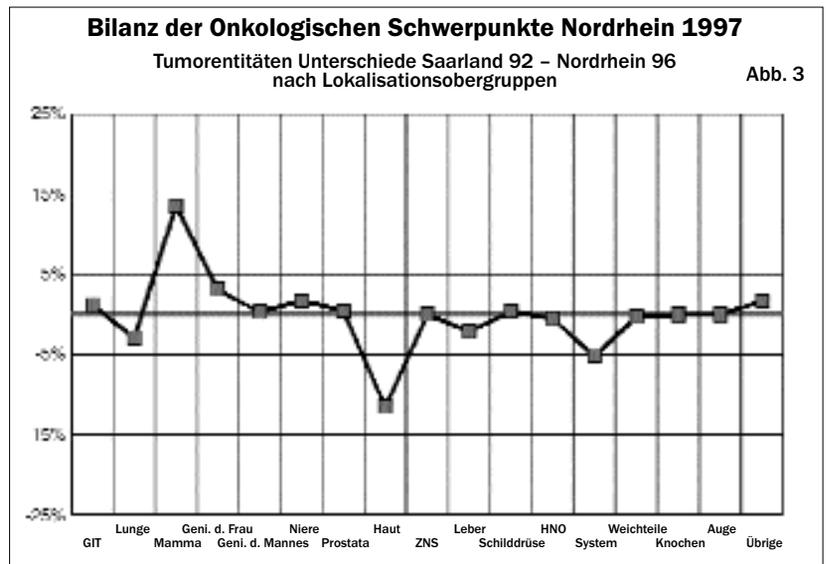
Abb. 2



desteils Nordrhein alle Versorgungsebenen umspannen und somit ambulante und stationäre Bereiche erfolgreich verzahnen. Krankenhäuser, Universitätskliniken und die niedergelassene Ärzteschaft sind an den OSP beteiligt. Die Nachsorgeorganisation ist die Aufgabe, auf deren Basis wesentliche Versorgungsdaten gewonnen werden können.

Wie der Vergleich zum Krebsregister Saarland [3], dem derzeit einzigen internationalen Standards genügenden epidemiologischen Krebsregister in der Bundesrepublik Deutschland, zeigt, ist die prozentuale Verteilung der registrierten Tumorarten durchaus repräsentativ für die Gesamtheit der Tumorfälle. Andere Nachsorgeleitstellen, wie z.B. in Niedersachsen und Bremen, weisen erheblich größere Abweichungen bei der Häufigkeit wichtiger Tumorarten wie z.B. Lungenkarzinom und Darmtumoren gegenüber dem Saarland auf [4]. Die in den OSP deutliche Überrepräsentation der Mammakarzinome findet sich auch in den niedersächsischen Nachsorgedaten. Die exzellente Mitarbeit der gynäkologischen Fachärzte in Krankenhäusern und niedergelassener Praxis liegt dem zugrunde. Zudem erhöht die relativ günstige Prognose des Mammakarzinoms und sein langer natürlicher Verlauf die Motivation zur Nachsorge, wohingegen Tumore mit schlechterer Prognose und ungünstigerem Verlauf den Nachsorgeleistern weniger häufig gemeldet werden (z.B. Pankreaskarzinome oder Lungenkarzinome).

Bezogen auf die Bevölkerung des Einzugsbereiches und aufgrund der dort erwarteten Tumorzinzidenz von 4% [5] kann gezeigt werden, daß ein-



zelne OSP schon derzeit eine hohe Erfassungsrate allein durch die Nachsorgetätigkeit erreicht haben (Tabelle 1). Deutlich ist die große Variabilität zwischen den einzelnen Schwerpunkten, die sicherlich auf die

unterschiedlich langen Tätigkeitszeiträume zurückzuführen ist. Zudem ist zu berücksichtigen, daß die OSP bislang keinen Zugang zu Leichenschauzeichen erhalten, einer wichtigen Datenquelle, auf die andere Krebsregister stets zurückgreifen können. Aufgrund der hohen Meldevollständigkeit und der inhaltsgleichen Angaben für ein epidemiologisches Krebsregister sollten die OSP in die Überlegungen für die Etablierung flächendeckender Krebsregister unbedingt einbezogen werden.

Mit der Publikation des Bilanzberichtes 1996 beginnen die acht Onkologischen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein mit der Umsetzung ihres Konzepts zum Qualitätsmanagement in der onkologi-

Tabelle 1

<b>Eckdaten der Onkologischen Schwerpunkt Nordrhein 1996</b>			
OSP	Bevölkerung	Tumorfälle	
		Erwartet	Beobachtet
Aachen	1.050.195	4.201	3.073
Bergisch-Land	667.419	2.670	1.694
Bonn	1.032.807	4.131	3.035
Düsseldorf	1.531.698	6.055	1.820
Duisburg	1.290.473	5.162	2.355
Köln	2.122.682	8.491	4.515
Linker Niederrhein	805.152	3.221	2.679
Ruhr	1.012.578	4.050	2.452
Gesamt	9.513.004	37.981	21.623

schen Versorgung. In Kooperation mit den meldenden Abteilungen und Ärzten erfolgt ein Informationsaustausch über Prognosefaktoren, Behandlungsmethoden und das Behandlungsergebnis, um dem betreuenden Arzt damit das Instrument zur Qualitätssicherung selbst in die Hand zu geben. Darüber hinaus dienen die onkologischen Schwerpunkte als Multiplikatoren von evidenzbasierten Leitlinien und Behandlungsstandards in der Onkologie gemäß den Empfehlungen der internationalen und nationalen Fachgesellschaften. Voraussetzung für dieses Qualitätsmanagement ist die Validität und Repräsentativität der erhobenen Daten, ihre Vollständigkeit und ihr Bevölkerungsbezug. Für bestimmte Tumorarten haben die OSP schon jetzt diese Voraussetzungen erreicht. Als Beispiel solcher Auswertungen werden die Onkologi-

schen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein demnächst Daten zum Mammakarzinom veröffentlichen.

#### 5. Literatur

- [1] Dudeck, J., Wagner, G., Grundmann, E., Hermenek, P.: Basisdokumentation für Tumorkranke; Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis 4., grundlegend revidierte Auflage: Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1994
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Nordrhein-Westfälischen Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Onkologischen Arbeitskreise in der GfBK: Empfehlungen zur Diagnose, Therapie und Nachsorge maligner Tumoren Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten e.V.: 1995
- [3] Statistisches Landesamt Saarland Morbidität und Mortalität an Bösartigen Neubildungen im Saarland Sonderheft 186: Statistisches Landesamt Saarland, 1994
- [4] Günther, B., et al.: Nachsorgeleitstellen in Niedersachsen; Jahresbericht 1992; Nachsorgeleitstelle Bremen; Statistische Aufbereitung für das Jahr 1992 KV Niedersachsen: 1992
- [5] Jensen, O.M., et al.: Cancer registration principles and methods IARC: Lyon; France, 1991

Sofort stellt sich die Frage, ob „teurere“ Medikamente immer den Mehrpreis wert sind, d.h. die Beschwerden schneller lindern, die Krankheitsdauer abkürzen und weniger unerwünschte Wirkungen (auch auf die Lebensqualität) haben. Die Umsatzzuwächse betreffen z.T. Arzneistoffgruppen, die erst kürzlich eingeführt wurden. Von ihnen gibt es, wenn überhaupt, nur wenige aussagekräftige kontrollierte Studien, die bewährte Arzneistoffe mit dem Neuen vergleichen. Sind die Hersteller nicht bereit, solche Studien zu finanzieren, müßten sie die Kassen durchführen lassen. Wahrscheinlich überträfen die Einsparungen die Förderungsmittel.

Die Presseerklärung gibt aber noch weitere interessante Einblicke: „Umsatzstarke Spezialpräparate mit geringen Verordnungsmengen, die fast ausschließlich für spezielle Indikationen im Rahmen besonderer therapeutischer Verfahren an ausgewählte Zentren eingesetzt werden, haben im Jahre 1996 einen Umsatz von knapp 1,5 Mrd. DM erreicht. Gegenüber dem Vorjahr liegt der Kostenzuwachs ... bei 1,3 Mrd. DM und erklärt somit zu einem großen Teil den Umsatzzuwachs im Gesamtmarkt in der Höhe von 1,6 Mrd. DM.“

Das zeigt eindeutig die Notwendigkeit, mit der GKV zu einer Sonderregelung für diesen Posten zu kommen. Aber auch außerhalb der „Spezialpräparate“ sind im laufenden Jahr Kostensprünge in Milliardenhöhe nicht auszuschließen, die zu Lasten des Honorars gingen. Würde nur die Hälfte der Hochdruckpatienten, wie gelegentlich für Neubehandlungen empfohlen, auf Angiotensinrezeptorenblocker oder Calcium-T-Kanalblocker umgestellt, wären bei Tagesbehandlungskosten zwischen zwei und vier DM die obengenannten Kostenzuwächse bald erreicht.

Fazit: Um unsere Patienten ausreichend und zweckmäßig mit Arzneimitteln zu behandeln, bedarf es nicht immer des Neuesten und Teuersten, wie uns die Herstellerverbände weismachen wollen. Wir brauchen aber neutrale Informationen, wann es notwendig ist und wann nicht. Die müssen wir uns selbst beschaffen und über die Kammerblätter und KV-Informationen allen Kollegen zugänglich machen.

#### KOMMENTAR

## Wer soll das bezahlen?

von Karl H. Kimbel

Der Karnevalsschlagler wird nicht nur durch die zunehmende Staatsverschuldung, sondern auch für uns Ärzte und unsere Patienten bald bitterer Ernst. Während bewußt wurde, daß jeder Fortschritt diagnostischer Techniken praktisch keine Einsparung bei bewährten Methoden bringt, hat die (Standes-)Politik die Folgen der Schubkraft arzneitherapeutischen Fortschritts noch nicht im vollen Umfang erkannt.

Dazu trägt nun auch die Zensur des „Arzneiverordnungs-Report“ 1997 bei, der die Vertragsärzte seit zwölf Jahren verlässlich über ihr Ordnungsverhalten informiert hat. Fast wäre es soweit gekommen, daß der Ärzteschaft dieses international hochgelobte und einzigartige Zahlenwerk weggenommen worden wäre, nur weil in Marginalien

dazu, die ohne Schaden entfallen könnten, Marktinteressen einiger Hersteller tangiert sein sollen. Inzwischen ist das Buch als „verfügbungsbeklagte Ausgabe“ mit geschwärtzten Passagen erschienen.

Einer der beiden Autoren gibt in einer Presseerklärung Einblicke in die Ordnungsproblematik des vergangenen Jahres: „Der Anstieg des Arzneimittelumsatzes im Gesamtmarkt um 4,8% auf 34,7 Mrd. DM (Rekordwert 1992: 33,5 Mrd.) beruht 1996 auf einem ungewöhnlich starken Wechsel hin zur Verordnung teurerer Medikamente (+6,7%), während die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen (-3,5%) deutlich rückläufig war. ... In drei Jahren sind die Einsparungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) somit vollständig aufgezehrt worden.“