

Anmerkungen zu(r) Realität(en)

D.Hölzel*

- 1. Realität der Versorgung Krebskranker**
- 2. Realität hinter Gesetzen und Verordnungen**
- 3. Realität der Versorgungsträger**
- 4. Realität der Gestaltungsträger**
- 5. Realität und Vision: So soll es weiter gehen!**

DRG und Onkologie 2005 So soll es weitergehen Berlin 18. und 19. Februar 2005

*D.Hölzel Klinikum Großhadern/IBE 81377 München e-mail: hoe@ibe.med.uni-muenchen.de Tel:089/7095-4486

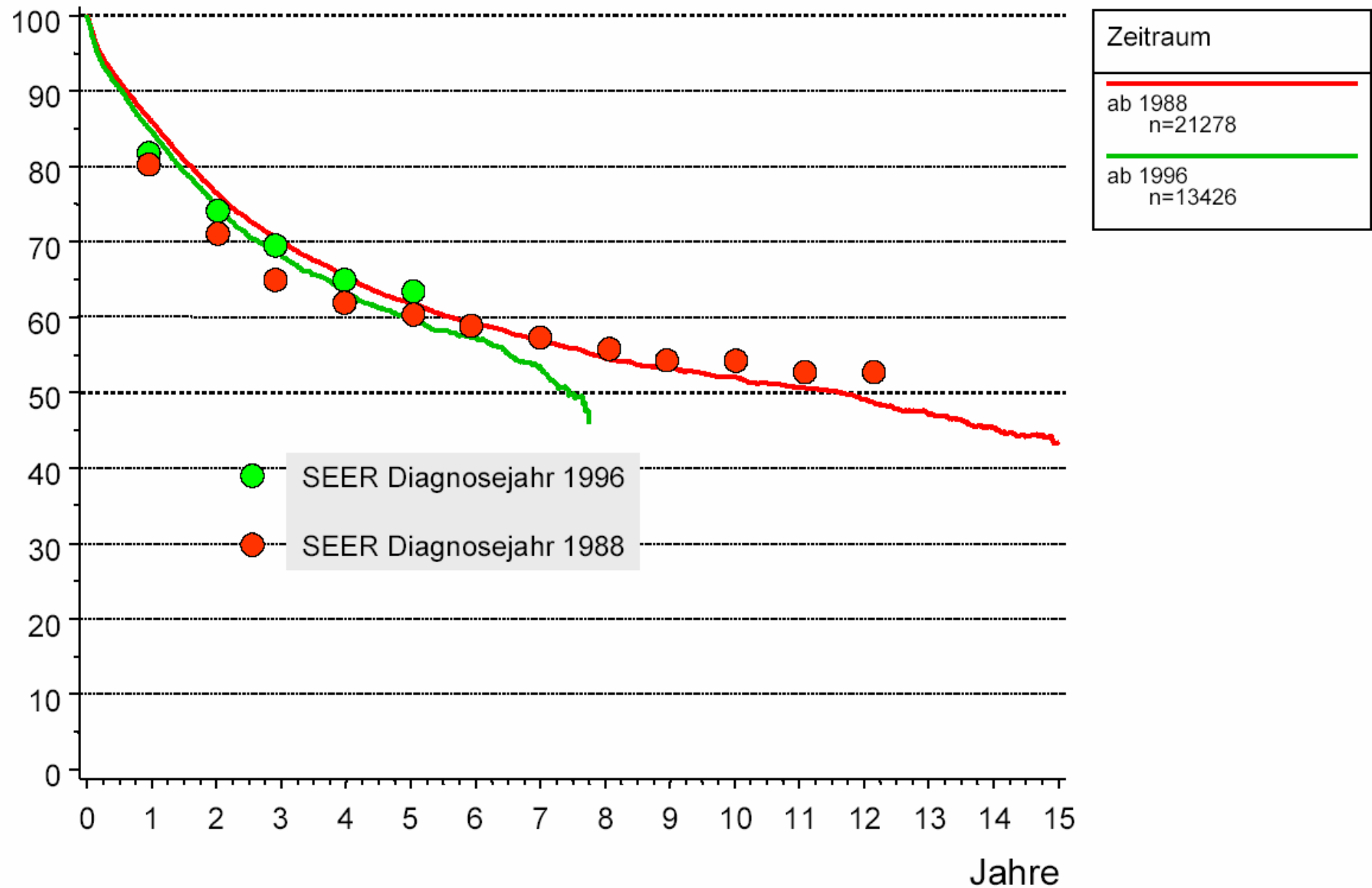
1. Realität der Versorgung Krebskranker

Über-, Unter-, Fehlversorgung?

Hat Deutschland eine Position in Schlusslichtnähe?

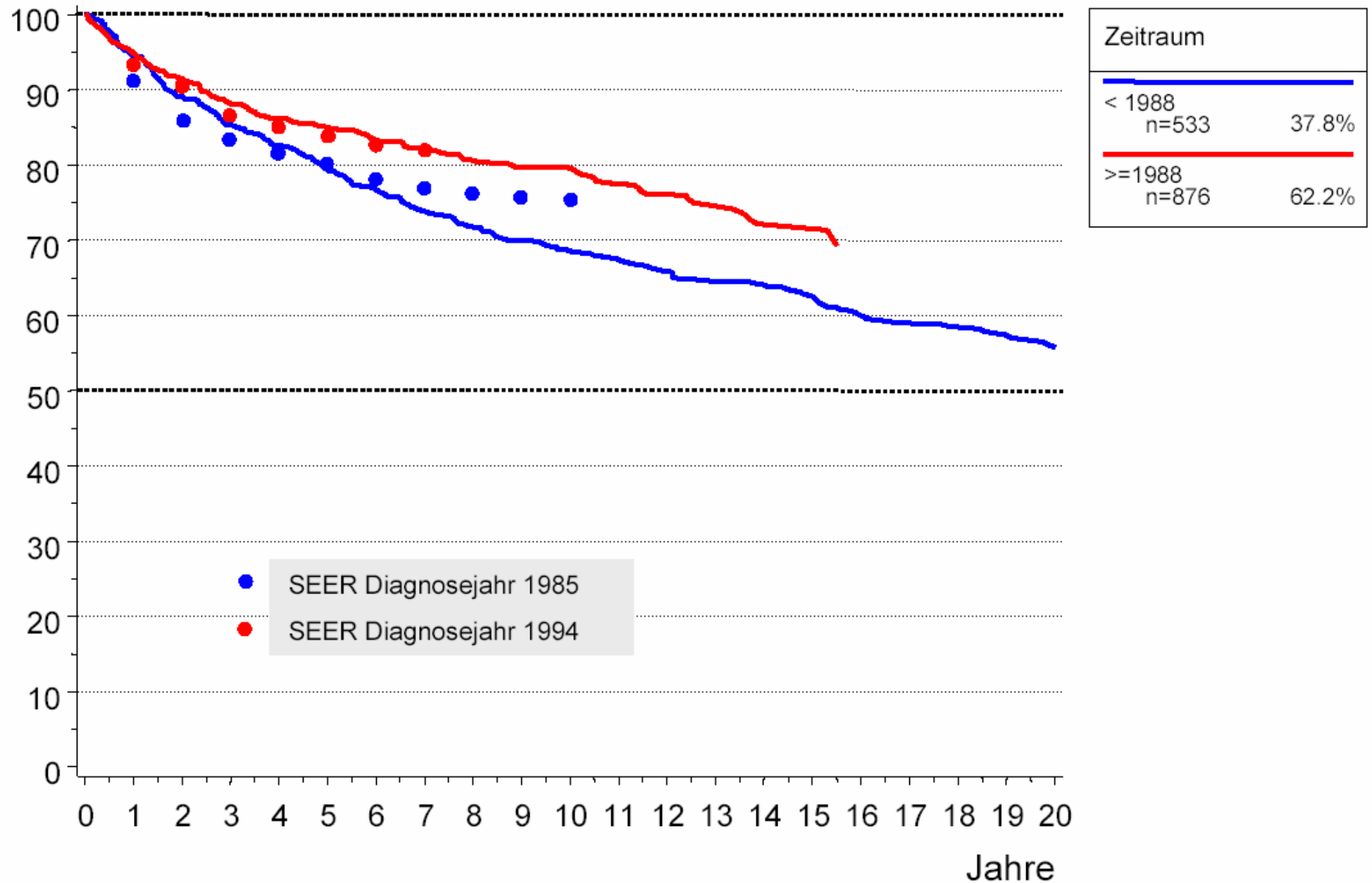
Tumorregister München: Kolorektales Karzinom

Abb.3: relatives Überleben nach Zeitraum für Kolon- und Rektumkarzinom Typ 2



Tumorregister München: Morbus Hodgkin

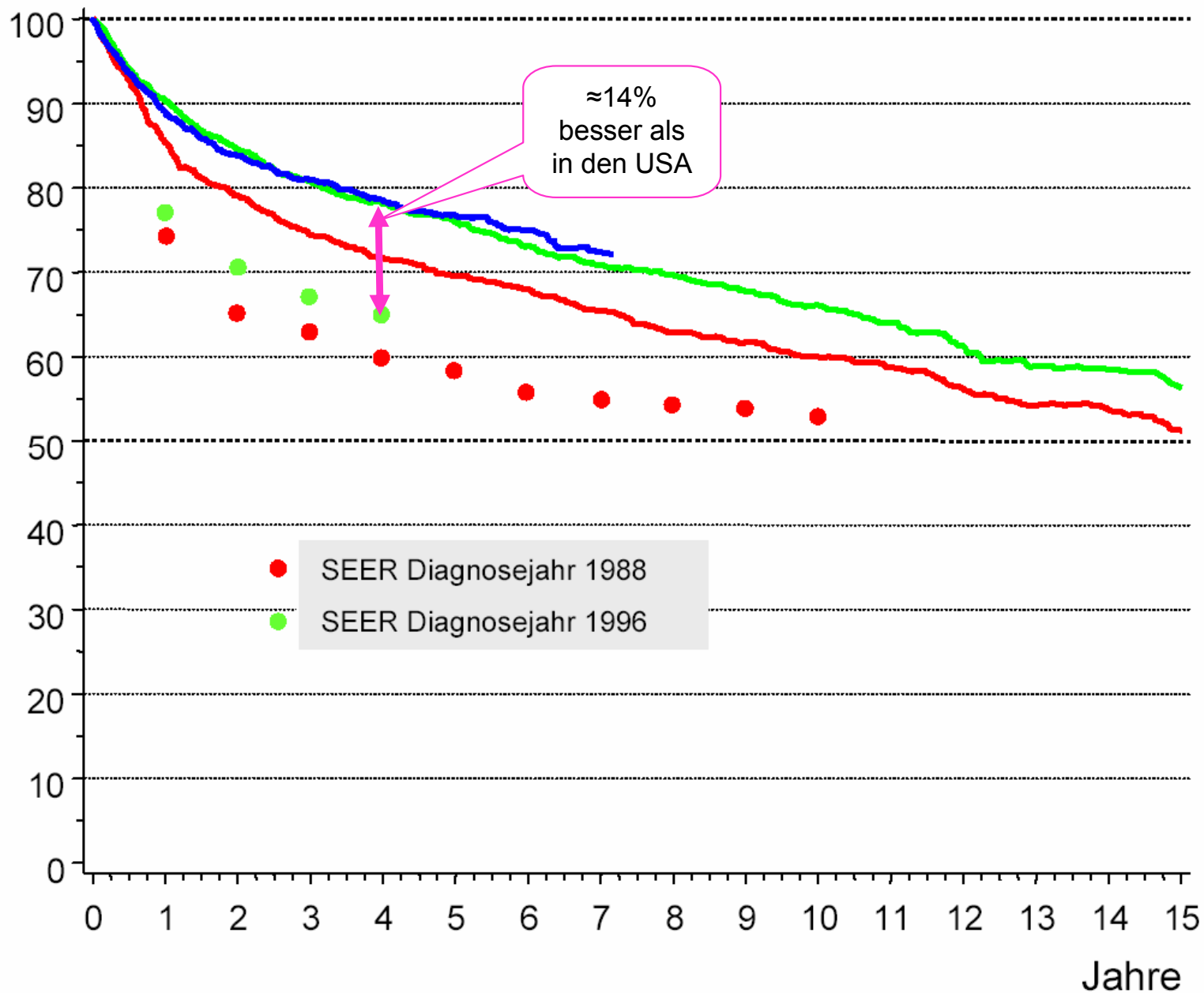
Abb.2: relatives Überleben nach Zeitraum vor und ab 1988 (n=1409) Typ 2



Tumorregister München: Nierenkarzinom

Abb. 3: relatives Überleben nach Zeitraum (n=6334) Typ 2

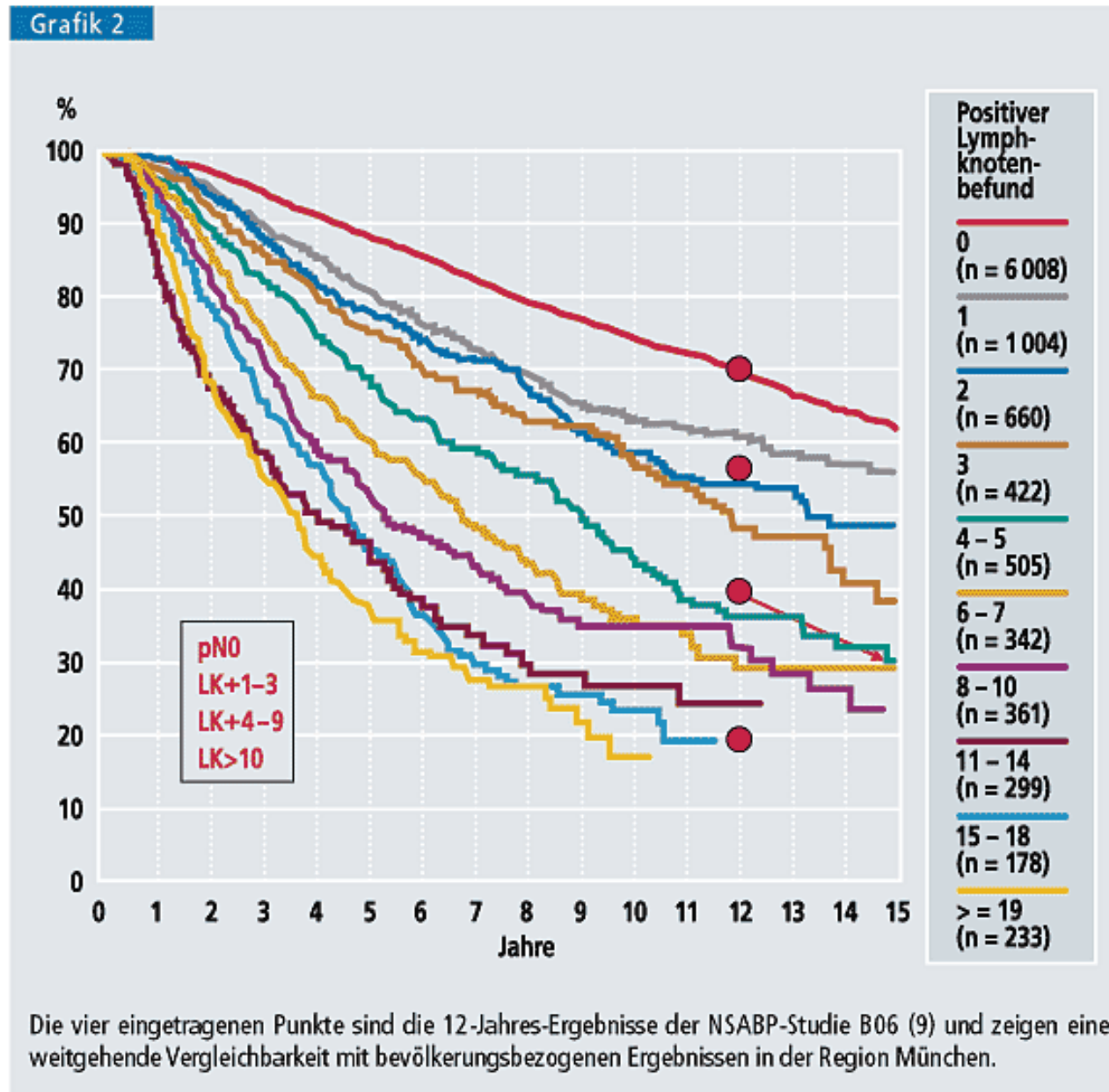
%



Zeitraum		
1978 - 1987	n=1035	16.3%
1988 - 1995	n=2564	40.5%
1996 - 2003	n=2735	43.2%

● SEER Diagnosejahr 1988
● SEER Diagnosejahr 1996

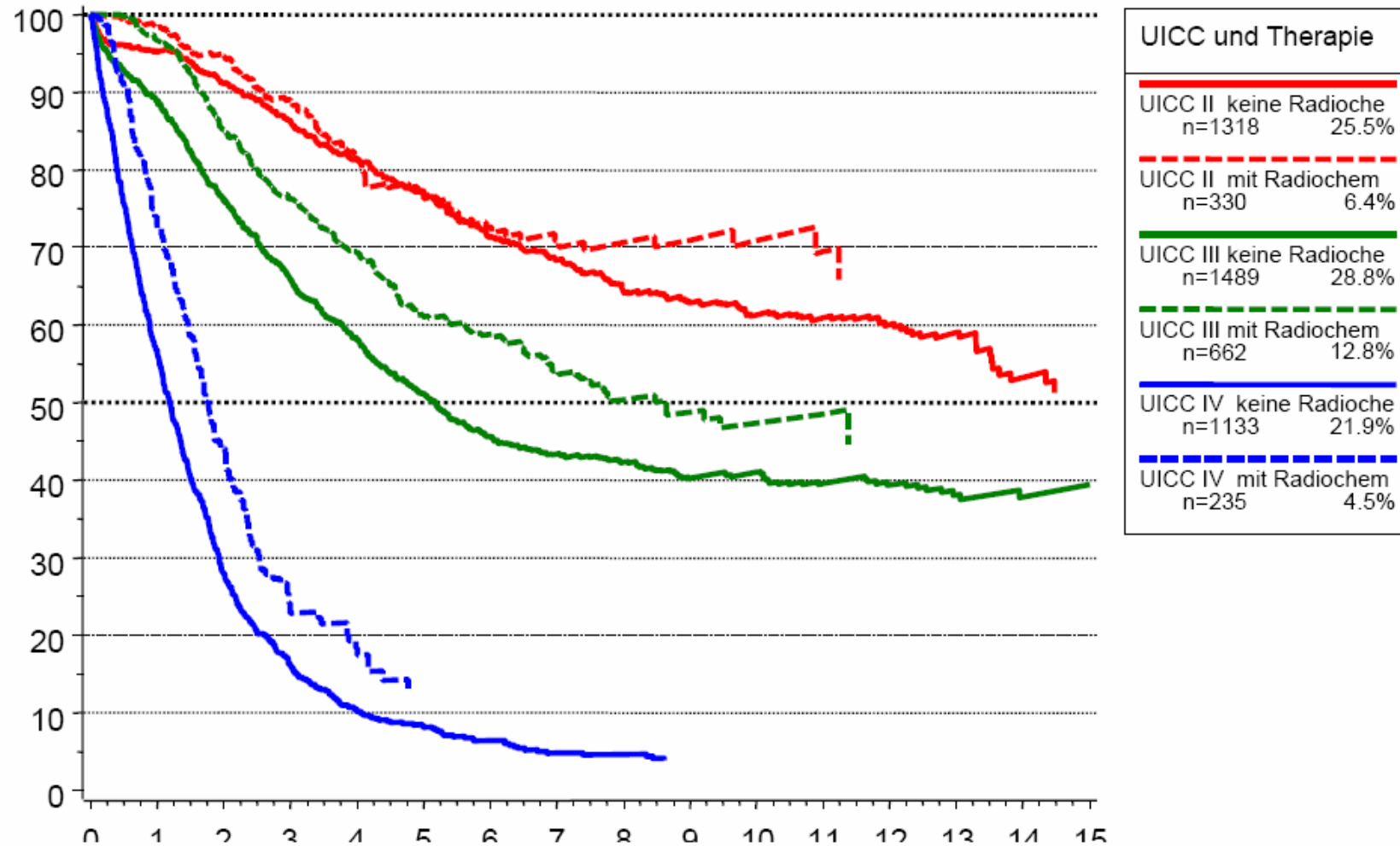
Versorgungsrealität in der Region München ist mit Studien vergleichbar

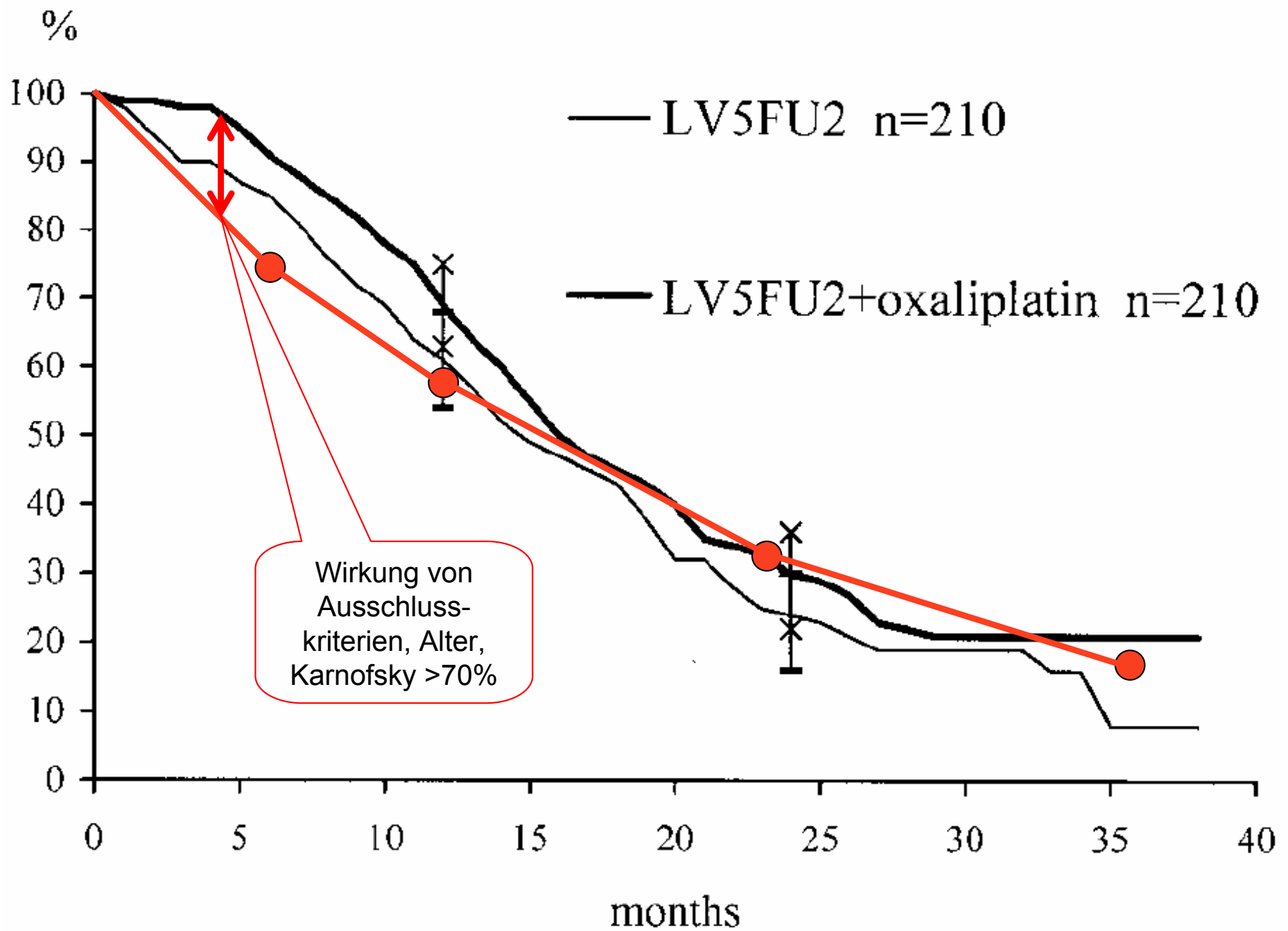


Überleben in Abhängigkeit von der Anzahl der positiven Lymphknoten bei n = 10 012 Patientinnen

Tumorregister München: Kolorektales Karzinom

Abb.21: relatives Überleben nach UICC und Therapie bei Rektumkarzinom (n=5167)

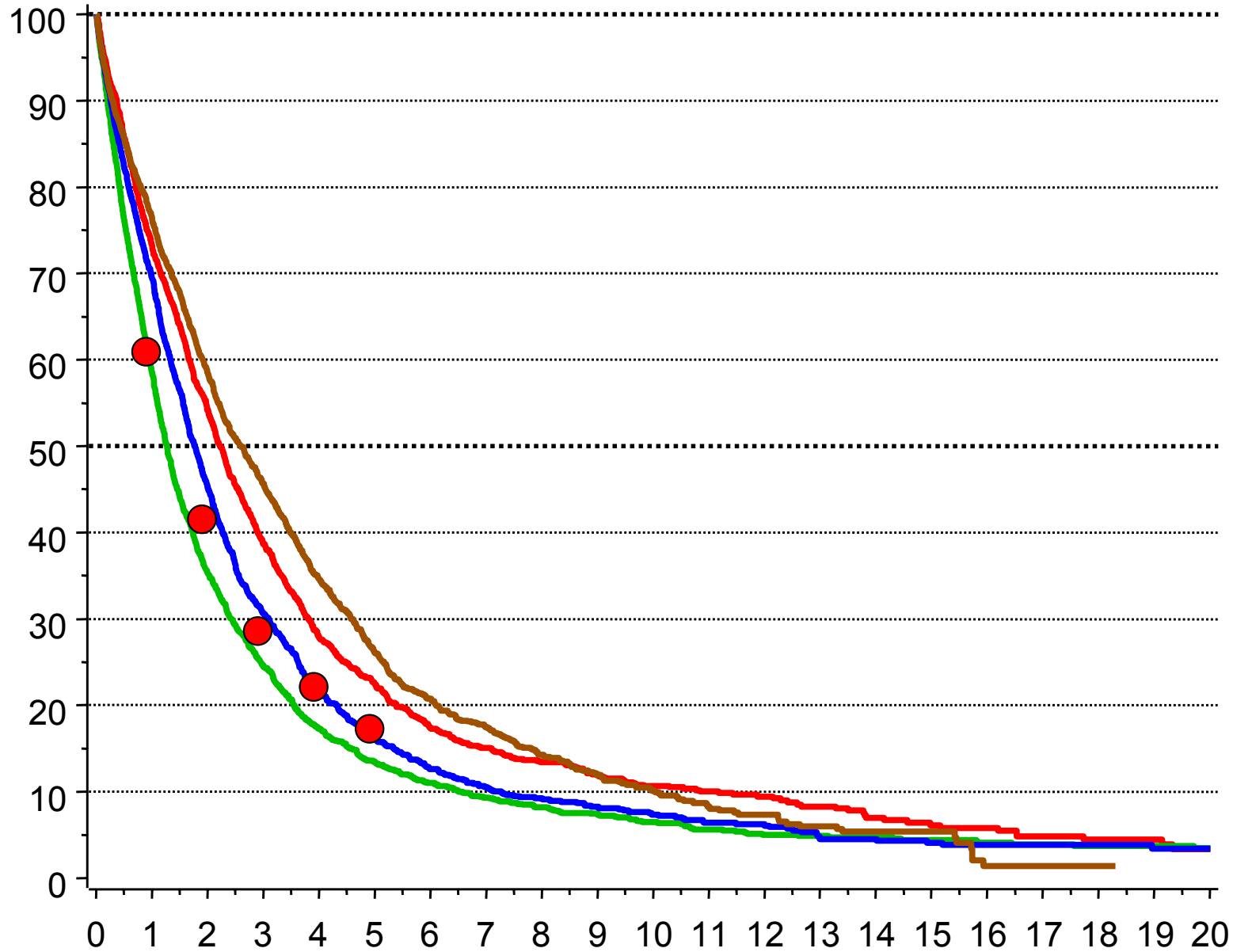




de Gramont A et al: Leucovorin and Fluorouracil with and without Oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer. JCO 2000;18:2938

Tumorregister München: Mammakarzinom

% Gesamtüberleben ab Metastase nach progressionsfreien Intervall (n=6473)



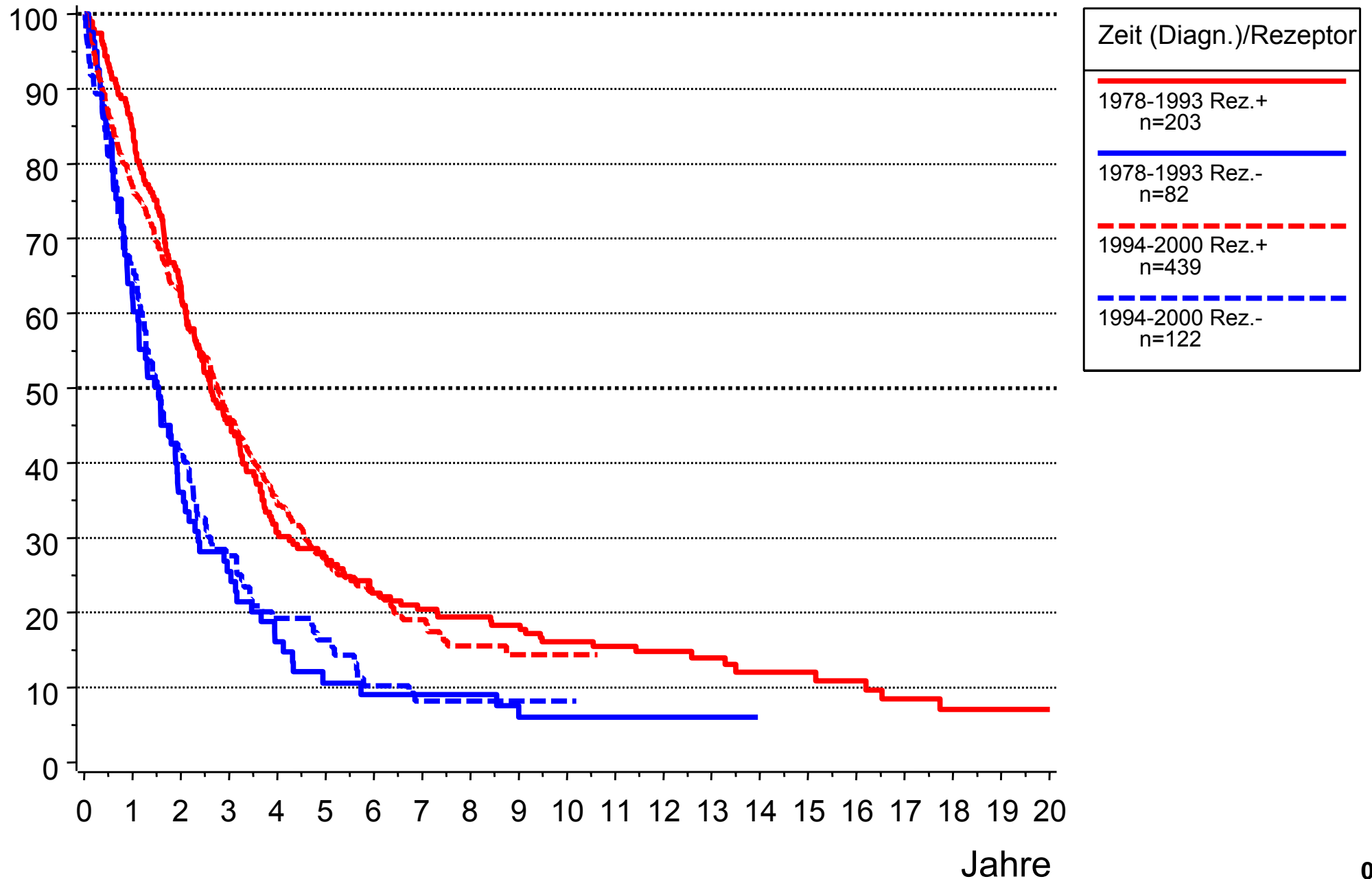
Zeit bis Metastase	
0 (M1)	n=1467
0 < - < 24 Mon.	n=1685
24 - < 48 Mon.	n=1446
>= 48 Mon.	n=1875

● Überleben von n= 18.365 M1-Patientinnen 1973-95 nach Kato e.a. Cancer 2001; 92:2211-9

Jahre

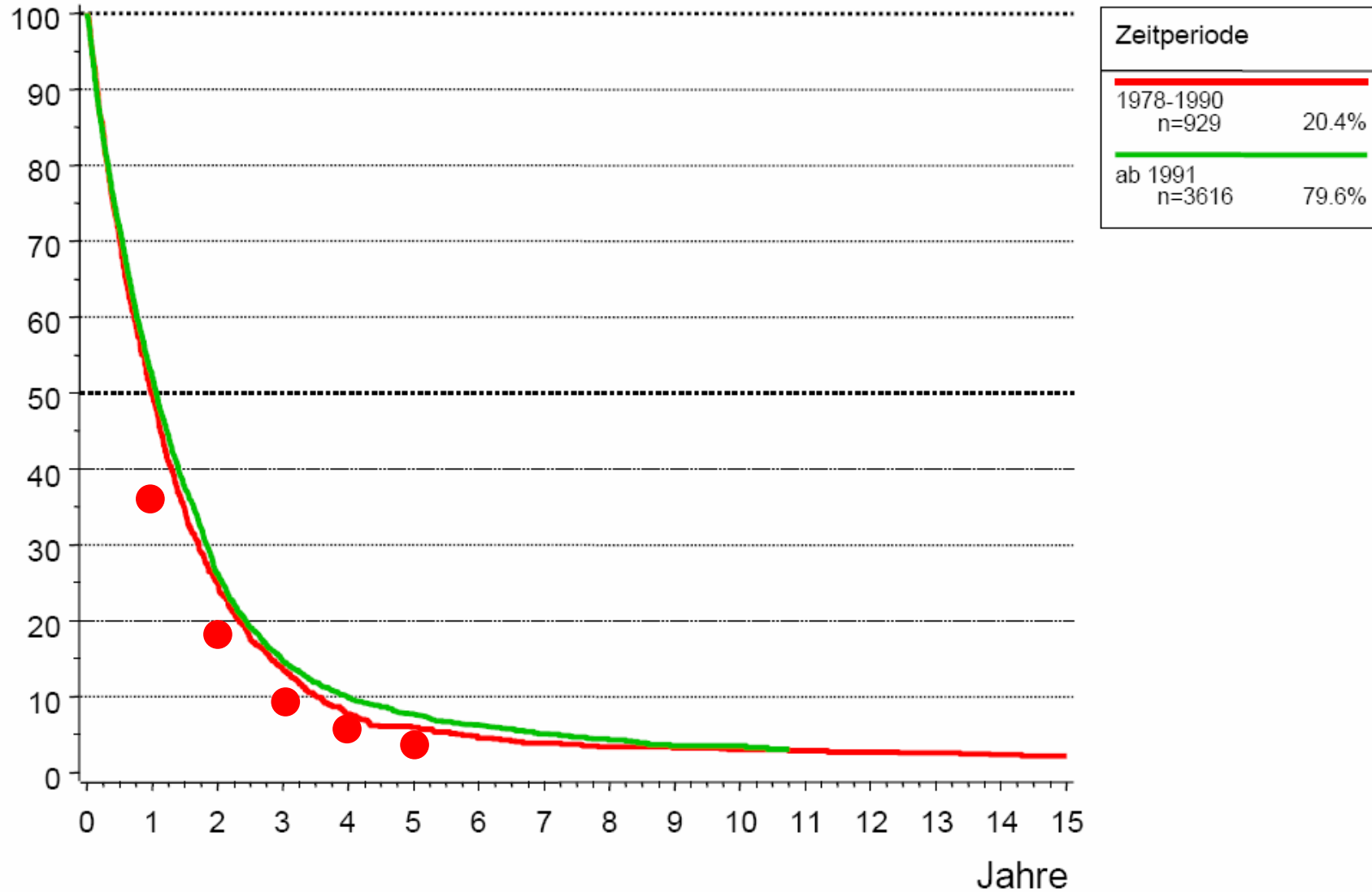
Tumorregister München: Mammakarzinom

Abb.7: Gesamtüberleben ab Metastasierung für 2 Zeitperioden und Rezeptorstatus (nur M1) (n=846)



Tumorregister München: Kolorektales Karzinom

Abb.33: Gesamtüberleben ab Metastasierung (nur M1) für 2 Zeitperioden (n=4545)



● Überleben von n=51.485 M1-Patienten 1973-95 nach Kato e.a. Cancer 2001; 92:2211-9

Kolorektale Karzinome

Cox - Modell Überleben ab Metastase		Patienten: n=6051 (4751 verstorben)			
		RR (univariat)	RR (multivariat)	95% CI	
Alter	<55 Jahre	1,00	1,00	s ***	
	55-70 Jahre	1,17	1.16	1.07	1.23
	>70 Jahre	1,92	1.85	1.70	2.01
metastfreie Zeit 0 (M1)	< 12 Monate	0,83	0.86	0.78	0.95
	<24 Monate	0,65	0.69	0.62	0.76
	>=24 Monate	0,71	0.76	0.69	0.83
Diagnosejahr	<= 1994	1,00	1,00	n.s.	
	<= 1998	1,05	1.00	0.94	1.07
	>= 1999	1,14	0.99	0.95	1.07
Lokalisation	Kolon	1,00	1,00	n.s.	
	Rektum	0,91	0,98	0,93	1,04
alle anderen Faktoren nicht signifikant					

1,00: Referenz s*: p-Wert aus Simultan-Test



Wir haben in Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme, das es weltweit gibt. Wie wir unabhängig vom persönlichen Einkommen jedem die medizinische Versorgung garantieren können, die zur Heilung oder Linderung von Krankheiten medizinisch geboten ist

Bundeskanzler Schröder
2005 in Davos

mit Optimierungen – so kann es weiter gehen!

2. Realität hinter Gesetzen und Verordnungen

Beispiel Brustkrebs: DMP und Früherkennung!

einige ! Kritikpunkte am DMP – Brustkrebs

- **unbegründet** (u.a.kein Versorgungsnotstand, nicht chronisch)
- **illusionsgesteuert** (irreale Prämissen, Misstrauen in die Medizin)
- **unwirksam** (Früherkennung rettet Leben, keine Nachsorge)
- **unwissenschaftlich** (unbegründet, keine Vergleichsgruppe)
- **kontraproduktiv** (Versorgung verschlechtert, Leitlinie überholt)
- **superbürokratisch** (Ablehnung steigt, weil Ziel so nicht erreichbar)
- **nicht nachhaltig** (nicht generalisierbar, Vaginaca. in nur 1 Klinik?)
- **teuer** (für DMP-Geld ist QS für ganze Onkologie zu erhalten)
- **entmündigend** (Kopfgeld, Fangpauschale)
- **nicht wahrhaftig** (Mitwirkende, Politik, Beratung kein erklärten Ziele)
- **blamabel** (für führende Nation, für den Onkologiestandort)
- **und ... nicht bereit, die Wahrheit zu sagen oder einen erfolglosen Versuch abzustellen**

Prognose über den Antragseingang

Regionen x Krankenkassen x Indikationen = Anträge

☞ **Derzeitige Erwartung bei 4 Indikationen:**

17 x ca. 200 x 4 = ca. 13.600 Anträge

☞ **Bei 7 Indikationen wären über 23.800**

Anträge zu erwarten !!

und weitere Verträge mit
Krankenhäusern und
niedergelassenen Ärzten!

Folie von Dr. Gawlik, Bundesversicherungsamt

„Wir können ja Burgen bauen mit dem Papier“ Präsident des BVA im Dtsch Arztebl

Brustkrebsfrüherkennung – KFÜ-Richtlinien – Bundesmantelvertrag

- **1989 – Bundesausschuss für Früherkennung
Prüfung der Chancen**
- **15 Jahre Zeitvergeudung mit Evidenzprüfung, Modell-
ausschreibung, Modellerprobung ohne Nutzen**
- **2002 Bundestagsbeschluss stoppt Inkompetenz
keine reflexartige Reaktion mit to-do-Liste an Länder**
- **2004 neue KFÜ-Richtlinien und Bundesmantelvertrag
Definition einer neuen Früherkennungsbürokratie**
- **2005 läuft fast nichts**
- **Konsequenz: 50.000 vermeidbaren Sterbefällen, für die
keiner verantwortlich ist**

**eine Manifestation der Inkompetenz und organisierten
Verantwortungslosigkeit in einer führenden Industrienation!**

reformwillig – reformfähig ?

am Anfang steht eine große Reformidee, die sich im Laufe des Verfahrens derart verkompliziert, dass von der ursprünglichen Idee kaum mehr etwas übrig bleibt. Die Diskrepanz zwischen Aufwand und Ertrag ist bei vielen dieser Reformprojekte offensichtlich.

Roman Herzog

So darf es nicht weiter gehen!



Deutsches Zentrum
für Luft- und Raumfahrt e.V.

Projektträger im DLR
Heinrich-Konen-Straße 1, 53227 Bonn



PROJEKTTRÄGER FÜR DAS

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Projektträger
im DLR Gesundheitsforschung

**Antrag des Tumorzentrums München zum Förderschwerpunkt des BMBF
„Anwendungsorientierte Brustkrebsforschung“
abgelehnt von einem internationalen Gutachtergremium!**

Ablehnungsbegründung:

Der Projektantrag greift mit der Axilla-Problematik ein klinisch hoch relevantes und viel diskutiertes Thema auf.....Zwei von drei beantragten Studien sind interessant.

Es bestehen aber erhebliche Bedenken in gesundheitspolitischer Hinsicht.

Die Grundlage für die Anforderungen an DMP-Brustkrebs bildet die S3-Leitlinie..., von der in den geplanten Studien abgewichen wird. Damit können auch die Anforderungen an die Vorgabe des DMP nicht mehr umgesetzt werden. Daraus resultiert bei der Größe der Stichprobe ..., dass die DMP-Programme und der RSA in dieser Region unterlaufen werden.

**ein Beispiel, das die Wissenschaftlichkeit und Experimentierkultur am
Onkologiestandort Deutschland im Jahre 2005 beleuchtet!**

3. Realität der Versorgungsträger

Die Ärzte sind über Selbstverständnis, Berufsrecht, Gesetze und Verordnungen oder wegen des Wettbewerbs zur Vielfachdokumentation verpflichtet bzw. gezwungen:

(z.B. Brustkrebs)

- 1. konventionelle Krankenakte**
- 2. Arztbrief**
- 3. Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS)**
- 4. DRG**
- 5. Disease Management Programm**
- 6. Brustzentrum Spezialdokumentation**
- 7. Tumorregister** (in Bayern keine Meldepflicht!)
- 8. integrierte Versorgung**
- 9. Studiendokumentation**

Dies ist eine nicht vertretbare Belastung – so kann es nicht weitergehen



..... **modern times**

So darf es nicht weiter gehen!

4. Realität der Gestaltungsträger

(Heft 41 / 2004 S. 160)

mit Daten des TRM zum Überleben ab Metastasierung bei den 4 häufigsten Krebserkrankungen und der Aussage, dass sich in den letzten 25 Jahren nichts verbessert hat + positiven Aussagen zu systemischen Erkrankungen, zu adjuvant, neoadjuvant, zum Hodentumor, zur palliativen Therapie



Zytostatika-Infusionen (im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf): Behandlung der letzten Wahl

MEDIZIN Giftkur ohne Nutzen ?

Immer ausgefeiltere und teurere Zellgifte werden schwer kranken Patienten mit Darm-, Brust-, Lungen- oder Prostata Tumoren verabreicht. Nun hat ein Epidemiologe die Überlebensraten analysiert. Sein Befund: Allen angeblichen Fortschritten zum Trotz leben die Kranken keinen Tag länger.

An Heiligabend wurde Erika Hagge* ins Prosper-Hospital Recklinghausen eingeliefert. Die Ärzte schnitten einen bösartigen Tumor aus ihrem Darm und entfernten die Milz. Anfang August entdeckten sie dann Metastasen.

Am Dienstag vergangener Woche erhielt die 64-jährige Hausfrau ihre erste Chemotherapie. Gelöst in einer klaren Flüssigkeit strömten zwei Zellgifte durch einen Infusions Schlauch in ihre Vene. „Das ist immer noch wie ein Alptraum für mich. Ich hätte nie gedacht, dass ich mal Krebs habe“, sagt Frau Meyer. „Aber ich hoffe, dass es besser wird. Die sind ja immer weiter mit der Chemotherapie.“

Im Klinikum Großhadern der Universität München arbeitet einer, der diesen

Optimismus nicht teilen kann. „Was das Überleben bei metastasierten Karzinomen in Darm, Brust, Lunge und Prostata angeht, hat es in den vergangenen 25 Jahren keinen Fortschritt gegeben“, sagt der Epidemiologe Dieter Hölzel, 62. Er hat zusammen mit Onkologen die Krankengeschichten Tausender Krebspatienten dokumentiert, die in und rund um München seit 1978 nach dem jeweiligen Stand der Medizin behandelt wurden. Die Menschen litten im fortgeschrittenen Stadium an einem der vier Organkreise. Mit jährlich etwa 100.000 Todesopfern allein in Deutschland sind diese Tumorarten die großen Killer.

Gerade für Menschen mit Metastasen gilt die Chemotherapie als Behandlung der letzten Wahl, wenn sich die verstreuten Tochtergeschwülste mit Strahlen und Skalpell nicht mehr erreichen lassen. Seit

Jahrzehnten werden immer neue Zellgifte eingesetzt. Oftmals verlangen die Arzneimittelhersteller dafür astronomisch hohe Preise. Im Austausch versprechen sie ein längeres Leben.

„Chance für Lebenszeit!“ heißt es etwa auf einem drei Meter großen Werbeplakat für das Krebsmittel „Taxol“. Der Hersteller eines Konkurrenzpräparats wirbt unter dem Motto: „Taxol – dem Leben eine Zukunft geben“. Und auch Erika Meyers Arzt in Recklinghausen gibt sich zuversichtlich: Die Chemotherapie habe sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verbessert, sagt der niedergelassene Onkologe Friedrich Overkamp, 47. Es ließen sich „beträchtliche Lebensverlängerungen“ erreichen.

Die neuen Zahlen des Krebsregisters der Universität München indes bestätigen das

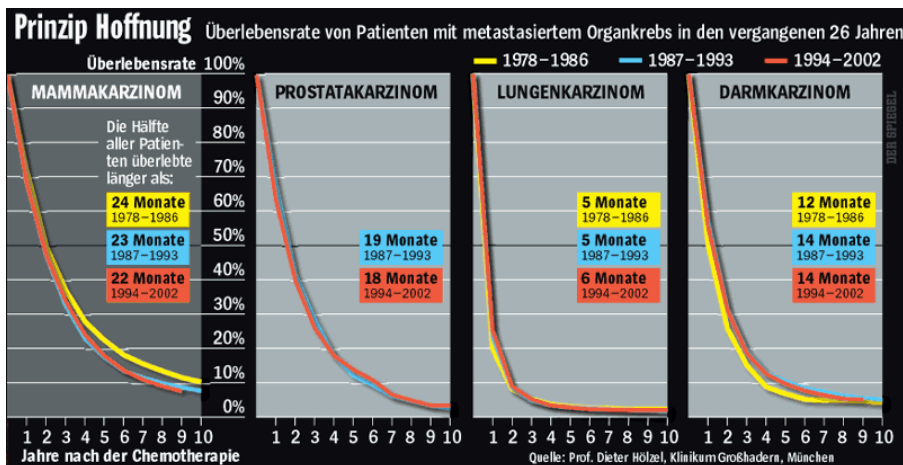
* Name geändert.

160

DER SPIEGEL 41/2004

Reaktionen :

- keine empirische Widerlegung der Aussagen!!
- Prüfung, ob wissenschaftliches Fehlverhalten mit der Datenherausgabe erfolgte
- Beteuerungen der erreichten Fortschritte (Krebs wird chronifiziert)
- Aufforderungen zur Überdiagnostik in der Nachsorge
- Überbewertung von randomisierten Studien
Unterschätzung der Erfahrung



Gestaltungsträger:

- **Deutsche Krebsgesellschaft**
- **Deutsche Krebshilfe**
- **wissenschaftlichen med. Fachgesellschaften**
- **Kammern und KVen**
- **Berufsverbände**
- **gebundene und freie Meinungsbildner**
- **Industrie**
- **Selbsthilfegruppen**
 - **es dominiert der Klientel – Lobbyismus**
 - **es mangelt an konsensfähigen Konzepten**
 - **es mangelt an Einmischung**
 - **es fehlt der rationale Diskurs**

So darf es nicht weiter gehen!

5. Realität und Vision: So soll es weiter gehen!

So soll es weiter gehen!

nachhaltige zielführende effiziente Wege zur Transparenz für Qualität und Nutzen der Versorgung sind einschlagen!

Es gibt so einfache Patentlösungen dafür!

nicht Machtdemonstrationen mit bürokratischen und starren Systemen ist gefragt, **sondern**

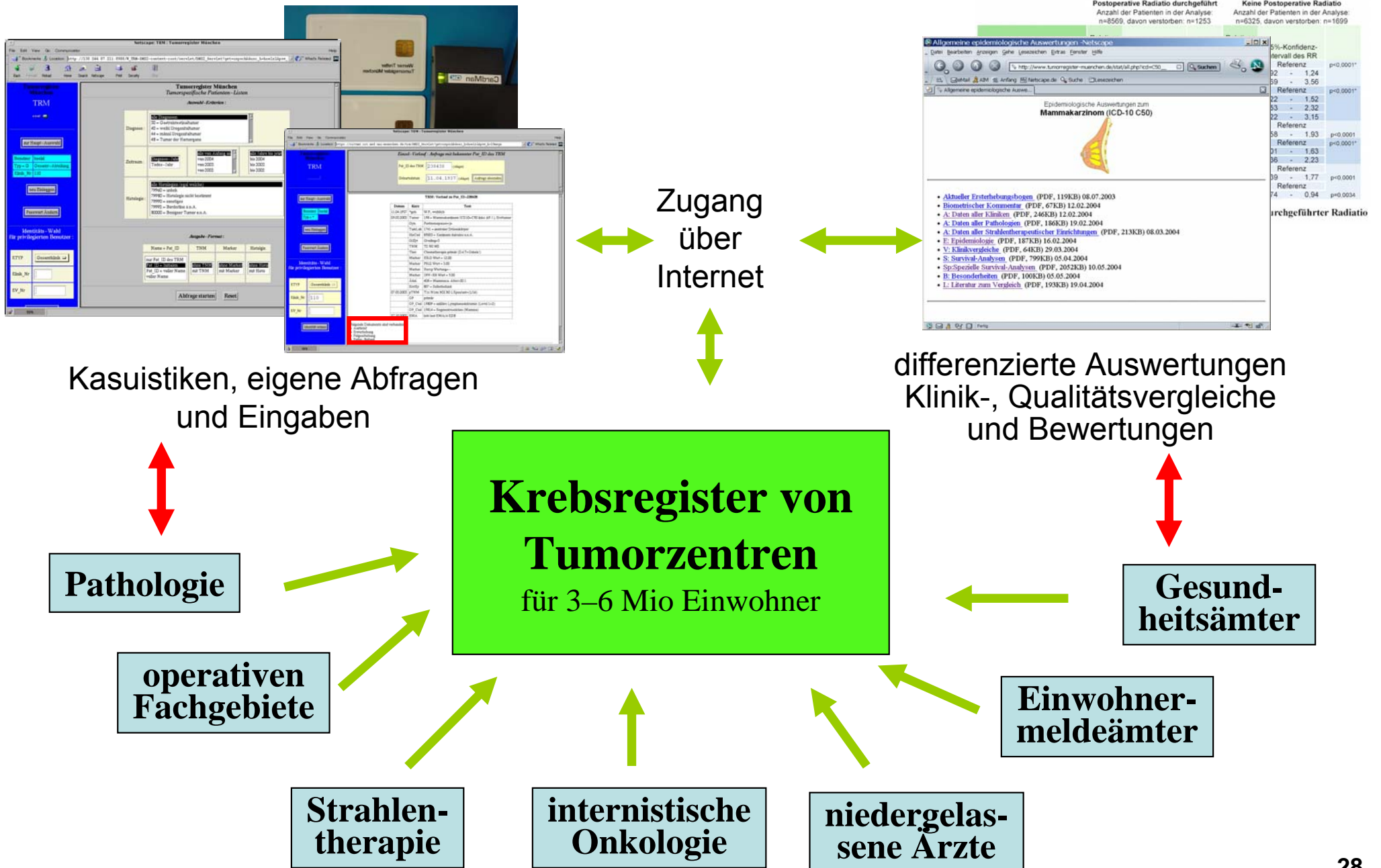
- Freiheit gewähren
- Vertrauen schenken
- Verantwortung übernehmen
- Konkurrenz fördern
- Diskurse aufnehmen
- Kontrolle etablieren

als Stimuli

**für eine rational
suchende**

Experimentierkultur

Transparenz mit Krebsregistern, die die Versorgungsträger vernetzen, die Ergebnisqualität belegen, Impulse für die klinische Forschung geben



Schlussforderungen für einen konkurrenzfähigen Standort

- **Anerkennung der Realität und der Versorgungsergebnisse**
- **Zurückhaltung mit destruktiver Verunsicherung**
zugunsten logisch rationaler Diskurse
- **systematischer Abbau von Bürokratie**
- **Schaffung von Freiheitsgraden für Experimentierkultur**
Übernahme von Verantwortung und Kontrolle über leistungsabhängige Förderung
- **Renaissance für die Erfahrung** und mehr klinische Studien

+

Danke für Ihre Aufmerksamkeit