

Kompetenzbildung durch Zentrenbildung



Eberhard-Karls-Universität

UKT

Universitätsklinikum Tübingen

Rüdiger Strehl
Vorstand UK Tübingen
Vorsitzender Verband
der Universitätsklinika
3. Februar 2006

Aktuell und modisch

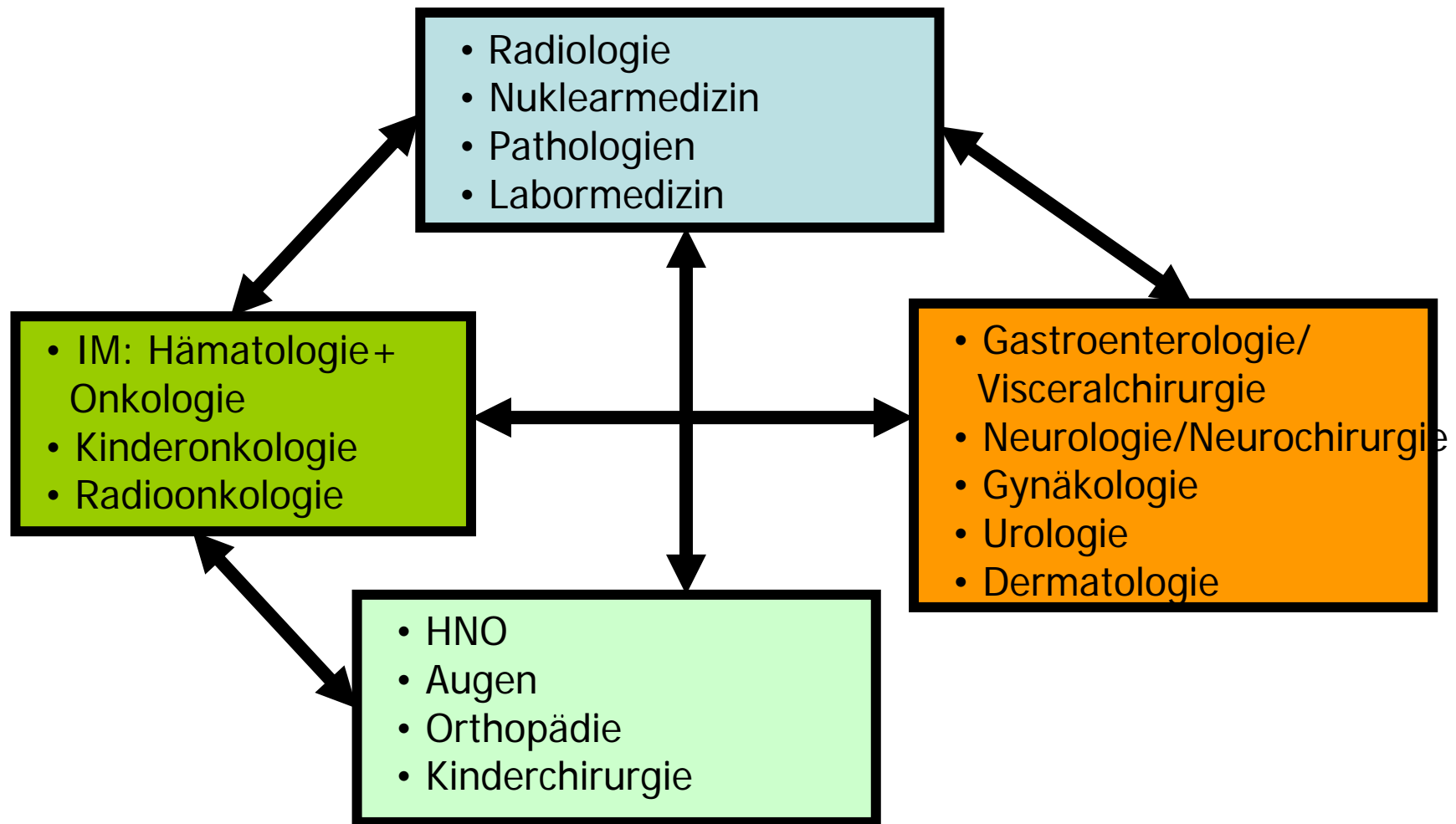
Quintessenzen eines Ärztlichen Direktors

- „Kompetenzzentren sind zukunftssträchtig“
- „Die bisher übliche Strukturierung der KH und die interne Budgetzuweisungen nach Betten, Abteilungen und Fachgebieten sind weitgehend überholt“
- „ebenso die ‚Zaunkönigreiche‘ von Chefärzten und Ordinarien alter Prägung an UK“
- „Das ‚Denken in Funktionen‘ bei einer stärkeren interdisziplinären Kooperation ist gefragt“
- „Die KH der Zukunft werden nur prosperieren können, wenn sie vermehrt Behandlungsschwerpunkte und Kompetenzzentren bilden“
- Motor: Kostendämpfung + Fallpauschalen

*Prof. C.J.Schuster, ÄD St.Antonius-Hospital
Eschweiler; Deutsches Ärzteblatt 8.10.2004*

Aktuell und modisch

Fächervielfalt



Status quo – Kompetenzdefizite ?

Interdisziplinarität

- Nichts Neues in der Medizin
- Konsiliar-Behandlung
- Überweisung
- Gemeinsame Fortbildung
- Gemeinsame Organisationen (DKG)

Tumorzentren

- Datensammlung
- Leitlinien
- Fallkonferenzen
- Interdisziplinär
- KH-übergreifend
- Sektor-übergreifend
- Aber ausreichend ?

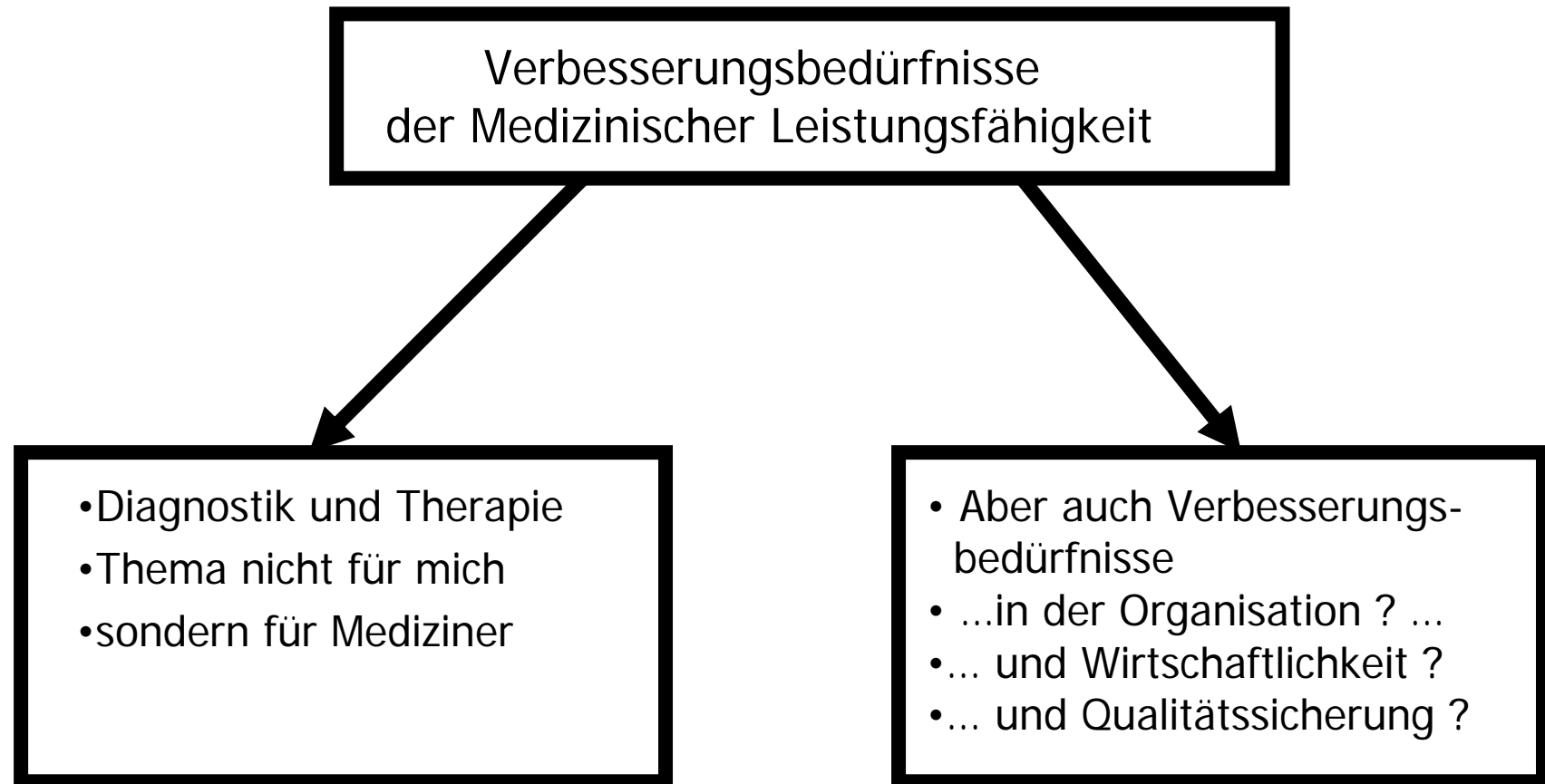
Qualitätskontrolle historisch

- Evaluation der Tumorboard Empfehlungen (ZGO Tübingen; 2001)
- 86% aller Empfehlungen wurden befolgt
- 14% aus folgenden Gründen jedoch nicht:
 - Alternative Behandlung (43%)
 - Ablehnung durch Patienten (23%)
 - Keine Therapie (20%)
 - Patient vor Therapie verstorben (14%)

Status quo – Kompetenzdefizite ?

- Krebsmedizin in Deutschland:
- Unbestritten:
- Extrem hohes Niveau ...
- Doch für alle erkennbar und erfahrbar ...
- Unterschiedlich gelebt
- Nicht flächendeckend
- Nicht verbindlich
- Primat der fachlichen und sektoralen Stückelung der Leistungsanbieter
- Patient durchläuft mit einer Krankheit viele Fächer- und Sektorstationen
- Erhebliche Kommunikations-, Standardisierungs-, Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitsaspekte
- Am Ende unbestreitbar Aufgabe der Strukturoptimierung
- Aber wie ?

Status quo – Kompetenzdefizite ?



2.
Kompetenzentren
als
Optimierungspotenzial

Organisation der Krebsbehandlung 1

Spezialisierung / Zentralisierung

- Spezialisierung ist der wesentliche Grund für die Leistungsexplosion auch in der Krebsmedizin:
 - Diagnostik
 - Konservativer Onkologe
 - Chirurg
 - Radioonkologie
- Inzwischen sehr weit fortgeschritten mit neuen Problemen:
- Erstens: wie kommt der Patient zu dem wirklich zuständigen Spezialisten?
- Zweitens: wer legt die Reihen- und Abfolge der Spezialisten fest?
- Drittens: wie transparent sind die Behandlungskonzepte (Leitlinien und deren Einhaltung- und Abweichungskontrolle)
- Zentralisierung in der Krebsmedizin versucht die Organisation der Inanspruchnahme des Netzwerkes von Krebspezialisten
- Erstens durch Bildung separierter onkologischer Ressourcenzentren
- Zweitens durch Bildung separater Entscheidungen für Diagnostik und Festlegung der Therapie-abfolge
- Drittens durch Produktion von Leitlinien, Dokumentation und Kontrolle des tatsächlichen Verlaufs von Diagnostik und Therapien
- Viertens durch Optimierung des Wissenspools der Krebsmedizin

Organisation der Krebsbehandlung 2

stationär - ambulant

- Krebs als Episoden- und Stadienerkrankung bedarf der verzahnten stationären und ambulanten Medizin-versorgung
- In Deutschland der Patient in der Drehtür
- Problem 1: Arztwechsel
- Problem 2: Informationsfluss
- Problem 3: Standards
- Problem 4: unterschiedliche Regelungen für Zulässigkeit, Preise, Budgets
- Lösungsbedarf 1: Stationär wird oft eigentlich ambulante Onkologie betrieben, die nur dort kompetent + apparativ + innovativ angeboten werden kann
- Lösungsbedarf 2: weniger mehr Geld, sondern primär stationär-ambulante Verhandlungsverbünde durch einschneidende Reform der abgeschotteten Sektoren nach dem Sozialrecht

Optimierungsaufgabe

1. Zufall als Anlauf-, Steuerungs- und Kontrollprinzip für Onkologische Behandlung minimieren oder ausschalten
2. Selbstbindung der Mediziner an medizinisches Wissen erhöhen + transparenter gestalten
3. Reibungsverluste im sektoralen Drehtürsystem der deutschen Versorgungslandschaft abbauen

3.

**Krankenversorgung
Wie zentrieren ?**

Typen von Rezentrierungen

1. Department:
 1. totale oder partielle Zusammenfügung fachnaher Abteilungen (Innere, Chirurgien, Pädiatrie)
 2. Eigene Erlöse, direkte + indirekte Kosten, keine Weiterverrechnung
2. DRG – Zentren:
 1. ein DRG - Erlös bei Behandlung durch mehrere Fachabteilungen
 - Bsp. Neurochirurgie/Neurologie/(Neuroradiologie + Neuropathologie)
 - Bsp. Kardiologie/Herzchirurgie
 2. Eigene Erlöse, direkte + indirekte Kosten, keine Weiterverrechnung
3. Fachübergreifende Zentren
 1. Optimierung KV: OZ, CCC, Gefäßzentrum
 2. Optimierung Forschung
 3. Optimierung Lehre/Weiterbildung
 4. Kombinationen von 1,2,3
 5. Erlöse typenabhängig; Kosten nur teilweise, Weiterverrechnung als Regel
4. Ressourcenzentren
 1. Zentral - OP, Zentrale Endoskopie, Therapiezentrum
 2. Keine Erlöse, direkte + indirekte Kosten, immer Weiterverrechnung

4.
Kompetenzzentren
in der Onkologie
KV

Zentren in der Krebsmedizin

SELBSTKOORDINATION

1. Freiwillig
2. Quasi keine eigene Infrastruktur für Dokumentation und Leitlinienproduktion

ONKOLOG. ZENTRUM

1. Thema: einzelne Krebserkrankung
2. Verbindlicher Umgang mit Leitlinien
3. Sektorübergreifende Koordination

TUMORZENTRUM

1. Freiwillig
2. Neu: Infrastruktur
 - Dokumentation
 - Leitlinien
 - Fortbildung

CCC

1. Mehrere onkologische Zentren
2. Wissenschaft (F&L)

Onkologische Zentren DGHO

- Fokus KV; regionales Netzwerk
 - Flächendeckend
 - wohnortnah
- Interdisziplinär; stationär + ambulant
- Eigene Leitung; Stationäre + ambulante Versorgungseinheit
- Strukturanforderungen an Personal, Ausstattung und Räume
- Integrierte Behandlungskonzepte
 - Fachspezifisch + systemisch
 - Medizinische Infrastruktur
 - Ergänzend psychosoziale, palliative, supportive Konzepte; Nachsorge
- Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Leitlinien + Einzelfälle)
- Fortbildung
- Besonderer Bezug zu medizinischem Fortschritt und Innovationen
- Qualitätssicherung

CCC - Gründungsswelle

- Generalvorbild USA: CCC
- Heidelberg:
 - Tradition der Kritik an Organisation der deutschen Krebsmedizin
 - Fortschritte, doch Mängel bei interdisziplinärer Zusammenarbeit, Früherkennung und Ineffizienzen
 - Vorrang von Partikularinteressen der onkologischen Fachdisziplinen
 - Nationales Centrum für Tumorerkrankungen - NCT
 - Deshalb multidisziplinäre Kooperation
 - Deshalb integrative Zentren statt räumlicher + organisatorischer Trennzäune
 - Verbindliche Einführung transparenter, strikter Leitlinien + Qualitätsstandards
 - Verbesserte Ausbildung für Onkologen
- Köln:
 - Centrum für integrierte Onkologie - CIO
 - Höhere Überlebensrate durch interdisziplinär entwickelte Behandlungsprogramme
 - IV für Lungen-, Darm- und Prostatakrebs zusammen mit Vertragsärzten
 - Spezialsprechstunden
 - Lotse zur Therapiebegleitung für Patienten

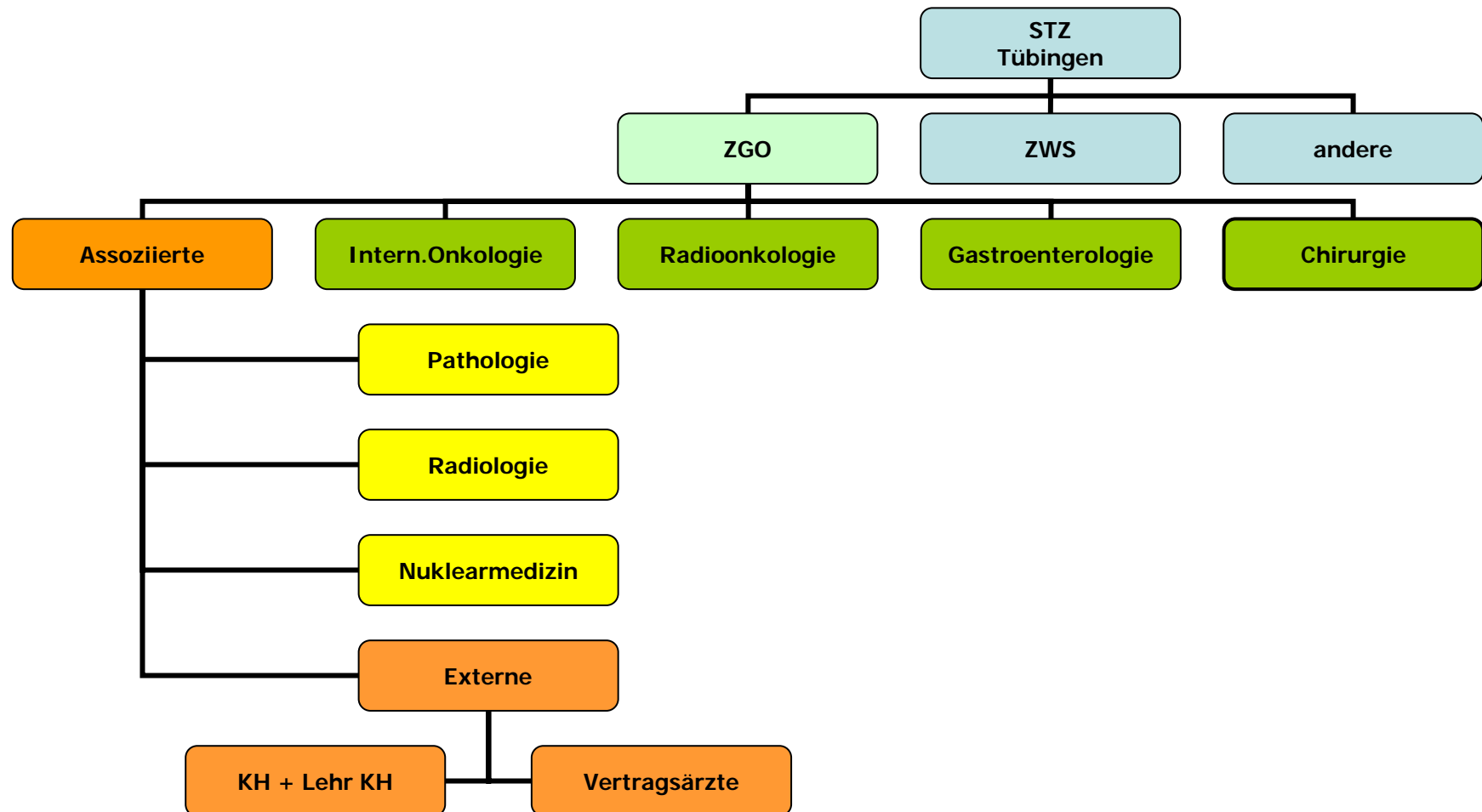
CCC – Gründungswelle STZ Tübingen

- Südwestdeutsches Tumorzentrum – STZ
- Bisheriges ITZ geht in CCC auf
- Exzellenz als klinisches, interdisziplinäres TZ
- Onkologische Forschung
- Sektorübergreifende Krebsregistrierung
- Voraussetzung effektiver interner + externer Ergebniskontrolle
- Basis units: Tumorspezifische Zentren
- ZGO – gastrointestinale Onkologie
- ZWS – Weichteilsarkome
- Z für Dermatoonkologie
- Z für Neuroonkologie
- Brustzentrum
- Lymphomzentrum
- Z für Urogenitaltumoren

MITGLIEDER

- Tragende Abteilung UKT
- assoziierte Abteilungen UKT
- assoziierte externe Mitglieder

STZ Tübingen ZGO



STZ: Kompetenz durch Koordination & Kontrolle

- Erarbeitung von verbindlichen Leitlinien als Vorgabe für alle Tumorspezifischen Zentren
 - Diagnostik
 - Therapie und Begleittherapie
 - Nachsorge
- Für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen
- Grundsatz für Behandlung:
 - Steuerung durch STZ + Tumorspezifisches Zentrum
 - In der jeweiligen Fachabteilung
- Wenige interdisziplinäre Behandlungseinheiten
 - Interdisziplinäre Ambulanzen (Prostata, Sarkome)
 - Zusammenführung der Onkologischen Tageskliniken in Neubau ab 2007 (Ausnahme Frauen und Kinder)

STZ: Kompetenz durch Koordination & Kontrolle

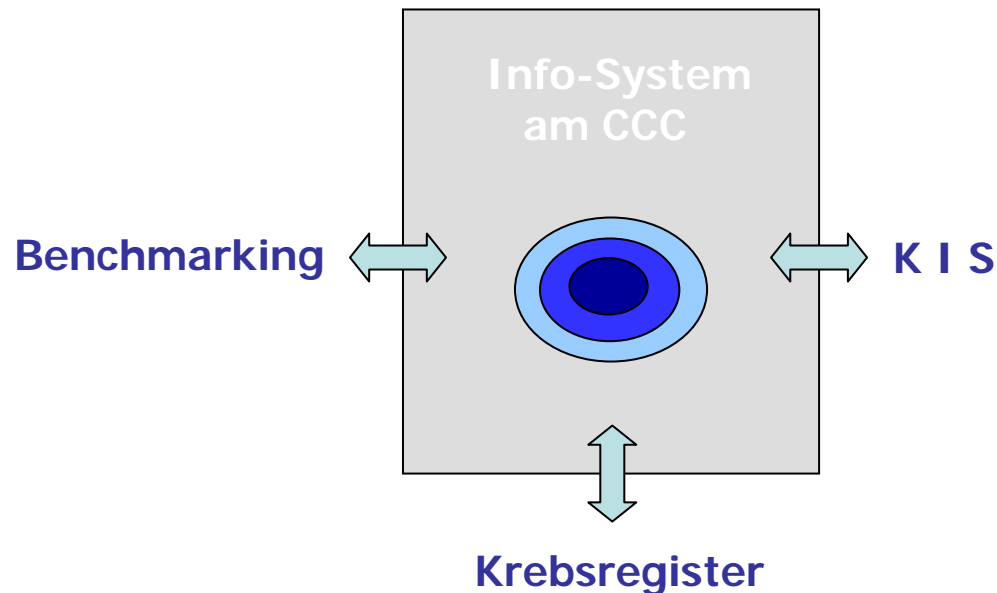
- Vollständige + transparente Dokumentation
- Kontrolle der Prozess- und Ergebnisqualität
- Benchmarking
- Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
- Innovative Klinische Studien
- Erarbeitung von Curricula für Studenten
- Weiter- und Fortbildungsangebote für Ärzte, Wissenschaftler, Pflegekräfte usw.

STZ: Kompetenz durch Koordination & Kontrolle

- Kontrolle der Prozess- und Ergebnisqualität
- Vorstand STZ:
 - Oberste (Fach-) Aufsichts- und Kontrollinstanz
 - Sanktionen (bei Bedarf mit Klinikumsvorstand)
- Tumorspezifische Zentren
 - Validierung der Einhaltung der Leitlinien oder Begründung von Abweichungen durch „Panel – Chart – Review“
 - Umfassendes Qualitäts Assessment durch übergeordnetes Informationssystem

Qualitätsassessments im STZ Tübingen

- Dokumentation in den jeweiligen Tumorspezifischen Zentren
- Monitoring der Daten
- Nutzung einer gemeinsamen Software in allen Tumorspezifischen Zentren
- Fachübergreifende Auswertungen möglich



STZ: „in progress“

- Palliativstation (W3); Verzahnung mit „Tübinger Projekt“ sowie Hospizdiensten
- „Prävention“ u. „Epidemiologie“ (W3 angestrebt)
- Integration niedergelassener Onkologen; Akademischer Lehrkrankenhäuser
- Etablierung eines überregionalen onkologischen Verbandes
- Regionale Qualitätskonferenzen

Typologie von Krebszentren

