

Regionale Verbände in der Onkologie

Von der Idee zur Gemeinschaft

Onkologische Netzwerke werden spätestens seit den Überlegungen des Deutschen Krebsplans 2008 und seiner weitreichenden Folgen nicht mehr abstrakt als Visionen diskutiert. Freiwillige und Willige auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger stehen bereit, die Idee von regionalen Verbänden in eine reale Gemeinschaft zu überführen.

Ausgangslage

Trotz zahlreicher laufender Kostensenkungsstrategien steigen – von kurzen Primäreffekten abgesehen – vor allem auch in der Onkologie die hierfür erbrachten Aufwendungen stetig [1, 7]. Es wird zunehmend gewarnt, dass eine weitere Kostendeckelung zu Lasten einer angemessenen Versorgungsleistung aller Versicherten geht. Damit steht das Gesundheitswesen vor einem Dilemma: Wachsender Kostendruck steht einer ebenso wachsenden Leistungserwartung gegenüber.

➤ **Wachsender Kostendruck steht einer ebenso wachsenden Leistungserwartung gegenüber**

Gleichzeitig sind die strukturellen Probleme nicht zu leugnen. So zeichnet sich das Gesundheitswesen immer noch durch allzu viele Vorschriften, undurchsichtige Verfahren, mangelhafte Ressourcen- und Kapazitätsplanung, veraltete Informationsverwaltung, komplizierte und langsame Produktionswege, unzureichende Qualitätskontrolle, geringe Leistungs-

transparenz und wenig bereichsübergreifende Zusammenarbeit aus [12].

Die meisten Experten sehen in der intersektoralen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, d. h. der aktiven und gesteuerten Zusammenarbeit aller Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte usw.), der Kostenträger (Krankenkassen, Versorgungswerke usw.) und deren Lieferanten (Pharmaindustrie, Medizinproduktehersteller usw.) über § 140 SGB V hinaus den einzig erfolgversprechenden Lösungsweg aus der kurz angerissenen Problematik [2, 3, 4, 11, 13]. Hier setzt auch der nationale Krebsplan an, der die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und den Ausbau der Qualitätssicherung als dringendes Ziel sieht. Insbesondere die Errichtung von regionalen Versorgungsverbänden wird als zukunftsweisende Lösung favorisiert. Einem solchen Verbund geht es um die Entwicklung gemeinsam abgestimmter Behandlungsabläufe und -verfahren zum Wohle des Patienten und der Solidargemeinschaft und nicht um die vordergründige Rechtfertigung von zweifelhaften Kopfpauschalen für die Überweisung eines Patienten zum Wohle des eigenen Budgets.

Strukturierung der Krebsbehandlung

Das Onkologische Zentrum als Katalysator für regionale Netze

Die Krebsbehandlung in Deutschland ist weitgehend dezentral, föderal und sehr stark individuell organisiert. Bemerkenswert ist, dass sich alle Interessenverbände

eine strukturelle Veränderung wünschen, da Patienten in der Fläche derzeit noch unzureichend von neuen Forschungsergebnissen partizipieren und die gesamte Behandlungskette nur wenig zur Gewinnung von vergleichbaren und aussagefähigen Daten der Prozess- und Ergebnisqualität beiträgt [5].

Aufgrund einer anzustrebenden Optimierung von Diagnose und Therapie onkologischer Erkrankungen und der wirtschaftlichen Notwendigkeiten sollte die Behandlung und Erforschung der Erkrankung Krebs künftig nach dem von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH) abgestimmten und vorgeschlagenen Stufenmodell verlaufen (▣ **Abb. 1**).

An der Spitze der Pyramide etablieren sich einige wenige Comprehensive Cancer Center (CCC), welche die Führung in der nationalen Forschung und Behandlung übernehmen. Von der DKH wurde ein zusätzliches Qualifizierungsprogramm

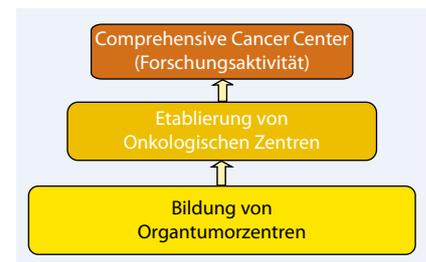


Abb. 1 ▲ Die von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH) entwickelte Leistungspyramide

der CCC ausgelobt: „Onkologische Spitzenzentren“. An dem Auswahlverfahren haben sich fast alle Universitätskliniken in Deutschland aktiv beteiligt und stimmen damit auch der Bedeutung dieses Qualifizierungsverfahren zu. Es ist Aufgabe der CCC, partnerschaftlich mit den anderen Onkologischen Zentren ihrer Region zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten – bei gegenseitiger Akzeptanz des Status „Primus inter pares“.

Künftig ist zu erwarten, dass sich diese regionalen Zentren austauschen, ihre Daten und Ergebnisse in Registern und Datenbanken bereitstellen und mit den Onkologischen Zentren und Organisationszentren, welche auf bestimmte Tumorentitäten spezialisiert sind, teilen. Letztere fungieren somit als wichtiges Bindeglied für eine regionale Versorgung.

Der Informations- und Arbeitsfluss baut sich dabei nicht allein von oben nach unten auf: Zwar werden alle anfallenden Ergebnisse aufgrund der Pyramidenform in die regionalen Zentren weiterverbreitet und von dort aus in der Fläche verteilt. Umgekehrt liefert aber die Basis wichtige Daten zur Evaluation von Therapien an die übergeordneten Instanzen und trägt so zur verbesserten und in der Fläche praktikablen Behandlung bei. Merkmale einer solchen Stellung sind Verfahren und Techniken zur sektorübergreifenden Integration von Partnern mittels Teletumorkonferenzen, Onkologieportalen oder umfassenden klinischen Krebsregistern.

Es ist zu erwarten, dass Kostenträger und Gesundheitspolitik in Zukunft aus 2 Gründen auf diesen Effekt der Stufenplanung setzen werden.

- Krankenkassen benötigen eine Koordinierungsstelle für spezielle Verfahren bei Patienten sog. hierarchischer Morbiditätsgruppen (HMG). Krankenkassen werden nicht die Ressourcen haben, mit jedem Krankenhaus einen Wahlkatalog für besondere HMG-Verfahren und deren Abrechnung zu verhandeln. Ansonsten droht das Schicksal der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V, deren Nachhaltigkeit nicht bewiesen ist. Es ist im Interesse der Krankenkassen, mit meinungsführenden Instituten Verfahren und Organisationsformen zu entwickeln, die dann von den wei-

Zusammenfassung · Abstract

Onkologie 2009 · 15:1070–1081 DOI 10.1007/s00761-009-1670-8
© Springer Medizin Verlag 2009

M. Zünkeler · P.M. Schlag

Regionale Verbünde in der Onkologie. Von der Idee zur Gemeinschaft

Zusammenfassung

Die Situation im Gesundheitswesen ist durch Kostendruck und sich stark verändernde Behandlungsformen geprägt. Die Onkologie nimmt dabei in der Bildung neuer Verbünde und Organisationsformen eine Vorreiterrolle ein. Die bisherigen Strukturen werden durch Behandlungsverbünde ersetzt, welche – mit den Comprehensive Cancer Centers an der Spitze – eine integrative Versorgung ermöglichen und die Interdisziplinarität stärken.

Motivation dabei ist es, über die Schaffung von Transparenz mit beschränkten Budgets eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Das Zusammenführen unterschiedlichster Partner kann auch Konfliktpotenziale bieten, die es zu bewältigen gilt. Gleichzei-

tig müssen Kernaufgaben der Netzwerke gelöst werden, die in der Koordination und Ausbildung der Partner, im Aufbau klinischer Register und damit im Zusammenhang stehenden Evaluationen/Studien liegen. Um diese Aufgaben zu lösen, sollte sich der Aufbau von Onkologieverbänden dem Geschäftsprozessmanagement bedienen und robuste Strukturen in der Informationssystemlandschaft und in der Organisation schaffen.

Schlüsselwörter

CCC · Integrierte Versorgung · Verbundnetze · Geschäftsprozessmanagement · Ablauforganisation

Regional associations in oncology. From the concept to a community

Abstract

Presently the situation in the public health sector is influenced by a strong impact of changing treatment types and increasing cost pressure. Medical oncology takes part in the process of establishing new forms of organisation as a forerunner and cutting edge. The previous structures are now being replaced by compound healthcare networks, which provide integrative treatment and interdisciplinary approaches headed by the comprehensive cancer centres. The motivating force is always the ambition of gaining transparency while ensuring an optimum of medical care in line with the budget.

Merging of very different organisations and procedures of course induces conflicts,

which have to be overcome. At the same time the core tasks, such as coordination and instruction of network partners, setting up a clinical treatment register and related new trials must be accomplished. To reach these objectives the set-up of oncology networks should be achieved by means of an adequate business process management, which helps to achieve robust management structures accompanied by suitable IT-infrastructures.

Keywords

Comprehensive cancer centers (CCC) · Integrated care · Integrated network · Business process management · Operational structuring

Tab. 1 Paradigmen und Motivatoren für den Aus- und Aufbau der kooperativen Behandlungsorganisation

<i>Transparenz</i>
Die Transparenz der Abläufe und der Leistungen ermöglicht den Partnern, untereinander Vertrauen aufzubauen und Optimierungspotenziale mittels internem Benchmarking zu erkennen
<i>Arbeitsteiligkeit</i>
Arbeitsteiliges Vorgehen hilft, die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen und Bearbeitungszyklen deutlich zu reduzieren
<i>Stärke der Partner</i>
Durch die Gewinnung starker Partner für das Netzwerk können kleinere Partner massiv an Bedeutung gewinnen und sich als Spezialist weiter profilieren.
<i>Wissensmehrung</i>
Durch die Zusammenstellung des multiprofessionellen Netzwerks entsteht bei gleichen Fachrichtungen eine Wissensmehrung durch eine Vergrößerung der Wissensträger. Durch die Zusammenführung komplementären Wissens unterschiedlicher Fachrichtungen können neue Bedeutungszusammenhänge erschlossen werden.
<i>Außenwirkung</i>
Das Netzwerk gewinnt allein durch seine Größe im Vergleich zu Einzelunternehmungen an Gewicht und Einfluss. Durch seine erhöhte Marktpräsenz wird es attraktiver für Patienten und kann durch sektorübergreifende Behandlungspläne zusätzliche Budgets erschließen.

teren angeschlossenen Einrichtungen ebenfalls umgesetzt werden.

- Dieser Strukturierung in der Onkologie kommt eine Vorbildfunktion für andere Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Rheuma usw. zu. Denn auch bei den weiteren 25 Hauptgruppen des § 31 Abs. 4 RSAV gilt die Empfehlung, über eine Hierarchisierung eine Verbesserung der Heilbehandlung zu erreichen. Dafür werden den Krankenkassen Zusatzentgelte zur Verbesserung

und Restrukturierung zur Verfügung gestellt [6].

Regionale Netzwerke

Prinzipien und Motivation

Aufgrund der oben geschilderten fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen ergeben sich für die Onkologie signifikante medizinische und ökonomische Umsetzungspotenziale. Der Aus- und Aufbau der kooperativen Behandlungsorganisation orientiert sich an den

in **Tab. 1** angeführten Paradigmen und Motivatoren:

Konfliktpotenzial

Bei allen Vorteilen, die sich durch die Etablierung regionaler Netzwerke ergeben können, dürfen die Umsetzungshindernisse nicht außer Acht gelassen werden. Zu nennen sind 3 offensichtliche Problemkreise:

1. Netzwerke sind nicht dazu da, allein „sozialising“ zu betreiben. Es geht darum, Netzwerke zu etablieren, die über Debattierclubs oder einen Club der Visionäre hinausgehen. Somit müssen die einzelnen Akteure Kompetenzen an das Netzwerk abgegeben. Um die Agilität des Einzelnen jedoch zu bewahren, muss eine klare Einteilung der Aufgaben in Gemeinschafts- und Einzelaufgaben vorgenommen werden.
2. Die Verbesserung der Heilbehandlung unter ökonomischen und medizinischen Erwägungen ist selbstverständlich. Damit einher geht die Konsequenz, nachgewiesene Doppeluntersuchungen und erweiterte, nicht notwendige Heilbehandlungen zu unterbinden. Das Netzwerk muss infolgedessen die Möglichkeit der Kriterienfestlegung für „outcome measures“ besitzen und Sanktionierung vornehmen können.

Hier steht eine Anzeige.

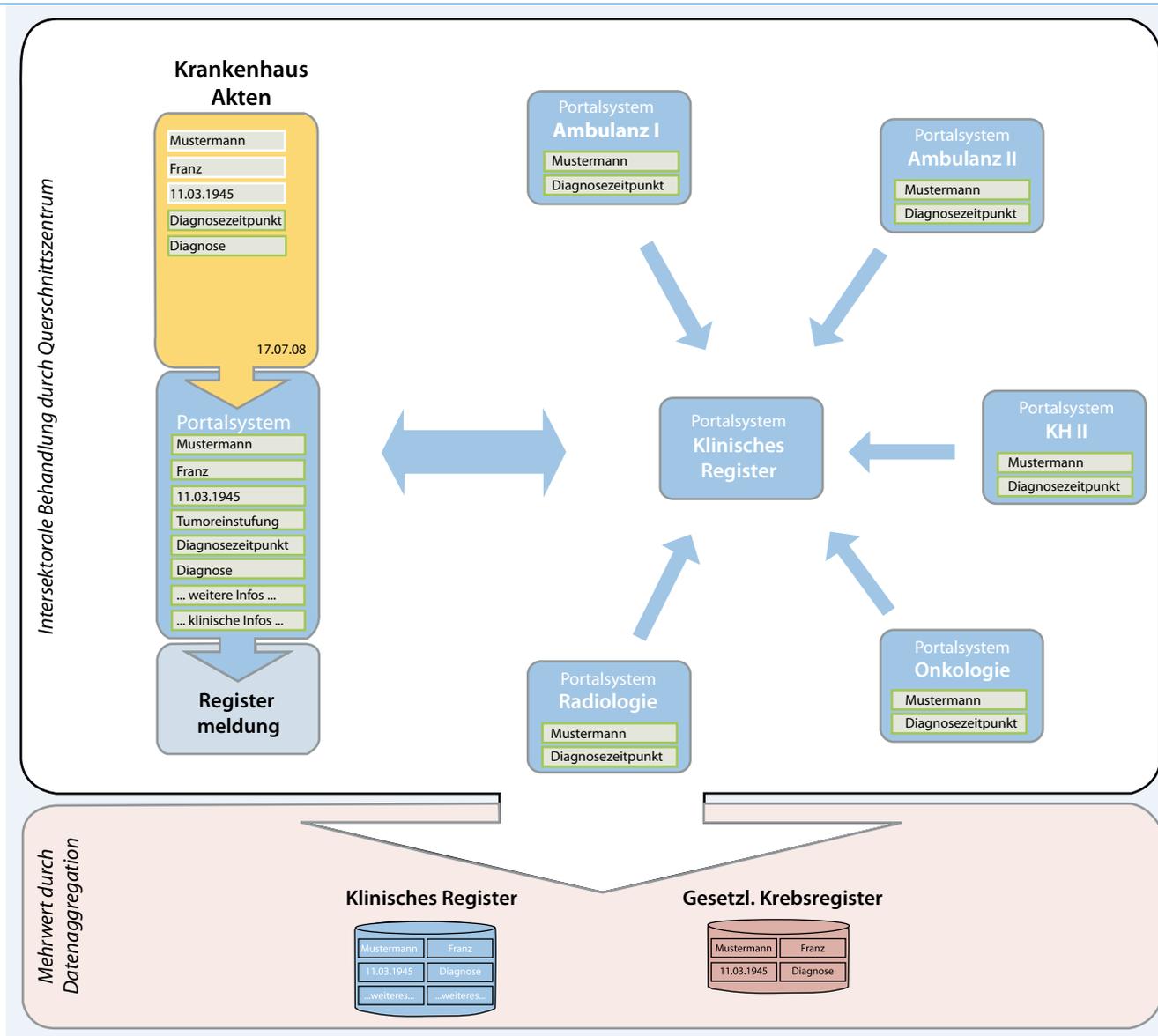


Abb. 2 ▲ Zusammenspiel der Akteure eines Onkologischen Regionalverbunds. KH Krankenhaus

- Das Netzwerk muss von einem kompetenten Team geführt, gesteuert, vertreten und ausgebaut werden. Dazu sind eine Legitimation der Gemeinschaft und auch ein Budget notwendig.

Aufgaben

Gerade Aspekt 2 macht deutlich, welches Konfliktpotenzial bei der Umsetzung von regionalen Netzwerken zu bewältigen ist. Um hier zu einer Lösung zu gelangen, müssen die Aufgaben des Netzwerks dringend vorab im Rahmen eines Stufenplans abgestimmt werden. Die sektorübergreifende Behandlungssteuerung durch ein

Netzwerk ist sicherlich die höchste und damit unweigerlich die letzte Ausbaustufe, die ein Netzwerk erreichen kann und muss. In der Anfangsphase müssen die Aufgaben, wie soeben erläutert, zunächst von einem kooperierenden und vertrauensvollen Miteinander geprägt sein. Dies gilt es insbesondere für die folgenden Aufgaben unter Beweis zu stellen:

- Auf- und Ausbau eines klinischen Tumor-Registers,
- gemeinsame Erschließung neuer Budgets,
- zentrale Studienrekrutierung und -management,
- Koordination von Supportiv- und Palliativangeboten,

- gemeinsame Entscheidungsunterstützung durch (Tele)tumorkonferenzen,
- gemeinsame Aus-, Fort und Weiterbildung.

Die hier angebotene Aufzählung ist nicht vollständig und abschließend. Die Beispiele zeigen nur, dass ein regionales Netzwerk letztlich ähnliche Aufgaben übernimmt wie ein Onkologisches Zentrum. Der Unterschied besteht in der inhaltlichen Ausprägung und in der Durchführung.

Zur Verdeutlichung, wie aus einem losen Verbund eine wirkliche Gemeinschaft entsteht, werden im Folgenden Praxisbeispiele erläutert.

Tab. 2 Empfehlung für Netzwerk-Standards

Definition eines onkologischen Grunddatensatzes unter Berücksichtigung der Anforderungen der jeweiligen Krebsentität. Start: Entwicklung des „minimal data set“ über die epidemiologischen Daten hinaus
Definition eines rollenbasierten Tumordokumentationspfads
Öffnung der Dokumentationssysteme über eine einheitliche Schnittstelle: Webservices oder HL7
Einheitliches Schulungs- und Prüfungskonzept
Gemeinsames Konzept zur stetigen Verbesserung des klinischen Registers

Aufbau eines klinischen Registers als Kernaufgabe

Gegenwärtig verfügt jeder Partner über eine onkologische Datenbasis aus seinem dokumentierten Patientenpool. Ein umfassendes klinisches Register entsteht auch bei der Zusammenführung dieser wichtigen Einzeldatensätze nicht. Vielmehr müssen Mechanismen aufgebaut werden, die für ein Netzwerk typisch und dadurch erfolgversprechend sind.

Es muss eine Supervisionsinstanz geben, die aus den gelieferten Daten ein „minimal data set“ definieren kann. Es ist vonnöten, dass innerhalb des Netzwerks ein einheitlicher Tumordokumentationsstandard festgeschrieben wird. Eine reine Verpflichtung innerhalb der Gemeinschaft, Daten an eine zentrale Stelle zu liefern, genügt nicht. Es müssen auch die Schnittstellen, die Liefertermine und die genauen, technischen Anforderungen beschrieben und eingehalten werden [8].

Da dieses Verfahren sehr umfangreich und langwierig ist, müssen die Ergebnisse im Rahmen eines Servicevertrags der Partner untereinander schriftlich festgelegt werden. Mit dieser Grundlage können die üblichen Analyseprozesse durchgeführt werden. Zusätzlich ist zu prüfen, wie man die Akteure der Dokumentation zusätzlich motivieren kann. Der Vorteil, über anonymisiertes Benchmarking die eigenen Fälle mit Fällen der Gemeinschaft in Bezug zu setzen, ist interessant, aber bereits z. T. etablierte Praxis der Tumorzentren. Erfolgsentscheidend ist, die Erfassung der Nachsorge-daten und der sonstigen ambulanten Daten in belastbarer Art und Weise zu organisieren und umzusetzen. Die Dokumentation muss dabei dem Simplizitätsgebot folgen. Je einfacher und transparenter die Dokumentation des einzelnen Falles geschehen kann, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese auch erfolgt. Dazu ist eine sorgfältige Abwägung zwischen

benötigter Dokumentationstiefe und Aufwand zu treffen. Die Einführung der Dokumentation sollte unbedingt schrittweise erfolgen, um den Teilnehmern des Dokumentationsprozesses die Möglichkeit zu geben, diesen sukzessiv in ihre Arbeitsprozesse einzubinden [8].

Je einfacher die Falldokumentation ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese auch erfolgt

Auch ein onkologisches Netzwerk wird sich dieser Aufgabe nur mit den bisher gültigen Hilfsmitteln nähern können. Nur weil ein Netzwerk entstanden ist, heißt dies noch lange nicht, dass auch die notwendige Tumordokumentation durchgeführt wird. Die Einführung von Vertragsstrafen oder anderen Sanktionen wird kaum zur Motivation der Beteiligten sorgen, diesem Netzwerk beizutreten bzw. diesem – einmal eingetreten – Daten zu liefern. Das onkologische Netzwerk (Abb. 2) muss sein Augenmerk mit hin darauf richten, wie die Daten anonymisiert und unter Beachtung des Datenschutzes gewinnbringend eingesetzt werden können. Die monetäre Vergütung der Dokumentationsaufwände kann genauso erwogen werden wie die gemeinsame Vermarktung des Datenpools in Richtung der Gesundheitsindustrie.

Gerade der Aufbau und der Ausbau eines klinischen Registers kann somit als Kernaufgabe eines onkologischen Netzwerks betrachtet werden. Die gelieferten Daten ermöglichen eine direkte Analyse der Dokumentation und gleichzeitig der vereinbarten Behandlungsabläufe. Durch die Tumordokumentation wird die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Netzwerks permanent geprüft. Durch Eskalationsszenarien kann bei Störfällen zentral gegengelenkt werden. Letztlich kann

man nur dringend empfehlen, dass sich die Partner eines Netzwerks auf folgende Standards einigen, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des onkologischen Netzwerks zu gewährleisten (Tab. 2):

Gemeinsame Erschließung neuer Budgets

Das Netzwerk steht ständig vor der Aufgabe, für die Behandlung neue Geldquellen zu erschließen. So ist die Akquisition über die üblichen Wege der §§ 73c, 116b oder 140ff. SGB V, welche integrierte Versorgungs- und Selektivverträge regeln, zu prüfen.

Grundlage für eine erfolgversprechende Umsetzung ist die komplette Transparenz eines (neuen) Behandlungsmodells. Das Netzwerk lebt davon, dass die erbrachten Leistungen innerhalb des Netzwerks verrechnet werden können. Dieser Verrechnungsmodus kann auch den Krankenkassen zugänglich gemacht werden. Den Krankenkassen liegen zu viele Papierkonzepte vor. Die dort erläuterten Behandlungsabläufe versprechen neben einer Verbesserung der Versorgung auch eine Ressourceneinsparung. Bisher sind die zugrunde liegenden Behandlungsabläufe aber für eine Krankenkasse de facto nicht überprüfbar. Erst ein Netzwerk schafft durch seine gegenseitigen vertraglichen Verpflichtungen eine solide Basis. Die Krankenkasse wird die Wirksamkeit und die Evaluierung von Behandlungsverfahren dem Regulativ des Netzwerks überlassen. Außerdem kann das Netzwerk für die nötige Transparenz bei seinen Partnern durch Zertifizierungsverfahren sorgen [6, 13].

Studiennetze

Wichtiges Betätigungsfeld eines onkologischen Netzwerks ist die Akquisition von für (virtuelle) Studien brauchbaren Datensätzen und die Begleitung der Studien für onkologische Präparate. Der Markt für solche Präparate ist groß und entsprechend unübersichtlich. Die Wirksamkeit vieler Medikamente wurde im Zulassungsverfahren aus ethischen Gründen oft nur an Patienten mit einem weit fortgeschrittenen Krankheitsverlauf in der Second- oder Third-line-Therapie geprüft [1]. Häufig ist diese Patientengruppe aber nicht identisch mit der Gruppe weniger

Hier steht eine Anzeige.



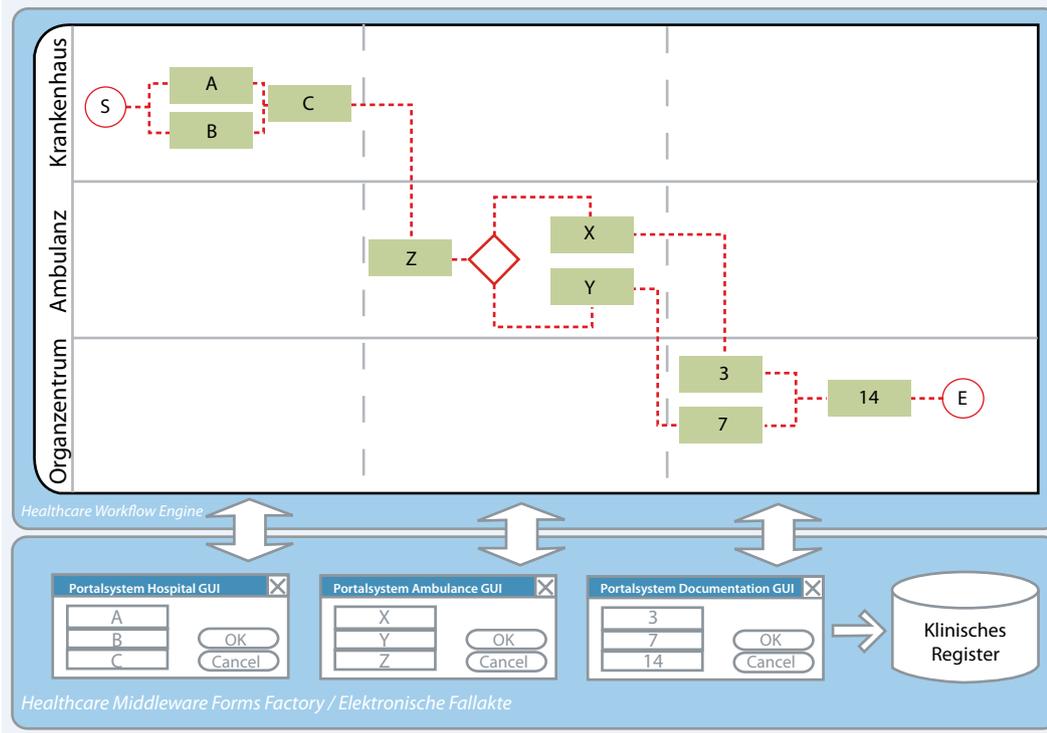


Abb. 3 ◀ Sektorübergreifende Integration von Supportiv- oder Palliativangeboten für Tumorkranken

selektierter Patienten, welche dieses Medikament später, ohne Berücksichtigung früherer Studienausschlussgründe, erhalten. Über die ungefilterte, umfassende Wirksamkeit/Nebenwirkungsrate der Präparate kann aufgrund dieser Einschränkungen keine verlässliche Aussage getroffen werden. Es liegt daher im elementaren Interesse der produzierenden Pharmaunternehmen, bessere Daten über die Wirksamkeit der Therapien zu erhalten. Ein Onkologienetzwerk kann sich dieser Aufgabe als Einheit annehmen. Es kann als übergeordnete und damit neutrale Instanz den Aufbau und Betrieb eines Studiennetzes als Kernprozess betreiben.

Das Studiennetz ermöglicht sowohl die prospektive als auch die retrospektive Aggregation von Daten zur analytischen Betrachtung der Behandlung. Um eine signifikante Gruppe von Patienten zu erhalten, die das Medikament erhalten haben, melden alle teilnehmenden Behandlungseinrichtungen ihre Patienten nach einem vorab definierten Schema an eine Zentralinstanz. Gemeldet werden Eckdaten über Krankheitsverlauf, angewendete Therapie und die Stammdaten des jeweiligen Patienten. Auf diese Weise baut das Studiennetz mit der Zeit eine Datenbank auf, welche die Wirksamkeit von Präparaten und Kombinationen von Präpara-

ten über die Kausalität von Krankheitsverlauf zu Therapie belegen kann. In diesem Sinne steht dem regionalen Verbund mit der Datenbank ein mächtiges Instrument zur Evaluation von Therapien zur Verfügung.

Die Vergütung erfolgt paritätisch an die entsprechenden Teilnehmer. Retrospektive Studien, welche z. B. auch die Pharmaindustrie durchführen kann, sind von dieser zu vergüten, und der Gewinn hieraus wird entsprechend einem vorab festgelegten Schlüssel, z. B. aufgrund von Patientenzahlen usw., verteilt. Damit erschließen sich den Teilnehmern aus dem ambulanten Sektor Budgets, die vorher meist nur den Groß- und Universitätskliniken vorbehalten waren. Zusätzlich kann den Teilnehmern ebenfalls gestattet werden, auf die Datenbank im anonymisierten Zustand zuzugreifen und sie für eigene Auswertungszwecke zu nutzen.

➤ **Der Service „Studien im klinischen Langzeit-Krebsregister“ kann der Gesundheitsindustrie angeboten werden**

Das Onkologie-Netzwerk sorgt für die notwendige Publizität, stellt den Betrieb sicher und kümmert sich um die Frage

der Abrechnung. Dazu kann der Service „Studien im klinischen Langzeit-Krebsregister“ der Gesundheitsindustrie angeboten werden. Die Einführung und der Betrieb der Dienstleistung geschehen typischerweise mit den Mitteln des Geschäftsprozessmanagements. Die Abrechnung schließlich bedient sich der Datenbank, um die Anzahl der gemeldeten Patienten den meldenden Teilnehmern zuzuordnen. In einer späteren Ausbauphase kann begonnen werden, auch die Krankenkassen einzubinden. Der Vorteil liegt für diese auf der Hand. Die Kassen können sich unmittelbar über die Wirksamkeit der bezahlten Therapien informieren, ohne spezielle eigene Studien durchführen zu müssen.

Koordination von Supportiv- und Palliativangeboten

Fällt es schwer, sich ggf. auf sektorübergreifende Behandlungspfade und Behandlungsprozesse innerhalb des Netzwerks zu einigen, sollte mit behandlungsunterstützenden Prozessen begonnen werden. Hieran kann das partnerschaftliche Miteinander geübt und verbessert werden. Die Erfahrungen und Erkenntnisse können dann für die Definition von Behandlungsprozessen herangezogen werden.

Hier steht eine Anzeige.



So beginnen der Prozess der Patientenverlegung (■ **Abb. 3**) und damit die Vornahme von weiteren Supportiv- oder Palliativangeboten schon bei der Aufnahme eines Patienten innerhalb des Netzwerks [2].

Das Netzwerk sollte die Buchung der notwendigen Anschlussressourcen für seine Mitglieder übernehmen. Dabei bieten sich verschiedene Wege an: Das Netzwerk kann die freien Ressourcen zur Planung und Buchung für Mitglieder freigeben. Oder man gibt innerhalb des Netzwerks an, welchen Bedarf ein bestimmter Partner hat und welche Weiterbehandlung für den Patienten notwendig ist. Das weiterbehandelnde Mitglied wird informiert und stellt die Anschlussbehandlung sicher. Diese Koordination von Ressourcen kann letztlich nur von einem unabhängigen Netzwerk übernommen werden.

Gemeinsame Entscheidungsunterstützung durch Tumorkonferenzen

Die Tumorkonferenz ist schon heute anerkanntes und eingesetztes Werkzeug zur interdisziplinären Entscheidungsfindung. Schon heute werden niedergelassene Ärzte, nachsorgende Einrichtungen, Psychoonkologen oder Pharmakologen aktiv in die Tumorkonferenz eingebunden. Ein onkologisches Netzwerk hat dies weiter auszubauen. So sollte das Netzwerk sicherstellen, dass wirklich jeder Tumorkonferenzpatient schnellstmöglich einer Tumorkonferenz vorgestellt bzw. sein Behandlungsplan stets interdisziplinär entschieden wird. Dieses Mehr an Organisation und Aufwand kann nur durch geeignete Werkzeuge auf ein vertretbares und finanzierbares Maß reduziert geleistet werden.

Notwendige Werkzeuge

Wie schon der Betrieb der Tumorkonferenz deutlich macht, benötigt der erfolgversprechende Aufbau eines onkologischen Netzwerks 3 wichtige Werkzeuge:

1. Geschäftsprozessmanagement,
2. eine starke, v. a. IT-basierte Infrastruktur sowie
3. eine Betreibergesellschaft.

Geschäftsprozessmanagement

Bei der Etablierung regionaler Verbünde fällt dem Werkzeug des Geschäftsprozessmanagements (GPM) eine wichtige Bedeutung zu. Bei allen Erwägungen bleibt ein Prinzip: In der Gemeinschaft muss arbeitsteilig kooperiert werden. Einzelne Aufgaben werden zu Dienstleistungsangeboten formuliert und den Partnern untereinander angeboten.

Dies bedeutet für das Gesundheitswesen, einen fundamentalen Paradigmenwechsel mittels GPM vorzunehmen. GPM stellt eine umfassende strategische und operative Ausrichtung unternehmerischer Tätigkeiten in Richtung auf Effizienz, Qualitätssteigerung und Kostenkontrolle dar. Grundsätzlicher Anspruch der dabei erhoben wird, ist es, Einzelerfolge wiederholbar und planbar zu machen.

Durch GPM können auch in der Gesundheitswirtschaft diffizile Sachverhalte in lösbare, fragmentierte Einzelaufgaben geteilt werden. Die gut definierten Bestandteile der Organisation und der Geschäftstätigkeit werden in Diensten beschrieben und über das Prozessmanagement in Betrieb genommen. Das Gesamtziel wird hierfür klar ins Auge gefasst: die bestehende funktionsgetriebene Arbeitsorganisation in eine prozessorientierte, effiziente Dienstleistungsstruktur zu überführen. Wie man bereits hier erkennen kann, ist eine derartige Aufteilung und Strukturierung beim Aufbau von Netzwerken und speziell Versorgungsnetzen von großer Relevanz. Netzwerke bestehen naturgemäß aus einem Miteinander verschiedener Teilorganisationen, welche für sich selbst verantwortlich sind und dennoch vom Erfolg der anderen abhängen.

Aufgrund der hohen Komplexität der Thematik GPM sei an dieser Stelle auf die weiterführende Literatur verwiesen [9, 10]. Für diese Managementmethode steht das Bestreben im Vordergrund, hierarchische Organisationsstrukturen durch prozedural organisierte Kooperationsgemeinschaften zu ergänzen, wie sie die Struktur von Versorgungsnetzen aufweisen. Der Begriff des Prozesses steht für eine übergeordnete, abstrahierbare und separat organisierbare Aufgabe, die entweder direkten Einfluss auf das Geschäftsergebnis hat (Kernprozess) oder die Kernprozesse unterstützt (Unterstützungspro-

zess). Wichtig für die Relevanz bei der Betrachtung von Versorgungsnetzen ist dabei, dass Teilnehmer an den verschiedenen Prozessen den unterschiedlichsten, teilnehmenden Organisationen im Netzwerk zuzuordnen sind. Damit ist der Prozess eine intersektorale und interdisziplinäre Aufgabe, bei der die einzelne Tätigkeit von unterschiedlichen Personen im Netzwerk durchgeführt wird. Eine Zentralinstanz, das Prozessmanagement, übernimmt die Koordination, Qualitätskontrolle und Sicherstellung des Betriebs des Prozesses.

Starke Infrastruktur und IT-Plattform

Die Informationstechnologie- (IT-)Infrastruktur ist für den Aufbau eines regionalen Onkologienetzes besonders gefordert. Die Systeme können jedoch nur das umsetzen, was strukturell und organisatorisch a priori festgelegt wurde. Sie folgen mithin den Geschäftsprozessen des onkologischen Netzwerks.

Wichtige Betätigungsfelder der IT-Abteilungen sind die Vereinheitlichung der genutzten IT-Plattformen. Oft wird ein Patient in den unterschiedlichsten IT-Systemen geführt, erhält Doppeluntersuchungen und die Übertragung von Befunden und Gutachten zur Erkrankung erfolgt in Papierform. Erster Schritt der Harmonisierung kann beispielsweise die Einführung eines zentralen Patientenregisters in Form elektronischer Fallakten sein, auf welches alle Leistungserbringer zugreifen können. Daneben werden Geschäftsprozesse des Netzwerks über Workflowsysteme festgeschrieben. Alle Teilnehmer an der Behandlung kennen nun mit Beginn des Betriebs ihre Aufgaben und Aktivitäten zur Durchführung der Behandlung. Ist zum Beispiel eine Rehabilitationsmaßnahme Bestandteil des Vertrags, so führt die Rehabilitationseinrichtung diese Behandlung zu einem festgelegten Zeitpunkt und in einer vorab definierten Häufigkeit durch.

Die zu verwendende Dokumentationsplattform darf dem einzelnen Teilnehmer keinen finanziellen Zusatzaufwand abfordern. Oft haben onkologische Praxen ein eingeschränktes IT-Budget und sind nicht bereit, neue Investitionen vorzunehmen. Ein einfacher Zugang zum System über

Hier steht eine Anzeige.



ein gesichertes Netzwerk und eine Oberfläche ohne zusätzliche Softwareinstallation per Webbrowser ist dazu obligat.

Betreiber-gesellschaft

Schon mehrfach stellte sich die Frage, wie ein onkologisches Netzwerk zu führen ist. Ausschließlich kooperativ wird dies kaum möglich sein. Ein permanenter Führungswechsel ist ebenfalls nicht angezeigt. Das Netzwerk wird vielmehr eine Betreiber-gesellschaft einsetzen müssen, welche aufgrund der umfangreichen, fachlichen Aufgabenstellung eine netzwerkinterne Betreiber-gesellschaft sein sollte. An der Betreiber-gesellschaft müssen die Akteure des Netzwerks pro rata beteiligt werden. Alle Rechte, die auf das Netzwerk übergehen, werden von der Betreiber-gesellschaft koordiniert, ausgeführt und gesteuert. Jeder einzelne Partner gibt einen bestimmten Teil seiner Autonomie zugunsten der Betreiber-gesellschaft auf, wird gleichzeitig aber an den Entscheidungsprozessen beteiligt.

Schon heute werden teilweise die hierfür notwendigen Strukturen in den CCC und Onkologischen Zentren vorgehalten. Es ist zu überlegen, inwieweit eine Ver-selbständigung und damit Loslösung vom jeweiligen Universitätsklinikum oder Klinikverbund zum Gedeihen des Outreach-Programms vorzunehmen ist.

Fazit für die Praxis

Aufgrund der aufgezeigten Potenziale und Umsetzungsmöglichkeiten für onkologische Netzwerke ist davon auszu-gehen, dass diese sich in Ergänzung und Koexistenz mit den Tumorzentren in Deutschland schnell etablieren werden. Zur schnelleren Entwicklung sind 2 Vor-aussetzungen wünschenswert:

- In Richtung der Rechtssicherheit wer-den klare Vorgaben durch den Daten-schutz – bestenfalls durch ein Bun-desgesetz – benötigt.
- In Richtung Finanzierung sollte die Möglichkeit einer rückzahlbaren An-schubfinanzierung erwogen werden, um die betreffende Betreiber-gesell-schaft mit einem Initiativbudget aus-zustatten.

Gerade eine einheitliche Regelung im Bundesdatenschutzgesetz könnte eine besondere Hilfe sein: Regionale Ver-bünde und Patienten profitieren davon, dass ein Höchstmaß an Informations-teilung gewährleistet wird. Klare Vorga-ben des Datenschutzes auf Bundesebene sind für Netzwerke existenziell. Letztlich verfügt immer noch der Patient autonom über seine Daten. Er muss aktiv einer Da-tenweitergabe zustimmen und dies auch können. Dieses Recht sollte nicht durch Verwaltungsvorschriften oder Verwal-tungspraxis erschwert werden. Der Da-tenschutz muss den Patienten schützen, aber er darf eine erfolgreiche Behand-lung und damit die Heilungschancen des Patienten nicht gefährden. Gerade in der Onkologie ist die Beurteilung von sektor-übergreifend zusammengetragenen Da-ten häufig entscheidend für den nach-haltigen bzw. langfristigen Behand-lungserfolg und damit für die Überleben-schancen des Patienten. Der Datenschutz darf jedoch nicht als Exkulpationsmög-lichkeit dienen, um notwendige Neue-rungen zur organisatorischen Strukturie-rung der onkologischen Heilbehandlung zu verhindern.

Es bedarf letztlich darüber hinaus keiner weiteren gesetzlichen Grundlagen, um onkologische Netzwerke zu etablieren. Die Ausgestaltung sollte den Partnern auf Leistungserbringer- und Krankenkas-senseite überlassen werden. Gesetzge-bende Verfahren würden die hochkom-plexen onkologischen Netzwerke kontra-produktiv beeinflussen. Die Dauer und die Rechtsunsicherheit bis zur endgül-tigen Abfassung würden dazu führen, dass die Akteure auf eine gesetzliche Re-gelung warten und nicht eigeninitiativ agieren.

Die Finanzierung sollte nicht durch wei-tere Staatshilfe erwartet werden, son-dern muss direkt mit den Mitgliedern des Netzwerks vereinbart und zusätzlich mit den Krankenkassen verhandelt werden. Auch die zusätzliche Auslobung über Konzept- und Wettbewerbspräsentation sollte erwogen werden.

Korrespondenzadresse

M. Zünkeler



Charité - Comprehensive Cancer Center Berlin
Invalidenstraße 80, 10117 Berlin
Martin.zuenkeler@charite.de

Prof. Dr. P.M. Schlag

Charité - Comprehensive Cancer Center Berlin
Invalidenstraße 80, 10117 Berlin
pmschlag@charite.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aidsbürger P, Wasem J (2008) Kosten-Nutzen-Bewertungen von onkologischen Therapien, Gutachten für die Deutsche Krebsgesellschaft e. V.- Juli 2008 DKG, Berlin
2. Amelung VE, Buser K, Schneider N (2008) Neue Impulse für die Palliativversorgung durch das GKV WSG. In: Reiners H (Hrsg) Neue Versorgungskonzepte in der Onkologie. LIT, Berlin Hamburg Münster, S 1–9
3. Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E et al (2009) Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
4. Beck T (2007) Managed Care in der stationären Leistungserbringung. Innovative Integrierte Versorgung als Chance und Perspektive für Krankenhäuser. Diplomica, Hamburg
5. Blankart CB, Fasten E, Schwintowski HP (2009) Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten: Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden. Springer, Berlin Heidelberg New York
6. Blöß T, Rabbata S (2008) morbi-RSA: Startschuss für eine gerechtere Vergütung. Dtsch Arztebl 2:58
7. Busse R (2006), Leistungsmanagement im Gesundheitswesen, Einführung und methodische Grundlage, In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg) Leistungsmanagement im Gesundheitswesen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 12–22
8. Haier J (2009) Datenmanagement in integrierten Krebszentren. Dtsch Arztebl 21:1040–1044
9. Hammer M, Champy J (1994) Business Reengineering – Die Radikalkur für das Unternehmen – So erneuern Sie Ihre Firma. Campus, Frankfurt am Main
10. Helfrich C (2002) Business Reengineering: Organisation als Erfolgsfaktor. Hanser, München
11. Hoppe JD (2003) Integrierte Versorgung: Sektorübergreifende Kooperation für eine möglichst effiziente patientenorientierte Behandlung. Forum DKG 2:8–11
12. Rebscher H (2003) Back to Bismarck: Die Zergliederung des deutschen Gesundheitswesens. Forum DKG 2:20–22
13. Reinermann F, Schmidt D (2006) Integrierte Versorgung Onkologie. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg) Leistungsmanagement im Gesundheitswesen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 142–147

Kopfschmerzen bei Hirntumoren

Bei Kopfschmerzen kann es sich um einen primären Kopfschmerz oder um einen sekundären Kopfschmerz handeln. Forscher der Universität München haben daher eine Charakterisierung der Kopfschmerzen bei Hirntumoren durchgeführt. In der prospektiven Studie wurde an 85 Patienten einer neurochirurgischen Normalstation mit Hirntumoren (22 Meningeome, 21 Astrozytome, 19 Glioblastome, 19 Metastasen) Häufigkeit, Manifestation und klinische Risikofaktoren untersucht. Es ergab sich eine Häufigkeit des Tumor-assoziierten Kopfschmerzes von 60 Prozent. Der Schmerz war v.a. dumpf-drückend (59%), beidseitig (49%) und keiner bestimmten Region des Kopfes zuzuordnen. Die Schmerzstärke war im Median 6 von 10 auf der nominalen Schmerzskala (mit 1 als minimalem bis 10 als maximalem Schmerz), die Schmerzdauer in 49 Prozent der Fälle zwischen vier Stunden und sieben Tagen. Übelkeit und Erbrechen waren selten (18%), ebenso die Verschlechterung bei Husten (2%), Vornüberbeugen (2%), in horizontaler Lage (6%) oder bei körperlicher Belastung (4%). Risikofaktoren für das Auftreten von Kopfschmerzen bei Hirntumoren waren ein vorbestehendes primäres Kopfschmerzsyndrom (Migräne, Spannungskopfschmerz) mit einer Odds Ratio (OR) von 9,3 sowie eine positive Familienanamnese für Kopfschmerzen (OR 5,6). Im Gegensatz dazu ist das Risiko für Kopfschmerzen unabhängig von Tumorgöße, -lage und Umgebungsödem. Aus dieser Untersuchung ergibt sich also, dass die in der Kopfschmerzklassifikation geforderte Kopfschmerz-Symptomatik mit Übelkeit, Erbrechen, Zunahme im Liegen, beim Husten oder Pressen bei Hirntumor-Patienten selten ist. Vielmehr ähnelt das Kopfschmerzsyndrom dem primären Spannungskopfschmerz. Zusätzlich scheint bei Vorliegen einer positiven Familienanamnese für Kopfschmerz bzw. einer eigenen Kopfschmerz Vorgeschichte eine u.a. genetische Veranlagung für Kopfschmerz bei Hirntumoren zu bestehen. Dies deutet darauf hin, dass der Mechanismus von Hirntumor-assoziiertem Kopfschmerz eher nicht hirndruckabhängig ist, sondern vielmehr mit

den Mechanismen primärer Kopfschmerzen überlappt. Daher sollte eine kernspintomographische Untersuchung des Gehirns bei Kopfschmerzen durchgeführt werden, wenn das Kopfschmerzsyndrom atypisch ist oder sich in der klinischen Untersuchung pathologische Befunde (Reflexdifferenzen, Lähmungen, Seh- oder Sprachstörungen) finden lassen. Wichtig ist eine solche Untersuchung auch, wenn im höheren Alter Kopfschmerzen nach Jahren von Beschwerdefreiheit wieder auftreten.

Literatur: Schankin CJ, Ferrari U, Reinisch VM et al (2007) Characteristics of brain tumour-associated headache. Cephalalgia 27:904-911

Quelle: *Klinikum der Universität München, www.klinikum.uni-muenchen.de*

Neuer Marker für die Blutgefäßbildung in Tumoren

Wissenschaftler haben ein Protein als möglichen Marker für die Blutgefäßbildung in Tumoren identifiziert. Damit Tumoren wachsen können, müssen sie an die Blutversorgung angeschlossen werden. Dazu ist ein Tumor zur Angiogenese in der Lage. Ein beim Tumorzellwachstum beteiligtes, als EDB bezeichnetes Protein, ist in gesundem Gewebe praktisch nicht nachweisbar, kommt aber in Tumorgewebe in großer Menge vor. Da es sich an Stellen konzentriert, wo neue Blutgefäße wachsen, eignet sich EDB als Marker für Angiogenese. Wissenschaftler haben nun einen Antikörper gegen bestimmte EDB-Formen entwickelt, der mit normalem Gewebe nicht reagiert, jedoch hochspezifisch mit Tumorgewebe. Damit steht den Forschern nun eine Methode zur Verfügung, mit der sie die Neubildung von Blutgefäßen in Tumorzellen nachweisen können.

Literatur: Balza E, Sassi F, Ventura E et al (2009) A novel human fibronectin cryptic sequence unmasked by the insertion of the angiogenesis-associated extra type III domain B. Int J Cancer 125:751-758

Quelle: *Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), www.dkfz.de*

Warum sprechen Hirntumoren nicht auf Medikamente an?

Bösartige Hirntumoren sprechen häufig nicht auf vielversprechende, neue Medikamente an. Wissenschaftler haben nun einen Mechanismus und einen Tumormarker für die Entwicklung dieser Resistenz gefunden. An den sogenannten Todesrezeptor docken die Medikamente an und bringen dadurch die Zellen zum Absterben. Astrozytome besitzen ein entscheidendes Protein auf ihrer Zelloberfläche, das den Todesrezeptor stilllegen kann. Ein intakter Todesrezeptor kann deshalb als Tumormarker für die Erfolgchancen einer Therapie dienen.

Wissenschaftler untersuchten verschiedene primäre Hirntumoren und stellten fest, dass das Gen für den Todesrezeptor DR4 in bis zu 75 Prozent der Fälle durch eine Promoter-Methylierung abgeschaltet war. In Zellkulturversuchen konnten die Forscher die Methylierung bereits rückgängig und den Todesrezeptor wieder funktionstüchtig machen. Der Todesrezeptor DR4 ist ein attraktives Ziel für eine gezielte Rezeptor-spezifische Therapie. Es existiert bereits ein Antikörper-Protein, das direkt an den Rezeptor bindet und den Zelltod auslösen kann. Dieses Medikament wird zurzeit in einer Reihe von klinischen Studien bei anderen soliden Tumoren, z.B. Lungenkrebs, getestet. Da Gliome besonders invasiv in das Gehirngewebe einwachsen, erscheint deren Behandlung besonders interessant, da der Todesrezeptor in der Regel nur auf Tumorzellen, jedoch nicht auf anderen Gehirnzellen zu finden ist.

Literatur: Elias A, Siegelin MD, Steinmüller A et al (2009) Epigenetic Silencing of Death Receptor 4 Mediates Tumor Necrosis Factor-Related Apoptosis-Inducing Ligand Resistance in Gliomas. Clinical Cancer Research (Epub ahead of print)

Quelle: *Universitätsklinikum Heidelberg, www.klinikum.uni-heidelberg.de*