



© DENNIS KUNKEL MICROSCOPY / Science Photo Library

Onkologie 2021 · 27:954–956
<https://doi.org/10.1007/s00761-021-01020-8>
Angenommen: 26. Juli 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



Die Integration der Freiwilligkeit

Harald Schmalenberg¹ · Simone Wesselmann² · Hakan Alakus³ · Heinz Schmidberger⁴

¹ 4. Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum Dresden, Dresden, Deutschland

² Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Berlin, Berlin, Deutschland

³ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universität Köln, Köln, Deutschland

⁴ Unimedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Seit der ersten „Probe“-Zertifizierung eines Brustzentrums sind fast genau 20 Jahre vergangen. Der damalige Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, Klaus Höffken, und der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie, der kürzlich leider verstorbene Rolf Kreienberg, setzten 2001 eine wegweisende Idee um: Erstmals wurde die Qualität eines interdisziplinären Brustzentrums auf der Grundlage eines Anforderungskatalogs vor Ort überprüft. Innerhalb von zwei Jahren entwickelten die beiden Fachgesellschaften ein System, mit dem die Paradebeispiele einer fachübergreifenden Zusammenarbeit, die Brustzentren, standardisiert ihre Qualität nach außen darstellen konnten. Innerhalb weniger Jahre wuchs die Zahl der zertifizierten Brustzentren schnell an, gerade nichtuniversitäre Häuser ergriffen die Gelegenheit, Kompetenz nach außen zeigen zu können. Das dazu geschaffene System ließ sich in der Folge schnell auf weitere Tumorentitäten mit eigenen Anforderungskatalogen ausweiten und so entstand in kurzer Zeit ein flächendeckendes System der Deutschen Krebsgesellschaft, bald auch in Zusammenarbeit mit

der CCC-Initiative der Deutschen Krebshilfe, das mittlerweile über 1000 zertifizierte Zentren umfasst.

Das Besondere dieser Entwicklung war und ist, dass sie auf der Freiwilligkeit der Beteiligten beruhte. Viele Kliniken mussten viel Arbeit in die Erlangung der Zertifikate investieren. Diese Arbeit wurde aber gerne geleistet, da die hohe Anerkennung der Zertifikate durch ein transparentes Verfahren, durch die Expertise der Zertifizierungskommissionen bei der Erstellung der fachlichen Anforderungen und durch die erfahrenen Kliniker, die die Begehung vor Ort im Auftrag der Fachgesellschaft durchführten, sichergestellt war. Die Zertifizierungsverfahren trugen dadurch zu einer spürbaren Weiterentwicklung der Qualität in den Zentren bei.

Schon bald wurde die Forderung erhoben, den erheblichen Mehraufwand, der auch den Patienten zugutekommt, durch die Kostenträger vergütet zu bekommen. Allerdings sieht unser Gesundheitssystem keine Vergütung zusätzlicher, freiwilliger Leistungen vor. Umso erfreulicher ist es, dass der G-BA Ende 2019 unter Einbeziehung u. a. der Deutschen Krebsgesellschaft

Autor



Dr. med.
Harald Schmalenberg



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hier steht eine Anzeige.



nach einem langen, auch juristisch ausgetragenen Prozess Kriterien verabschiedet hat, die seit Januar 2020 die Grundlage bilden, um Zentrumszuschläge mit den Kostenträgern vor Ort verhandeln zu können. Nach einem langen Weg konnte ein freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren in die Vergütungsstrukturen unseres Gesundheitssystems integriert werden, was einen bemerkenswerten Erfolg für die onkologische Versorgungslandschaft in Deutschland darstellt.

» Endlich konnte ein freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren in die Vergütungsstrukturen integriert werden

Diesen aktuellen Entwicklungen widmet sich diese Ausgabe. *K. Bockhorst* gibt einen Überblick über die Kriterien des G-BA-Beschlusses und wie es möglich sein könnte, mit Zentrumszuschlägen die Qualität in der Onkologie zu verbessern.

Die Qualitätssicherung in der Onkologie hat sich im Zeitraum von 20 Jahren weiterentwickelt und wird immer weiterentwickelt, wie im Beitrag von *J. Rückher* dargestellt wird. Die von Anfang an getätigte Annahme, dass Behandlungsqualität und Leistungsmenge miteinander korrelieren, wird anhand neuerer Daten von *E. Höfer* in dieser Ausgabe betrachtet.

Von Anfang an hatte man die Einbeziehung des Patienten als ein wichtiges Kriterium für die Qualitätssicherungsverfahren berücksichtigt, so waren z.B. von Anfang an Patientenvertreter bei der Entwicklung der fachlichen Anforderungen in den Zertifizierungskommissionen beteiligt. Eine Weiterentwicklung stellt in diesem Zusammenhang die Betrachtung des Behandlungserfolgs durch den Patienten selbst dar, wie es *P. Fülkell* in seinem Beitrag über „patient-reported outcomes“ berichtet.

Die Qualitätssicherung in der Onkologie ist sektorenübergreifend und betrifft den stationären Bereich ebenso wie den ambulanten Sektor. In vielen Zentren arbeiten Krankenhausärzte und niedergelassene Kollegen vieler Fachgebiete selbstverständlich zusammen. Die Beiträge von *K. Hermes-Moll* über die aktuelle Strukturdatenerhebung in hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxen und von

H. Löser über die Qualitätssicherung in der Pathologie berichten über die neuesten Entwicklungen in diesen Bereichen.

Die beispielhafte Qualitätssicherung in der Onkologie in Deutschland startete als freiwilliges Verfahren unter der Federführung der Fachgesellschaft und wurde nach fast zwanzig Jahren auch in die Vergütungsstrukturen unseres komplizierten Gesundheitswesens integriert. Damit wurde die engagierte Arbeit vieler Kollegen belohnt, die wichtige strukturelle Veränderungen in der Versorgung unserer Patienten herbeigeführt haben.

Für die Schriftleiter
H. Schmalenberg

Für die Herausgeber
H. Schmidberger

Korrespondenzadresse

Dr. med. Harald Schmalenberg
4. Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum
Dresden
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden,
Deutschland
Harald.Schmalenberg@klinikum-dresden.de

Interessenkonflikt. H. Schmalenberg, S. Wesselmann, H. Alakus und H. Schmidberger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Neue S3-Leitlinie

Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat unter Federführung der DGVS die S3-Leitlinie zum hepatozellulären Karzinom aktualisiert und um die Tumorentität der biliären Karzinome erweitert.

Biliäre Karzinome zählen zu der Gruppe der Leberkrebstumore und treten selten auf, die relativen 5-Jahresüberlebensraten sind niedrig. Sie werden oftmals operativ entfernt und aufgrund des hohen Rezidivrisikos anschließend mit einer Systemtherapie behandelt. Sie können molekulare Veränderungen aufweisen, die sich je nach Typ erheblich in Art und Häufigkeit unterscheiden können. Deshalb ist eine histologische, immunohistologische und ggf. auch molekularpathologische Differenzialdiagnostik wichtig, zu der die Leitlinie entsprechende Empfehlungen gibt. Im Bereich der medikamentösen Therapie wurden neue wirksame Substanzen aufgenommen und bei den lokalablativen Methoden wurde ein neues Verfahren, die Mikrowellenablation, hinzugefügt. Die Leitlinie gibt außerdem modifizierte Empfehlungen für weitere interventionelle Therapieverfahren und ergänzt, dass eine Lebertransplantation auch bei Patienten erfolgen kann, die nicht den in Deutschland herangezogenen Mailand-Kriterien entsprechen, wenn die UCSF-Kriterien erfüllt sind. Insgesamt waren 60 ehrenamtlich arbeitende Fachexpert*innen aus 33 Fachgesellschaften und Organisationen an der Leitlinie beteiligt.

Die Leitlinie finden sie hier:



Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (www.krebsgesellschaft.de)