

# **Protokoll ADDZ**

## **Samstag den 20. Juni 2015, Klinikum Siloah, Hannover**

(Alle Vorträge finden Sie auch als PDF auf der Homepage der addz)

### **Begrüßung**

#### **8:30 T. Moesta**

Begrüßung und kurze Vorstellung des neugebauten Klinikums Siloah.

#### **S. Benz (s. auch Präsentation)**

Begrüßung. Entwicklung der ADDZ. Mitgliederzuwachs auf 193 Zentren, entspricht 71 % der zertifizierten Zentren.

Zusatzmodul kolorektales Karzinom ist jetzt verabschiedet und bildet den kompletten Erhebungsbogen ab.

Aufruf, die Dokumentationsleistung ab jetzt von den Krebsregistern abzufordern – Vorschlag: 1 Beauftragter pro Bundesland

Studoq – Krebsregister Dialog: noch laufende Entwicklung

Randomisierte Befragung der Hausärzte: mit der DKG geplant, bisher nicht erfolgreich

Peer review-Verfahren: ist jetzt implementiert. Identifikation von anonymisierten Zentren bezüglich OP-Daten – bei kontinuierlicher Auffälligkeit werden diese von Ombudsmännern angesprochen (Saeger, Lippert). 6 Zentren werden ausgewählt: dann Verbesserungsvorschläge, Workshops usw.

Idee aus dem Vorstand (sozusagen die Kehrseite): Auswahl der Besten und Betrachten deren SOP's, Organisation eines Workshops bei der nächsten Jahrestagung.

Vorschlag der addz zur Harmonisierung der Zertifizierungssysteme von DKG und DGAV: DKG System belassen. DGAV System importiert die Inhalte beim kolorektalen Karzinom. Die chirurgischen Inhalte im DKG System können durch die DGAV in der Zertifizierungskommission gestaltet werden.

Der Vorschlag wurde weiter mit der DGAV und der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) diskutiert. Bisher noch keine Einigung. Gespräche werden auf dem Viszeralmedizinkongress im September fortgesetzt.

Hinweis auf die durchgeführten VA im letzten Jahr.

Homepage: Aufforderung der Zentren, diese für die Selbstdarstellung zu nutzen. Derzeit ca. 470 Besucher/Monat.

Man sollte die eigene Klinik-Homepage damit verlinken, um im Google-Ranking nach oben zu kommen.

Die Facebookseite hat inzwischen 250 Likes (<https://www.facebook.com/pages/ADDZ/303387959705891> ). Man findet hier u.a. alle wichtigen Publikationen zum kolorektalen Karzinom.

#### AUSBLICK:

- Weitere Abstimmung mit DGAV – DGC
- Krebsregister einbinden
- Zertifizierungskommission
- 1. Deutscher Patientenkongress (?)
- Einlegeblatt für Patientenmappen
- addz-flyer

#### **S. Freys: Kassenbericht:**

in 2014 plus 4250,93. Angenommen bei Enthaltung des Vorstandes.

## **9: 00 Praktischer Austausch zum Zertifizierungsprozess**

### **Rückmeldungen aus der Zertifizierung**

**C. Kowalski, Berlin**

Benchmarkingbericht

Aktuell 267 Zentren. Momentan mehr als 40 % der Primärfälle in DZ.

Diskussion Rektumfallzahlen: Mindestmengen bleiben. Geringfügige Unterschreitung ergeben keine Aussetzung des Zertifikates: aktuell 17 Primärfälle pro Jahr Untergrenze.

Coaching-Projekt bzgl. operativer Kennzahlen (s.o.)

Diskussion über das Screening-Verfahren PsO-Versorgung: Screening-Bogen ausreichend

Hinweis auf das Leitlinienprogramm Onkologie

Studybox: soll Studienregister für anerkannte Studien sein  
Informationsplattform für Zentren, Fachexperten, Studienleiter, Patienten und deren Angehörige

Aktuell 46 Studien in Akkreditierung, 22 akkreditiert, befindet sich im Pilotbetrieb  
[www.studybox.de](http://www.studybox.de) hier gibt es Informationen zu Anbietern und Studienspezifika

DZ-Koordinatorenbefragung zur Studiensituation:: Online-Befragung 5-10 min.  
Vorstellung erster Ergebnisse (30 % Rücklauf bisher)

Protokolle der Zertifizierungskommissionen online einsehbar bei [www.dkg.de](http://www.dkg.de)

Positiv: Im Krankenhaus Report 2015 werden Zertifizierungssystem Darm und Brust exemplarisch dargestellt.

Workshop Koordinatoren:

Aus der Nachmittagsdiskussion aller Kennzahlen kommen folgende Punkte:

1. Kennzahlen – klare Definitionen! Lösungsvorschlag Handbuch
2. Datensatz wird ADDZ sowie DKG/ Onkozert zur Verfügung gestellt. Weiterer Dialog gewünscht?
3. Tumordokumentation/ Onkobox: Aktuelle Situation in den Zentren 50/50 – Pflicht kritisch? Übergangsfristen? Altdaten? Tumorregister?
4. Zeitpunkt EB-Veröffentlichung
5. Senkung Mindestmengen Rektumkarzinom:  $n < 20$ , Anrechnung transanaler Resektion
6. Koordinatoren-Workshop als fester Bestandteil der ADDZ-Jahrestagung

**DISKUSSION** gemeinsam:

Oncobox: XML Format verbindlich ? Klappt oft in Praxi noch nicht, obwohl 80% der Systeme es können sollten.

Mindestzahl 20 Rektumkarzinome: beim Erstaudit 20 beibehalten, danach 17 im Jahr ausreichend?

**10: 30**

## **Qualität ist für alle ein Thema**

**Die neue Leitlinie Endoskopie/ Welche Qualitätsindikatoren sind betroffen?**

**Ch. Jenssen, Strausberg**

Man konnte sich nicht entscheiden, verbindliche Indikatoren zu formulieren.

Es entstand eine S2k –Leitlinie (konsensbasiert):

Strukturqualität (Räume, personelle Ausstattung), Dokumentation, Vorbereitung, Qualitätsindikatoren aus og. Bereichen, Empfehlung CO<sub>2</sub>-Insufflation, Zoekum-Intrubationsrate >90%, Dokumentation, Adenomdetektionsrate, Zökum-Rückzugszeit, Sedierung, Auflösungsgrad Optik, Darmvorbereitung, Boston-Score Evaluation, Qualitätsindikatoren.

**Was bedeutet Qualität in der ambulanten Endoskopie?**

**F.J. Heil, Andernach (BNG)**

Zunächst: Wer finanziert die Kosten die durch Leitlinienumsetzung entstehen?

QM in der Praxis

    Patientenversorgung

    Praxisführung, Organisation

Mitarbeiter und Schulung

    Hygiene

    Endoskopieausbildung

    Sedierung

Hygieneprüfungen extern und intern

Qualitätsvereinbarungen

    Fachlich

    Apparativ

Prüfung durch Koloskopie-Kommission  
Dokumentation Vorsorge-Koloskopie - Individuelle ZI-Auswertung  
Vorstellung KBV Koloskopie-Dokumentationsbogen  
QS-Dokumentation kann nicht unter den Bedingungen der derzeitigen Koloskopie-Vergütung erfolgen.

## **Qualität ist auch ein Thema in der medizinischen Onkologie**

### **H. J. Schmoll, Halle**

Gegenüberstellung NCCN Guidelines vs. S3-Leitlinien  
S3-Leitlinien: zu alt, zu langer Konsensusprozess  
ESMO Consensus Guidelines 2012: zeigt den Bedarf – z.B. Algorithmus Rektum-Ca.  
Die Adhärenz an diese Guideline ist QM-mäßig nicht überprüfbar  
Qualitätsmerkmal interdisziplinäres Vorgehen  
Zunahme des „Targettings“ – Kombination verschiedener „Ziele“ OHNE  
Chemotherapie - nach Ausbehandlung  
Neue Immun-Checkpoint-Inhibitoren  
Neue Standards entwickeln sich dramatisch in der Geschwindigkeit  
Bei der DKG Zertifizierung fehlt die Kontrolle der Onkologie-Qualität  
Vorstellung der EURECCA-Initiative als Ansatz  
Plädoyer für Studien als Weg zur Qualitätsverbesserung und -kontrolle

### **DISKUSSION:**

? Wie könnte man politisch die multimodale Behandlungskonzeption verbessern:  
„Das können nur von Experten vertreten werden“.  
Also: auch in D hochspezialisierte Krebszentren einrichten..  
Schepp: es gibt ein OPS für die Molekularpathologie, sollte aus der Klinik veranlasst werden

## **Qualitätsmessung in der Medizin im Sozialempirischen Ansatz**

### **Ch. Lohfert, Hamburg**

LQ 10-Instrument zur Messung der Qualität in der stationären Krankenversorgung

Sozialempirisches Instrument, durch qualitative, teilstrukturierte Befragung des med. Personals abzubilden.

Wie wird der med.organisatorische Prozess eingehalten – das ist der Blickwinkel.

Bsp.: Schnittstellenbeobachtung

Medizin ist nicht nur Entscheidung, sondern auch Verhaltensmuster...

Dreidimensionale Auswertungsgraphik unter Berücksichtigung der Wirkungsschwere und der Ursache, Fehlerhäufigkeit

## **Diskussion Reduktion Rektumprimärfälle in der Anforderung**

### **B. Stinner in der Mittagspause**

1. Beibehalten der jetzigen Regelung

2. 17 ist OK, aber 20 als Eingangskriterium : eindeutige Mehrheit

3. Absenken auf 17 generell

Unsere Empfehlung für die Zertifizierungskommission

## **Bewertungshoheit in der Qualitätsdiskussion**

### **Das Krankenhausstrukturgesetz – Implikationen für eine Qualitätsorientierung U. Gräber, Hannover**

Sicherstellungszuschläge (für das Land)

Für Notfall und Unfallambulanzen

Qualitätsindikatoren (G-BA)

Qualitäts-zu- und -abschläge sind möglich

Prüfung durch MDK – ggfs. Verbesserungsvorschläge

Mindestmengenregelung

Zweitmeinungsverfahren zum Verhindern von Operationen

Zentrumszuschläge für besonders hohe Qualität, auch für besondere Aufgaben wie

Dokumentation und klinikübergreifende Beratung

Förderung von Umstrukturierungsmaßnahmen

Strukturfond 1 Mrd. € (auch von priv. Trägern zu erhalten)

KH mit Notfallversorgung erhalten Zuschläge

Mehrleistungsabschlag bleibt bestehen bzw. wird ersetzt durch Fixkostenabschlag

Landesbasisfallwert wird nur minimal angeglichen ab 2020 – nicht bundesweit

Weiter völlig unzureichender Ausgleich für die Investitionsfinanzierung

Pflegestellenförderprogramm? 2-3 Stellen pro Krankenhaus (10% Zusatzfinanzierung durch KH selbst)

### **DISKUSSION**

„Qualität“ als Marktberreinigungshintergrund

MDK ist keine Vertrauensinstanz

### **Darmkrebszentren – ein fester Bestandteil der Krankenhausreform**

#### **J. Malzahn, Berlin**

1. es gibt einen Zusammenhang zwischen Zertifizierung und Behandlungsqualität

2. Leitliniengerechte Therapie kann nachvollzogen werden

3. Akzeptanz der Patienten ist hoch.

Weitere relevante Auswertungen dieser Art wären politisch wünschenswert.

Folgerung: Behandlung muss auf Zentren konzentriert werden, wenn die Zusammenhänge belastbar sind. Ist das realistisch?

Ca. 350 KH unter 10 KRK-OP pro Jahr

Median zum nächsten Zentrum 11,6 km Distanz. Mehr als die Hälfte hat einen Umweg von 7,3 km in Kauf genommen.

56,43 % der Patienten könnten das nächste Zentrum unter 25 km erreichen.

88 % unter 50 km.

Also: mit entsprechender gesetzlicher Anpassung ist eine Konzentration auf die Zentren vorstellbar

DKG-Verfahren und DKH-Verfahren wiss. Entwickelt – evaluiert : akzeptiert.

Rechtliche Fassung des Zentrumsbegriff aktuell nicht klar.

....das IQTiG soll laut FQWG Klarheit schaffen, welche „Zentren“ akzeptiert werden

Zentren sollen in §9 KHEntgG neu geregelt werden bis 31. 3. 16 (bestimmte Vorgaben), die Vergütung sind in §5 KHEntgG geregelt..

Probleme der Zentrumsregelung:

Krankheitsspezifisch? Größe?

Zentrumsausweis : Welche Kriterien? Benennung durch Länder? Erfüllung Qualitätsindikatoren?

Zuschlagstatbestände: Ortsebene? Bundesvereinbarungen?

ASV: besondere Verlaufsformen – besonders schwere Erkrankung entfällt im VSG... Dezentralisierungstendenzen auf dem Vormarsch?

„Wer nicht selbst handelt, wird behandelt.“

Wege:

Zentrumsregelung im G-BA aushandeln

Vorraussetzung: einheitliche Position der Fachgesellschaften zur Zertifizierung (einheitliches System)

u.U. Widerstände bei Krankenhausgesellschaft bei „Scharfschaltung“

Verhandlungen Bundesebene müssen Krankheitsbilder berücksichtigen

Länder können dann Planabweichungen vornehmen anhand Zertifizierungen und Notwendigkeiten regional

ASV im Auge behalten!

Finanzierung

Mehrkostenregelung von G-BA-Beschlüssen

Zentrumsregelung (soweit nicht bereits woanders finanziert)

## **DISKUSSION**

Rolle des IQTiQ: „aktiv dahin stupsen“ – es gibt aber auch im VSG keine Erwähnung dazu.

Könnte der GBA die „Zentrums“findung an Fachgesellschaften delegieren? Eher nicht.

Rolle des MDK in der Überprüfung unserer Tätigkeit: Prüfen von Strukturkapazitäten (Strukturvereinbarungen) – Personalabdeckung bei Abrechnung der zugehörigen Leistungen

Also: durch MDK Abprüfen von Standards (Abhaken von Punkten mit dem Klemmbrett) – Verbesserungsmaßnahmen konkret werden nicht vorgeschlagen.

## **Qualitätsbewertung gehört in die Hand des Therapeuten**

**H. Buhr, Berlin**

Veraltetes Denken?

„Systematische Untersuchung, ob eine Einheit die festgelegte Qualität auch erfüllt...“

Qualität muss definiert werden (von der DGAV ?)  
„fachlich qualifiziert und unabhängige Institution“..

AOK und Routinedaten: Der Gesundheitsnavigator! Ausgrenzen von Risikofaktoren!!  
Aus Routinedaten... Risikofaktoren werden nicht berücksichtigt!

MDK: jede zweite Klinikabrechnung ist fehlerhaft.. kann man dann die Routinedaten  
für die Qualitätsmessung heranziehen?

Risikoadjustierung gefordert für fairen Vergleich  
Standardisierte Mortalitätsrate als Vergleich?

Vorstellung StuDoQ - Rückmeldung über Berichte und klinikindividuell der  
Komplikationen – monatlich

Vorstellung individueller Risikokalkulator

## **Aktuelle Kontroversen**

### **Was ist wirklich Standard in der abdominoperinealen Exstirpation B.M. Ghadimi, Göttingen**

Zuletzt Leitlinie: zylindrische Resektion favorisiert  
Problem CRM+, dann Absinken Langzeiterleben  
Asplund-Studie: Extralevatorisch nicht mehr Sicherheit im CRM+, aber  
Wundheilungsrate deutlich höher bei Holm-OP  
Problem der deutsche Leitlinie: auf Publikation basierend auf Vergleich mit  
historischen Leeds-Daten (West)  
? bisher keine Langzeitanalyse dieser Daten  
Anderin: nur 91 % Wundheilung nach 1 Jahr.  
Probleme für Weiterbehandlung mit z.B. Adjuvante Chemotherapie...  
Chinesische Studie: 67 Patienten – kein Unterschied onkologische Endpunkte  
Zuletzt 1400 Pat. / 3 J. in Schweden: hier ist das Lokalrezidiv nach 3 J. für ELAPE  
höher als für APR – und massiv erhöhte Wundinfektrate

Problematik der Rekonstruktion des Beckenboden mit Lappenplastiken  
Also: ELAPE keine StandardOP für die Exstirpation, bei richtiger Indikation  
Patientenselektion ist entscheidend.

### **DISKUSSION:**

Man sollte neue Verfahren auch in D nicht zu dogmatisch sehen.

### **Wie tief und bei wem? Ein kritischer Blick auf Partialkontinenz und Lebensqualität U. Roblick, Hamburg**

Oft sphinktererhaltende Resektion möglich  
50% Probleme in der Kontinenzleistung, v.a. bei tiefen Resektionen

Besondere Probleme bei intersphinktärer Resektion

Studienlage: dürftig. Die Manometrie ohne sichere Aussage.

Dr.-Arbeit Süddeutschland: 80 % Probleme, 75 % sexuelle Störungen

ILCO-Umfrage: ähnliche Daten, Aktivitätsreduzierung, 50% eingeschränktes Sexualeben

Höhe der Anastomose beeinflusst die Anastomosenhöhe (< 6 cm, Rektumrest kleiner 4 cm hohe Inkontinenzrate)

Verbesserung durch Pouchanlage 5-6 cm – Koloplastie-Pouch: Problem Entleerungsstörung

Schlussfolgerungen:

1. Kontinenzhaltende OP oft nur Kontinenzattrappen
2. Kontinenzproblem je tiefer die Anastomose
3. Präop. Kontinenzanalyse unverzichtbar

## **DISKUSSION**

Zitierte Studien ohne Kommentar zu neoadj. Therapie oder therapeutischen Ansätzen.

## **Inzidenz und biologischer Typus von Intervallkarzinom – Argumente gegen die gegenwärtige Screening Politik**

### **A. Madisch, Hannover**

Polypeninzidenz nach negativer Koloskopie: 3- 5 %

Bei distaler Lokalisation Reduktion Sterblichkeit 50 – 80%

Rechtseitig KEIN Effekt der Koloskopie

1 von 27 KRK ist ein Intervall-Ca., häufiger im re. Kolon, häufiger ältere Patienten, häufiger Divertikulose, Koloskopie „non-gastroenterologists“, sessile serratierte Adenome (SSA) 15 -25 %, mucinproduzierend, 61% BRAF-Mutationen

86% sind verhinderbar durch Verbesserung Ausbildung und Technik  
Q-Indikator Polypektomierate

Dynamischer Positionswechsel zur Erhöhung der Detektionsrate  
Retroskopie: erhöht die Detektionsrate

## **DISKUSSION**

Gastroskopie-Igel zum Darmstraffen im Rückzug – alternativ Ballons

## **Vorschau auf addz-Jahrestagung 2016**

**Stinner, B.**

24. – 25. 6. 2016 in Hamburg

Thema: Darmkrebszentren in der Öffentlichkeit