

Deutschlands migrierende. Zudem hätten die berufsständischen Versorgungswerke bei Ärzten für sachlich identische Vorgänge zwei unterschiedliche Verwaltungsverfahren anwenden müssen, was die Verwaltungskosten in die Höhe getrieben hätte.

Vor allem aber gab es massive Bedenken im Hinblick auf das europäische Wettbewerbsrecht. Grundsätzlich sind berufsständische Versorgungswerke nämlich Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts. Allerdings können Pflichtversicherungen wie Sozialversicherungsträger oder auch Versorgungswerke von den europäischen Wettbewerbsregeln ausgenommen werden – dann nämlich, wenn die Monopolstellung übergeordneten Zwecken wie der Schaffung einer Solidargemeinschaft dient. Wären nun die Versorgungswerke der Ärzte in zunehmendem Maß durch freiwillige Mitgliedschaften geprägt, die zur Konstituierung einer Solidargemeinschaft notwendige Pflichtmitgliedschaft also ausgehöhlt worden, hätte dies im Hinblick auf die Ausnahme der Versorgungswerke vom Wettbewerbsrecht Probleme aufgeworfen. Wenn nämlich ein Drittel oder mehr der Mitglieder dem System lediglich freiwillig angehören, ist die Frage nicht unberechtigt, ob das Institut der Pflichtmitgliedschaft für die übrigen zwei Drittel nicht die Rechte von Wettbewerbsunternehmen wie etwa privaten Versicherungen beschneidet. Dies hätte die Systemfrage gestellt und die Versorgungswerke insgesamt gefährdet.

Notwendiges Strukturprinzip

Das Lokalitätsprinzip ist damit das systemadäquate Strukturprinzip der berufsständischen Versorgung: Es folgt aus der Verankerung in regionalen Ärztekammern, sichert die Versorgungswerke europarechtlich ab und erfüllt die Anforderungen an eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung. Es kann daher nicht zur Disposition stehen. ■

Stefan Strunk,

Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.

LANGZEITERGEBNISSE

Stete Verbesserung der Behandlungsqualität

Aufwand und Vorteile einer Datenbank mit systematischer Erfassung der Langzeitergebnisse: 20-jährige Erfahrung einer operativ tätigen Klinik

Lars Budäus, Hartwig Huland, Markus Graefen



Foto: picture alliance

Die Erfassung und Messung von Behandlungsergebnissen im Gesundheitswesen gewinnt immer mehr an Bedeutung (1). In einer aktuellen Analyse zum deutschen Gesundheitswesen diagnostiziert Michael E. Porter, Wirtschaftswissenschaftler an der Harvard-Universität, Cambridge, USA, dass trotz hoher Kosten eine „allenfalls mittelmäßige Behandlungsqualität“ besteht. Er führt dies im Wesentlichen auf die fehlende systematische Erfassung von Behandlungsergebnissen zurück. Seine Analysen ergeben, dass „überall dort, wo ... Behandlungsergebnisse gemessen werden, sich die Qualität dramatisch verbessert und die konsequente Ergebnismessung in Deutschland leider immer noch die Ausnahme darstellt“.

Schließlich ergänzt Porter: „Ich hielt es jedenfalls für unethisch, Qualität nicht zu messen.“ (2)

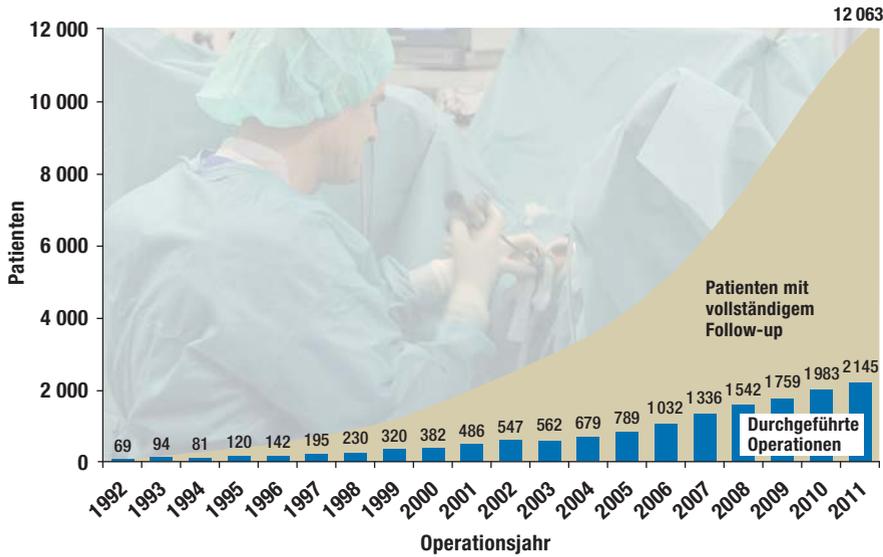
In der urologischen Abteilung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Martiniklinik, einer auf die Behandlung von Prostatakrebspatienten spezialisierten Klinik, werden seit 20 Jahren alle prä-, intra- und postoperativen Verlaufsdaten von operativ therapierten Prostatakarzinompatienten in einer Datenbank erfasst. In jährlichen Abständen werden hierzu validierte Fragebogen an die Patienten verschickt und umfangreich ausgewertet.* ▶

*Seit Beginn der Datenerfassung geschieht dies durch Kirsten Hase und Katja Gedai mit einer Datenbank, die entscheidend von Dirk Pehrke konzipiert wurde und gepflegt wird.

Martiniklinik, Prostatakarzinomzentrum am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf:
Dr. med. Budäus,
Prof. Dr. med. Graefen,
Prof. Dr. med. Huland

GRAFIK 1

Jährlich durchgeführte Operationen und vorhandene Nachsorgedaten



Basierend auf Porters Ausführungen und unseren Erfahrungen mit einer circa 12 000 Patienten umfassenden Datenbank sollen in diesem Artikel Aufwand, Kosten, aber auch Vorteile und Nutzen einer Datenbank für den einzelnen Patienten dargestellt werden.

Porter fordert, dass die Etablierung von Datenbanken gesetzlich verankert werden sollte (2). Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass durch die jährlich wachsenden Dokumentationsverpflichtungen bereits signifikante Kosten entstehen. Das Fehlen einer entsprechenden Kostenstelle im Klinikbudget stellt für nahezu alle Kliniken eine

unüberwindbare Hürde dar. Wegen der bereits bestehenden hohen Belastung der Krankenhausassistentenärzte ist eine zusätzliche professionelle Datenerhebung als weitere, nichtärztliche administrative Aufgabe („nebenher“) nicht zumutbar.

Ein weiteres Hindernis ist die in Deutschland bestehende Spezialisierung in einen ambulanten sowie einen stationären Sektor. Deshalb ist zum Beispiel die jährliche Erhebung des weiteren Krankheitsverlaufs durch den Operateur in der Klinik sehr aufwendig und führte in der Anfangsphase unserer Datenbank auch zu Irritationen bei den betreuenden Kollegen in den Praxen. Da-

Für mehr als 12 000 Patienten liegen mittlerweile vollständige Follow-up-Daten vor.

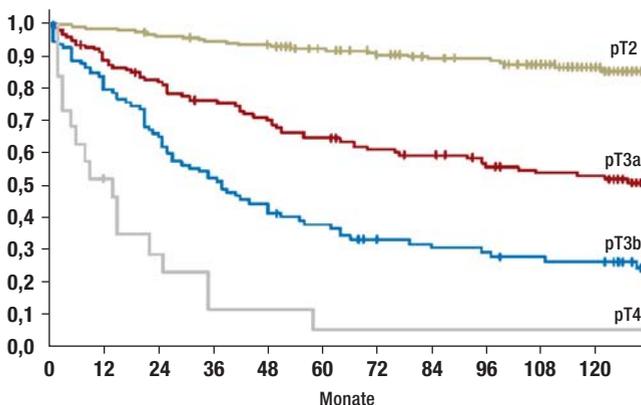
her wurde die Datenerfassung auf die ausschließliche Aussendung von Fragebogen umgestellt; alle Patienten erhalten in den ersten drei Jahren einen 13-seitigen Fragebogen. Mit diesen validierten Fragebogen (IIEF-5 Score, QLQ-C30-Bogen) werden der onkologische Verlauf, das funktionelle Ergebnis und die postoperative Lebensqualität erhoben. Ab dem dritten Nachsorgejahr wird nur noch ein zweiseitiger Fragebogen eingesetzt. Die Rücklaufquote der Fragebogen liegt zunächst bei etwa 80 Prozent und wird durch die telefonische Recherche von Dokumentationsassistentinnen auf circa 90 Prozent erhöht. Zur weiteren Vereinfachung und Automatisierung der Nachsorgeerhebung in der urologischen Abteilung des Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, auch in der Martiniklinik Hamburg mit der Online-Erhebung der Nachsorgedaten unter Verwendung patientenspezifischer Zugangs- und Verschlüsselungssoftware begonnen (3, 4).

Nach eigenen Erfahrungen gibt es in Drittmittelprojekten selten die Möglichkeit zur Etablierung einer Datenbank. Eine großzügige Unterstützung der Werner-Otto-Stiftung ermöglichte die Finanzierung der ersten Dokumentationsassistentin und eines Datenbankspezialisten zum Aufbau unserer Datenbank. Heute werden mit einem festen jährlichen Budget der Ausbau und die Pflege der Datenbank durch zwei Dokumentationsassistentinnen und einen Datenbankspezialisten sichergestellt. Darüber hinaus gibt es eine ärztliche Assistentenstelle zur wissenschaftlichen systematischen Auswertung der Daten im Rahmen eines jeweils einjährigen Fellowships. Dieses Fellowship findet in renommierten US-amerikanischen Krebszentren zum Erlernen statistischer Methoden, zur Datenauswertung sowie zum Vergleich der Daten mit den Ergebnissen anderer Zentren statt.

Für die Operateure der Martiniklinik wird auf der Grundlage der onkologischen und funktionellen Nachsorgedaten regelmäßig im Abstand von sechs Monaten eine Ana-

GRAFIK 2

Biochemische Langzeitrezidivfreiheit bei Patienten, die in der urologischen Abteilung des UKE und der Martiniklinik operiert wurden (pT2-4 = Tumorstadien nach TNM-Klassifikation)

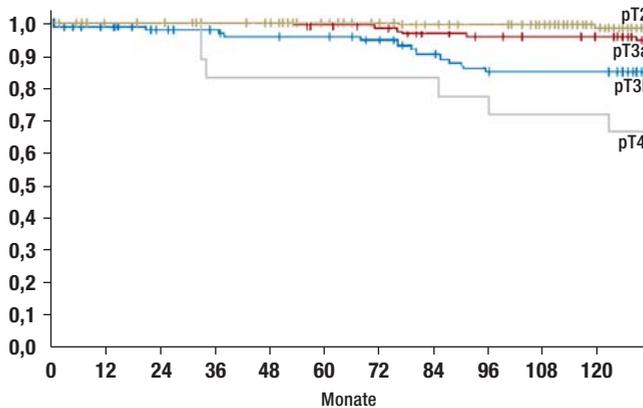


Über einen Zeitraum von zehn Jahren rezidivfrei waren im Tumorstadium

- pT2 = 87,0 %,
- pT3a = 53,0 %,
- pT3b = 28,5 %,
- pT4 = 9,4 %.

GRAFIK 3

Krebsspezifisches Langzeitüberleben bei Patienten, die in der urologischen Abteilung des UKE und der Martiniklinik operiert wurden (pT2–4 = Tumorstadien nach TNM-Klassifikation)



Über einen Zeitraum von zehn Jahren gab es eine krebsspezifische Überlebensrate beim Tumorstadium pT2 = 98,0 %, pT3a = 96,0 %, pT3b = 85,0 %, pT4 = 72,0 %.

lyse der persönlichen Ergebnisse durchgeführt. Für die Korrelation zwischen Operateur und Ergebnis ist die Erstellung komplexer und aufwendiger statistischer Analysen notwendig, denn die Ergebnisse werden durch unterschiedliche präoperative Funktionsdaten, Auswahl der Patienten, des Patientenalters, der Komorbiditäten und Tumorcharakteristika (ausgedehnter Tumor versus sehr früher Tumor) beeinflusst.

Mit Hilfe dieser Auswertungen wird neben der regelmäßigen Qualitätskontrolle auch eine kontinuierliche Verbesserung der Operationstechnik erreicht. Auf der Basis der Evaluierung der Frühkontinenzergebnisse zeigte sich beispielsweise, dass ein Operateur durch eine Modifikation zum Erhalt des Schließmuskels reproduzierbar bessere Frühkontinenzdaten erzielte. Eine Bestätigung der Ergebnisse zeigte sich nach der Übernahme der operativen Modifikation des Erhalts des Schließmuskels durch alle anderen Operateure.

Die Bedeutung einer soliden Datenbasis für die Patientenberatung wird von Porter besonders betont (5). Nach unserer Erfahrung besteht vor allem bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen einem gut informierten, mündigen Patienten und einem umfangreich informierenden Arzt ein großer Bedarf an operateursspezifischen Ergebnissen (6, 7). Idealerweise bilden onkologische und funktionelle Langzeitdaten der jeweiligen Operateure und nicht einzelne Serien,

zum Beispiel aus großen Zentren in den USA, die Basis dieser Gespräche. Darüber hinaus erleichtert die Verfügbarkeit von Outcome-Analysen und Qualitätsindikatoren den Abschluss integrierter Versorgungsverträge zwischen der initial als Privatklinik gegründeten Martiniklinik und verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen.

Zwei Beispiele verdeutlichen eindrücklich den Einfluss von Outcome-Analysen auf das klinische Vorgehen: In den 1990er Jahren waren die Überprüfung der Lymphknoten zu Beginn der Operation im Schnellschnittverfahren und der Abbruch der radikalen Prostatektomie bei intraoperativem Nachweis einer Lymphknotenabsiedlung Standard. Ein Vergleich zeigt jedoch, dass durch die Vollendung der Operation anstelle eines Abbruchs ein Überlebensvorteil erreicht werden kann (8). Eine Heilung konnte lediglich bei einem nur geringen Prozentsatz dieser Patienten erreicht werden, das krebsspezifische Überleben wurde jedoch durch die Entfernung des primären Tumors verlängert (8, 9). Aufgrund dieser Ergebnisse werden fortgeschrittene Primärtumoren immer häufiger im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts auch bei befallenen Lymphknoten entfernt (10). Weitere Beispiele sind die eingangs beschriebene Modifikation der Schließmuskelpräparation und die Veränderung der operativen Technik des intraoperativen Nerverhalts.

Die Kombination von onkologischen Langzeitergebnissen und Gewebeuntersuchungen ermöglicht die Verbindung von Grundlagen- und klinischer Forschung. Mit Hilfe neuer Hochdurchsatzverfahren, wie zum Beispiel Tissue Micro Arrays, können unterschiedliche Fragestellungen in unserer Klinik anhand von mittlerweile nahezu 10 000 Patientendaten bearbeitet werden. Dadurch kann die Wertigkeit von Biomarkern zeitnah erfasst und deren Einsatz gegebenenfalls vor dem kostenintensiven und breiten klinischen Gebrauch gestoppt werden.

Diese Infrastruktur führte auch zur Beteiligung der Martiniklinik an dem International Cancer Genome Consortium (ICGC), einer internationalen, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Initiative zur Sequenzierung von circa 50 unterschiedlichen Tumorentitäten zur Entschlüsselung von Tumorgenomen. Im Rahmen dieses Projektes erfolgt die Fokussierung der Martiniklinik auf besonders junge Patienten und besonders aggressive Prostatatumoren.

Die Etablierung einer Datenbank hat einen entscheidenden Einfluss bei der Messung der Ergebnisqualität. Das persönliche und finanzielle Engagement für eine Datenbank scheint sich – insbesondere in der Patientenberatung, unter wissenschaftlich-akademischen wie auch wirtschaftlichen Aspekten sowie für die Motivation der ärztlichen Mitarbeiter – bewährt zu haben. Es ist nach Porter „nicht nur notwendig und ethisch geboten“, sondern hat sich somit in jeder Hinsicht, vor allem durch das Erreichen einer ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität für den einzelnen Patienten ausgezahlt.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2012; 109(37): A 1814–8

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Lars Budäus
Martiniklinik Prostatakarzinomzentrum,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
budaeus@uke.de

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3712

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 37/2012 ZU:

LANGZEITERGEBNISSE

Stete Verbesserung der Behandlungsqualität

Aufwand und Vorteile einer Datenbank mit systematischer Erfassung der Langzeitergebnisse: 20-jährige Erfahrung einer operativ tätigen Klinik

Lars Budäus, Hartwig Huland, Markus Graefen

LITERATUR

1. Porter ME Guth C: Messung von Behandlungsergebnissen und -kosten. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 223–57.
2. Porter ME: Mehr Qualität kostet nichts. Der Stern 2012; 10.
3. Vickers AJ et al.: Validation study of a web-based assessment of functional recovery after radical prostatectomy. Health Qual Life Outcomes 2010; 8: 82.
4. Vickers AJ et al.: How do you know if you are any good? A surgeon performance feedback system for the outcomes of radical prostatectomy. Eur Urol 2012; 61(2): 284–9.
5. Isbarn H et al.: Long-term data on the survival of patients with prostate cancer treated with radical prostatectomy in the prostate-specific antigen era. BJU Int 2010; 106(1): 37–43.
6. Evans R et al: Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. Patient Educ Couns 2005; 58(1): 13–26.
7. Molenaar S et al: Feasibility and effects of decision aids. Med Decis Making 2000; 20(1): 12–27.
8. Steuber T et al: Radical prostatectomy improves progression-free and cancer-specific survival in men with lymph node positive prostate cancer in the prostate-specific antigen era: a confirmatory study. BJU Int 2011; 107(11): 1755–61.
9. Engel J et al.: Survival benefit of radical prostatectomy in lymph node-positive patients with prostate cancer. Eur Urol 2010; 57(5): 754–61.
10. Budäus L, Huland H, Graefen M: Controversies in the management of localized prostate cancer: Radical prostatectomy still the standard of care. Crit Rev Oncol Hematol 2011.