

Onkologie:

Wo stehen wir 2009?

Frauenklinik

Zertifizierung/Akkreditierung nach DIN:ISO; EBCOG
Zertifizierung/Akkreditierung der Zentren nach DKG,DGS; EUSOMA; AGO,DGGG; ESGO; ES; GBA

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Lebenserwartung in der BRD Krebs

2000

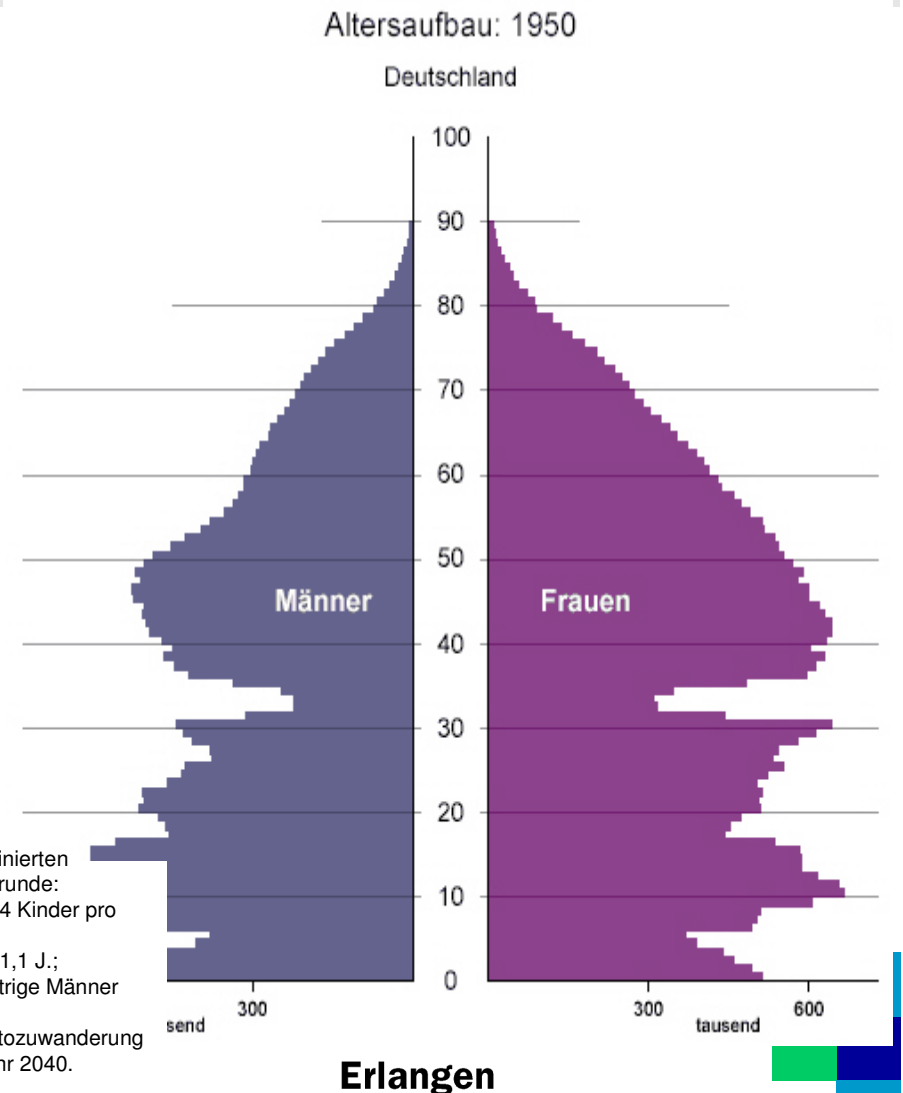
- Männer: 74,0 Jahre
- Frauen: 80,3 Jahre

2050

- Männer: 81,1 Jahre
- Frauen: 86,6 Jahre

Für den Zeitraum von 2002 bis 2050 wurden die Ergebnisse der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung herangezogen. Dieser Variante liegen folgende Annahmen zugrunde:

- 1) Die Geburtenhäufigkeit bleibt während des gesamten Zeitraums der Vorausberechnung bei 1,4 Kinder pro Frau
- 2) Die Lebenserwartung bei Geburt steigt bis 2050 für Mädchen auf 86,6 J. und für Jungen auf 81,1 J.; die "fernere" Lebenserwartung beträgt 2050 für 60-Jährige Frauen 28 weitere Lj. und für gleichaltrige Männer etwa 24 Lj;
- 3) Der Außenwanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung beträgt 200.000 jährlich; die Nettozuwanderung der Deutschen geht von etwa 80.000 im Jahr 2002 schrittweise zurück bis zum Nullniveau im Jahr 2040.



Lebenserwartung in der BRD Krebs

2000

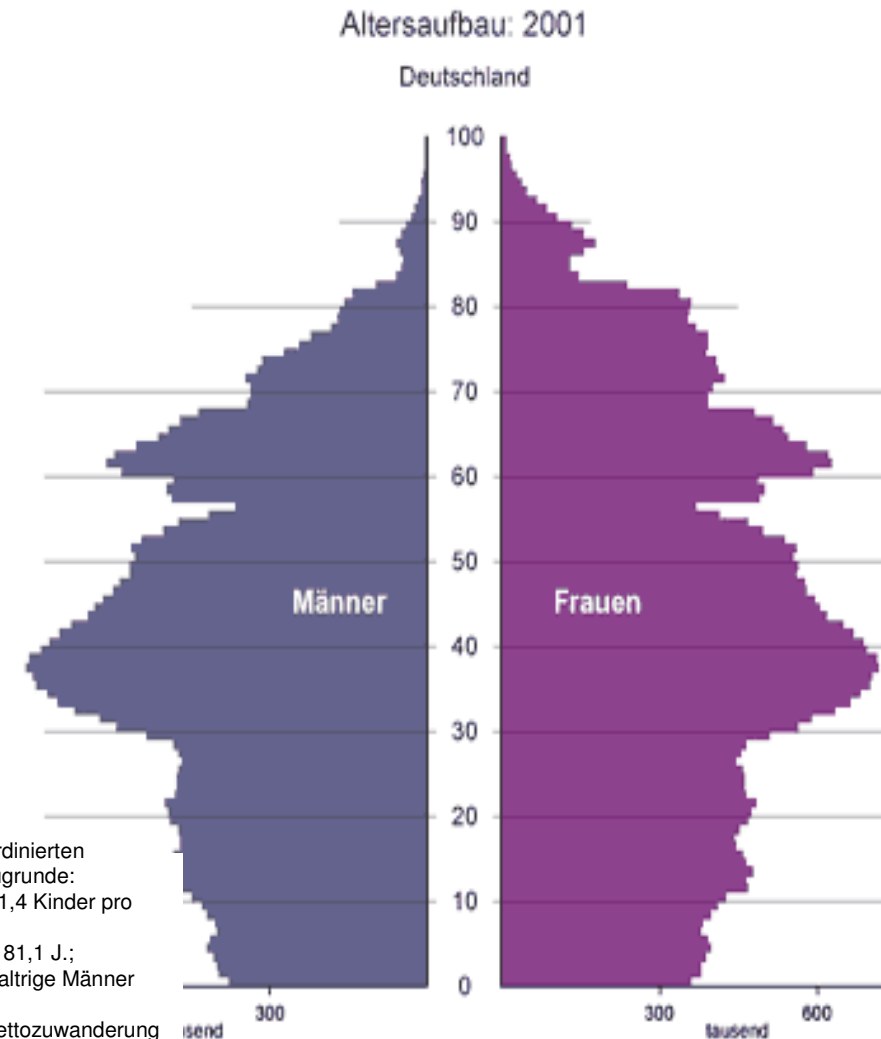
- Männer: 74,0 Jahre
- Frauen: 80,3 Jahre

2050

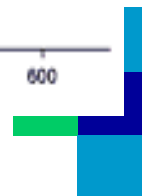
- Männer: 81,1 Jahre
- Frauen: 86,6 Jahre

Für den Zeitraum von 2002 bis 2050 wurden die Ergebnisse der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung herangezogen. Dieser Variante liegen folgende Annahmen zugrunde:

- 1) Die Geburtenhäufigkeit bleibt während des gesamten Zeitraums der Vorausberechnung bei 1,4 Kinder pro Frau
- 2) Die Lebenserwartung bei Geburt steigt bis 2050 für Mädchen auf 86,6 J. und für Jungen auf 81,1 J.; die "fernere" Lebenserwartung beträgt 2050 für 60-Jährige Frauen 28 weitere Lj. und für gleichaltrige Männer etwa 24 Lj;
- 3) Der Außenwanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung beträgt 200.000 jährlich; die Nettozuwanderung der Deutschen geht von etwa 80.000 im Jahr 2002 schrittweise zurück bis zum Nullniveau im Jahr 2040.



Erlangen



Lebenserwartung in der BRD Krebs

2000

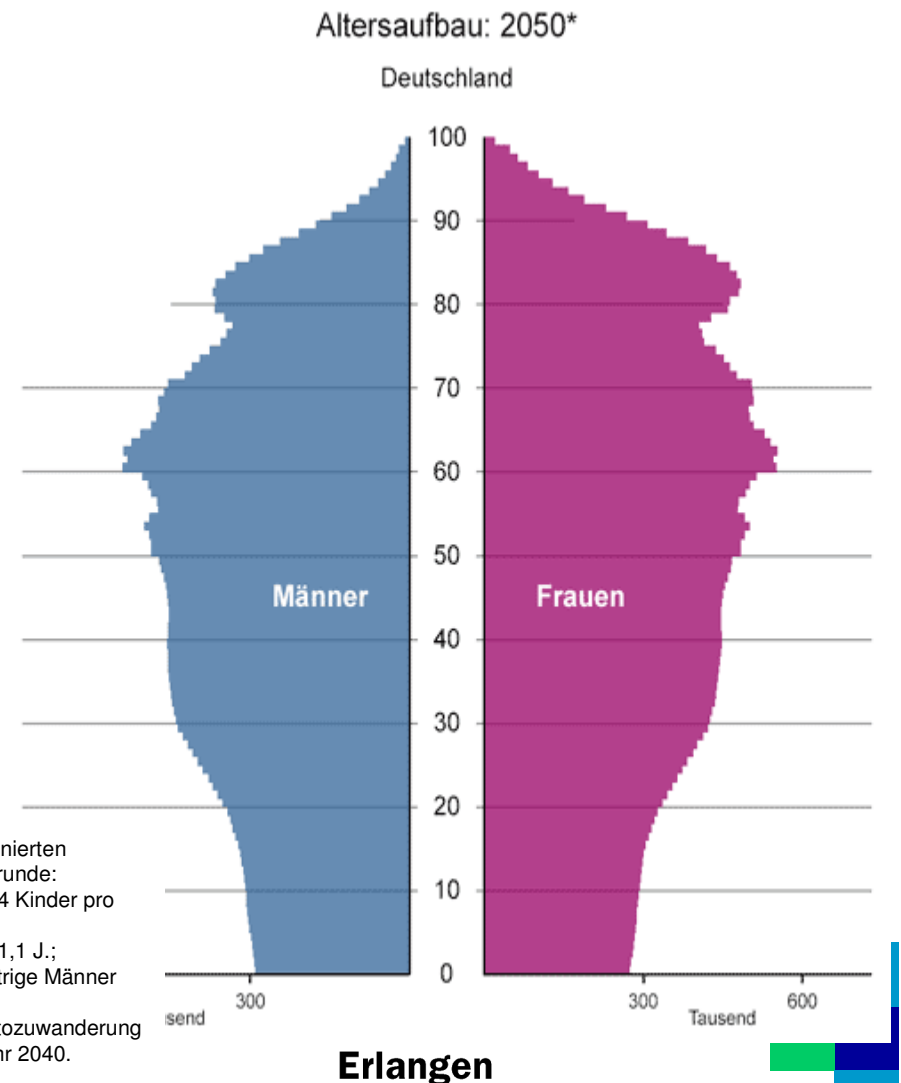
- Männer: 74,0 Jahre
- Frauen: 80,3 Jahre

2050

- Männer: 81,1 Jahre
- Frauen: 86,6 Jahre

Für den Zeitraum von 2002 bis 2050 wurden die Ergebnisse der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung herangezogen. Dieser Variante liegen folgende Annahmen zugrunde:

- 1) Die Geburtenhäufigkeit bleibt während des gesamten Zeitraums der Vorausberechnung bei 1,4 Kinder pro Frau
- 2) Die Lebenserwartung bei Geburt steigt bis 2050 für Mädchen auf 86,6 J. und für Jungen auf 81,1 J.; die "fernere" Lebenserwartung beträgt 2050 für 60-Jährige Frauen 28 weitere Lj. und für gleichaltrige Männer etwa 24 Lj;
- 3) Der Außenwanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung beträgt 200.000 jährlich; die Nettozuwanderung der Deutschen geht von etwa 80.000 im Jahr 2002 schrittweise zurück bis zum Nullniveau im Jahr 2040.

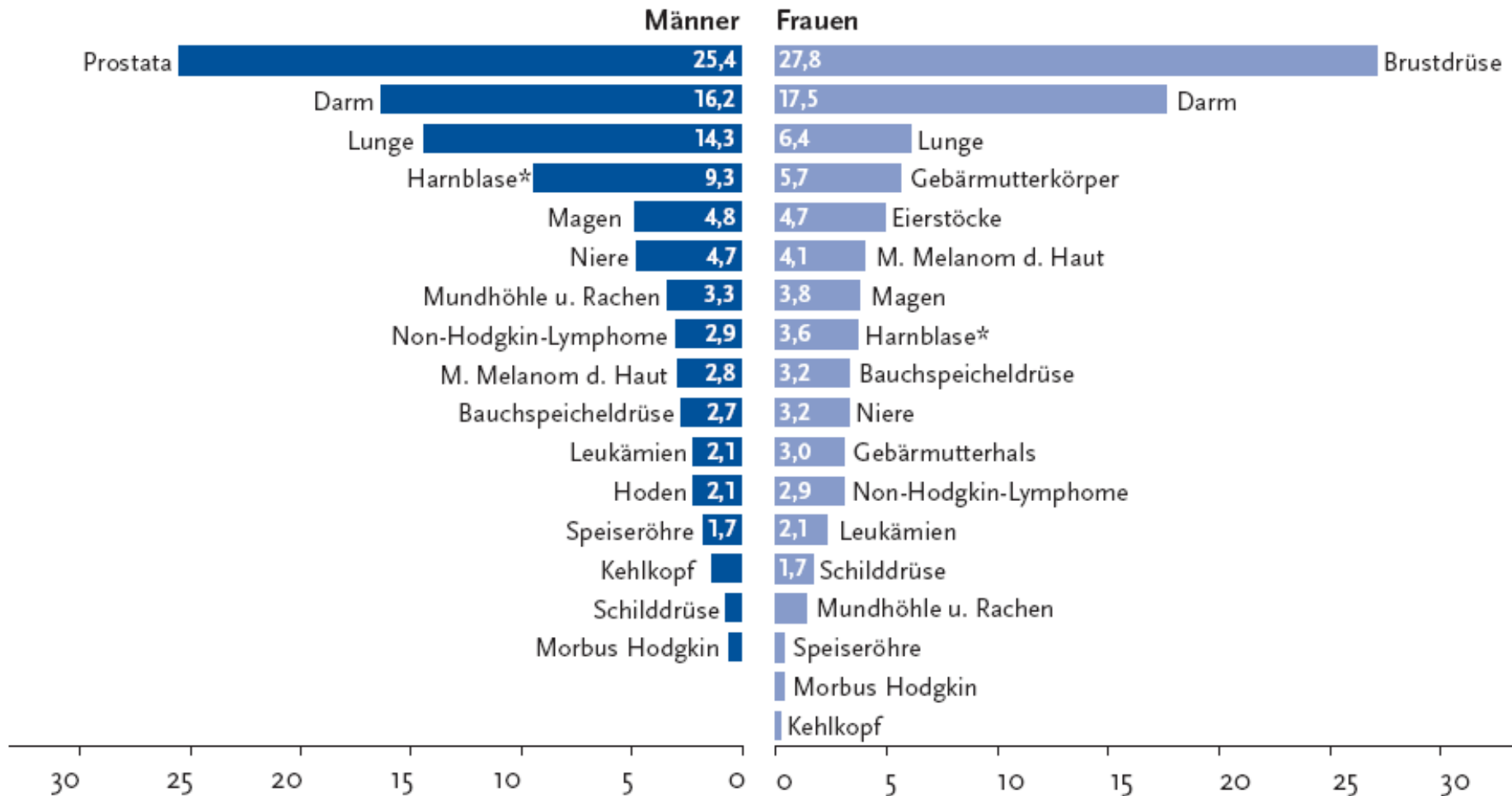


Inzidenz Krebs in Deutschland 2003-2004

AG Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Krebs in Deutschland (2003/4) publiziert in 2008

Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2004

Quelle: Schätzung der Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut



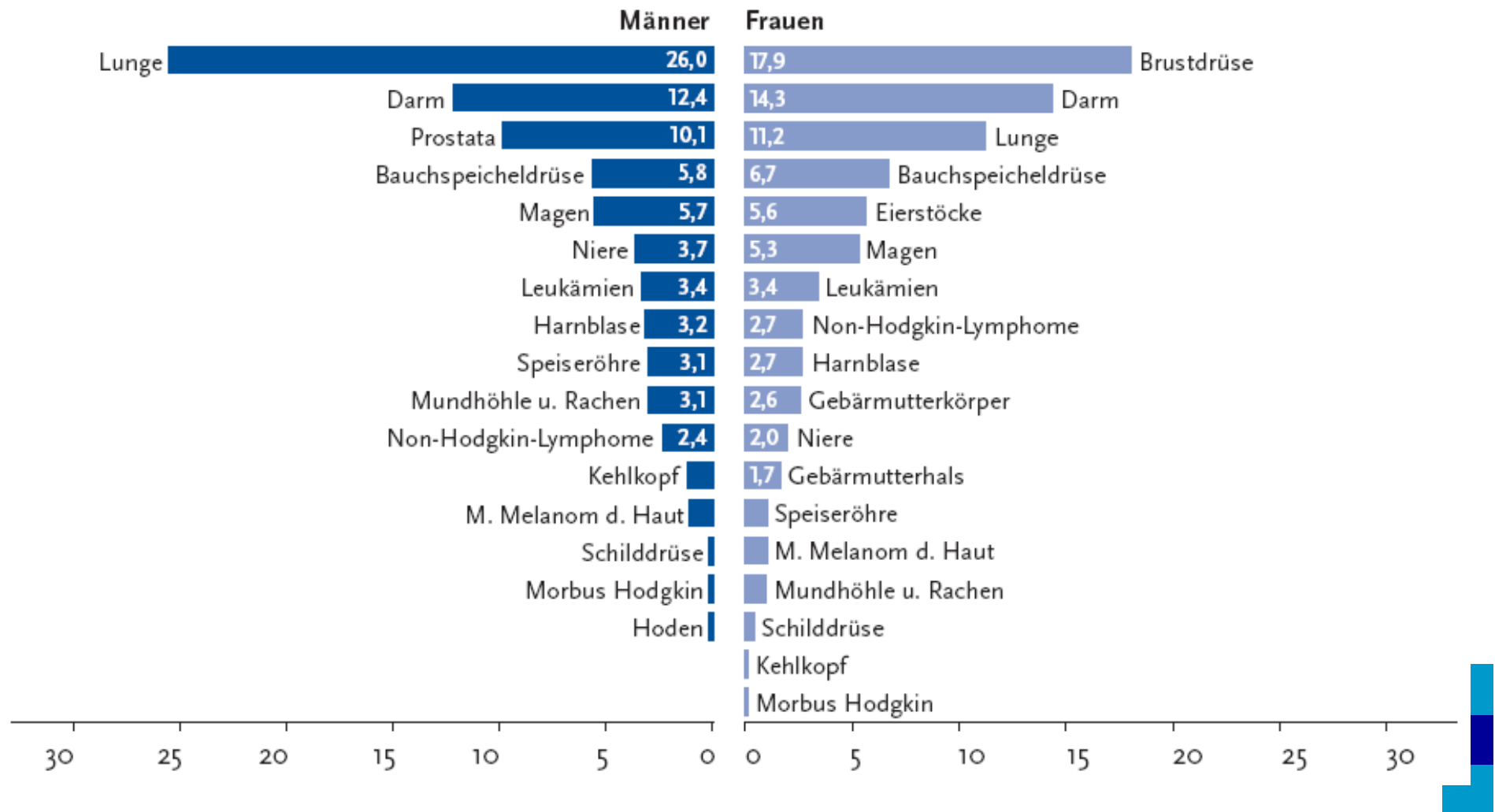
* einschließlich bösartiger Neubildungen in situ und Neubildungen unsicheren Verhaltens

Mortalität Krebs in Deutschland 2003-2004

AG Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Krebs in Deutschland (2003/4) publiziert in 2008

Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2004

Quelle: Amtliche Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

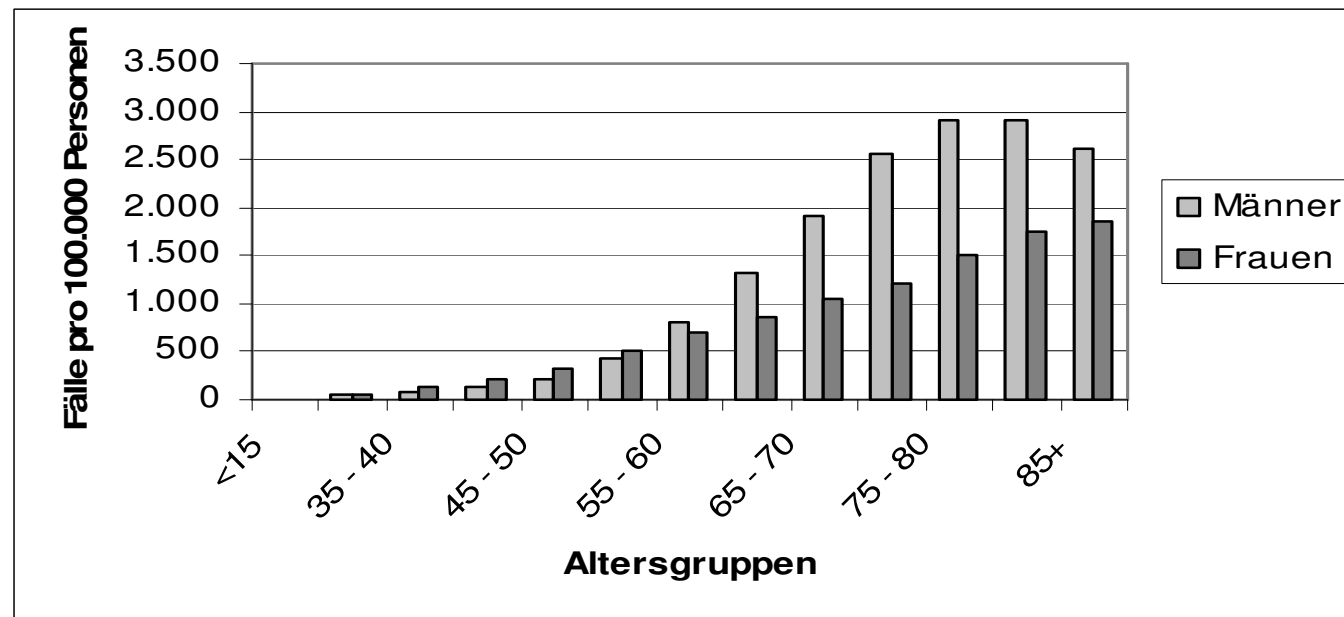


Kreberkrankungen
sind die
zweithäufigste Todesursache
in der BRD!

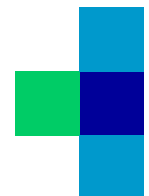


Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, steigt mit Lebensalter

Risikofaktor Alter: Alters- und geschlechtsspezifische Krebsinzidenz*

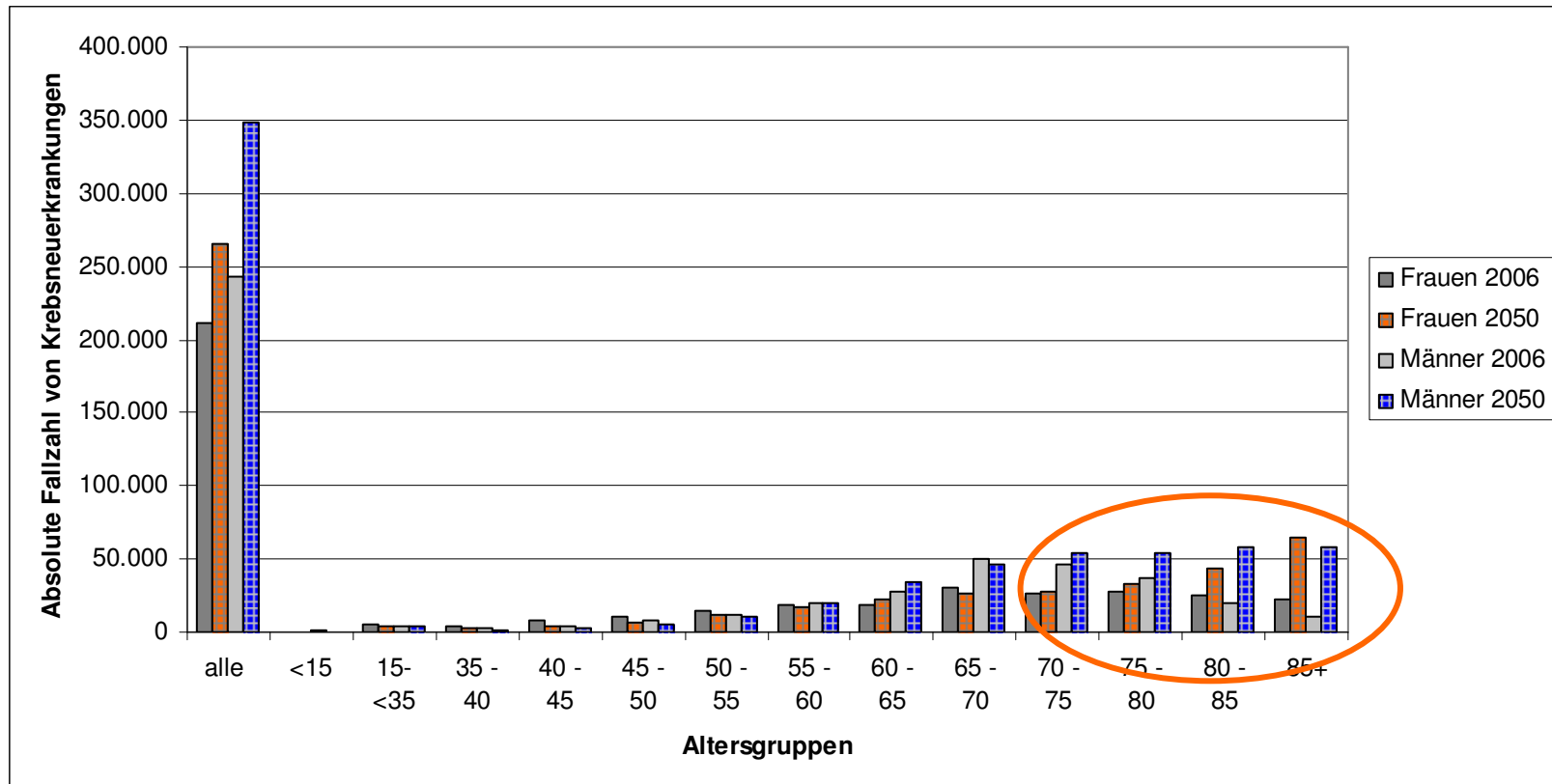


* Nach Robert Koch-Institut (2008). Krebs in Deutschland 2003-2004
Häufigkeiten und Trends. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

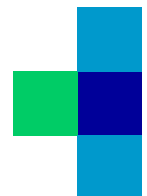


Auch bei konservativer Prognose steigt Anzahl an Neuerkrankungen deutlich an

Hochrechnung* : Wie viele Krebsneuerkrankungen in 2050?

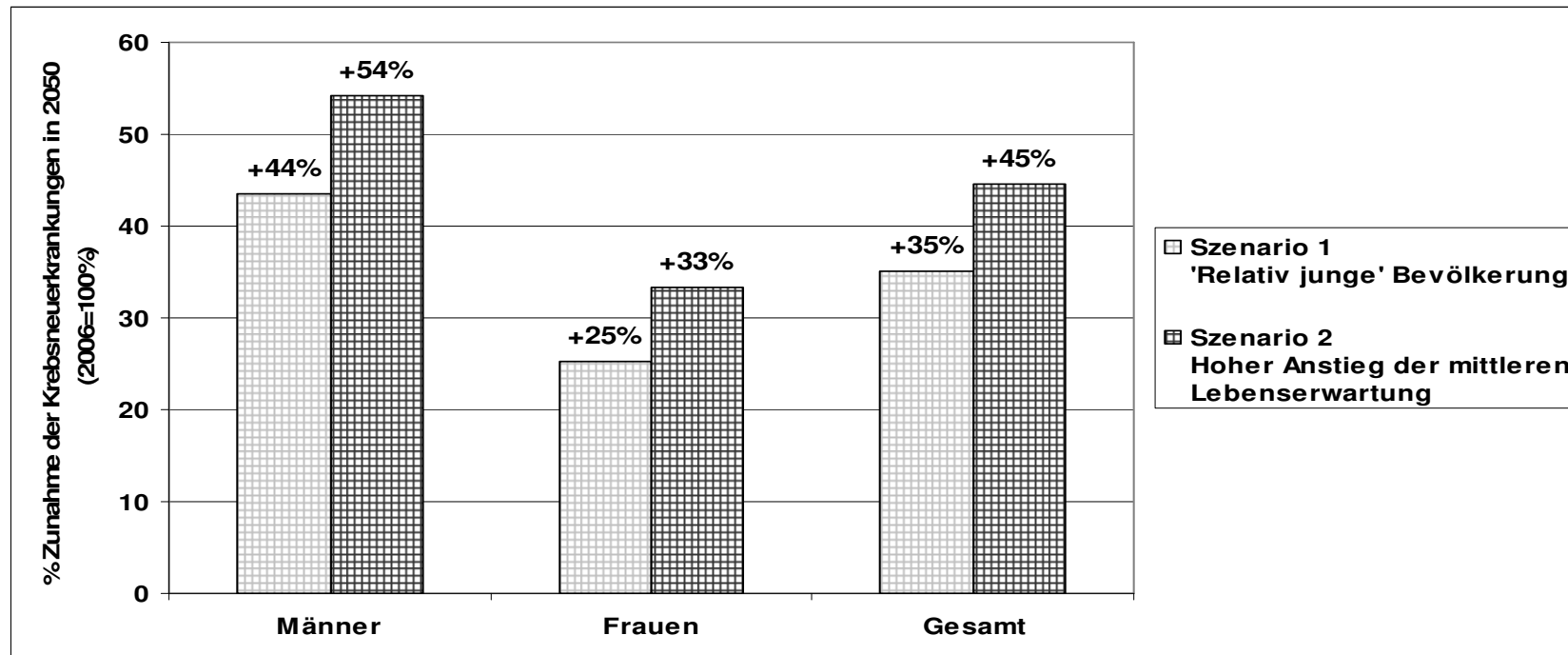


Grundlage: Statistisches Bundesamt (2006) Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 - W2: "relativ junge" Bevölkerung

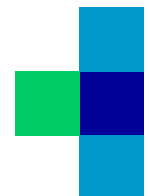


„Segen höherer Lebenserwartung“ erhöht auch „Last Krebsneuerkrankungen“

Hochrechnungen* : Wie viele zusätzliche Krebsneuerkrankungen in 2050?



* Grundlage: Statistisches Bundesamt (2006).
Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
Szenario 1: Variante 3 - W2 Szenario 2: Variante 4 - W2



Und wie ist es in Mittelfranken und Bayern?

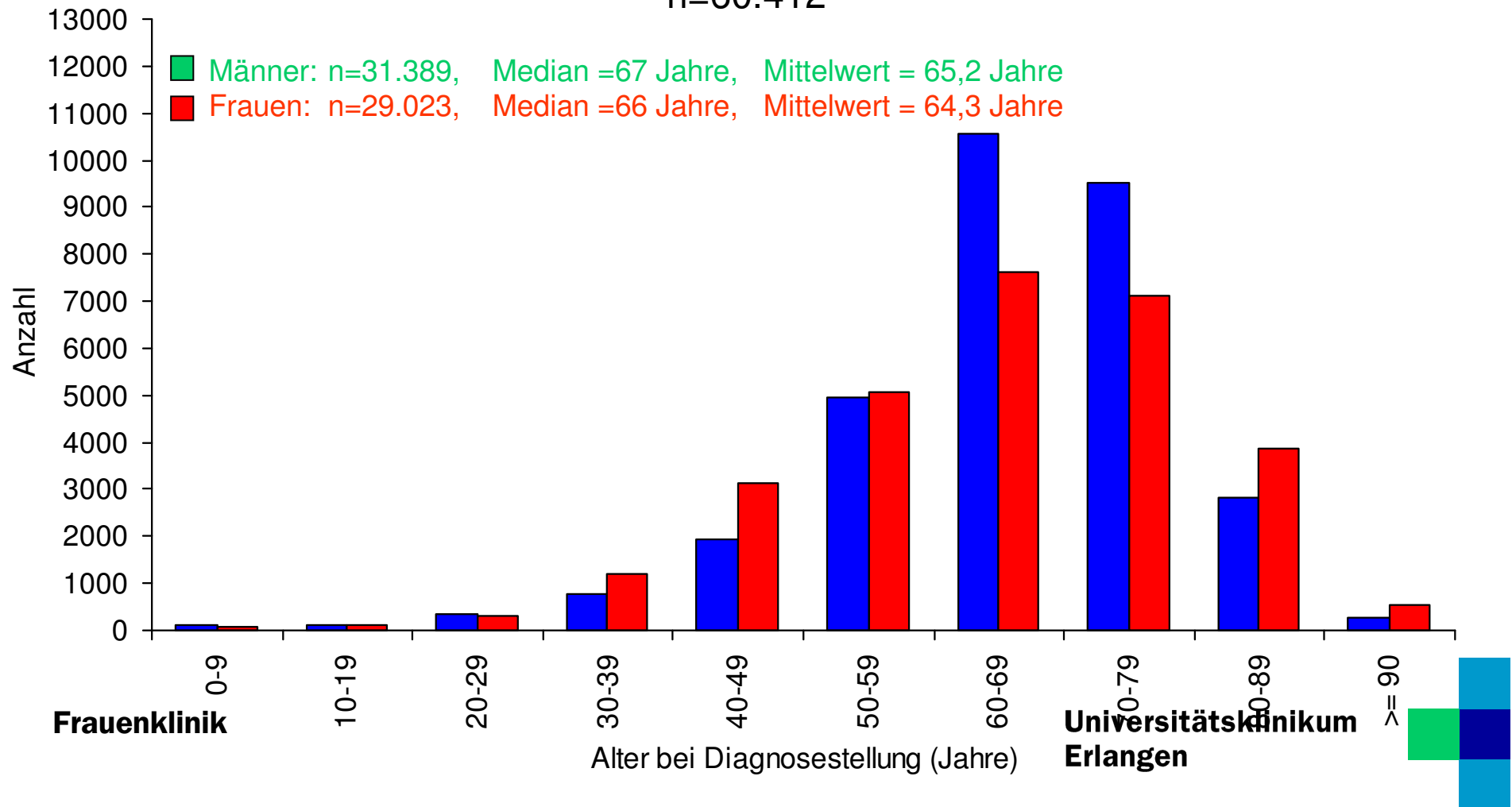


Mittelfranken 1998-2007

Altersverteilung nach Geschlecht

(Bösartige Neuerkrankungen ohne in situ und C44)

n=60.412

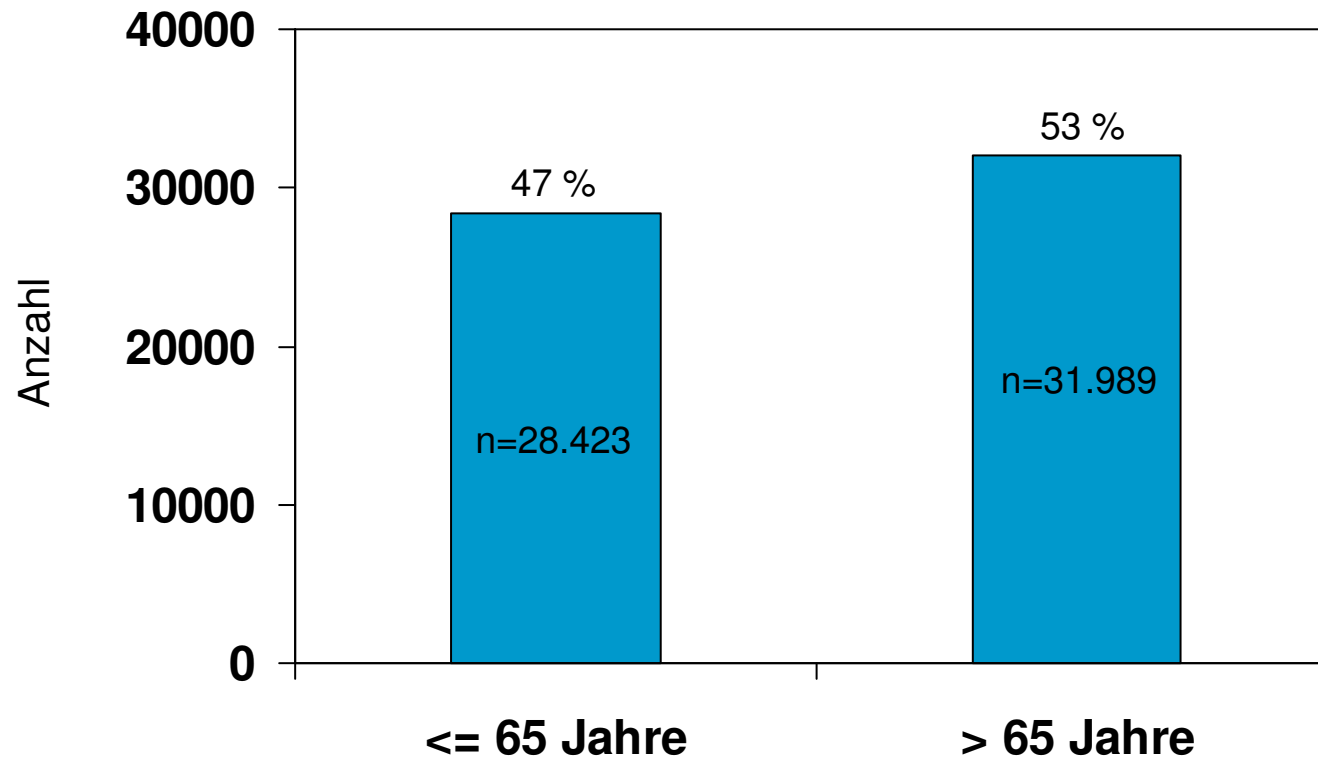


Mittelfranken 1998-2007

Anteil der unter und über 65-jährigen Patienten

(Bösartige Neuerkrankungen ohne in situ und C44)

n=60.412



Frauenklinik

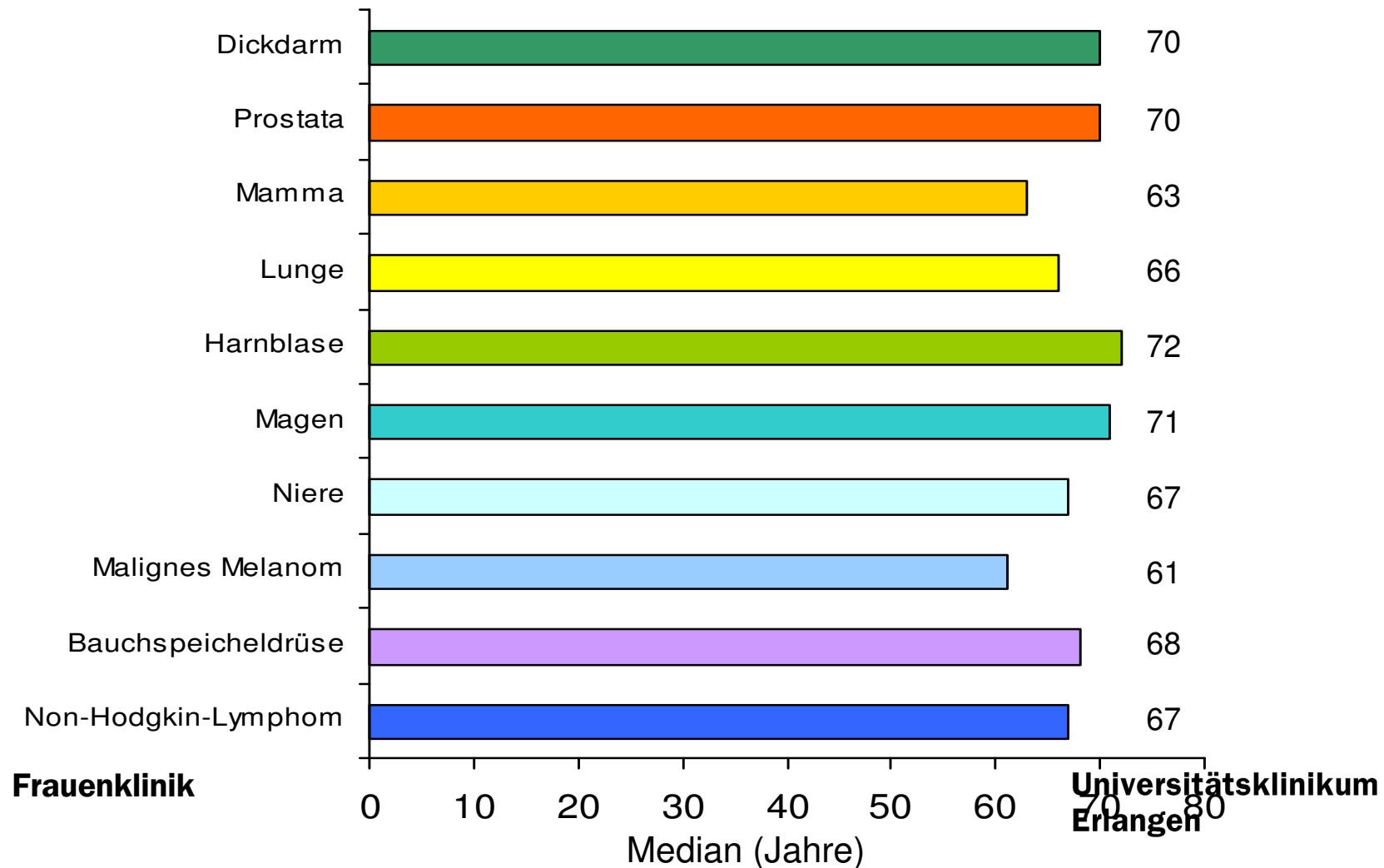
Alter bei Diagnosestellung

Universitätsklinikum
Erlangen



Mittelfranken 1998-2007

Altersmedian der 10 häufigsten Tumorentitäten (Bösartige Neuerkrankungen ohne in situ)



Zielsetzung im Gesundheitssystem

Was sind die
verschiedenen
Ansprüche?

Frauenklinik

Zertifizierung/Akkreditierung nach DIN:ISO; EBCOG
Zertifizierung/Akkreditierung der Zentren nach DKG,DGS; EUSOMA; AGO,DGGG; ESGO; ES; GBA

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Eigene Ansprüche der Krebserkrankten

05.2008 Daten aus Studie: Gut informiert – Gemeinsam entscheiden!

- ✚ Nicht sterben! (Mortalität)
- ✚ Nicht viele Nebenwirkungen! (Morbidität)
- ✚ Gutes Leben bei und nach Therapie! (Lebensqualität)
- ✚ Keine Belastung der Familie! (Sozio-Ökonomie)
- ✚ Beste Betreuung, Behandlung, Begleitung! (Qualität)
 - individuell (auf die Erkrankung)
 - individuell (eine Patientin - eine ÄrztIn)
 - spezialisiert (ÄrztIn)
 - spezialisiert (Zentrum, Versorgungseinheit)
 - ganzheitlich (Mensch und Erkrankung)
 - ganzheitlich (komplementäre und alternative Methoden, CAM)
 - modern (nach aktuellem Standard, neusten Erkenntnissen)
 - wohnortnah (um die Ecke)
 - keine/wenige (Zusatz-)kosten



Gesetzlicher Anspruch der Erkrankten

SGB V Paragraph 135a:

Die Leistungserbringer sind zur Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet.

Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen (**Ergebnisqualität: Mortalitätsdaten**) und in der fachlich gebotenen Qualität (**Prozeßqualität: Leitlinien**) erbracht werden.

Zugelassene Krankenhäuser (...) sind verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (**Strukturqualität: Zentralisierung, Zentrumsbildung, Netzwerkbildung, Zertifizierungen**) einzuführen und weiterzuentwickeln.



Einflußfaktoren auf die Ansprüche

- ✚ (inter-)nationale Gesundheitssysteme
- ✚ (inter-)nationale Gesetzeslage
- ✚ (inter-)nationale Weiterbildungsordnungen
- ✚ (inter-)nationale Fach- und Klinik(ums)strukturen
- ✚ (inter-)nationale zertifizierte Zentrums-/Netzwerkbildung
 - mit Erhöhung der Kompetenz, Transparenz, Qualität, Publizität, Wirtschaftlichkeit, Forschungsaktivitäten
 - > der Leistungserbringer
 - > der Abteilung/Klinik
 - > des Krankenhauses/Klinikums
 - > der (niedergelassenen) KooperationspartnerInnen

Frauenklinik

Zertifizierung/Akkreditierung nach DIN:ISO; EBCOG
Zertifizierung/Akkreditierung der Zentren nach DKG,DGS; EUSOMA; AGO,DGGG; ESGO; ES; GBA

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Zielsetzung im Gesundheitssystem

Was sind
die derzeitigen Strukturen
und
zukünftigen Einflußfaktoren
in der Versorgung?

Frauenklinik

Zertifizierung/Akkreditierung nach DIN:ISO; EBCOG
Zertifizierung/Akkreditierung der Zentren nach DKG,DGS; EUSOMA; AGO,DGGG; ESGO; ES; GBA

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Im Jahr 2009 stat./amb.

Versorgungsstrukturen nach GMG (SGB V)

✚ **Stationäre Versorgung und Finanzierung**

- ✓ § 135 u.a. Fallpauschalenentgelt (DRG)

✚ **Ambulante/Sektorübergreifende Versorgung und Finanzierung**

- ✓ Kassenärztliche Versorgung
- ✓ § 37 b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- ✓ § 95 Medizinische Versorgungszentren
- ✓ § 115 Ambulante Operationen im Krankenhaus
- ✓ § 116 a Ambulante Behandlung im Krankenhaus
- ✓ § 116 b Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen im KH
- ✓ § 137 f Disease Management Program (DMP)
- ✓ § 140 a-d Integrierte Versorgung
- ✓ § 311 Poliklinik





Allgemeine Einführung

- Fortsetzung des 1979 aufgelegten **„Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung“**
- Koordinierungs- und Kooperationsprogramm
- langjährige Perspektive
- erste Phase bis 2009/2010
- erste öffentliche Vorstellung von Ergebnissen: Ende 2008 und Mitte 2009
- Der Titel „Nationaler Krebsplan“ orientiert sich an der inzwischen international üblichen Terminologie („National Cancer Plan“)



Warum brauchen wir einen Nationalen Krebsplan?

- Steigende Anforderungen an die Versorgung
 - ◆ Zunehmende Komplexität und Spezialisierung
 - ◆ Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - ◆ Interdisziplinarität
 - ◆ Qualitätssicherung
 - ◆ Evidenzbasierung
 - ◆ Patientenorientierung



→ **Handlungsfelder des Nationalen Krebsplans**

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie
4. Stärkung der Patientenorientierung

Früherkennung

Probleme:

- Teilnahme rate
- Zugang
- Methodik und Methoden
- Systemproblematik
- Europäische Strategien

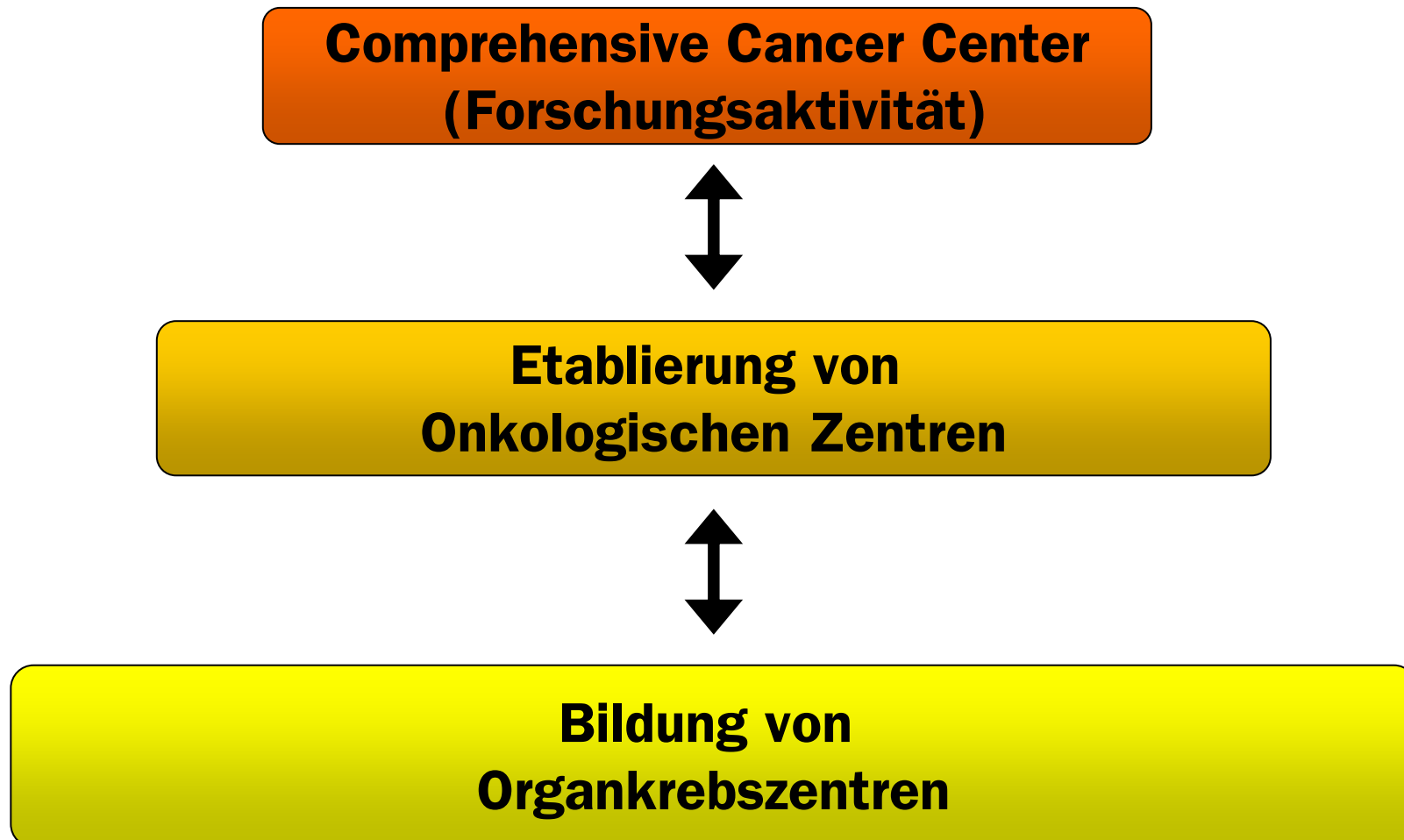
Strukturen und Qualität

Probleme:

- Zertifizierung
- Zentralisierung
- Leitlinien
- Dokumentation
- Qualitätsicherungsmaßnahmen
- Weiterbildung

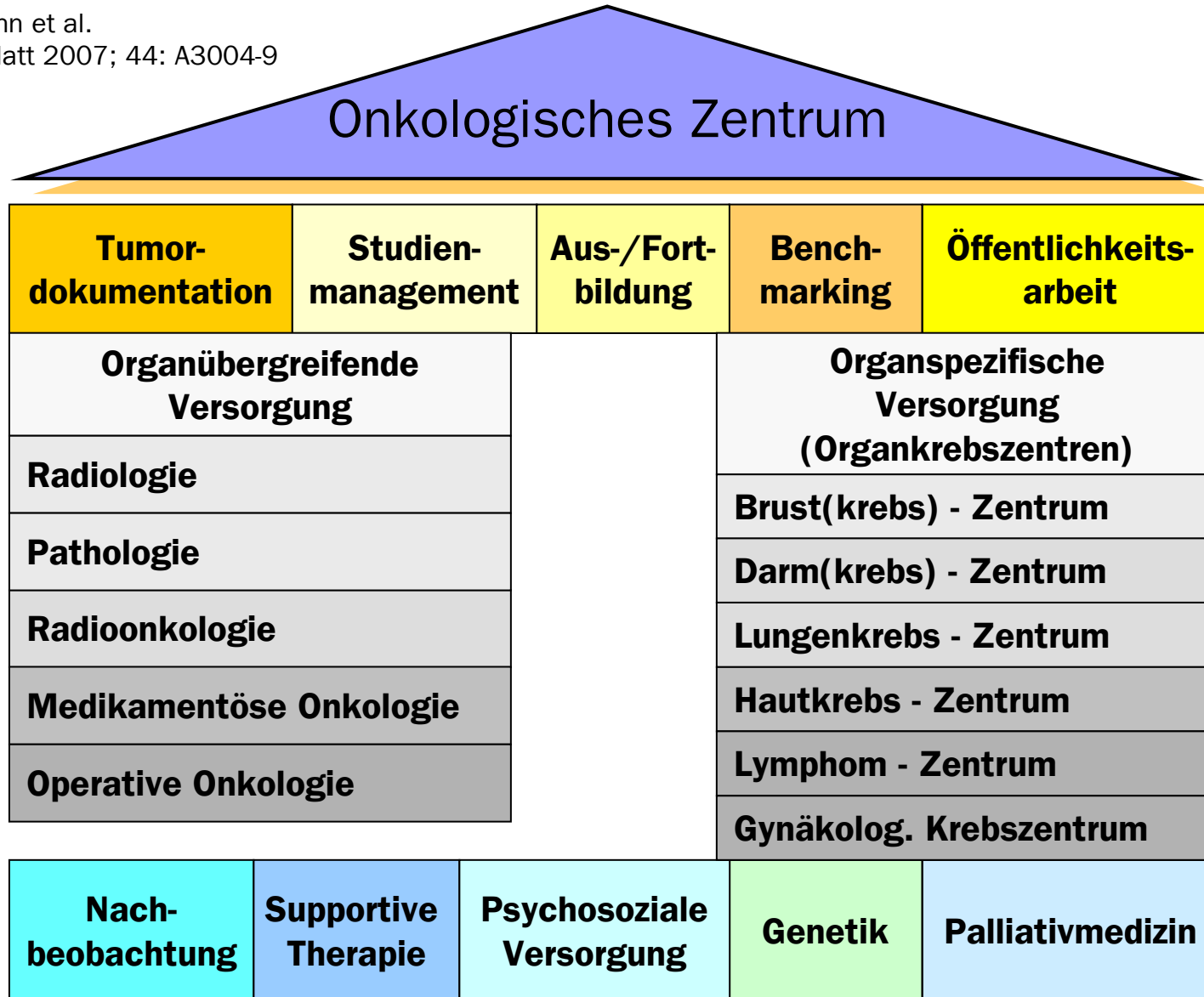
Onkologische Versorgungsstruktur

MW Beckmann et al.
Dtsch Ärzteblatt 2007; 44: A3004-9



Onkologisches Zentrum

MW Beckmann et al.
Dtsch Ärzteblatt 2007; 44: A3004-9



Strukturen und Qualität

Probleme:

- Zertifizierung
- Zentralisierung
- Leitlinien
- Dokumentation
- Qualitätsicherungsmaßnahmen
- Weiterbildung

Probleme der Onkologischen Versorgung im Jahr 2015!

- ⊕ Nutzen der Zentralisierten Versorgungsstrukturen
- ⊕ Definition der wohnortnahen Versorgung
- ⊕ Definition sektorübergreifender Versorgung
- ⊕ Definition der Schnittstellen (ambulant/stationär)
- ⊕ Fehlende reale Kostenträgerrechnung
- ⊕ Berechnung der Kosten-Nutzen-Relation
- ⊕ Abschaffung der Vielfachdokumentation
- ⊕ Nachweis der Umsetzung der Leitlinien
- ⊕ Nachweis der Effektivität der Strukturmaßnahmen
- ⊕ Versorgungsgarantie durch Nachwuchs (Weiterbildung)
- ⊕ Innovation durch (Versorgungs-)forschung
- ⊕ Politische (?) Regulation der Strukturen



Onkologie – Quo vadis?

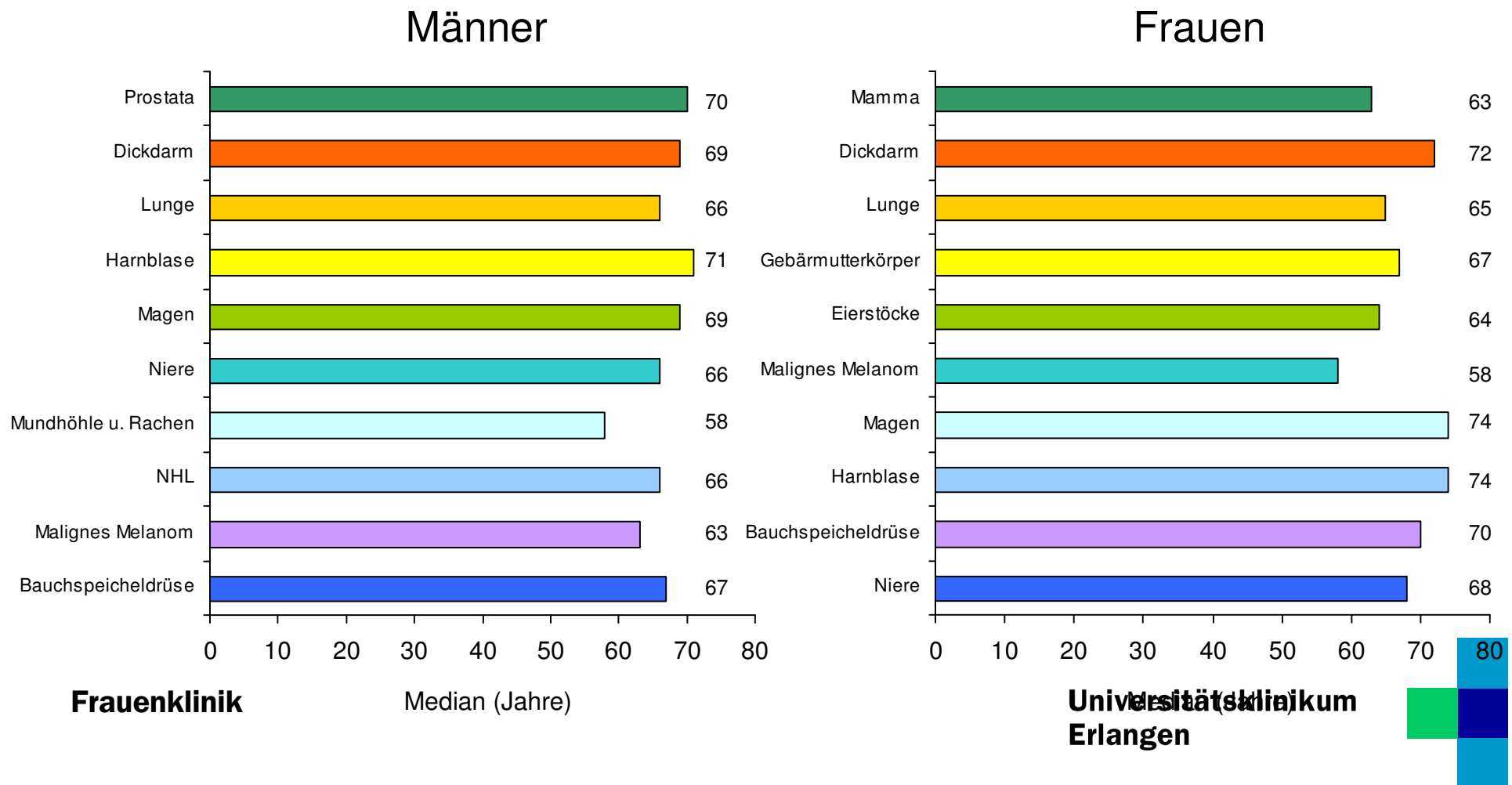
Es wird ja fleißig gearbeitet und viel mikroskopiert, aber es müßte mal wieder einer einen gescheiterten Gedanken haben.

Rudolf Virchow (1821 - 1902)



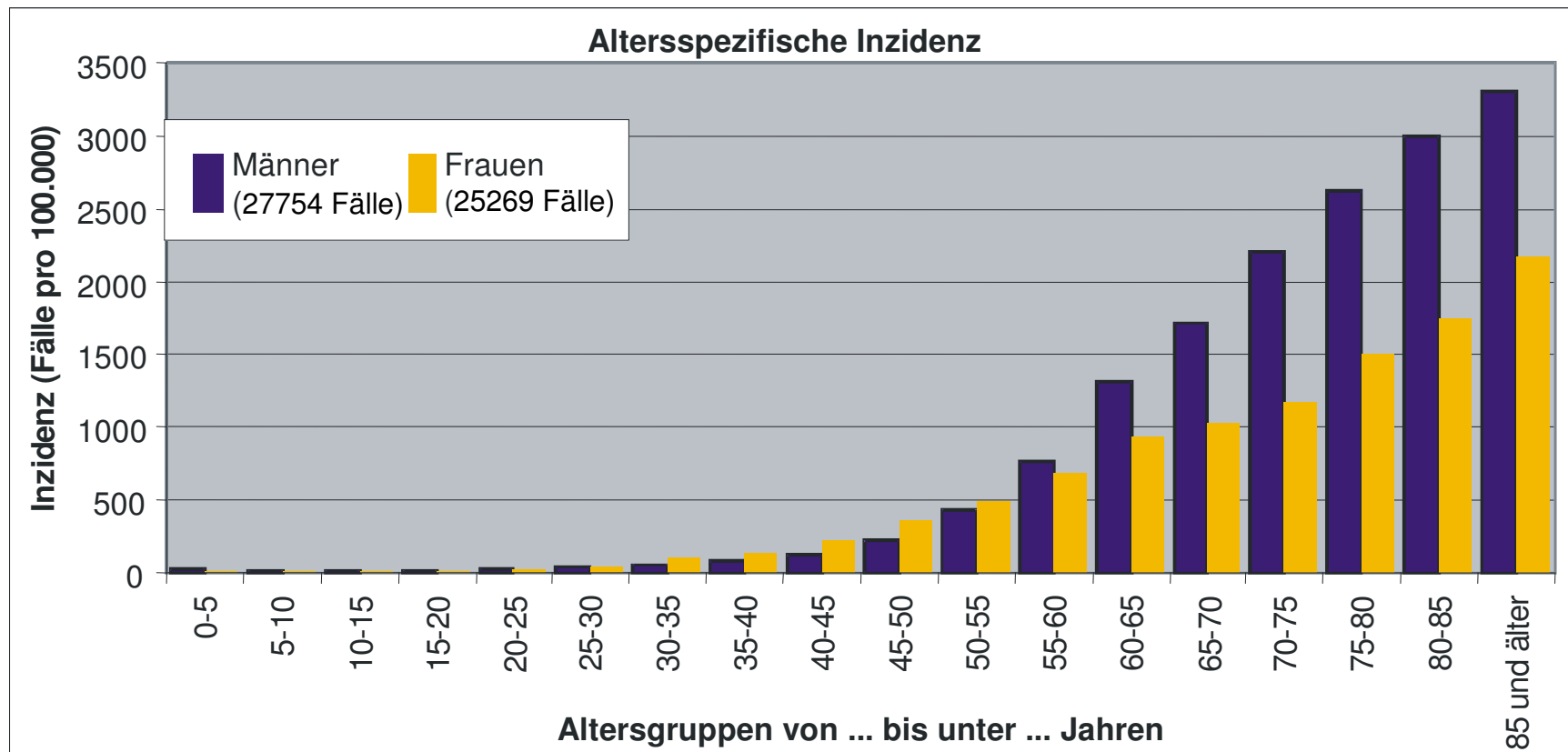
Mittelfranken 1998-2007

Altersmedian der 10 häufigsten Tumorentitäten nach Geschlecht (Bösartige Neuerkrankungen ohne in situ)



Altersspezifische Inzidenz – Bayern 2005

Alle bösartigen Neubildungen (C00-C97 ohne C44)



Mit dem Alter steigendes Erkrankungsrisiko

