



Behandlung in einem zertifizierten Zentrum,  
was hat der Patient davon?

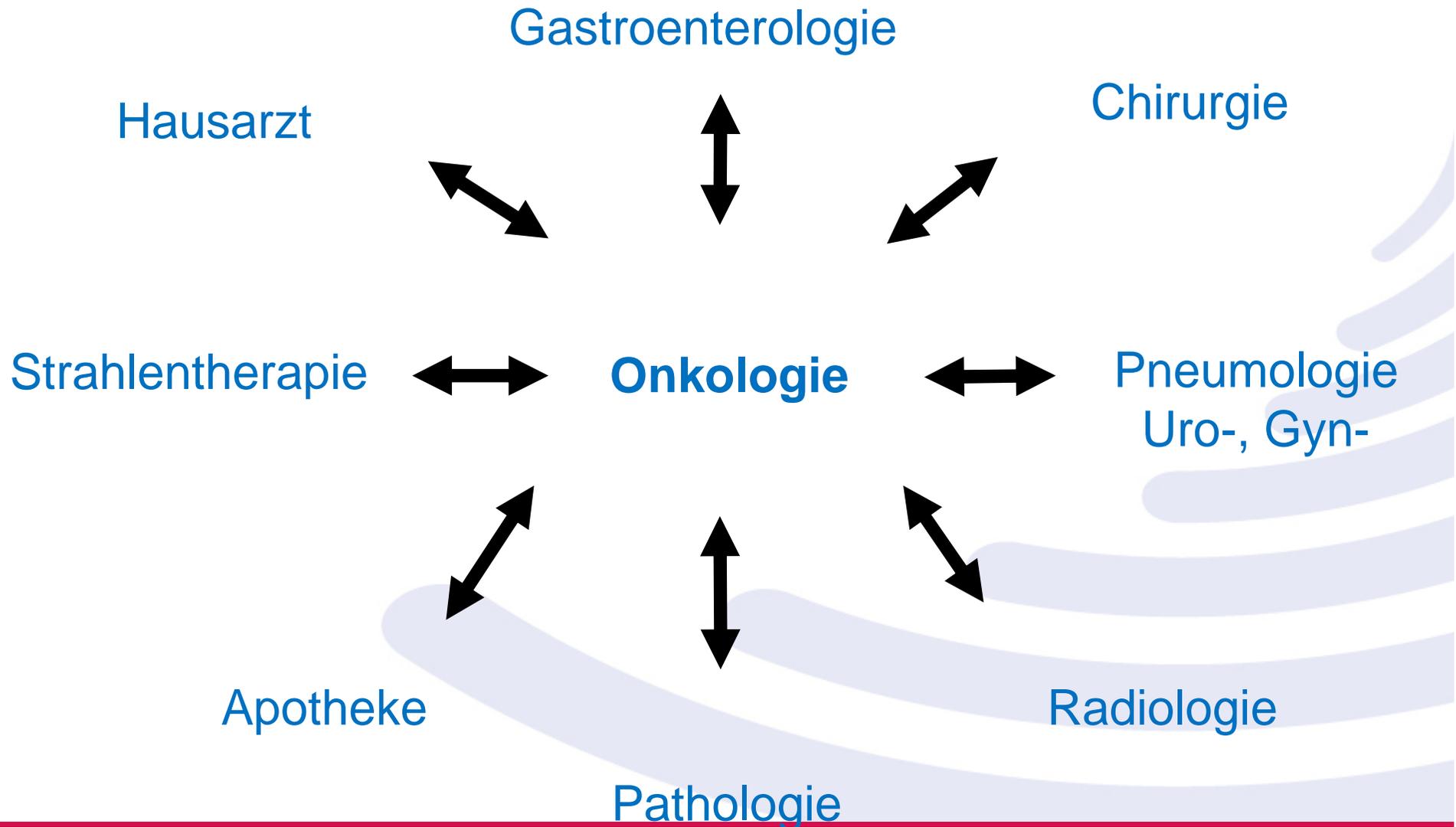
# Der Nationale Krebsplan (2008)



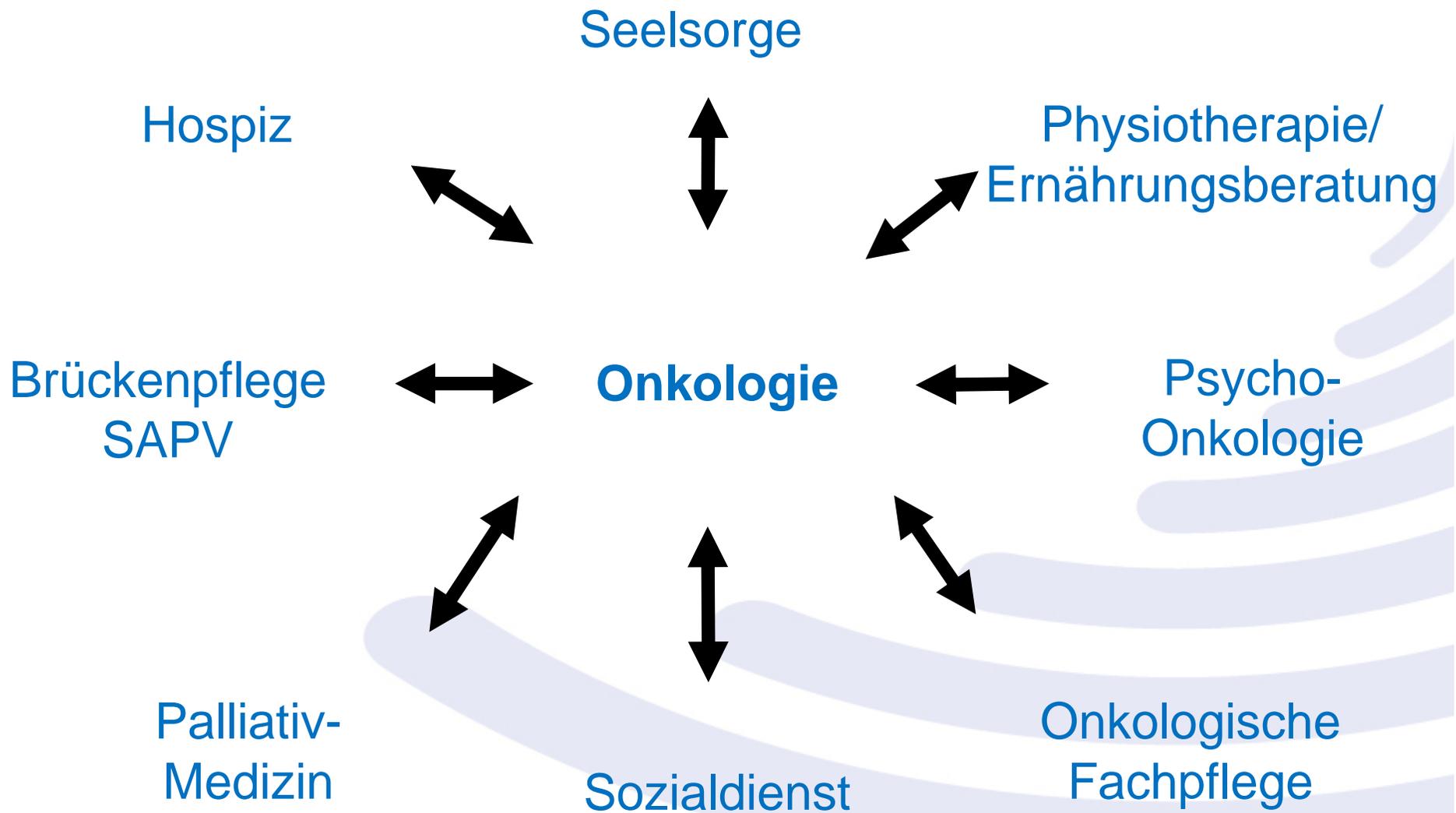
# Der Nationaler Krebsplan Wo stehen die Standorte OG/Lahr?



# Onkologie ist Interdisziplinär



# Onkologie ist Interprofessionell



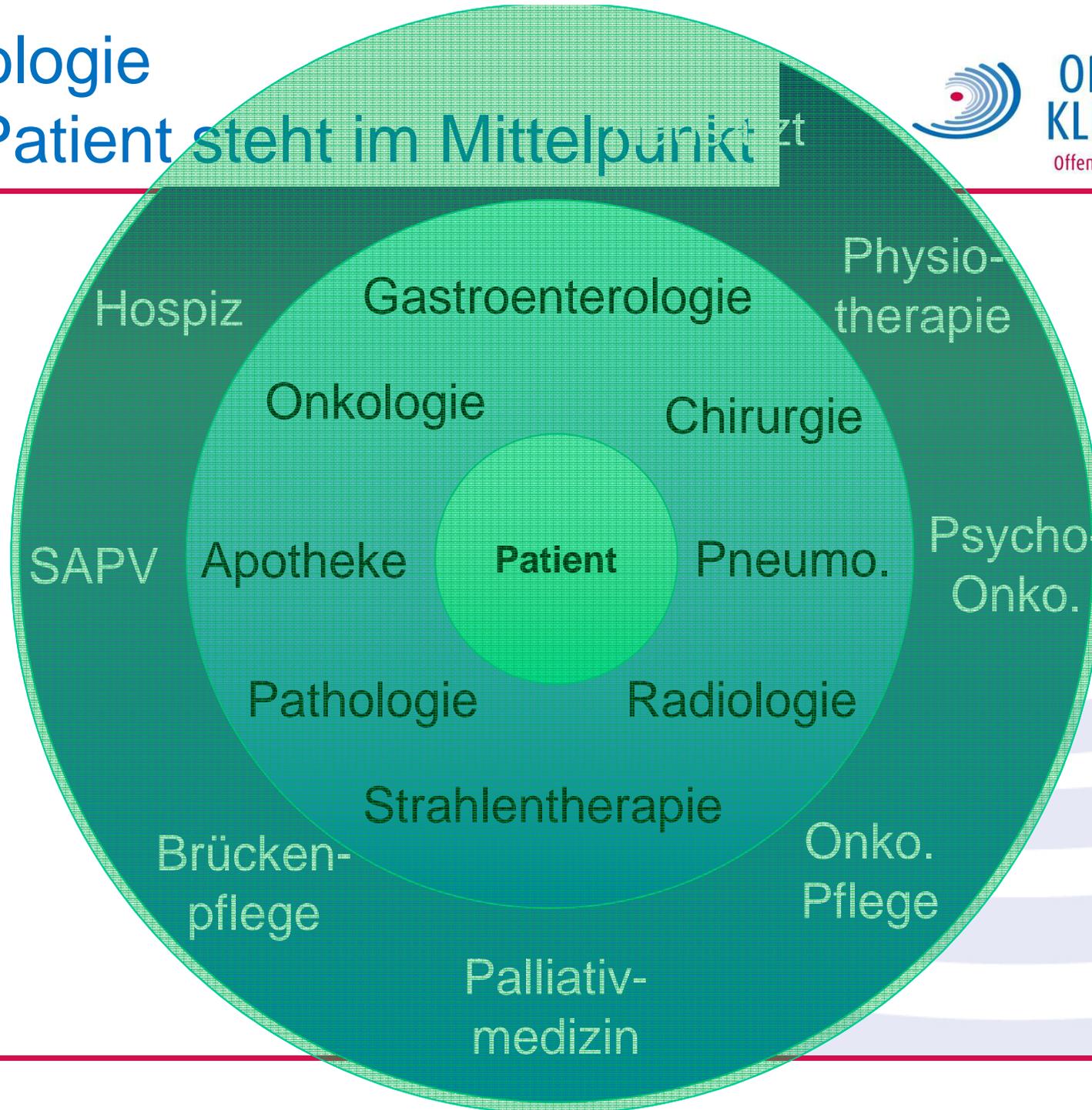


# Die Onkologie ist der Lotse

# Onkologie der Patient steht im Mittelpunkt



ORTENAU  
KLINIKUM  
Offenburg-Gengenbach





# Onkologische Versorgung ist eine **Teamaufgabe**

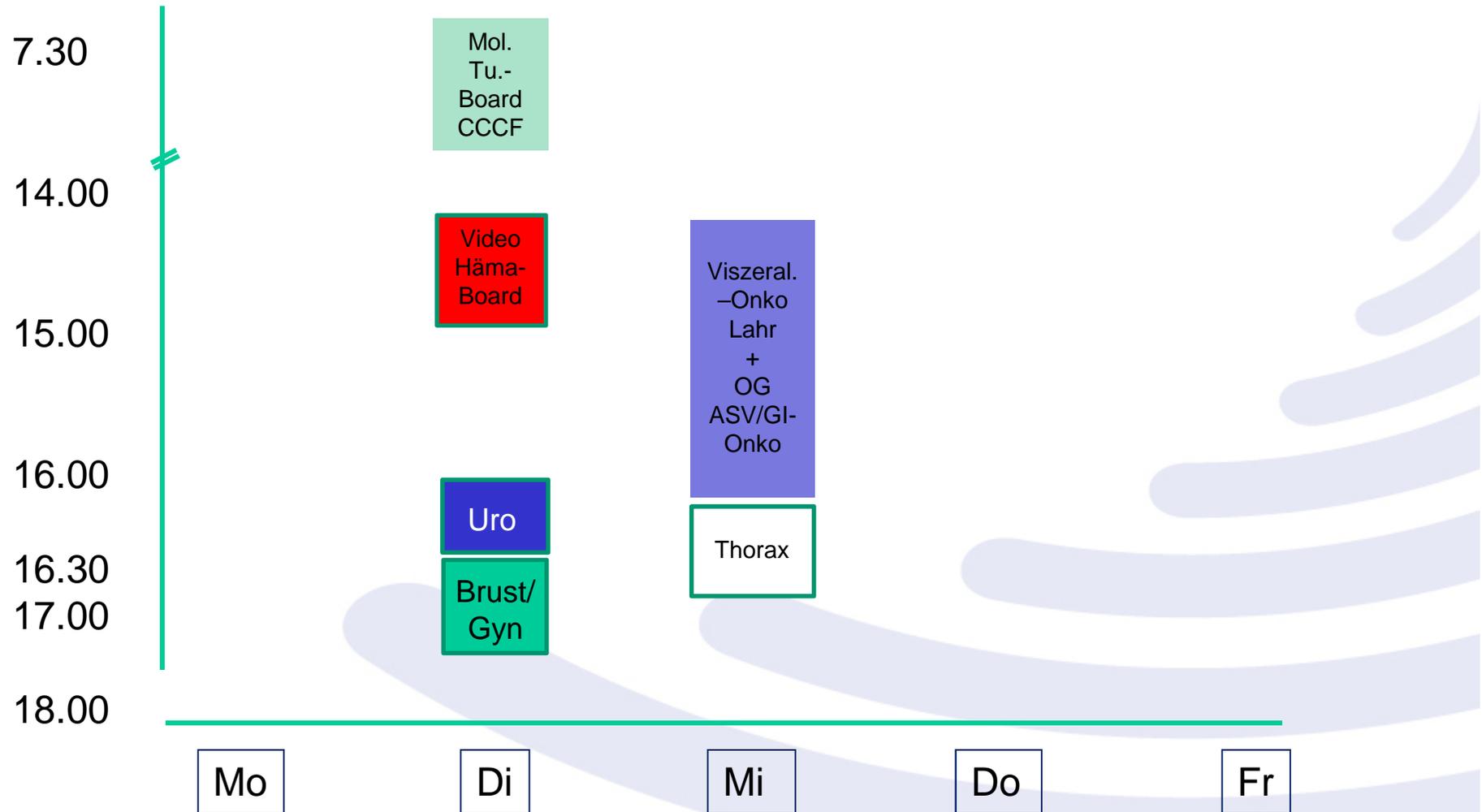
# Leistungszahlen OG u. Lahr

Neuerkrankungen/Jahr:	~ 1600 Fälle
Stationäre Fälle/Jahr	~ 2000 Fälle (Onko.)
Ambulante Fälle/Jahr	~ 2200 Fälle (Lahr)
Tumorkonferenzen/Jahr:	~ 3900 Fälle



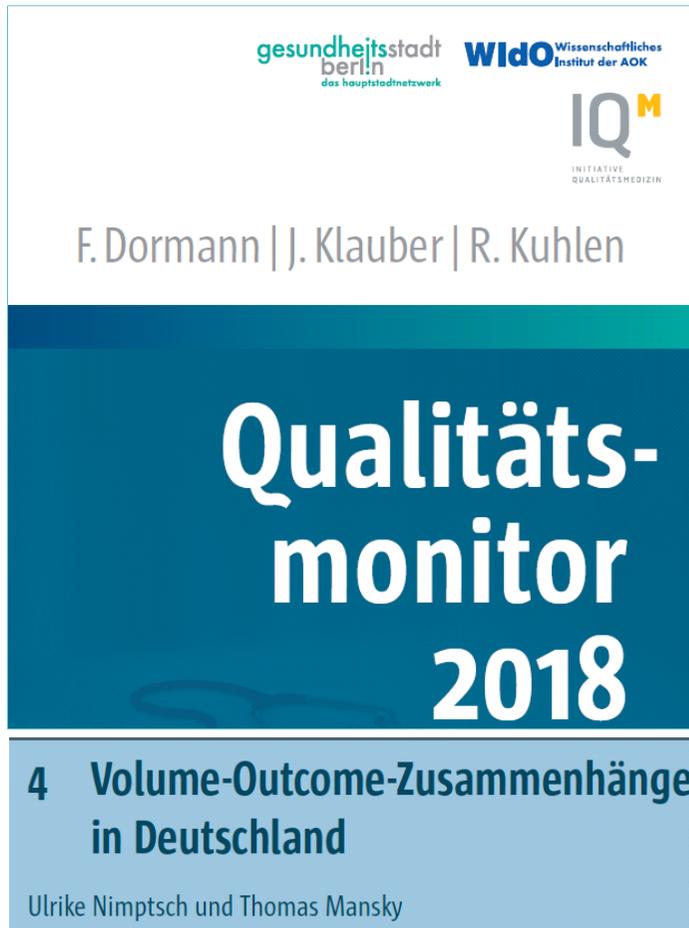
# Die Tumorkonferenz: der wichtigste Schritt zur personalisierte Therapie

# Organisation der Tumorkonferenzen ab 04/2019





# Die Politik will Mindestmengen



## BMJ Open

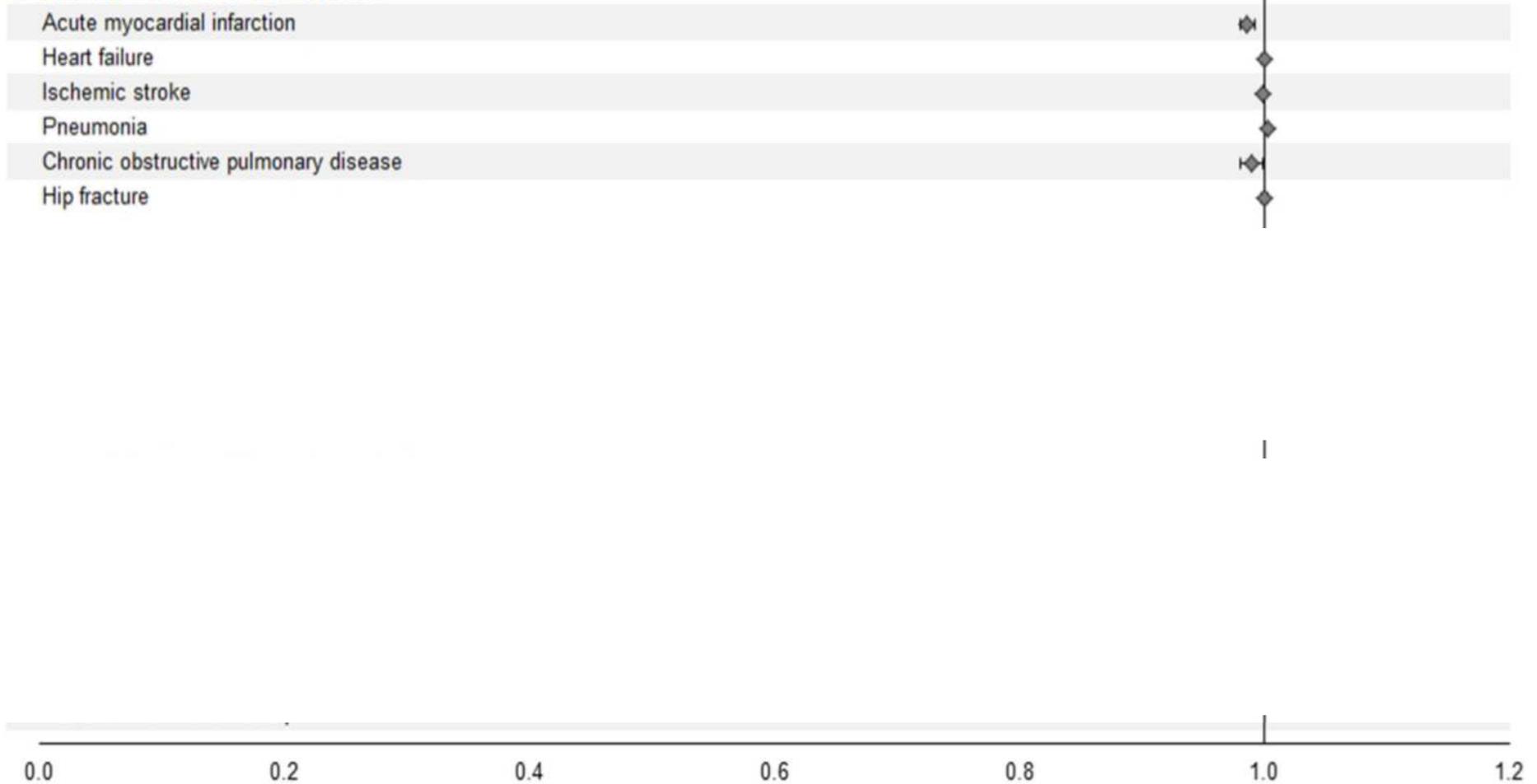
Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014

Ulrike Nimptsch, Thomas Mansky

# Risikoreduktion durch Erfahrung

+ 50 Fälle/Jahr

## COMMON EMERGENCY CONDITIONS



# Mindestmengen

VARL= Value of an Acceptable Risk Limit



**ORTENAU  
KLINIKUM**  
Offenburg-Gengenbach

## Ergebnisse

### 17 der 25 Behandlungsarten

	Schwellenwert VARL (95% KI)	Mittlere Fallzahl pro Jahr Deutsch- land 2009 bis 2014 in 1.000	Mittlere Kranken- haussterb- lichkeit Deutsch- land 2009 bis 2014	Risikoadjustierte Krankenhaus- sterblichkeit in Krankenhäusern mit Fallzahl $\geq$ Schwellen- wert (95% KI)	Differenz der Krankenhaus- sterblichkeit (95% KI)	Anzahl potenziell vermeidbarer Todesfälle pro Jahr (95% KI)	Anteil potenziell vermeid- barer Todesfälle
<b>Häufige Krankheitsbilder mit nicht planbarer Behandlung</b>							
Akuter Herzinfarkt	309 (288-330)	183,0	9,8%	9,1% (9,0-9,2)	0,7% (0,7-0,8)	1.334 (1.232-1.436)	7,4%
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	271 (240-301)	192,5	4,2%	3,6% (3,5-3,6)	0,6% (0,5-0,6)	1.129 (1.040-1.218)	14,1%
<b>Elektive Herz- und Thoraxchirurgie</b>							
Isolierter offen chirurgischer Aortenklappenersatz	147 (111-182)	8,8	2,6%	2,4% (2,2-2,6)	0,2% (0,0-0,3)	17 (3-30)	7,5%
Minimalinvasiver Aortenklappenersatz	157 (142-171)	8,5	6,6%	5,8% (5,5-6,2)	0,8% (0,5-1,0)	64 (44-84)	11,5%
Isolierte Koronargefäßoperation	475 (430-521)	30,6	2,1%	2,0% (1,9-2,1)	0,2% (0,1-0,2)	47 (24-69)	7,1%
Teilresektion der Lunge bei Bronchialkarzinom	108 (95-120)	12,3	2,9%	2,3% (2,1-2,5)	0,6% (0,5-0,7)	74 (57-90)	20,7%
<b>Elektive größere viszeralchirurgische Eingriffe</b>							
Kolorektale Resektion bei kolorektalem Karzinom	82 (76-88)	55,2	6,0%	5,4% (5,3-5,5)	0,5% (0,4-0,6)	280 (229-331)	8,6%
Kolorektale Resektion bei Divertikulose	44 (38-49)	29,9	3,5%	3,2% (3,1-3,4)	0,3% (0,2-0,4)	82 (53-111)	7,8%
Nephrektomie bei Nierenkarzinom	40 (24-56)	11,3	2,1%	1,9% (1,7-2,0)	0,2% (0,1-0,3)	25 (11-39)	10,4%
Zystektomie bei Blasenkarzinom	31 (23-39)	7,3	4,7%	4,3% (4,0-4,6)	0,4% (0,2-0,7)	32 (15-49)	9,3%
Komplexer Eingriff am Ösophagus bei Ösophaguskarzinom	22 (17-28)	3,0	8,5%	6,3% (5,7-6,9)	2,1% (1,6-2,6)	65 (49-80)	25,4%
Pankreasresektion bei Pankreaskarzinom	29 (21-37)	5,8	8,8%	6,6% (6,2-7,2)	2,2% (1,7-2,6)	124 (100-148)	24,5%

Quelle: Qualitätsmonitor 2018; Kapitel 4: Volume-Outcome-Zusammenhänge in Deutschland; U. Nimptsch, T. Mansky; Seite 60

### 3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus – jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen. Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

OPS Version 2018	
<b>Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität</b>	
5-423.0	Zervikal
5-423.1	Thorakal
5-423.2	Thorakoabdominal
5-423.3	Abdominal
5-423.x	Sonstige
5-423.y	N.n.bez.
<b>Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität</b>	
5-424.0	Thorakal
5-424.1	Thorakoabdominal
.10	Ohne proximale Magenresektion
.11	Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, transhiatal
.12	Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, durch Thorakotomie
.1x	Sonstige
5-424.2	Abdominal
5-424.x	Sonstige
5-424.y	N.n.bez.
<b>(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität</b>	
5-425.0	Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
5-425.1	Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
5-425.2	Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie
5-425.x	Sonstige
5-425.y	N.n.bez.

## Regelungen



des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

### (Mindestmengenregelungen, Mm-R)

in der Fassung vom 20. Dezember 2005  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (S. 1373)  
in Kraft getreten am 20. Dezember 2005

in der 1. Neufassung vom 21. März 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (S. 5389)  
in Kraft getreten am 21. März 2006

### 4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas – jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

OPS Version 2018	
<b>Innere Drainage des Pankreas</b>	
5-523.2	Pankreatojejunostomie
5-523.x	Sonstige
<b>Partielle Resektion des Pankreas</b>	
5-524.0	Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)
.00	Offen chirurgisch
.01	Laparoskopisch
.02	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-524.1	Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)
5-524.2	Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
5-524.3	Pankreaskopfresektion, duodenerhaltend
5-524.4	Pankreassegmentresektion
5-524.x	Sonstige
<b>(Totale) Pankreatektomie</b>	
5-525.0	Mit Teilresektion des Magens
5-525.1	Pyloruserhaltend
5-525.2	Duodenerhaltend
5-525.3	Entfernung eines Pankreastransplantates
5-525.4	Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)
5-525.x	Sonstige



## Qualitätsmonitor: Viele vermeidbare Todesfälle durch "Gelegenheitschirurgie" bei Krebs-OPs



v.l.: Kai Behrens, Thomas Mansky, Simone Wesselmann, Martin Litsch, Ralf Kühlen, Ulf Fink

Quelle:  
[http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2017/index\\_19642.html](http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2017/index_19642.html)



## Todesfälle durch "Gelegenheits-Chirurgie"

Viele Krebspatienten sterben zu früh, weil sie einer AOK-Studie zufolge in Kliniken mit zu wenig Erfahrung bei komplizierten Operationen behandelt werden. Der AOK-Bundesverband fordert nun Konsequenzen

Quelle:  
<https://www.tagesschau.de/inland/aok-107.html>



## Gefahr für Krebs-Patienten durch fehlende Routine in Kliniken

Die Versorgungssituation für die Patienten in den deutschen Kliniken steht im Fokus des Qualitätsmonitors, den die AOK jedes Jahr herausgibt. Im Fokus des aktuellen Qualitätsmonitors stehen Krebs-Operationen - und der erschreckende Befund, dass mangelnde Erfahrung in vielen Kliniken gefährlich für die Patienten ist.

Quelle:  
<https://www.mdr.de/nachrichten/vermishtes/qualitaetsmonitor-kliniken-erfahrungen-krebs-operationen-100.html>

Nicht nur Mediziner halten eine Ausweitung der Mindestmengenregelung für sinnvoll. Auch die Bundesbürger wünschen sich das.



**86 Prozent**  
der Deutschen begrüßen  
Mindestmengenregelungen  
in Krankenhäusern.



**80 Prozent**  
der Deutschen sind davon  
überzeugt, dass mehr  
Routine bei komplizierten  
Operationen zu besseren  
Behandlungsergebnissen führt.



**52 Prozent**  
der Befragten haben die Sorge,  
dass für viele der Weg zum  
Krankenhaus weiter wird.



**50 Prozent**  
befürchten, künftig nicht  
mehr in ihrem Wunsch-  
krankenhaus behandelt  
werden zu können.



**94 Prozent**  
der Befragten würden sich eher  
für eine Klinik entscheiden,  
die eine Mindestzahl  
an Operationen und  
Behandlungen nachweisen  
kann.



**75 Prozent**  
der Befragten würden für einen  
Eingriff einen weiteren Weg in eine  
Klinik in Kauf nehmen, wenn sie  
dadurch eine nachweislich bessere  
Behandlungsqualität erwarten können.  
Im Schnitt 132 Kilometer.

Copyright - AOK - Die Gesundheitskasse



Quelle "obs/AOK Hessen"

## Zertifizierte Krebszentren

# Nachweis besserer Versorgung

Angesichts der Diagnose Krebs stellt sich für viele Betroffene zunächst die Frage nach der optimalen Therapie. Ein wichtiges Qualitätssiegel von Krebszentren ist mittlerweile die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Studien belegten jetzt eine tatsächlich bessere Behandlung.

Die Maßnahmen zu einer flächendeckenden Qualitätsentwicklung der Versorgung von Krebspatienten in Deutschland sind offensichtlich aller Mühe wert. Seit 2003 zertifiziert die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) Zentren entsprechend der Empfehlungen der aktuellen onkologischen Leitlinien. Jetzt zeigt sich: „Das Gesamtüberleben von Darmkrebspatienten an zertifizierten Darmkrebszentren ist tatsächlich deutlich höher als an nicht zertifizierten Zentren.“ Dies betonte Prof. Dr. med. Thomas Seufferlein, Vizepräsident der DKG, zum Start des Kongresses „Quality of Cancer Care“ Ende März in Berlin.

### Deutlicher Überlebensvorteil

„Wir haben viel gefühlte Qualität in Deutschland, aber die Fortschritte durch die Zertifizierung der onkologischen Zentren lassen sich mittlerweile mit Daten belegen“, sagte er. Dabei verwies der an der Universität Ulm tätige Internist auf eine retrospektive Kohortenstudie des klinischen Krebsregisters Regensburg von 2018 (1): Die Behandlung an zertifizierten Darmkrebszentren resultiert danach in der betrachteten

Implementierung evidenzbasierter Qualitätsstandards in der Darmkrebsversorgung hat also in der Tat positive Auswirkungen auf patientenrelevante klinische Endpunkte.“

Mittlerweile hat die Deutsche Krebsgesellschaft mehr als 1 000 Zentren in mehr als 440 Krankenhäusern zertifiziert. Es handele sich dabei um interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke, in denen

alle relevanten ärztlichen Fachrichtungen eng zusammenarbeiten und sich freiwillig strengen Qualitätskontrollen unterziehen, erklärte Seufferlein. „Qualität in der Onkologie ist nur interdisziplinär möglich“, betonte der DKG-Vizepräsident.

### Zweitmeinung: Neue Ansätze

Doch nicht alle Krebspatienten werden an DKG-zertifizierten Zentren behandelt. Derzeit seien das nur etwa 40 Prozent der Menschen mit der Erstdiagnose Krebs in Deutschland, erklärte Prof. Dr. med. Thorsten Schlomm, Urologe an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Deshalb sei es wichtig, dass diejenigen, die außerhalb von zertifizierten Zentren behandelt würden, durch ein strukturiertes Angebot die Möglichkeit erhielten, eine qualifizierte Zweitmeinung einzuholen. Etwa 140 DKG-zertifizierte Darm- und 40 Prostatakrebszentren wollen deshalb ab April auf einem Portal des Gesundheitsdienstleisters HMO ihre Expertise zur Verfügung stellen ([www.krebs-zweitmeinung.de](http://www.krebs-zweitmeinung.de)). Das Portal vermittele den Kontakt zu den DKG-zertifizierten Zentren und überneh-



# Reale Datenlage in Deutschland

## Zert. Darmzentrum vs. nicht-zertifiziertes KH

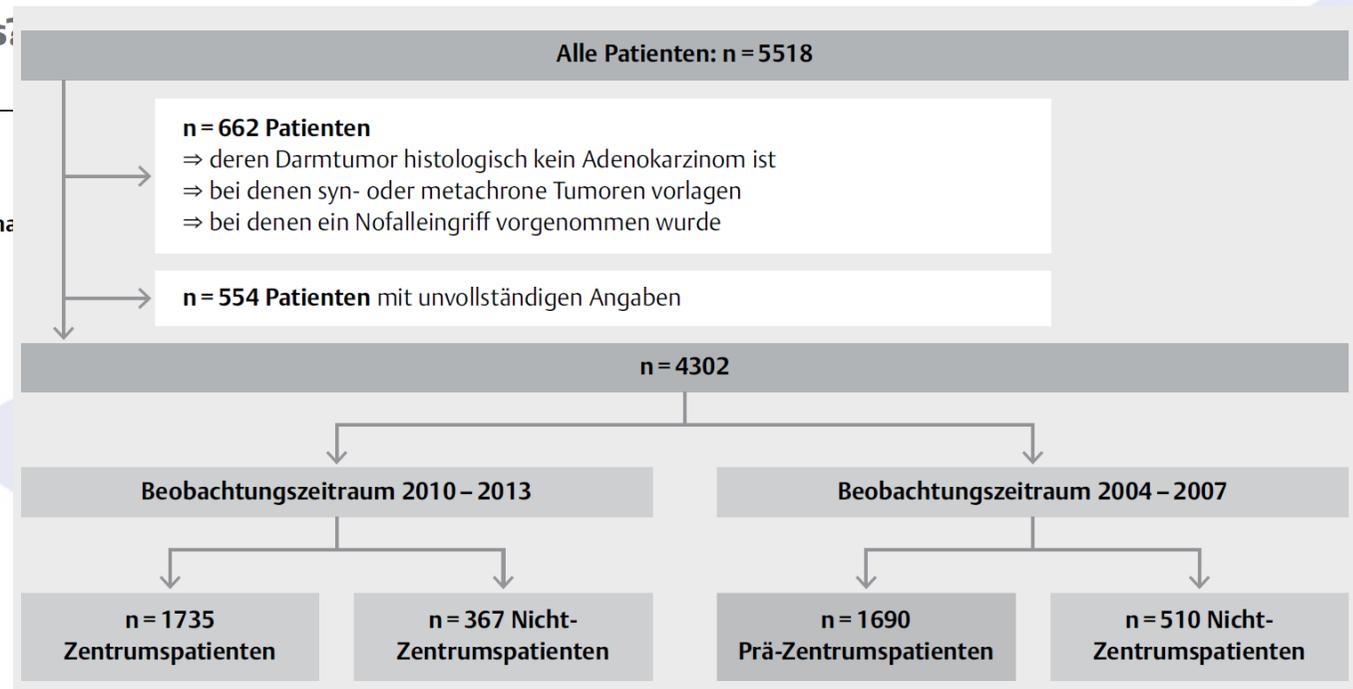
Originalarbeit

### Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern

### Long-Term Survival of Patients with Colon and Rectum Carcinomas: Is There a Difference Between Cancer Centers and Non-Certified Hospitals?

Autoren

Vinzenz Völkel<sup>1\*</sup>, Teresa Draeger<sup>1\*</sup>, Micha



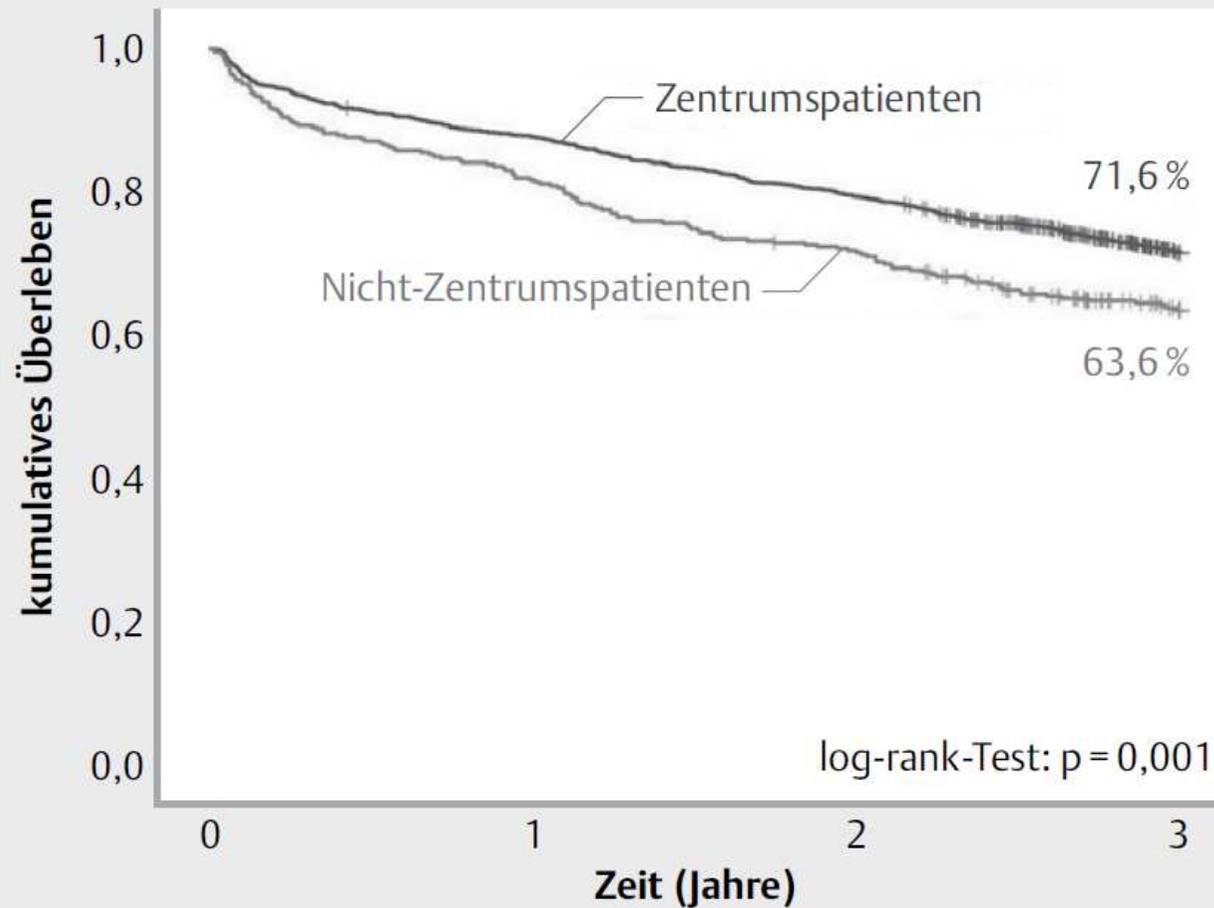
# Overall survival

Zert. Darmzentrum vs. nicht-zertifiziertes KH



**ORTENAU  
KLINIKUM**  
Offenburg-Gengenbach

A. Zentrumspatienten vs. Nicht-Zentrumspatienten (2010 – 2013)





[Eur J Surg Oncol](#). 2018 Sep;44(9):1324-1330. doi: 10.1016/j.ejso.2018.05.013. Epub 2018 May 17.

### Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care.

[Trautmann F](#)<sup>1</sup>, [Reißfelder C](#)<sup>2</sup>, [Pecqueux M](#)<sup>2</sup>, [Weitz J](#)<sup>2</sup>, [Schmitt J](#)<sup>3</sup>.

#### ⊕ Author information

#### Abstract

**BACKGROUND:** Colon cancer requires interdisciplinary care with quality of initial surgical treatment being a major prognostic factor. Implementation of quality standards based on structural and procedural indicators in routine care via certification (Germany) or accreditation (USA) is an established quality assurance method. However, evidence on effects is scarce. We undertook a population-based cohort study to investigate the effectiveness of colon cancer care in certified vs non-certified hospitals.

**MATERIALS AND METHODS:** We utilized data of a large statutory health insurance including in- and outpatient data from 2005 to 2015 of >2 million individuals from Saxony, Germany. Case definitions were based on diagnosis, medical procedures and prescriptions. Patients treated in certified hospitals (CH) were compared to patients treated in non-certified hospitals (NCH) using logistic and Cox regression models adjusting for relevant confounders concerning overall survival (OS), disease-specific survival (DSS), 30-day mortality, recurrence, complications and second resections within 6 months after first resection (SR).

**RESULTS:** Overall, 6186 patients with incident colon cancer undergoing surgery were identified (mean age 74.1 ± 11.0 years, 51.1% male) with 2120 (34.3%) patients treated in a CH. Confounder-adjusted regression models indicated positive effects in CH on OS (HR = 0.90, 95%CI: 0.83-0.97), DSS (HR = 0.71, 95%CI: 0.57-0.88), 30-day mortality (OR = 0.69, 95%CI: 0.55-0.87) and SR (OR = 0.51, 95%CI: 0.30-0.87). These results remained stable after adjustment for hospital volume. 30-day mortality in 2014 was 41% lower in CH (7.4%) compared to NCH (12.6%).

**CONCLUSIONS:** This study indicates that the implementation and assurance of evidence-based quality standards has substantial positive effects on various patient-relevant outcomes in colon cancer care.

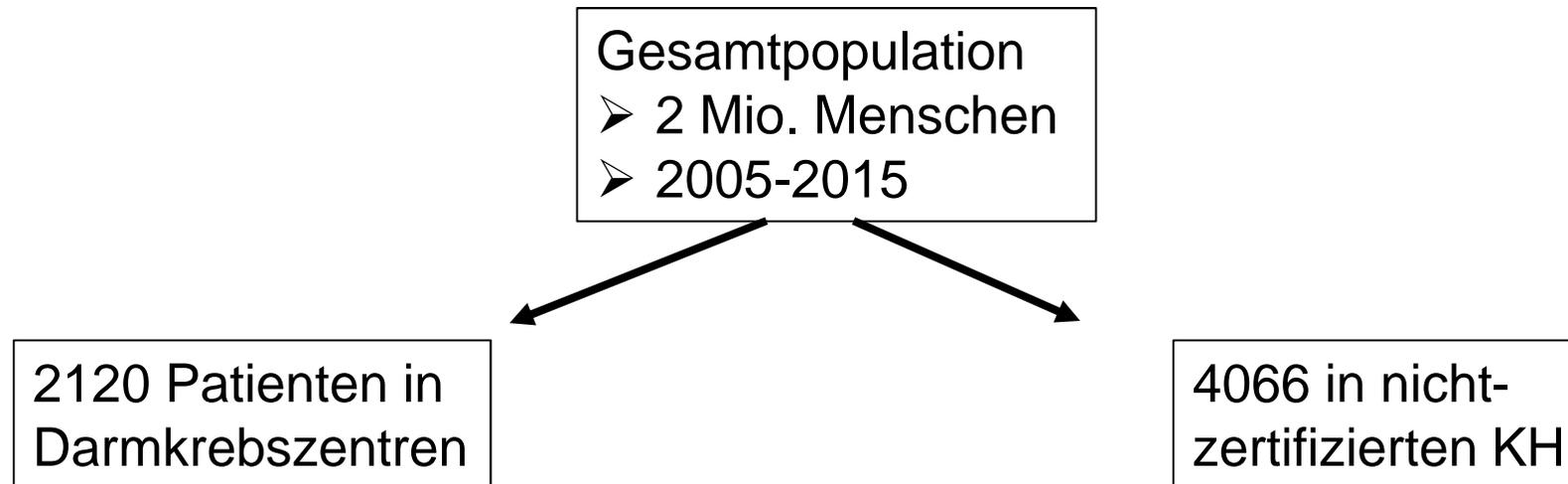
Copyright © 2018 Elsevier Ltd, BASO ~ The Association for Cancer Surgery, and the European Society of Surgical Oncology. All rights reserved.

# Reale Datenlage in Deutschland AOK

Zert. Darmzentrum vs. nicht-zertifiziertes KH



**ORTENAU  
KLINIKUM**  
Offenburg-Gengenbach



**OS:** HR = 0.90

**DSS:** HR = 0.71

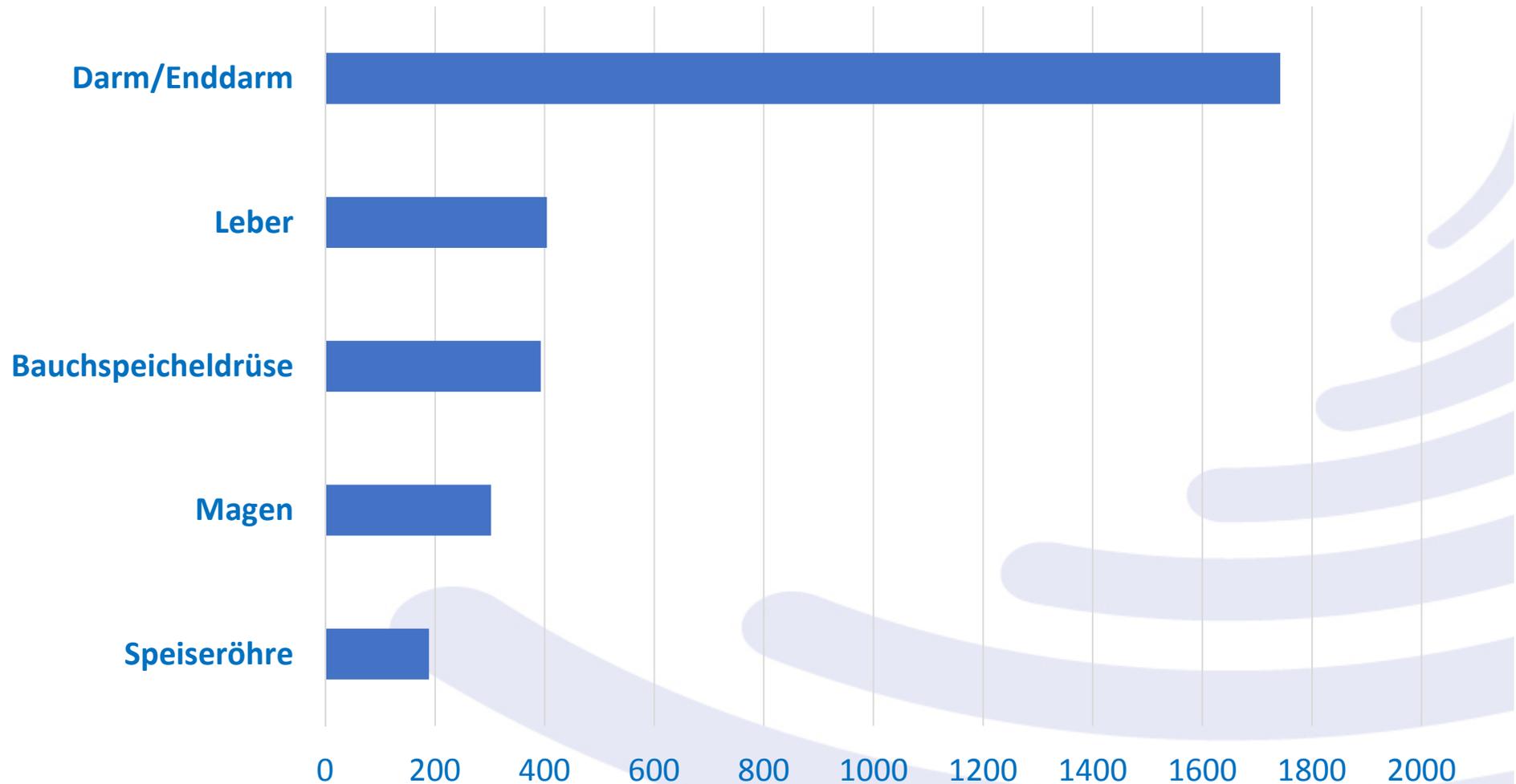
**30-day mortality:** OR = 0.69; (7.4%) compared to (12.6%).

# Operative Erfahrung in der Ortenau

- Dr. Lindemann und Prof. Pohlen – (über 11 Jahre)



**ORTENAU  
KLINIKUM**  
Offenburg-Gengenbach





## Onkologen arbeiten eng zusammen

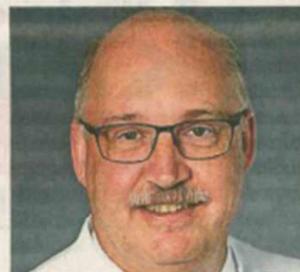
Das Ortenau-Klinikum gründet ein Viszeralonkologisches Zentrum Ortenau und richtet eine „Tumorkonferenz“ ein

ORTENAU (BZ). Das Ortenau-Klinikum will in Zukunft möglichst viele der Patienten aus der Ortenau behandeln, die aufgrund einer Krebserkrankung eine komplexe Operation im Bauchraum benötigen. Sogenannte viszeralonkologische Eingriffe sollen künftig in einem hausübergreifenden Viszeralonkologischen Zentrum Ortenau (VZO) vorgenommen werden.

„Durch eine engere Zusammenarbeit unserer Klinik-Standorte erreichen wir eine höhere Spezialisierung und können die Qualität unserer Leistungen weiter verbessern. Damit wollen wir mehr betroffenen Menschen ermöglichen, diese komplexe Operation wohnortnah vornehmen zu lassen“, so Klinik-Geschäftsführer Keller. Außerdem vernetze sich der Klinikverbund somit noch stärker und untermauere seine Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus stelle sich das Ortenau-Klinikum der zunehmenden Forderung von Politik, Kassen und Fachgesellschaften nach Mindestmengen zur Qualitätssicherung. Ein Parallelangebot in hochspezialisierten Bereichen an verschiedenen Standorten könnte womöglich dazu führen, diese Leistungen in Zukunft nicht mehr anbieten zu können.

Um diese Ziele zu erreichen, haben die beiden Chefärzte der viszeralchirurgi-

schen Kliniken am Klinikum Lahr-Ettenheim, Werner Lindemann, und am Klinikum Offenburg-Kehl, Uwe Pohlen, in Zusammenarbeit mit dem Leiter des Onkologischen Zentrums Ortenau (OZO), Carsten Schwänen, gemeinsam ein Konzept für das neue Krebszentrum abgestimmt. Im Rahmen der Agenda 2030 hatte der Kreistag 2018 auch beschlossen, das Leistungsspektrum an den Standorten



Werner Lindemann

Lahr und Offenburg weiter auszudifferenzieren und beide Standorte im Bereich der Maximalmedizin auszubauen.

Im Wesentlichen sieht das Konzept bei komplexen viszeralonkologischen Eingriffen eine klar definierte Aufteilung des hochspezialisierten Spektrums zwischen Lahr und Offenburg vor. Während an beiden Standorten bisher alle Eingriffe am

Gastrointestinal-Trakt vorgenommen wurden, wird sich das Klinikum in Lahr in Zukunft auf onkologische Operationen im oberen Bauchraum, etwa Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse und Magen, das Klinikum in Offenburg auf onkologische Operationen im unteren Bauchraum, wie Dick- und Mastdarm, spezialisieren. Beide Häuser haben zuletzt diesbezüglich bereits Schwerpunkte gebildet und verfügen laut einer Mitteilung „über eine besondere Expertise“. Notfälle seien von der Aufteilung ausgenommen und würden nicht in das jeweils andere Haus verlegt, wenn die Dringlichkeit eine Operation vor Ort notwendig macht. Nichtkomplexe viszeralchirurgische Eingriffe würden weiterhin an allen bisherigen Standorten mit diesem Angebot durchgeführt.

Weiterer zentraler Punkt ist die Einrichtung einer „Tumorkonferenz“, in der die Experten alle viszeralonkologischen Fälle besprechen werden: Patienten profitieren bei der Diagnosestellung und der Festlegung der Therapie vom Wissen des gesamten Klinikverbundes.

Als dritten wesentlichen Bestandteil des neuen Zentrums will das Klinikum einen hausübergreifenden Ausbildungsweg „Spezielle Viszeralchirurgie“ für Mediziner in der Weiterbildung einrichten. Durch die höhere Spezialisierung der Häuser wächst die Attraktivität einer Aus-

bildung im Ortenau-Klinikum für junge Ärzte. Sie sollen während ihrer Weiterbildung zwischen den Standorten wechseln und so das gesamte Spektrum der viszeralonkologischen Eingriffe kennenlernen.

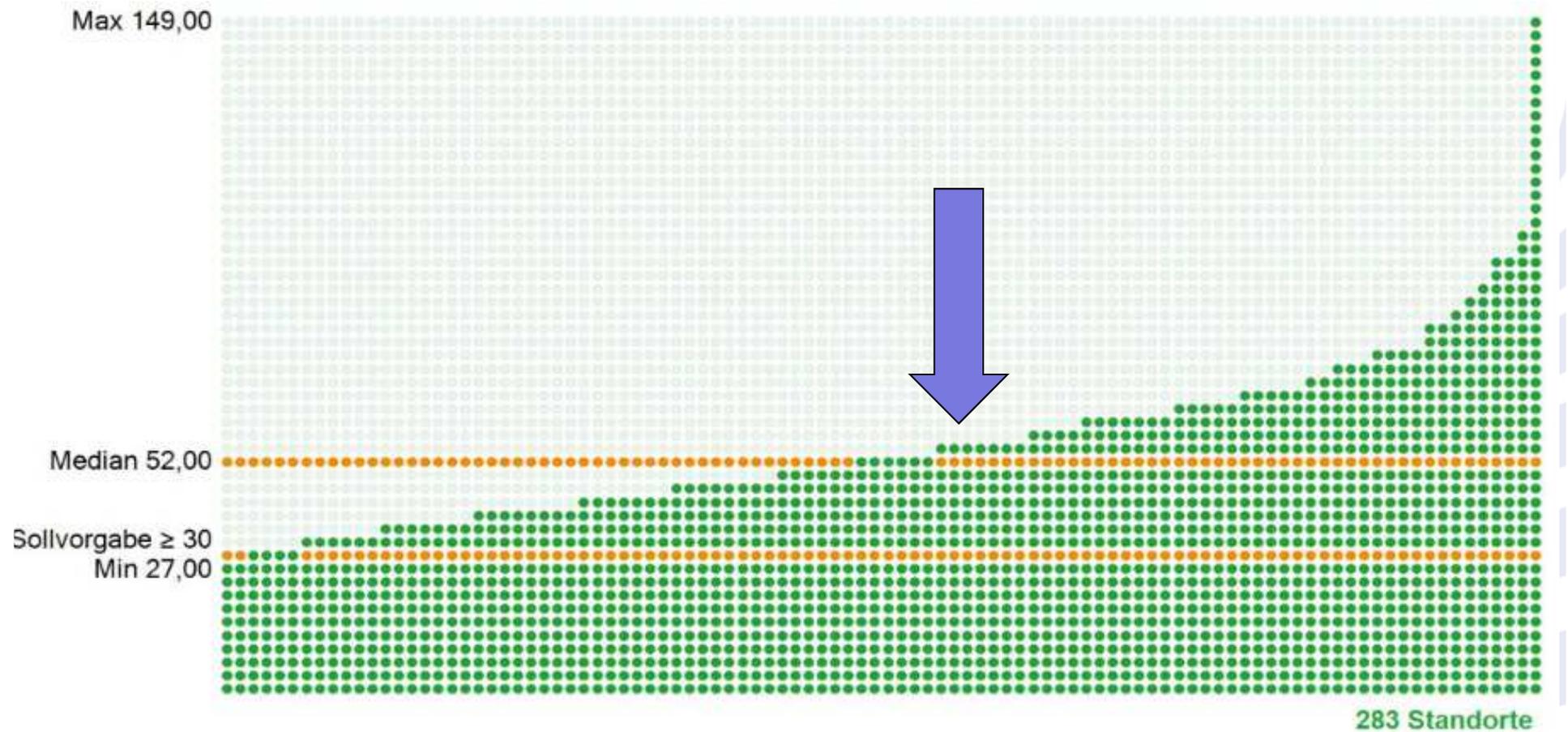
Mit der Einrichtung des VZO erweitert das Ortenau-Klinikum die Zahl seiner Organzentren, von denen es bereits das Darmzentrum Ortenau, das Pankreaszentrum Lahr, die Brustzentren Lahr und



Uwe Pohlen

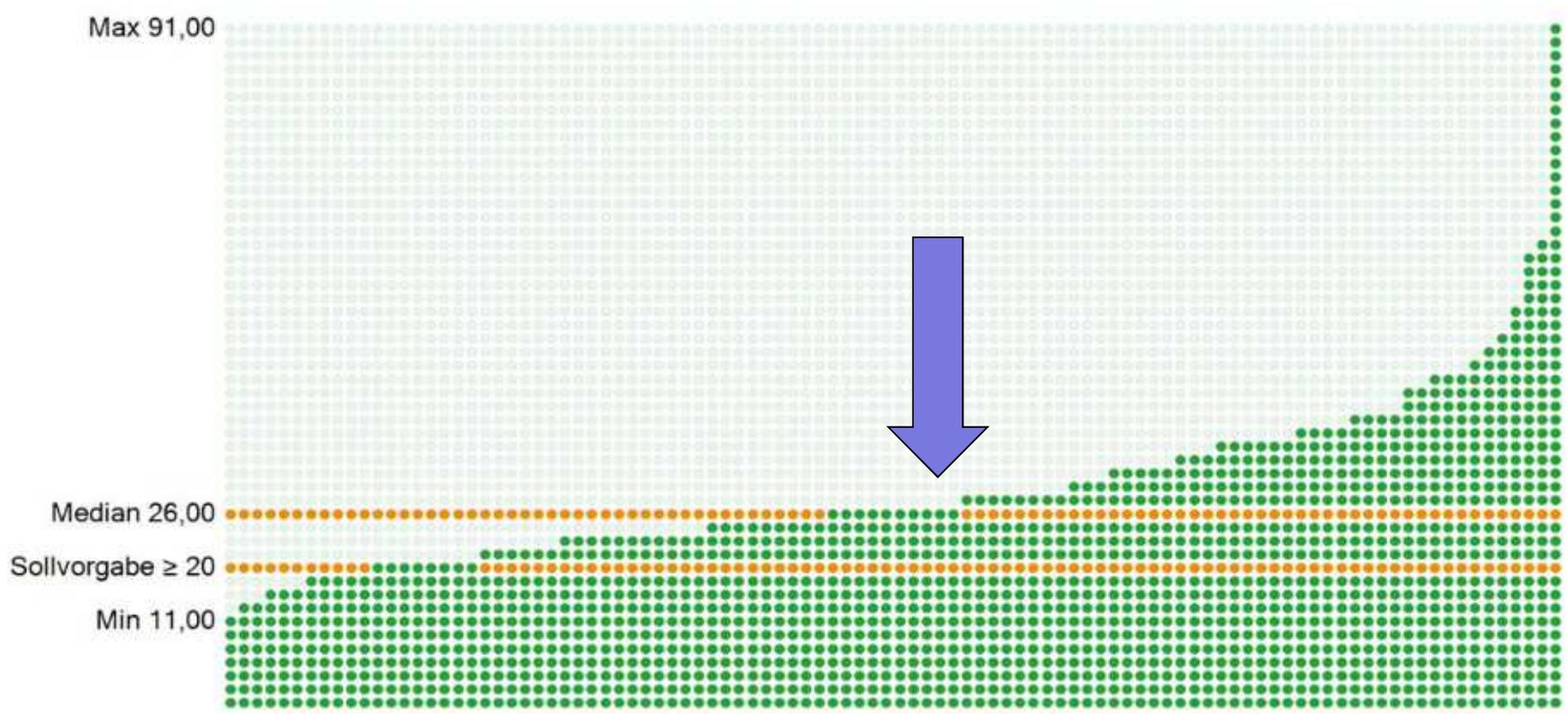
Offenburg oder das Prostatakarzinomzentrum in Offenburg gibt. Sie alle sind gebündelt im Onkologischen Zentrum Ortenau (OZO), in dem Krebserkrankungen ganzheitlich und fachübergreifend behandelt werden. Ziel der Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen ist, wie es zuletzt heißt, „die Versorgung der Krebs-Patienten nach internationalen Standards“.

# Fallzahlen Operationen Darmkrebs



Quelle: [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de)

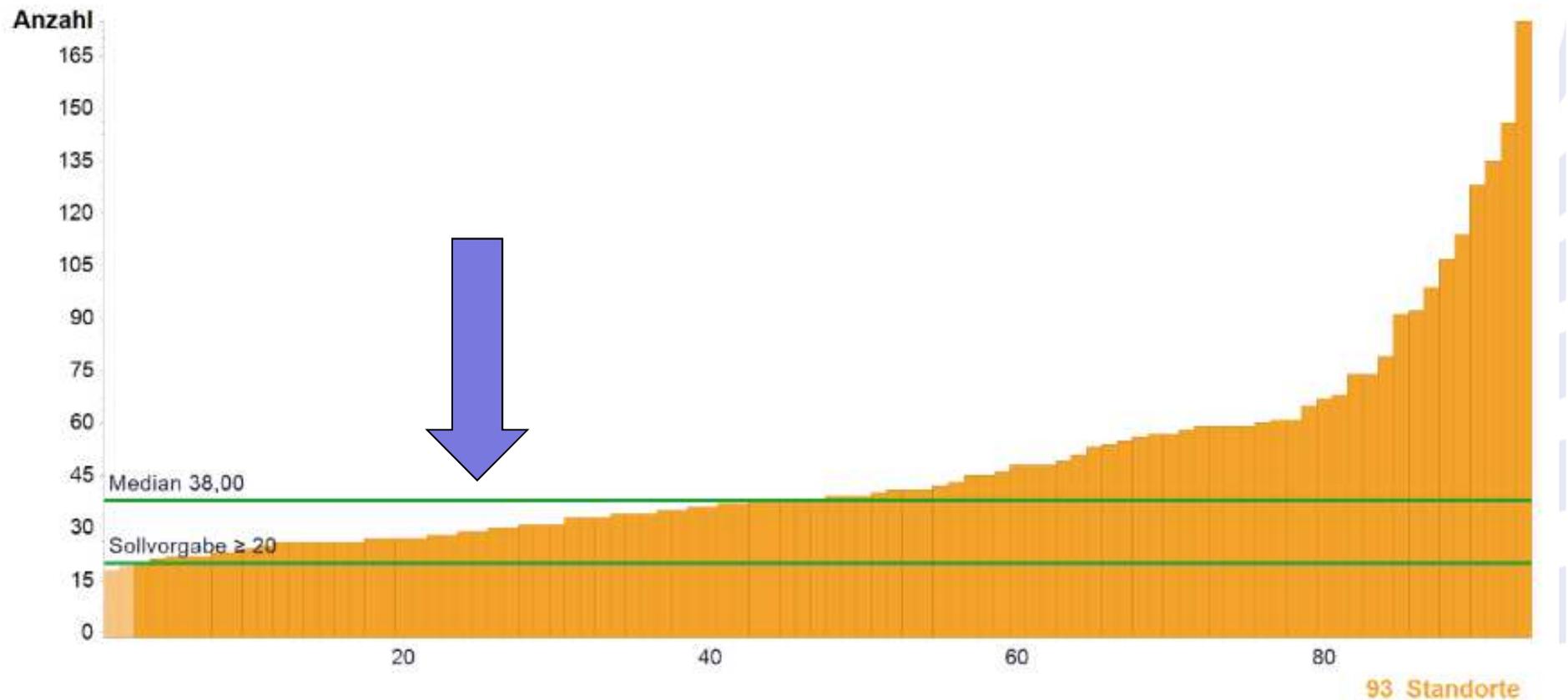
# Fallzahlen Operationen Enddarmkrebs



Quelle: [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de)

283 Standorte

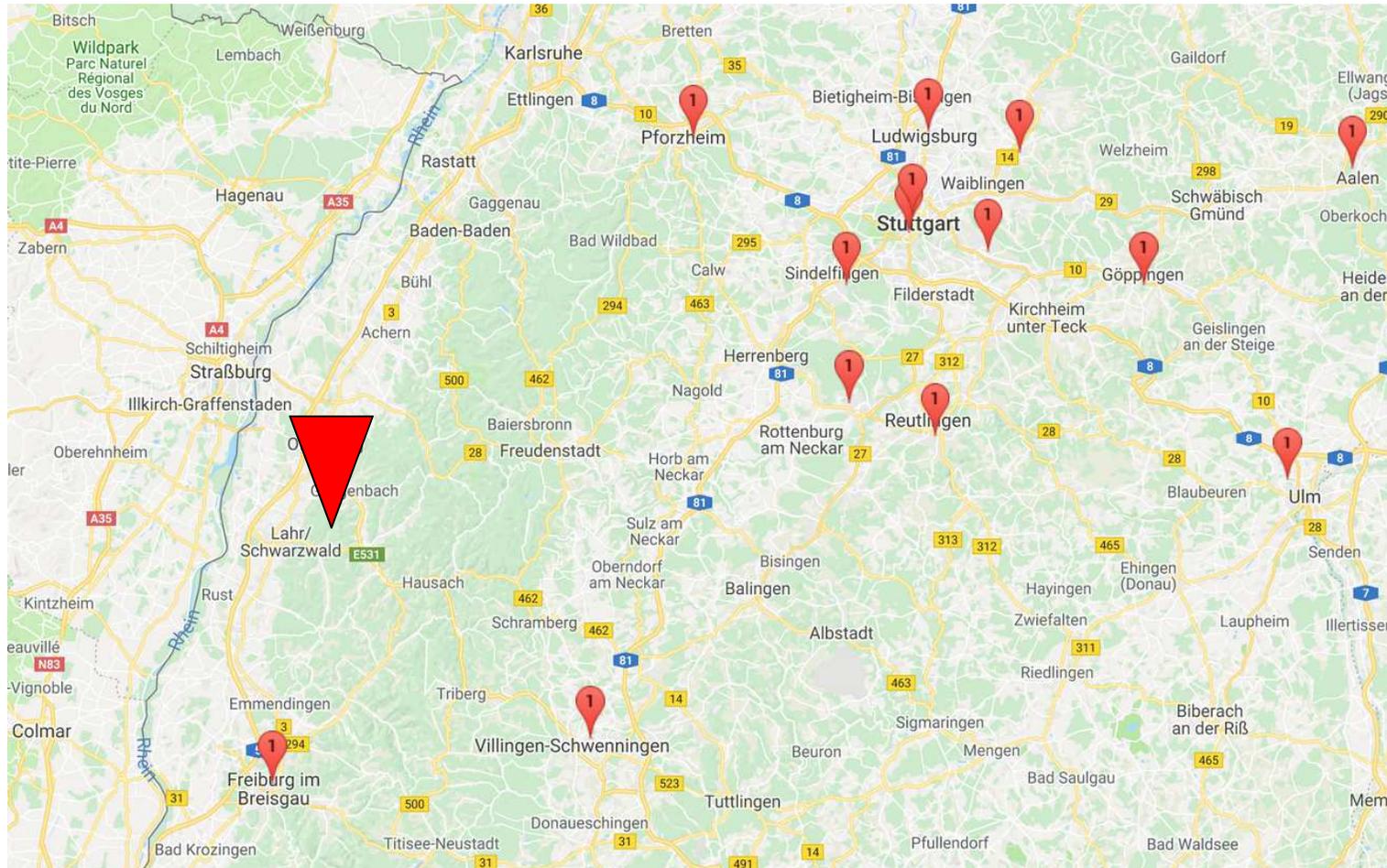
# Fallzahlen Operationen Bauchspeicheldrüse



Quelle: [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de)

- Brustzentren in Offenburg und Lahr (2003)
- Prostatakarzinomzentrum Offenburg (2007)
- Gemeinsames Darmzentrum Lahr/Offenburg (2008)
- Gynäkologische Zentren in OG (2011)
- Pankreaskarzinomzentrum Lahr (2011)
- **Viszeralonkologisches Zentrum 04/2019 mit Aufteilung:**
  - **Oberer GI-Trakt (Lahr) und unterer GI-Trakt (OG)**
  - ➔ **Ziel ist ein DKG zertifiziertes VOZ (mind. Darm, Pankreas, Magen, ggf. Weitere)**

# Onkomap -VOZ im Umkreis-



Quelle: [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de)

- Im OZO wird nach höchsten nationalen und internationalen Standards behandelt
- Alle Fachdisziplinen arbeiten Hand in Hand und haben diese Behandlung jahrelang trainiert
- Die Behandlung wird von vielen unterstützenden Bereichen begleitet
- Allen Patienten der Ortenau sollte die Möglichkeit geschaffen werden, in zertifizierten Zentren behandelt zu werden



Vielen Dank!