

Ausgabe August 2007
www.bngo.de

GO!

Gynäkologischer Onkologischer Newsletter des BNGO e.V.



Berufsverband niedergelassener
Gynäkologischer Onkologen e.V.

Inhalt

GO! Newsletter

■ **Vorwort**

Seite 3

■ **Dokumentationsrichtlinien**

Eine weitere Hilfe zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im ODM-QuaSi®

Seite 4

■ **HECTOR – Studie**

Topotecan plus Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie

Seite 9

■ **Mitgliedervorstellung**

Seite 10

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das neue Sachverständigen-Gutachten der Bundesregierung ist herausgekommen. Ein Schinken von 1000 Seiten. Was uns besonders interessieren kann, ist die Aufforderung, die integrierte Versorgung voranzutreiben und die Heraufsetzung des Volumen von bisher 1% auf 2% der Gesamtvergütung. Die Sachverständigen betonen aber auch, dass sie mit der bisherigen Ausgestaltung der integrierten Versorgung nicht zufrieden sind. Ich würde es einmal so zusammenfassen, offenbar fehlt die Seele. Wo soll die auch herkommen, wenn es eigentlich nur um Ökonomie und Umsetzung von Sparzielen geht.

Kongresse sind für die Vorstandsmitglieder häufig berufspolitische Treffpunkte. Auf dem letzten Senologie-Kongress hatten wir, einerseits Einzelgespräche (Chatsiproios) als auch Gruppengespräche (Heinrich, Hindenburg) mit AGO-Vertretern. Es geht dabei immer um eine bessere Zusammenarbeit und Verzahnung zum Erhalt des Faches. Das scheint nur beim neuen Vorstandsvorsitzenden der AGO noch nicht so angekommen zu sein. Hier geht es fast ausschließlich um Zentrenbildung, auch wenn immer wieder vorgetragen wird, dass diese Zentren häufig defizitär sind.

In Berlin ist ein neuer Krebsatlas der Stadt herausgekommen. Dabei wird der Zusammenhang betont und für die Öffentlichkeit sichtbar gemacht (wenn diese das denn über den Tag hinaus registriert), dass ein Zusammenhang zwischen Krebs und Lebensumständen besteht. In den gutbürgerlichen Bezirken deutlich weniger Krebsfälle als in den Problemkiezen. Aber in den alten Westberliner Bezirken gibt es mehr Brustkrebse als in den alten Ostteilen. Die Begründung ist das späte Schwangerenalter im alten Westberlin. Als ein wesentliches Faktum für die in Berlin deutlich ansteigenden Krebsfälle wird die geringe Vorsorgebereitschaft der Bevölkerung angesehen und ein Hindernis stellt offenbar die Praxisgebühr dar.

Unser Lieblingspolitiker („Ich würde mich nicht in Deutschland behandeln lassen“, Italien und Frankreich haben ein besseres Gesundheitssystem) Prof. Lauterbach musste nun auch seine Nebeneinkünfte darlegen. Wie glaubwürdig der meistbefragte Gesundheitspolitiker Deutschlands in Sachen ambulanter Medizin als gut verdienendes Vorstandsmitglied der Rhön-Kliniken ist, muss sich jeder selber beantworten. Aber die Medien und das Publikum huldigen ihm.

Kommen Sie gut über den Sommer,
beste Grüße aus Berlin,

Ihr H.-J. Hindenburg



Dr. H.-J. Hindenburg



Dokumentationsrichtlinien

Dokumentationsqualität

Liebe BNGO-Mitglieder,

die Anzahl der im ODM-QuaSi® dokumentierten Daten steigt stetig und schnell. Die derzeit bereits über 4.500 erfaßten Patienten und fast 46.000 dokumentierte Therapien zeigen die gute Akzeptanz des Qualitätsmanagementsystems im BNGO und zeugen von einer hohen Dokumentationsquantität der angeschlossenen Mitglieder.

Mit der wachsenden Zahl der Daten gilt unser Augenmerk nun verstärkt der Absicherung der hohen Dokumentationsqualität. Prüfungen des aktuellen Datenbestandes zeigen, dass es hier gelegentlich noch kleinere Mängel gibt.

Die Ursachen dafür sind grob in zwei Klassen einzuteilen:

1.) offensichtliche Eingabefehler.

Das Vorhandensein von Patienten z.B. mit einer Größe von 1,65 cm oder einem aktuellen Alter von 157 Jahren lässt darauf schließen, dass sich hier bei der Erfassung der Daten Flüchtigkeitsfehler eingeschlichen haben. Zur zukünftigen Vermeidung von diesen Fehlern ist es u.a. geplant, den Eingabekomfort des Systems durch weitere interne Plausibilitätskontrollen zu erhöhen bzw. die offensichtlich fehlerhaften Datensätze den betreffenden Praxen zur nochmaligen Kontrolle zu übergeben.

2.) medizinische Interpretationsunterschiede:

Eine andere Tatsache ist, dass sich gleiche medizinische Fakten durchaus verschieden im System abbilden lassen. Die intensiven Diskussionsrunden auf den BNGO QuaSi-Userkonferenzen haben gezeigt, dass es gelegentlich identische medizinische Situationen gibt, die von den einzelnen Dokumentaren (selbst innerhalb einer Praxis) unterschiedlich erfasst werden. Oft tauchen Fragen auf, wie z.B. „In welchen Abständen sind orale endokrine Therapien zu erfassen?“ oder „Wie sind gleiche Medikamente zu dokumentieren, die in unterschiedlicher Form verabreicht werden?“



Um die angestrebte Qualitätssicherung des BNGO mit ODM-QuaSi® umzusetzen, müssen die Daten in einer vergleichbaren und statistisch eindeutig auswertbaren Form vorliegen. Daher ist es erforderlich, dass die Dokumentation nach einheitlichen und für alle Mitglieder verbindlichen Richtlinien erfolgt, die sicherstellen, dass die Erfassung der Therapiedaten im ODM-QuaSi® verbandsweit dem gleichen Standard folgt.

Eine erste Version dieser notwendigen Richtlinien wurde vor wenigen Wochen den angeschlossenen Praxen nun mit dem Handbuch „QuaSi – Dokumentationshinweise und Dokumentationsrichtlinien“ zur Verfügung gestellt. Das Dokument soll das existierende, rein technische, QuaSi-Handbuch erweitern und um den bis dato fehlenden medizinischen Teil ergänzen. Erklärtes Ziel des Handbuches ist es, zu klären, welche Patienten wann und wie zu dokumentieren sind.

Für den Einsteiger dürften die umfassenden Begriffserklärungen und die mit Praxisbeispielen unterlegte Einführung in die Arbeit mit ODM-QuaSi® sehr hilfreich sein. Häufige Behandlungssituationen beim Mammakarzinom werden anschaulich erfasst und ausführlich erklärt. Auch fortgeschrittene Anwender schätzen die klaren Definitionen zur Dokumentation komplizierter Sachverhalte.

Dokumentationsrichtlinien –

(gem. § 3 Abs. 2 der Satzung des Berufsverbandes Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen Deutschlands e.V.)

1

Die Dokumentation erfolgt einheitlich elektronisch und softwaregestützt auf Grundlage der vereinsinternen Beschlüsse und Verfahrensweisen.

2

Die Dokumentation muss sorgfältig, objektiv, vollständig und medizinisch rational durchgeführt werden.

3

Sie muss der Wahrheit entsprechen und zeitnah durchgeführt werden.

4

Ein unvollständiger oder unlogischer Datensatz wird nicht bei der Auswertung berücksichtigt.

5

Über den Umfang, Inhalt und die Vollständigkeit der Dokumentation im Einzelfall entscheidet der Vorstand.

6

Bei wiederholter unvollständiger oder unplausibler Dokumentation hat sich der Dokumentierende vor dem Vorstand zu verantworten.

7

Die Dokumentation darf keinen Einfluss auf Therapieentscheidungen, Beschaffungsgeschäfte, u.ä. in der ärztlichen Tätigkeit haben.

8

Für die Dokumentation dürfen Patientinnen und/oder Kostenträgern oder sonstige Dritte, insbesondere der GKV und/oder der PKV, keine Kosten einschließlich direkter bzw. indirekter Zusatz- oder Nebenkosten entstehen.

9

Die Dokumentation hat unter strenger Einhaltung der gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen, insbesondere des Datenschutzgesetzes, zu erfolgen.

10

Jeder Dokumentierende haftet selbst für die Einhaltung dieser Dokumentationsrichtlinien.

GKV-WSG der neue EBM-Vergütungsmaßstab



Dr. Joachim Wagner

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Derzeit wird auf KBV – Ebene eifrig an einem neuen Vergütungsmaßstab gearbeitet, der schrittweise (beginnend 2009 bis spätestens 2012) den derzeit gültigen EBM ersetzen soll.

Die Grundschrirte sollen für die Fachärzte wie folgt aussehen (Stand Mai 2007):

Über eine arztgruppenspezifische Grundpauschale soll die Vergütung der „üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen“ abgegolten werden.

Hierbei sollen Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen ihre Berücksichtigung finden.

Fernerhin soll mittels arztgruppenspezifischer Zusatzpauschalen die Vergütung eines besonderen Leistungsaufwandes, „der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt“ gewährleistet werden.

Auch bei den Zusatzpauschalen sollen kooperative Versorgungsformen nochmals gesondert berücksichtigt werden.

Einzeleistungen sollen nur noch „soweit dies medizinisch erforderlich ist“ vergütet werden, wobei Besonderheiten bei der Veranlassung und Ausführung zu begründen sein werden.

Fernerhin ist an die Schaffung diagnosenbezogener Fallpauschalen für die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind“ gedacht.

Arztgruppenübergreifende spezifische Fallpauschalen sollen die fallbezogene „Versorgung im Rahmen kooperativer Versorgungsformen“ besonders berücksichtigen.

Diese Grundgerüste einer neuen Vergütungsregelung erscheinen mir für unseren Berufsverband eine neue Chance darzustellen, endlich unsere hochspezialisierten Leistungen auch entsprechend darstellen zu können in der Hoffnung, dass der Aufwand den wir täglich mit unseren Tumorpatientinnen betreiben, in absehbarer Zukunft auch entsprechend honoriert werden wird.

Wichtig erscheint mir der mehrfache Hinweis auf Zusatzvergütungsmöglichkeiten bei Kooperationen.

Jeder von uns sollte diese Hinweise und Informationen für seine eigene Praxis nützen und sich frühzeitig an die kommenden Veränderungen anpassen.

Spätestens jetzt sollte jedes BNGO-Mitglied meines Erachtens nach möglichen Kooperationspartnern Ausschau halten.

Wie wichtig und zukunftsorientiert unsere ODM- Dokumentation sein kann, geht aus der Tatsache hervor, dass für den neuen EBM angedacht ist, eine Verknüpfung der Berechnungsfähigkeit von Leistungen an die Einhaltung von Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen sowie an die Einhaltung der gegenüber der KV zu erbringenden Dokumentationsverpflichtungen zu schaffen.

Mit freundlichen Grüßen aus Völklingen

Dr. Joachim Wagner

HECTOR – Studie, EGF105485

Topotecan plus Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie

Die prospektive, offene, randomisierte, multizentrische Phase-III-Studie der NOGGO untersucht, ob mit der Kombination von Topotecan und Carboplatin die Rezidivtherapie des platin sensitiven Ovarialkarzinoms gegenüber dem bisherigen Standard (Carboplatin + Paclitaxel oder Carboplatin + Gemcitabin) verbessert werden kann. Die Standardtherapie kann – je nach Präferenz des einzelnen Zentrums – selbst gewählt werden.

Das primäre Studienziel ist die Verbesserung des progressionsfreien Überlebens. Sekundäre Studienziele sind die Bestimmung von Gesamtüberleben, Ansprechen, Verträglichkeit der Therapie und Lebensqualität.

Als Einschlusskriterien sind definiert:

- Epitheliales Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom
- Rezidiv/ Progress > 6 Monate (Second- oder Third-Line) nach Abschluß einer platinhaltigen Primär- oder Sekundärtherapie (gerechnet ab Tag 1 des letzten Zyklus + Dauer des Zyklus)
- Vorbehandlung mit einem Platinderivat und einem Taxan.
- ECOG \leq 2
- Ausreichende hämatologische, renale und hepatische Funktion

Ein Rezidiv ist definiert als messbarer oder nichtmessbarer Tumor nach RECIST-Kriterien oder Anstieg des Ca125-Wertes um das 2fache des oberen Normalwertes oder Histologie aus der Rezidivoperation.

Ausschlusskriterien sind:

- > 2 vorherige Therapien
- Rezidiv innerhalb von 6 Monaten nach Abschluß der platinhaltigen Primär- oder Sekundärtherapie
- Keine taxanhaltige Vortherapie
- Kein Rezidivnachweis durch ein bildgebendes Verfahren oder Tumormarker CA-125 oder Histologie der Rezidivoperation
- Gleichzeitige oder geplante Radiotherapie (Ausnahme: Schmerztherapie oder lokalisierte Knochenbestrahlung)
- Zweitmalignom, das die Gesamtprognose der Patientin beeinflusst
- Operation größeren Ausmaßes innerhalb der letzten 2 Wochen

*Dr. med. Georg Heinrich, Gynäkologisch-
Onkologische Schwerpunktpraxis Fürstenwalde*



Dr. Georg Heinrich

Nähere Informationen erhalten Sie im Studiensekretariat am Campus Wedding der Charité unter der Telefonnummer 030 450564052 oder unter www.hector-studie.de.

Die Dokumentation erfolgt auf einen zentralen Server über Internet.

BNGO - Mitglieder stellen sich vor

Dr.med.G.Scharlau geb. 25.5.1962

Ausbildung:

- Medizinstudium in Rostock (1982-1988)
- Ausbildung in Karlsburg, Rostock und Schwerin (1988-1995)
- Facharzt in der Frauenklinik Schwerin (1995-1999)
- Oberarzt in der Frauenklinik des Klinikums Rostock Südstadt mit Schwerpunkt operative und medikamentöse onkologische Therapie (2000-2004)
- Oberarzt der onkologischen Tagesklinik Uni-Frauenklinik Rostock (2004-2005)

Ich habe die Praxis im Januar 2006 als normale frauenärztliche Praxis übernommen. Seitdem baue ich die medikamentöse gynäkologische Onkologie als zusätzlichen Schwerpunkt auf.

Zuweisungen zur Chemotherapie erhalte ich von einigen Fachkollegen aus Schwerin und Umgebung. Ich nehme regelmäßig an den Tumorkonferenzen im Brustzentrum der Helios Kliniken teil. Als assoziierte Praxis sind wir Bestandteil des Brustzentrums.

Zuweisungen zur Therapie aus der Klinik erhalten wir leider nicht.



Kontakt:

Schwerpunktpraxis für gyn. Onkologie

Dr. med. Gunnar Scharlau

Joh.-Brahms-Str.59

D-19059 Schwerin

Tel. (0385) 71 07 20

Fax. (0385) 71 06 84

Praxisgröße:

- 195 Quadratmeter

Personal:

- eine ausgebildete Krankenschwester mit langjähriger stationärer Erfahrung
- zwei Arzthelferinnen in Ausbildung zur onkologischen ARH (BNGO)

Therapieplätze:

- 3



Onkologischer Therapieplatz in der Praxis Dr. G. Scharlau

IMPRESSUM

Herausgeber:

Berufsverband niedergelassener gynäkologischer
Onkologen in Deutschland e.V.
Hermann-Löns-Straße 23
D-15366 Neuenhagen b. Berlin
Tel: (0 33 42) 2 49 94 88
Fax: (0 33 42) 2 16 53
E-Mail: info@bngo.de

Vereinsregister:

Der Berufsverband niedergelassener gynäkologi-
scher Onkologen in Deutschland e.V. ist eingetra-
gen beim Vereinsregister Amtsgericht Charlotten-
burg, VR 225 70 Nz.

Verantwortlich i.S.d. § 10 Abs. 3 MDSiV:

Herr Dr. Dimitrios Chatsipirois
Vorsitzender des Vorstands

Umsetzung:

cortona | agentur für healthcare marketing
Bahnhofstrasse 29
D-69469 Weinheim
Tel: (0 62 01) 60 20 9-0
Fax: (0 62 01) 60 20 9-19
www.cortona-medica.de

Bildquelle

Coverbild: www.photocase.com

