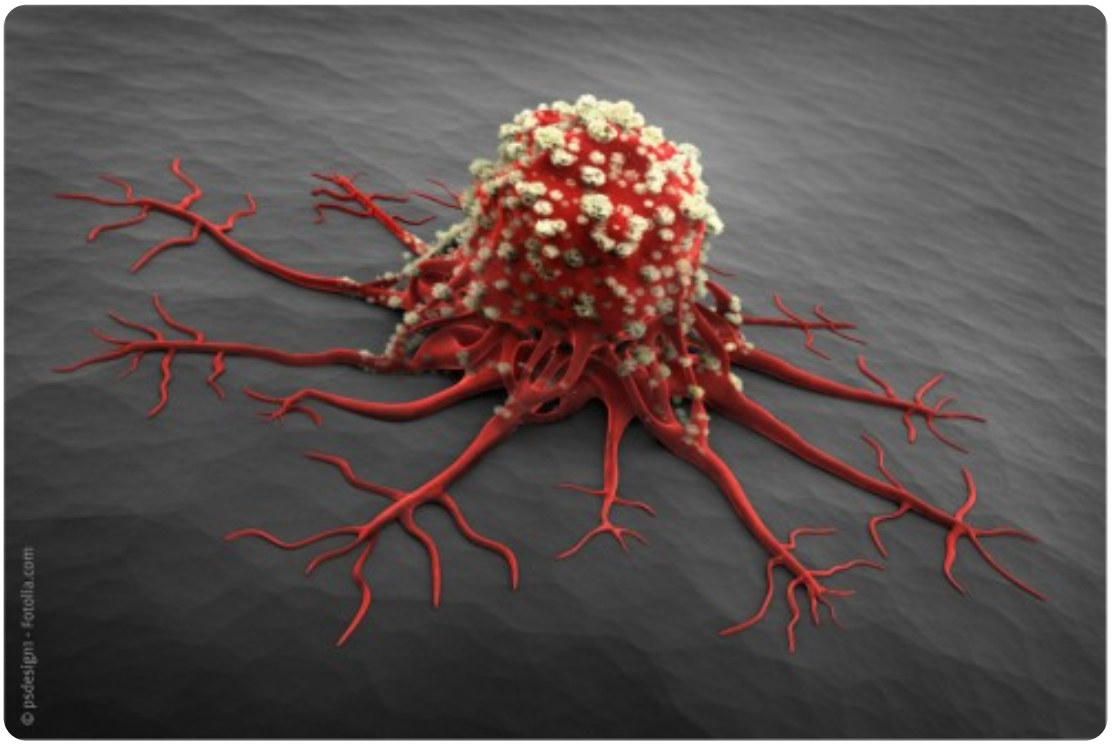
SONSTIGE 01.10.2013

Editorial: Netzwerk Onkologie



Es steht außer Frage, dass die chirurgische Tumortherapie im Behandlungskonzept maligner Tumore im Rahmen der dabei unverzichtbaren Interdisziplinarität einen besonders wichtigen und zentralen Platz einnimmt.

In den letzten Jahren gab es bei der Diagnostik und Therapie der soliden Tumoren einen erheblichen Wissenszuwachs, chirurgische Techniken wurden weiterentwickelt, neue kamen hinzu und es wurden neue Maßstäbe gesetzt.

Auf dem Hintergrund der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und der demografischen Entwicklung in Deutschland gab es mit dem Nationalen Krebsplan und dem Krebsfrüherkennungs- und Register-Gesetz gesundheitspolitische Entscheidungen für die onkologische Versorgung, die sich heute bereits in der Umsetzung befinden.

Durch das Bekanntwerden konkreter epidemiologischer Daten entstand für die Gesundheitspolitik ein Entscheidungsdruck und es wurden strukturelle Entwicklungen ausgelöst, die sich in Form von Zertifizierungsaktivitäten in ganz Deutschland zeigten und die sich zum Zeitpunkt noch weiter ausbreiten.

So wird bis 2020 eine Zunahme von chirurgisch-onkologischer Patienten um 14 Prozent erwartet. Der Anteil der hochbetagten Menschen über 80 Jahre wird bei den Männern um 83 Prozent und bei den Frauen um 31 Prozent steigen. Damit erhöht sich auch der Anteil der onkologischen Patienten mit Diabetes um 22 Prozent, mit Arteriosklerose um 42 Prozent (Infarkte) sowie auch derer mit degenerativen Erkrankungen.

Krebs im höheren und hohen Lebensalter ist mit einer Multimorbidität verbunden. Im Vordergrund stehen dabei die Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes, Adipositas, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen sowie neurodegenerative Erkrankungen.

So geht es nicht nur um die Bewältigung der steigenden Fallzahlen, sondern besonders um die Fragen der perioperativen Morbidität und abgeleitet davon, die Forderung nach der individuellen Operationsindikation mit Abwägung von Nutzen und Risiken unter Berücksichtigung von Alternativen, die Forderung nach Reduktion des operativen Traumas, nach hoch qualifizierter postoperativer Pflege und multimodaler Rehabilitation.

Im Zertifizierungsgeschehen erfolgt u. a. die Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei der onkologischen Versorgung. Einen sehr wichtigen Beitrag für die Erarbeitung und der Umsetzung von innovativen Versorgungskonzepten werden zukünftig die flächendeckend vorhandenen Klinischen Krebsregister mittels Generieren von vollständigen, validen Datensätzen zu den Krebspatienten sein. Diese Datensätze werden an die Leistungserbringer zurückgespiegelt, für die Versorgungsforschung verwendet, dienen der Qualitätssicherung und werden zukünftig für Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit der onkologischen Versorgung genutzt.

Der zahlenmäßige Umfang an zertifizierten onkologischen Einrichtungen (OnkoZert) hat bereits heute ein erhebliches Ausmaß erreicht. So gibt es inzwischen zwölf onkologische Spitzenzentren (CCC) und 56 Onkologische Zentren (CC). An Organkrebszentren wurde bis zum Zeitpunkt u. a. 271 Darmkrebszentren, 46 Pankreaszentren, 41 Lungenkrebszentren, 13 Kopf-/Hals-Zentren und sieben Neuroonkologische Zentren von der DKG zertifiziert.

Mit den Beiträgen zu den Themen der zukünftigen onkologischen Versorgungskonzepte, Vernetzungen, Zertifizierung von Zentren aus verschiedenen Blickwinkeln hoffen wir einen Spannungsbogen erzeugt zu haben, der zur Diskussion aufruft und eine weitere, tiefe Auseinandersetzung mit diesen Fragen auslöst.