

Qualitätsbericht der onkologischen Schwerpunktpraxen

2007

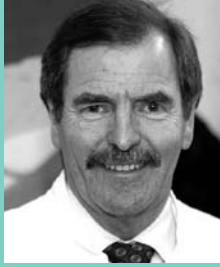
Herausgegeben vom Berufsverband der Niedergelassenen
Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) e.V.

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	4
1. Einführung	7
1.1. Datenbasis und Erhebungsverfahren	8
1.2. Leseanleitung	10
2. Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen	11
3. Patienten und diagnostizierte Erkrankungen	17
3.1. Maligne Lymphome / Lymphatische Leukämie (C81–C91)	21
3.2. Mammakarzinom (C50)	23
3.3. Kolorektales Karzinom (C18–C20)	25
3.4. Bronchialkarzinom (C34)	27
3.5. Chronische myeloische Leukämien (C92–C96)	29
3.6. Prostatakarzinom (C61)	31
3.7. Magenkarzinom (C16)	33
3.8. Ovarialkarzinom (C56)	34
3.9. Karzinom der Nieren und Harnorgane (C64–C68)	36
3.10. Pankreaskarzinom (C25)	38
3.11. CUP-Syndrom (C80)	40
3.12. Gebärmutterkarzinom (C53–C55)	42
3.13. Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens (D37–D45)	44
3.14. MDS und andere myeloproliferative Erkrankungen (D46–D47)	45
3.15. Hämatologische und immunologische Systemerkrankungen (D50–D90)	47

Inhaltsverzeichnis

4. Leistungen	49
4.1. Kontakte und Gespräche	49
4.2. Antineoplastische Therapie	52
4.3. Infusionen	54
4.4. Ambulante praxisklinische Betreuungen	55
4.5. Transfusionen	56
4.6. Sonografische Untersuchungen	59
4.7. Ärztliche Kooperation und ärztliche Berichte	61
5. Ausgewählte Daten zur Struktur- und Prozessqualität	64
6. Zusammenfassung	67
7. WINHO	68
8. Impressum	69
9. Beteiligte onkologische Schwerpunktpraxen	70



Vorwort für den Qualitätsbericht der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen

In unserem Gesundheitssystem ist bei der ambulanten und stationären Patientenversorgung die gute Zusammenarbeit der Leistungserbringer von unschätzbarem Wert. Dies ist im Fach der Onkologie von besonderer Bedeutung, da die Therapie sich auf den Schultern vieler Fachgebiete verteilt. Die Option, onkologische Patienten durch niedergelassene Experten zu behandeln, ermöglicht den Betroffenen, in der Ausnahme-situation einer Krebserkrankung in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben und ihre vertrauten sozialen Beziehungen zu pflegen. Unabhängig von der Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie ist heute fast selbstverständlich, dass etwa 90 % aller Leistungen der Krebstherapie ambulant durchgeführt werden können. Dabei leisten die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen einen wesentlichen Beitrag. In einer modernen, auf Transparenz und Selbstbestimmung ausgerichteten medizinischen Versorgung sollten Daten über die erbrachten Leistungen in Form von Qualitätsberichten der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Der von der WINHO GmbH im Auftrage des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) e. V. vorgelegte aktuelle Qualitätsbericht spiegelt das umfangreiche Leistungsgeschehen dieser Berufsgruppe wider. Dass der Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. diesen Bericht bereits zum wiederholten Male vorlegt, ist ein Beweis, dass sich diese Fachgruppe als eine der ersten dem Prozess der kontinuierlichen Optimierung geöffnet hat.

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V., die zu ihren Mitgliedern sowohl Niedergelassene als auch in Krankenhäusern tätige Ärzte zählt, dankt dem BNHO für diese richtungsweisende Transparenzinitiative.

Berlin im April 2008

Prof. Dr. Michael Bamberg
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG)



Spezialisten für die ganzheitliche Versorgung

Krebspatienten haben einen Anspruch auf Ärzte, die optimale diagnostische und therapeutische Kompetenzen auf den jeweiligen Spezialgebieten einer Tumorerkrankung mitbringen. Tumorzentren und andere onkologische Spitzeneinrichtungen können das aktuelle Spezialwissen bündeln, aber sie können oftmals nicht die verantwortliche ärztliche Gesamtbetreuung des einzelnen Krankheitsschicksals leisten. Eine Krebserkrankung betrifft den ganzen Menschen, und eine bestmögliche Versorgung ist nur dann gegeben, wenn das neueste Fachwissen und eine umfassende Würdigung der individuellen Krankheitssituation zusammenkommen. Niedergelassene Hämatologen und Onkologen sind darauf eingestellt, eine komplexe Versorgung zu koordinieren. Sie führen in regionalen und überregionalen Netzwerken die für den Einzelfall erforderlichen Maßnahmen zusammen und ermöglichen ihren Krebspatienten eine Versorgung aus einer Hand.

Tumorpatienten sind in der Regel über lange Zeiträume in medizinischer Behandlung, und die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen helfen ihnen bei der Überwindung der Krisen im Therapieverlauf und vielen Problemen, die aus der Krankheitssituation erwachsen. Onkologische Schwerpunktpraxen betreuen viele ältere Menschen und richten sich insbesondere auf deren Versorgungsbedürfnisse aus. Die moderne Medizin kann auch älteren Krebspatienten häufig noch Lebenszeit und Lebensqualität versprechen, die für die Menschen erstrebenswerte Möglichkeiten zur Lebensgestaltung übrig lässt. Die Herausforderung für viele Patienten und ihre begleitenden Ärzte ist das Leben mit einer Krebserkrankung. Diese Patienten benötigen eine adjuvante, supportive und palliative Versorgung, die sensibel auf den Krankheitsverlauf eingeht und die persönliche Lebensplanung berücksichtigt.

Krebspatienten wünschen ein Arbeitsbündnis mit ihrem Arzt, das auf Vertrauen und gegenseitige Kenntnis gebaut ist. Studien zeigen, dass Patienten die Belastungen ihrer schweren Erkrankung besser bewältigen und mit ihrer Versorgung zufriedener sind, wenn diese Partnerschaft mit dem Arzt gut funktioniert. Die Versorgungsplanung in der Onkologie sollte diese Anforderungen nicht außer Acht lassen. Über die aktuelle ambulante onkologische Versorgung durch niedergelassene Hämatologen und Onkologen informiert dieser Bericht.

Köln, im Februar 2008

Privatdozent Dr. Stephan Schmitz
Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen
und Onkologen in Deutschland (BNHO) e.V.



Qualität transparent machen

Die Versorgungsqualität in der Hämatologie und Onkologie ist ein unübersichtliches Gebiet, und man benötigt Hilfe, um sich zurechtzufinden. Eine ganze Reihe von Zertifikaten und Zertifizierungsangeboten drängen auf einen Markt, auf dem sie Leistungsanbietern eine Profilierung und ratsuchenden Patienten eine bessere Orientierung versprechen. Dabei ist jedoch der Eindruck, die Messung und die Bewertung von Qualität in der onkologischen Versorgung sei einfach zu haben, weit gefehlt.

Die Onkologie kann nur auf vergleichsweise wenige harte Messindikatoren zurückgreifen, die regelhaft und auf breiter Front zur Verfügung stehen. Überlebensraten oder rezidivfreie Intervalle sind wichtig, aber stehen als vergleichbare Daten kaum zur Verfügung. Selbst die seit einigen Jahren etablierte Qualitätssicherung im Krankenhaus kann bislang nur einen kleinen Ausschnitt der Onkologie im Hinblick auf die chirurgische Versorgung einigermaßen zuverlässig beobachten. Der Onkologie fehlen die medizinisch zu definierenden sogenannten Surrogatparameter, die bei der Versorgung mitlaufen können und einen validen Hinweis auf Ergebniswahrscheinlichkeiten liefern. Patienten interessieren sich nicht zuletzt für die eher weichen Parameter der Lebensqualität.

Die Vielfalt der Ansätze von Fachgesellschaften, Verbänden oder der gesetzlichen Körperschaften machen auch für Leistungsanbieter die Entscheidung immer schwerer, welche Seite der Qualitätssicherung denn nun vordringlich zu bearbeiten sei und mit welchem Instrument am ehesten das eigene Leistungsportfolio weiterzuentwickeln ist. Eine Koordination, die die Qualität der Qualitätssicherung befördert, wäre wünschenswert, ist aber kaum in Sicht.

Das WINHO wird sich weiter auf die interne Qualitätssicherung in der Berufsgruppe der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen konzentrieren. Es ist unser Hauptziel, die Selbstbeobachtung der onkologischen Schwerpunktpraxen und das gegenseitige Lernen und Entwickeln im Rahmen von Benchmarking-Prozessen voranzubringen. Dabei ist höchstmögliche Transparenz für die (Fach-) Öffentlichkeit selbstverständlich.

Wer jedoch heute schon meint, verlässliche Qualitätsbeurteilungen von Leistungsanbietern seien im Rahmen von öffentlichen oder externen Bewertungen durch einfache Rankings oder Checklisten möglich, der weckt mindestens falsche Erwartungen.

Köln, im Februar 2008

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Walter Baumann'. The signature is fluid and cursive.

Dr. Walter Baumann

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen
Hämatologen und Onkologen - WINHO - GmbH

1. Einführung

Die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen legen hiermit den dritten Qualitätsbericht der onkologischen Schwerpunktpraxen vor. Wiederum wollen sie gemäß der Leitidee „Qualität und Transparenz in der onkologischen Versorgung“ mit gutem Beispiel vorangehen und die Öffentlichkeit und das Fachpublikum über ihre Arbeit informieren. Damit übernimmt dieser Bericht zwei wichtige Aufgaben: Er belegt zum einen, welche Anstrengungen und welche Leistungen bereits auf einem hohen Qualitätsniveau zur Sicherstellung einer hochwertigen ambulanten onkologischen Versorgung von dieser Seite erbracht werden. Zum anderen bietet der Bericht eine Messlatte, die jedes Jahr neu justiert wird und den einzelnen Praxen wie der Berufsgruppe insgesamt Ausgangs- und Zielpunkte für weitere Verbesserungen setzen hilft.

Der Qualitätsbericht 2007 stellt das Spektrum von Patienten und behandelten Erkrankungen in den onkologischen Schwerpunktpraxen wiederum detailliert dar. Ein wichtiger Akzent dieses Berichts ist die ausführliche Beschäftigung mit der Altersstruktur der Patienten. Dabei richtet sich ein besonderes Augenmerk auf die Frage, ob und in wie weit sich die Versorgung älterer Patienten von der jüngerer unterscheidet. Ältere Patienten sind aufgrund der altersabhängigen Eintrittswahrscheinlichkeit von Krebserkrankungen in großer Zahl in den Schwerpunktpraxen in Behandlung. Eine angemessene Versorgung älterer Menschen mit Krebserkrankungen ist ein Anliegen niedergelassener Hämatologen und Onkologen. Dieser Bericht will dazu beitragen, dass den Besonderheiten und Bedingungen der ambulanten Behandlung von älteren Krebspatienten noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Natürlich stellt auch dieser Bericht Autoren und Herausgeber nicht völlig zufrieden. Die Qualitätsberichterstattung ist ein mindestens ebenso schwieriges Geschäft wie die Qualitätssicherung selber. Insofern ist dieser Bericht wiederum nur ein Schritt in Richtung auf präzisere und umfassendere Daten, auf angemessene gegenstandbezogene Indikatoren, auf eine Berücksichtigung von patientenbezogenen Zielstellungen und harten Endpunkten der Ergebnisqualität. Vieles bleibt noch zu tun. Gleichwohl sind die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen stolz darauf, zum dritten Mal ein Daten- und Zahlenwerk liefern zu können, das allen Interessierten eine profunde Informationsbasis liefert. Die Resonanz auf die vorangegangenen Berichte zeigt, dass die Qualitätsberichte der onkologischen Schwerpunktpraxen bei allen Unvollkommenheiten Anerkennung finden. Eine gute Grundlage ist geschaffen, jetzt muss man es besser machen.

Der Qualitätsbericht 2007 ist wie seine Vorgänger ausschließlich aus eigener Initiative und eigenen Mitteln der onkologischen Schwerpunktpraxen entstanden, die ihr eigenes wissenschaftliches Institut, das WINHO, im Jahr 2004 mit dem Auftrag zur Verfolgung und Unterstützung der gemeinsamen Qualitätspolitik betraut haben.

1.1. Datenbasis

Das Datenkonzept zum Qualitätsbericht 2007 basiert auf den Erfahrungen der vorangegangenen Erhebungen des WINHO seit 2004. Die Präzisierungen für die Erhebung im Jahr 2006 wurden im Frühjahr 2006 vorgenommen. Aufgrund des nur wenig veränderten Datenkonzeptes gegenüber den Vorjahren konnte auf besondere Testerhebungen verzichtet werden. An der Vorbereitung waren Vertreter der Praxen durch mehrere Gesprächsrunden der WINHO-Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ intensiv beteiligt. Der Qualitätsbericht 2007 der onkologischen Schwerpunktpraxen beruht wiederum überwiegend auf den Leistungsdaten der Praxen aus der Abrechnung zum dritten Quartal des Vorjahres – in diesem Fall das dritte Quartal 2006. Diese Daten wurden im Sommer 2007 im Rahmen einer umfangreichen Primärerhebung in den Praxen zusammengetragen.

Eine wesentliche Veränderung und Verbesserung der Datengrundlage konnte dadurch erzielt werden, dass erstmalig eine große Zahl von Praxen Daten auf elektronischem Wege zur Verfügung gestellt hat. Das WINHO hat ein Verfahren entwickelt, das den Partner-Praxen eine maschinelle Extraktion von Leistungsdaten aus dem für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) erstellten elektronischen Abrechnungsdatenträger (ADT) für ein Erhebungsquartal ermöglicht. Zu diesem Zweck ziehen die Praxen den in ihrem Praxis-EDV-System als Kopie der Originalabrechnung hinterlegten unverschlüsselten ADT heran. Durch eine Piloterhebung unter zehn onkologischen Schwerpunktpraxen im Frühjahr 2006 konnte die Funktionsfähigkeit und die korrekte Übermittlung dieser Daten getestet werden.

Das WINHO hat den Partner-Praxen eine EDV-Routine zur Verfügung gestellt, die eine vollständige Anonymisierung der auf dem unverschlüsselten ADT hinterlegten Patientendaten ermöglicht. Im Rahmen der Extraktion der für das WINHO vorgesehenen Quartalsdaten nimmt jede Praxis automatisch eine entsprechende Daten-Anonymisierung vor. Dem WINHO wurden daher von den an diesem Verfahren teilnehmenden Praxen ausschließlich Daten übermittelt, die keinerlei Möglichkeit zur Identifikation der behandelten Patienten bieten. Die extrahierten Daten wurden von den Praxen im Rahmen eines gesicherten (verschlüsselten) Verfahrens elektronisch an das WINHO übersandt und dort in einer SQL-Datenbank aufbereitet.

Den Anforderungen des Datenschutzes wird auf diesem Wege vollständig Rechnung getragen. Dem WINHO stehen durch dieses Verfahren umfangreiche Daten zur aggregierten Auswertung zur Verfügung. Im Rahmen der Datentreuhänderschaft sichert das WINHO den Partner-Praxen eine ausschließliche Verwendung der Praxis-Daten im Rahmen der in dieser Partnerschaft vereinbarten Zwecksetzungen zu. Gleichzeitig bezeugen diese Praxen im Rahmen ihrer gemeinsamen Transparenzziele eine hohe Bereitschaft

zur (internen) freiwilligen Offenlegung von ärztlichen und praxisbezogenen Leistungsmerkmalen.

Dieses erstmalig vorgenommene Erhebungsverfahren hat sich als äußerst zweckmäßig erwiesen, zumal es den Erhebungsaufwand in den Praxen auf ein Minimum reduziert. Gleichzeitig wurde durch den Rückgriff auf die Datensätze gemäß der KVDT-Datensatzbeschreibung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung („Einheitlicher Datenaustausch zwischen Arztpraxis und Kassenärztlicher Vereinigung, Stand: 19.07.2005“) eine einfache Lösung zur Sicherstellung einer einheitlichen Datenstruktur erzielt. Da diese Daten nicht für den Erhebungszweck gesondert dokumentiert werden, ist insofern eine objektive und unbeeinflussbare Datenerhebung gewährleistet.

Praxen, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht an diesem elektronischen Erhebungsverfahren beteiligen konnten oder wollten, mussten einen umfangreichen Datensatz zur Abrechnung im dritten Quartal 2006 mit Hilfe ihrer Praxis-EDV separat ermitteln und in einen elfseitigen Dokumentationsbogen übertragen, der bis auf wenige Änderungen dem Dokumentationsbogen zum WINHO-Qualitätsbericht 2006 entspricht. Die Daten der an das WINHO übermittelten Dokumentationsbögen wurden manuell in eine MS-Access-Datenbank eingegeben.

Für den Qualitätsbericht 2007 standen insgesamt aus 118 onkologischen Schwerpunktpraxen auswertbare Daten zur Verfügung. Zur Teilnahme aufgefordert waren 192 WINHO-Partner-Praxen (Stand Oktober 2007). Die erzielte Teilnehmerate von 61% ist im Rahmen einer derartigen Erhebung immer noch ein sehr guter Wert, sie fällt aber schlechter aus als im Vorjahr. Für den Qualitätsbericht 2006 hatten 151 Praxen (von seinerzeit 184 WINHO-Partner-Praxen) ihre Daten an das WINHO übermittelt.

Insgesamt beruht der Qualitätsbericht 2007 auf elektronisch auswertbaren ADT von 93 Praxen (ggf. wurden von größeren Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften bei mehreren KV-Abrechnungsnummern auch mehrere ADT zur Verfügung gestellt). 25 Praxen haben verwertbare manuell ausgefüllte Erhebungsbögen übermittelt. Zusätzlich zum Kerndatensatz hatten alle Praxen Fragebogenangaben zu strukturellen Merkmalen der Praxis zu übermitteln. Auch wenn diese Angaben nur von 98 Praxen geliefert wurden, beeinträchtigt das die Erhebung nicht entscheidend, da eine Reihe von Basisinformationen über die Praxen auf dem Hintergrund der schon länger bestehenden Zusammenarbeit im WINHO bereits vorliegen.

Die Zuverlässigkeit der ausschließlich manuell ermittelten Erhebungsdaten wurde im Vorjahr im Rahmen eines Peer-Verfahrens in einer Stichprobe von 10 % der Praxen überprüft. Da die Erhebung für den vorliegenden Qualitätsbericht in hohem Maße auf

elektronisch übermittelte Abrechnungsdaten zurückgreift, denen im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation einer Praxis eine hohe Relevanz zukommt und deren Korrektheit der Plausibilitätsprüfung durch die jeweilige KV unterliegt, wurde in diesem Jahr auf eine derartige Stichprobenprüfung der eingereichten Erhebungsunterlagen verzichtet.

1.2. Leseanleitung

Die Daten des Berichts werden wie in den Vorjahren vielfach in Säulendiagrammen dargestellt, wobei die Zahl der Praxen auf der Grundlage der von Frage zu Frage in unterschiedlicher Anzahl auswertbaren Fragebögen schwanken kann. Jede Säule in derartigen Diagrammen beinhaltet im Regelfall die entsprechenden Zahlenwerte einer Praxis. Die Streuung der Angaben wird in aufsteigender Größe von links nach rechts dargestellt. Die Grafik wird in der Regel ergänzt durch die Angaben der Quartile, wobei das erste und dritte Quartil die mittleren 50% der nach der Höhe der Datenwerte sortierten Praxen abgrenzen. Das zweite Quartil ist identisch mit dem Median der jeweiligen Verteilung. Die Abstände des ersten und dritten Quartils eignen sich insbesondere im Zeitverlauf dazu, die Veränderung der Streubreite zu beobachten. Einige Säulendiagramme operieren ferner mit zwei y-Achsen, um verschiedene Berechnungen von Variablendaten in einer Grafik vergleichen zu können. So stellen einige Grafiken sowohl die absoluten Patientenzahlen von zwei Behandlungsarten nach Altersgruppen als auch den relativen Anteil der Patienten in der jeweiligen Altersgruppe dar.

Wie in den vorangegangenen Berichten werden nahezu ausschließlich Daten zur Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Bei den vorgelegten Grunddaten ist daher zu berücksichtigen, dass Patienten mit einer privaten Krankenversicherung, mit Versorgungsansprüchen des Beihilferechts bzw. anderer Sondersysteme der sozialen Sicherung, die in den onkologischen Praxen zu einem relevanten Anteil behandelt werden, nicht einbezogen sind. Die vereinfachte Formulierung, wonach Zahlenangaben der folgenden Tabellen „alle“ entsprechenden Patienten in den onkologischen Schwerpunktpraxen umfassen, ist insofern nicht ganz korrekt und unterschätzt die Gesamtzahl der wirklich versorgten Patienten.

Wenn in den Darstellungen zur Altersstruktur von „älteren Patienten“ die Rede ist, so sind in der Regel Patienten im Alter von 70 Jahren und älter angesprochen. Bei den Angaben zum Durchschnittsalter wird als verbreitetes Streuungsmaß noch die Standardabweichung (SD) vom Mittelwert hinzugefügt. Im Text wird aus Gründen der einfachen Lesbarkeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Gemeint sind meistens beide Geschlechter.

2. Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen

Onkologische Schwerpunktpraxen versorgen überwiegend Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen auf der Grundlage einer Überweisung eines anderen Vertragsarztes. Das schließt ein, dass in größeren Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren zu einem geringeren Teil medizinische Leistungen auch für andere Patienten bzw. seitens anderer ärztlicher Fachdisziplinen erbracht werden. Soweit wie möglich bleibt die fachfremde ärztliche Versorgung in onkologischen Schwerpunktpraxen im Folgenden aus der Darstellung ausgeschlossen.

Die 192 WINHO-Partner-Praxen (Stand Oktober 2007) repräsentieren insgesamt 384 Kassenarztsitze im öffentlich-rechtlichen Vertragsarztsystem. Davon sind etwa 80% mit entsprechend weitergebildeten und überwiegend onkologisch bzw. hämatologisch tätigen Fachärzten besetzt. Die übrigen Kassenarztsitze der WINHO-Partner-Praxen sind in der Regel in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen angesiedelt und werden dort von Ärzten anderer Fachrichtungen eingenommen. Die am Qualitätsbericht 2007 beteiligten 118 Praxen verfügen über 243 Kassenarztsitze.

Die Prozentangaben in Tabelle 1 beruhen auf den Daten der am Bericht beteiligten Praxen und zeigen die Verteilung der Praxen und Arztsitze nach Praxisgrößen im Vergleich zum Vorjahr. Auch wenn sich an diesem Bericht (ebenso im Vorjahr) nicht ganz so viele Einzelpraxen beteiligt haben, wie es ihrem Anteil an den Praxen entspricht, so zeigt die Tabelle gleichwohl die dynamische Veränderung, die sich in den onkologischen Praxisstrukturen vollzieht, insbesondere abzulesen am Rückgang der Anzahl der Einzelpraxen. Mehr als 80% aller niedergelassenen Onkologen sind heute in Kooperation mit anderen Ärzten tätig, die Einzelpraxis ist in diesem fachärztlichen Versorgungsbereich mittlerweile von untergeordneter Bedeutung. Insgesamt liefern die in diesen Bericht einbezogenen Schwerpunktpraxen ein repräsentatives Bild der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Hämatologen und Onkologen.

Tabelle 1

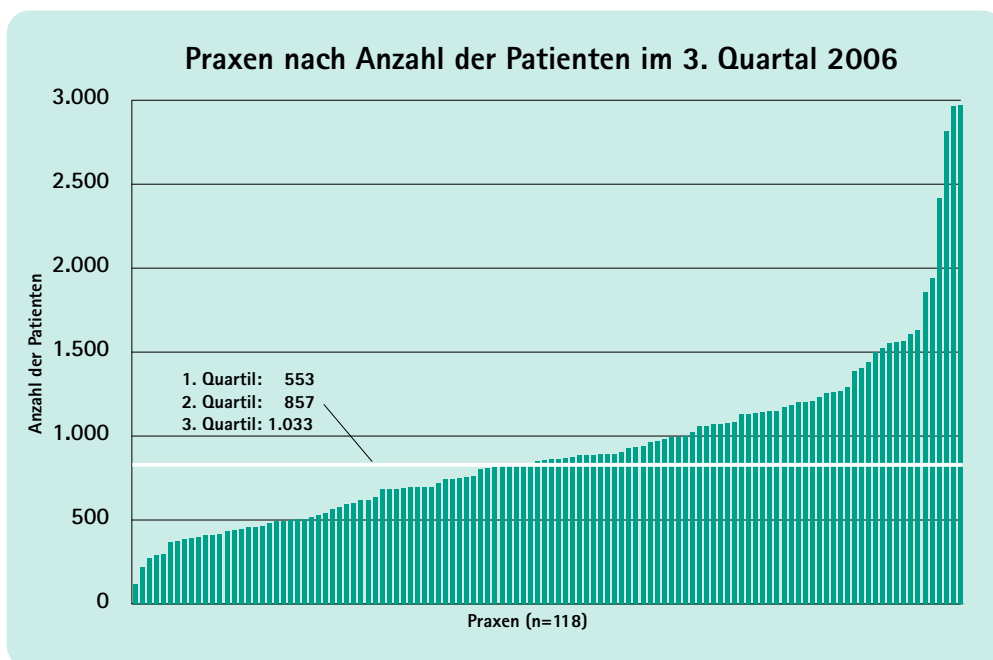
Praxisgrößen nach Anzahl der Kassensitze (Verteilung in Prozent)				
2006	1 Sitz	2 Sitze	3 Sitze	4 u. m. Sitze
Praxen	28%	47%	17%	8%
Ärzte in Praxen	14%	46%	25%	16%
2005				
Praxen	46%	39%	11%	4%
Ärzte in Praxen	31%	45%	17%	8%

Im dritten Quartal des Jahres 2006 haben die 118 onkologischen Schwerpunktpraxen insgesamt rund 110.000 Menschen versorgt. Im Regelfall wird sich die Behandlung über mehr als ein Quartal erstrecken. Es ist davon auszugehen, dass Patienten im rechnerischen Durchschnitt ca. ein halbes Jahr, d.h. zwei Quartale, in einer Praxis behandelt werden. Geht man davon aus, dass in diesem Bericht rund 60% der Praxen und damit auch der Patienten im dritten Quartal erfasst werden, so sind insgesamt rund 180.000 Patienten in allen WINHO-Partner-Praxen anzunehmen. Tabelle 2 stellt die entsprechenden Fall- und Kontaktzahlen pro Praxis und Arzt dar, die sich gegenüber dem Vorjahr praktisch nicht verändert haben.

Patienten in den Schwerpunktpraxen im 3. Quartal 2006			
	insgesamt	pro Praxis	pro Vertragsarzt
Patienten	108.949	923	448
Kontakte	389.654	3.302	1.603

Tabelle 2

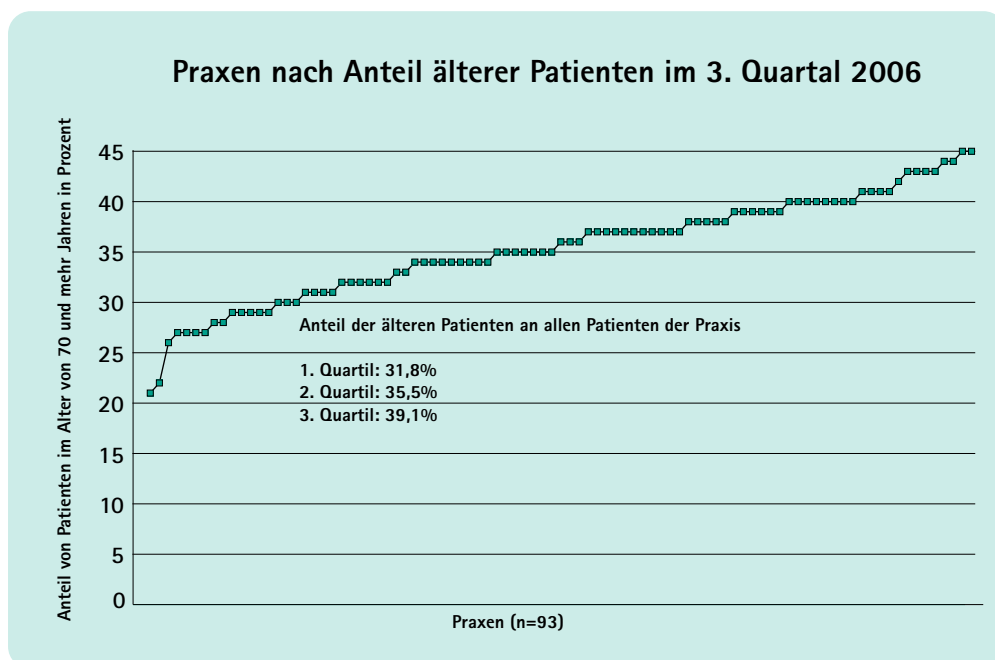
Jeder Vertragsarzt in einer onkologischen Schwerpunktpraxis hat durchschnittlich 448 Patienten im dritten Quartal behandelt. Diese vergleichsweise niedrige Zahl zeigt den hohen Betreuungsaufwand pro Patient in der onkologischen Versorgung. Grafik 1 stellt die Verteilung der Patientenzahlen auf die 118 onkologischen Schwerpunktpraxen dar. Neben einer leichten Erhöhung des Medians aller Praxen von 833 auf 857 Patienten gegenüber dem Vorjahr ergibt sich eine Verringerung der Varianz, abzulesen an einer Verminderung des Quartilenabstands (erstes Quartil zu drittem Quartil) von 599 auf 500 Fälle.



Grafik 1

In diesem Bericht wird besonderer Wert auf die Darstellung der Altersstruktur der durch die onkologischen Praxen versorgten Patienten gelegt. Grafik 2 stellt den Anteil älterer Patienten an der Gesamtzahl aller eine Praxis aufsuchenden Patienten dar. Damit sind Patienten im Alter von 70 Jahren und älter gemeint. In der medianen Praxis machen diese älteren Patienten einen Anteil von ca. 35% aus, wobei die Varianz erheblich ist. Diese Daten können in dieser Form nur auf der Grundlage der 93 Praxen präsentiert werden, die eine elektronische Auswertung ermöglicht haben.

Grafik 2



Der Anteil der betagten Patienten im Alter von 70 Jahren und älter schwankt in Abhängigkeit von den lokalen Einzugsbedingungen bei den Praxen zwischen 23% und 50%. Unter regionalen Gesichtspunkten ergeben sich in den östlichen Bundesländern in der Regel etwas höhere Anteile älterer Patienten in den Praxen, in Norddeutschland (z.B. KV-Bezirke Bremen und Hamburg) sind ältere Patienten etwas seltener vertreten als im Bundesdurchschnitt. Die Größe einer Praxis hat in dieser Hinsicht fast keine Bedeutung.

Für die unterschiedlichen Anteile älterer Patienten im Hinblick auf die Praxisart sind nur bedingt plausible Erklärungen zu finden. Zu beachten ist, dass Einzelpraxen vergleichsweise häufiger in ländlichen Regionen mit einem höheren Anteil älterer Menschen zu finden sind. Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sind darüber hinaus etwas höhere Anteile nicht onkologischer Patienten festzustellen.

Anteile älterer Patienten nach Praxistyp im 3. Quartal 2006

Tabelle 3

Einzelpraxis	41,1%
Gemeinschaftspraxis	39,2%
Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis	35,5%
Praxisgemeinschaft	32,7%

Das mittlere Alter aller Patienten lag im dritten Quartal 2006 bei 61,8 Jahren, erwartungsgemäß sind Krebspatienten etwas älter als die Gesamtheit der Patienten, zu denen z.B. auch Patienten im Rahmen der diagnostischen Abklärung gehören. Ca. 35% aller Patienten und 40% der Krebspatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen sind im Regelfall im Alter von 70 Jahren und älter.

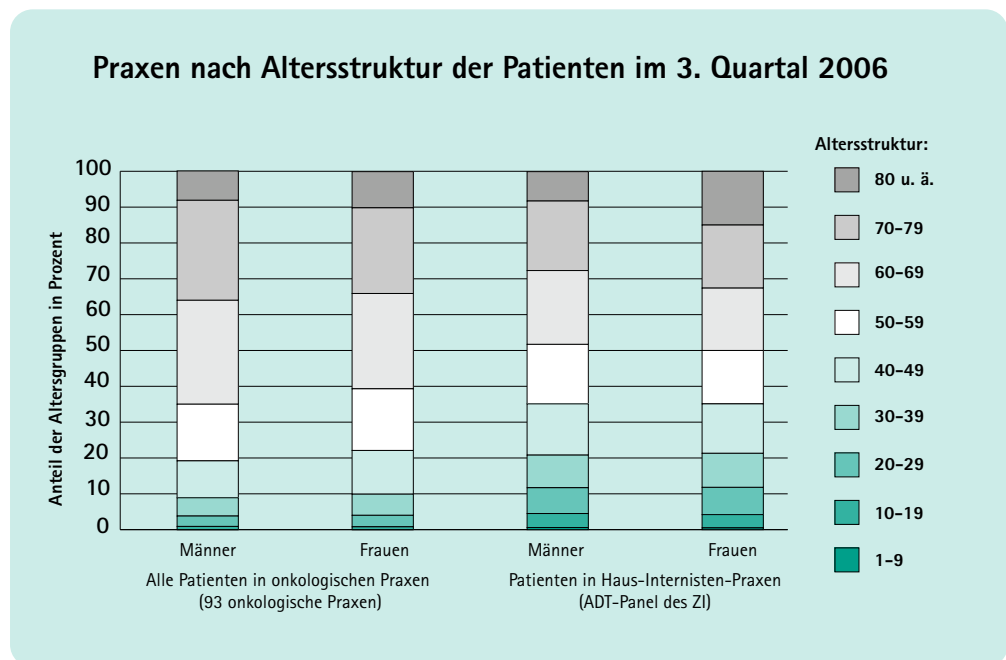
Patienten nach mittlerem Alter in den Praxen im 3. Quartal 2006

Tabelle 4

Alle Patienten		Krebspatienten	
Frauen	Männer	Frauen	Männer
61,4 %	62,3 %	64,4 %	65,5 %
(SD 15,6)	(SD 14,9)	(SD 13,1)	(SD 12,3)

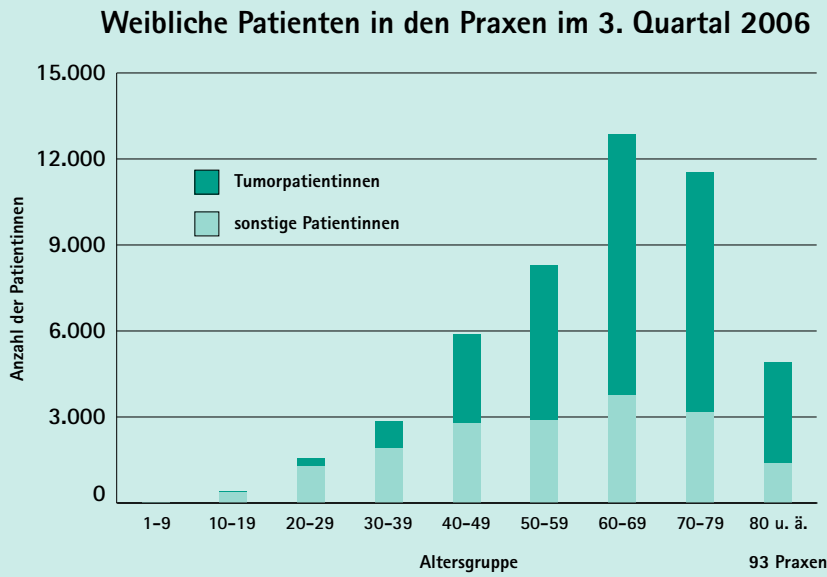
Vergleicht man die Altersstruktur onkologischer Praxen mit anderen Praxen aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, so wird deutlich, dass die Unterschiede in erster Linie aus dem geringeren Anteil von Patienten von unter 40 Jahren resultieren. Hierzu wurden in Grafik 3 Vergleichsdaten über Patienten in Praxen hausärztlicher Internisten aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung der KV-Bereiche Brandenburg und Nordrhein herangezogen. Auffällig ist, dass bei den sehr alten weiblichen Patienten in der hausärztlichen Versorgung sogar höhere Anteile zu verzeichnen sind.

Grafik 3

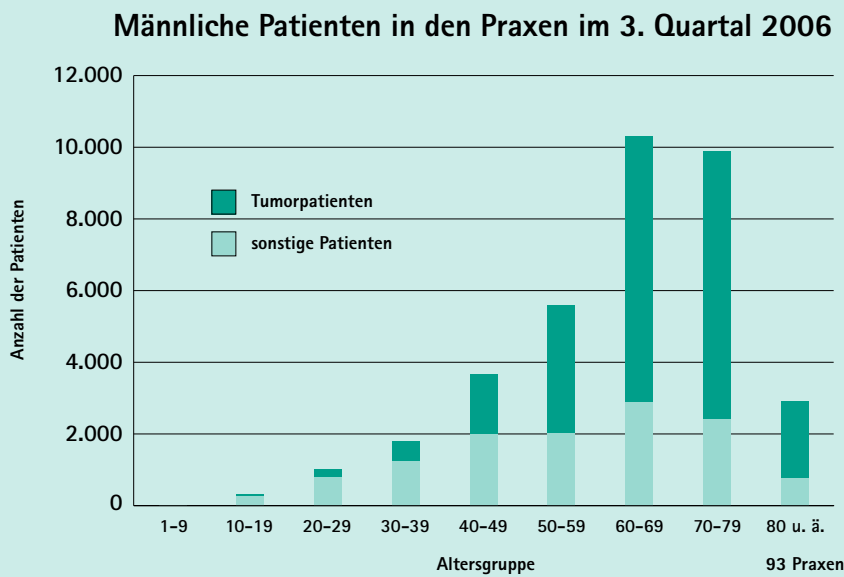


Die folgenden Grafiken zeigen die Altersverteilung der Patienten noch differenzierter. Die größte Gruppe sind bei beiden Geschlechtern Patienten im Alter zwischen 60 und 70 Jahren. Als Krebspatienten werden dabei alle Patienten mit einer gesicherten onkologischen Diagnose bezeichnet, die auf Basis der Onkologievereinbarungen behandelt werden. Die übrigen Patienten haben zum Teil nichtonkologische Diagnosen oder suchen eine Praxis im Rahmen der Diagnostik auf. Insgesamt zählen im Durchschnitt etwa 35% der Patienten in den Praxen zu dieser Gruppe, die nur bei den unter 40 Jährigen die Mehrzahl der Patienten in der jeweiligen Altersgruppe ausmacht.

Grafik 4

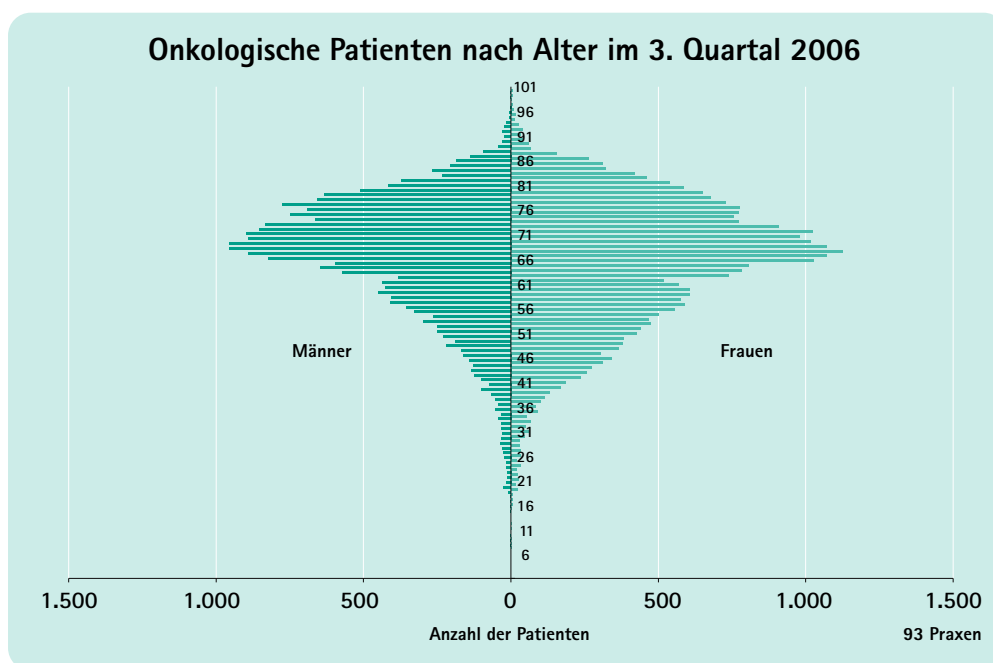


Grafik 5



Weibliche Patienten sind mit einem Anteil von 57% in den onkologischen Praxen häufiger vertreten als männliche Patienten. Dieser Anteil macht keinen Unterschied, ob man alle Patienten oder nur die onkologischen Patienten beobachtet. In den jüngeren Altersgruppen (unter 60 Jahren) sind sogar mehr als 60% der Patienten weiblich, ebenso bei den Patienten im vorgerückten Alter (80 Jahre und älter). Bei den etwa 70-Jährigen ist das Geschlechterverhältnis fast gleich.

Grafik 6

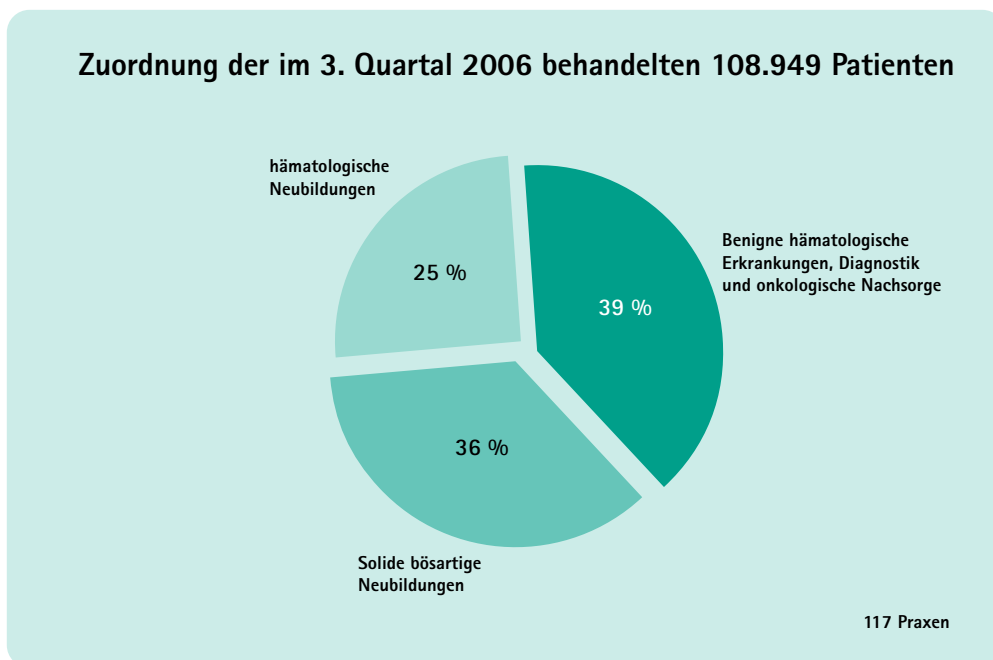


3. Patienten und diagnostizierte Erkrankungen

Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen lassen sich nach ihrer Erkrankungssituation unterscheiden. Die größte Gruppe machen die Patienten mit einer gesicherten onkologischen Diagnose aus, die hier anhand der Versorgung im Rahmen der Onkologieverträge definiert und entsprechend zugeordnet werden. Mehr als 60% der Patienten in den Praxen gehörten im dritten Quartal 2006 dieser Gruppe an. Davon entfällt wiederum der größere Teil auf Patienten mit soliden Tumoren, die in der Regel durch die betroffene Organlokalisation bezeichnet werden, der kleinere Teil auf bösartige hämatologische Systemerkrankungen, z. B. maligne Lymphome. Etwas mehr als 40% aller Patienten in den Praxen können nicht als onkologische Patienten im engeren Sinne angesehen werden, weil sie zunächst zu diagnostischen Maßnahmen die Praxen aufsuchen, sie an einer gutartigen hämatologischen Erkrankung leiden oder im Rahmen der Nachsorge z.B. nach einer onkologischen Erkrankung noch zur Überwachung in die Praxis kommen.

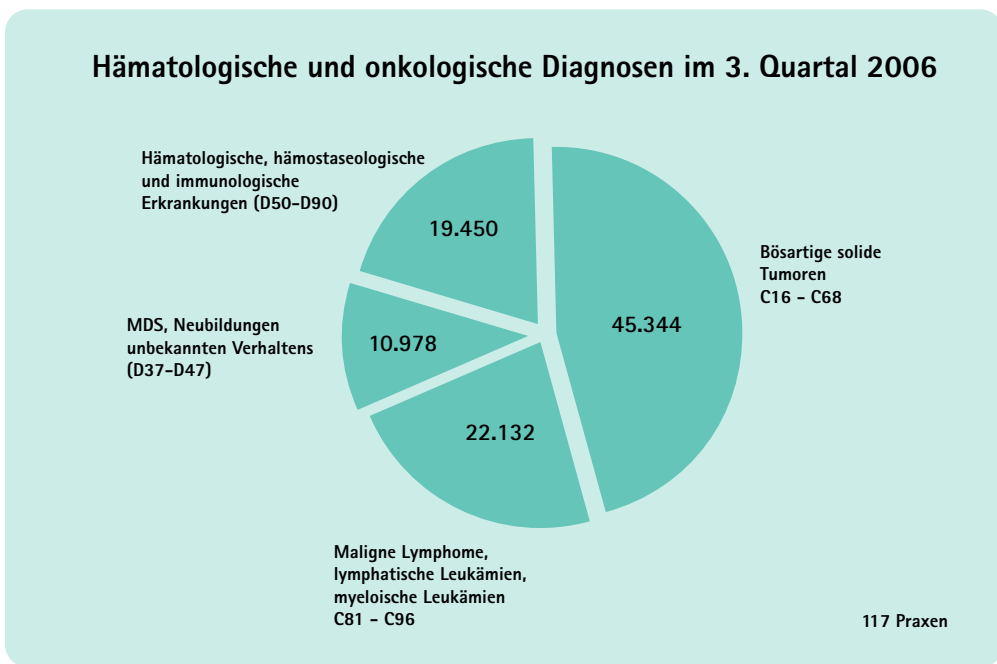
Aufgrund der geringeren Beteiligungsquote der Praxen konnten für diesen Bericht insgesamt die Angaben über 109.000 Patienten (Vorjahr 133.000) berücksichtigt werden. Es fällt im Vergleich zu den Vorjahren auf, dass der Anteil der Patienten mit einem gesicherten Tumorleiden stetig anwächst. Die onkologischen Schwerpunktpraxen konzentrieren sich immer mehr auf diesen Kernbereich ihres Versorgungsauftrages.

Grafik 7



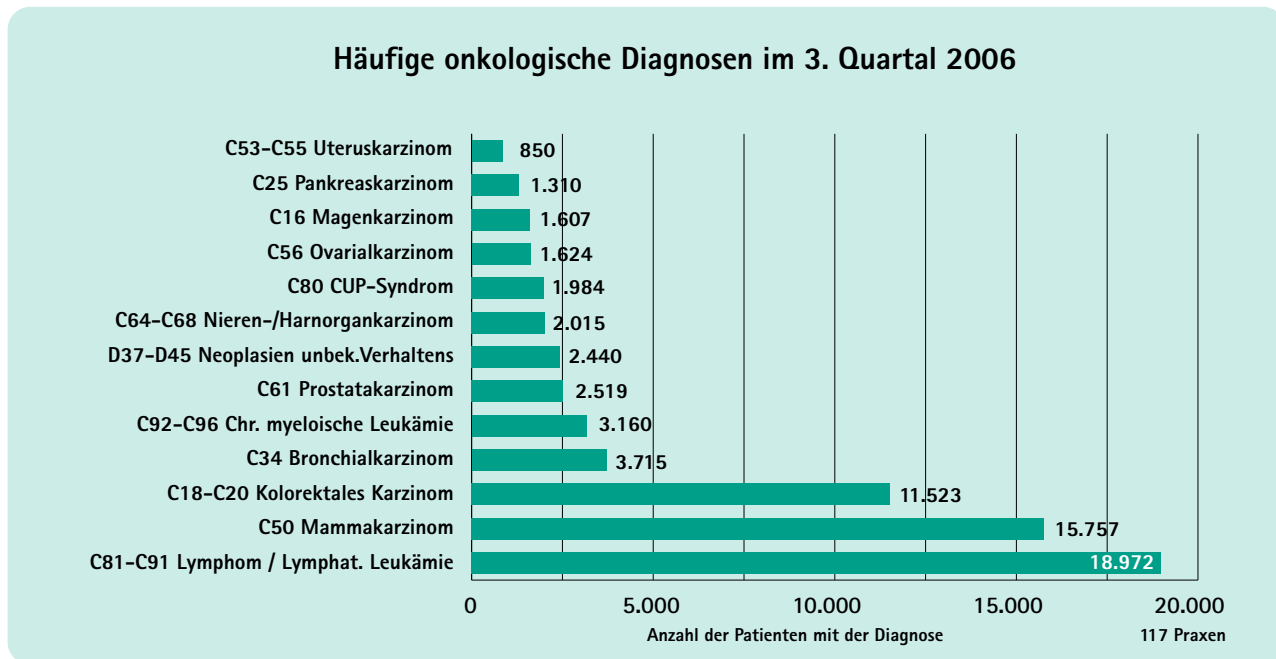
Die Grafik 8 gibt einen Überblick über die wichtigsten Diagnosegruppen in den onkologischen Schwerpunktpraxen. Insgesamt wurden in den Schwerpunktpraxen für das Bezugsquartal für rund 95.500 Patienten Diagnosen aus den unten genannten Hauptdiagnosebereichen dokumentiert, an denen sich die Behandlung ausrichtet. Diagnosen zu sehr kleinen onkologischen oder hämatologischen Erkrankungsbereichen sind darin nicht enthalten, ebenso alle übrigen Nebendiagnosen, die natürlich auch im Rahmen der Behandlung eine wichtige Rolle spielen. Insofern bildet die Übersicht nicht das diagnostische Geschehen in den Praxen ab, sondern deutet nur die Häufigkeiten an, mit der Diagnosen in der akuten, supportiven, palliativen oder auch nur abwartenden oder begleitenden Behandlung im Praxisalltag im Vordergrund stehen.

Grafik 8



Die folgende Übersicht stellt die onkologischen Diagnosen noch etwas detaillierter dar. Insgesamt haben die einbezogenen onkologischen Praxen im dritten Quartal 2006 in ca. 67.500 Fällen Diagnosen im Bereich der o. g. häufigen Krebslokalisationen bzw. onkologischen Diagnosen gestellt, die hier anhand der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) aufgeführt werden.

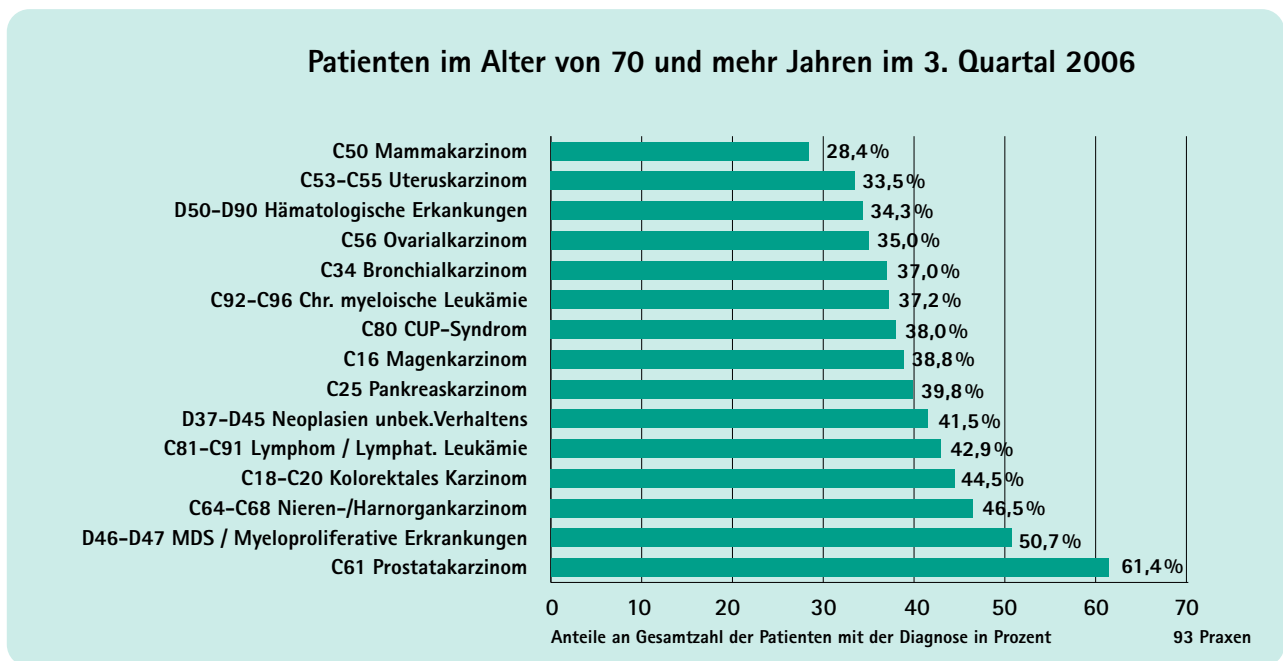
Grafik 9



Die Grafik beruht auf Daten von 93 Praxen, deren Abrechnungsdaten elektronisch ausgewertet wurden, sowie auf 24 Praxen, die diese Angaben auf einem Fragebogen übermittelt haben. Durch die elektronische Auswertung konnte die Datenqualität gegenüber der Vorjahreserhebung verbessert werden, sie erklärt auch die im Durchschnitt etwas höhere Gesamtzahl der Diagnosen. Die Verteilung der Diagnoseschwerpunkte zeigt gegenüber dem Vorjahr keine gravierenden Veränderungen auf. Trotz der begrenzten Vergleichbarkeit der Datensätze ist festzustellen, dass die Anzahl der behandelten Patienten mit Krebserkrankungen der Eierstöcke und der Lunge/Bronchien etwas zurückgegangen ist, höhere Patientenzahlen im Vergleich zu 2005 gab es 2006 bei Tumoren an Nieren/Harnorganen sowie bei Lymphomen und Leukämien. Die Daten belegen, dass die onkologischen Schwerpunktpraxen keineswegs nur bei den hämatologischen Tumorentitäten einen hohen Anteil an der Versorgung in Deutschland übernehmen, sondern auch bei den soliden Tumoren.

Angaben über die Alterstruktur in den einzelnen Diagnosebereichen lassen sich anhand der elektronisch übermittelten Daten gewinnen. Die altersbezogene Varianz zwischen den Diagnosebereichen fällt vergleichsweise gering aus. Im Durchschnitt haben etwa 40,5% aller Patienten in den onkologischen Praxen das 70. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Deutliche höhere Anteile älterer Patienten finden sich in den onkologischen Diagnosebereichen, die insgesamt eine relativ günstige Prognose haben und gleichzeitig eine längerfristige begleitende onkologische Versorgung erfordern. Es ist zu beachten, dass diese Angaben reine Prävalenzdaten zum behandelten bzw. beobachteten Morbiditätsspektrum in den Praxen darstellen.

Grafik 10



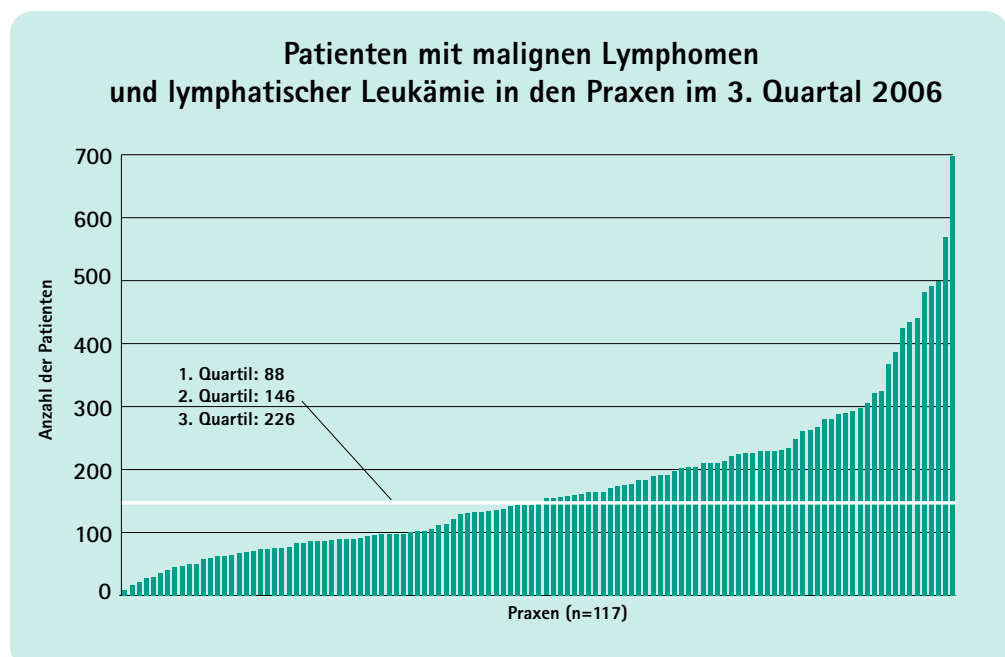
3.1. Maligne Lymphome / Lymphatische Leukämie (C81–C91)

Bösartige Tumoren des lymphatischen Systems haben im Hinblick auf die von den onkologischen Schwerpunktpraxen „aufgegriffene“ Prävalenz unter den Krebserkrankungen einen besonders hohen Anteil. Patienten mit malignen Lymphomen bzw. chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) machen die größte Patientengruppe aus. Es ist darüber hinaus festzustellen, dass immer mehr Patienten in den Praxen versorgt werden. Gegenüber dem Vorjahr ist eine deutliche Verschiebung der Patientenzahl im Median aller Praxen zu verzeichnen, nämlich von 101 auf 146. Auch wenn berücksichtigt wird, dass Praxen mit kleineren Patientenzahlen in diesen Daten unterrepräsentiert sind, so ist der ansteigende Trend nicht zu übersehen.

Bei Lymphom-Erkrankungen sind jüngere Patienten etwas häufiger vertreten, als bei anderen Krebserkrankungen, aber im Vordergrund stehen auch hier Patienten im höheren Lebensalter. Hierzu trägt auch der langwierige Verlauf der Erkrankung bei, der in Verbindung mit einer im Vergleich zu anderen Tumordiagnosen günstigen Prognose dazu führt, dass Patienten auch im höheren Alter noch in dauerhafter Beobachtung durch die Praxen bleiben müssen.

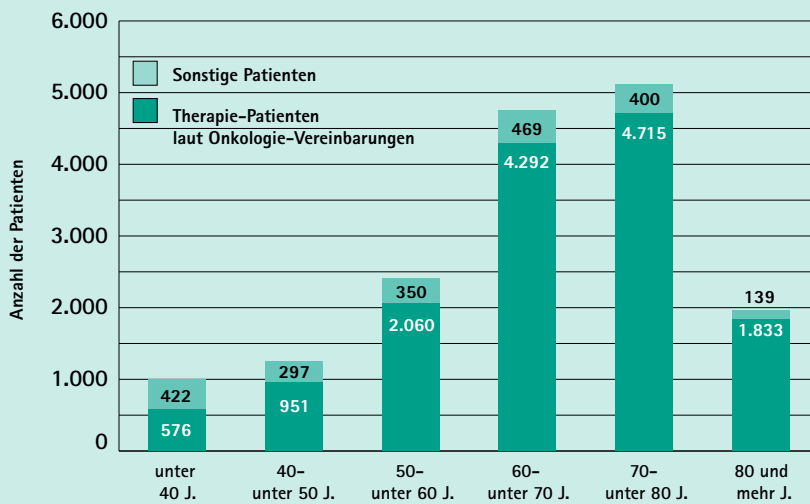
Grafik 11c stellt dar, dass sich die Behandlungsart der Patienten im Vergleich der Altersgruppen nur wenig unterscheidet. Von allen Patienten mit einer gesicherten Diagnose erhalten in jeder Altersgruppe rund 20% eine intravasale Chemotherapie.

Grafik 11a



Grafik 11b

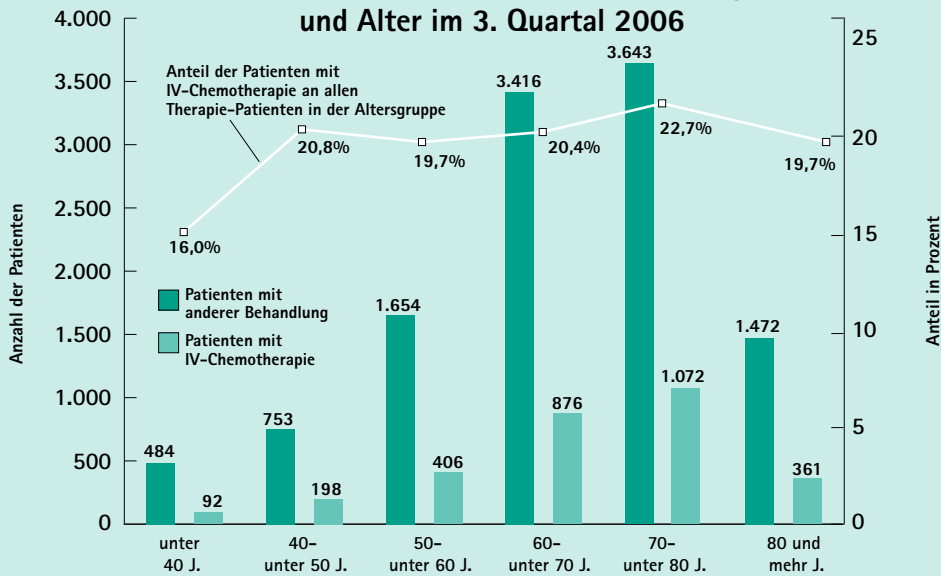
Lymphom-/CLL-Patienten nach Alter und Versorgung im 3. Quartal 2006



93 Praxen

Grafik 11c

Lymphom-/CLL-Patienten nach Behandlungsart und Alter im 3. Quartal 2006

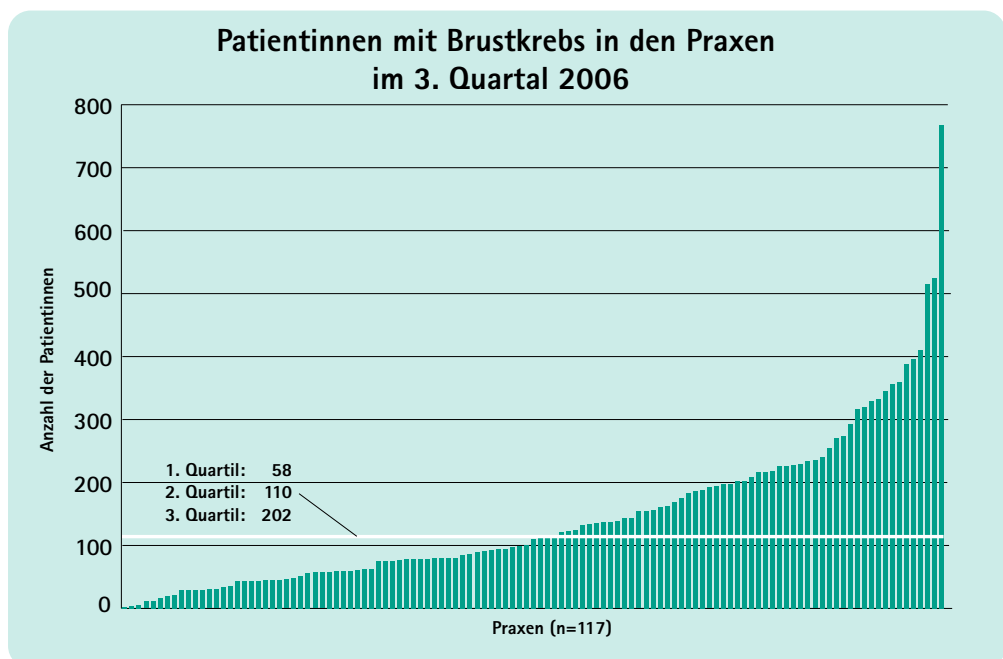


93 Praxen

3.2. Mammakarzinom (C50)

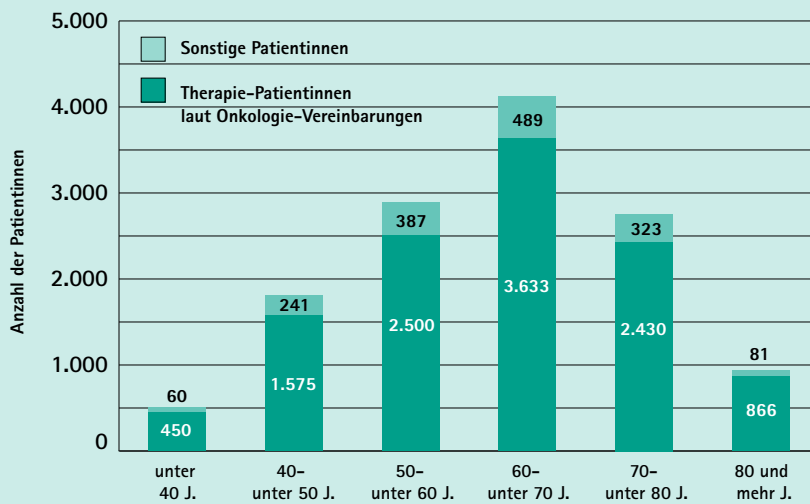
Die Brustkrebserkrankung der Frau stellt die zweithäufigste Einzeldiagnose dar, wegen der Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen versorgt werden. Der Anstieg der Patientenzahl der Praxis im Median von 81 auf 110 deutet auch hier darauf hin, dass Patientinnen sich häufiger z. B. nach ihrer operativen Primärversorgung zur adjuvanten Therapie in die Obhut von niedergelassenen Hämatologen und Onkologen begeben. Nur etwa 12% der Patientinnen über alle Altersgruppen sind in der Situation der diagnostischen Abklärung oder der Nachsorge, so dass keine intensive Behandlung gemäß den Onkologievereinbarungen stattfindet. Aus Grafik 12c geht hervor, dass in den jüngeren Altersgruppen bis zu 40% der Therapiepatientinnen eine intravasale oder intrakavitäre Chemotherapie erhalten. Andere Therapiesituationen, z.B. die antihormonelle Therapie oder auch eine Pause bei den IV-Therapien, prägen bei den höheren Altersgruppen das Behandlungsbild der Patientinnen häufiger.

Grafik 12a



Grafik 12b

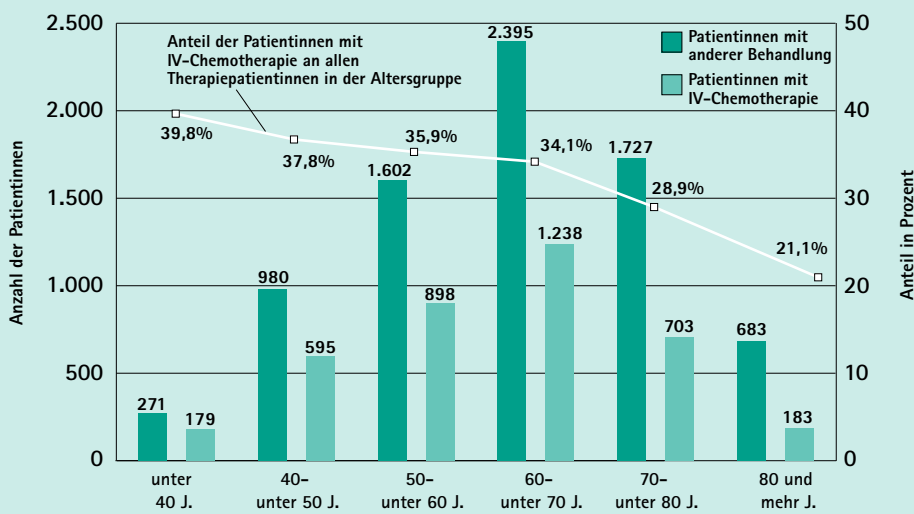
Brustkrebspatientinnen nach Alter und Versorgung im 3. Quartal 2006



93 Praxen

Grafik 12c

Brustkrebspatientinnen nach Behandlungsart und Alter im 3. Quartal 2006

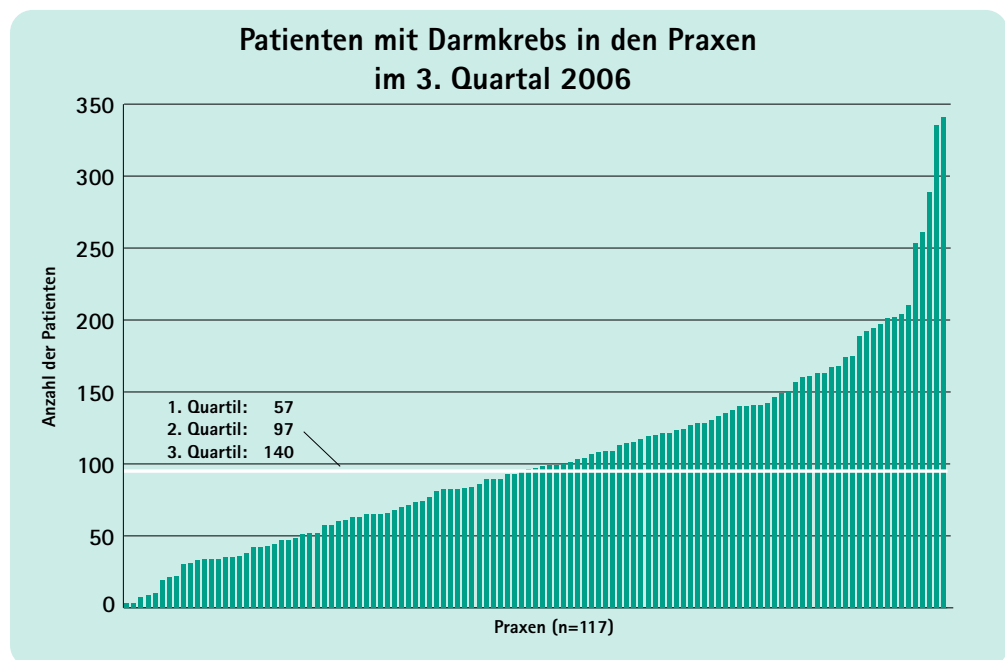


93 Praxen

3.3. Kolorektales Karzinom (C18-C20)

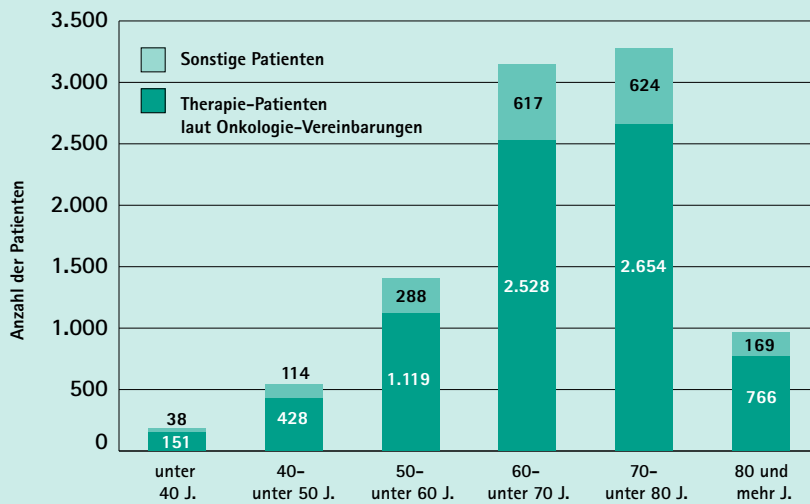
Die bösartigen Tumoren des Dickdarms und des Mastdarms werden hier als kolorektale Karzinome zusammengefasst. Der Anstieg der Patientenzahlen im Median von 74 auf 97 weist auch hier auf die durchschnittliche Zunahme der Patientenzahlen in den Praxen hin, die Verschiebung der oberen Quartilengrenze der Praxen auf eine Zahl von 140 Patienten lässt vermuten, dass gerade größere Praxen weitere Patienten gewonnen haben. Grafik 13b zeigt einerseits, dass eine relevante Zahl von Patienten keine Therapie im engeren Sinne erhält, über alle Altersgruppen ca. 20%. Sofern aber eine Therapie-situation gegeben ist, unterziehen sich viele Patienten einer intravasalen / intrakavitären Chemotherapie, bei den unter 60-Jährigen gilt das für 50% der Patienten. Auch im hohen Alter von über 80 Jahren, so zeigt Grafik 13c, setzen die Onkologen noch IV-Chemotherapien ein.

Grafik 13a



Grafik 13b

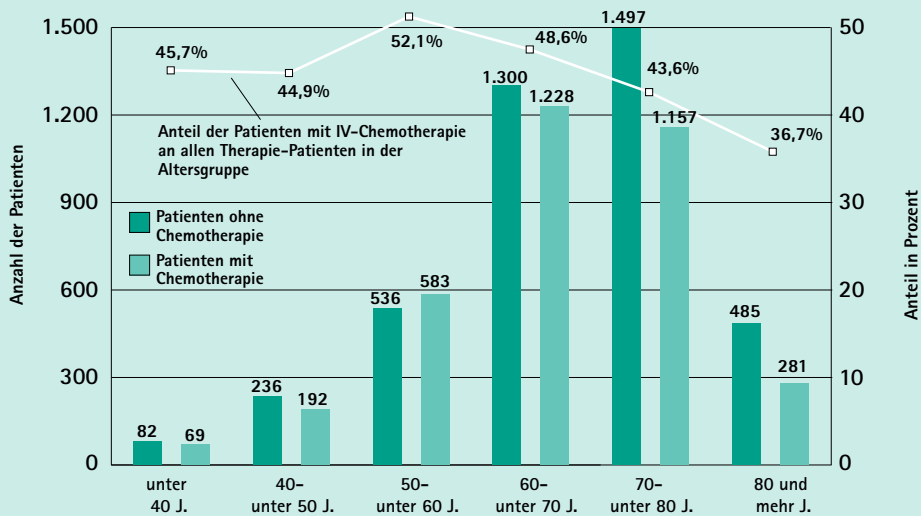
Darmkrebspatienten nach Alter und Versorgung im 3. Quartal 2006



93 Praxen

Grafik 13c

Darmkrebspatienten nach Behandlungsart und Alter im 3. Quartal 2006

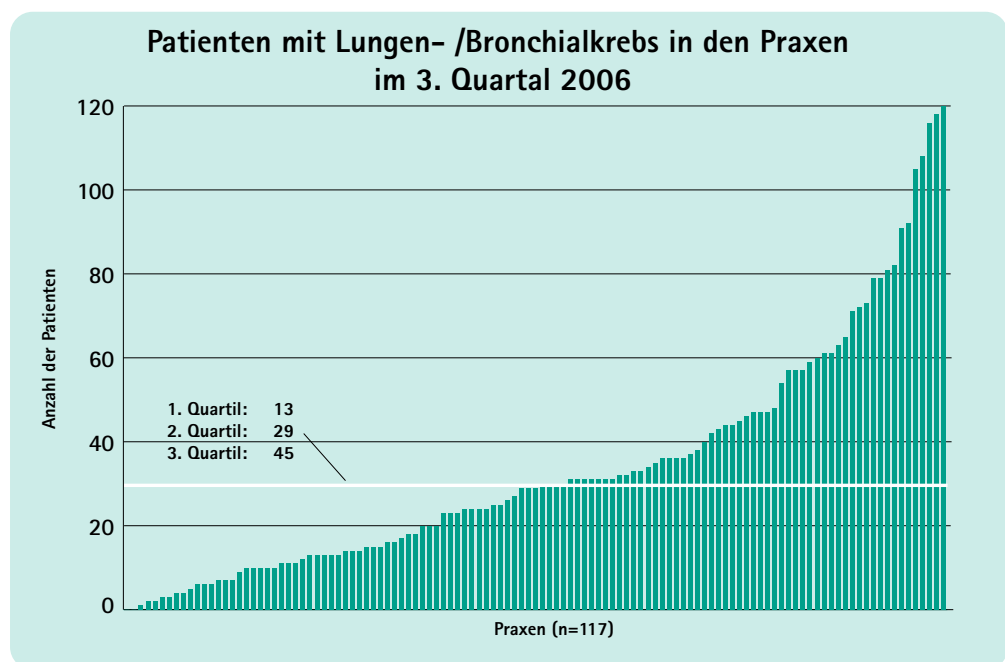


93 Praxen

3.4. Bronchialkarzinom (C34)

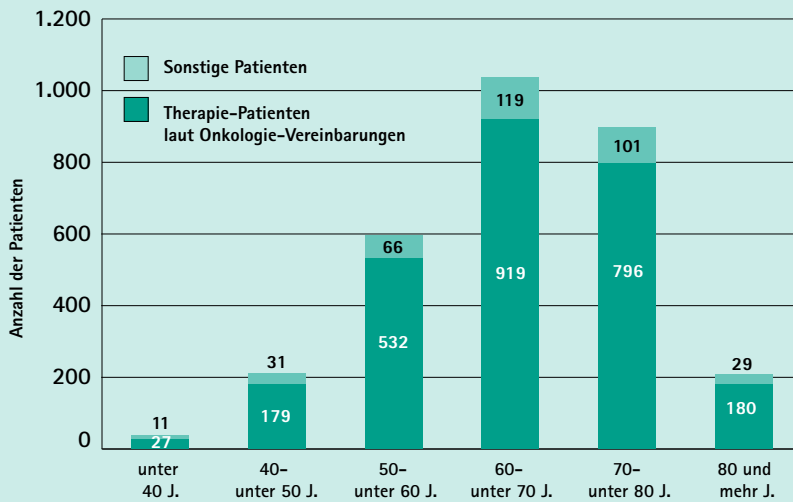
Lungen-/Bronchialkrebs ist die vierthäufigste onkologische Diagnose, weswegen Patienten in den Schwerpunktpraxen behandelt werden. Trotz einer hohen Inzidenz der Erkrankung in der Bevölkerung finden im Vergleich zu anderen Tumorentitäten unverändert eher wenige Patienten den Weg in die onkologischen Schwerpunktpraxen. Wie die Grafik 14b zeigt, kommen die Patienten zu einem hohen Anteil bereits mit gesicherter Diagnose in die Praxis, so dass dort die verschiedenen Therapiemaßnahmen, adjuvant oder supportiv, begonnen werden können. Auch bei dieser Tumorentität steht bis ins hohe Alter die Chemotherapie im Vordergrund.

Grafik 14a



Grafik 14b

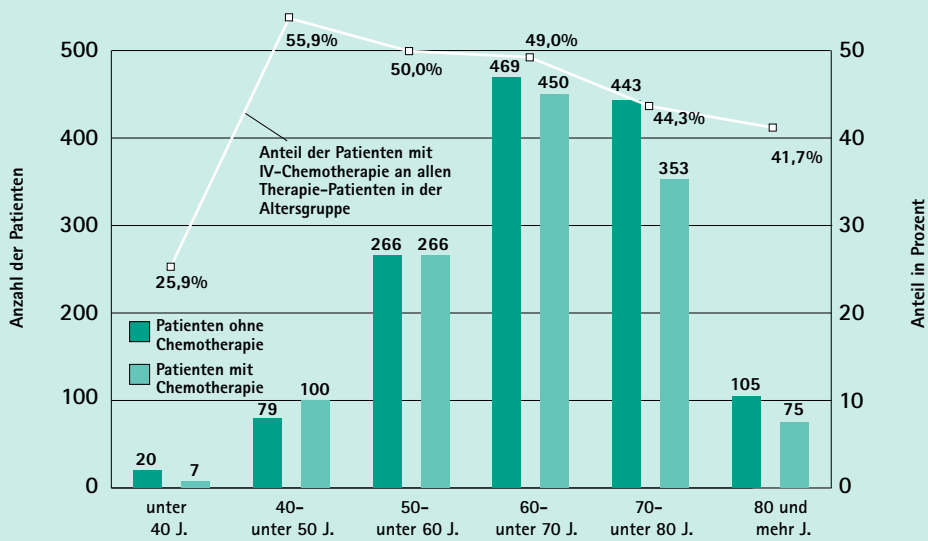
Lungen- /Bronchialkrebspatienten nach Alter und Versorgung im 3. Quartal 2006



93 Praxen

Grafik 14c

Lungen- /Bronchialkrebspatienten nach Behandlungsart und Alter im 3. Quartal 2006

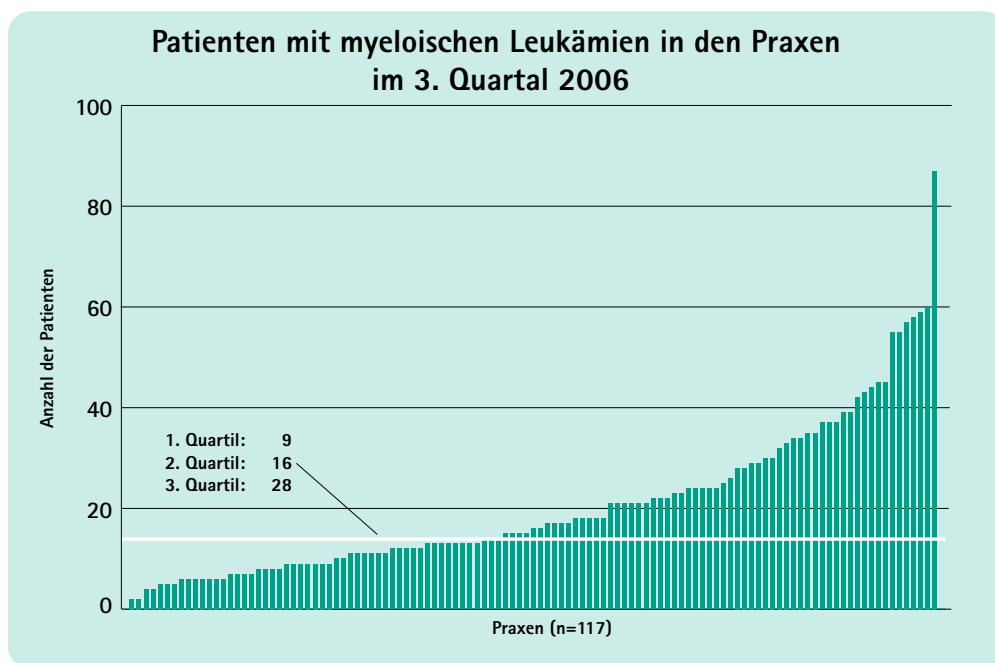


93 Praxen

3.5. Chronische myeloische Leukämien (C92-C96)

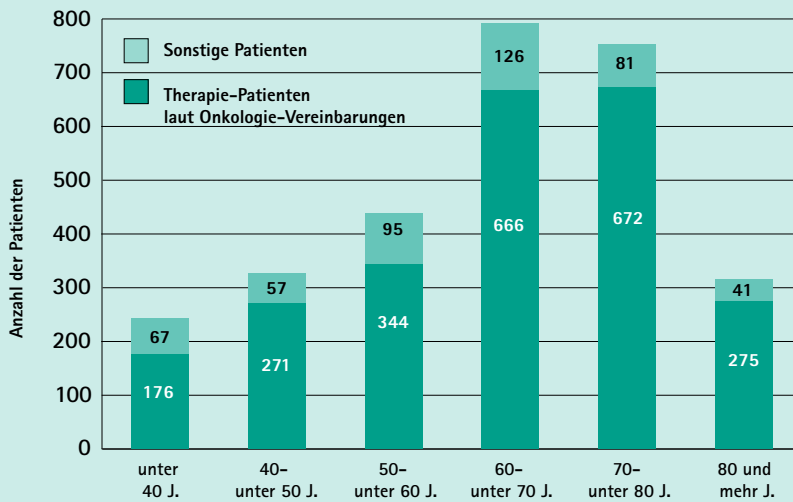
Patienten mit chronisch-myeloischen Leukämien (CML) sind in den Praxen deutlich seltener vertreten, als die bisher dargestellten Erkrankungen, sie werden aber gleichwohl sehr häufig ambulant behandelt. Das Risiko für eine Neuerkrankung besteht bereits in jüngeren Lebensjahren und steigt bis ins hohe Alter an. Das bildet sich auch in der Altersstruktur der Patienten in den Praxen ab. Die intravasale Chemotherapie hat bei diesen Patienten eine vergleichsweise geringe Bedeutung.

Grafik 15a



Grafik 15b

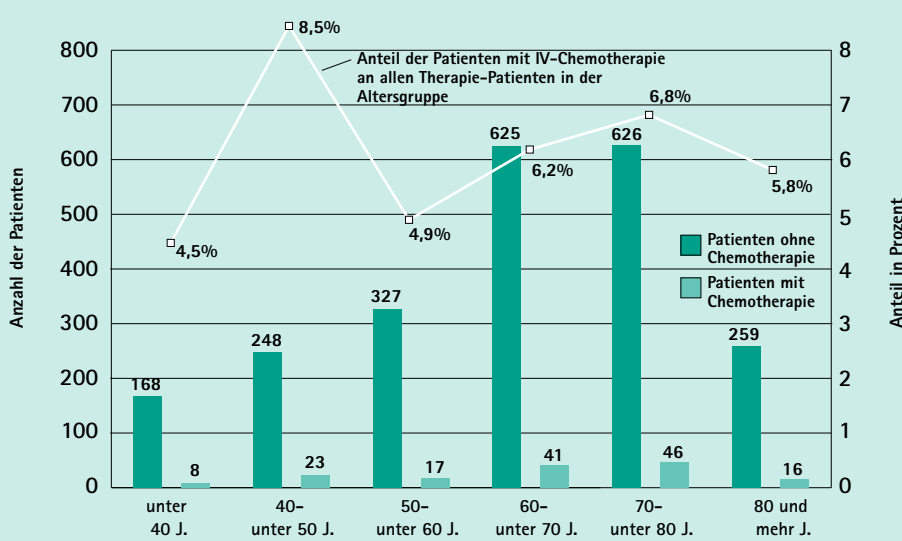
CML-Patienten nach Alter und Versorgung im 3. Quartal 2006



93 Praxen

Grafik 15c

CML-Patienten nach Behandlungsart und Alter im 3. Quartal 2006

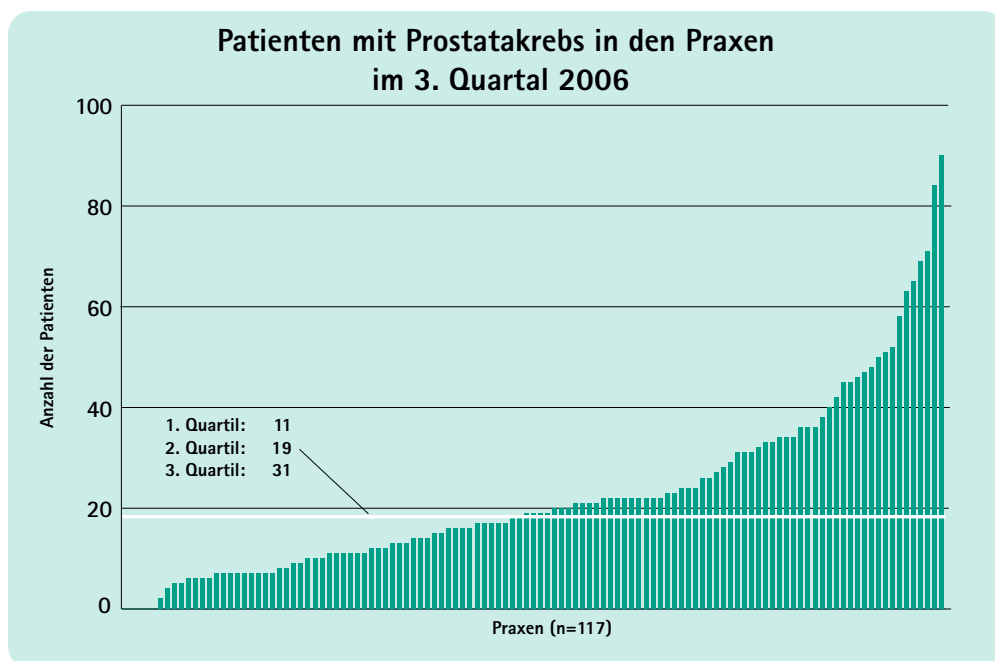


93 Praxen

3.6. Prostatakarzinom (C61)

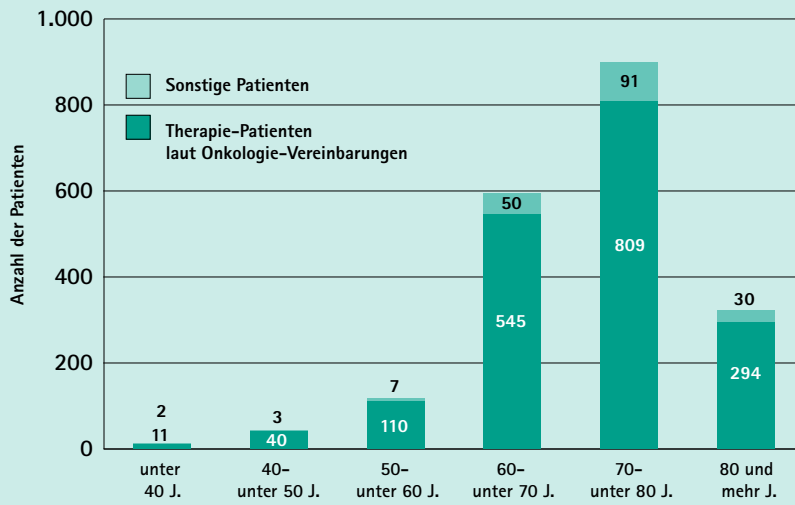
Die Häufigkeit von Prostatakrebs nimmt in der männlichen Bevölkerung zu. Das zeigt sich auch an der Patientenzahl in den Praxen. Bei einer vergleichsweise guten Prognose finden sich darunter auch viele Patienten in hohem Lebensalter. Steht bei jüngeren Prostatakrebs-Patienten die IV-Chemotherapie im Vordergrund, so geht dieser Anteil im hohen Alter zurück. Das entspricht durchaus den Therapieempfehlungen, die für höhere Altersgruppen angesichts einer im Regelfall langsamen Progression des Tumorgeschehens ggf. einen zurückhaltenden Einsatz von Therapiemaßnahmen vorsehen.

Grafik 16a



Grafik 16b

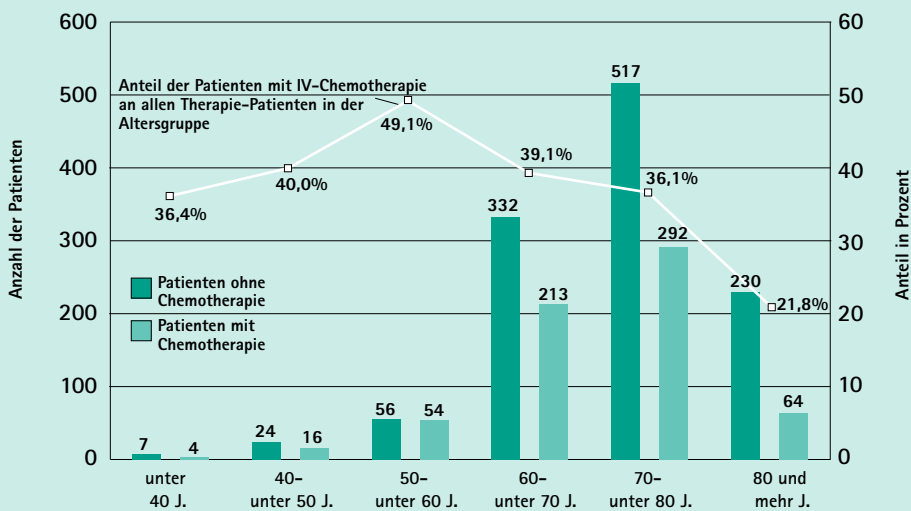
Prostatakrebspatienten nach Alter und Versorgung im 3. Quartal 2006



93 Praxen

Grafik 16c

Prostatakrebspatienten nach Behandlungsart und Alter im 3. Quartal 2006

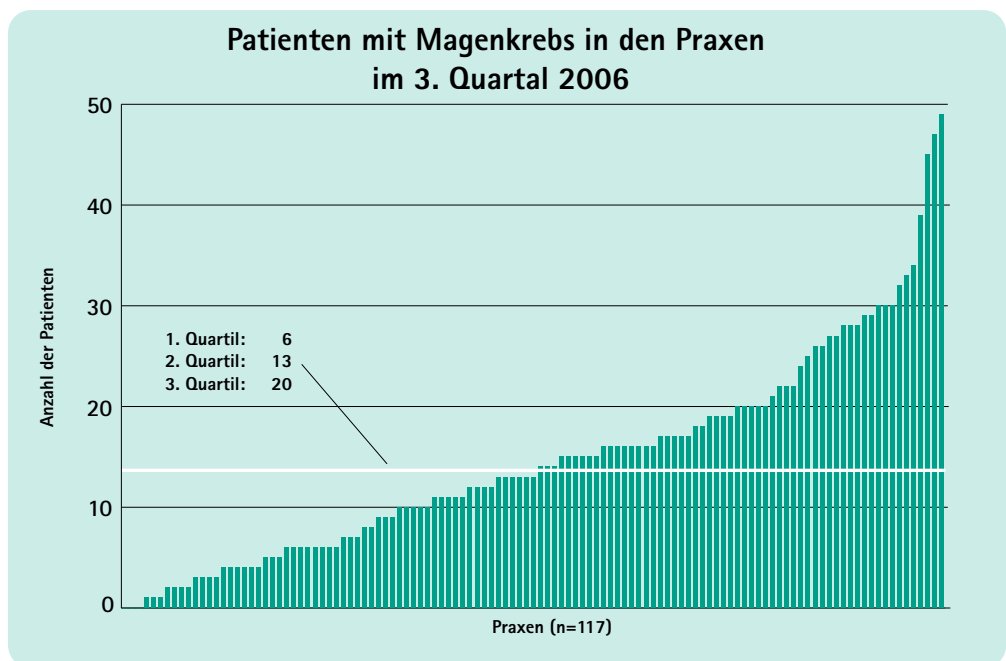


93 Praxen

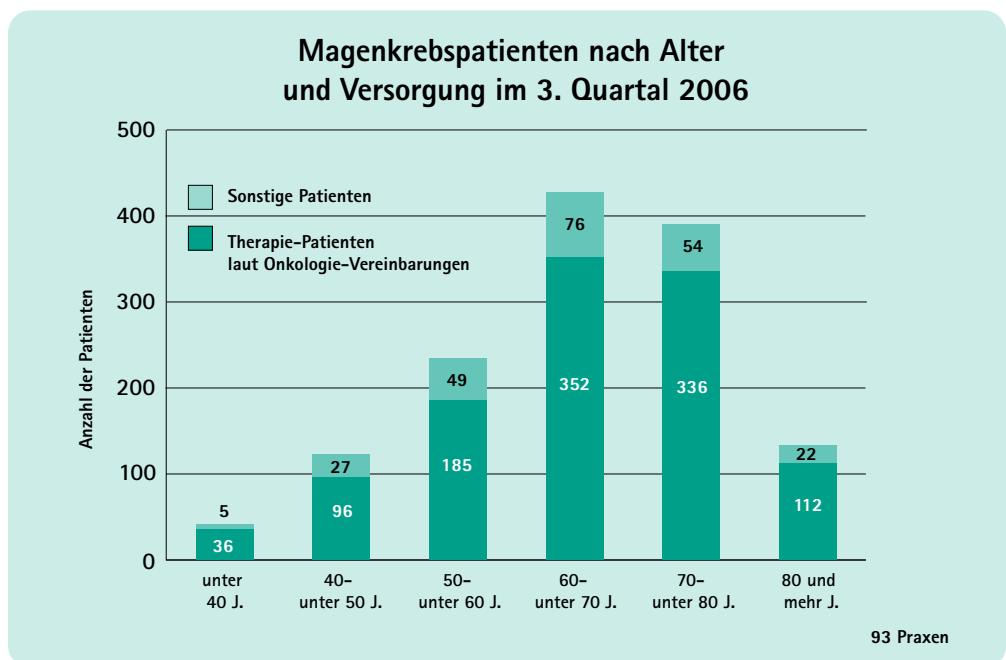
3.7. Magenkarzinom (C16)

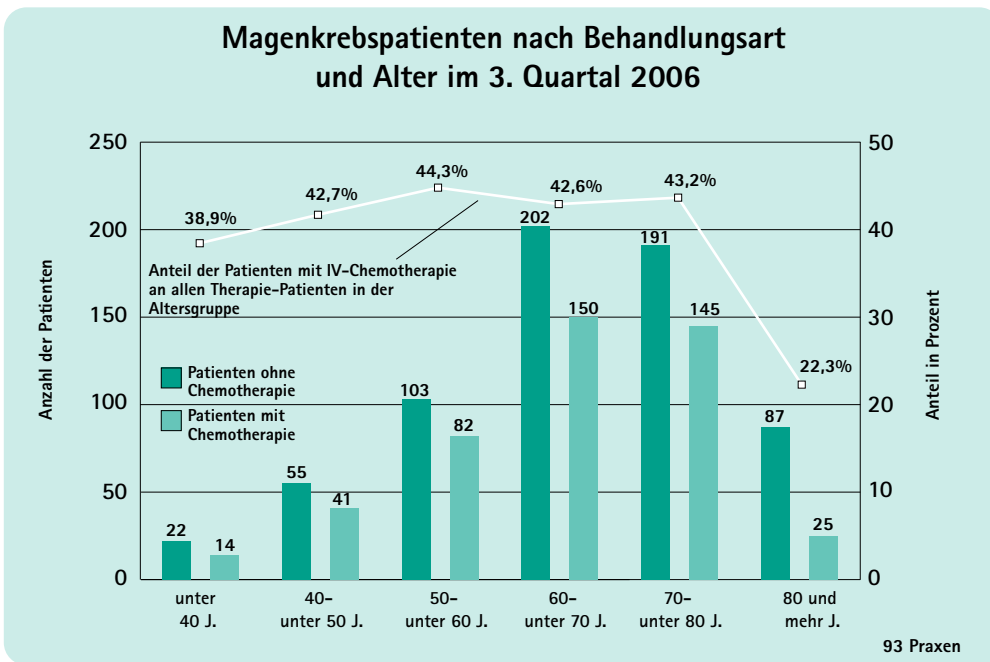
Die Zahl der Neuerkrankungen beim Magenkrebs geht seit einigen Jahren zurück. Gleichwohl wurden im Bezugsquartal in fast allen Praxen Patienten mit dieser Diagnose versorgt.

Grafik 17a



Grafik 17b

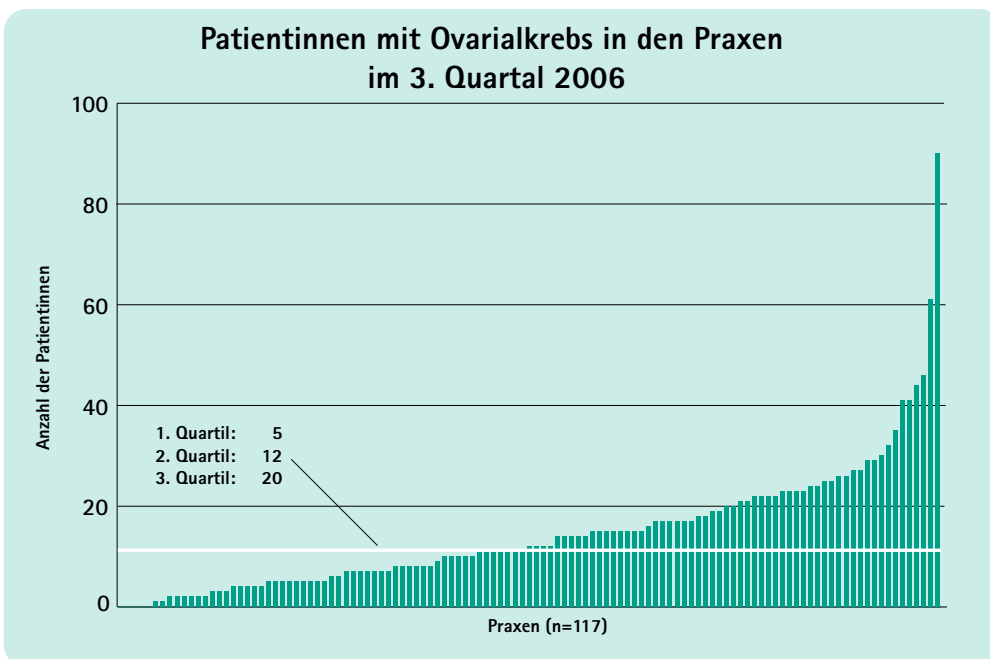




Grafik 17c

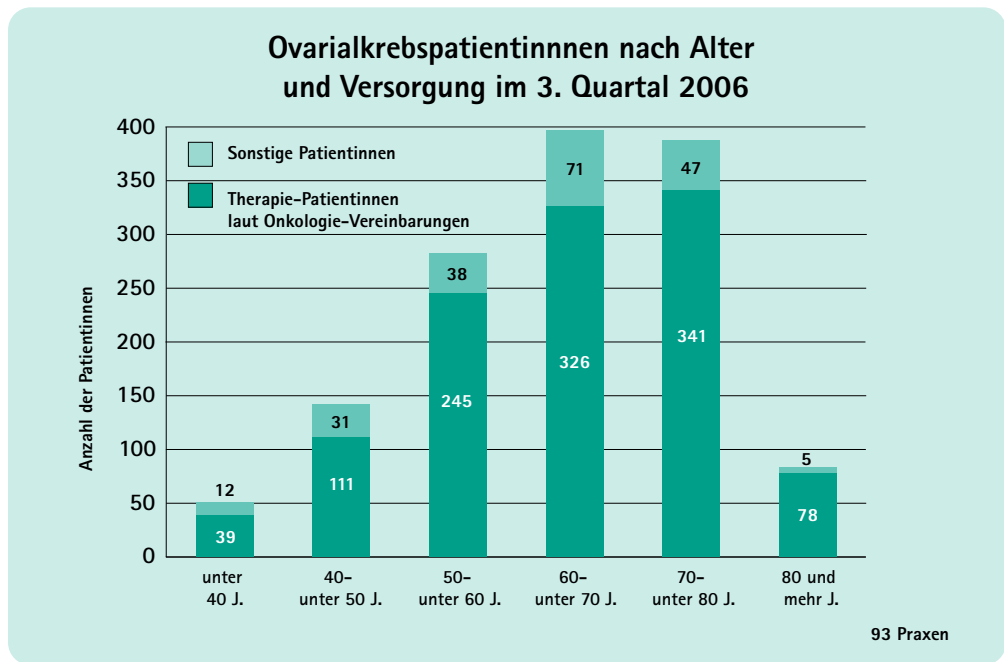
3.8. Ovarialkarzinom (C56)

Die Zahl der Patientinnen mit Eierstockkrebs in den Praxen hat sich gegenüber dem Vorjahr nicht verändert. Auch bei dieser Krebsart steht bis ins hohe Alter die Chemotherapie als Therapieoption im Vordergrund.

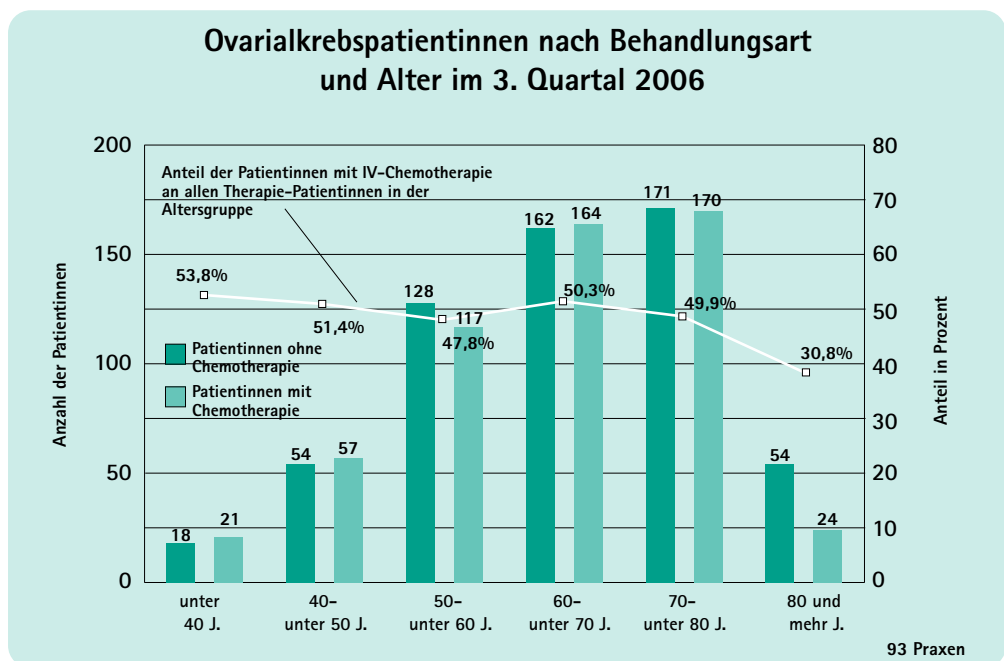


Grafik 18a

Grafik 18b

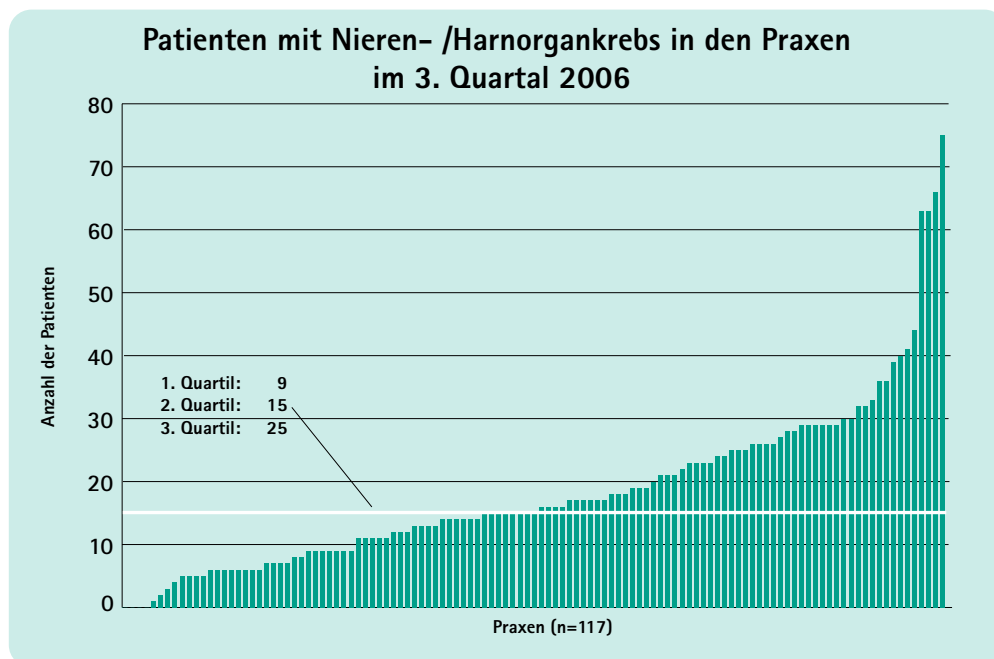


Grafik 18c



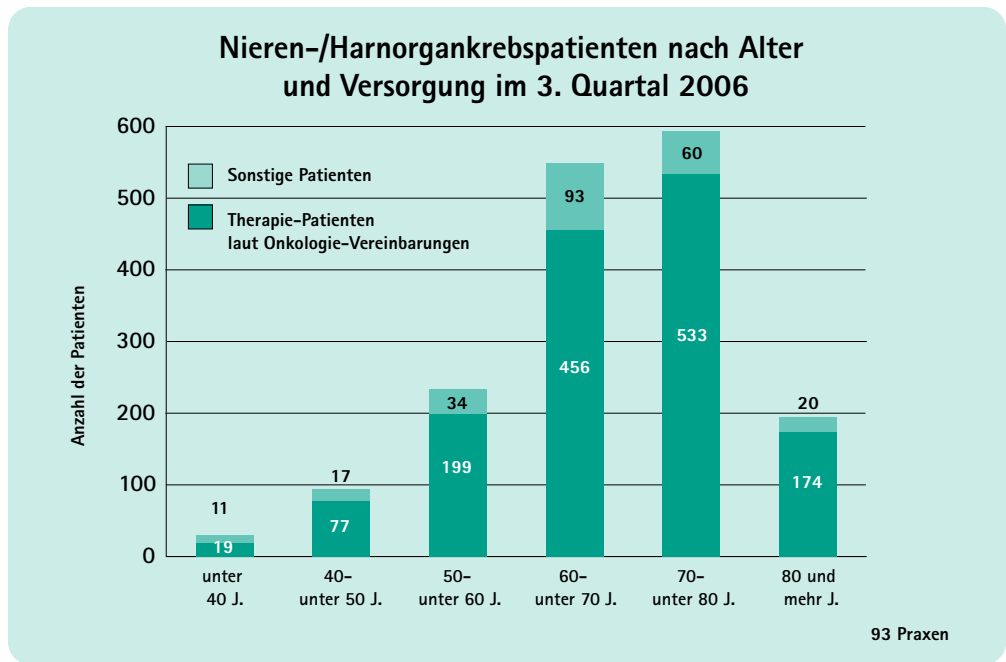
3.9. Karzinom der Nieren und Harnorgane (C64-C68)

Die Veränderung des Medians zeigt hier einen Anstieg der Zahl der behandelten Patienten an, der auch den amtlichen Inzidenz-Daten entspricht. Der Anteil der älteren Patienten in dieser Diagnosegruppe ist besonders hoch, eine intravenöse Chemotherapie wird dann offensichtlich seltener vorgenommen.

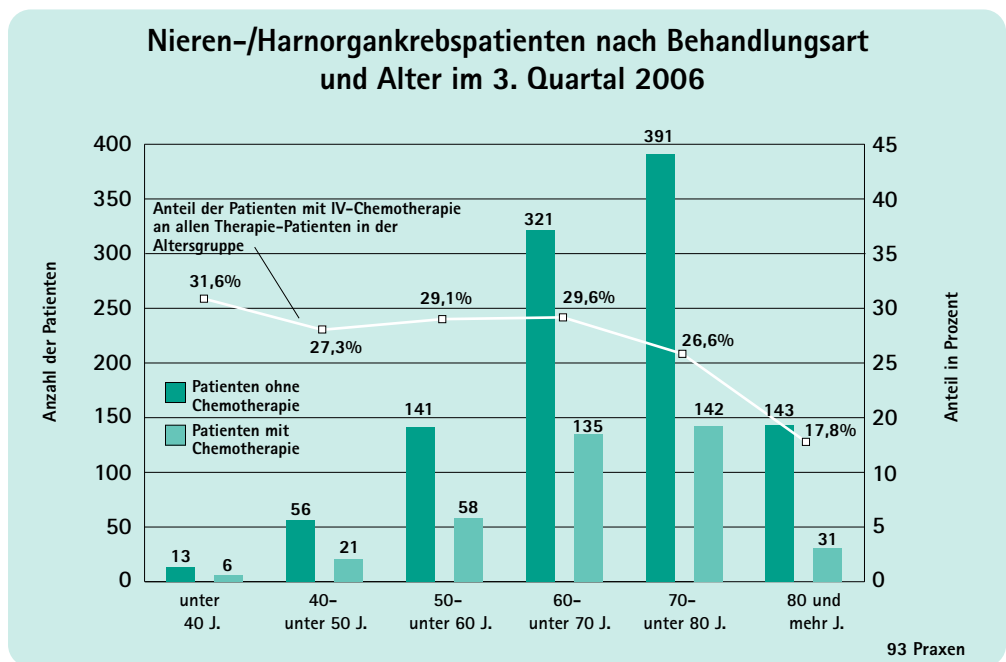


Grafik 19a

Grafik 19b



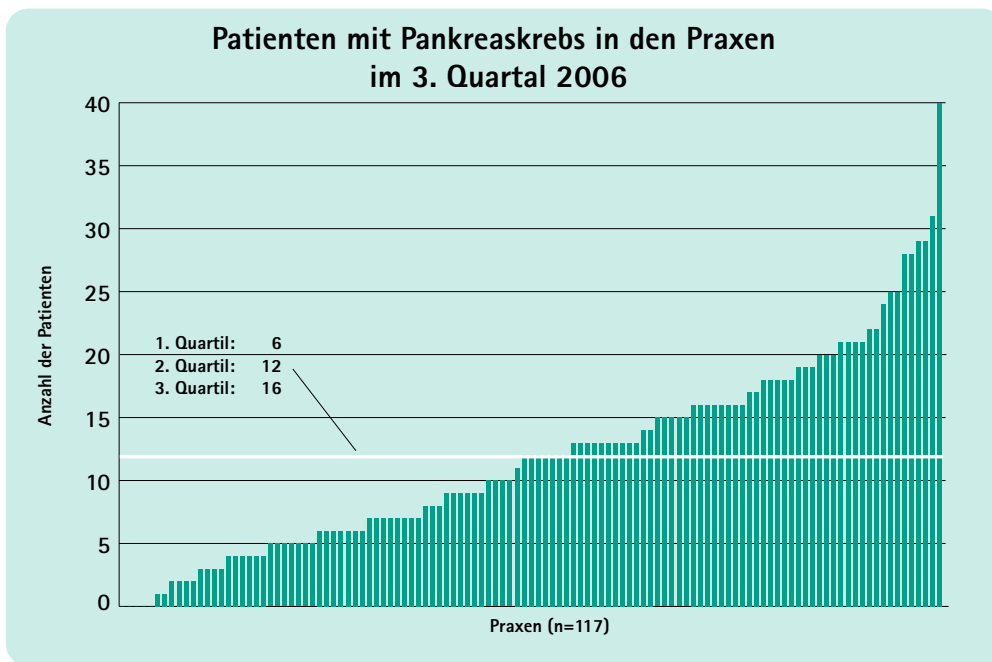
Grafik 19c



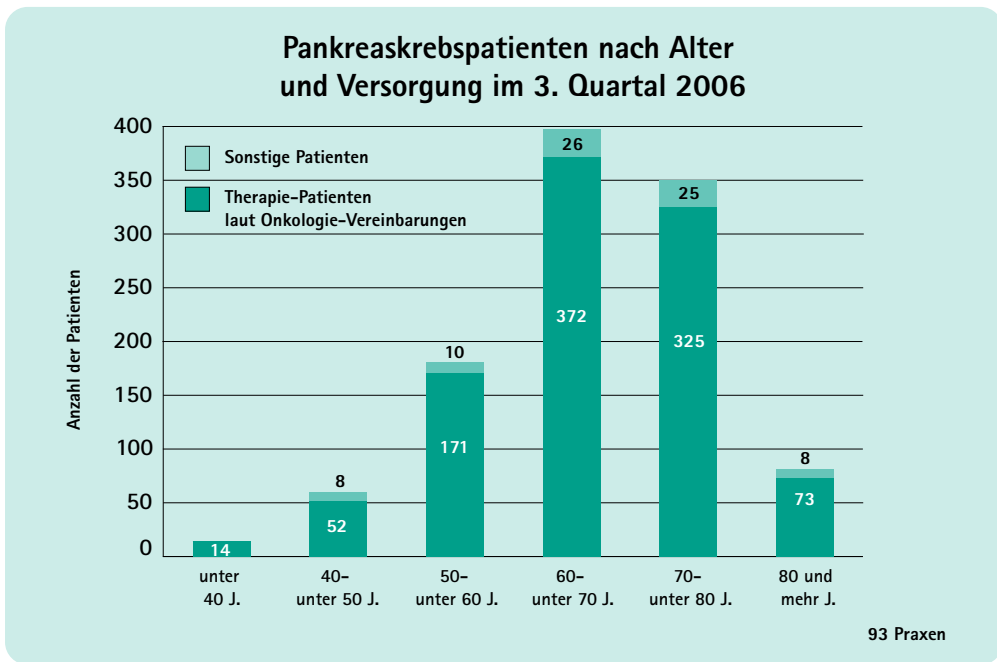
3.10. Pankreaskarzinom (C25)

Bösartigen Tumoren der Bauchspeicheldrüse gehören immer noch zu den am schwierigsten zu behandelnden onkologischen Diagnosen, die trotz gewisser Therapiefortschritte der letzten Jahre eine sehr schlechte Prognose beinhalten. Das trägt dazu bei, dass der Anteil älterer Patienten in den Praxen geringer ausfällt. In dieser Diagnosegruppe hat die Chemotherapie in allen Altersgruppen den vergleichsweise größten Anteil.

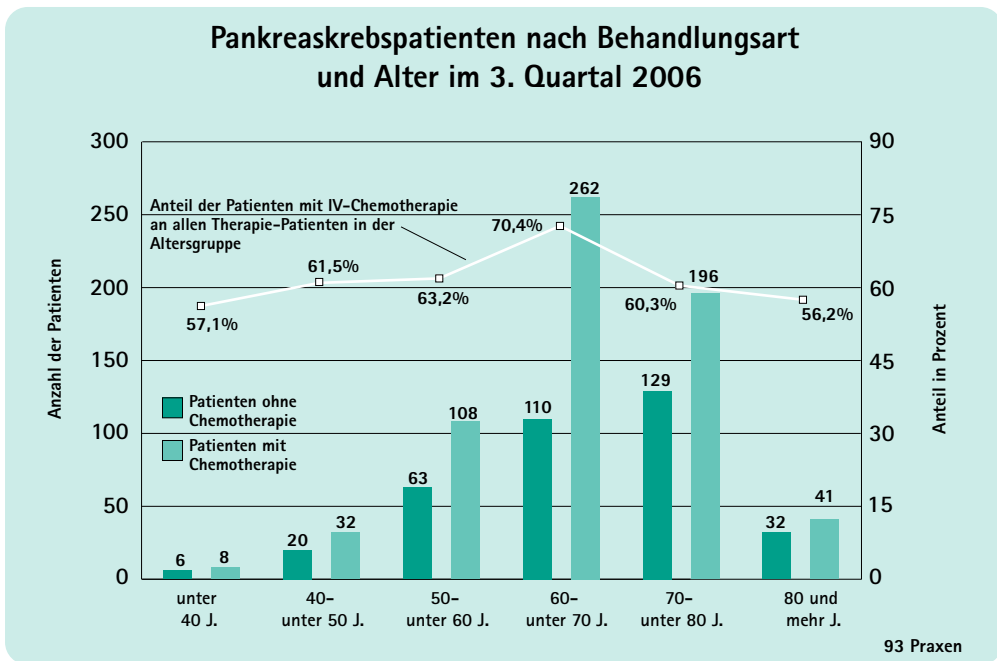
Grafik 20a



Grafik 20b

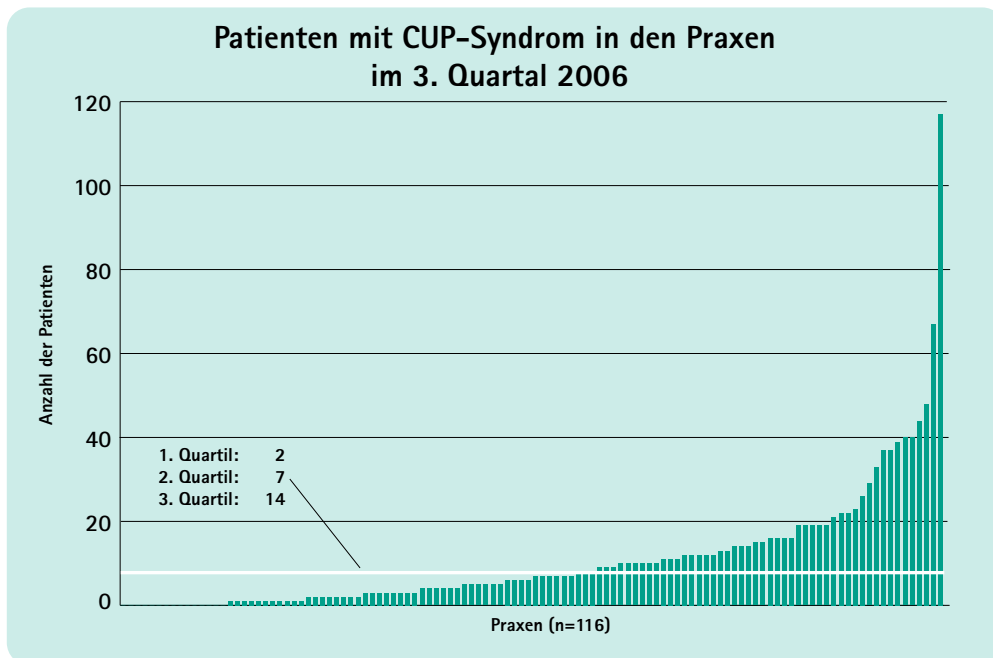


Grafik 20c



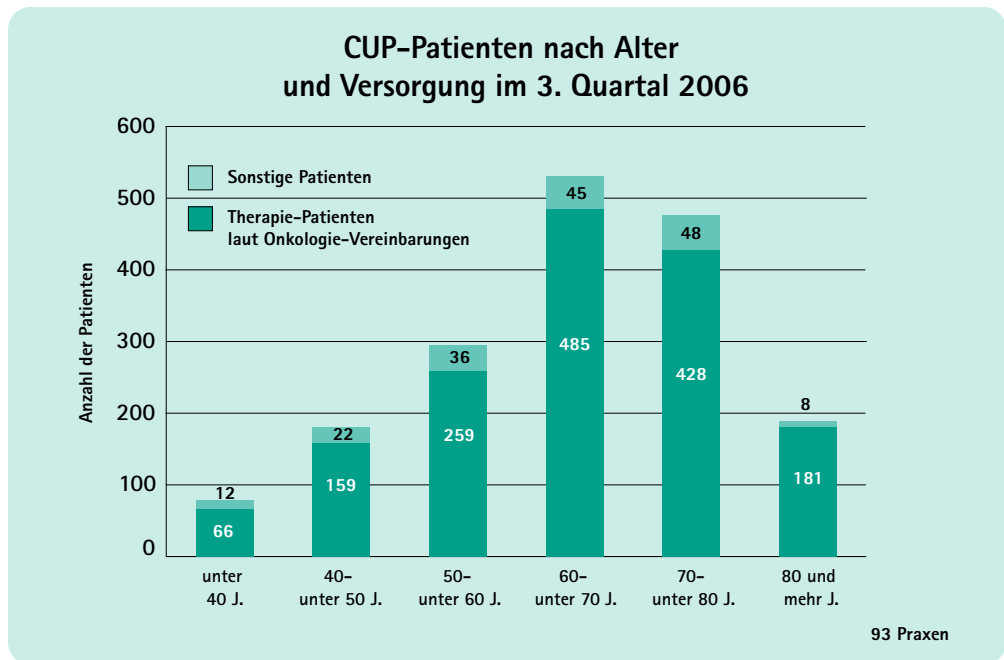
3.11. CUP-Syndrom (C80)

Die Krebserkrankungen ohne Angabe der Lokalisation bzw. bei unbekanntem Primärtumor (CUP-Syndrom) sind seltene Diagnosen. Die onkologischen Schwerpunktpraxen haben in der Regel wenige Patienten, die Ausnahmen bilden einige wenige Praxen, die hier einen besonderen Behandlungsschwerpunkt haben. (Aus statistischen Gründen wurde in Grafik 21a eine Praxis mit rund 800 Patienten nicht dargestellt.).

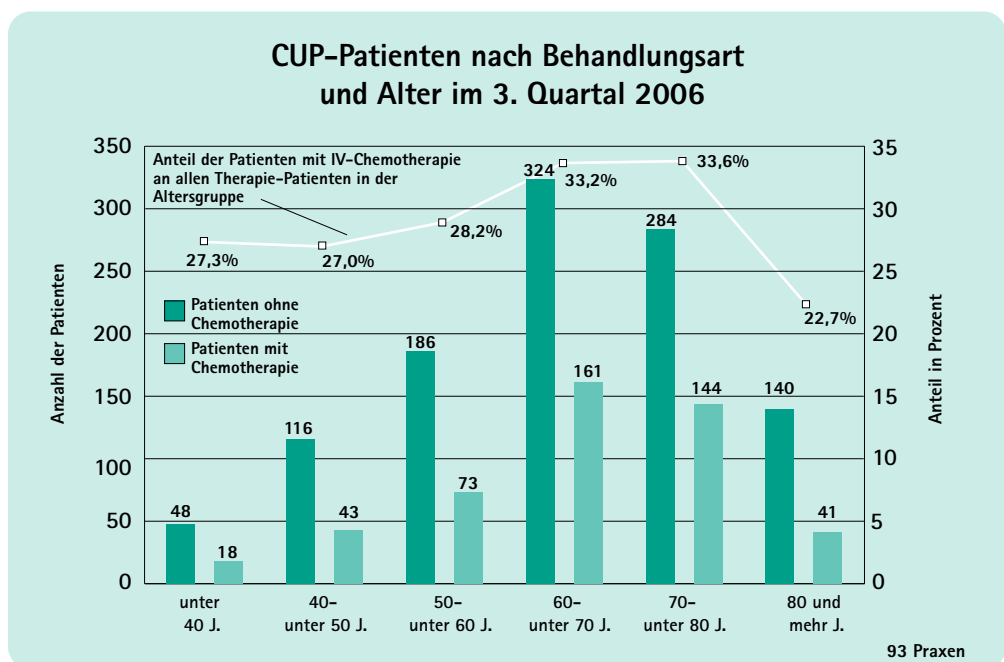


Grafik 21a

Grafik 21b



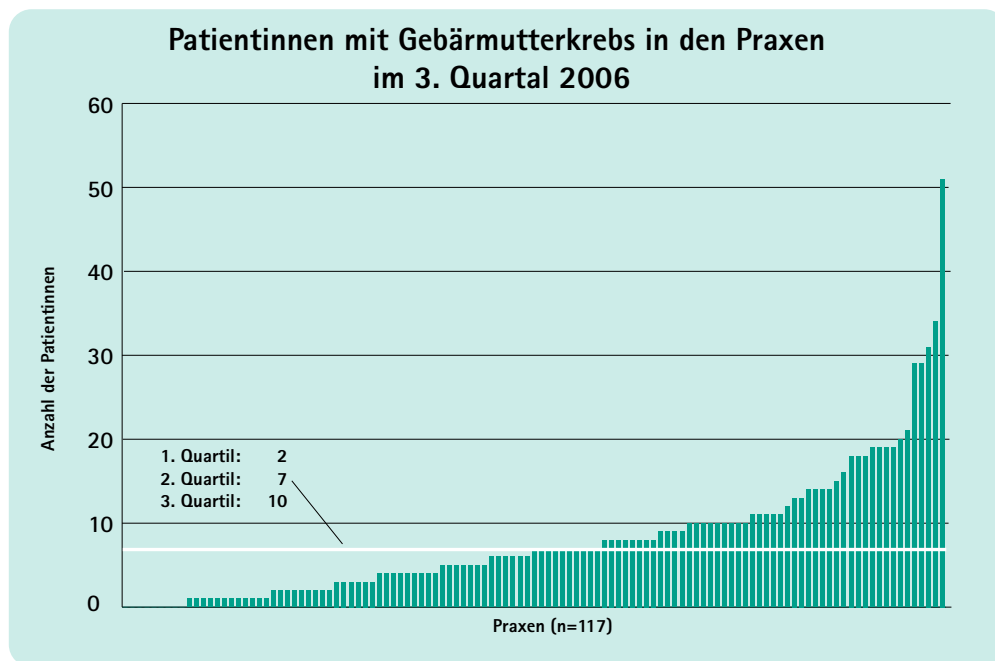
Grafik 21c



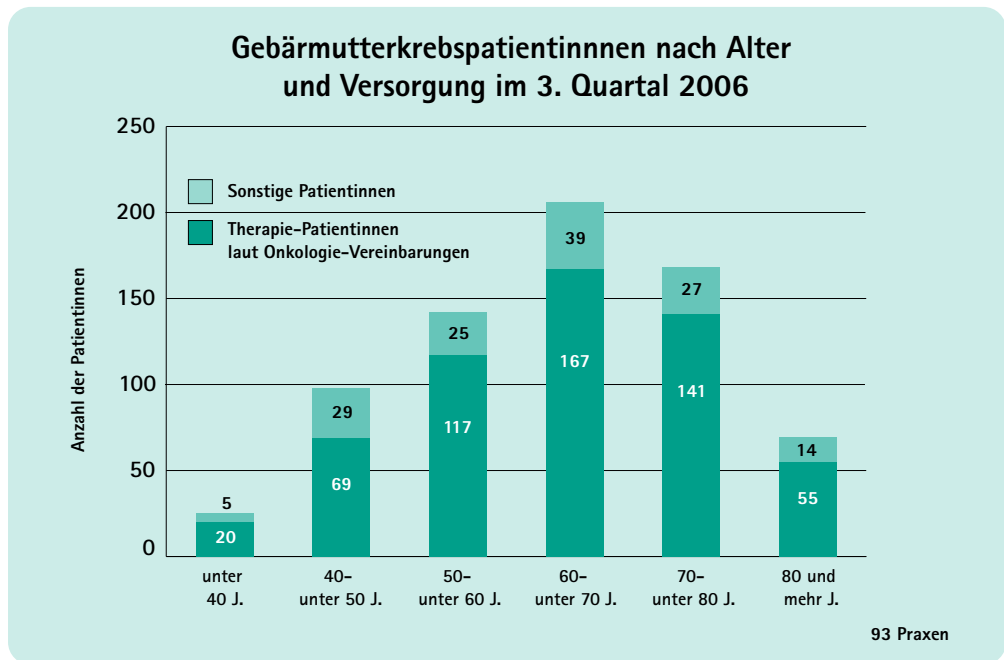
3.12. Gebärmutterkarzinom (C53-C55)

Patientinnen mit Gebärmutterkrebs sind gemessen an der Inzidenz dieser Erkrankung selten in den onkologischen Schwerpunktpraxen. Offenbar übernehmen die Schwerpunktpraxen hier häufiger als bei anderen Indikationen auch Aufgaben der Diagnostik. Dies zeigt der Zahlenanteil der Patientinnen in den jüngeren Altersgruppen, die (noch) nicht mit einer gesicherten Diagnose behandelt werden.

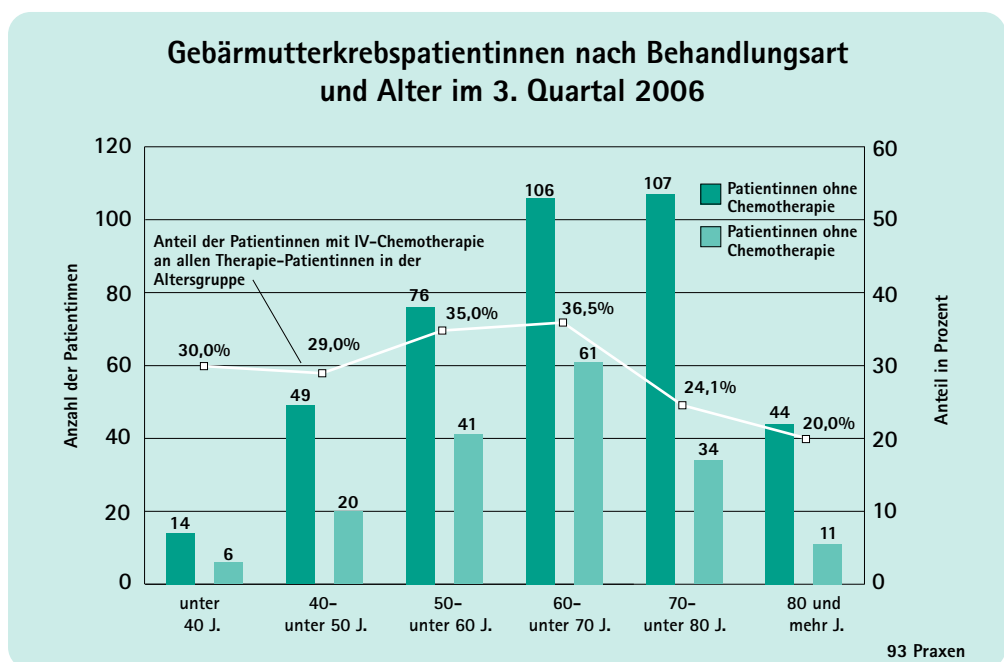
Grafik 22a



Grafik 22b

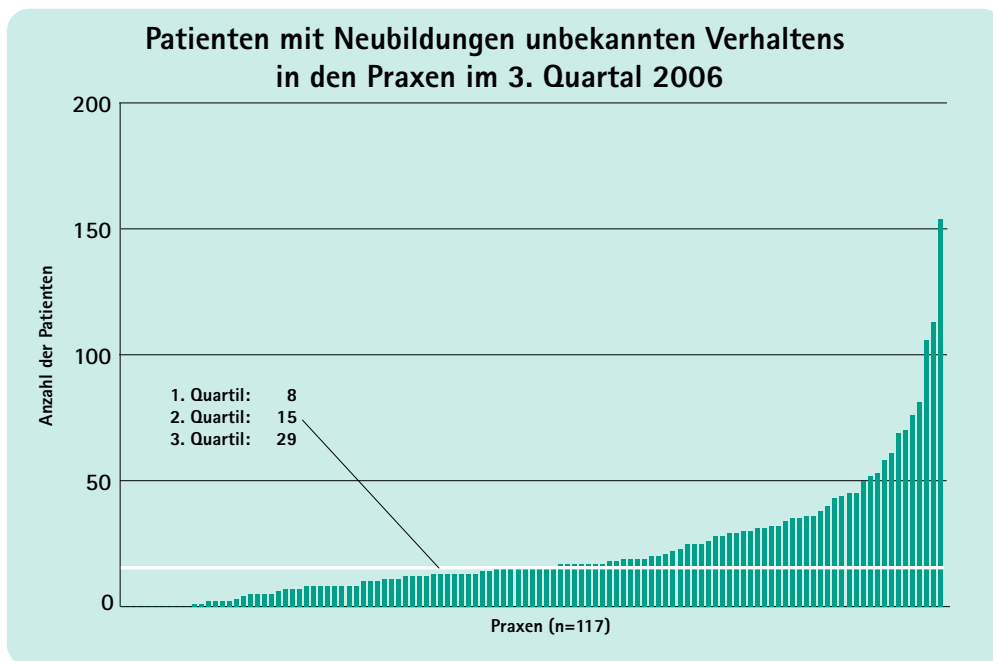


Grafik 22c



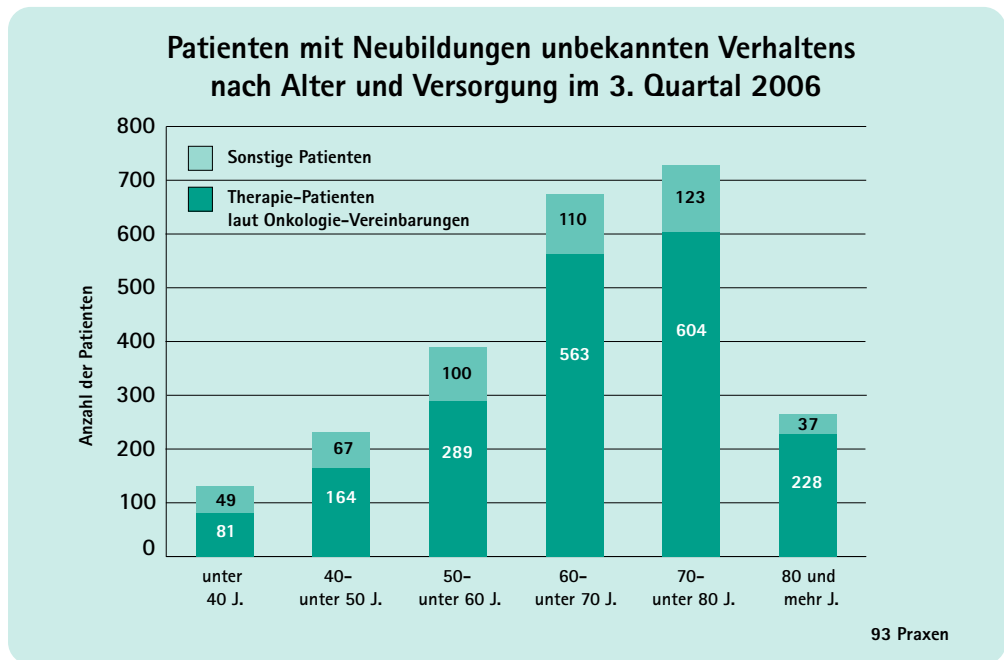
3.13. Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens (D37–D45)

Bei Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens bestehen unter Umständen Zweifel, ob die Erkrankung als gutartig oder bösartig anzusehen ist. Dabei wird ein breites Spektrum von Krankheitszuständen und Tumor-Lokalisationen zusammengefasst. Die Altersstruktur der Patienten unterscheidet sich nicht von den übrigen onkologischen Diagnosebereichen. Chemotherapeutische Maßnahmen kommen hier nur in Ausnahmefällen in Frage, daher entfällt hier die entsprechende Grafik.



Grafik 23a

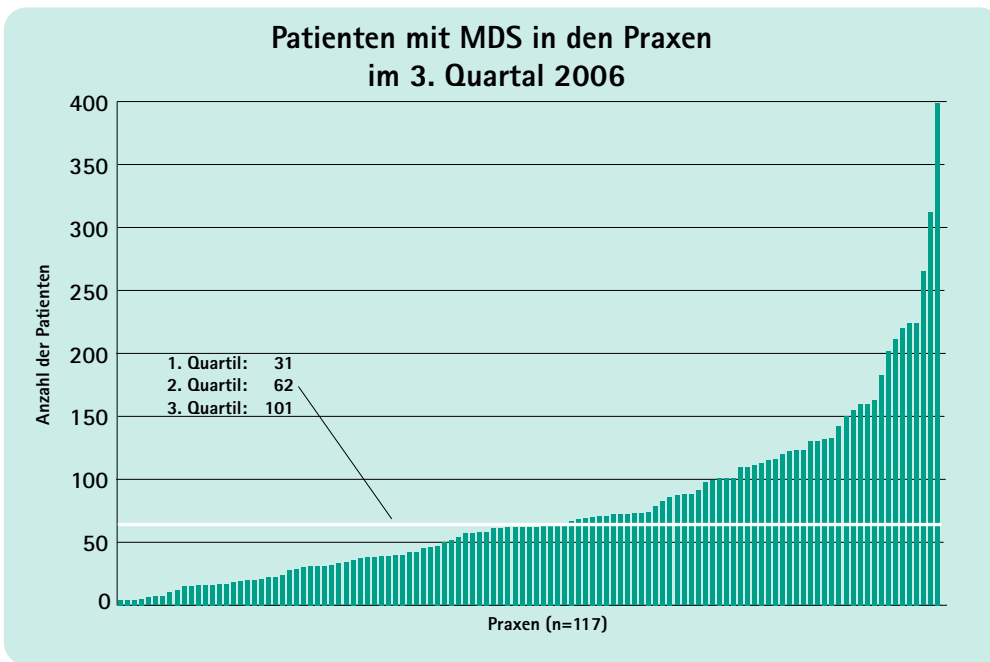
Grafik 23b



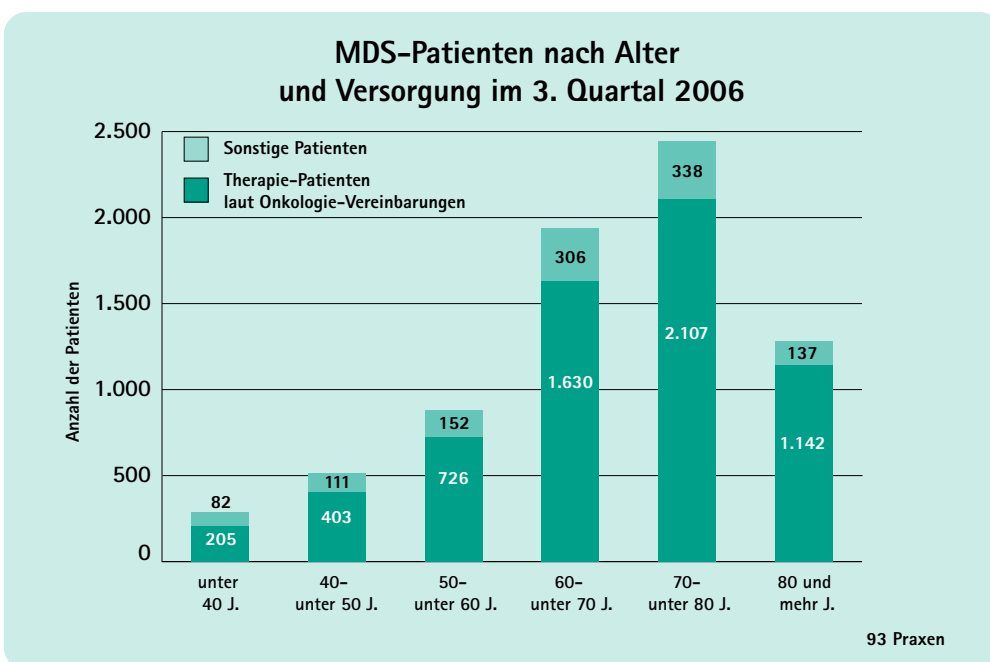
3.14. MDS und andere myeloproliferative Erkrankungen (D46–D47)

Myelodysplastische Syndrome (MDS) und andere myeloproliferative Erkrankungen werden in der aktuellen Systematik der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) in den Übergangsbereich zu gutartigen Neubildungen oder hämatologischen Systemerkrankungen eingeordnet. Die meisten onkologischen Praxen behandeln eine relevante Zahl von Patienten mit MDS. Die Behandlung bringt auch deswegen oftmals einen besonderen Aufwand mit sich, weil diese Patientengruppe vielfach in einem weit vorgerückten Alter ist. Der Anteil der über 80-jährigen ist hier besonders hoch.

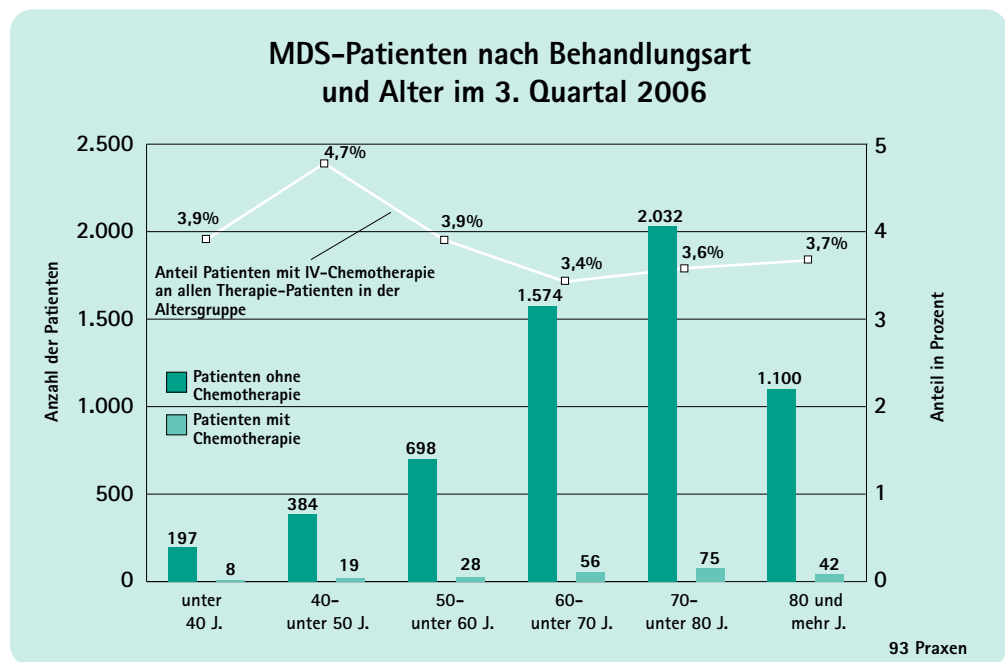
Grafik 24a



Grafik 24b



Grafik 24c

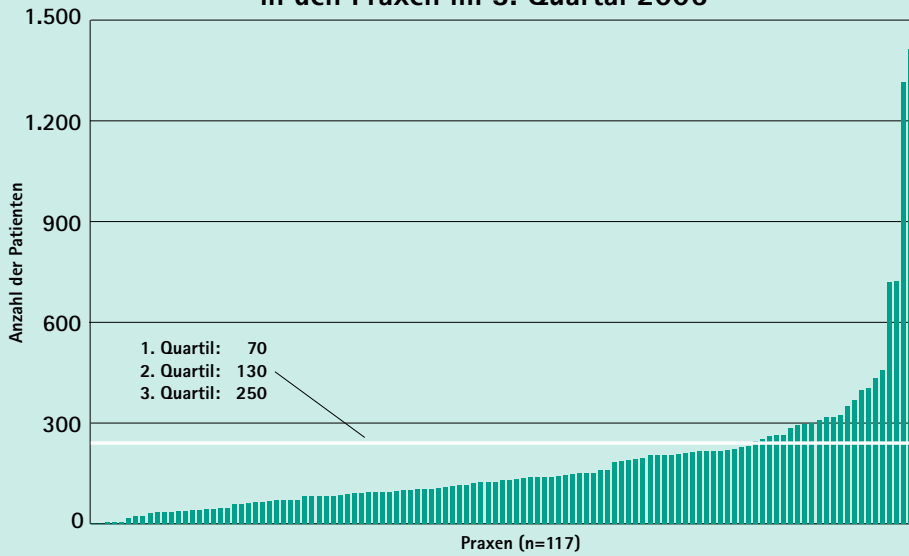


3.15. Hämatologische und immunologische Systemerkrankungen (D50–D90)

Onkologische Schwerpunktpraxen sind auch Anlaufstelle für Patienten mit zahlreichen gutartigen hämatologischen und immunologischen Erkrankungen. Die Altersstruktur dieser Patienten unterscheidet sich deutlich vom Bereich der onkologischen Erkrankungen, zumal hier u. a. Diagnostik und Therapie von erworbenen oder hereditäre Anämien, Gerinnungsstörungen, Thrombozytopathien und Autoimmunerkrankungen eine große Rolle spielen, die auch jüngere Menschen betreffen. In jüngeren Altersgruppen ist das weibliche Geschlecht unter den Patienten deutlich stärker vertreten.

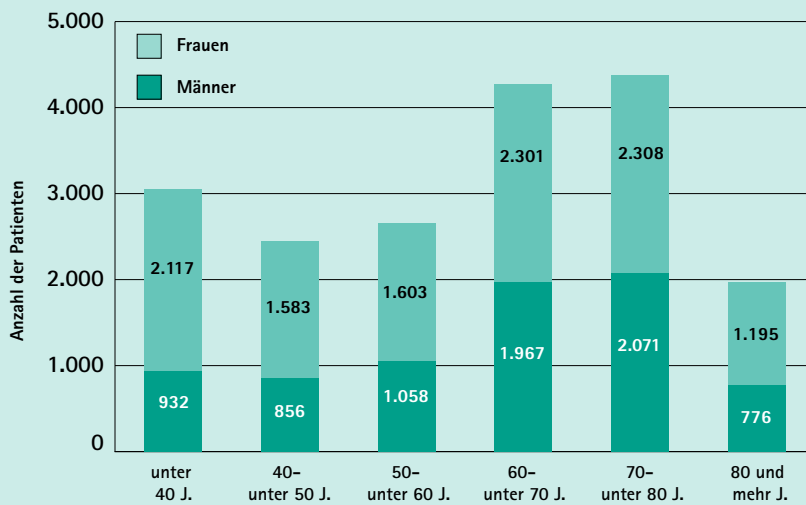
**Patienten mit benignen hämatologischen Erkrankungen
in den Praxen im 3. Quartal 2006**

Grafik 25a



**Hämatologische-Patienten nach Alter
und Geschlecht im 3. Quartal 2006**

Grafik 25b



93 Praxen

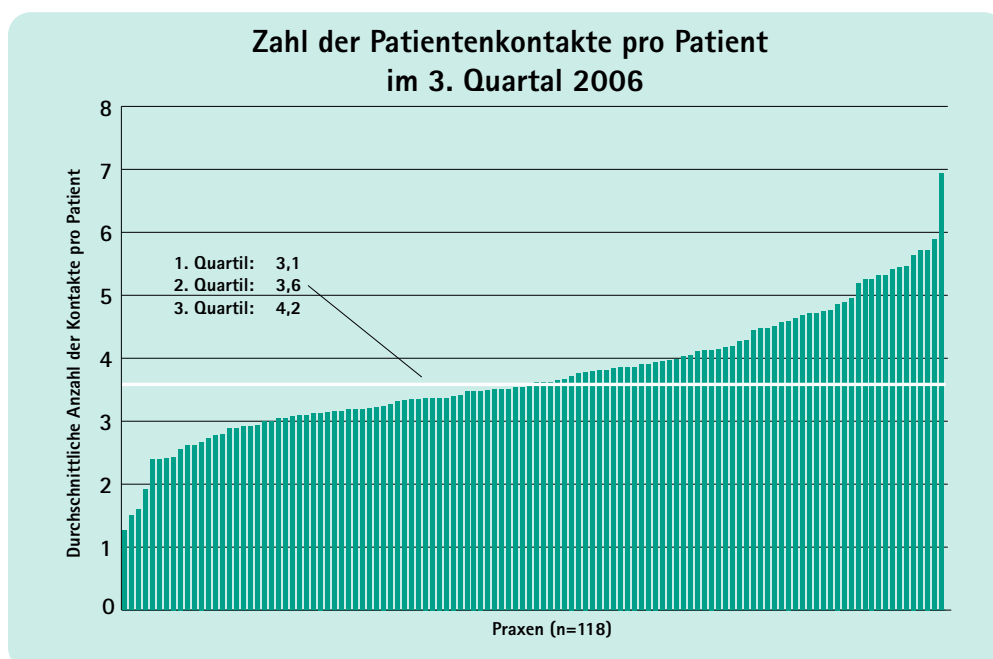
4. Leistungen

4.1. Kontakte und Gespräche

Onkologische Praxen zeichnen sich im Vergleich zu anderen Fachgruppen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch eine hohe Betreuungsintensität aus. Aus diesem Grunde haben diese Praxen pro Arzt auch deutlich geringere Patientenzahlen (siehe oben) als Praxen anderer Fachgebiete oder Zuweiserpraxen. Zumindest in der Akutphase der Therapie stehen die Krebspatienten in einer engen, dicht getakteten persönlichen Beziehung zu ihrem behandelnden Arzt, deren Frequenz weitgehend von den Anforderungen und dem Verlauf der Therapie vorgegeben wird. Nicht nur das Therapieschema, auch die Unwägbarkeiten des Verlaufs setzen voraus, dass der Onkologe und die Praxis bei Bedarf kurzfristig auf die Patientensituation reagieren können. Auch konsiliarisch stehen Hämatologen und Onkologen ihren Kollegen häufig zur Seite und integrieren entsprechende Anfragen in den Praxisablauf.

Diese hohen Kontaktfrequenzen - es geht ausschließlich um persönliche Arzt-Patienten-Kontakte - werden hier für die Praxen mit Bezug auf den einzelnen Patienten dargestellt. Im Durchschnitt hat im dritten Quartal jeder Patient mehr als 3,7 Besuche in seiner onkologischen Praxis absolviert, pro Praxis streut der Range zwischen 1,3 und 7 Kontakten. Als Kontakte wurden hier der Erstkontakt im Quartal sowie die anschließenden Konsultationen zusammengefasst.

Grafik 26



Die Abhängigkeit der Besuchshäufigkeit in der Praxis von der Therapiesituation kann am Beispiel der Brustkrebs-Patientinnen demonstriert werden. Patientinnen mit dieser Diagnose, aber ohne eine intravasale Chemotherapie im Beobachtungszeitraum, haben im dritten Quartal 2006 durchschnittlich 2,2 Besuche in ihrer Praxis absolviert. Patienten unter einer aktuellen IV-Chemotherapie haben im Durchschnitt dagegen 7,5 Behandlungstermine innerhalb der genannten drei Monate wahrgenommen. Der besondere Betreuungsaufwand der Praxen für einige Patientengruppen zeigt sich auch daran, dass ein Viertel dieser hier beobachteten Chemotherapie-Patienten sogar mehr als zehnmal in diesem Quartal in persönlichem Kontakt mit der Praxis war.

Es ist festzustellen, dass ältere Patienten nur leicht höhere Kontaktfrequenzen in den Schwerpunktpraxen aufweisen als jüngere. Im Durchschnitt besuchte ein Patient im Alter von 70 und mehr Jahren seine Praxis im dritten Quartal 2006 an 3,8 Tagen. Überraschend mag die höhere Besuchsfrequenz von älteren männlichen Patienten erscheinen, hier ergibt sich eventuell ein Effekt daraus, dass eine Reihe insbesondere von älteren weiblichen Patienten die Praxen zwar regelmäßig, aber mit geringerer Frequenz im Rahmen der Nachsorge aufsuchen.

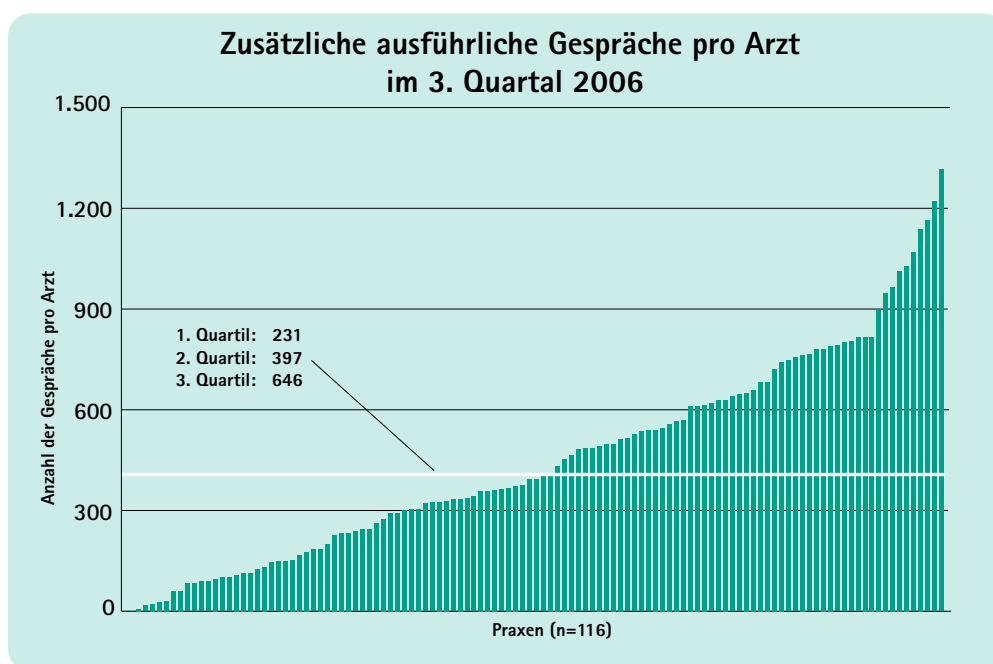
Tabelle 5

Kontakthäufigkeiten im 3. Quartal 2006 pro Patient			
	70 J. u. älter	unter 70 J.	Alle Patienten
zusammen	3,80	3,55	3,64
männlich	4,11	3,78	3,91
weiblich	3,56	3,39	3,45

Das Gespräch mit dem Patienten ist die Basis der ambulanten onkologischen Versorgung. Eine möglichst vertrauensvoll ausgestaltete Arzt-Patient-Beziehung schafft die besten Voraussetzungen, dass die belastenden und z. T. risikobehafteten Therapiemaßnahmen erfolgreich umgesetzt werden können.

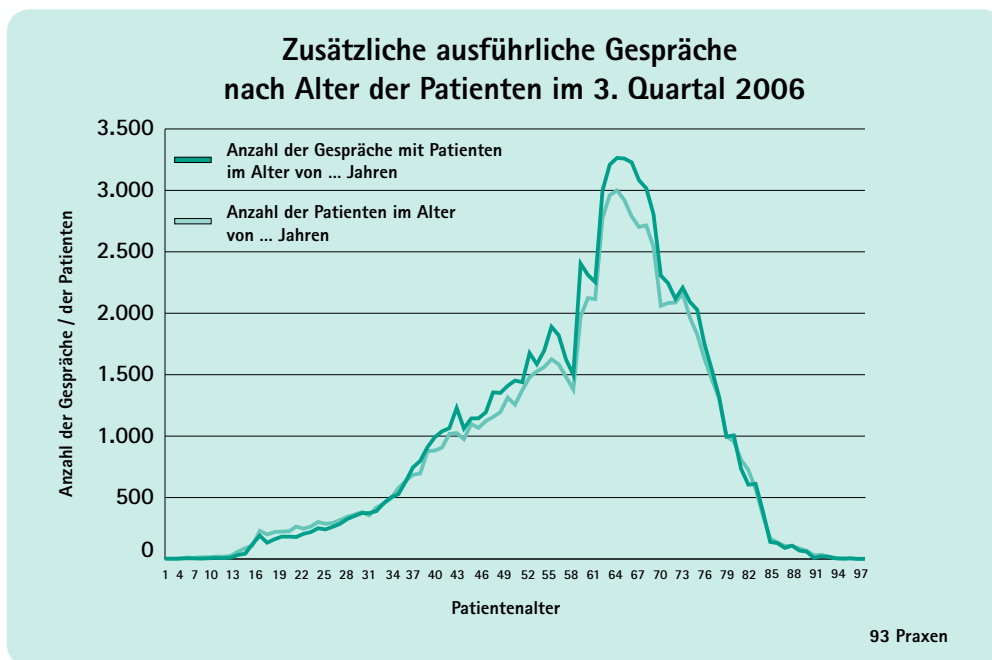
Wie im Berichtszeitraum 2005 führte im dritten Quartal 2006 im Median jeder Arzt rund 400 zusätzliche ausführliche Gespräche mit seinen Patienten. Es ist nicht zu übersehen, dass die Streuung einen höchst unterschiedlichen Umfang ärztlicher Kommunikation in den Praxen zum Ausdruck bringt.

Grafik 27



Bei den elektronisch ausgewerteten Praxisdaten konnte die Gesprächshäufigkeit noch etwas näher analysiert werden. Insgesamt wurden für jeden zweiten Patienten einer Praxis zusätzliche Gesprächsleistungen abgerechnet, bei diesen Patienten sind es pro Kopf 1,9 zusätzliche Gespräche. Auch hier zeigt sich keine Altersabhängigkeit dieser wichtigen Leistung, ältere Patienten unterscheiden sich in ihrem Gesprächsbedarf nicht von jüngeren Patienten.

Grafik 28



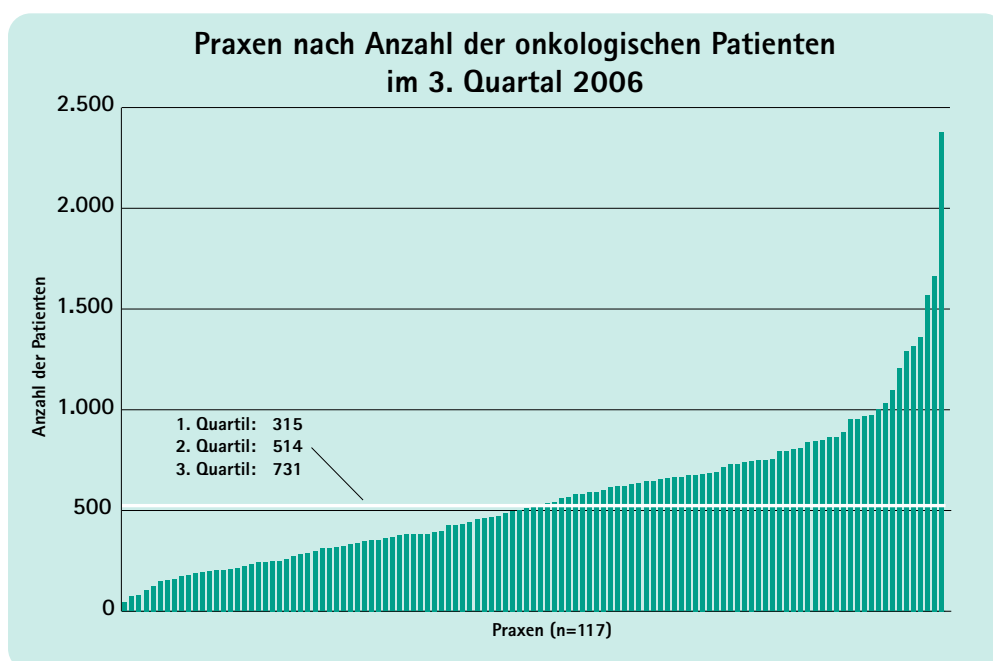
4.2. Antineoplastische Therapie

Die Konzeption und Durchführung der adjuvanten, palliativen und supportiven Behandlungen von Krebspatienten ist der größte Aufgabenbereich onkologischer Schwerpunktpraxen, wobei die Therapiemaßnahmen und -strategien in Folge des medizinischen Fortschritts eine immer größere Breite und Vielfalt gewinnen. Die Einsatzmöglichkeiten moderner Wirksubstanzen in der zielgerichteten Bekämpfung von Tumorzellen erweitern sich auf immer neue Entitäten und Anwendungsgebiete, die endokrine Diagnostik und Therapie wird immer wichtiger, die Applikationsformen ändern sich durch die orale Gabe einzelner Medikamente, ohne dass die Überwachung des Patienten damit an Bedeutung verliert.

Trotzdem bleibt die Therapie mit antiproliferativen, zytoreduktiven Substanzen der Schwerpunkt der spezifischen Tumorthherapie. Die onkologischen Schwerpunktpraxen sind darauf im Hinblick auf Personal- und Infrastruktur in besonderem Maße ausgerichtet und unternehmen große Anstrengungen in Zusammenarbeit mit ihren Laboren und Apotheken für eine sichere und zeitnahe Bereitstellung der Therapien.

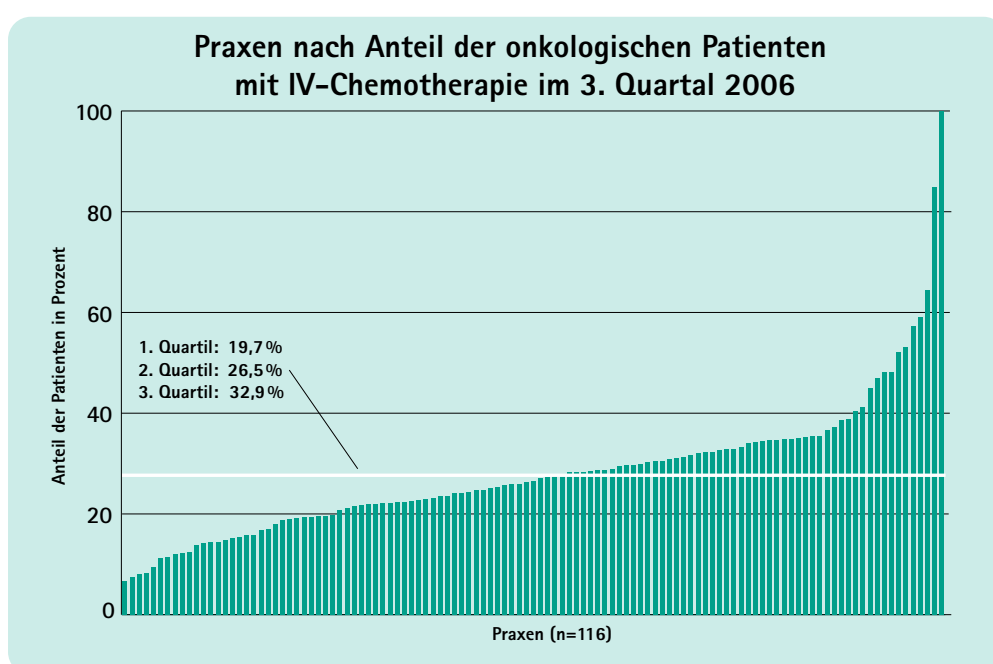
Im Median behandelte eine onkologische Schwerpunktpraxis 514 Patienten im Untersuchungsquartal, der Anstieg dieses Indikators gegenüber dem Vorjahresquartal um 40 Patienten zeigt einen deutliche Zuwachs der durchschnittlichen Patientenzahlen an, der insbesondere von den großen Praxen hervorgerufen wird.

Grafik 29



Im Durchschnitt aller Praxen erhalten etwa 27% der onkologischen Patienten eine intravasale oder intrakavitäre Chemotherapie, hier haben sich die Anteile gegenüber dem Vorjahr nicht verändert.

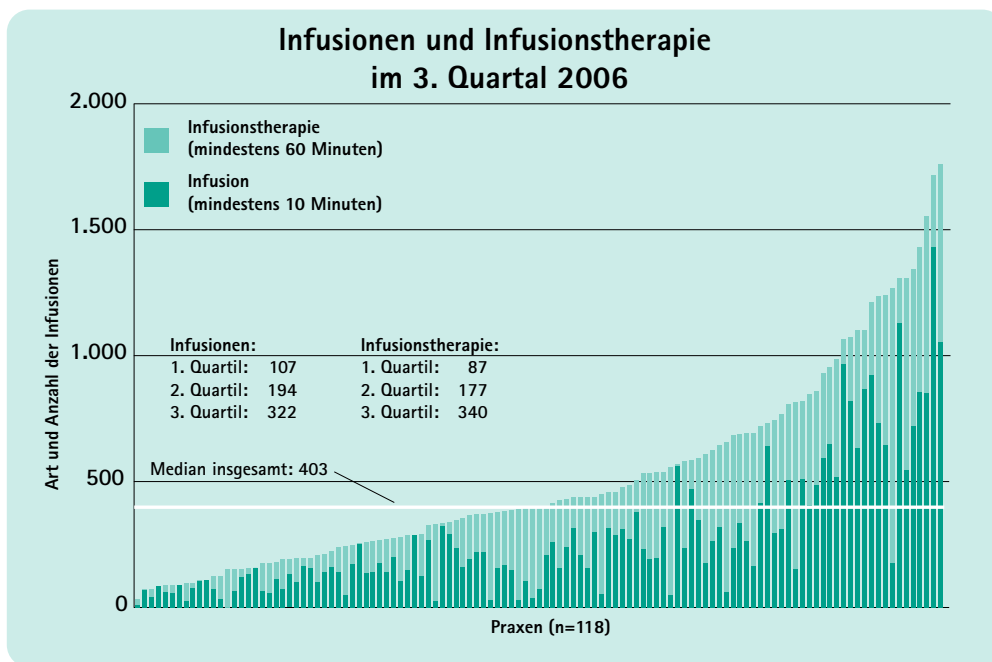
Grafik 30



4.3. Infusionen

Immer noch werden die antineoplastischen Substanzen in der Regel durch Infusionen appliziert. Sie stellen daher einen der häufigsten Vorgänge im Rahmen der onkologischen Systemtherapie dar. Die Abrechnungssystematik unterscheidet die Leistungen im Hinblick auf die Dauer der Prozeduren. Infusionen ab einer Dauer von mehr als 60 Minuten werden als Infusionstherapie bezeichnet. Wenn die Applikation mehrere Stunden dauert, handelt es sich in der Regel um eine praxisklinische Betreuung. Im Durchschnitt wurden in den Praxen im dritten Quartal 2006 284 kurze Infusionen und 253 Infusionstherapien durchgeführt. Bei den Kurzinfusionen zeigt der kaum veränderte Median eine gleichbleibende Zahl gegenüber dem Vorjahr an, die Häufigkeit der Infusionstherapie ist im Median dagegen von 141 auf 177 Fälle gestiegen. Die Varianz unter den Praxen hat sich ebenfalls leicht vermindert.

Grafik 31



Im Hinblick auf die Altersstruktur der therapierten Patienten zeigt sich kein Unterschied zwischen den Kurzinfusionen oder der Infusionstherapie, das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 64 Jahren. (Infusionen 64,2 Jahre, - SD 12,3 - ; Infusionstherapie 64,7 Jahre, - SD 11,8 -).

Insbesondere für sehr umfangreiche Infusionstherapien steht die Leistung der sogenannten ambulanten praxisklinischen Betreuung zur Verfügung. Insofern sind die im folgenden Abschnitt angesprochenen Behandlungsleistungen beim Gesamtumfang der Infusionstherapien mit zu berücksichtigen.

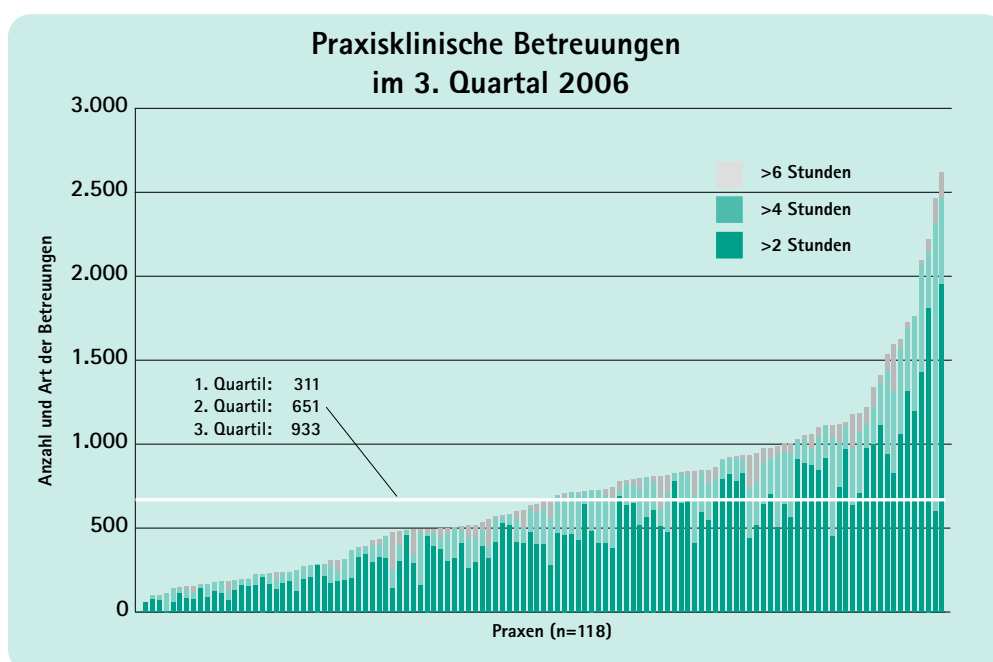
4.4. Ambulante praxisklinische Betreuungen

Für die Durchführung der so genannten praxisklinischen Betreuungen, bei denen der Patient sich einige Stunden in der Praxis aufhält, sind viele Praxen darauf eingestellt, Patienten je nach persönlicher Krankheitssituation oder Wünschen auch liegend zu behandeln. Einige Praxen bieten dazu separate Räumlichkeiten an, wo z.B. bettlägerige Patienten für einige Stunden überwacht werden können.

Aus den Daten von 118 Praxen über das dritte Quartal 2006 geht hervor, dass jede Praxis im Durchschnitt mehr als 700 praxisklinische Betreuungen durchgeführt hat. Davon entfielen 68% auf Betreuungen von mehr als zwei Stunden, 25% auf Betreuungen mit mehr als vier Stunden und knapp 7% auf solche mit mehr als sechs Stunden.

Die Grafik 32 zeigt die Anzahl der praxisklinischen Betreuungen der einzelnen Praxen. Auch hier zeigt der Anstieg der Zahl der Betreuungen in der medianen Praxis von 508 auf 651 die starke Ausweitung dieser Behandlungsart und deren weitere Verlagerung aus dem Krankenhaus in die ambulante Praxis. Allerdings nimmt auch die Streuung unter den Praxen weiter zu, das obere Quartil verschiebt sich von 789 auf 933 Leistungsfälle.

Grafik 32



Im Hinblick auf die Altersstruktur der Patienten ist festzustellen, dass ältere Patienten mindestens ebenso häufig praxisklinisch bzw. infusionstherapeutisch versorgt werden wie jüngere. 37,5 % aller praxisklinischen Betreuungen werden für Patienten im Alter von 70 Jahren und älter erbracht. Allerdings ist auffällig, dass die sehr belastenden langdauernden Versorgungen in höherem Maße bei jüngeren Patienten vorgesehen werden. Demgegenüber sind die älteren Patienten bei den kürzeren Behandlungen stärker vertreten, als es ihrem Anteil an den Patienten insgesamt entspricht.

Tabelle 6

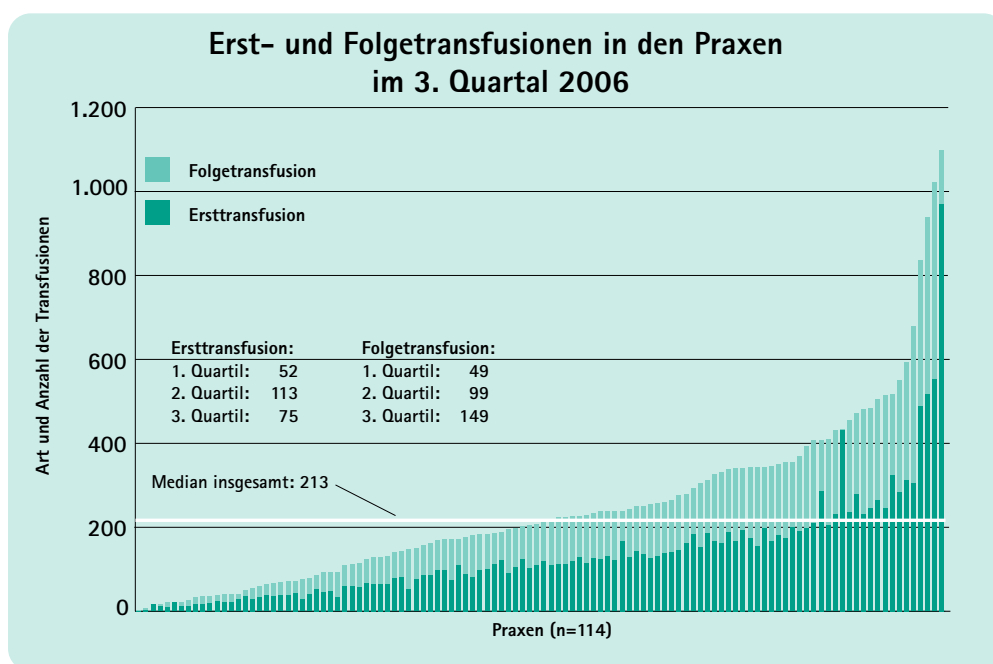
Praxisklinische Betreuungen nach Dauer und Patientenalter im 3. Quartal 2006			
Anteile in Prozent:			
Patientenalter	> 2 Stunden	> 4 Stunden	> 6 Stunden
unter 70 J.	60,2 %	66,7 %	71,3%
70 J. und älter	39,8 %	33,3 %	28,7 %
	100 %	100 %	100 %
Durchschnittsalter der Patienten in praxisklinischer Betreuung:			
> 2 Stunden	> 4 Stunden	> 6 Stunden	Alle Patienten
65,3	63,8	61,6	61,8
(SD 12,1)	(SD 11,8)	(SD 12,7)	(SD 15,3)

Patienten, die die mindestens zweistündige praxisklinische Betreuung erhalten, kommen im dritten Quartal 2006 im Durchschnitt auf 3,5 entsprechende Maßnahmen; bei den Patienten mit mindestens vierstündigen Betreuungen sind es 2,8 und bei den mindestens sechsstündigen sind es 2,4 Maßnahmen. Unterstellt man der Einfachheit halber, dass die Mindestbetreuungszeit auch die reale Betreuungszeit ist, so erhält man eine durchschnittliche praxisklinische Betreuungszeit insgesamt von 11,3 Stunden pro Quartal und Patient. Dabei ist berücksichtigt, dass Patienten sowohl kürzere als auch längere Behandlungen nebeneinander in Anspruch nehmen. Bei älteren Patienten, 70 Jahre und älter, sind es im Durchschnitt 10,5 Stunden, die sie im dritten Quartal 2006 im Durchschnitt praxisklinisch betreut wurden.

4.5. Transfusionen

Transfusionen von Blutprodukten, z.B. Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentrate, zählen in onkologischen Schwerpunktpraxen zu den häufigen Leistungen, nicht nur zur Behandlung bei benignen hämatologischen Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen, sondern auch im Rahmen der antineoplastischen Therapien. Für Transfusionen gelten hohe Qualitätsanforderungen und es müssen umfangreiche Vorschriften des Transfusionsgesetzes und der darauf aufbauenden Richtlinien beachtet werden.

Grafik 33



Grafik 33 stellt das Leistungsgeschehen in den Praxen dar. Dem Trend der vergangenen Jahre folgend steigen die Transfusions-Zahlen weiter an.

Tabelle 7

Transfusionshäufigkeit in Schwerpunktpraxen nach Quartilen:			
	2004*	2005*	2006
1. Quartil	66	89	97
2. Quartil	132	189	213
3. Quartil	265	316	341
Quartilenabstand	199	227	244

*Angaben aus früheren Qualitätsberichten der onkologischen Schwerpunktpraxen

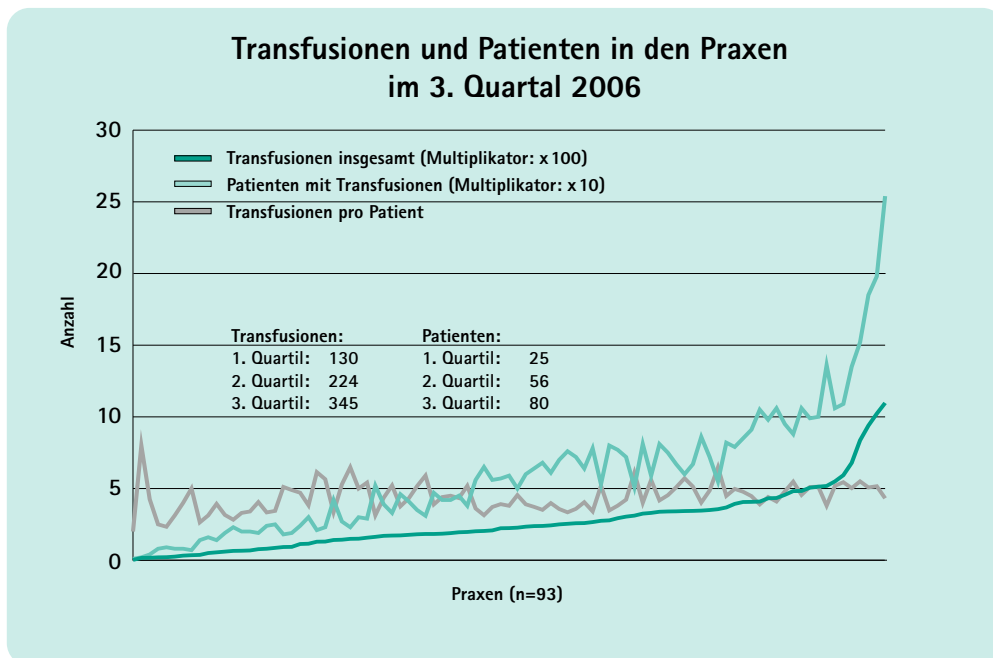
Die Notwendigkeit von Transfusionen steht in engen Zusammenhang mit altersbedingten Einschränkungen und Verschlechterungen der körperlichen Regenerationsfähigkeit. Daher werden Transfusionen in besonderem Maße bei älteren Patienten vorgenommen. Das Durchschnittsalter der Patienten lag im dritten Quartal 2006 bei 69,1 Jahren (SD 13,0). Den o. g. diagnosebezogenen Daten folgend, wonach die Krankheitsbelastung von Männern im vorgerückten Alter offenbar höher ist als diejenige von Frauen, wurden 53% aller Transfusionsleistungen für männliche Patienten erbracht. Diese Differenz

resultiert aber weniger aus einer unterschiedlichen Chance von Frauen und Männern, von dieser Therapie zu profitieren, als aus der höheren Zahl von Transfusionen, die bei männlichen Transfusionspatienten angesetzt wurden.

Transfusionen nach Geschlecht im 3. Quartal 2006		
	Männer	Frauen
Patienten mit Transfusionen*	48,6%	51,4%
Anzahl der Transfusionen pro Patient	4,9	4,1
*Anteil an allen Patienten in Prozent		

Tabelle 8

Dieser Unterschied wiederum ist nicht bedingt durch die möglicherweise geringeren Transfusions-Einheiten bei jüngeren Frauen im Zusammenhang mit gutartigen Erkrankungen. Das Alter macht fast keinen Unterschied im Hinblick auf die Zahl der Transfusionen pro Patient. Einen Unterschied macht in erster Linie das Geschlecht, was sich insbesondere auch bei den Patienten im Alter von 70 Jahren und älter zeigt.

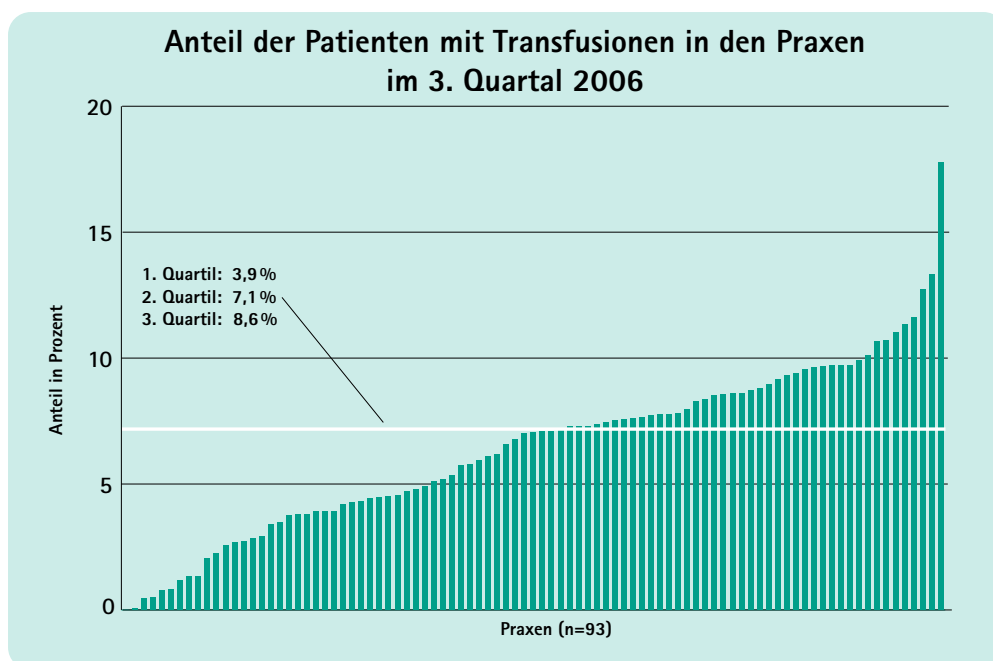


Grafik 34

Die durchschnittliche Zahl der Transfusionen pro Transfusionspatient ist in allen Praxen sehr ähnlich. Die beträchtliche Varianz der Praxen in diesem Leistungsbereich resultiert in erster Linie aus der Zahl der Patienten, die einer Transfusion zugeführt werden.

Von 98 Praxen lagen manuelle Angaben über die Gesamtzahl der transfundierten Erythrozytenkonzentrate vor, die gemäß § 21 des Transfusionsgesetzes jährlich an das Paul-Ehrlich-Institut zu melden sind. Danach hat jede Praxis im Durchschnitt 828 Einheiten dieser Blutprodukte ihren Patienten (nicht nur GKV-Patienten) im Jahr 2006 insgesamt zugeführt. Im Jahr 2005 lag diese Zahl bei den im Vorjahresbericht einbezogenen Praxen noch bei 858 Einheiten.

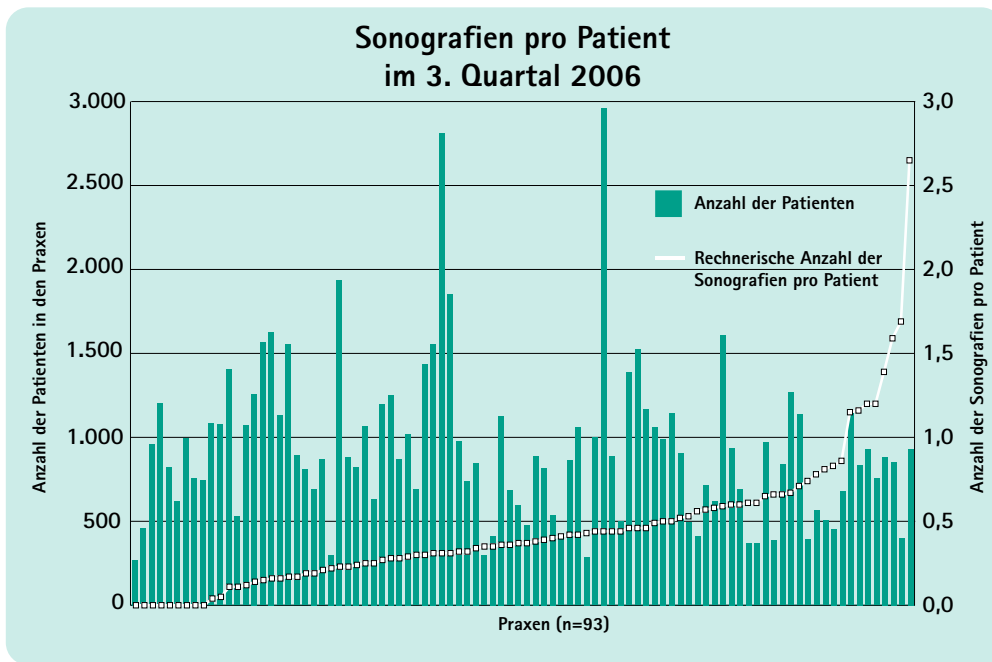
Grafik 35



4.6. Sonografische Untersuchungen

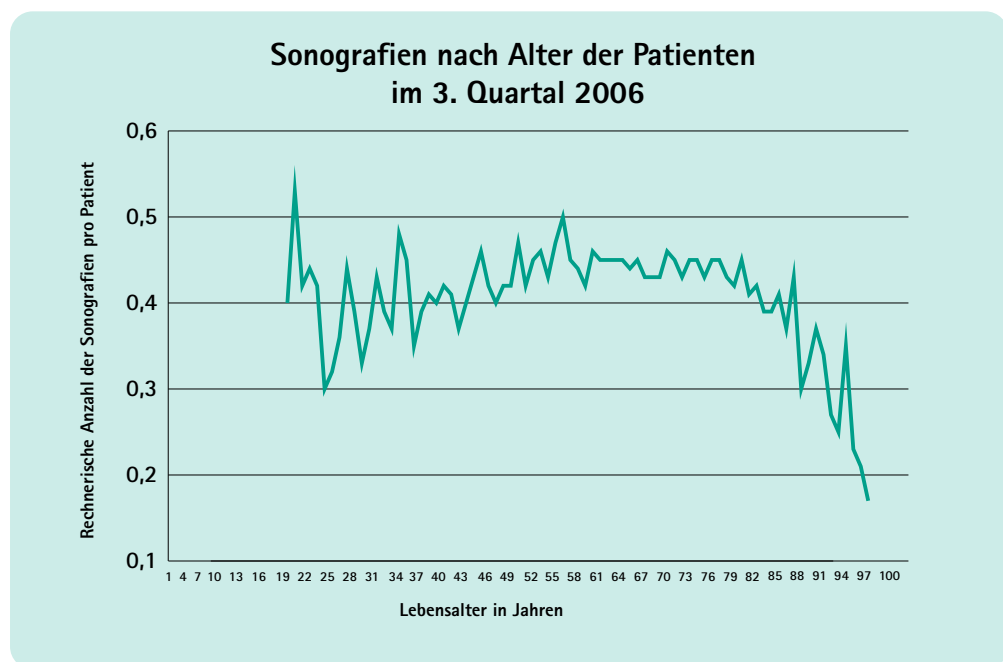
Sonografien gehören zu den Routineuntersuchungen in der inneren Medizin und damit auch zu den primären Grundlagen der Überwachung von vielen onkologischen Erkrankungen.

Grafik 36



Natürlich ist der Häufigkeit des Einsatzes dieses Instruments abhängig vom Diagnosespektrum einer Praxis und wird dort, wo sehr viele hämatologische Tumoren behandelt werden, seltener sein. Im rechnerischen Durchschnitt entfallen in einer Praxis 0,4 Sonografien (Median 0,37) auf jeden Patienten, der dort behandelt wird. Gemessen an der Patientenzahl werden in kleineren Praxen tendenziell eher mehr Sonografien vorgenommen, als in größeren Praxen. Bei den Sonografien zeigt sich auch eine Altersabhängigkeit: Patienten in vorgerücktem Alter (ab 80 Jahren) werden deutlich seltener sonografisch untersucht, als jüngere.

Grafik 37



4.7. Ärztliche Kooperation und ärztliche Berichte

Ein wichtiges Grundprinzip der onkologischen Versorgung ist die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen und Sektoren. Diese intersektorale Zusammenarbeit wird auch von den niedergelassenen Hämatologen und Onkologen gepflegt bzw. fortgesetzt. Für einen optimalen Therapieverlauf ist es unverzichtbar, dass onkologische Patienten immer wieder verschiedene Spezialisten aufsuchen bzw. zu den entsprechenden Behandlungsangeboten geleitet werden. Daher ist eine patientenorientierte Gesamtkoordination der Versorgung wichtig.

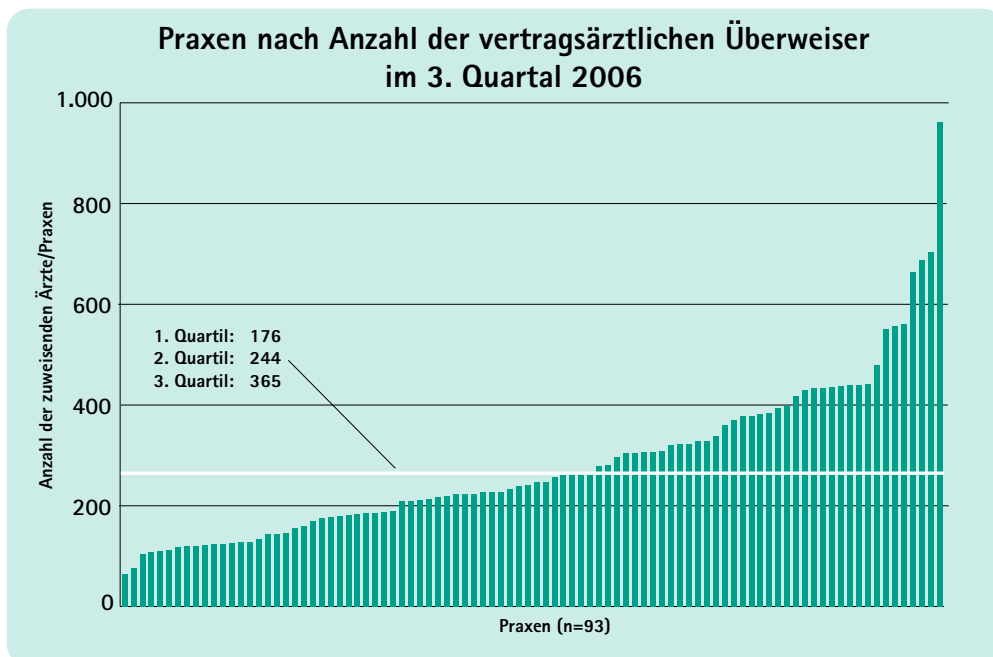
Ein wichtiges Instrument zur Planung und Abstimmung der Behandlung im Einzelfall stellen interdisziplinäre Tumorkonferenzen dar. Vielfach finden diese Koordinationsangebote örtlich zentralisiert an spezialisierten Krankenhäusern oder in Behandlungszentren statt. Fast alle befragten onkologischen Schwerpunktpraxen, nämlich 96%, haben angegeben, an derartigen Tumorkonferenzen oder vergleichbaren Angeboten teilzunehmen. 67% der befragten Gemeinschaftspraxen bestätigen ferner die Etablierung spezieller interner Besprechungen im Rahmen ihrer Praxis, um gemeinsam über einzelne Patienten zu beraten.

Für Praxen, die nahezu ausschließlich auf Zuweisung von Patienten tätig werden, ist die reibungslose Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, insbesondere den Hausärzten, von hoher Bedeutung. Die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen pflegen ihre

jeweiligen regionalen Netzwerke medizinischer, pflegerischer und unterstützender Dienste, die für die umfassende Versorgung der Patienten koordiniert werden müssen. Wie umfangreich allein das Netzwerk der ärztlichen Kooperation ist, macht Grafik 38 deutlich. Fast alle Praxen übernehmen in jedem Quartal Patienten von mehreren hundert anderen zuweisenden Ärzten, allein im dritten Quartal 2006 stammten die Patienten aller hier untersuchten 93 onkologischen Schwerpunktpraxen im Mittel von 280 zuweisenden Ärzten, mit denen die Hämatologen und Onkologen die weitere Behandlung abstimmen und gemeinsam weiterführen. Dabei handelt es wohlgernekt nur um die vertragsärztlichen Partner. Soweit auch noch Krankenhäuser oder andere Dienste in die Behandlung integriert sind, werden diese ebenfalls in den Informationsaustausch einbezogen.

Die Vielzahl der Zuweiser und damit der ärztlichen Kollegen, zu denen eine onkologische Schwerpunktpraxis ihre Kontakte pflegen muss, wird auch daran deutlich, dass nur wenige (hausärztliche) zuweisende Praxen eine größere Zahl von Patienten zuweisen kann. Im Durchschnitt erhielt eine onkologische Schwerpunktpraxis 3,2 Patienten von einem anderen Vertragsarzt zugewiesen. Mit anderen Worten: Die Beziehungen der onkologischen Schwerpunktpraxis zu vielen einzelnen Zuweisern sind im Regelfall eher sporadisch und bauen nicht auf einer häufigen Zusammenarbeit auf, die auf Dauer zu einer eingefahrenen und „selbstlaufenden“ Routine führt. Vielmehr müssen diese Kooperationsprozesse teilweise für jeden Patienten erst wieder neu etabliert und institutionalisiert werden.

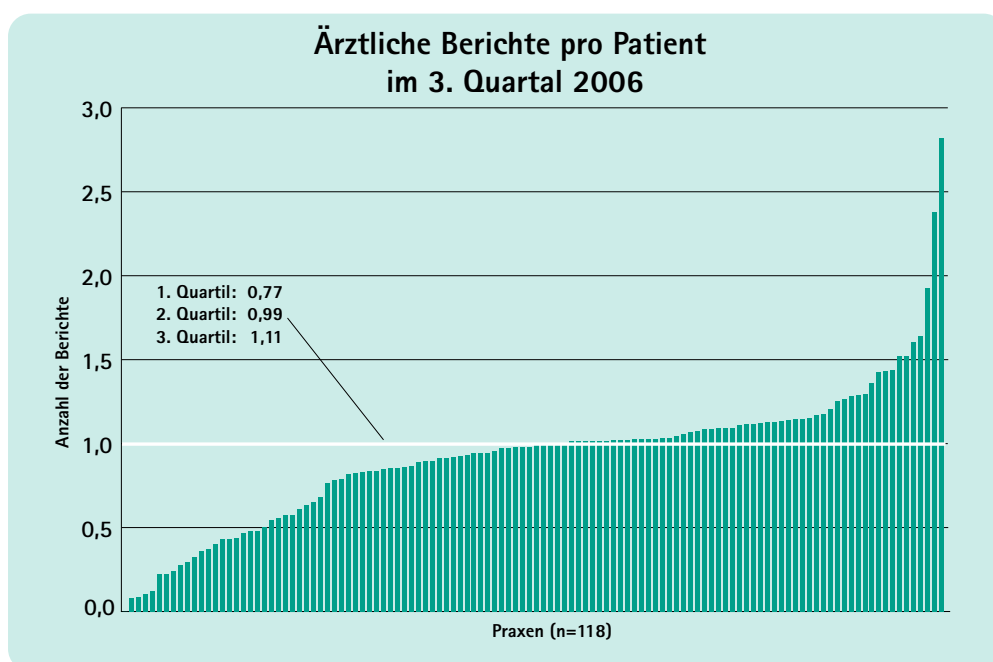
Grafik 38



Neben den Patienten, die in eine Praxis aufgrund einer Überweisung kommen, findet nur eine kleine Zahl der Patienten den Weg auf direktem Weg in die Praxen. Die Regelungen zur Praxisgebühr veranlassen die allermeisten Patienten, mindestens zu Quartalsbeginn einmal den Hausarzt zur Überweisung aufzusuchen. Der Anteil der Patienten, die ohne Überweisung in die onkologischen Praxen kommen, liegt bei mehr als zwei Dritteln der untersuchten Praxen unter 20%. Nur sehr wenige Praxen, nämlich 5%, haben ihrerseits mehr als 50% „Direktzugänge“ von Patienten. In diesen Praxen sind dann im Regelfall auch Hausärzte tätig.

Die vertraglichen Grundlagen der Schwerpunktversorgung in der Onkologie sehen in der Sicherstellung einer koordinierten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen ärztlichen Leistungserbringern einen wesentlichen Punkt einer hochwertigen Versorgungsqualität. Deswegen verlangen die so genannten Onkologievereinbarungen mit den Krankenkassen von den niedergelassenen Fachärzten bei der Behandlung onkologischer Patienten die regelmäßige Übermittlung von ärztlichen Berichten insbesondere an die mitbetreuenden Hausärzte. Die entsprechenden Abrechnungsziffern unterscheiden zwischen ärztlichen (Kurz)-Berichten und ausführlichen ärztlichen Briefen. Im Durchschnitt hat jede Praxis mehr als 800 Ergebnisberichte oder ausführliche ärztliche Briefe (für alle behandelten Patienten) geschrieben und weitergegeben, rein rechnerisch ist das ein Bericht pro Patient und Quartal. Die Anzahl der Berichte pro Praxis weist bei den meisten Praxen eine vergleichsweise geringe Varianz auf. Erfreulicherweise ist die durchschnittliche Zahl der Berichte gegenüber dem Vorjahr (Median) weiter angestiegen und auch die Varianz der Praxen hat sich hier verringert.

Grafik 39



5. Ausgewählte Daten zur Struktur- und Prozessqualität

Im Qualitätsbericht 2006 wurden ausführliche Daten zur Struktur- und Prozessqualität in den onkologischen Schwerpunktpraxen präsentiert. Da sich diese Indikatoren im Zeitverlauf nur langsam ändern, wird an dieser Stelle nur auf ausgewählte Aspekte in zusammengefasster Form eingegangen.

Das durchschnittliche Qualifikationsniveau des Personals in den Praxen ist hoch und konnte in den vergangenen Monaten noch weiter verbessert werden:

- 52% aller onkologisch tätigen Ärzte haben die anspruchsvolle und international anerkannte Prüfung vor der European Society of Medical Oncology (ESMO) abgelegt.
- 87% aller Pflegekräfte in den Praxen zeichnen sich durch eine Fachweiterbildung für ihren Arbeitsbereich (Onkologie-Fachschwester oder vergleichbare Qualifikation) aus.
- 76% aller medizinischen Fachangestellten (Arzthelferinnen) verfügen über eine Fachweiterbildung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer.
- 39% aller in den Praxen tätigen medizinisch-technischen Assistentinnen haben die Fachweiterbildung für den Bereich Hämatologie absolviert.
- 77% aller Praxen beschäftigen eine Study Nurse zur Unterstützung bei klinischen Studien und Dokumentationen.

Ein sehr wichtiger Punkt im Hinblick auf die umfassende Versorgung von onkologischen Patienten ist ein psychosoziales Betreuungsangebot. Hierzu kooperieren die Praxen im Regelfall mit externen Beratungsstellen und Fachkräften, aber sie halten auch entsprechende Angebote und Fachdienste in den eigenen Räumen vor. Immer mehr Praxen stellen einige zusätzliche und ergänzende Leistungen unentgeltlich zur Verfügung, die einen wichtigen Baustein für die Betreuung darstellen. Eine separate Vergütung der Kostenträger wird dafür in der Regel nicht gewährt.

- In 36% aller Praxen sind Ärzte tätig, die über eine Genehmigung zur sogenannten psychosomatischen Grundversorgung nach den Richtlinien verfügen.
- In 31% aller Praxen können Patienten spezielle psychosoziale Beratungsangebote in Anspruch nehmen.
- 11% aller Ärzte in den onkologischen Schwerpunktpraxen verfügen über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung.
- In 12% aller Praxen nehmen Ärzte an sogenannten Balint-Gruppen teil, um ihre Interaktion mit den Patienten zu überprüfen und zu reflektieren.
- 15% aller Praxen sehen für die Mitarbeiterinnen ein Supervisionsangebot vor, um ihnen für die Arbeit mit den Patienten Hilfen durch neutrale Beobachter zu geben.

Bereits im Qualitätsbericht 2006 wurde dargelegt, in welchem hohem Maße die onkologischen Schwerpunktpraxen die Forschung und Entwicklung von neuen therapeutischen

Möglichkeiten unterstützen und sich selber daran aktiv beteiligen. Klinische Forschung ist insbesondere in der Onkologie längst nicht mehr nur eine Aufgabe von Kliniken, sondern findet in breitem Umfang in der ambulanten Patientenversorgung durch niedergelassene Hämatologen und Onkologen statt. Nur hier können Forschungsfragestellungen verfolgt werden, die die praktische Behandlungswirklichkeit berücksichtigen. Die anwendungsbezogene Forschung darf nicht nur unter „idealtypischen“ Rahmenbedingungen stattfinden, sondern sollte soweit wie möglich auch den Alltag von Patienten und Ärzten aufgreifen.

Im Rahmen der manuellen Datenerhebung konnten von 98 Praxen Angaben zur Studienbeteiligung ausgewertet werden. Davon gaben 95% an, dass sie im Jahr 2006 an klinischen Studien teilgenommen und Patienten eingebracht haben.

Klinische Studien in onkologischen Schwerpunktpraxen im Jahr 2006		
Studientyp*	Anteil der an Studien teilnehmen Praxen	Durchschnittliche Anzahl der Studien pro Praxis
Phase-I-Studie	3%	1
Phase-II-Studie	34%	3
Phase-III-Studie	65%	8
Phase-IV-Studie	77%	5
Anwendungsbeobachtung	75%	10
*nach den Kriterien der Arzneimittel-Zulassung		

Eine Patientenbehandlung in Studien stellt für die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen einen wichtigen Grundsatz dar, und sie setzen sich dafür ein, möglichst häufig Patienten in Studien einzuschließen, sofern sie dafür in Frage kommen. Diese Behandlungsform eröffnet den Patienten nicht nur die Chance, von den neuesten Therapiemöglichkeiten zu profitieren, die besonderen Bedingungen einer klinischen Studie sehen zahlreiche zusätzliche Maßnahmen einer Überwachung des Krankheitsverlaufs vor. Daraus ergeben sich für den Patienten einerseits ggf. zusätzlich Anforderungen und Mitwirkungsaufgaben, andererseits genießt er die Sicherheit und die verstärkte Aufmerksamkeit aller an einer Studie beteiligten Fachleute.

Die onkologischen Praxen im WINHO-Verbund sind stolz darauf, dass sie schon frühzeitig die Notwendigkeit eines systematischen Qualitätsmanagements aufgegriffen haben, z. T. noch bevor hier der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung verbindliche Regelungen für niedergelassene Ärzte geschaffen hat. Unverändert können die onkologischen Schwerpunktpraxen darauf hinweisen, dass sie im Vergleich zu anderen ärztlichen Fachgruppen an dieser Stelle bereits weit vorangekommen sind und sich viele Praxen

zu einem systematischen Qualitätsmanagement verpflichtet haben. Im Verbund der WINHO-Partner-Praxen haben es sich die onkologischen Schwerpunktpraxen zu einer gemeinsamen Aufgabe gesetzt, Grundlagen und Hilfen für das praxisbezogene Qualitätsmanagement weiter zu entwickeln. Eine besondere Rolle spielt dabei das Qualitätsmanagementsystem QEP® („Qualität und Entwicklung in Praxen“) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, das im Mittelpunkt der gemeinsamen Aktivitäten steht. Im Rahmen einer Adaptierung des Grundkonzeptes von QEP® hat das WINHO im Verlauf des Jahres 2007 in Kooperation mit den Praxen zahlreiche Hilfen vorbereitet, die auf die Besonderheiten der Qualitätssicherung in der hämatologischen und onkologischen Versorgung ausgerichtet sind.

Daten zum Qualitätsmanagement in den onkologischen Schwerpunktpraxen:

- 52% aller Praxen haben mittlerweile ein systematisches Qualitätsmanagement implementiert.
- 30% aller Praxen verfügten im Jahr 2007 über eine gültige Zertifizierung ihres Qualitätsmanagements auf der Grundlage anerkannter Systeme (i. d. R. DIN/ISO).
- 50% aller Praxen sind damit befasst, das Qualitätsmanagementsystem QEP® einzuführen.

6. Zusammenfassung

Der Qualitätsbericht 2007 der onkologischen Schwerpunktpraxen setzt die vor drei Jahren begonnene Qualitätsberichterstattung der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen fort und baut darauf auf. Der Qualitätsbericht liefert ein umfassendes Bild über die Leistungen der onkologischen Schwerpunktpraxen am Beispiel des dritten Quartals 2006. Erstmals berücksichtigen die Daten ausführliche Angaben zur Altersstruktur der Patienten.

Am Qualitätsbericht 2007 haben sich 118 onkologische Schwerpunktpraxen beteiligt. Die Teilnahmequote der WINHO-Partner-Praxen lag bei 61% und verschlechterte sich gegenüber dem Vorjahr. Mit den Angaben von insgesamt 109.000 behandelten Patienten in den teilnehmenden Praxen liegt gleichwohl eine repräsentative Übersicht über die Versorgungssituation in den Schwerpunktpraxen vor. Der Bericht unterstreicht den Trend zu größeren Praxiseinheiten, mehr als 80% der niedergelassenen Onkologen arbeiten mittlerweile in Gemeinschaftspraxen.

Etwa 40% der in den Praxen behandelten Patienten gehören zur Altersgruppe 70 Jahre und älter („ältere Patienten“). Das Durchschnittsalter aller Patienten liegt bei 61,8 Jahren. Onkologische Patienten (mit einer gesicherten Diagnose) sind im Mittel 3 Jahre älter. Unter den jüngeren Patienten sind weibliche Patienten überrepräsentiert, bei älteren Patienten ist das Geschlechterverhältnis gleich. 36% der Patienten werden wegen solider Tumoren behandelt, 25% leiden an hämatologischen Tumoren. Weitere 39% der Patienten sind in den Praxen zur diagnostischen Abklärung, im Rahmen der Nachsorge oder wegen einer benignen hämatologischen oder immunologischen Systemerkrankung. Patienten mit malignen Lymphomen bzw. lymphatischer Leukämie stellen weiterhin die größte Diagnosegruppe.

Soweit mit diesen Daten eine entsprechende Analyse möglich ist, fallen die Behandlungsunterschiede zwischen älteren und jüngeren Patienten gering aus. Bei älteren Patienten sind nichtinvasale Behandlungen oder abwartende Therapiesituationen in einigen Diagnosebereichen etwas häufiger. Die Kontaktzahlen älterer Patienten in den Praxen sind mit 3,8 Kontakten nur wenig höher als die jüngerer Patienten mit 3,5 Kontakten im Durchschnitt. Die Zeit für ärztliche Gespräche unterscheidet sich in dieser Hinsicht nicht. Ebenso gibt es keinen Unterschied bei den Häufigkeiten von Infusionen, allerdings werden bei praxisklinischen Betreuungen für ältere Patienten eher kürzere Behandlungseinheiten gewählt.

Transfusionen sind für ältere Patienten besonders wichtig, das Durchschnittsalter der Transfusionspatienten liegt daher auch bei über 69 Jahren. Auch hier gibt es Hinweise, dass ältere Männer einen größeren Versorgungsbedarf haben als Frauen im vergleichbaren Alter. Größere Altersdifferenzen im Hinblick auf die erbrachten Leistungen finden sich bei den Sonografien, die für ältere Patienten deutlich seltener durchgeführt werden.

Eine zusätzliche Auswertung des Qualitätsberichtes liefert einige Daten zur Kooperation der niedergelassenen Onkologen mit anderen Vertragsärzten. Im Durchschnitt des untersuchten Quartals steht eine Praxis mit 280 zuweisenden Vertragsärzten in Kontakt und übernimmt von jedem Zuweiser etwa drei Patienten. Der hohe kommunikative Aufwand der Onkologen und Hämatologen, die Patienten im Verbund mit anderen Ärzten betreuen, zeigt sich auch an der Zahl von 800 ärztlichen Berichten, die im Untersuchungsquartal im Mittel von jeder Praxis an die Kooperationspartner abgesendet wurden.

7. WINHO

Das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen ist als Ausgründung aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Wissenschaftsverbund „Kompetenznetz Maligne Lymphome“ entstanden. Es wurde am 25. November 2004 durch den Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO) in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegründet.

Das WINHO verfolgt das Ziel, die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung onkologischer Patienten zu optimieren und zur Transparenz in der onkologischen Regelversorgung beizutragen. Arbeitsschwerpunkte sind Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Schnittpunkt von medizinischer Forschung und ärztlicher Praxis, von Wissenschaft und Politik.

Das WINHO basiert auf der Mitwirkungsbereitschaft seiner Partner-Praxen. Dieser Qualitätsbericht wurde ausschließlich durch das WINHO und die kooperierenden niedergelassenen Hämatologen und Onkologen erstellt und finanziert. An den Vorbereitungen für diesen Bericht haben u. a. Mitglieder der WINHO-Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ mitgewirkt:

Dr. Herbert Lebahn
Dr. Georg Köchling
Dr. Michael Neise
Dr. Burkhard Otremba
Dr. Roland Rudolf
Dr. Erhardt Schäfer
Dr. Hans Tilman Steinmetz
PD Dr. Rudolf Schmits

8. Impressum

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist Eigentum der WINHO GmbH. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der WINHO GmbH unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Stand: Februar 2007

Herausgeber: BNHO e.V., Köln
www.BNHO.de

Redaktion: Dr. Walter Baumann
Dr. Michael J. Eckart
Dr. Jochen Heymanns
Prof. Dr. Wolfgang Knauf
Dr. Tobias Langenbuch
Dr. Franz-Anton Mosthaf
Barbara Nägel
Sandra Osburg
PD Dr. Stephan Schmitz
Christiane Schneck

Design: Artus.Atelier GBR, Erfurt

Druck: DRV OHG, Erfurt

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen
Hämatologen und Onkologen - WINHO - GmbH

Geschäftsführer: Dr. Walter Baumann

Vor den Siebenburgen 2

50676 Köln

Tel.: 02 21 - 3 79 85 80

Fax: 02 21 - 3 79 85 82

E-Mail: info@winho.de

www.winho.de

© by WINHO GmbH, alle Rechte vorbehalten

9. Beteiligte onkologische Schwerpunktpraxen

Die folgenden hämatologischen und onkologischen Schwerpunktpraxen haben sich durch die Übermittlung ihrer Erhebungsdaten an diesem Qualitätsbericht beteiligt:

BADEN - W Ü R T T E M B E R G

Dr. med. Georg Köchling

Klosterring 15, 78050 Villingen-Schwenningen
Telefon (0 77 21) 84 50 50, Fax (0 77 21) 84 50 58

Dr. med. Tobias Reiber

Schreiberstr. 20, 79098 Freiburg
Telefon (07 61) 2 92 17 87, Fax (07 61) 29 21 78 8

Dr. med. Jan Knoblich

Senser Platz 2, 79539 Lörrach
Telefon (0 76 21) 161 91 00, Fax (0 76 21) 1 61 91 01

**Dr. med. Franz A. Mosthaf, Dr. med. Maria Procaccianti,
Dr. med. Katrin Zutavern-Bechtold**

Kriegsstr. 236, 76136 Karlsruhe
Telefon (07 21) 85 35 05, Fax (07 21) 85 35 06

**Dr. med. Norbert Marschner, Dr. med. Matthias Zaiß,
Dr. med. Tilman Kirste, Dr. med. Dieter Semsek**

Breisacher Str. 117, 79106 Freiburg
Telefon (07 61) 38 68 70, Fax (07 61) 3 86 87 10

Dr. med. O. Hartmut Rieß

Am Eichhof 30, 75223 Niefern-Öschelbronn
Telefon (0 72 33) 6 81 25, Fax (0 72 33) 6 82 87

Dr. med. Hans-Roland Schmitt

Kirchstr. 3, 70839 Gerlingen
Telefon (0 71 56) 2 22 40, Fax (0 71 56) 43 28 88

Dr. med. Wolfgang Schneider-Kappus

Magirushof 23, 89077 Ulm
Telefon (07 31) 6 33 23, Fax (07 31) 6 33 40

Dr. med. Gregor Springer, Dr. med. Heinrich Fiechtner

Königstr. 1b, 70173 Stuttgart
 Telefon (07 11) 2 22 02 44, Fax (07 11) 2 22 02 55

Dr. med. Torsten Kamp, Dr. med. Robert Eckert

Weberstr. 16, 73240 Wendlingen
 Telefon (0 70 24) 23 31, Fax (0 70 24) 5 37 63

Dr. med. Peter Hoffmann

Lindenstr. 1, 97877 Wertheim
 Telefon (0 93 42) 85 78 44, Fax (0 93 42) 85 78 46

Dr. med. Volker Petersen

Iglauer Str. 2, 89518 Heidenheim
 Telefon (0 73 21) 3 42 80, Fax (0 73 21) 34 28 10

Dr. med. Albrecht Lindemann

Schöllbronner Str. 2, 76275 Ettlingen
 Telefon (0 72 43) 37 46 50, Fax (0 72 43) 37 46 52

Dr. med. Thomas Ulshöfer

Martin-Luther-Str. 79/2, 71636 Ludwigsburg
 Telefon (0 71 41) 2 98 25 25, Fax (0 71 41) 2 98 25 33

Dr. med. Bernhard Linz, Dr. med. Marianne Müller, Dr. med. Andreas Jakob

Hauptstr. 42, 77652 Offenburg
 Telefon (07 81) 9 70 57 82, Fax (07 81) 9 70 57 83

Dr. med. Stefan Fuxius, Dr. med. Andreas Karcher

Kurfürstenanlage 34, 69115 Heidelberg
 Telefon (0 62 21) 45 32 81, Fax (0 62 21) 45 30 83

B A Y E R N**Dr. med. Olaf Brudler, Dr. med. Bernhard Heinrich, PD Dr. med. Markus Bangerter**

Halderstr. 29, 86150 Augsburg
 Telefon (08 21) 34 46 50, Fax (08 21) 3 44 65 65

Dr. med. Marcus W. Grüner

Mooslohstr. 53, 92637 Weiden/Oberpfalz
Telefon (09 61) 67 06 40, Fax (09 61) 6 70 64 70

Dr. med. Markus Hahn, Dr. med. Sebastian Müller

Endresstr. 14, 91522 Ansbach
Telefon (09 81) 97 07 90, Fax (09 81) 9 70 79 50

PD Dr. med. Johann Mittermüller, Dr. med. Nikolaus Gödel

Schillerstr. 15, 82110 Germering
Telefon (0 89) 84 29 10, Fax (0 89) 8 40 49 15

Dr. med. Matthias Demandt, Marilena Ernstberger, Dr. Gernot Freunek

Bahnhofplatz 1, 94315 Straubing
Telefon (0 94 21) 9 07 77, Fax (0 94 21) 9 07 79

Dr. med. Bernhard Göttler, Dr. med. Gerhard Schmidt

Kirchplatz 2, 91735 Muhr am See
Telefon (0 98 31) 90 51, Fax (0 98 31) 44 24

Dr. med. Andreas Hübner

Rosestr. 24, 95448 Bayreuth
Telefon (09 21) 72 66 90, Fax (09 21) 7 26 69 22

Dr. med. Michael Fromm

Richard-Strauss-Str. 55, 81677 München
Telefon (0 89) 9 98 41 80, Fax (0 89) 99 84 18 99

Dr. med. Michael Eckart, Dr. med. Babette Häcker

Nägelsbachstr. 49c, 91052 Erlangen

Dr. med. Ekkehart Ladda

Bahnhofstr.4, 92318 Neumarkt
Telefon (0 91 81) 46 45 26, Fax (0 91 81) 46 45 27

Dr. med. Jochen Wilke, Dr. med. Harald Wagner

Jacob-Henle-Str. 1, 90766 Fürth
Telefon (09 11) 9 7922230, Fax (09 11) 9 79 22 23 99

Dr. med. Roland Thiemann

Mozartstraße 1, 91301 Forchheim
Telefon (0 91 91) 20 75, Fax (0 91 91) 8 01 18

Dr. med. Michael Schauer, Dr. med. Susanne Feigl-Lurz, Dr. med. Jan Wortmann

Spitalgasse 2-4, 90403 Nürnberg
Telefon (09 11) 23 88 80, Fax (09 11) 2 38 88 23

Dr. med. Hermann Dietzfelbinger

Seestr. 43, 82211 Herrsching
Telefon (0 81 52) 29 260, Fax (0 81 52) 2 91 61

Dr. med. Peter Schmidkonz

Thomas-Wimmer-Str. 23b, 85435 Erding
Telefon (0 81 22) 16 40, Fax (0 81 22) 16 49

Dr. med. Johann Weiß

Friedrich Ebert Str. 12a, 92637 Weiden
Telefon (09 61) 32060, Fax (09 61) 3 81 27 94

Dr. med. Dirk Hempel, Dr. med. Stephan Hochdörfer

Bergstraße 9a, 86508 Rehling
Telefon (0 82 37) 95 96 90, Fax (0 82 37) 9 52 96 66

Dr. med. Helmut Hitz

Oberföhringer Str. 2, 81679 München
Telefon (0 89) 99 72 02 75, Fax (0 89) 99 72 02 76

Prof. Dr. med. Dr. phil. Torsten Haferlach, PD Dr. med. Wolfgang Kern

Max-Lebsche-Platz 31, 81377 München
Telefon (0 89) 99 01 50, Fax (0 89) 99 01 51 13

B E R L I N

Dr. med. Dorothea Kingreen, Dr. med. Antje Koschuth

Rathenower Str. 5, 10559 Berlin
Telefon (0 30) 3 94 20 03, Fax (0 30) 3 94 84 17

Dr. med. John Heim, Dr. med. Jörg Reichert

Müllerstr. 51, 13349 Berlin
Telefon (0 30) 4 53 50 53, Fax (0 30) 4 54 33 93

Dr. med. Ilona Blau

Badstr. 57, 13357 Berlin
Telefon (0 30) 4 61 48 57, Fax (0 30) 46 60 61 57

Dr. med. Herbert Lebahn, Dr. med. Fritz Maiwirth

Matthiasstr. 7, 10249 Berlin
Telefon (0 30) 42 10 85 40, Fax (0 30) 42 10 85 43

**Dr. med. Uta-Maria Schmidt, Dr. med. Jeanette Schneider-Obermeyer,
Dr. med. Marcus Schweigert**

Janusz-Korczak-Straße 12, 12627 Berlin
Telefon (0 30) 9 92 95 50, Fax (0 30) 99 29 55 20

Dr. med. Frank Strohbach, Dr. med. Andrea Speidel

Seestr. 64, 13347 Berlin
Telefon (0 30) 4 55 09 50, Fax (0 30) 45 50 95 22

Dr. med. Helgrid Ihle

Badstr. 57, 13357 Berlin
Telefon (0 30) 4 61 48 57, Fax (0 30) 46 60 61 57

Dr. med. Wolfgang Witthuhn, Dr. med. Joachim Felber

Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
Telefon (0 30) 4 42 49 65 (Witthuhn), Fax (0 30) 54 71 37 48

**Dr. med. Julia Herrenberger, Dr. med. Christiane Keitel-Wittig,
Dr. med. Andreas Kirsch**

Clayallee 225a, 14195 Berlin
Telefon (0 30) 8 11 60 60, (0 30) 8 11 61 65

B R A N D E N B U R G

Dr. med. Ulrich von Grünhagen

Bahnhofstr. 63, 03046 Cottbus
 Telefon (03 55) 79 71 70, Fax (03 55) 79 14 54

Dr. med. Georg Günther, Dr. med. Annette Sauer

Kurfürstenstr. 20, 14467 Potsdam
 Telefon (03 31) 2 80 39 35, Fax (03 31) 2 80 39 37

Dr. med. Carola Saati

Hochstr. 29, 14770 Brandenburg
 Telefon (0 33 81) 41 12 20, Fax (0 33 81) 41 12 29

B R E M E N

Dr. med. Heinz-Jürgen Igelmann, Dr. med. Karl Wietholt

Parkallee 41-45, 28209 Bremen
 Telefon (04 21) 32 04 64, Fax (04 21) 32 40 53

H A M B U R G

**Dr. med. Erik Engel, Prof. Dr. med. Ulrich R. Kleeberg,
 Dr. med. Wiebke Hollburg, Dr. med. Dieter Platz, Dr. med. Bernd Flath**

Mörkenstr. 47, 22767 Hamburg
 Telefon (0 40) 38 02 12 60, Fax (0 40) 38 02 12 69

**Dr. med. Klaus Becker, Dr. med. Hartmut Horst, Dr. med. Birgit Luhn,
 Dr. med. Andreas Mohr, Dr. med. Walter Weber**

Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg
 Telefon (0 40) 22 71 80 46, Fax (0 40) 22 71 80 67

Prof. Dr. med. Hegewisch-Becker, Dr. med. Michael Begemann

Eppendorfer Landstr. 42, 20249 Hamburg
 Telefon (0 40) 4 60 20 01, Fax (0 40) 47 35 47

Dr. med. Tobias Langenbuch

Farmsener Landstr. 73, 22359 Hamburg
 Telefon (0 40) 64 53 39 00, Fax (0 40) 64 53 39 11

Dr. med. Alexander Scherpe, Dr. med. Claus-Christoph Steffens

Harsefelder Straße 8, 21680 Stade
Telefon (04 14 1) 60 41 00, Fax (04 14 1) 60 41 78

H E S S E N

Dr. med. Michael Baldus

August-Bebel-Str. 52, 65428 Rüsselsheim
Telefon (0 61 42) 9 40 30, Fax (0 61 42) 94 03 30

Dr. med. Gerd Lautenschläger, Dr. med. Florian Fauth

Krämerstr. 22a, 63450 Hanau am Main
Telefon (0 61 81) 25 55 35, Fax (0 61 81) 25 55 02

PD Dr. med. Gernot Seipelt, Dr. med. Ursula Koch

Kronberger Str. 38, 65812 Bad-Soden/Ts.
Telefon (0 61 96) 65 76 60, Fax (0 61 96) 65 76 61

Dr. med. Siegfried Siehl, Dr. med. Ulrike Söling

Jordanstr. 6, 34117 Kassel
Telefon (05 61) 7 39 33 72, Fax (05 61) 7 39 33 67

Dr. med. Susanne Simon-Becker

Schwabenröder Straße 81 A, 36304 Alsfeld
Telefon (0 66 31) 23 63, Fax (0 66 31) 91 79 20

Dr. med. Markus Klein, Dr. med. Diana Gerhartz

Langenbeckplatz 2, 65189 Wiesbaden
Telefon (06 11) 20 50 90, Fax (06 11) 2 05 09 19

Dr. med. Ernst-Baldur Rohwedder

Haingasse 22, 61348 Bad Homburg v.d.H.
Telefon (0 61 72) 2 13 45, Fax (0 61 72) 2 13 47

**Dr. med. Thomas Klippstein, PD Dr. med. Ralf Grunewald,
Prof. Dr. med. Hans Tesch, Prof. Dr. med. Wolfgang Knauf**

Im Prüfling 17-19, 60389 Frankfurt/Main
Telefon (0 69) 45 10 80, Fax (0 69) 45 82 57

Dr. med. Georgi Kojouharoff, Dr. med. Gerrit Dingeldein

Eschollbrücker Str. 26, 64295 Darmstadt
 Telefon (0 61 51) 3 01 80 30, Fax (0 61 51) 3 01 80 40

Dr. med. Frank Weidenbach, Dr. med. Christina Balsler

Erlenring 9, 35037 Marburg
 Telefon (0 64 21) 9 29 50, Fax (0 64 21) 92 95 29

Dr. med. Andreas Köhler

Röntgenstr. 6-8, 63225 Langen
 Telefon (06 10 3) 2 87 87, Fax (06 10 3) 2 48 0

**Dr. med. Georg C. Schliesser, PD Dr. med. Andreas Käbisch,
Dr. med. Christoph Weber**

Wingertshecke 6, 35392 Gießen
 Telefon (06 41) 94 46 10, Fax (06 41) 9 44 61 29

MECKLENBURG - VORPOMMERN

Dr. med. Henning Eschenburg, Dr. med. Stefan Wilhelm

Am Wall 1, 18273 Güstrow
 Telefon (0 38 43) 68 10 52, Fax (0 38 43) 68 10 53

Dr. med. Volker Lakner

Wismarsche Straße 32, 18057 Rostock
 Telefon (03 81) 4 99 79 99, Fax (03 81) 4 93 42 76

NIEDERSACHSEN

Dr. med. Yolanda Rodemer, Dr. med. Ulf Schellenberger

Friedrich-Paffrath-Str. 98, 26389 Wilhelmshaven
 Telefon (0 44 21) 95 60 00, Fax (0 44 21) 56 98 21

Dr. med. Sven Detken, Jörg Seraphin

Sturmbäume 3, 37154 Northeim
 Telefon (0 55 51) 91 41 90, Fax (0 55 51) 9 14 19 29

Dr. med. Felix Marquard

Neumarkt 1d, 29221 Celle
Telefon (0 51 41) 95 16 16, Fax (0 51 41) 95 16 18

Dr. med. Hans Werner Tessen

Kösliner Str. 14, 38642 Goslar
Telefon (0 53 21) 68 61 02, Fax (0 53 21) 68 61 19

Dr. med. Lothar Müller, PD Dr. med. Gernot Hartung

Annenstr. 11, 26788 Leer
Telefon (04 91) 98 79 10, Fax (04 91) 9 87 91 11

**Dr. med. Burkhard Otremba, Dr. med. Daniel Reschke,
Dr. med. Iris Zirpel, Dr. med. Ralf-Bodo Kühn**

Grüne Strasse 11, 26121 Oldenburg
Telefon (04 41) 7 70 59 80, Fax (04 41) 77 05 98 10

Dr. med. Bernd Sievers, Dr. med. Werner Freier

Bernwardstr. 6, 31134 Hildesheim
Telefon (0 51 21) 2 06 46 90, Fax (0 51 21) 20 64 69 40

Dr. med. Barbara Tschechne, Dr. med. Stefanie Luft

Illtener Str. 46, 31275 Lehrte
Telefon (0 51 32) 8 33 30, Fax (0 51 32) 83 33 38

Dr. med. Lothar Domagalski

Mörserstr. 52-54, 49074 Osnabrück
Telefon (05 41) 2 95 55, Fax (05 41) 2 02 20 12

N O R D R H E I N - W E S T F A L E N

Dr. med. Ulrich Grabenhorst, Dr. med. Christian Beck

Wildstr. 11, 41239 Mönchengladbach
Telefon (0 21 66) 93 43 60, Fax (0 21 66) 93 43 61

**Dr. med. Helmut Forstbauer, Dr. med. Carsten Ziske,
Dr. med. Ruth Rheis, Dr. med. Björn Schöttker**

Schloßstr. 18, 53840 Troisdorf
Telefon (0 22 41) 80 18 71, Fax (0 22 41) 80 18 72

PD Dr. med. Bernd Lathan, Dr. med. Jörg Lipke

Am Oelpfad 12, 44263 Dortmund
Telefon (02 31) 9 14 09 20, Fax (02 31) 16 46 33

Dr. med. Michael Neise, Dr. med. André Lollert

Marktstr. 186-188, 47798 Krefeld
Telefon (0 21 51) 97 86 73, Fax (0 21 51) 97 86 74

Dr. med. Jörg Wiegand, Jochen Eggert

Xantener Str. 40, 47441 Moers
Telefon (0 28 41) 92 16 60, Fax (0 28 41) 92 16 61

**PD Dr. med. Stephan Schmitz, Dr. med. Hans Tilman Steinmetz,
Dr. med. Caterina Gabor**

Sachsenring 69, 50677 Köln
Telefon (02 21) 9 31 82 20, Fax (02 21) 9 31 82 29

PD Dr. med. Rudolph Zankovich

Josef-Haubrich-Hof 5, 50676 Köln
Telefon (02 21) 2 03 71 20, Fax (02 21) 2 40 60 99

Dr. med. Friedrich Overkamp, Dr. med. Ludger Heflik

Springstr. 24, 45657 Recklinghausen
Telefon (0 23 61) 90 42 70, Fax (0 23 61) 9 04 27 99

**Dr. med. Jürgen Wehmeyer, Dr. med. Christian Lerchenmüller,
Dr. med. Karsten Kratz-Albers**

Steinfurter Str. 60 b, 48149 Münster
Telefon (02 51) 62 00 80, Fax (02 51) 6 20 08 10

Dr. med. Matthias Groschek, Dr. med. Christoph Maintz

Mauerfeldchen 72, 52146 Würselen
Telefon (0 24 05) 42 14 22, Fax (0 24 05) 42 14 26

Dr. med. Jörn Kohnke, Dr. med. Matthias Klee

Rosenhügeler Str. 4a, 42859 Remscheid
Telefon (0 21 91) 5 92 63 37, Fax (0 21 91) 5 92 63 38

Dr. med. Peter Florian Schwindt

Hopmannstr. 7, 53177 Bonn
Telefon (02 28) 95 25 90, Fax (02 28) 9 52 59 14

Dr. med. Eckhard Böcher, Dr. med. Thomas Hamm

Im Stiftsfeld 1, 59494 Soest
Telefon (0 29 21) 3 61 00 34, Fax (0 29 21) 3 61 00 68

Prof. Dr. med. Premaratne Dias-Wickramanayake, Dr. med. Ildiko Kátay

Richard-Wagner-Str. 13-17, 50674 Köln
Telefon (02 21) 9 23 39 10, Fax (02 21) 9 23 39 09

Dr. med. Roland Rudolph, Dr. med. Frfr. Ulla von Verschuer

Henricistr. 40, 45136 Essen
Telefon (02 01) 22 36 38, Fax (02 01) 23 09 61

Dr. med. Jürgen Anhuf, Dr. med. Johannes Selbach

Schreckerstr. 16, 47166 Duisburg
Telefon (02 03) 55 59 50, Fax (02 03) 5 55 95 95

Dr. med. Martin Becker, Dr. med. Christiane Kreisel-Büstgens

Hardenbergstr. 10, 32427 Minden
Telefon (05 71) 2 92 22, Fax (05 71) 2 43 90

Dr. med. Hans Wilhelm Dübbers

Wüllner Str. 101, 48683 Ahaus
Telefon (0 25 61) 86 64 74, Fax (0 25 61) 95 61 04

Dr. med. Werner Fett

Bergstr. 5-11, 42105 Wuppertal
Telefon (02 02) 44 92 32, Fax (02 02) 4 92 91

Dr. med. Christoph Losem, Dr. med. Dirk Plewe

Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss
Telefon (0 21 31) 10 12 06, Fax (0 21 31) 10 20 96

Dr. med. Manfred Kurnoth

Dömgesstr. 1b, 41238 Mönchengladbach
Telefon (0 21 66) 8 88 80, Fax (0 21 66) 85 02 02

Dr. med. Britta Schramm-Groß

Gelsenkirchener Str. 2, 45141 Essen
 Telefon (02 01) 211208, Fax (02 01) 29 77 04

Dr. med. Ingulf Becker-Boost

Michaelstr. 12, 47055 Duisburg
 Telefon (02 03) 77 79 78, Fax (02 03) 73 43 81

Dr. med. Michael Koch

Ardeystr. 105, 58452 Witten
 Telefon (0 23 02) 9 14 18 11, Fax (0 23 02) 9 14 18 40

Dr. med. Siegfried Bernhard Rösel, Dr. med. Reinhard Depenbusch

Reckenberger Str. 19, 33332 Gütersloh
 Telefon (0 52 41) 83 21 70, Fax (0 52 41) 83 22 28

R H E I N L A N D - P F A L Z

**Dr. med Jochen Heymanns, PD Dr. med. Hubert Köppler, Dr. med. Jörg Thomalla,
 PD Dr. med. Rudolf Weide, Dr. med. Christoph van Roye**

Neversstr. 5, 56068 Koblenz
 Telefon (02 61) 30 49 30, Fax (02 61) 3 04 93 33

Dr. med. Richard Hansen, Dr. med. Manfred Reeb

Schneiderstr. 12, 67655 Kaiserslautern
 Telefon (06 31) 4 14 52 84, Fax (06 31) 4 14 52 85

Dr. med. Judith Franz-Werner, Dr. med. Hans Peter Feustel

Hilgardstr. 26, 67346 Speyer
 Telefon (0 62 32) 60 44 60, Fax (0 62 32) 60 44 70

Dr. med. Klaus Majer

Kapuzinerstr. 19, 55411 Bingen
 Telefon (0 67 21) 1 63 98, Fax (0 67 21) 1 43 65

Dr. med. Monika Grundheber

Friedrich-Wilhelm-Str. 23, 54290 Trier
 Telefon (06 51) 4 74 79, Fax (06 51) 7 45 75

SAARLAND

Prof. Dr. med. Heiner Daus, Dr. med. Georg Jacobs, PD Dr. med. Rudolf Schmits

Am Ludwigsberg 78 (Das Kontor), 66113 Saarbrücken
Telefon (06 81) 47 35 75, Fax (06 81) 47 35 76

SACHSEN

Dr. med. Klaus-Ulrich Däbler

Krönertstr. 20, 01705 Freital
Telefon (03 51) 4 76 02 03, Fax (03 51) 4 76 02 04

Dr. med. Mathias Schulze

Görlitzer Str. 10a, 02763 Zittau
Telefon (0 35 83) 69 65 54, Fax (0 35 83) 69 65 55

Dr. med. Matthias Mölle

Altstrehlen 3, 01219 Dresden
Telefon (03 51) 47 96 03 68, Fax (03 51) 4 72 13 84

Dr. med. Ali Aldaoud, Dr. med. Andreas Schwarzer

Strümpellstr. 41, 04289 Leipzig
Telefon (03 41) 9 61 61 26, Fax (03 41) 9 61 61 55

Dr. med. Marc Grundeis, Dr. med. Martin Teich

Str. Usti Nad Labem 2, 09119 Chemnitz
Telefon (03 71) 2 36 19 88, Fax (03 71) 27 80 99 00

Dr. med. Thomas Göhler, Dipl.-Med. Steffen Dörfel

Leipziger Str. 120, 01127 Dresden
Telefon (03 51) 8 49 50 71, Fax (0 35 18) 49 50 72

SACHSEN - ANHALT

**PD Dr. med. Robert Rohrberg, Dr. med. Hans-Jürgen Hurtz,
Dr. med. Marion Schmidt**

Niemeyerstr. 23, 06110 Halle
Telefon (03 45) 68 23 60, Fax (03 45) 6 82 36 77

Dr. med. Renate Uhle, Dr. med. Gerd Müller, Dr. med. Hendrik Kröning

Hasselbachplatz 2, 39104 Magdeburg
Telefon (03 91) 5 61 65 68, Fax (0391) 5616687

Dr. med. Christian Maas

Gleimstraße 5, 38820 Halberstadt
Telefon (0 39 41) 62 34 86, Fax (0 39 41) 62 34 87

THÜRINGEN

Dr. med. Christoph Müller

Rosenstr. 50, 99310 Arnstadt
Telefon (0 36 28) 4 81 71, Fax (0 36 28) 4 80 47

Dr. med. Sabine Hahnfeld

Ernst-Abbe-Platz 3-4, 07743 Jena
Telefon (0 36 41) 57 43 00, Fax (0 36 41) 57 43 04

