

Forum 2019 · 34:336–340

<https://doi.org/10.1007/s12312-019-0644-z>

Online publiziert: 31. Juli 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Olaf Ortmann^{1,4} · Markus Follmann² · Simone Wesselmann³¹ Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland² Bereich Leitlinien und EbM, Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland³ Bereich Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland⁴ Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland

Onkologische Versorgungsstrukturen in Deutschland als Vorreiter – können Leitlinien und Zentrenbildung Übertherapie verhindern?

In den letzten 15 Jahren fanden in Deutschland grundlegende Veränderungen der Versorgungsstrukturen in der Onkologie statt. Sie wurden maßgeblich durch Initiativen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) gefördert. Im Vordergrund steht dabei die Verbesserung der Versorgung an Krebs erkrankter Menschen. Von herausragender Bedeutung ist die Etablierung von onkologischen Versorgungseinrichtungen, die als interdisziplinäre, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zentren die gesamte Behandlungskette in koordinierter Weise und mit hoher Qualität umsetzen können [6]. Im Juni 2008 initiierte das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der DKG, der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) den Nationalen Krebsplan. Eine Vielzahl weiterer Organisationen und Institutionen wurde einbezogen, um der Komplexität der Aufgabe gerecht zu wer-

den. Zur zielgerichteten Bearbeitung von zentralen Themen wurden 4 Handlungsfelder formuliert [3]. Das Handlungsfeld 2 beinhaltet die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. Im Zusammenhang mit der Thematik dieses Beitrags relevant sind das Ziel 5 „Es existieren einheitliche Konzepte und Bezeichnungen für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung und Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen“ und das Ziel 6 „Für alle häufigen Tumorarten existieren evidenzbasierte Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (sog. S3-Leitlinien), die von den onkologischen Behandlungseinrichtungen umgesetzt werden.“ In einem Teilziel wird die Evaluation der Auswirkungen der Leitlinienanwendung durch kritische Analyse der Versorgungsdaten in regionalen und nationalen Qualitätskonferenzen gefordert. Dazu bedarf es einer aussagekräftigen onkologischen Qualitätsberichterstattung (Ziel 8). Auch hier wurden in den letzten 10 Jahren verbesserte Möglichkeiten durch Analyse von Daten aus dem Zertifizierungssystem der DKG und der klinischen Krebsregister geschaffen (Abb. 1).

Bei der Bewertung der Versorgungsqualität von Krebspatienten werden häu-

fig Defizite erwähnt, die sich auf einen erschwerten Zugang zu Therapien auf hohem Niveau beziehen. Ein zunehmend realisiertes Problem besteht allerdings in der Übertherapie, d. h. die therapeutische Intervention ist nicht bzw. nicht in der durchgeführten Weise angemessen. Die Therapie führt somit möglicherweise zu unmittelbaren oder langfristigen Schäden bei den Betroffenen. Die derzeitigen Konzepte der DKG, die ein leitlinienkonformes therapeutisches, in interdisziplinären Tumorkonferenzen abgestimmtes Vorgehen beinhalten, sind in der Lage, eine optimale Therapie zu gewährleisten und Übertherapie zu vermeiden.

Onkologische Leitlinien

Onkologische Leitlinien stellen den aktuellen Wissensstand zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Krebserkrankungen dar. Aus ihnen werden Behandlungsempfehlungen abgeleitet, die die Grundlage von Therapieentscheidungen in onkologischen Zentren (Organisationszentren, onkologischen Zentren, s. unten) sind. Das Leitlinienprogramm Onkologie (OL) wurde 2008 von der DKG, der DKH und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) initiiert. Derzeit werden ca. 90 % der onkologisch

Autor



**Prof. Dr. med.
Olaf Ortmann**
Universität Regensburg,
Regensburg

relevanten Themen durch Leitlinien abgedeckt. Mittlerweile stehen 25 publizierte Leitlinien zu unterschiedlichen Tumorentitäten und Querschnittsthemen zur Verfügung [5].

Bei den OL-Leitlinien handelt es sich nach dem AWMF-Regelwerk um Stufe-3(S3)-Leitlinien. Nach konsentierten Fragestellungen wird die wissenschaftliche Evidenz (publizierte Studienergebnisse) systematisch recherchiert und bewertet. Eine interdisziplinäre, multiprofessionell zusammengesetzte Leitliniengruppe unter Einbeziehung von Patientenvertretern bewertet ihrerseits die Evidenz und konsentiert unter Berücksichtigung von Schaden-Nutzen-Risiken Statements und Empfehlungen [12]. Bereits hier findet eine Auseinandersetzung der Mandatsträger und Experten mit der Möglichkeit von Übertherapie statt. Auch bei eindeutigem Nachweis des therapeutischen Nutzens einer bestimmten Intervention muss die Zielgruppe aufgrund onkologischer, aber auch anderer Parameter wie Alter, Komorbidität etc., genau definiert werden, um Schäden zu vermeiden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der Erkenntnisgewinn z. T. ausgesprochen rasch verläuft. Dies kann dazu führen, dass bestimmte Interventionen, die mit relevanten Risiken verbunden sind, nicht mehr notwendig werden. Dazu gehört z. B. die systematische pelvine und paraaortale Lymphonodektomie im Rahmen der operativen Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms nach Erreichen einer makroskopischen Tumorfreiheit, die aufgrund einer aktuellen prospektiven randomisierten Studie nicht mehr indiziert ist [13]. Dies führt zu einer Reduktion von Operationsrisiken und Morbidität.

In der Vergangenheit waren komplette oder modulare Aktualisierungen von Leitlinien gemäß AWMF-Regelwerk schwerfällig und oft zeitverzögert. Dieses Defizit kann durch die Einführung des sog. Living-Guideline-Systems bzw. die Etablierung schlanker und fragenspezifischer, gezielter Aktualisierungen beseitigt werden.

Von entscheidender Bedeutung ist die Verbreitung und Umsetzung von Leitlinienempfehlungen im klinischen Alltag.

Forum 2019 · 34:336–340 <https://doi.org/10.1007/s12312-019-0644-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

O. Ortmann · M. Follmann · S. Wesselmann

Onkologische Versorgungsstrukturen in Deutschland als Vorreiter – können Leitlinien und Zentrenbildung Übertherapie verhindern?

Zusammenfassung

Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) hat in den letzten 15 Jahren zu einer fundamentalen Veränderung der onkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland geführt. Die therapeutische Vorgehensweise in zertifizierten onkologischen Zentren basiert auf Empfehlungen, die in S3-Leitlinien auf Basis der bestverfügbaren Evidenz formuliert wurden. Aus diesen werden Qualitätsindikatoren (QIs) abgeleitet, unter

denen sich auch solche finden, die gezielt Übertherapien vermeiden sollen. Audits stellen sicher, dass diese QIs eingehalten werden. Die Analyse der Daten dazu zeigt, dass es durch diese Vorgehensweise gelungen ist, Übertherapien effektiv zu reduzieren.

Schlüsselwörter

Onkologische Zentren · Qualität · Nationaler Krebsplan · Krebsregister · Behandlungsergebnis

German oncologic care structures setting the trend—can guidelines and specialized centers avoid overtreatment?

Abstract

The German Cancer Society certification system has led to fundamental changes in German oncologic care structures during the past 15 years. Therapeutic approaches in certified oncology centers are based on recommendations formulated in S3 guidelines, which are compiled using the best available evidence. Some of the quality indicators (QI) derived from these recommendations are aimed specifically

at avoiding overtreatment. Audits ensure that QIs are adhered to. Analysis of the data demonstrates that this approach has been successful in terms of effectively reducing overtreatment.

Keywords

Cancer center · Quality · National cancer control plan · Cancer registries · Treatment outcome

Auch hier zeigten sich bei S3-Leitlinien in der Vergangenheit Schwächen. Zur Verbesserung des Implementierungsprozesses wurden als nutzerfreundliche Formate verschiedene PDF-Versionen und kürzlich eine OL-App veröffentlicht. Sie werden ergänzt durch sog. Patientenleitlinien in laienverständlicher Sprache. Diese Entwicklungen können gleichermaßen dazu beitragen, Übertherapie zu vermeiden, indem sie aktuelles Wissen in die Therapieempfehlungen einfließen lassen und die Patientenpartizipation unterstützen.

Die Implementierung von Leitlinien stellt die Basis für ein zielgerichtetes Qualitätsmanagement dar. Daher ist die Ableitung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren (QI) ein obligater Bestandteil des Leitlinienentwicklungs- bzw. -aktualisierungsprozesses im Rahmen des OL.

Die Arbeitsgruppe QI (AG QI) generiert vorläufige Indikatoren und bewertet diese in einem 2-stufigen Prozess [10, 11]. Die QI-Vorschläge basieren auf den starken Empfehlungen und definierten spezifischen Zielen der jeweiligen Leitlinie. Die AG QI besteht neben Experten der jeweiligen Fachgruppe aus Patienten(-vertretern), Methodikern der AWMF und des OL-Office, Vertretern des Zertifizierungssystems und der klinischen Krebsregister. Die QIs sind unabdingbar, um eine erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten. Von entscheidender Bedeutung ist die Analyse der Daten zu den QIs. Sie gibt Aufschluss über die Umsetzung starker Empfehlungen in onkologischen Zentren und unter der Voraussetzung, dass eine Verknüpfung mit Daten aus den klinischen Krebsregistern erfolgt, über die Effekte auf Therapieout-



Abb. 1 ▲ Qualitätszyklus in der Onkologie. NKP Nationaler Krebsplan

comes. Die Analysen können den Leitliniengruppen zur Verfügung gestellt werden, die bei der Überarbeitung der Leitlinie auf dieser Basis Modifikationen von Empfehlungen und QIs vornehmen können. Dieser Prozess funktioniert derzeit nur mit Einschränkungen, ist aber für eine Wissen generierende onkologische Versorgung unabdingbar. Offensichtlich ist, dass mit QIs Fehl- und Übertherapien überwacht bzw. vermieden werden können.

Zertifizierte onkologische Zentren

Nach der Implementierung von Brustkrebszentren als erste Organkrebszentren im Jahr 2003 wurden weitere entitätsspezifische Zentren und onkologische Zentren als größere Behandlungseinrichtungen etabliert. Von diesen Versorgungseinrichtungen existieren in Deutschland ca. 1200, in denen die über 240.000 der insgesamt 476.000 inzidenten Krebserkrankungen in Deutschland behandelt werden [15]. Ziel des Zertifizierungssystems ist die flächendeckende Implementierung von tumorspezifischen Netzwerken, in denen Patienten auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien behandelt werden können, um damit eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Dazu ist eine interdisziplinäre, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit erforderlich [1, 2, 14]. Therapieentscheidungen werden in interdisziplinär zusammengesetzten Tumorkonferenzen getroffen.

Die Gewährleistung einer patientenorientierten Versorgungskette kann bereits Mehrfachbelastungen für Patienten reduzieren. Durch sektorenübergreifende Zusammenarbeit werden Doppeluntersuchungen inkl. diagnostischer Interventionen vermieden. Abgestimmte Vorgehensweisen reduzieren Unsicherheitsgefühle und Ängste der Patienten. Die Therapieentscheidungen in Tumorkonferenzen sollen bereits patientenspezifische Faktoren wie Alter und Komorbiditäten berücksichtigen, um Übertherapie zu vermeiden. In direkten Gesprächen über Tumorkonferenzentscheidungen werden individuelle Präferenzen berücksichtigt und mit den Patienten diskutiert, um so eine sinnvolle Einzelfallentscheidung zu treffen.

Die Zentren müssen die leitlinienkonforme Behandlung über die Erfüllung der Anforderungen und die Umsetzung der QIs im Rahmen von Audits nachweisen. Die Ergebnisse werden jährlich ausgewertet und in Form von individuellen bzw. Jahresberichten den Zentren, aber auch Patienten, Angehörigen und Interessierten zur Verfügung gestellt [9]. Ärzte in den Zentren werden somit befähigt, ihre eigenen Leistungen zu bewerten. Unter den erhobenen Daten für bestimmte Kennzahlen und QIs finden sich auch solche, die sich auf die Vermeidung von Übertherapie beziehen. Dazu seien nachfolgend einige Beispiele angeführt.

Bei der operativen Therapie des duktales Carcinoma in situ sollte die Axilladissektion bzw. die axilläre Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vermieden wer-

den (Qualitätsziel < 5%). Onkologisch ist sie nicht erforderlich, in Ausnahmefällen kann sie erwogen werden. Seit 2012 ist die Rate stets rückläufig und liegt in den letzten Jahren in den zertifizierten Brustkrebszentren deutlich unter 5% [7].

Beim ovariellen Borderlinetumor ist keine adjuvante Chemotherapie erforderlich. Während im Jahr 2013 in vielen Zentren noch eine adjuvante Therapie durchgeführt wurde, liegt die Rate seit 2014 konstant bei 0% (bei Raten von < 0,01% besteht eine Begründungspflicht; [8]).

Beim frühen Ovarialkarzinom im Stadium FIGO I A, G I und durchgeführten operativen Staging soll keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden. Bei einer Quote von > 0,01% wird eine Begründungspflicht im Rahmen von Audits gefordert. Im Jahr 2013 wurde eine Chemotherapie im Median in 50% der Zentren durchgeführt. Seit 2014 liegt die Rate konstant bei 0% [8].

Beim Bronchialkarzinom soll die Rate der Pneumonektomien bei den Primärfällen im Verhältnis zur anatomischen Lungenresektion unter 25% liegen. Dies wird seit 2012 in den Zentren mit sinkenden Raten von unter 9% erreicht.

Diese Beispiele demonstrieren eindeutig die Effektivität des Zertifizierungssystems im Hinblick auf die Vermeidung von Übertherapie [4].

Fazit für die Praxis

- Die Struktur des Zertifizierungssystems der DKG ist geeignet, eine qualitativ hochwertige Therapie krebserkrankter Patienten sicherzustellen.
- Die Vermeidung von Übertherapie ist dabei ein integraler Bestandteil.
- Regelmäßige Audits von Organkrebszentren führen sukzessive zu einer Reduktion von Übertherapie in Zentren, in denen sie festgestellt wurde.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Olaf Ortmann

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Caritas-Krankenhaus St. Josef, Universität
Regensburg
Landshuter Straße 65, 93053 Regensburg,
Deutschland
olaf.ortmann@klinik.uni-regensburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. O. Ortmann, M. Follmann und S. Wesselmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Adam H, Sibert NT, Bruns J et al (2018) Krebspatienten qualitätsgesichert, multidisziplinär und evidenzbasiert versorgen: Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) BARMER Gesundheitswesen aktuell 2018, S 136–155
- Beckmann MW, Quaas J, Bischofberger A et al (2014) Establishment of the certification system “gynaecological dysplasia” in Germany. *Geburts-hilfe Frauenheilkd* 74(9):860–867
- Bundesministerium für Gesundheit (2019) Nationaler Krebsplan. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html>. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Deutsche Krebsgesellschaft (2018) Jahresbericht der zertifizierten Lungenkrebszentren 2018. https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20alt/lz_jahresbericht-2018-A1_180420.pdf. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Deutsche Krebsgesellschaft (2019) Leitlinienprogramm Onkologie. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/home/>. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Deutsche Krebsgesellschaft (2019) Webpräsenz. <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft.html>. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Deutsche Krebsgesellschaft (2019) Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren 2019. https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20mit%20DOI%20und%20ISBN/bz_jahresbericht-2019-A1_190321.pdf. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Deutsche Krebsgesellschaft (2019) Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren 2019. https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20mit%20DOI%20und%20ISBN/gz_jahresbericht-2019-A1_190603.pdf. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Deutsche Krebsgesellschaft (2019) Jahresberichte. <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Follmann M, Schadendorf D, Kochs C et al (2014) Quality assurance of care of melanoma patients based on guideline-derived quality indicators and certification. *J Dtsch Dermatol Ges* 12(2):139–147
- Follmann M, Barlag H, Klinkhammer-Schalke M et al (2017) Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. Version 2.1. http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Methodik/QIEP_OL_2017_Version_2.1.pdf. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Follmann M, Benz S, Ortmann O, Wesselmann S (2019) Onkologische Leitlinien als Teil des Qualitätszyklus Onkologie. *Oncological guidelines as part of the quality cycle in oncology*. Forum. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-0620-7>
- Harter P, Sehouli J, Lorusso D et al (2019) A randomized trial of lymphadenectomy in patients with advanced ovarian neoplasms. *N Engl J Med* 380(9):822–832
- Koetter T, Blozik E, Scherer M (2012) Methods for the guideline based development of quality indicators—A systematic review. *Implement Sci* 7:21. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-21>
- Robert-Koch-Institut (2019) Zentrum für Krebsregisterdaten. https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html. Zugegriffen: 12. Juni 2019