

FORUM

Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Elektronischer Sonderdruck für A. Winter

Ein Service von Springer Medizin

FORUM 2013 · 28:243–246 · DOI 10.1007/s12312-013-0937-6

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

A. Winter · T. Seufferlein · S. Post · S. Wesselmann

Entwicklung der Behandlungsqualität

Beispiel Darmkrebszentren

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Entwicklung der Behandlungsqualität

Beispiel Darmkrebszentren

Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft verfolgt seit nunmehr 10 Jahren das Ziel, zu einer verbesserten Betreuung onkologischer Patienten beizutragen. Entscheidende Grundlage für die Qualitätsverbesserung ist die transparente Darstellung der Ergebnisse der Zentren mit der sich anschließenden Reflektion und Diskussion im Rahmen der Auditverfahren. Die bundesweite Auswertung der Ergebnisse der insgesamt 247 zertifizierten Darmkrebszentren in Form von Jahresberichten und die Betrachtung im zeitlichen Verlauf sind wichtige Informationsquellen für die Zentren, um gezielte Verbesserungsmaßnahmen umsetzen können. Im Folgenden wird auf die Entwicklung der Kennzahlenergebnisse in den Darmkrebszentren anhand der Jahresauswertung 2013 eingegangen.

Zertifizierung von Darmkrebszentren

Darmkrebs ist mit rund 70.000 Neuerkrankungen die zweithäufigste Krebserkrankung in Deutschland [7]. Jährlich sterben ca. 27.000 Menschen an den Folgen ihrer Erkrankung. Obwohl Darmkrebs die einzige maligne Tumorart ist, die durch Früherkennung in über 80% der

Fälle vermeidbar bzw. heilbar wäre, wird die Vorsorgekoloskopie in Deutschland noch nicht im wünschenswerten Umfang genutzt. Dies erhöht die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patienten mit Darmkrebs in allen Stadien. Durch sie können Überlebenschancen, aber auch Lebensqualität verbessert werden.

Onkologisch tätige Kliniken können sich seit 2006 durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) als Darmkrebszentren zertifizieren lassen [9]. Ausschlaggebend für die Initiierung des Zertifizierungssystems waren nationale Untersuchungen, die aufzeigten, dass die Behandlung von Patienten mit kolorektalem Karzinom (KRK) teilweise nicht so erfolgte, wie die S3-Leitlinie es empfahl [4]. Deutlicher Handlungsbedarf war geboten. Dem Vorbild der seit 2003 bestehenden Brustkrebszentren folgend, wurde unter dem Dach der DKG das Zertifizierungssystem der Darmkrebszentren entwickelt. Grundlage der zertifizierten Zentren ist die interdisziplinäre, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Behandlungspartner im Rahmen des zertifizierten Netzwerks, basierend auf den tumorspezifischen evidenzbasierten Leitlinien.

nie bzw. die aus den Empfehlungen entwickelten Qualitätsindikatoren abbilden. Qualitätsindikatoren sind genau definierte und messbare Elemente, die eine Beurteilung von Versorgungsqualität ermöglichen sollen [1]. Die Auswertungen der leitlinienbasierten Kennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren, wie beispielsweise die Rate der Anastomoseninsuffizienzen oder die Qualität der Rektumpräparate nach totaler mesorektaler Exzision (TME), geben Aufschluss darüber, wie gut die Empfehlungen der Leitlinie in den Zentren umgesetzt werden, spiegeln aber auch die lokale Expertise der Chirurgen und Pathologen im Zentrum wider.

Auch die Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität (MSI) bei Patienten mit KRK unter 50 Jahren ist eine Empfehlung der entsprechenden S3-Leitlinie. Diese Untersuchung gibt Hinweise auf mögliche Gendefekte der Patienten, die die Entstehung des Tumors begünstigen. So zeigt die Häufigkeit der MSI-Untersuchungen das zunehmende Bewusstsein der Zentren, dass das Auftreten von KRK bei jüngeren Patienten auch genetische Ursachen haben kann.

Neben den leitlinienbasierten Kennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren können durch Kennzahlen auch die Fähigkeiten der Hauptbehandlungspartner in einem Darmkrebszentrum evaluiert werden. Beispielsweise geben Kennzahlen Auskunft über Komplikationsraten therapeutischer Koloskopien und damit über die Qualität der Koloskopiker. Die Kennzahlen sind größtenteils mit Sollwerten versehen und ermöglichen es, Detailanalysen durchzuführen und ein mögliches Abwei-

• Autor



Dr. A. Winter
 Bereich Zertifizierung,
 Deutsche Krebsgesellschaft
 e. V., Berlin

Kennzahlen für leitlinien- und kompetenzbasierte Zusammenarbeit

Für die Implementierung der Leitlinieninhalte in den klinischen Alltag der Zentren wurden Kennzahlen erstellt, die die wesentlichen Empfehlungen der Leitli-

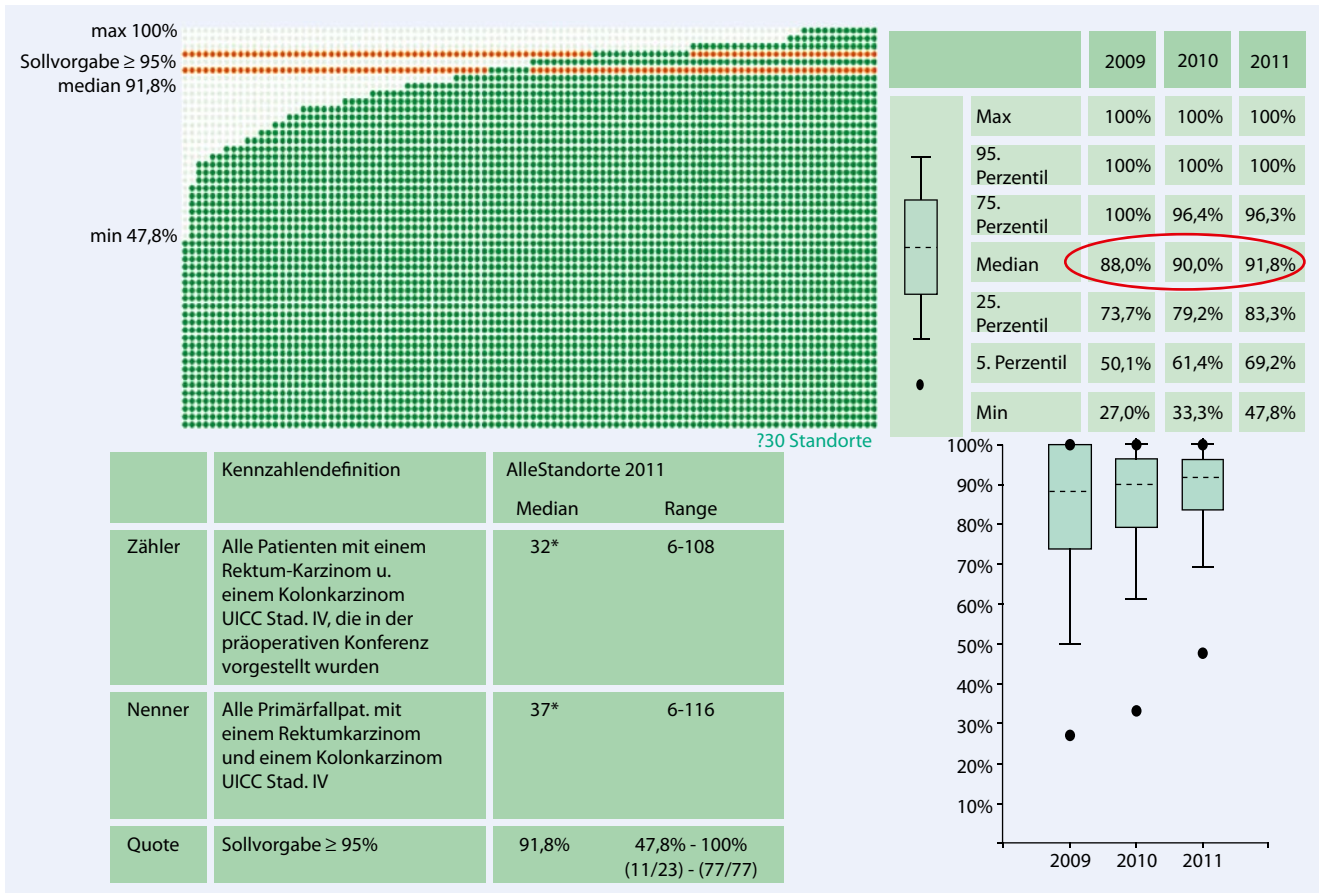


Abb. 1 ▲ Benchmarking-Bericht 2013 Darmkrebszentren. Kennzahl 1. Prätherapeutische Fallvorstellung. (Nach [11])

chen der Zentren von den Anforderungen zu erkennen.

Das Zertifizierungsverfahren

Die Teilnahme am Zertifizierungsverfahren ist freiwillig, jedoch ist die vollständige Darstellung der Behandlungsergebnisse für alle DKG-zertifizierten Zentren obligatorisch. Die Dokumentation erfolgt mithilfe von Kennzahlen, die die Behandlungsergebnisse aussagekräftig abbilden sollen. Die Qualitätssicherung bei der Datenerhebung und -analyse wird durch verschiedene Kontrollinstanzen realisiert. Zur Erfassung der Kennzahlen und Daten zur Ergebnisqualität steht den Zentren seit Mai 2011 ein elektronischer Kennzahlenbogen zur Verfügung [3]. Mit hinterlegten Plausibilitätsgrenzen werden Fehlereingaben vermieden und den Zentren die Möglichkeit gegeben, ihre Ergebnisse sofort bei Eingabe zu überprüfen und zu kommentieren, wenn Referenzbereiche überschritten werden. Der Ablauf des Zertifizierungs-

prozesses wird durch das unabhängige Institut OnkoZert überprüft, das im Auftrag der DKG die Auditverfahren organisiert. OnkoZert führt eine formale Überprüfung der auditrelevanten Dokumente wie der Erhebungs- und Kennzahlenbögen durch. Die Begutachtung der Zentren erfolgt durch Fachexperten, onkologisch tätige Fachärzte mit einer zusätzlichen Ausbildung als Fachexperte für Darmkrebszentren, die die Kennzahlenbögen schon im Vorfeld der Audits schriftlich bewerten und die Zentren ggf. um Stellungnahme bitten. Bei dem Audit vor Ort prüfen die Fachexperten die Angaben des Zentrums. Dies geschieht durch Begehung der verschiedenen Zentrumsbereiche sowie Mitarbeitergespräche und Einsichtnahme in Patientenakten. Der Bericht der Fachexperten ist die Basis für die Erteilung des Zertifikats. Letzteres erfolgt durch den Ausschuss Zertifikaterteilung, ein von der Auditdurchführung unabhängiges Gremium, das aus jeweils drei erfahrenen Fachexperten besteht. Der

Ausschuss überprüft jedes einzelne Zertifizierungsverfahren. Dieses mehrstufige Überwachungssystem ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung, trägt zur Fehlerminimierung bei und ermöglicht solide Auswertungen.

Entwicklung der zertifizierten Darmkrebszentren

Sieben Jahre nach den ersten Zertifizierungen der Darmkrebszentren, im März 2013, sind inzwischen bundesweit 247 Einrichtungen als Darmkrebszentren zertifiziert worden. Personelle Voraussetzung für die Zertifizierung eines Darmkrebszentrums sind neben den Hauptbehandlungspartnern wie Viszeralchirurgen, Gastroenterologen, Strahlentherapeuten, Hämatonkologen, Pathologen und Radiologen auch Stomatherapeuten und Ernährungsberater [5]. Diese multi-professionelle Kooperation gewährleistet dauerhaft eine ganzheitliche Versorgung der Patienten.

Die Bedeutung von familiärem und erblichem Darmkrebs und die sich daraus ergebenden Implikationen für die Vorsorge von erstgradig Verwandten betroffener Patienten erfahren zunehmend Aufmerksamkeit. Zertifizierte Darmkrebszentren bieten aufgrund ihrer Struktur eine sehr gute Voraussetzung, Patienten mit einer möglichen genetischen Ursache für maligne Darmtumoren zu identifizieren und die dann weiter notwendigen Schritte einzuleiten.

Sowohl den stationären als auch den ambulanten Gastroenterologen kommt eine wichtige Rolle im Zentrum zu. Sie stellen meist als erste die Verdachtsdiagnose Darmkrebs und sind daher oft primäre Ansprechpartner in dieser Situation oder bei bereits vorliegendem Tumor [8].

Um die erfolgreiche Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen und kurze Patientenwege zu gewährleisten, müssen im Zentrum gut ausgebaute Vernetzungsstrukturen existieren. Daneben ist eine Mindestzahl an durchgeführten Operationen kolorektaler Karzinome nachzuweisen. Durch die Erfassung langfristiger Ergebnisse können Therapieverfahren evaluiert werden und lässt sich die Patientenversorgung weiter verbessern. Damit leisten Darmkrebszentren wie alle DKG-zertifizierten Krebszentren einen Beitrag zur Versorgungsforschung sowie zur Behandlungstransparenz und -sicherheit. Sie müssen regelmäßig nachweisen, dass sie die Qualitätsstandards des Zertifizierungssystems erfüllen. Zuständig für die Er- und kontinuierliche Überarbeitung dieser Standards ist die interdisziplinäre Zertifizierungskommission Darmkrebszentren. Sie setzt sich aus 39 Experten aus den verschiedenen Fachgesellschaften zusammen. Die jährlich erscheinenden Benchmarking-Berichte bieten für sie wichtige Informationen für die Weiterentwicklung des Zertifizierungssystems.

3 Jahre Benchmarking

Im Bereich der Brust- und Darmkrebszentren gibt es seit 3 Jahren Benchmarking-Berichte, die für die Zentren einen wichtigen Teil der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung darstellen [2]. Sie bilden, basierend auf den im Rahmen der Zertifizierung eingereichten Kennzahlen-

FORUM 2013 · 28:243–246 DOI 10.1007/s12312-013-0937-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

A. Winter · T. Seufferlein · S. Post · S. Wesselmann Entwicklung der Behandlungsqualität. Beispiel Darmkrebszentren

Zusammenfassung

Als Folge nationaler gesundheitspolitischer Entwicklungen initiierte die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) 2003 das Zertifizierungssystem für Krebszentren. Den ersten zertifizierten Brustkrebszentren folgten 2006 Zentren für Darm- und Prostatakrebs sowie 2008 Zentren für Lungen-, Haut- und gynäkologische Krebserkrankungen. Onkologische Zentren können sich seit 2010 zusätzlich als Zentrum für Kopf-Hals-Tumoren, neuroonkologische oder Pankreastumoren zertifizieren lassen. Deutschlandweit gibt es insgesamt 825 Zentren, 247 davon sind Darmkrebszentren. Sie werden wie alle DKG-zertifizierten Zentren nach qualitätsbestimmenden Kriterien geprüft, die eine Versorgung onkologischer Patienten auf höchstmöglichem Qualitätsniveau ermöglichen. Die ganzheitliche Betreuung wird durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen realisiert und erstreckt sich von der Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge sowie ggf. Palliativme-

dizin und Hospizarbeit. Die Versorgungsqualität wird in Form von Kennzahlen angezeigt. Durch sie werden die Empfehlungen der Leitlinie, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Expertise der Mitarbeiter abgebildet. Die jährlich erscheinenden Benchmarking-Berichte stellen eine Zusammenfassung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der zertifizierten Darmkrebszentren dar. Sie geben der Zentrumsleitung einen umfassenden Überblick über die Versorgungsrealität innerhalb des Zentrums und im nationalen Vergleich. Damit sind sie ein wichtiges Instrument der Qualitätskontrolle und liefern einen entscheidenden Beitrag für die Weiterentwicklung der Zentren sowie des gesamten Behandlungsnetzwerks.

Schlüsselwörter

Kolorektales Karzinom · Krebszentren · Zertifizierung · Benchmarking · Versorgungsqualität

Development of treatment quality. Exemplified by intestinal cancer centers

Abstract

As a consequence of national health policy developments the German Cancer Society (DKG) initiated a certification system in the year 2003. After the establishment of the first certified breast cancer centers, centers for colon and prostate cancer and since 2008, centers of lung, skin and gynecological cancer followed. Since 2010 oncological centers have the opportunity to be additionally certified as head and neck tumor, neurooncological or pancreas tumor centers and 247 of the 825 certified centers in Germany are now colon cancer centers. Like all other DKG-certified clinics they are validated according to criteria determining quality, which enable oncological care at the highest possible level. The comprehensive care becomes possible by interdisciplinary and multiprofessional cooperation of all specialist disciplines involved. The measurement of quality of care is realized

by key criteria which reflect the recommendations of oncological guidelines, interdisciplinary collaboration as well as the expertise of the team members. The key criteria are included in the annual benchmarking reports, which show a summary of the process, structure and result quality of the certified colon cancer center. They give an important overview about the current medical care situation within the center as well as in the national comparison. They therefore constitute an apparatus for quality control and make an important contribution for the further development of the centers and the whole network.

Keywords

Colorectal cancer · Cancer centers · Certification · Benchmarking · Quality of health care

bögen, die Ergebnisse der Kennzahlen ab und stellen somit die Versorgungsqualität aller beteiligten Zentren transparent dar. Der Benchmarking-Bericht der Darmkrebszentren für 2013 bezieht sich auf das

Auditjahr 2012 und somit auf das Behandlungsjahr 2011. Er wurde auf der Grundlage der Daten von rund 22.000 Darmkrebspatienten an 230 Standorten in Deutschland erstellt und liefert Angaben

zu 29 Kennzahlen. Mittlerweile werden 34% der an Darmkrebs neu Erkrankten in DKG-zertifizierten Zentren behandelt [6]. Die Tumordokumentation der Darmkrebszentren, ein wichtiges Instrument der qualitätsgesicherten onkologischen Versorgung, erfolgte 2013 größtenteils (25,1%) durch das Gießener Tumordokumentationssystem (GTDS).

Weiterentwicklung der Versorgungs- und Dokumentationsqualität

Ein wesentlicher Teil der untersuchten Kennzahlen spiegelt die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Zentren wider. Die Kennzahlen geben beispielsweise Auskunft über die prä- oder posttherapeutische Fallvorstellung. Mit 91,8% ist die Anzahl der prätherapeutisch vorgestellten Primärfälle im Jahr 2013 sehr hoch. Die Quote ist in den letzten 3 Jahren pro Jahr um ca. 2% angestiegen (■ **Abb. 1**). Die Kennzahl psychoonkologische Betreuung gibt die Häufigkeit der psychoonkologischen Gespräche mit den Patienten an. Der Benchmarking-Bericht 2013 zeigt mit 54,8% einen gleich bleibend hohen Stand der psychoonkologischen Betreuung. Auch die Inanspruchnahme des Sozialdienstes ist mit 77,1% unverändert hoch. Des Weiteren zeigt der Jahresbericht 2013 eine positive Entwicklung der medizinischen Behandlungsqualität in den Darmkrebszentren. So wird z. B. im Falle der geforderten guten Qualität des TME-Präparats der Sollwert von 70% von fast allen Zentren sogar übertroffen.

Parallel wurden Mechanismen zur Erfassung der Versorgungsqualität weiterentwickelt. Für die Datenerhebung steht den Zentren seit März 2013 eine Excel-Vorlage zur Verfügung, die ebenfalls eine automatische Plausibilitätsüberprüfung beinhaltet, zusätzlich jedoch die Basisdaten der Zentren abfragt. Diese neue Art der Dokumentation ist auch für alle anderen Organzentren verbindlich und ermöglicht eine einheitliche Erhebungssystematik.

Die Auswertung der Kennzahlen lässt eine Bewertung der Zentren und somit der Qualität der onkologischen Versorgung zu. Die Betrachtung der Zentrums-ergebnisse im Einzelnen sowie in der ver-

gleichenden Gesamtanalyse ist für die Zentren ein wichtiges Mittel, um ihre Versorgungsstrukturen und Prozesse weiterzuentwickeln. So werden die Behandlungsergebnisse genutzt, um sie innerhalb der Steuerungsgremien zu beurteilen und damit ganz konkret die Zentren sowie das gesamte Netzwerk zu optimieren. Mittelfristig können auch Effekte der Anwendung von Leitlinien auf bestimmte Behandlungsverläufe evaluiert werden. Durch die Verfügbarkeit der anonymisierten Benchmarking-Berichte im Internet kann sich zudem jeder Interessierte einen guten Überblick über die Versorgungssituation der Zentren verschaffen. Diese Transparenz ist bisher einzigartig im deutschen Gesundheitssystem. Sie bietet systemimmanent den Zertifizierungskommissionen, die fachübergreifend die qualitätsbestimmenden Kriterien erarbeiten, wichtige Informationen für die Weiterentwicklung des Systems [10], zeigt aber auch den Kostenträgern und politisch Verantwortlichen inwieweit in Deutschland leitlinienkonforme Therapie in der Fläche umgesetzt wird und umsetzbar ist.

Fazit für die Praxis

- Ziel des Zertifizierungssystems ist die Verbesserung der Betreuungs- und Behandlungsqualität der onkologischen Patienten. Entscheidende Grundlage dafür ist die fachübergreifende und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen auf Basis der evidenzbasierten Leitlinien.
- Die Zertifizierung der Zentren basiert auf leitliniengerechten, qualitätsbestimmenden Anforderungen, die im Rahmen jährlicher Audits vor Ort überprüft werden. Die Audits erfolgen mit Hilfe von Messgrößen, sog. Kennzahlen.
- Im Bereich der Darmkrebszentren erscheinen seit 2011 Benchmarking-Berichte, die die Ergebnisse der Kennzahlen enthalten. Die Qualität der Zentren wird sowohl im Einzelnen als auch in der Gesamtanalyse abgebildet. Dies ermöglicht eine umfangreiche Datentransparenz, die für die

Zentren ein wichtiges Instrument der Qualitätsverbesserung darstellt.

- Mit der Versorgungsqualität entwickelt sich auch die Güte der Datenerhebung weiter. Seit März 2013 nutzen alle zertifizierten Zentren für die Dokumentation eine Excel-Vorlage. Dies führt zur Harmonisierung der Erhebungssystematik.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Winter

Deutsche Krebsgesellschaft
e. V., Berlin
Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin
winter@krebsgesellschaft.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M (2002) Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 11:358–364
2. Deutsche Krebsgesellschaft (2013) DKG zertifizierte Zentren – Aktuelles. http://www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierte_zentren_akutelles,200746.html. Zugriffen: 30.04.2013
3. OnkoZert (2012) Elektronischer Kennzahlenbogen – Darmkrebszentren. <http://www.onkozert.de/darmzentren.htm>. Zugriffen: 30.04.2013
4. Engel J et al (2005) Quality of treatment in routine care in a population sample of rectal cancer patients. *Acta Oncol* 44(1):65–74
5. OnkoZert (2012) Erhebungsbogen Darmkrebszentren. <http://www.onkozert.de/darmzentren.htm>. Zugriffen: 30.04.2013
6. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID). <http://www.gekid.de/>. Zugriffen: 30.04.2013
7. Deutsche Krebshilfe (2012) Krebszahlen. Krebs in Deutschland. <https://www.krebshilfe.de/krebszahlen.html>. Zugriffen: 30.04.2013
8. Pox C, Schmiegel W (2013) Darmzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft – interdisziplinäre Umsetzungsmöglichkeit der S3-Leitlinie „Kolo-rectales Karzinom“. <http://www.dgvs.de/1088.php>. Zugriffen: 30.04.2013
9. Wesselmann S, Follmann M (2011) Leitlinien und Zertifizierung im DKG-Qualitätszirkel. *Forum* 26:15–17
10. Wesselmann S (2012) Entwicklung der Zertifizierungsverfahren für Organkrebszentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. *Onkologie* 18:511–516
11. Deutsche Krebsgesellschaft (2013) Benchmarking-Jahresbericht der Darmkrebszentren http://www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierte_zentren_akutelles,200746.html. Zugriffen: 30.04.2013