

Hochwertige Versorgung von Krebspatienten unter deutschen Strukturvorgaben

von Johannes Bruns¹, Markus Follmann², Monika Klinkhammer-Schalke³, Christoph Kowalski⁴, Simone Wesselmann⁵

ABSTRACT

Eine Reihe von Akteuren im deutschen Gesundheitswesen, allen voran die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe, arbeitet seit Jahren daran, patientennahe Versorgungsabläufe weiterzuentwickeln, die eine qualitativ hochwertige Krebsbehandlung ermöglichen. Mehrere Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit dies gelingt. Nötig sind aussagekräftige klinische Studien, hochwertige Leitlinien, die Zertifizierung von Leistungserbringern, die Erfassung und Dokumentation der klinischen Behandlung sowie Versorgungsforschung zur Validierung von Studiendaten im Versorgungsalltag. Alle diese Bereiche nehmen aufeinander Bezug und sind wichtige Bausteine für eine qualitativ hochwertige Krebsversorgung. Ihr Zusammenwirken lässt sich als Prozess in einem Qualitätszyklus beschreiben und ist auch im Nationalen Krebsplan definiert. Nur wenn die Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen Forschung, Leitlinien, Zertifizierung und Dokumentation möglichst gering sind, gelingt die Entwicklung einer optimalen Versorgungsqualität. Der vorliegende Artikel beschreibt die Qualitätsentwicklung in der Onkologie und erklärt, wie die verschiedenen Bereiche dabei zusammenwirken.

Schlüsselwörter: Onkologie, Zertifizierung, Leitlinien, Nationaler Krebsplan

A number of players in the German healthcare system, particularly the German Cancer Society and the German Cancer Aid, have been working for years on developing patient-centered processes which facilitate excellent cancer care. Several requirements must be fulfilled in order for this to succeed. What is needed are convincing clinical trials, high-quality medical guidelines, the certification of cancer centers, the documentation of clinical data and research on health care provision in order to validate study data in everyday practice. All of these fields interconnect and they are important elements for high quality in cancer care. Their interaction can be described by a quality cycle and is also defined in the German National Cancer Plan. Success in developing optimal quality of cancer treatment is only possible if frictional losses at the interfaces between research, medical guidelines, certification and tumor documentation are kept as low as possible. This article describes the development of quality in oncology and explains how these various fields should interact to achieve improvements.

Keywords: oncology, certification, medical guidelines, National Cancer Plan

1 Einleitung

Wenn im deutschen Gesundheitswesen über Versorgung gesprochen wird, so geht es häufig um Fragen zur Struktur der ambulanten, stationären oder rehabilitativen Versorgung. Im

Vordergrund stehen die isolierte Betrachtung der Gesundheitssektoren mit ihren jeweiligen Finanzbudgets und die Zuständigkeiten einzelner Sozialversicherungsarten. Für die besonderen Bedürfnisse einer aus medizinischer Sicht umfassenden Krankenversorgung bleibt dabei wenig Raum.

¹ Dr. med. Johannes Bruns (korrespondierender Autor), Deutsche Krebsgesellschaft · Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin · Telefon: 030 322932922
E-Mail: bruns@krebsgesellschaft.de

² Dr. med. Markus Follmann MPH MSc, Office des Leitlinienprogrammes Onkologie c/o Deutsche Krebsgesellschaft · Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin · Telefon: 030 322932929 · E-Mail: follmann@krebsgesellschaft.de

³ PD Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke, Tumorzentrum Regensburg, An-Institut der Universität Regensburg · Josef-Engert-Straße 9 · 93053 Regensburg · Telefon: 0941 9431803 · E-Mail: monika.klinkhammer-schalke@ukr.de

⁴ Dr. rer. soc. Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft · Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin · Telefon: 030 322932947
E-Mail: kowalski@krebsgesellschaft.de

⁵ Dr. med. Simone Wesselmann MBA, Deutsche Krebsgesellschaft · Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin · Telefon: 030 322932990
E-Mail: wesselmann@krebsgesellschaft.de

Doch der Blick aus Sicht der betroffenen Patienten und ihrer Behandler offenbart die Brüche in diesem Versorgungssystem, vor allem bei komplexen Behandlungsabläufen oder langjährigen chronischen Krankheitsverläufen. Insbesondere in der Behandlung von Krebspatienten behindern abgeschottete Leistungskataloge eine sinnvolle medizinische Versorgung. Aus diesem Grunde arbeiten die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe gemeinsam an der Weiterentwicklung patientennahe Versorgungsabläufe, die eine qualitativ hochwertige Behandlung ermöglichen. Fünf Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um dieses Ziel zu erreichen. Nötig sind:

- gute klinische Studien
- hochwertige Leitlinien
- die Zertifizierung von Leistungserbringern
- eine umfassende Erfassung und Dokumentation der klinischen Behandlung sowie
- Versorgungsforschung

Um ihre volle Wirkung zu entfalten, sollten diese Bereiche eng miteinander kooperieren: Die Entwicklung qualitativ hochwertiger Leitlinien gelingt nur, wenn aussagekräftige Studien vorliegen. Die Zertifizierung wiederum stützt sich auf evidenzbasierte Leitlinien und daraus ableitbare Qualitätsindikatoren. Eine datengestützte Dokumentation der Behandlung erleichtert die Überprüfung der Qualität der getroffenen Maßnahmen. Da es aber nicht nur um das Ergebnis einzelner Interventionen, sondern um einen langen Behand-

lungsprozess mit vielen einzelnen Schritten geht, sind klinische Krebsregister zur langfristigen Erfassung der Behandlungsqualität unabdingbar. Mit ihrer Hilfe erhalten nicht nur die Leistungserbringer eine Rückmeldung über die Behandlungsqualität, es lassen sich auch Rückschlüsse auf das Verbesserungspotenzial bei komplexen Therapieansätzen ziehen. Darüber hinaus ergeben sich Ansatzpunkte für die Versorgungsforschung, die ihrerseits klinische Studien nach sich ziehen. Abbildung 1 zeigt die Interaktion der Maßnahmen in einem Qualitätszyklus.

2 Das Leitlinienprogramm Onkologie und sein Bezug zum Qualitätszyklus

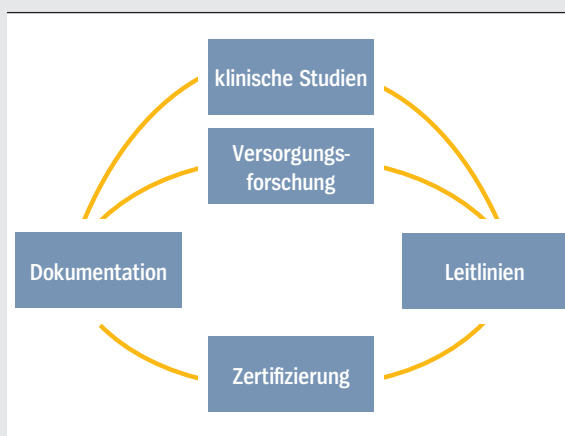
Den Zielen des Nationalen Krebsplans folgend wurde 2008 das Leitlinienprogramm Onkologie gemeinschaftlich von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften und der Deutschen Krebshilfe initiiert. Aufgabe ist die Entwicklung hochwertiger Leitlinien. Aktuell unterstützt das Programm 28 Leitlinienprojekte, 13 Leitlinien sind bereits publiziert (Näheres dazu unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de). Da Leitlinien in der Onkologie ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements darstellen, sollten sie gezielt und nachhaltig im Versorgungsalltag umgesetzt werden. Deshalb sind aktive Implementierungsmaßnahmen und Evaluationsprogramme ein wichtiger Bestandteil des Leitlinienprogramms Onkologie.

Erforderlich ist, aus den Leitlinienempfehlungen Qualitätsindikatoren abzuleiten, die eine einheitliche datensparende Tumordokumentation unterstützen. Das Leitlinienprogramm Onkologie entwickelte dazu einen standardisierten Prozess, der alle relevanten Partner regelhaft einschließt. Zu den wesentlichen Kriterien bei der Auswahl von Indikatoren zählen Leitlinienempfehlungen mit höchstem Empfehlungsgrad, die die Versorgung verbessern und gut messbar sind. 118 Qualitätsindikatoren aus 13 Leitlinien wurden bisher publiziert (Range pro Leitlinie 0-13, Median 10). Die Mehrzahl der Indikatoren sind Prozessindikatoren und beziehen sich auf Diagnostik und Therapie (siehe Tabelle 1 als Beispiel für die Qualitätsindikatoren beim kolorektalen Karzinom).

Genutzt werden diese Indikatoren von den klinischen Krebsregistern und dem Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft: Die klinischen Krebsregister haben dazu teilweise den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz erweitert, der zur Meldung von Behandlungsabläufen genutzt wird, und organspezifische Module ergänzt. Ebenso nehmen die Zertifizierungskommissionen der Deut-

ABBILDUNG 1

Qualitätszyklus Onkologie



Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Vernetzung erwünscht: Klinische Studien, medizinische Leitlinien, die Zertifizierung von Leistungserbringern, die Erfassung und Dokumentation der klinischen Behandlung und Versorgungsforschung sind wichtige Bausteine für eine hohe Qualität der Krebsversorgung.

TABELLE 1

Ausgewählte Kennzahlen für die Behandlung des kolorektalen Karzinoms in den von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren aus dem Auditjahr 2013

	Kennzahlen – Auditjahr 2013	Median	Sollvorgabe	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt
Interdisziplinarität	prätherapeutische Fallvorstellung	94,4 %	≥ 95 %	45,5 %
	postoperative Fallvorstellung	98,2 %	≥ 95 %	86,2 %
	psychoonkologische Betreuung	60,4 %	-	-
	Beratung Sozialdienst	79,1 %	-	-
	Studienteilnahme	11,5 %	≥ 10 %	62,1 %
Leitlinienempfehlungen	adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC-Stadium III)	68,8 %	≥ 80 %	30,8 %
	neoadjuvante Radio- oder Radiochemotherapien Rektum (klein. UICC-Stadium II und III)	83,3 %	≥ 80 %	61,7 %
	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	93,3 %	≥ 70 %	99,2 %
	Lymphknotenuntersuchung	96,0 %	≥ 95 %	63,6 %
	Studienteilnahme	11,5 %	≥ 10 %	62,1 %
Expertise der Behandlungspartner	Revisionsoperationen Kolon	9,1 %	≤ 10 %	57,3 %
	Revisionsoperationen Rektum	9,4 %	≤ 10 %	57,7 %
	Anastomoseinsuffizienz Kolon	4,8 %	≤ 6 %	67,2 %
	Anastomoseinsuffizienz Rektum	8,3 %	≤ 15 %	77,5 %
	Mortalität postoperativ (30 Tage)	3,1 %	≤ 5 %	87,7 %

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

schen Krebsgesellschaft die Indikatoren in ihre Anforderungsbögen auf (Follmann et al. 2014). Ziel ist es, die Qualitätsergebnisse, die auf der Grundlage der Indikatoren erhoben werden, zur Aktualisierung der Leitlinien und der Qualitätsindikatoren heranzuziehen. Hierzu wird ein strukturiertes Feedbacksystem entwickelt.

3 Die Ableitung leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren

Die Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinienempfehlungen erfolgt nach einer definierten Methodik (Follmann et al. 2013). Sie wurde in Anlehnung an das 2009 entwickelte Vorgehen im Programm für Nationale Versor-

gungsleitlinien (Bundesärztekammer et al. 2009; Nothacker et al. 2011) entwickelt. Neben Patientenvertretern und der interdisziplinären Gruppe der Leitlinienentwickler wirken dabei auch weitere Institutionen mit: die Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren (ADT) als Vertreter der klinischen Krebsregister, die zertifizierten Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft und andere, beispielsweise das AQUA-Institut – etwa bei Themen, die im Zusammenhang mit einer externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V stehen.

Bei der Ableitung von Qualitätskennzahlen geht man von den starken Empfehlungen in der Leitlinie aus (Empfehlungsgrad A, ausgedrückt in „soll“), die sowohl auf Evidenz als auch auf einem Expertenkonsens beruhen können. Zunächst werden diese Vorschläge auf ihr Verbesserungspo-

tenzial für die Versorgung und die grundsätzliche Messbarkeit überprüft. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Bewertung nach definierten Kriterien. Auch internationale Qualitätsindikatoren werden berücksichtigt. Bei allen Bewertungskriterien müssen mindestens 75 Prozent der Arbeitsgruppenmitglieder zugestimmt haben (Hoffmann et al. 2004).

Wurden dagegen bereits Qualitätsindikatoren ausgewählt, dann bestimmen die erhobenen Qualitätsergebnisse die Auswahl künftiger Indikatoren. Gilt das abgebildete Qualitätsproblem als gelöst, können die zugrunde liegenden Indikatoren zurückgezogen werden (Follmann et al. 2012).

4 Die Zertifizierung von Zentren

Das Zertifizierungssystem für Organkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft existiert seit 2003. Seitdem können sich Brustkrebszentren nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie zertifizieren lassen (Deutsche Krebsgesellschaft et al. 2014). Das System wurde 2006 durch Darmkrebs- und 2008 durch Lungen-, Prostata-, Hautkrebs- und Gynäkologische Krebszentren erweitert. Zertifizierte Zentren sind in Ziel 5 des Nationalen Krebsplans beschrieben, sie stellen „ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, multi- und interdisziplinären, transsektoralen und gegebenenfalls standortübergreifenden Einrichtungen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen) [dar], die, sofern fachlich geboten, möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Neben der Zertifizierung für Organkrebszentren besteht seit 2008 die Möglichkeit zur Zertifizierung Onkologischer Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft 2014). Sie decken mehrere Organe oder Fachbereiche ab und können sich zusätzlich seit 2010 als Pankreaskarzinomzentren, seit 2011 als Kopf-Hals-Tumorzentren und ebenfalls seit 2011 als Neuroonkologische Zentren zertifizieren lassen. Die dritte im Nationalen Krebsplan beschriebene Zertifizierungsstufe der Onkologischen Spitzenzentren mit Schwerpunkten in der Forschung liegt in den Händen der Deutschen Krebshilfe (Beckmann et al. 2007).

Am 31. Dezember 2013 hatten 433 Krankenhäuser in Deutschland und elf im Ausland (Italien, Österreich, Schweiz) mindestens ein von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Zentrum. Die meisten zertifizierten Standorte (jeweils 276) gibt es für Brust- und Darmkrebs (Kowalski et al. 2014; Wesselmann et al. 2014). Von den derzeit 69 zertifizierten Onkologischen Zentren befinden

sich drei im Ausland, derzeit laufen acht Verfahren zur Erstzertifizierung als Onkologisches Zentrum.

Die Anforderungen für die zertifizierten Zentren werden in Form von Erhebungsbögen von den Zertifizierungskommissionen entwickelt, die aus durchschnittlich 30 Mandatsträgern aus Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Arbeitsgemeinschaften und Patientenorganisationen bestehen. Sie enthalten zum einen die aus den Leitlinien abgeleiteten Qualitätsindikatoren, außerdem umfassen sie Kennzahlen zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Qualifizierte Fachexperten überprüfen im Auditverfahren die Umsetzung der Anforderungen vor Ort. Abweichungen von den Sollvorgaben müssen von den Zentren begründet werden. Über die Zertifikatserteilung befindet der „Ausschuss Zertifikatserteilung“ auf Grundlage der Zentrumsdarlegungen und der Audit-Dokumentationen.

Die Ergebnisse der Zertifizierungsverfahren werden in jährlichen Berichten aufbereitet und den Versorgern ebenso wie der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Diese Jahresberichte fassen die Ergebnisse der Kennzahlenauswertung in anonymisierter Form zusammen (Deutsche Krebsgesellschaft 2014b). Auf diese Weise kann die Qualität zentraler Bereiche der onkologischen Versorgung abgebildet werden. Da bei Abweichungen von der Sollvorgabe eine Begründungspflicht besteht, lässt sich leicht nachvollziehen, warum Patienten bestimmte Leistungen nicht erhalten haben. Verschiedene Validierungsschritte (Test auf Vollständigkeit und Plausibilität durch das Zertifizierungsinstitut OnkoZert, Einsichtnahme in die Patientenakten und Vor-Ort-Befragung durch die Fachexperten) tragen zur Qualität der Daten bei und helfen auch bei Fragen aus der Versorgungsforschung (Herald et al. 2008). Die Daten werden von den Zentren als Instrument zur Qualitätsverbesserung genutzt und können in klinikinternen Diskussionen um weitere Ressourcen oder erforderliche Infrastrukturmaßnahmen genutzt werden.

Angesichts der aktuellen Diskussionen zur Qualität der Krebsversorgung (Levit et al. 2013) ist das Ineinandergreifen von Zertifizierungssystem, Leitlinienprogramm und den beteiligten Zentren ein Beispiel für einen Prozess, der eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau gewährleisten kann. Mehrere Untersuchungen unterstreichen die hohe Akzeptanz des Zertifizierungssystems und den Nutzen für die Patienten (Kowalski et al. 2012; Kreienberg et al. 2012; Woeckel et al. 2010; Huthmann et al. 2012; Singer et al. 2013, Beckmann et al. 2011). Eine Untersuchung an Brustzentren, die 2014 im internationalen Fachmagazin *The Breast* publiziert wurde, zeigt: Im Durchschnitt werden die Sollvorgaben erfüllt oder sogar überschritten; die Heterogenität zwischen den Zentren nimmt mit zunehmender Zahl an Auditjahren ab (Kowalski et al. 2014).

5 Die Erfassung des Behandlungsverlaufs

Im beschriebenen Qualitätszyklus folgt als nächster Schritt die neutrale und unabhängige Erfassung des gesamten Behandlungsverlaufs in regionalen klinischen Krebsregistern. Dazu werden Versorgungsdaten für einzelne Patienten, Krankenhäuser, zertifizierte Zentren oder auch regionale Versorgungsstrukturen ausgewertet und die Ergebnisse der durchgeführten Behandlung an den behandelnden Arzt zurückgemeldet. Diese Analysen helfen, Defizite zu erkennen, Barrieren zu identifizieren und so die Ursachen für eine nicht ausreichende Behandlung zu beheben.

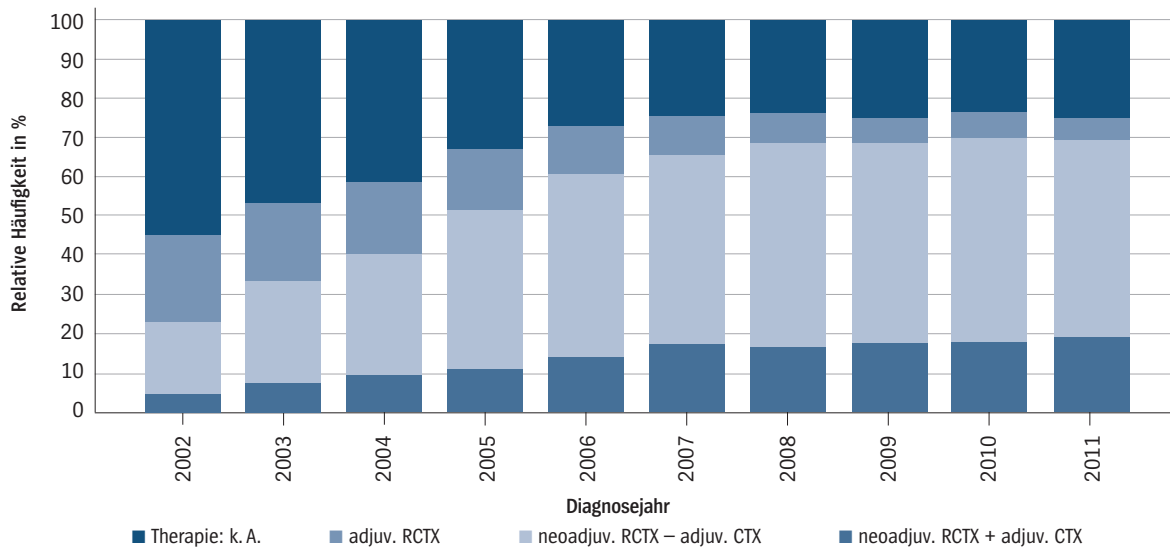
Bedeutsam für die Verbesserung der Versorgung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Krebsregister mit allen behandelnden stationär oder ambulant tätigen Ärzten einer Region. Durch die gemeinsame Arbeit und Analyse und die Einbeziehung von Kontraindikationen, Risikofaktoren und Patientenwunsch wird ein wirklichkeitsnahes Ab-

bild der Versorgung möglich. Nur so können wirkungsvolle Verbesserungsstrategien auf der Basis bestehender Leitlinien entwickelt und umgesetzt werden. Abbildung 2 und 3 belegen am Beispiel der Behandlung von Enddarmkrebs, dass sich hier schon einiges getan hat: So zeigt sich, dass der Einsatz der neoadjuvanten Radiochemotherapie, der in der Leitlinie für die Behandlung fortgeschrittener Rektumkarzinome empfohlen wird, deutlich zugenommen hat.

Ebenso wichtig ist die Rückmeldung dieser bevölkerungsbezogenen Ergebnisse an die Leitlinienkommissionen. Viele evidenzbasierte Empfehlungen beruhen auf randomisierten Studien, die an eng definierten Studienpopulationen durchgeführt werden. Klinische Krebsregister bilden dagegen bevölkerungsbezogen alle behandelten Krebspatienten ab, ohne Einschränkung nach Alter oder anderen Einflussfaktoren. Die Darstellung der flächendeckenden Ergebnisqualität ist wichtig, nicht nur für die Überprüfung bestehender Qualitätsindikatoren, sondern auch für die Überprüfung von Studienergebnissen in der alltäglichen Versorgung.

ABBILDUNG 2

Gewählte Therapieoptionen beim Enddarmkrebs von 2002 bis 2011



Quelle: Deutscher Krebskongress 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

neoadjuvant: vor der Operation durchgeführt
 adjuvant: nach der Operation durchgeführt
 RCTX: Radiochemotherapie
 CTX: Chemotherapie
 k.A.: keine Angabe

Wenn keine Kontraindikationen vorliegen, ist laut Leitlinie beim Rektumkarzinom Stadium II und III eine neoadjuvante Radiochemotherapie angezeigt (neoadjuv. RCTX – adjuv. CTX, neoadjuv. RCTX + adjuv. CTX). Abbildung 2 zeigt, wie sich die empfohlene Therapie im Zeitraum von 2002 bis 2011 in der Versorgung durchgesetzt hat. Der Prozentsatz der rein adjuvanten Behandlungen hat abgenommen. Ebenso kommt es seltener vor, dass Informationen zur gewählten Therapieoption fehlen.

In Deutschland werden derzeit bevölkerungsbezogene Daten über die Ergebnisqualität onkologischer Behandlungen noch nicht für alle Tumorentitäten erhoben. Dies soll sich bis spätestens 2018 ändern. Das 2013 verabschiedete Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) regelt den flächendeckenden Aufbau der klinischen Krebsregister durch die Bundesländer (*Bundesministerium für Gesundheit 2013, § 65c SGB V*). Zudem hat der GKV-Spitzenverband Kriterien für die Prüfung und Förderung der Krebsregister der Länder ab dem 1. Januar 2018 entwickelt (*GKV-Spitzenverband 2013*). Zur einheitlichen Erfassung von Krankheitsverläufen wurden der entsprechende Basisdatensatz und die Module zu Brust- und Darmkrebs aktualisiert. Alle Beteiligten aus Ländern, Bundesorganisationen und Fachgesellschaften arbeiten mit großem Engagement zusammen, um diese Chance zur Transparenz und Verbesserung onkologischer Versorgung zu nutzen.

Trotzdem bleiben offene Fragen, vor allem die nach der Übergangsfinanzierung bereits bestehender Krebsregister, nach der Meldevergütung und den Meldeanlässen für behandelnde Ärzte. Auch muss noch geregelt werden, wie Versorgungsdaten auf Bundesebene zusammengeführt und wissenschaftlich genutzt werden können. Vor allem der große Bereich der Versorgungsforschung ist auf valide und vollständige Daten angewiesen, um

gezielte Projekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung solide durchführen und bewerten zu können.

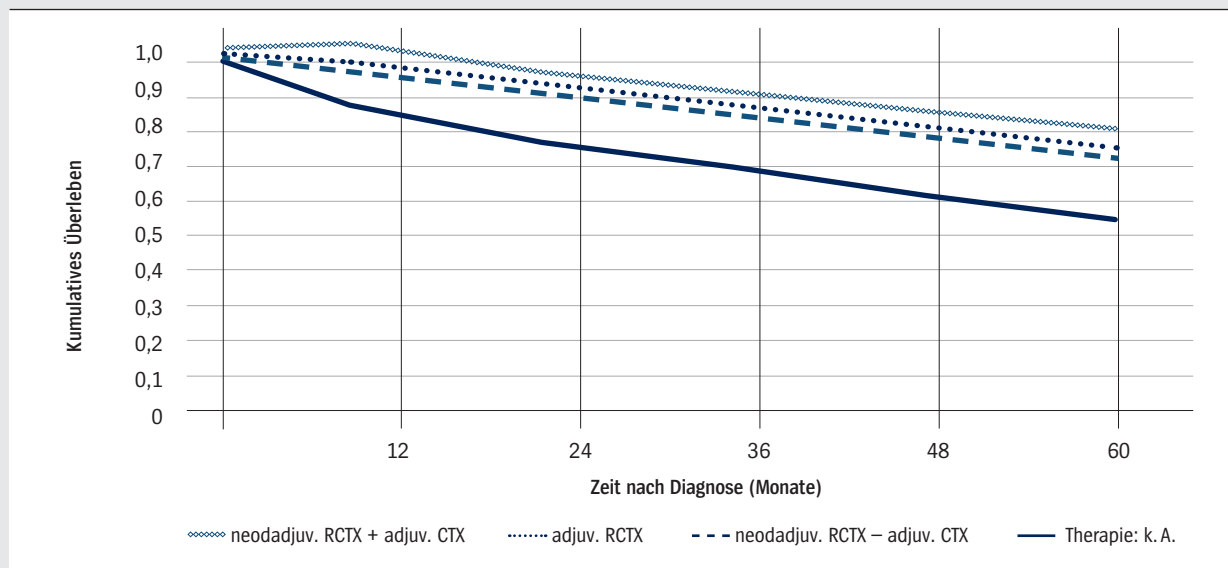
6 Klinische Forschung und Versorgungsforschung

Der Qualitätszyklus schafft exzellente Voraussetzungen für klinische Forschung und Versorgungsforschung. Zwar existieren klinische Krebsregister in einigen Bundesländern schon seit längerer Zeit. Doch nur bei einer flächendeckenden Etablierung, auch in bislang registerfreien Regionen, und einer Harmonisierung ist eine deutschlandweite Darstellung der Versorgungsrealität und der Ergebnisqualität möglich (*Klinkhammer-Schalke et al. 2012*). Dies ermöglicht beispielsweise die Abbildung regionaler Unterschiede und die Identifizierung möglicher Ursachen. Dank höherer Fallzahl sind auch belastbare Ergebnisse für seltene Krebserkrankungen zu erwarten.

Auch das Zertifizierungssystem möchte die Forschung stärken: Zertifizierte Zentren müssen nachweisen, dass sie einen bestimmten Prozentsatz ihrer Primärfälle in klinische Studien einschließen. Da es in der Vergangenheit insbesondere nicht

ABBILDUNG 3

Überleben nach unterschiedlichen Therapien beim Enddarmkrebs



Quelle: Deutscher Krebskongress 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

In Abbildung 3 ist dargestellt, wie die neoadjuvante Radiochemotherapie das Gesamtüberleben der Patienten deutlich verbessert. Das ergab die Auswertung der Daten von 12.670 Patienten mit einem Rektumkarzinom im Stadium II und III, die in den Jahren 2002 bis 2011 von 32 klinischen Krebsregistern in Deutschland erhoben und 2013 zusammengeführt wurden. Die Daten stammen von der bundesweiten onkologischen Qualitätskonferenz auf dem Deutschen Krebskongress 2014 (www.tumorzentren.de).

universitären Zentren schwerfiel, diese Anforderung zu erfüllen, hat OnkoZert die sogenannte Study-Box (mehr unter www.studybox.de) entwickelt, in der Zentren ihre Studien auflisten und so andere Zentren zur Zusammenarbeit gewinnen können. Derzeit richtet sich dieses Angebot an die zertifizierten Darmkrebszentren. Es wird bei erfolgreicher Evaluation auch für die übrigen Zentrumsarten geöffnet.

Die im Rahmen der Zertifizierung erhobenen Kennzahlen bilden zudem nicht nur das Versorgungsgeschehen ab, sondern liefern – auch im Zusammenspiel mit anderen Datenquellen – wertvolle Hinweise, beispielsweise zu fördernden und hemmenden Faktoren der Leitlinienimplementierung oder zur Bedeutung von Struktur- und Prozessmerkmalen für die Versorgungsqualität (Hearld et al. 2008; Pfaff 2003; Kowalski et al., zur Veröffentlichung eingereicht).

7 Zusammenfassung

Evidenzbasierte Leitlinien, Qualitätsindikatoren, Zertifizierung, klinische Krebsregistrierung, klinische Studien und Versorgungsforschung sind wichtige Bausteine für eine qualitativ hochwertige Krebsversorgung – ihr Zusammenwirken lässt sich als Prozess in einem Qualitätszyklus beschreiben und ist auch im Nationalen Krebsplan definiert. Zwar werden einzelne Prozessschritte derzeit bereits ehrenamtlich und auf freiwilliger Basis im Rahmen der vorhandenen Versorgungsstrukturen umgesetzt. So hat sich durch die Einführung der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft und die Arbeit des Leitlinienprogramms Onkologie die Qualität der Krebsversorgung an vielen Stellen verbessert. In der täglichen Umsetzung eines solchen Konzeptes stoßen Behandler aber leider häufig an die Grenzen der gewachsenen Strukturen und der gesetzlichen Vorgaben, die für solche Qualitätsprozesse in der Versorgung nicht gemacht sind.

Mit der gesetzlichen Etablierung klinischer Krebsregister wächst die Hoffnung, dass es gelingt, Versorgungsprozesse stärker als bislang an den Notwendigkeiten einer Erkrankung und an den betroffenen Patienten auszurichten. Denn Gesundheitspolitik sollte den sinnvollen Umgang mit Erkrankungen gewährleisten und nicht nur geschickt Beitragsmittel verteilen.

Literatur

Beckmann MW, Adler G, Albers P et al. (2007): Dreistufenmodell optimiert Behandlung unter Kostendeckung. Wie die künftigen Strukturen der onkologischen Versorgung in Deutschland aussehen sollten. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 44, A3004–3009
Beckmann MW, Brucker C, Hanf V et al. (2011): Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the

prognosis of breast cancer patients. *Onkologie*, Band 34, Heft 7, 362–367

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2009): Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. äzq Schriftenreihe, Band 36; www.aezq.de → Publikationen → ÄZQ-Schriftenreihe

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG); www.jurion.de/Gesetze/KFRG?from=0:5587183,1,20130409

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Aktueller Stand des Nationalen Krebsplans. Handlungsfelder, Ziel und Umsetzungsempfehlungen; www.bmg.bund.de → Prävention → Nationaler Krebsplan → Der Nationale Krebsplan stellt sich vor

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Senologie (2014): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren; www.krebsgesellschaft.de → Deutsche Krebsgesellschaft → Zertifizierung → Erhebungsbögen → Organkrebszentren

Deutsche Krebsgesellschaft (2014a): Jahresbericht 2014 der zertifizierten Onkologischen Zentren; www.krebsgesellschaft.de → Deutsche Krebsgesellschaft → Zertifizierung → Jahresberichte → Onkologische Zentren

Deutsche Krebsgesellschaft (2014b): Jahresberichte der zertifizierten Zentren; www.krebsgesellschaft.de → Deutsche Krebsgesellschaft → Zertifizierung → Jahresberichte

Follmann M, Kopp I, Klinkhammer-Schalke M et al. (2012): Updating guideline-based quality indicators. The methodology of the German Breast Cancer Guideline Development Group. Guidelines International Network, G-I-N Conference 2012, German Medical Science GMS Publishing House; www.egms.de/static/de/meetings/gin2012/12gin048.shtml

Follmann M, Klinkhammer-Schalke M, Nothacker M, Kopp I (2013): Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie; http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/QIEP_OL_2013.pdf

Follmann M, Schadendorf D, Kochs C et al. (2014): Quality assurance for care of melanoma patients based on guideline-derived quality indicators and certification. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, Band 12, Heft 2, 139–147

GKV-Spitzenverband (2013): Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister des GKV-Spitzenverbandes vom 20.12.2013; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/2013-12-20-Foerderkriterien_des_GKV-SV_fuer_klinische_Krebsregister_gem_KFRG_Kriterienkatalog.pdf

Hearld LR, Alexander JA, Fraser I, Jiang HJ (2008): How do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A critical review of research methods. *Medical Care Research and Review*, Band 65, Heft 3, 259–299

Hoffmann JC, Fischer I, Höhne W et al. (2004): Methodological basis for the development of consensus recommendations. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, Band 42, Heft 9, 984–986

Huthmann D, Seufferlein T, Post S et al. (2012): Certified stomach cancer centres as seen by their directors: results of a questionnaire to key personnel. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, Band 50, Heft 8, 753–759

Klinkhammer-Schalke M, Marschner N, Hofstaedter F (2012): Tumor registries – what can they do for oncology health services research? *Der Onkologe*, Band 18, Heft 2, 142–150

Kowalski C, Wesselmann S, Ansmann L et al. (2012): Key informants' perspectives on accredited breast cancer centres: results of a survey. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, Band 72, Heft 3, 235–242

Kowalski C, Ferencz J, Brucker SY et al. (2014): Quality of care in breast cancer centers: Results of benchmarking by the German Cancer Society and German Society for Breast Diseases. *The Breast*; www.unboundmedicine.com/medline/journal/Breast

Kowalski C, Schulte H, Wesselmann S (zur Veröffentlichung eingereicht): A reporting program for cancer care quality indicators

Kreienberg R, Schwentner L, Woeckel A, Wesselmann S (2012): Hat sich die Versorgungsqualität von Patientinnen mit Brustkrebs in Deutschland verbessert? Eine aktuelle Datenanalyse. *Frauenarzt*, Band 53, Heft 10, 930–939

Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA (Hrsg.) (2013): Delivering high-

quality cancer care: charting a new course for a system in crisis. Washington, D.C.: The National Academies Press

Nothacker MJ, Langer T, Weinbrenner S (2011): Quality indicators for National Disease Management Guidelines using the example of the National Disease Management Guideline for “Chronic Heart Failure”. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Band 105, Heft 1, 27–37

Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW et al. (Hrsg.) *Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber Verlag, 13–23

Singer S, Dieng S, Wesselmann S (2013): Psycho-oncological care in certified cancer centres—a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology*, Band 22, Heft 6, 1435–1437.

Wesselmann S, Winter A, Ferencz J et al. (2014): Documented quality of care in certified colorectal cancer centers in Germany: German Cancer Society benchmarking report for 2013. *International Journal of Colorectal Disease*, Band 29, Heft 4, 511–518

Woeckel A, Kurzeder C, Geyer V et al. (2010): Effects of guideline adherence in primary breast cancer—a 5-year multi-center cohort study of 3976 patients. *Breast* 19(2), 120–127

DIE AUTOREN



Dr. med. Johannes Bruns,

Jahrgang 1960, Studium der Humanmedizin an der Universität Bonn. Danach wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Bundestag, Praktisches Jahr und Arzt im Praktikum. Anschließend Approbation als Arzt, Facharzt für Chirurgie und Leiter der Abteilung für medizinische Grundsatzfragen/Leistungen beim Verband der Angestellten-Krankenkassen. Seit 2006 Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft. Sein fachlicher Schwerpunkt liegt im Bereich onkologische Versorgung.



Dr. med. Markus Follmann MPH MSc,

Jahrgang 1964, Studium der Humanmedizin an der Universität Bonn. Follmann ist Dermatologe und Epidemiologe. Er leitet den Bereich Leitlinien und Evidenzbasierte Medizin der Deutschen Krebsgesellschaft und koordiniert das Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutschen Krebsgesellschaft und Deutschen Krebshilfe. Außerdem ist er Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin.



PD Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke,

Jahrgang 1956, Studium der katholischen Theologie an den Universitäten Bonn und Freiburg sowie der Humanmedizin an der Universität Würzburg. Danach Referentin, Psychotherapeutin und Stationsleiterin in einer Klinik der Erzdiözese Freiburg, Ärztin an der Universitätsfrauenklinik Würzburg. Seit 2008 geschäftsführender Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und Institutsleitung Tumorzentrum Regensburg.



Dr. rer. soc. Christoph Kowalski,

Jahrgang 1980, Studium der Soziologie an der Universität Köln. Danach zunächst in der Versorgungsforschung und Medizinischen Soziologie der Uniklinik Köln beschäftigt, wo er auch promovierte. Nach einem Forschungsaufenthalt an der School of Public Health der University of Michigan wechselte er zur Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft. Seine Hauptinteressensgebiete liegen in den Bereichen Versorgungsqualität in der Onkologie und der Organisationsforschung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.



Dr. med. Simone Wesselmann MBA,

Jahrgang 1971, Studium der Humanmedizin an der Universität Göttingen. Danach war sie als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in verschiedenen Kliniken in Berlin und Nürnberg beschäftigt. Sie ist für den Bereich Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft zuständig. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt auf der Zertifizierung onkologischer Versorgungsstrukturen.