



Entitätsübergreifende Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Ergebnisse und Entwicklungen

M. Utzig^{1,2} · J. Rückher¹ · S. Wesselmann¹

¹ Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

² Ärztlicher Referent Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- Interdisziplinäre Tumorkonferenz
- Studienquote
- Qualitätsindikatoren der Leitlinien

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) ist entitätsspezifisch aufgebaut und basiert auf den Inhalten der S3-Leitlinien (LL). In die Zertifizierungsanforderungen fließen daher die Qualitätsindikatoren (QI) der LL als tumorspezifische Kennzahlen (KeZa) ein. Darüber hinaus existieren systemübergreifende KeZa wie z. B. die Vorstellungsrate in der Tumorkonferenz und die Quote der in Studien eingeschlossenen Patient:innen. Wie unterscheiden sich Ergebnisse und Entwicklungen dieser Kennzahlen? Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Anzahl an QI, die aus den LL als Kennzahl übernommen werden?

Ergebnisse: Die KeZa „prätherapeutische Tumorkonferenz“ differiert tumorspezifisch bezüglich der Auswahl der vorzustellenden Patient:innen und der Sollvorgabe (SV) für die Erfüllung der Anforderung. Über die Entitäten hinweg nimmt die Vorstellungsrate im Verlauf zu, in den Prostatakrebszentren beträgt sie seit Implementierung konstant $\geq 98\%$. Für die Studienquote ist die SV einheitlich bei $\geq 5\%$ festgesetzt. Ausgenommen sind Kinderonkologische Zentren, für die ein Soll von $\geq 90\%$ gilt, Mesotheliomeinheiten (≥ 1 Studienpatient:in) und Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (Teilnahme an ≥ 2 Studien). In 9 entitätsspezifischen Zertifizierungssystemen beträgt die Studienquote 10–20%, in 6 Systemen liegt sie z. T. deutlich darüber. Die EDIUM- und PCO-Studien haben zu einem deutlichen Anstieg der Quote in den Darm- bzw. Prostatakrebszentren geführt. Insgesamt 69% (0–100%) der tumorspezifischen Leitlinien-QI wurden in die korrespondierenden KeZa-Sets überführt. Aus den Querschnittsleitlinien Palliativmedizin, Psychoonkologie und Supportivtherapie sind bisher nur 4 QI übernommen worden.

Schlussfolgerung: Die positive Entwicklung der KeZa „prätherapeutische Tumorkonferenz“ ist Ausdruck einer zunehmend besseren Interdisziplinarität bei der Festlegung individueller Therapiekonzepte. Die Zunahme der Studienquoten unter EDIUM und PCO zeigt, dass die zertifizierten Zentren ein ideales Netzwerk für die Initiierung und Durchführung von Studien sind. Im Sinne des Qualitätszyklus Onkologie des Nationalen Krebsplans gelingt die Überführung der Leitlinien-QI in das Zertifizierungssystem der DKG.

Schlüsselwörter

Patientenzentrierte Versorgung · Zertifizierung · Leitlinien · Krebszentrum · Deutsche Krebsgesellschaft



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung onkologischer Behandlungseinrichtungen sind im Nationalen Krebsplan (NKP) fest verankert. Mithilfe der Zertifizierung dieser Einrichtungen soll die Qualität in allen Bereichen der Versor-

gungskette verbessert werden [4]. Im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) werden die Kriterien für eine erfolgreiche Zertifizierung von den Zertifizierungskommissionen der entitätsspezifischen Organkrebszentren und den Onkologischen Zentren innerhalb des Na-

Tab. 1 Entitätsübergreifende Kennzahlen und Qualitätsziele
<i>Entitätsübergreifende Kennzahlen (Bestandteil aller Zertifizierungssysteme)</i>
Anzahl an Primär-/Zentrumsfällen
Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz
Psychoonkologische Betreuung
Beratung durch Sozialdienst
Studienquote
<i>Entitätsübergreifende Qualitätsziele</i>
Chirurgische Qualitätsparameter (Revisionsrate, postoperative Mortalität, Residualtumorstatus, Funktions-/Organerhalt)
Diagnostik und Therapie des Nodalstatus (Sentinel-Lymphknoten-Biopsie, Ausmaß der Lymphadenektomie)
Vollständigkeit des histopathologischer Befundbericht; Anwendung der TNM-/WHO-Klassifikation
Durchführung einer molekularen Diagnostik
Zeitspanne bis Therapieeinleitung/-ende
Die Ziele des Nationalen Krebsplans sind die Grundlage der entitätsübergreifenden Kennzahlen, die sich in allen Kennzahlensets wiederfinden. Darüber hinaus werden weitere Qualitätsaspekte in mehreren entitätsspezifischen Anforderungskatalogen adressiert und tumorspezifisch präzisiert

tionalen Zertifizierungsprogramms Krebs festgelegt. Die Anforderungen umfassen Inhalte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und werden in tumorspezifischen Erhebungs- und Kennzahlen(KeZa)-Bögen zusammengefasst. Die Qualitätsindikatoren (QI) der korrespondierenden S3-Leitlinien machen dabei einen wesentlichen Anteil des KeZa-Sets aus [25]. Darüber hinaus fließen weitere Ziele des NKP [3, 4] in die KeZa-Konzeption ein, z. B. die Verbesserung der interdisziplinären Kooperation durch Tumorkonferenzen, eine gemeinsame Studientätigkeit sowie die Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung von Krebspatient:innen. Da diese Ziele für alle Tumorentitäten gleichermaßen gelten, finden sich die KeZa zu Tumorkonferenzvorstellung, Studientätigkeit und psychoonkologischer Betreuung in den Zertifizierungsanforderungen aller Entitäten wieder. Ergänzt werden diese durch Parameter, die in mehreren Zertifizierungssystemen gleiche oder ähnliche Aspekte adressieren, aber entitätsspezifisch präzisiert werden, wie z. B. chirurgische Qualitätsparameter (RO-

Resektion, 30-Tage-Mortalität), das Ausmaß der Lymphknotenentfernung oder das Auftreten von Komplikationen bei System-/Strahlentherapie (■ Tab. 1).

Wie unterscheiden sich die Ergebnisse, Entwicklungen und Sollvorgaben der übergreifenden Kennzahlen für die Vorstellung in der prätherapeutischen Tumorkonferenz und der Studienquote? Neben der Beantwortung dieser Fragen soll ein Überblick über den Anteil der Leitlinien-QI gegeben werden, die als Kennzahlen in die entitätsspezifischen Zertifizierungsanforderungen übernommen worden sind.

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Die interdisziplinäre Tumorkonferenz ist zentraler Bestandteil jedes zertifizierten Zentrums. Hier werden die relevanten Befunde interdisziplinär bewertet und patient:innenorientierte Behandlungskonzepte festgelegt. Da bei vielen Patient:innen ein multimodales Therapiekonzept zur Anwendung kommt, wird häufig eine mehrfache Vorstellung gefordert (z. B. prätherapeutisch, nach neoadjuvanter Therapie, postinterventionell/-operativ). Dies ermöglicht nicht nur eine Bewertung der abschließenden Befunde, sondern auch eine Einschätzung der vorherigen Behandlungsschritte und Festlegung des weiteren Prozedere. Eine Übersicht über die Zeitpunkte im Behandlungsablauf, zu denen entitätsspezifisch eine Vorstellung obligat ist, gibt ■ Tab. 2.

Für die Haut-, Harnblasen- und Nierenkrebszentren sowie die Gynäkologischen und Kinderonkologischen Zentren ist der Zeitpunkt der Patient:innenvorstellung nicht festgelegt. In den Zertifizierungsanforderungen der Brust- (BZ), Lungen- (LZ) und Prostatakrebszentren (PZ) sowie der Kopf-Hals-Tumor-Zentren (KHT), Neuroonkologischen Zentren (NOZ), Sarkomzentren (SAR) und Zentren der viszeralonkologischen Entitäten Darm- (DZ), Leber- (ML), Magen- (MM), Pankreas- (MP) und Speiseröhrenkrebs (MS) ist dagegen vorgeschrieben, dass Primärfälle prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorzustellen sind. Zufallsbefunde nach Operationen und operativen Eingriffen mit diagnostischem Charakter stellen Ausnahmen von dieser Regel dar: In NOZ und DZ sind Patient:innen in der

Notfallsituation explizit ausgenommen, in PZ bzw. KHT müssen Patient:innen mit Zufallsbefund nach Zystoprostektomie bzw. Speicheldrüsenresektion erst postoperativ/-interventionell vorgestellt werden.

Die Sollvorgabe für die prätherapeutische Vorstellung in der Primärfallsituation liegt mit Ausnahme von LZ, BZ und NOZ einheitlich bei 95 %. Beim Lungenkarzinom müssen $\geq 90\%$ der Primärfälle prätherapeutisch vorgestellt werden, beim Brustkrebs ist eine Vorstellungsrates von $\geq 40\%$ vorgesehen (ab KeZa-Jahr 2016). In NOZ ist für die präinterventionelle Vorstellung keine Sollvorgabe definiert (Plausibilitätsbereich 50–80 %). Betrachtet man den Median der Vorstellungsrates „prätherapeutische Tumorkonferenz“, liegt dieser für PZ seit Implementierung des Zertifizierungssystems bei $\geq 98,0\%$; in den Speiseröhrenkrebszentren ist der Median auf hohem Niveau von 96,0 % (2018) auf 94,9 % (2020) leicht zurückgegangen. In den Neuroonkologischen Zentren und den Zentren für Hämatologische Neoplasien (HAEZ) liegen nach Einführung der KeZa 2020 (NOZ) bzw. Start des Zertifizierungssystems nur Einzelwerte (78,3 % bzw. 96,0 %) für diese KeZa vor. Für alle anderen Tumorentitäten weist der Median der KeZa „prätherapeutische Tumorkonferenz“ eine positive Entwicklung auf (■ Abb. 1), sodass 5 Jahre nach Implementierung des entitätsspezifischen Zertifizierungssystems der Median über der Sollvorgabe (SV) liegt.

Auch der Anteil der Zentren mit Erfüllung der SV zeigt eine positive Entwicklung: So hat sich der Anteil der Kopf-Hals-Tumor-, Darmkrebs- und Sarkomzentren, der die SV erfüllt, in den letzten 10 (KHT, DZ) bzw. 3 Jahren (SAR) verdoppelt [10, 15, 19] und der der Pankreas- und Leberkrebszentren [11, 20] fast verdreifacht. Die Entwicklung in den jungen Zertifizierungssystemen Magen- (MM) und Speiseröhrenkrebs (MS) ist noch nicht abgeschlossen: Bei MM ist die Quote der Zentren, die die SV erfüllen, konstant, bei MS leicht rückläufig [12, 16]. Der Anteil der PZ mit ausreichender prätherapeutischer Patientenvorstellung bewegt sich seit Beginn des Zertifizierungssystems in einem Korridor zwischen 72,6 % und 91,0 % [14]. Bei den BZ ist nach Einführung der SV der Anteil der Zentren mit adäquater Pa-

Tab. 2 Übersicht über Zeitpunkte im Behandlungsablauf und Indikationen zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz			
Entität	Prätherapeutisch	Postoperativ/-interventionell	Ohne Zeitangabe
Brust	Primärfälle	Operierte Primärfälle	Bei Auftreten eines neuen Rezidivs
Gynäkologische Tumoren	–	–	Gesamtfallzahl
Darm	Rektum: alle Elektivpatienten	Operative und endoskopische Primärfälle	–
	Kolon: alle Elektivpatienten Stadium IV		
	Neu aufgetretenes Rezidiv und/oder Metastase		
Analkarzinom	Primärfälle Stadium II–IV	Primärfälle mit R1/R2-Resektion oder Residualtumor nach primärer Radiochemotherapie	–
	Patienten mit Rezidivtumor eines Analkarzinoms		
Magen	Primärfälle	Operative Primärfälle	–
	Patienten mit Rezidiv		
Leber	Primärfälle	Operative Primärfälle	–
	Patienten mit Rezidiv und/oder neu aufgetretener Metastase	Interventionell behandelte Primärfälle	
Pankreas	Primärfälle	Operative Primärfälle (OPS-Code 5-524*/5-525* mit ICD C25)	–
Speiseröhre	Primärfälle	Primärfälle nach abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-)Chemotherapie	–
	Patienten mit Rezidiv und/oder neu aufgetretener Metastase	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	
Haut	–	–	Patienten mit Stadienshift/Rezidiv Primärfälle mit extrakutanen Melanomen
Kinderonkologische Tumoren	–	–	Zentrumsfälle Hauptgruppe II–XII
Kopf-Hals-Tumor	Primärfälle (ohne Speicheldrüsentumoren)	–	Maligne Speicheldrüsentumoren nach histologischer Sicherung
Lunge	Primärfälle	Operative Primärfälle Stadium IB–IIIB	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastase nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)
Neuroonkologische Tumoren	Primärfälle	Notfallpatienten postinterventionell	–
	Elektivpatienten präinterventionell		
Prostata	Primärfälle (ohne Zufallsbefund nach radikaler Zystektomie)	Operierte Primärfälle (>pT3a u./o. R1 u./o. pN+)	–
	Rezidiv und/oder Fernmetastasen		
Harnblase	–	Primärfälle nach Transurethraler Resektion (ab T1 High-grade-T2, [ab 2023]) Zystektomie (mindestens R1 und/oder N+)	–
Niere	–	–	Primärfälle mit lokal fortgeschrittenem Tumor (≥ cT3/pT4 und/oder c/pN+) und/oder R1-Resektion, seltener Histologie und/oder Anhaltspunkten für hereditäre Genese und/oder Mit M1 bei Nierentumor Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen

Tab. 2 (Fortsetzung)			
Entität	Prätherapeutisch	Postoperativ/-interventionell	Ohne Zeitangabe
Hoden	Primärfälle mit Ablatio testis bzw. organerhaltender Operation (Therapieentscheidung erfolgt erst postoperativ)	Patienten mit gonadalem/extragenadalem Keimzelltumor, die nach Chemotherapie einen Residualtumor aufweisen	–
	Patienten mit Rezidiv und/oder neu aufgetretenen Fernmetastasen Primärer Chemotherapie Extragenadalem Keimzelltumor		
Sarkom	Primärfälle	Zentrumsfälle mit Operation	–
	Zentrumsfälle mit Rezidiv und/oder Fernmetastasen		
Hämatologische Neoplasien	Primärfälle mit malignem Lymphom (ab 2023 Hodgkin-, Non-Hodgkin-Lymphom), Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	–	Patientenfälle (außer Primärfälle) mit malignem Lymphom (ab 2023 Hodgkin-, Non-Hodgkin-Lymphom), Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie
ALL akute lymphatische Leukämie			

tientenvorstellung von 87,6% (2016) auf 97,4% (2020) gestiegen, 2017 und 2019 haben jedoch nur 74,0% bzw. 75,4% der Zentren die Patient:innen in ausreichendem Maße vorgestellt [7]. Der Anteil der Lungenkrebszentren mit Erfüllung der SV ist kontinuierlich seit 2012 von 65,7% auf 98,4% angewachsen, sodass 2020 fast alle Zentren die SV erfüllten [6].

Entgegen den überwiegend positiven Ergebnissen zeigten sich 2020 z.T. divergierende Entwicklungen: Während der Anteil der Zentren mit Erfüllung der SV in den Brustkrebs- [6, 7], Lungenkrebs- [6], Magenkrebs- [12] und Pankreaskarzinomzentren [20] angestiegen ist, zeigt sich der Anteil in den Darm- [19] und Leberkrebszentren [11] rückläufig. Auch der Anteil der KHT, die in ausreichender Anzahl Primärfälle prätherapeutisch vorgestellt haben, nahm 2020 ab [10]. Ein Einfluss auf die im Kennzahljahr 2020 leicht rückläufigen Quoten durch die Coronapandemie ist bei zuvor positivem Trend wahrscheinlich. Die Entwicklung in den MS ist aufgrund der kleinen Anzahl an zertifizierten Zentren und der kurzen Historie des entitätsbezogenen Zertifizierungssystems dagegen noch nicht einzuschätzen [16].

Trotz des für einige Tumorentitäten im Kennzahljahr 2020 zu beobachtenden leicht rückläufigen Anteils an Zentren mit Erfüllung der KeZa „prätherapeutische Tumorkonferenz“ wird die zentrale Forderung des NKP nach einer Verbesserung der interdisziplinären Kooperation sehr gut und zunehmend lückenlos umgesetzt.

Dies spiegelt sich entitätsunabhängig sowohl in ansteigenden Vorstellungsraten als auch am konstant hohen (PZ) bzw. steigenden Anteil an Zentren mit Erfüllen der SV wider und ist auf die zunehmende Umsetzung des Zentrumsgedanken und die Reflexion der eigenen Ergebnisse, z. B. in Qualitätszirkeln, im Rahmen von PDCA-Zyklen zurückzuführen.

Studienquote

Der „faire und schnelle Zugang zu nachweislich wirksamen innovativen Krebstherapien“ [4] ist Ziel des NKP. Die KeZa „Studienquote“ des DKG-Zertifizierungssystems soll dabei den Beitrag der Zentren zur „Sicherung einer möglichst raschen Translation neuer Therapieoptionen aus der Grundlagenforschung in die Anwendung“ und „den zeitnahen Nachweis der Wirksamkeit neuer Therapieoptionen unter Alltagsbedingungen“ darlegen [4]. Mit Ausnahme der Kinderonkologischen Zentren (KIO), der Mesotheliomeinheiten und der Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) hat die Studienquote mit einer SV von $\geq 5\%$ in die KeZa-Bögen aller entitätsspezifischen Zertifizierungen Einzug gehalten. In KIO gilt eine SV von $\geq 90\%$. Mesotheliomeinheiten müssen ≥ 1 Patient:in pro Jahr in eine Studie einschließen und FBREK-Zentren an ≥ 2 Studien teilnehmen [28].

In 9 entitätsspezifischen Zertifizierungssystemen liegt der Median der Studienquote 2022 (KeZa-Jahr 2020) zwi-

schen 10% und 20%, in 6 Systemen z.T. deutlich darüber. In den Nieren- und Harnblasenkrebszentren werden im Median 7,0% bzw. 9,0% der Patient:innen in Studien eingeschlossen [17, 18]; höhere Studienquoten imponieren u.a. in den Leberkrebszentren (27,2% [11]), den Zentren für Hämatologische Neoplasien (27,5% [9]), den Neuroonkologischen Zentren (42,5% [13]) und den Hautkrebszentren (80,8% [5]). Die Studienquote von annähernd 100% in KIO ist in der verpflichtenden Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien und dem Einschluss des Registers der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie begründet. Wie sich an den Entwicklungen der KeZa ableiten lässt, sind die Ergebnisse der Studienquoten in DZ und PZ (18,5% bzw. 39,4%) insbesondere auf die Teilnahme der Zentren an der Studie „Ergebnisqualität bei Darmkrebs: Identifikation von Unterschieden und Maßnahmen zur flächendeckenden Qualitätsentwicklung“ (EDIUM [27]) bzw. „Prostate Cancer Outcomes“ (PCO [24]) zurückzuführen (■ Abb. 2). Beide Studien untersuchen die Lebensqualität der Patient:innen sowie krankheitsbezogene Symptome und Funktionen mittels prä- und posttherapeutisch erhobener „patient-reported outcomes“ [1, 2, 26] und ermöglichen den teilnehmenden Zentren die Ableitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. An dem von der DKG und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren e.V. initiiert-

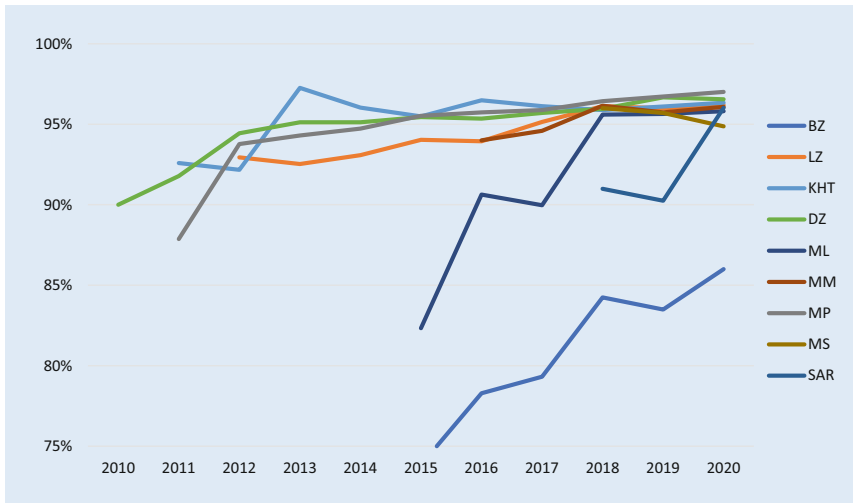


Abb. 1 ▲ Vorstellungsrate in der prätherapeutischen Tumorkonferenz (Median) in den Brust- (BZ) und Lungenkrebszentren (LZ), den Zentren der viszeralonkologischen Entitäten Darm- (DZ), Magen- (MM), Pankreas- (MP), Leber- (ML) und Speiseröhrenkrebs (MS) sowie den Kopf-Hals-Tumor-Zentren (KHT) und Sarkomzentren (SAR). In den Prostatakrebszentren ist seit Einführung des Systems die prätherapeutische Vorstellungsrate konstant > 98 % (nicht dargestellt). Für die Zentren für Hämatologische Neoplasien und die Neuroonkologischen Zentren liegen aufgrund des jungen Alters des Zertifizierungssystems bzw. der späteren Einführung der Kennzahlen nur die Ergebnisse aus dem Kennzahlenjahr 2020 vor (96,0 % bzw. 78,3 %, nicht dargestellt)

ten und durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten EDIUM-Projekt haben initial > 100 DZ teilgenommen und knapp 4500 Patienten untersucht [2]. Zeitgleich ist der Median der Studienquote von 8,5 % (2017) auf 23,6 % (2019) angestiegen [2]. 2020 zeigte sich, korrespondierend zum Ende der Studienförderung, sowohl eine Abnahme der Studienquote als auch eine rückläufige Anzahl der teilnehmenden Zentren. Die Zahl der Studienzentren ist von 41 auf aktuell 80 Zentren in Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland wieder angestiegen¹ [8], sodass für 2021 und 2022 auch wieder mit einem Anstieg der Studienquote zu rechnen ist. Ähnlich eindrucksvoll ist der Einfluss der PCO-Studie auf die Studienquote der PZ: Die Beteiligung von aktuell 129 zertifizierten Prostatakrebszentren und die Rekrutierung von > 45.000 Männern (seit Studienbeginn 07/2016) haben zu einem Anstieg der Studienquote von 6,2 % (2015) auf aktuell 39,4 % geführt [14].

Zusammenfassend imponiert zwischen den einzelnen Tumorentitäten eine große Streuung der Studienquote. Die hohen Stu-

dienquoten in einzelnen Zertifizierungssystemen sind bedingt durch die verpflichtende Teilnahme an Register- und Therapieoptimierungsstudien einerseits sowie durch die Aktivität der zertifizierten Zentren an DKG-initiierten Forschungsprojekten wie z. B. EDIUM und PCO andererseits. Die zertifizierten Zentren stellen somit eine ideale Plattform für die Wissensgenerierung in der Versorgungsforschung dar.

Qualitätsindikatoren der Leitlinien

Die Qualitätsindikatoren der Leitlinien (LL) sind eine Grundsäule der Kennzahlenbögen, dennoch werden nicht alle QI als KeZa in die Zertifizierungssysteme übernommen. Dies kann u. a. der Fall sein, wenn der QI mit dem onkologischen Basisdatensatz (oBDS) oder im Kontext eines Zentrums nicht berechnet werden kann. Da das Kriterium der Behandlung in einem zertifizierten Zentrum per se erfüllt ist, sind die QI, die diese Anforderung adressieren, ebenfalls nicht in die KeZa-Sets überführt worden. Bei anderen QI wird das Ergebnis bereits über die obligat zu dokumentierenden Basisdaten der Primärfälle bzw. Zentrumspatienten erfasst: So werden beispielsweise in den Hodenkrebszentren die Primärfälle in Abhängigkeit nicht nur vom

UICC-Stadium, sondern auch von der Prognosegruppe erfasst. Die als Leitlinien-QI geforderte Anwendung der Prognosekriterien der International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG) wird somit schon über die Basisdaten abgebildet.

Aktuell sind 68,9 % (153/222) der zum Sitzungszeitpunkt der Zertifizierungskommissionen gültigen entitätsspezifischen QI als KeZa in die Zertifizierungssysteme übernommen worden [28]. Dabei weist der Anteil der übernommenen QI eine große Spannweite von 0–100 % auf. Aus der LL „Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut“ wurde kein QI (0/1) übernommen, aus den LL der hämatologischen Neoplasien waren es 7 von 17 QI (multiples Myelom [0/1], CLL [3/4], follikuläres Lymphom [1/3], Hodgkin-Lymphom [3/9]). Das QI-Set der LL „Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom“ wurde erst nach der letzten Sitzung der Zertifizierungskommission HAEZ definiert. Der Geltungsbereich der Gynäkologischen Krebszentren (GZ) umfasst alle Malignome des weiblichen Genitale. Aufgrund der großen Anzahl der eingebundenen Tumorentitäten resultieren > 30 QI der korrespondierenden LL als potenzielle Kennzahlen. Aus diesem Grund hat die Zertifizierungskommission GZ in ihrer Sitzung 2016 festgelegt, maximal 5 QI pro Entität zu übernehmen. Aktuell sind 18 QI (Endometrium- [4/4], Zervix- [4/9], Ovarial- [5/10], Vulvakarzinom [S2k-Leitlinie, 4/8], Sarkom [1/1]) in das KeZa-Set GZ überführt worden. Lässt man die Forderung nach Behandlung in einer zertifizierten Institution unberücksichtigt, haben 2 von 9 QI der LL „Prävention des Zervixkarzinoms“ bzw. 9 von 9 QI der LL „Mammakarzinom“ in die KeZa-Sets der zertifizierten Dysplasie-Einheiten bzw. der Brustkrebszentren Einzug gehalten. In den KeZa-Sets der Darm- (11/11), Pankreas- (7/7) und Speiseröhrenkrebszentren (11/11) wurden alle QI der korrespondierenden Leitlinie berücksichtigt. Auch alle QI der S3-LL Mundhöhlen- (10/10) und Endometriumkarzinom [4/4] sind Bestandteil der KeZa-Sets, sodass aus 6 von 26 tumorspezifischen Leitlinien (23,1 %) alle QI übernommen worden sind.

Über die entitätsspezifischen QI hinaus wurden in die Zertifizierungsanforderungen für KHT und HAEZ sowie die uroon-

¹ Breidenbach C (2022) Persönliche Mitteilung.

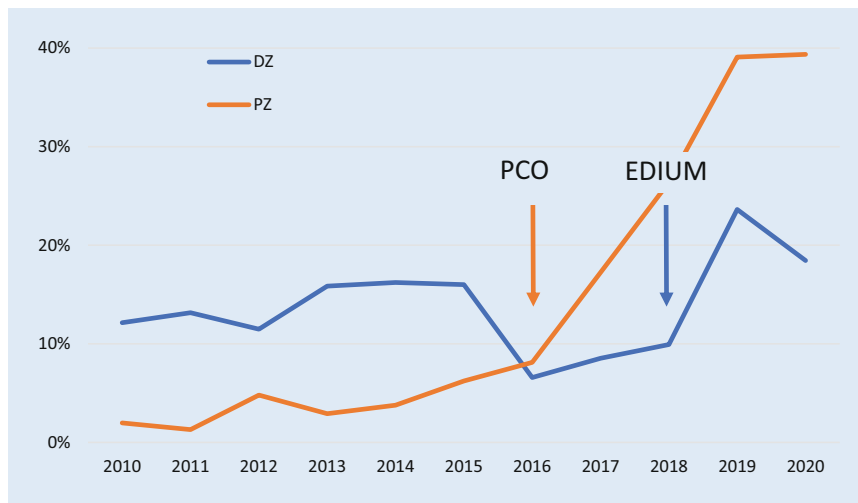


Abb. 2 ▲ Entwicklung der Studienquoten in Darm- und Prostatakrebszentren nach EDIUM bzw. PCO-Studienbeginn. PZ Prostatakrebszentrum, DZ Darmkrebszentrum, EDIUM „Ergebnisqualität bei Darmkrebs: Identifikation von Unterschieden und Maßnahmen zur flächendeckenden Qualitätsentwicklung“, PCO „Prostate Cancer Outcomes“

kologischen Entitäten die QI der LL „Supportive Therapie bei onkologischen Patienten“ [21] zur zahnärztlichen Untersuchung vor Strahlentherapie bzw. vor Bisphosphonat/Denosumab-Therapie (z. T. modifiziert als „Empfehlung zur Untersuchung“) einbezogen. Die „Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS“ in der Palliativsituation (LL „Palliativmedizin“ [22]) ist als KeZa in LZ (für alle Primärfälle im Stadium IV) und NOZ (für alle Patienten mit ICD-O-Topographie C71 und ICD-O-Morphologie/3) sowie in Onkologischen Zentren für Patienten auf Palliativstationen [28] etabliert. Derzeit wird für OZ in Pilotzentren die Umsetzbarkeit einer systematischen Erfassung bei allen Primärfällen im Stadium IV und bei Patient:innen mit Rezidiv und/oder sekundärer Metastasierung auch außerhalb der Palliativstation erprobt [23]. Darüber hinaus wird auf den Palliativstationen der Anteil der Patient:innen mit Schmerzreduktion innerhalb von 48 h (LL „Palliativmedizin“) ermittelt. Als weiterer QI einer Querschnitts-LL soll zukünftig auch das Screening mit validierten Instrumenten der LL „Psychoonkologie“ den Anteil an Patient:innen, der gescreent wurde, erfassen und über alle Entitäten hinweg die KeZa „Psychoonkologische Betreuung (Gespräch \geq 25 min)“ ersetzen.

Während somit durch die Zertifizierungskommissionen 4 von 21 QI der Querschnitts-LL (19,0%), z. T. modifiziert,

als KeZa übernommen wurden, sind 68,9% der entitätsspezifischen QI als KeZa überführt worden. Zu knapp einem Viertel (23,1%) sind alle QI einer entitätsspezifischen LL auch Bestandteil der Zertifizierungsanforderungen. Im Sinne des Qualitätszyklus Onkologie des NKP gelingt somit die Überführung der Leitlinien-QI in das Zertifizierungssystem der DKG.

Fazit

- Die zentrale Forderung der Patient:innenvorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz wird von den Zentren sehr gut umgesetzt. Dies spiegelt sich in den Vorstellungsraten und für die meisten Entitäten auch in dem über die Jahre hinweg zunehmenden Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe wider.
- Entitätsspezifisch imponieren Studienquoten zwischen 7,0% und 98,4%. Durch die „Ergebnisqualität bei Darmkrebs: Identifikation von Unterschieden und Maßnahmen zur flächendeckenden Qualitätsentwicklung“ (EDIUM)- und „Prostate Cancer Outcomes“ (PCO)-Studie sind in den zertifizierten Darm- bzw. Prostatakrebszentren die Quoten deutlich angestiegen. Die zertifizierten Organkrebszentren und Onkologischen Zentren bilden ein ideales

Netzwerk für die Initiierung und Durchführung von Studien.

- Knapp 69% der entitätsbezogenen Leitlinien-QI sind in die Kennzahlen(KeZa)-Sets übernommen worden. Aus den Querschnittsleitlinien wurden bislang 4 QI, z. T. modifiziert, in die Anforderungen einzelner Tumorentitäten überführt. Der QI zur Erfassung des Screenings des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs soll zukünftig in alle KeZa-Sets aufgenommen werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. M. Utzig

Ärztlicher Referent Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin, Deutschland
utzig@krebsgesellschaft.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Utzig und J. Rückher sind ärztliche Referenten im Bereich Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. S. Wesselmann ist Bereichsleiterin Zertifizierung und stellvertretende Generalsekretärin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

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

Literatur

1. Breidenbach C, Sibert NT, Wesselmann S, Kowalski C (2019) Das Potenzial von Patient-Reported Outcomes – Nutzen und Umsetzung der EDIUM-Studie. *Onkol Pflege* 9:50–53
2. Breidenbach C, Sibert NT, Dieng S et al (2022) EDIUM-Studie: Ergebnisbericht an die EDIUM-Zentren 2022. [https://www.edium-studie.de/DownloadData/EDIUM%20Ergebnisbericht%202022%20Allgemein%20\(Version%2006.10.2022\).pdf](https://www.edium-studie.de/DownloadData/EDIUM%20Ergebnisbericht%202022%20Allgemein%20(Version%2006.10.2022).pdf). Zugegriffen: 2. Nov. 2022
3. Bruns J (2014) Der Nationale Krebsplan. *Forum* 29:46–49. <https://doi.org/10.1007/S12312-013-1074-Y>
4. Bundesministerium für Gesundheit (2008) Nationaler Krebsplan
5. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Deutsche Dermatologische Gesellschaft e. V., Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Hautkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. Sept. 2022
6. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Tho-

- raxchirurgie et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Lungenkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 27. Nov. 2022
7. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V., Zertifizierungskommission Brustkrebszentren et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. September 2022
 8. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., OnkoZert, Deutsche ILCO e. V., Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (2022) Newsletter der EDIUM-Studie 1. Quartal 2022. [https://www.edium-studie.de/DownloadData/22_q1_edium%20newsletter-A1%20\(220414\).pdf](https://www.edium-studie.de/DownloadData/22_q1_edium%20newsletter-A1%20(220414).pdf). Zugegriffen: 18. November 2022
 9. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Zentren für Hämatologische Neoplasien, Weißinger F et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 03. Oktober 2022
 10. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumorzentren, Iro H et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Kopf-Hals-Tumor-Zentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. September 2022
 11. Deutsche Krebsgesellschaft, Zertifizierungskommission Leberkrebszentren, Mayerle J et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Leberkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. Sept. 2022
 12. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Magenkrebszentren, Mayerle J et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 17. Oktober 2022
 13. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren, Schlegel U et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Neuroonkologischen Zentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. September 2022
 14. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren, Burchardt M et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Prostatakarzinomzentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. September 2022
 15. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Sarkomzentren, Hohenberger P et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Sarkomzentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 23. September 2022
 16. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Speiseröhrenkrebszentren, Mayerle J et al Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 03. Oktober 2022

Cross-entity quality indicators and key performance figures: results and developments

Background: The certification system of the German Cancer Society (DKG) is tumor entity-specific and based on S3 guidelines. Therefore, quality indicators (QI) of these guidelines are included in the catalogues of certification requirements and data sheets as tumor-specific indicators. Furthermore, there are some universal indicators that apply to all entities, e.g., the proportion of patients presented in the tumor board and the proportion of patients included in clinical trials. How do the results and evolution of these universal indicators differ between entities? Do the numbers of guideline QI transferred as indicators to the DKG certification system differ?

Results: With respect to the indicator “pretherapeutic presentation in the tumor board”, the population of index patients and target values are tailored to the tumor-specific certification. For all entities, the proportion of patients presented at the tumor board is increasing; in prostate cancer centres, the rate has been $\geq 98\%$ since its implementation. The target value of the indicator “inclusion of patients into clinical trials” is concordant at $\geq 5\%$; exceptions are pediatric tumor centres, where the target value is $\geq 90\%$, mesothelioma units, where enrolment of ≥ 1 patient is mandatory, and centres for hereditary breast and ovarian cancer, which must take part in ≥ 2 clinical trials. In 9 out of 17 tumor-specific certification systems, the percentage of patients included into a study is 10–20%, in 6 systems, in part significantly higher. The EDIUM and PCO studies have led to a considerable increase in the quota in colorectal and prostate cancer centres. A total of 69% (0–100%) of the tumor-specific guideline QIs have been transferred into the indicator datasheets. However, only 4 QIs have been transferred from the guidelines on palliative care, psychooncology and supportive therapy to date.

Conclusion: The positive development of the indicator “patient presentation in the pretherapeutic tumor board” reveals the ongoing improvements in interdisciplinary during establishment of individualized treatment concepts. The increased rate of inclusion in clinical studies caused by EDIUM and PCO shows that certified cancer centres are a perfect network to initiation and performance of studies. In the context of the quality cycle of the National Cancer Plan (NKP), the transfer of guideline QIs into the DKG certification system is succeeding.

Keywords

Patient-centred care · Certification · Guidelines · Cancer center · German Cancer Society

17. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Harnblasenkrebszentren, Burchardt M et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Harnblasenkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 02. Oktober 2022
18. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Nierenkrebszentren, Burchardt M et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Nierenkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 02. Oktober 2022
19. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Darmkrebszentren, Mayerle J et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 03. Oktober 2022
20. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Pankreaskarzinomzentren, Mayerle J et al (2022) Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren 2022 (Auditjahr 2021/Kennzahlenjahr 2020). <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>. Zugegriffen: 17. Oktober 2022
21. Leitlinienprogramm Onkologie (2020) Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ – Langversion 1.3, 2020, AWMF Registernummer: 032/054OL. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/>. Zugegriffen: 23. Sept. 2022
22. Leitlinienprogramm Onkologie (2020) Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ – Langversion 2.2, 2020, AWMF Registernummer: 128/001OL. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>. Zugegriffen: 23. Sept. 2022
23. Para S, Letsch A, Alt-Epping Betal (2022) Symptom- und Belastungserfassung mit MIDOS oder IPOS – Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung, KeSBa-Projekt. Forum Fam Plan West Hemisph

- 37:405–407. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01116-1>
24. PCO-Study. <https://www.pco-study.com/login>. Zugegriffen: 23. Sept. 2022
25. Rückher J, Lobitz J, Follmann M et al (2022) Guideline-based quality indicators for kidney and bladder cancer in Germany: development and implementation. *Urol Int* 106:360–367. <https://doi.org/10.1159/000517893>
26. Sibert NT, Pfaff H, Breidenbach C et al (2022) Variation across operating sites in urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy in localized and locally advanced prostate cancer. *World J Urol* 40:1437–1446. <https://doi.org/10.1007/s00345-022-03985-6>
27. Studie EDIUM <https://www.edium-studie.de/login>. Zugegriffen: 23. Sept. 2022
28. Zertifizierungskommissionen der zertifizierten Organkrebszentren und Onkologischen Zentren (2022) Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft: Dokumente | DKG. <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>. Zugegriffen: 22. September 2022