

16 Zertifizierung mit Leitlinienkomponente: das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Johannes Rückher, Markus Follmann, Martin Utzig und
Simone Wesselmann

C. Günster | J. Klauber | D. Klemperer | M. Nothacker | B.-P. Robra | C. Schmuker (Hrsg.) Versorgungs-Report.
Leitlinien – Evidenz für die Praxis.

DOI 10.32745/9783954668007-16, © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2023

Hintergrund: In den letzten Jahren hat eine zunehmende Zahl an Arbeiten die Vorteile der Behandlung in zertifizierten Zentren in Bezug auf verschiedene Tumorentitäten gezeigt. Der vorliegende Beitrag stellt die Frage, inwieweit Leitlinieninhalte Anteil an diesen Vorteilen haben. Dazu werden die verschiedenen Schnittstellen von Zertifizierungssystem mit onkologischen S3-Leitlinien dargestellt.

Zentrale Erkenntnisse: Der Qualitätszyklus Onkologie beschreibt, wie Empfehlungen der Leitlinien Eingang in die Zertifizierungssysteme erhalten, wie deren Umsetzung beurteilt und gemessen wird – und nicht zuletzt, welche Konsequenzen die Leitliniengruppen aus diesen Ergebnissen ziehen. Darüber hinaus hat das Zertifizierungssystem weitere Möglichkeiten, die Auseinandersetzung mit Leitlinienwissen zu fördern, etwa durch Übernahme zentraler Empfehlungen in die Zertifizierungskataloge, Verweise auf die Leitlinien in den Zertifizierungsdokumenten oder durch die Erarbeitung von Checklisten/Handreichungen für den klinischen Alltag.

Fazit: Leitlinienempfehlungen sind eine wesentliche Grundlage der Anforderungen an zertifizierte Krebszentren und bilden deren fachliches Fundament. Ihre Umsetzung

in der Versorgung wird im Zertifizierungssystem durch regelmäßige Audits und die Messung von Qualitätsindikatoren geprüft. Leitlinien haben somit einen wesentlichen Einfluss auf die Effekte der Zertifizierung.

Background: In recent years, an increasing number of papers have demonstrated the benefits of treatment in certified centers with respect to various tumor entities. This article asks to what extent guideline content contributes to these advantages. For this purpose, the different interfaces of certification systems with oncological S3 guidelines are presented.

Key findings: The quality cycle in oncology describes how guideline recommendations are incorporated into certification systems, how their implementation is assessed and measured – and, last but not least, what consequences the guideline groups draw from these results. In addition, the certification system has further possibilities to promote the discussion of guideline knowledge, for example by adopting central recommendations in the certification catalogs, references to the guidelines in the certification documents, or by developing checklists/handouts for everyday clinical practice.

Conclusion: Guideline recommendations are an essential basis of the requirements for certified cancer centers and form their professional foundation. Their implementation in care is checked in the certification system by regular audits and the measurement of quality indicators. Guidelines thus have a significant influence on the effects of certification.

16.1 Hintergrund

In diesem Jahr feiert die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) das zwanzigjährige Bestehen des Zertifizierungssystems. Der 2003 gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Senologie entwickelte Anforderungskatalog für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs hat sich seit dieser Zeit zu einem komplexen, die weit- aus meisten Tumorentitäten umfassenden Zertifizierungssystem entwickelt (s. Abb. 1). Es definiert nicht mehr nur Standards für die Versorgung, sondern misst die Versorgungsleistung bzw. Versorgungsqualität der zertifizier-

ten Zentren mittels spezifischer, teils leitlinienbasierter Kennzahlen.

Seit seinem Bestehen wird das Zertifizierungssystem kritisch hinterfragt. Das ist legitim, weil es nicht nur in die Prozesse und Schnittstellen eines Zentrums eingreift, sondern auch personellen bzw. finanziellen Aufwand auslöst. Die Frage, „was Zertifizierung eigentlich bringt“, war dabei zunächst nicht leicht zu quantifizieren. „Gefühlte Vorteile“ seitens der Zentren oder Patienten und Patientinnen mögen erfreulich sein, ersetzen aber keine Evidenz. Ab den 2010er-Jahren verdichteten sich die Hinweise auf eine Überlegenheit der Behandlung in zertifizierten Zentren (Beckmann et al. 2011; Butea-Bocu et al. 2021; Cheng et al. 2021; Diers et al. 2021; Greger et al. 2018; Haj et al. 2017; Hoffmann et al. 2018; Jacob et al. 2021; Modabber et al. 2021; Uttinger et al. 2021). Dabei handelte es sich meist um Vorher-Nachher-Vergleiche oder um retrospektive Kohortenstudien mit meist vergleichsweise kleinen Populationen auf Basis von Krankenkas-

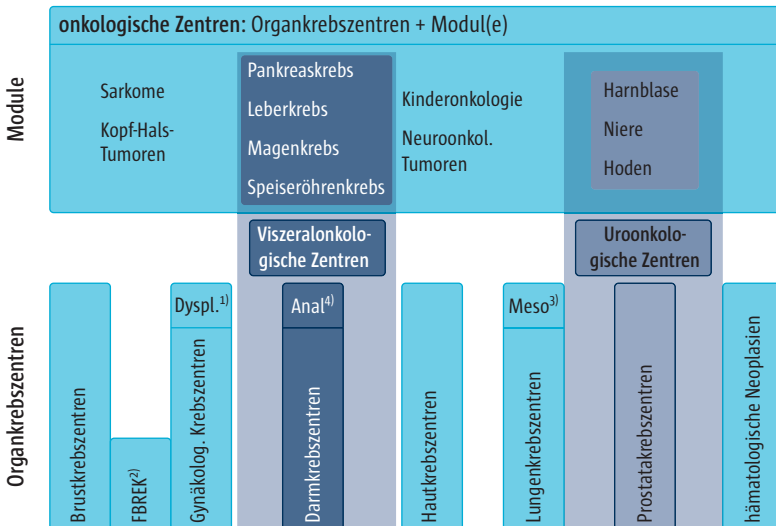


Abb. 1 Aufbau des Zertifizierungssystems ⁽¹⁾ mit dem Gynäkologischen Krebszentrum kooperierende Einheiten bzw. Sprechstunden für gynäkologische Dysplasien; ⁽²⁾ mit Gynäkologischem und/oder Brustkrebszentrum kooperierendes Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK); ⁽³⁾ auf den Lungenkrebszentren aufbauende Mesotheliomeinheiten; ⁽⁴⁾ an Darmkrebszentren angesiedelte Analkarzinomzentren)

sen-, Krebsregister- oder Studiendaten. Die Ergebnisse der WiZen-Studie waren daher ein Meilenstein: Erstmals wurden auf einer sehr breiten Datenbasis (über 1 Million Fälle) und mit Verknüpfung von Krankenkassen- und Krebsregisterdaten bei vielen Tumorentitäten und unter Berücksichtigung verschiedener Confounder Überlebensvorteile in den zertifizierten Zentren nachgewiesen. Bei allen 11 untersuchten Tumorentitäten (Ausnahme: Endometriumkarzinom) waren die Überlebensvorteile in mindestens einer der beiden Datenquellen signifikant. Für Karzinome des Kolons, der Mamma, der Prostata sowie für Hirntumoren zeigten sowohl Krankenkassen- als auch Krebsregisterdaten signifikante Überlebensvorteile. Der Überlebensvorteil verstärkte sich mit der zunehmenden Dauer, während der ein Zertifikat gehalten wurde. Deutlicher noch als in Stadium IV waren die Überlebensvorteile in den UICC-Stadien I bis III, also bei (potenziell) kurativ behandelbaren Tumorstadien (Ausnahme: Bronchialkarzinom). Dabei konnte durch die Erkenntnis, dass kaum Unterschiede der Patientenstruktur zertifizierter bzw. nicht zertifizierter Häuser zu beobachten waren, der Vermutung entgegengetreten werden, dass die Überlebensvorteile z.B. in erster Linie durch jüngere Patienten oder durchweg niedrigere Tumorstadien in den zertifizierten Zentren bedingt seien (Schoffer et al. 2022). Warum aber ist die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum überlegen? Dies zu beantworten ist angesichts der Komplexität der Intervention „Zertifizierung“ nicht leicht. Sicher ist hier nicht ein einzelner, abgrenzbarer Faktor ausschlaggebend. Der vorliegende Artikel befasst sich mit der Rolle einer zentralen, aber mitunter übersehenen Komponente des Zertifizierungssystems: Der Integration von Leitlinien. Welche Rolle spielt die Integration von Leitlinien für die positiven Versorgungseffekte der Behandlung in zertifizierten Krebszentren, wie sie durch die WiZen-Studie gezeigt wurden? Wie

gelingt der Transfer von Leitlinienwissen in die klinische Versorgung?

16.2 Zentrale Erkenntnisse

Die Anforderungskataloge (sog. Erhebungsbögen) des Zertifizierungssystems enthalten differenzierte Struktur- und Prozessvorgaben. Sie dienen im Rahmen der komplexen Intervention „Zertifizierung“ dazu, zu beurteilen und zu messen, ob ein Zentrum gute Patientenversorgung leistet. Diese hat viele Komponenten. Die beste Annäherung an eine Definition von „guter Versorgung“ bilden qualitativ hochwertige Leitlinien: Durch die systematische Recherche, Aufbereitung und Bewertung von Evidenz durch ein interdisziplinäres Panel von Experten und Expertinnen bilden sie den Standard für die Diagnostik und Behandlung einer Erkrankung. Das Leitlinienprogramm Onkologie der DKG fördert die Erstellung und Aktualisierung dieser S3-Leitlinien. Gute Versorgung ist also notwendigerweise und zu einem erheblichen Anteil leitliniengerechte Versorgung.

Die Herausforderung in der Gesundheitsversorgung wie im Zertifizierungssystem insgesamt besteht darin, das aktuelle Wissen aus Leitlinien in der klinischen Versorgung zu verankern. Für die zertifizierten Zentren müssen somit Elemente der Leitlinien in den Zertifizierungsanforderungen abgebildet werden. Ziel ist es, in den jährlichen Audits deren Umsetzung einzuschätzen und die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Dieses Vorgehen ist im Qualitätszyklus Onkologie abgebildet (s. Abb. 2). Folgende Prinzipien liegen ihm zugrunde:

- Ausgangspunkt sind die S3-Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie. Nach deren Fertigstellung oder Überarbeitung prüft eine eigens einberufene Arbeitsgruppe die starken („soll“) Empfehlungen der Leitlinie dahingehend, ob diese zu Qualitätsindika-

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

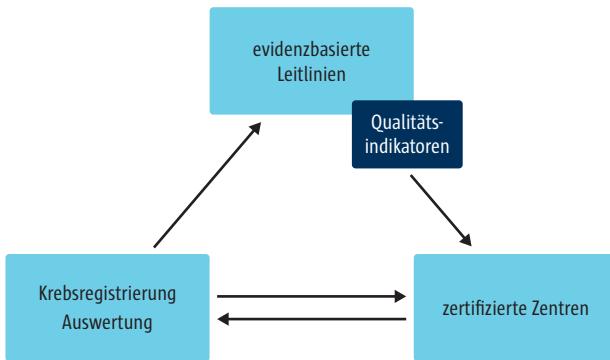


Abb. 2 Qualitätszyklus Onkologie

toren (QI) ausgearbeitet werden können (s. Kap. 4): In einem zweistufigen Prozess wird die Gesamtheit der möglichen QI zunächst mittels Ausschlusskriterien (z.B. fehlende oder schwere Operationalisierbarkeit der Empfehlung) reduziert und dann strukturiert anhand verschiedener Einschlusskriterien (z.B. Erfassung relevanter Verbesserungspotenziale) bewertet. Flankiert wird dieser Prozess durch eine Recherche nach nationalen und internationalen QI. (Leitlinienprogramm Onkologie 2021a; Follmann et al. 2020; Rückher et al. 2021) Das finale bzw. überarbeitete QI-Set wird dann Bestandteil der S3-Leitlinie.

- Das QI-Set der Leitlinie wird den jeweiligen, ebenfalls interdisziplinär und interprofessionell besetzten Zertifizierungskommissionen (z.B. Zertifizierungskommission der Darmkrebszentren) zur Aufnahme in den sogenannten Kennzahlenbogen vorgeschlagen. Die QI ergänzen damit die bestehenden Kennzahlen wie die Vorstellungsquote in der Tumorkonferenz oder die Beratungsquote durch den Sozialdienst. Es steht der Kommission frei, lediglich eine Auswahl zu übernehmen, etwa wenn der von einem QI adressierte Versorgungsaspekt bereits anderweitig in der Zertifizierung abgebildet ist. In der Regel werden die QI der Leitlinie wie die meisten Kennzahlen mit Zielvorgaben hinterlegt.

- Im jährlichen Audit liefert der ausgefüllte Kennzahlenbogen einen Überblick, welche Kennzahlenziele erreicht wurden und welche nicht. Bei verfehlten Zielvorgaben diskutieren Zentren und Fachexperten die Ergebnisse fachlich und vereinbaren geeignete Verbesserungsmaßnahmen. Die ausgefüllten Kennzahlenbögen aller Zentren eines Kalenderjahres werden in den sogenannten Jahresberichten zusammengeführt und seitens der DKG kommentiert. Sie bieten somit einen umfassenden Überblick über den Erfüllungsgrad aller Kennzahlen im Laufe der Jahre.
- Bei der Überarbeitung von Leitlinien inklusive der QI-Sets werden die Ergebnisse der Jahresberichte berücksichtigt. Damit lassen sich Rückschlüsse ziehen, ob und wie die QI der Leitlinie bzw. die zugrundeliegenden Leitlinienempfehlungen in den Zentren umgesetzt werden. Oft lässt sich im Laufe der Jahre eine zunehmende Etablierung, d.h. eine immer bessere Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Versorgung, feststellen (s. Abb. 3). Mitunter werden QI modifiziert, etwa weil sich Leitlinienempfehlungen geändert haben oder weil QI den betrachteten Versorgungsaspekt nicht wie beabsichtigt abbilden. Ebenso möglich ist es, dass Leitlinienempfehlungen aufgrund der QI-Ergebnisse modifiziert (z.B. eindeutiger formu-



liert) werden. Bei vollständiger Umsetzung eines QI (und somit fehlendem weiteren Verbesserungsbedarf) ist auch seine ersatzlose Streichung denkbar. Das modifizierte QI-Set wird erneut der Zertifizierungskommission zugeleitet. Der Zyklus beginnt von vorn.

Das bedeutet: So, wie die Zertifizierung von jedem Zentrum eine kontinuierliche Qualitätsprüfung und -verbesserung erwartet, so unterzieht sich auch das System selbst einem vergleichbaren Mechanismus.

Die im Qualitätszyklus Onkologie integrierte Übersetzung von starken Empfehlungen der Leitlinie in QI und deren Erhebung in den Zentren ist das prägnanteste Beispiel für die Implementierung von Leitlinieninhalten in der Zertifizierung, aber nicht das einzige. Das Zertifizierungssystem bietet darüber hinaus weitere Möglichkeiten, Leitlinienwissen in die Versorgung zu integrieren. Diese eignen sich gerade auch für Empfehlungen, die nicht für einen QI in Betracht kommen, etwa weil sie keine starken Empfehlungen oder schwer bzw. nicht ope-

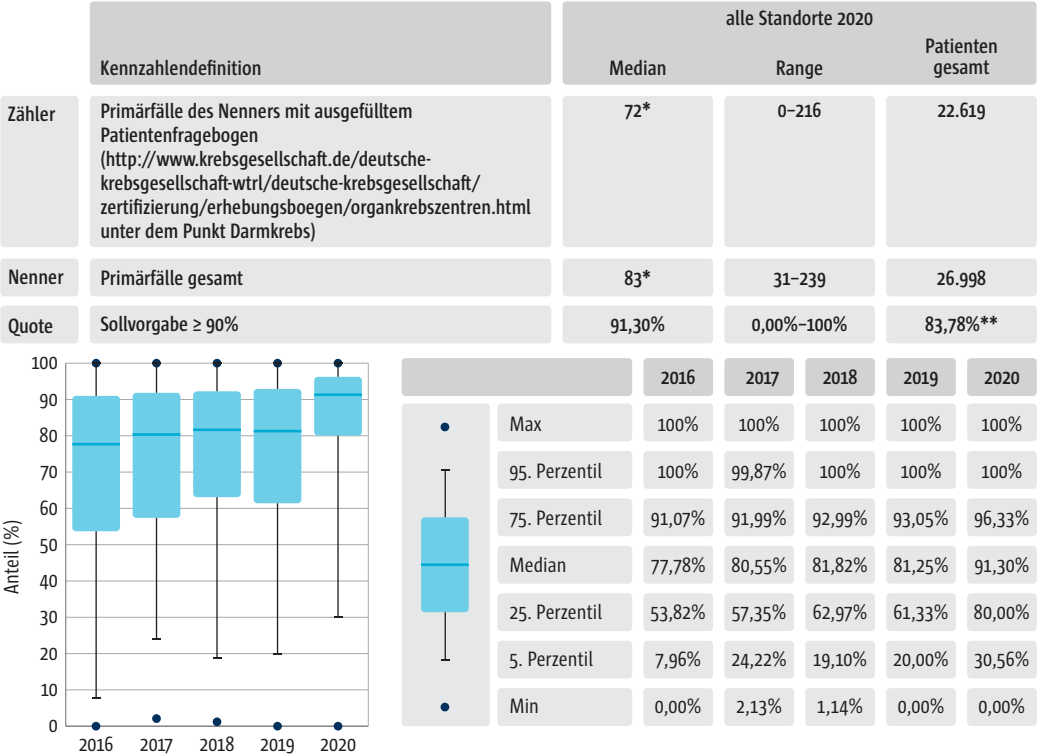


Abb. 3 Auszug Jahresbericht Darmkrebszentren 2022 (DKG 2022c), Kennzahl 7 (Patienten mit Kolorektalem Karzinom und Erfassung Familienanamnese), basierend auf QI 1 der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (Leitlinienprogramm Onkologie 2019). Die Auswertung der Kennzahlenjahre 2016 bis 2020 zeigt eine zunehmende Verbesserung des Medians der 301 Standorte von Darmkrebszentren und somit eine zunehmende Etablierung des QI der Leitlinie. * Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder. ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

rationalisierbar sind Dazu gehören insbesondere folgende Instrumente:

- **Formulierung von Leitlinieninhalten als Struktur- und Prozessvorgaben:** In den Anforderungskatalogen gehen viele Vorgaben auf Empfehlungen der Leitlinie zurück. Zwei Beispiele bietet das neue Zertifizierungssystem Analkarzinom in Bezug auf wichtige Elemente des Entlassungsgesprächs und die prätherapeutische Befunddokumentation (s. Tab. 1). In diesem Beispiel handelt es sich allerdings um Empfehlungen, die nur mit unverhältnismäßig

hohem Aufwand mit einem QI abbildbar wären. Der Erhebungsbogen als Dokument und die Begehung des Zentrums während des Audits können der Komplexität der Leitlinienempfehlungen bzw. der konkreten Umsetzung deutlich besser gerecht werden als ein QI.

- **Verweise auf Leitlinien:** Bei komplexeren Zusammenhängen verweisen die Anforderungskataloge auf die S3-Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie. Hier ist das Zertifizierungssystem der Onkologischen Zentren,

Tab. 1 Beispiele aus dem Bereich Analkarzinom für Elemente des Erhebungsbogens, die auf Empfehlungen der jeweiligen S3-Leitlinie beruhen

Erhebungsbogen Analkarzinomzentren	S3-Leitlinie Analkarzinom
<p>Kap. 1.6.4</p> <p>Entlassungsgespräch</p> <p>Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen werden:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Therapieplanung■ Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)■ Information über das Vorgehen zur Beurteilung des Therapieerfolgs nach kurativer Radiochemotherapie■ Beurteilung des Therapieerfolgs durch digital-rektale Untersuchung und Proktoskopie 11 Wochen, 18 Wochen und 26 Wochen nach Beginn der Radiochemotherapie (DKG 2022a)	<p>Empfehlung 10.1</p> <p>Zur Response-Evaluation nach kombinierter Radiochemotherapie soll eine klinische Untersuchung (digital-rektale Untersuchung, Proktoskopie) 11 Wochen, 18 Wochen und 26 Wochen nach Beginn der Radiochemotherapie erfolgen (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).</p>
<p>Kap. 2.2.11</p> <p>Qualifikation Proktoskopie und Endosonographie anorektal</p> <ul style="list-style-type: none">■ Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie oder■ Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder■ Facharzt für Dermatologie,■ jeweils mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ Coloproctology <p>Anforderung prätherapeutische Befunddokumentation:</p> <p>Es soll der Tumor eingegrenzt werden in Hinblick auf die Lage (angegeben in Steinschnittlage [SSL]), den maximalen Durchmesser, die Ausdehnung perianal und intraanal (in cm und Lagebeziehung zur L. anocutanea und L. dentata), die Beweglichkeit und im Hinblick auf eine Infiltration anderer Organe, insbesondere des Sphinkterapparats und bei Frauen der Vagina (DKG 2022a).</p>	<p>Empfehlung 6.4</p> <p>Es soll der Tumor eingegrenzt werden in Hinblick auf die Lage (angegeben in Steinschnittlage [SSL]), den maximalen Durchmesser, die Ausdehnung perianal und intraanal (in cm und Lagebeziehung zur L. anocutanea und L. dentata), und Beweglichkeit und im Hinblick auf eine Infiltration anderer Organe, insbesondere des Sphinkterapparats und bei Frauen der Vagina (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).</p>

das eine Vielzahl von Tumorerkrankungen und somit auch S3-Leitlinien umfasst, ein anschauliches Beispiel (s. Tab. 2).

- **Erarbeitung von leitlinienbasierten Handreichungen:** Für die bessere Anwendung von Leitlinienwissen in der klinischen Versorgung erstellt die Zertifizierungskommission Servicedoku-

mente oder Checklisten. So wurden beispielsweise für die Bauchspeicheldrüsenkrebszentren ein auf der S3-Leitlinie Pankreaskarzinom (Leitlinienprogramm Onkologie 2021b) basierender Patientenpfad sowie ein Template zur Beurteilung der Resektabilität beim Pankreaskarzinom entwickelt

Tab. 2 Integration verschiedener relevanter Leitlinien am Beispiel des Erhebungsbogens für Onkologische Zentren (OZ) (DKG 2022b)

Kapitel	Anforderung
1.2.15	<p>Zentrale Liste der Leitlinien/SOPs</p> <p>Es ist eine Liste der Leitlinien/SOPs (gemäß Anlage 1) zu führen, zu deren Umsetzung sich die entsprechende Fachdisziplin verpflichtet. In der Liste ist für jede Leitlinie/SOP ein Verantwortlicher zu benennen. SOPs sind aktuelle und konkretisierte Diagnostik- und Therapieanleitungen, die auf bestehenden S1–S3 Leitlinien beruhen. Bei Entitäten, für die keine entsprechenden Leitlinien existieren, wird die Implementierung von adäquaten SOPs erwartet. Für alle Tumorentitäten des Geltungsbereichs sind SOPs nachzuweisen.</p> <p>Für den Bereich Palliativmedizin können die SOPs des Netzwerks der Onkologischen Spitzenzentren genutzt werden (http://www.ccc-netzwerk.de/arbeitsgruppen/standard-operating-procedures/netzwerk-sops.html)</p>
1.2.16	<p>Aufgaben des Leitlinienverantwortlichen</p> <ul style="list-style-type: none">■ Überwachung der Aktualität und Weiterentwicklung■ Bekanntgabe der Leitlinieninhalte an neue Mitarbeiter (Beschreibung der Art der Bekanntgabe sowie der Protokollierung)■ Überwachung der Leitlinienumsetzung (z.B. Leitlinienaudit, Datenmonitoring) <p>Bei Leitlinienänderung</p> <ul style="list-style-type: none">■ Systematische, zeitnahe und nachweisliche Bekanntgabe von Änderungen (protokolliert z.B. in Form von Fortbildungen, Q-Zirkeln)■ Änderung von internen Abläufen/Vorgaben aufgrund der geänderten Leitlinien
1.4.8	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) durchzuführen.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>
6.2.11	<p>a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im OZ</p> <p>[...]</p> <p>In die Therapiepläne sind die leitlinienentsprechenden Antiemetika aufzunehmen. Im speziellen bei hoch-emetogenen/moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33</p> <p>[...]</p>
9.0.1	<p>Die Integration von Palliativversorgung in die Behandlung der Pat. ist in einer SOP anhand des Behandlungspfades der S3-Leitlinie Palliativmedizin darzustellen.</p>

und auf der Internetseite der DKG veröffentlicht.

Das Zusammenspiel von Leitliniengruppen und Zertifizierungskommissionen ist also von hoher Bedeutung. Das spiegelt sich u.a. darin wider, dass jeweils ein Vertreter der Leitliniengruppe Mitglied der Zertifizierungskommission ist.

Dieses in Deutschland einmalige System bietet gute Voraussetzungen, offene Forschungsfragen zu beantworten oder Versorgungsforschung zu betreiben. Eine Möglichkeit ist die Publikation der QI-Ergebnisse der zertifizierten Zentren, die einen substanziellen Anteil an der Versorgung in Deutschland haben (so geschehen für den Bereich Nieren- und Harnblasenkrebs [Rückher et al. 2021], Melanom [Follmann et al. 2020] und Ovarialkarzinom [Griesshammer et al. 2022]). Doch auch weitergehende Fragestellungen lassen sich mittels der im Rahmen der Zertifizierung erhobenen Daten (z.B. der QI) ableiten. Diese sind sowohl für die Weiterentwicklung der Leitlinien als auch des Zertifizierungssystems relevant. So untersuchte eine jüngst publizierte Arbeit die aktuelle klinische Praxis und die Outcomes nach neoadjuvanter Chemotherapie beim Mammakarzinom unter Routinebedingungen von 2007 bis 2016. Mit den Daten aus 55 zertifizierten Brustkrebszentren (94.638 Patientinnen) konnte die zunehmende Anwendung der diesbezüglichen Leitlinienempfehlungen gezeigt werden (Ortmann et al. 2022).

Die S3-Leitlinien richten sich an medizinisches Personal. Eine leitliniengerechte Versorgung setzt auch eine informierte Entscheidung und eine hohe Compliance der Patienten voraus. Daher gibt das Leitlinienprogramm Onkologie zusätzlich entsprechende Patientenleitlinien heraus. Diese stellen wichtige, patientenrelevante Aspekte der S3-Leitlinien in allgemeinverständlicher Form zusammen. Durch ihre Anwendung kommen Zentren nicht nur ihrer Verpflichtung nach, ihre Patienten umfassend zu informieren. Verständnis für diag-

nostische und therapeutische Schritte bietet darüber hinaus das Potenzial, dass Patientinnen und Patienten diese so weit möglich unterstützen. Leitlinienwissen soll im Zertifizierungssystem der DKG also kein ärztliches Privileg sein, sondern – soweit möglich und gewünscht – Patienten zugänglich gemacht werden.

16.3 Fazit

Mehrere Studien haben die Vorteile der Behandlung in zertifizierten Zentren gezeigt. Strukturelle und personelle Vorgaben stehen im Zertifizierungssystem der DKG nicht isoliert, sondern werden durch wiederholte Begutachtung vor Ort und wiederholte Messungen von QI flankiert. Die verschiedenen Möglichkeiten, Leitlinien in die Versorgung zu übersetzen (mittels QI, Übernahme als Zertifizierungskriterium, Verweisen, Übersichten und Checklisten), sind ein wesentlicher Bestandteil der Zertifizierung und bedeuten gelebte Leitlinienimplementierung. Die Zertifizierung ist eine komplexe Intervention. Dabei sollte jedoch nicht übersehen werden, dass das Zertifizierungsverfahren gleichzeitig die Komplexität von Leitlinien reduzieren kann: Einerseits, indem sie die wesentlichen Leitlinieninhalte integriert und operationalisiert. Andererseits, indem das Zertifikat die Erfüllung einer Vielzahl von Anforderungen bestätigt und an Externe kommuniziert.

Literatur

- Beckmann MW et al. (2011) Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. *Onkologie* 34(7), 362–7. DOI: 10.1159/000329601
- Butea-Bocu MC et al. (2021) Is there a clinical benefit from prostate cancer center certification? An evaluation of functional and oncologic outcomes from 22,649 radical prostatectomy patients. *World J Urol* 39(1), 5–10. DOI: 10.1007/s00345-020-03411-9

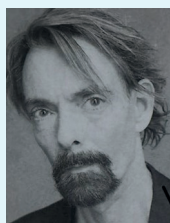
- Cheng CY et al. (2021) Do certified cancer centers provide more cost-effective care? A health economic analysis of colon cancer care in Germany using administrative data. *Int J Cancer*. Jul 2. DOI: 10.1002/ijc.33728
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) (2022a) Erhebungsbogen Darmkrebszentren (inkl. Analkarzinom) (DZ) Auditjahr 2023. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> (abgerufen am 14.03.2023)
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) (2022b) Erhebungsbogen Onkologische Zentren (OZ) Auditjahr 2022. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> (abgerufen am 14.03.2023)
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) (2022c) Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren 2022. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html> (abgerufen am 14.03.2023)
- Diers J et al. (2021) Mortality and complication management after surgery for colorectal cancer depending on the DKG minimum amounts for hospital volume. *European Journal of Surgical Oncology* 47, 850e857
- Follmann M et al. (2020) Quality assurance in melanoma care: guideline-based quality indicators for melanoma – implementation, evaluation and update process. *J Dtsch Dermatol Ges* 18(8): p. 848–857.
- Greger B et al. (2018) Improved outcome in certified colorectal cancer centers in a German county. 33. Deutscher Krebskongress – Perspektiven verändern Krebs – Krebs verändert Perspektiven. Diagnose – Therapie – (Über-)Leben. Berlin, 21.–24 February 2018: abstracts. *Oncol Res Treat* 41(Suppl 1), 186
- Griesshammer E et al. (2022) Quality assurance and improvement in oncology using guideline-derived quality indicators – results of gynaecological cancer centres certified by the German cancer society (DKG). *J Cancer Res Clin Oncol*. DOI: 10.1007/s00432-022-04060-8
- Haj A et al. (2017) Extent of Resection in Newly Diagnosed Glioblastoma: Impact of a Specialized Neuro-Oncology Care Center. *Brain Sci*. 8(1), 5. DOI: 10.3390/brainsci8010005
- Hoffmann H et al. (2018) Mindestmengen in der Thoraxchirurgie: Argumente aus der deutschen DRG-Statistik. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.) *Qualitätsmonitor 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin*
- Jacob A et al. (2021) Association of certification, improved quality and better oncological outcomes for rectal cancer in a specialized colorectal unit. *Int J Colorectal Dis* 36(3), 517–533. DOI: 10.1007/s00384-020-03792-8
- Modabber A et al (2021) Impact of quality certification of multidisciplinary head and neck tumor centers. *Cost Eff Resour Alloc*. 19(1), 20. DOI: 10.1186/s12962-021-00273-9
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019) S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, AWMF Registrierungsnummer: 021/007OL. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Kolorektales_Karzinom/Version_2/LL_KRK_Langversion_2.1.pdf (abgerufen am 14.03.2023)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020) Analkarzinom (Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Analkanal- und Analrandkarzinomen), Langversion 1.2, AWMF Registrierungsnummer: 081/004OL. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Analkarzinom/Version_1/LL_Analkarzinom_Langversion_1.2.pdf (abgerufen am 14.03.2023)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Stiftung Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021a) Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie, Version 3.0. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Methodik/QIEP_OL_2021_Version_3.0.pdf (abgerufen am 14.03.2023)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021b) S3-Leitlinie Exokrines Pankreaskarzinom, Langversion 2.0, AWMF Registrierungsnummer: 032-010OL. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Pankreaskarzinom/Version_2/LL_Pankreaskarzinom_Langversion_2.0.pdf (abgerufen am 14.03.2023)
- Ortmann O et al. (2022) Current clinical practice and outcome of neoadjuvant chemotherapy for early breast cancer: analysis of individual data from 94,638 patients treated in 55 breast cancer centers. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. DOI: 10.1007/s00432-022-03938-x
- Rückher J et al. (2021) Guideline-Based Quality Indicators for Kidney and Bladder Cancer in Germany: Development and Implementation. *Urologia Internationalis*. DOI: 10.1159/000517893
- Schoffer O et al. (2022) Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen). URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/wizen-wirksamkeit-der-versorgung-in-onkologischen-zentren.111> (abgerufen am 14.03.2023)
- Trautmann F et al. (2018) Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. *Eur J Surg Oncol*. 44(9), 1324–1330. DOI: 10.1016/j.ejso.2018.05.013
- Uttinger KL et al. (2021) Mortality, complications and failure to rescue after surgery for esophageal, gastric, pancreatic and liver cancer patients based on minimum caseloads set by the German Cancer Society. *Eur J Surg Oncol*. 5; S0748–7983(21)00953-7. DOI: 10.1016/j.ejso.2021.12.006
- Völkel V (2019) Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern. *Gesundheitswesen* 81(10), 801–807. DOI: 10.1055/a-0858-8852

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?



Dr. med. Johannes Rückher

Johannes Rückher ist seit 2020 ärztlicher Referent für die Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Zuvor war er beim Gemeinsamen Bundesausschuss als Referent zuständig für die Bereiche Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgung. Sein Studium der Humanmedizin und der Medizinökonomie absolvierte er in Bonn und Köln.



Dr. med. Markus Follmann

Markus Follmann ist Facharzt für Dermatologie und hat Masterabschlüsse in Public Health und klinischer Epidemiologie. Nach klinischer Tätigkeit arbeitet er seit 20 Jahren im Bereich der evidenzbasierten Medizin und der Leitlinienentwicklung. Er ist AWMF-zertifizierter Leitlinienberater. Seit 2008 koordiniert er das Leitlinienprogramm Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft, AWMF und Deutschen Krebshilfe. Er begleitet über 30 S3-Leitlinienprojekte in der Onkologie methodisch. Außerdem widmet er sich der Implementierung von Leitlinien durch empfehlungs-basierte Qualitätsindikatoren. Er ist Mitglied des Nationalen Krebsplans und der AWMF Leitlinien-Kommission. Des Weiteren Mitglied in mehreren internationalen Leitlinienprojekten (z.B. ECIBC und ECICC), aktives Mitglied im Guideline International Network und der GRADE Working Group.

Dr. med. Martin Utzig

Martin Utzig ist als Chirurg und Thoraxchirurg mehr als 20 Jahre klinisch tätig gewesen. Als lang-jähriger Koordinator eines zertifizierten Lungenkrebszentrums und Fachexperte/Auditor hat er sich bereits in dieser Zeit mit dem Zertifizierungssystem der DKG befasst. Seit 2021 ist er ärztlicher Referent im Bereich Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).



PD Dr. med. Simone Wesselmann

Simone Wesselmann leitet seit 2008 den Bereich Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft. Sie ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und hat einen Masterstudiengang in Health Care Management an der Universität Bayreuth abgeschlossen. 2018 wurde ihr die Venia legendi von der Universität Erlangen verliehen. Simone Wesselmann ist Mitglied der Nationalen Dekade gegen Krebs, des Nationalen Krebsplans und genomDE. Sie ist zudem im Beirat des Zentrums für Krebsregisterdaten am RKI und Mitglied der Entwicklungsgruppen für tumorspezifische Qualitäts-indikatoren im Onkologischen Leitlinienprogramm. Darüber hinaus ist sie u.a. für die Mitarbeit in europäischen Initiativen mit onkologischem Fokus benannt (u.a. iPAAC, CraNE) und vertritt die DKG in der AG Daten für die Erstellung des onkologischen Basisdatensatzes.