

Hauptstadtbüro der DGHO • Alexanderplatz 1 • 10178 Berlin

An
AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

04.01.2011

Stellungnahme zum Vorbericht des AQUA

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Kolorektales Karzinom

(Stand: 5. 11. 2010)

Der Vorbericht wurde vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses erstellt. Entstanden ist ein umfangreiches Dokument mit Zusammenfassungen von Diagnostik und Therapie auf Basis der S3 Leitlinie und mit zahlreichen Vorschlägen für Qualitätsindikatoren.

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. begrüßt diesen ambitionierten Ansatz zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Patienten mit kolorektalem Karzinom. Es ergeben sich jedoch eine Reihe von Kritikpunkten, die bei der Erstellung des endgültigen Berichtes berücksichtigt werden müssen:

Prozess

1. Auswahl der Qualitätsindikatoren

Grundlage der Auswahl von Qualitätsindikatoren war eine ausgedehnte Literaturrecherche nach publizierten und validierten Parametern. Dieses Vorgehen hat dazu geführt, dass der Schwerpunkt der Qualitätsindikatoren fast ausschließlich auf der Überprüfung von älteren diagnostischen und chirurgisch therapeutischen Verfahren liegt. Das Wissen um Qualitätsindikatoren der internistischen

Onkologie und der Strahlentherapie aus den großen klinischen Studien wird dabei nicht berücksichtigt. Aspekte wie Dosisintensität, Hospitalisation oder Chemotherapie bedingte Langzeitnebenwirkungen fehlen. Ein Beispiel: die in der palliativen Therapie höchst relevante molekularbiologische Diagnostik fehlt komplett, dafür ist die perioperative Antibiotikagabe ein Indikator für die Qualität der Tumorchirurgie.

2. Auswahl der Experten

Die Experten wurden auf der Basis der Bewerbungen ausgewählt. Das hat dazu geführt, dass kein Strahlentherapeut in die Meinungsbildung eingebunden war. Die spätere Hinzunahme von Kriterien der wissenschaftlichen Fachgesellschaft (ohne Diskussion in den Konsensusrunden) ist dafür kein adäquater Ersatz.

3. Überprüfung von Prozessen

Die Strategie zur Identifikation von Qualitätsindikatoren ist ‚kleinteilig‘. Potenziale für die Qualitätsverbesserung in der Umsetzung leitliniengerechter Diagnose- und Therapieverfahren, der Vernetzung und Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Koordination, der stärkeren Berücksichtigung der Patientenperspektive und psychoonkologischer Zusammenhänge, der Entwicklung und Anwendung elektronischer Dokumentationsstandards unter Vermeidung von Mehrfachdokumentationen sowie der Vernetzung mit klinischen und epidemiologischen Krebsregistern werden nicht genutzt.

Inhalte – allgemein

1. Zusammenarbeit mit den Krebszentren

Wenn die Qualitätssicherung nicht durch die Krebsregister selbst übernommen wird, werden parallele Strukturen zur Erhebung derselben Daten aufgebaut. Als Mindestlösung sinnvoll wäre, dass die Daten an die Krebsregister weitergeleitet werden.

2. Spezifische Probleme durch sektorale Trennung der Strukturen

Die sich aus der sektoralen Trennung der Strukturen erwachsenden Probleme werden durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht untersucht. Dies betrifft zum Beispiel die Durchführung von Doppeluntersuchungen und die Gründe dafür (z.B. Qualitätsanspruch der nachbehandelnden Einrichtung).

3. Dokumentationsaufwand

Aus den geforderten Untersuchungen ergibt sich ein deutlicher Dokumentationsaufwand. Etwa $\frac{3}{4}$ der Daten sind nicht ohnehin in elektronischer Form vorhanden.

Inhalte – Details

1. Schmerzerfassung bei jeder Messung der Vitalparameter

Dies sollte – gerade bei intensiv überwachten Patienten – auf eine sinnvolle Zahl pro Tag reduziert werden (z.B. „max 3 x / Tag“)

2. Pathologiebericht

- Hier kann nur entweder ypT oder pT (in Abhängigkeit von Vorbehandlung) berichtet werden. Eine Umstrukturierung ist sinnvoll.
- Feld 19 pM0 ist in der neuen TNM nicht definiert
- Der Tumorregressionsgrad stellt bei neoadjuvanter Therapie eher einen prognostischen Faktor dar; pathologisch komplette Remission ist allerdings von der Art der Aufarbeitung abhängig.

3. Chemotherapie

- Prozedur wird abgefragt, nicht das Protokoll [hierfür wäre Kodierung nach Substanzklassen notwendig]
- Grund für Ende sollte ergänzt werden um Progress, Tod, Resektion

4. Diagnostik

- Für die Therapie notwendig ist Sonografie, CT oder MRT Leber
- Feld 37 cT Kategorie - bei Kolonkarzinom präop (mit Ausnahme von T4) unüblich
- Feld 38 cN-Kategorien – Standard ist nur die Unterscheidung N0 vs. N1-2 (und nur beim Rektumkarzinom, weil sonst keine therapeutische Konsequenz)

5. Strukturvoraussetzungen – Tumorboard / onkologische Kooperationsgemeinschaft

Dieser Parameter soll berechnet werden als (Anzahl der Einrichtungen/onkologischen Kooperationsgemeinschaften, deren Tumorboard über die oben genannten Strukturvoraussetzungen verfügt) geteilt durch (alle Einrichtungen/onkologischen Kooperationsgemeinschaften mit Tumorboard). Wahrscheinlich sinnvoller wäre „geteilt durch alle Einrichtungen/onkologischen Kooperationsgemeinschaften“.

6. Filter Patienten mit metastasiertem Kolonkarzinom

Gefiltert mit C18-C19 und C78.0 oder C78.7 (damit werden Pat. mit anderen Fernmetastasen erfasst).

7. Bethesda- Kriterien

„Eine Verknüpfung mit dem Krebsregister wäre zur Erfassung von genetisch bedingten KRK-Fällen sinnvoll.“ Da dort keine Verwandtschaften erfasst werden, wird dies nicht zu weiteren Schlussfolgerungen führen.

8. KRK-Patienten mit mindestens 12 entfernten und histologisch aufgearbeiteten Lymphknoten

„Anzahl der KRK-Patienten, bei denen mindestens 12 Lymphknoten entfernt und histologisch aufgearbeitet wurden geteilt durch Anzahl aller KRK-Patienten, die operiert wurden.“
(Richtig wäre: geteilt durch Anzahl aller KRK-Patienten, die primär operiert wurden o.ä.).

9. Anmerkung zur Einleitung

Hier sind bei der adjuvanten Therapie die Spalten für Patienten < 70 Jahren (richtig: Oxaliplatin – Kombinationen) und Patienten > 70 Jahren (richtig: Fluoropyrimidin (5-FU)) vertauscht. (Seite 24, Abb 2; Korrektur im DÄ erfolgt).

Zusammenfassung

Das Verfahren zur Qualitätssicherung der Betreuung von Patienten mit kolorektalem Karzinom ist zu begrüßen. Im geplanten Umfang wird es nur mit zusätzlichen Ressourcen zu bewältigen sein. Die bisherigen Vorschläge sind nicht ausreichend. Es fehlen wichtige Elemente, vor allem zur Qualitätssicherung von Therapieentwicklungen der letzten 10 Jahre und bei der Erfassung übergeordneter Strukturen. In der bisherigen Form wird die Chance für eine zukunftsorientierte Qualitätssicherung nicht genutzt.

Autoren der Stellungnahme:

PD Dr. med. Gunnar Folprecht, Dresden

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Berlin