



Implementierung von Leitlinien in die medizinische Versorgung eines regionalen Tumorzentrums und einer Universitätsklinik: Beispiel Kolorektales Karzinom

Susanne Merkel, Erlangen
Monika Klinkhammer-Schalke, Regensburg
P-Nr.06-38123, Projektdauer: 09.2006-08.2008

HINTERGRUND / FRAGESTELLUNG

Leitlinien haben als Instrument des Qualitätsmanagements international eine große Bedeutung. Nachdem bisher eine effiziente Leitlinienentwicklung im Vordergrund stand, steht nun die Implementierung der Leitlinien als dringende Aufgabe an.

Führt eine methodisch angemessene Leitlinienimplementierung in zwei verschiedenen Strukturen des Gesundheitssystems zu gleichen oder unterschiedlichen Erfolgen in der Versorgungsverbesserung der Patienten mit Kolon- oder Rektumkarzinom?

PATIENTEN UND METHODE

Patienten

Analysiert wurden die Daten von

- 523 konsekutiven Patienten der Chirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen (Klinik der Maximalversorgung mit Schwerpunkt kolorektales Karzinom sowie seinen dafür weiter gestreuten Kooperationspartnern)
 - 1738 konsekutiven Patienten des Tumorzentrums Regensburg (Region Oberpfalz mit 23 Krankenhäusern und ca. 800 niedergelassenen Ärzten)
- mit einer Neuerkrankung an einem kolorektalen Karzinom im Zeitraum vom 1.9.2005 bis 28.2.2008 (Anhang 1,2).

Leitlinien

Zur Implementierung standen die S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom von 2004 an.

Implementierungsverfahren

A) Aufbau der Implementierungs- und Studienstruktur mit Koordinierungszentrum und PDCA (Plan-Do-Check-Act) Qualitätsmanagement

1. Information der Projektgruppen „kolorektales Karzinom“ in Erlangen und Regensburg
2. Ableitung und Definition der klinischen Pfade aus den Leitlinien

B) Implementierung von Verfahren zur Verhaltensänderung

1. Kommunikation des Implementierungsteams (Koordinatoren, Projektgruppenmitglieder)
2. CME für vermehrtes Wissen (Qualitätszirkel)
3. Reminder (Anbindung der Leitlinienempfehlung an das Dokumentationssystem TUDOK)
4. Barrierenanalyse u. barriierenorientierte Interventionen über den Kommunikationsmechanismus
5. Alle Verfahren 1-4 in Kombination (multifaceted intervention)

Qualitätsindikatoren

Indikatoren zur Prozessqualität der Diagnostik und Therapie sowie zur Ergebnisqualität wurden festgelegt und die Zielwerte definiert.

Diese werden vor (retrospektive Analyse 9.2005-8.2006), während (prospektive Analyse 9.2006-8.2007) und

nach (prospektive Analyse 9.2007-8.2008) Implementierung überprüft.

ERGEBNISSE (AUSWAHL)

Indikator der Prozessqualität der pathologischen Diagnostik

Anzahl Patienten mit mindestens 12 histologisch untersuchten Lymphknoten bei allen Patienten mit radikaler Tumorentfernung ohne vorangegangene Langzeit-Radio- oder Langzeit-Radiochemotherapie (nRCT)

	Erlangen	Regensburg
Kolonkarzinom		
Vor Implementierung	99/102 = 97%	302/347 = 87%
Während Implementierung	75/76 = 99%	229/273 = 84%
Nach Implementierung	74/75 = 99%	268/296 = 91%
Rektumkarzinom (Soll 95%)		
Vor Implementierung	53/55 = 96%	115/144 = 80%
Während Implementierung	33/34 = 97%	85/104 = 82%
Nach Implementierung	25/25 = 100%	70/84 = 83%

Indikatoren der Prozessqualität der chirurgischen Therapie

Rate an totalen mesorektalen Excisionen (TME) bei kurativer (R0) tiefer anteriorer Rektumresektion/Rektumexstirpation von Karzinomen des mittleren und unteren Rektumdrittels

	Erlangen	Regensburg
TME Rektumkarzinom (Soll >90%)		
Vor Implementierung	57/58 = 98%	19/63 = 30%
Während Implementierung	46/51 = 91%	37/55 = 67%
Nach Implementierung	39/41 = 95%	32/49 = 65%

Rate kontinenserhaltender Resektionen beim Rektumkarzinom unteres Drittel (< 6 cm)

	Erlangen	Regensburg
Kontinenserhalt		
Vor Implementierung	19 / 24 = 79%	26/62 = 42%
Während Implementierung	13 / 23 = 56%	24/49 = 49%
Nach Implementierung	14 / 26 = 54%	26/50 = 52%

Rate klinisch manifester Anastomoseninsuffizienzen (Rektumkarzinom <12cm)

	Erlangen	Regensburg
Anastomoseninsuffizienz		
Vor Implementierung	1/63 = 2%	3/60 = 5%
Während Implementierung	3/47 = 4%	3/58 = 5%
Nach Implementierung	1/41 = 2%	6/59 = 10%

Indikatoren der Prozessqualität der interdisziplinären Therapie

Rate an Patienten ohne Fernmetastasen mit neoadjuvanter RCT beim Rektumkarzinom cN+ im unteren/mittleren Rektumdrittel (<12cm)

	Erlangen	Regensburg
nRCT bei cN+ M0 (Soll >90%)		
Vor Implementierung	20/26 = 77%	24/25 = 96%
Während Implementierung	22/25 = 88%	21/22 = 95%
Nach Implementierung	29/31 = 94%	26/27 = 96%

Rate an adjuvanten Chemotherapien beim Kolonkarzinom im Stadium III R0

	Erlangen	Regensburg
Adjuvante Chemotherapie		
Vor Implementierung	16/21 = 76%	92/115 = 80%
Während Implementierung	12/19 = 63%	56/70 = 81%
Nach Implementierung	10/14 = 71%	57/71 = 81%

Surrogat-Indikatoren der Ergebnisqualität der chirurgischen Therapie

Rate kurativer (R0) Resektionen aller M0-Patienten mit radikaler Tumorentfernung

Kolonkarzinom R0	Erlangen	Regensburg
Vor Implementierung	75/75 = 100%	285/297 = 96%
Während Implementierung	61/62 = 98%	193/195 = 99%
Nach Implementierung	57/57 = 100%	197/200 = 99%

Rektumkarzinom R0 (Soll \geq 90%)	Erlangen	Regensburg
Vor Implementierung	73/74 = 99%	178/191 = 93%
Während Implementierung	68/68 = 100%	117/131 = 89%
Nach Implementierung	51/55 = 93%	108/111 = 97%

SCHLUSSFOLGERUNG

Unterschiede in der Leitlinienimplementierung zwischen einem regionalen Netzwerk aus Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, am Beispiel des Tumorzentrums Regensburg und einem Haus der Maximalversorgung, die Chirurgische Universitätsklinik Erlangen, liegen vor allem an der Notwendigkeit der sektorübergreifenden Behandlungsverbesserung, an den unterschiedlichen Barrieren, die durch unterschiedliche Struktur- und Prozessqualität der Häuser der Grundversorgung, der Schwerpunktkrankenhäuser und Häuser der Maximalversorgung begründet sind.

Die oft vielschichtige Problematik tritt bei einem Haus der Maximalversorgung in den Hintergrund, deutlich darstellbar an der schon vor der Implementierung exzellenten Umsetzung der geforderten Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. In einem Netzwerk ist eine rein informative und z.B. durch Tumorkonferenzen verbesserte Leitlinienimplementierung nicht ausreichend. Hier muss die sektorübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln, in Projektgruppen, aber auch in reinen Fachgruppen auf der Grundlage flächendeckender spezifischer Datenanalysen im Mittelpunkt stehen. Nur so können Barrieren in der Umsetzung verbalisiert, problemlösende Strategien entwickelt und damit die Umsetzung von ergebnisrelevanten Qualitätsindikatoren verbessert werden.

Publikation

Merkel S, Klossek D, Göhl J, Papadopoulos T, Hohenberger W, Hermanek P. Quality management in rectal carcinoma: what is feasible? Int J Colorectal Dis (2009) 24:931–942

Vorträge / Präsentationen / Abstracts

Merkel S. Etablierte Qualitätsindikatoren in der Onkologie. 18. Informationstagung Tumordokumentation der klinischen und epidemiologischen Krebsregister. 01.-03.04.2009, Jena.

<http://www.med.uni-giessen.de/akkk/info/18/presentationen/merkel.pdf>

Merkel S, Klossek D, Göhl J, Papadopoulos T, Hohenberger W. Qualitätsmanagement beim Rektumkarzinom: Was ist machbar? 29. Deutscher Krebskongress 2010; 24.-27.2.2010 Berlin.

Onkologie 2010;33(Suppl2):75

Merkel S, Klossek D, Göhl J, Papadopoulos T, Hohenberger W. Quality management in rectal carcinoma: what is feasible? European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress 2010. 28.-30.3.2010 Nizza.