



---

# Erstellung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien Onkologie

Onkologie im Dialog, 11.12.2024

Martin Utzig, Berlin

---

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik

2010



2021

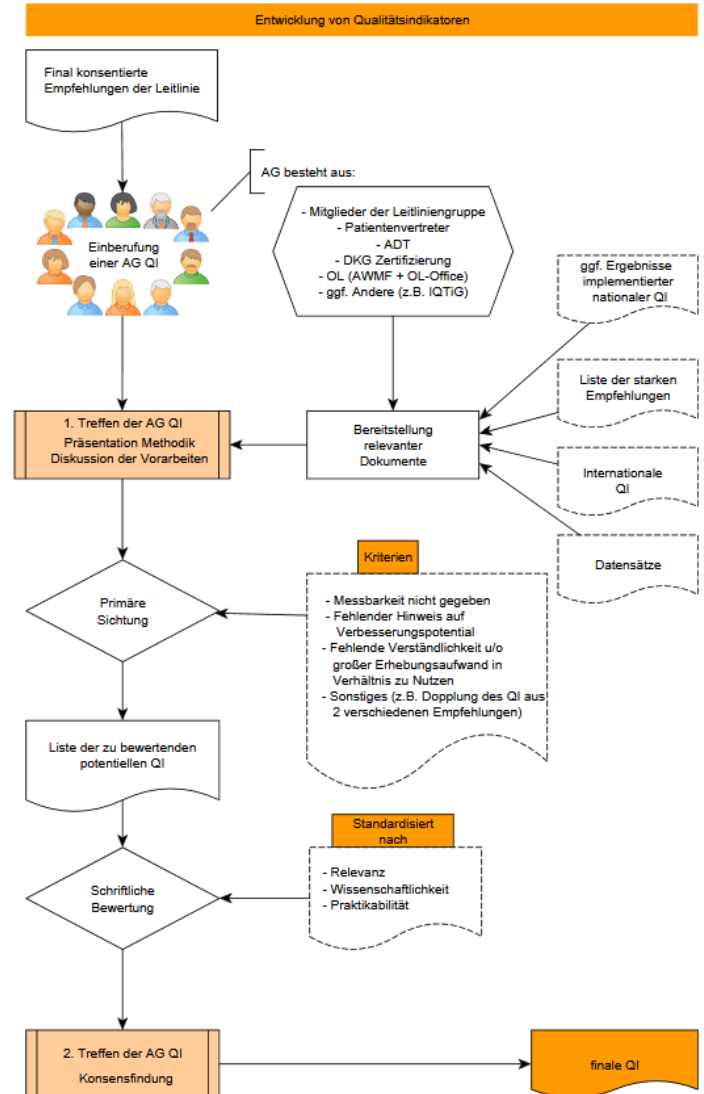
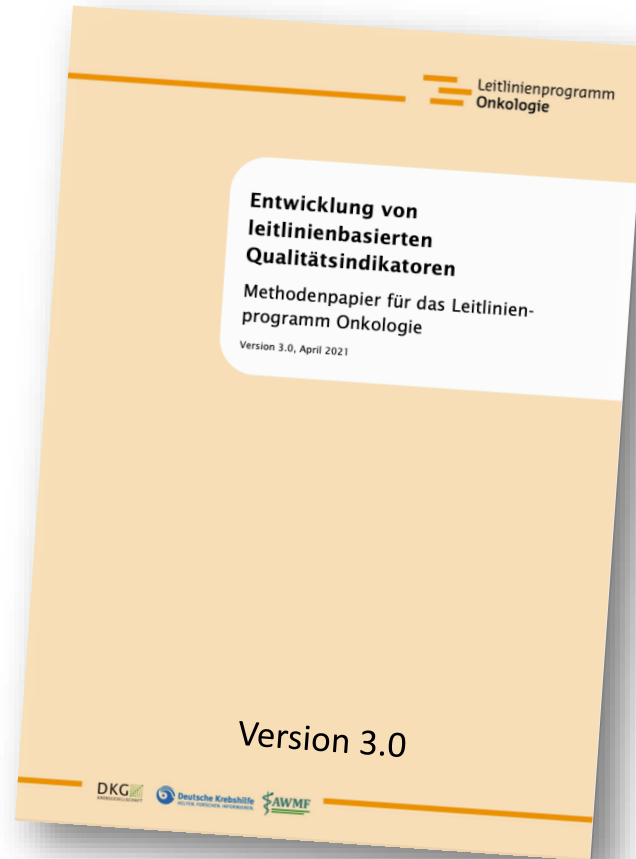


Abbildung 1: Übersicht über den Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess im Leitlinienprogramm Onkologie (Ersterstellung)

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung

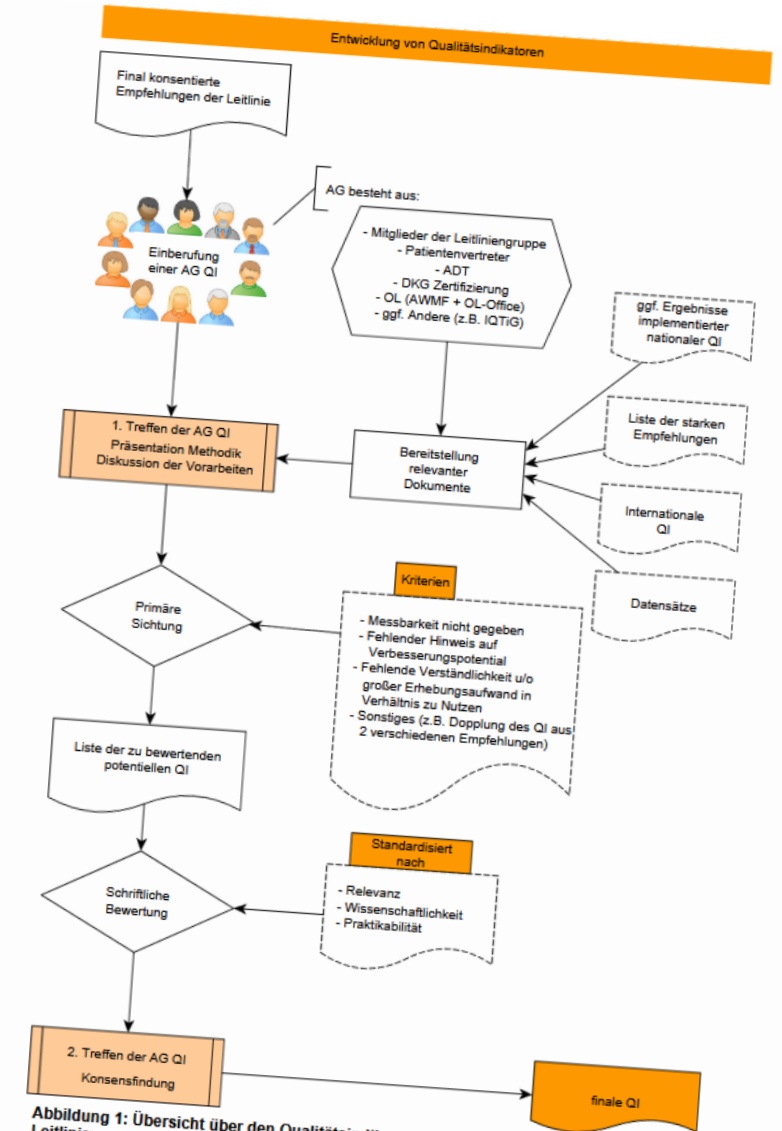
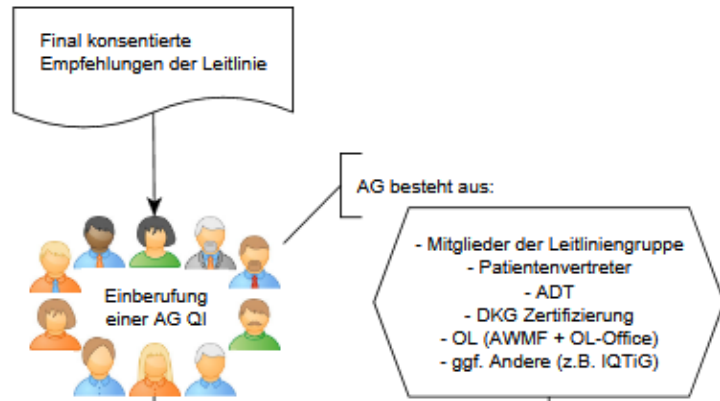


Abbildung 1: Übersicht über den Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess im Leitlinienprogramm Onkologie (Ersterstellung)

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung

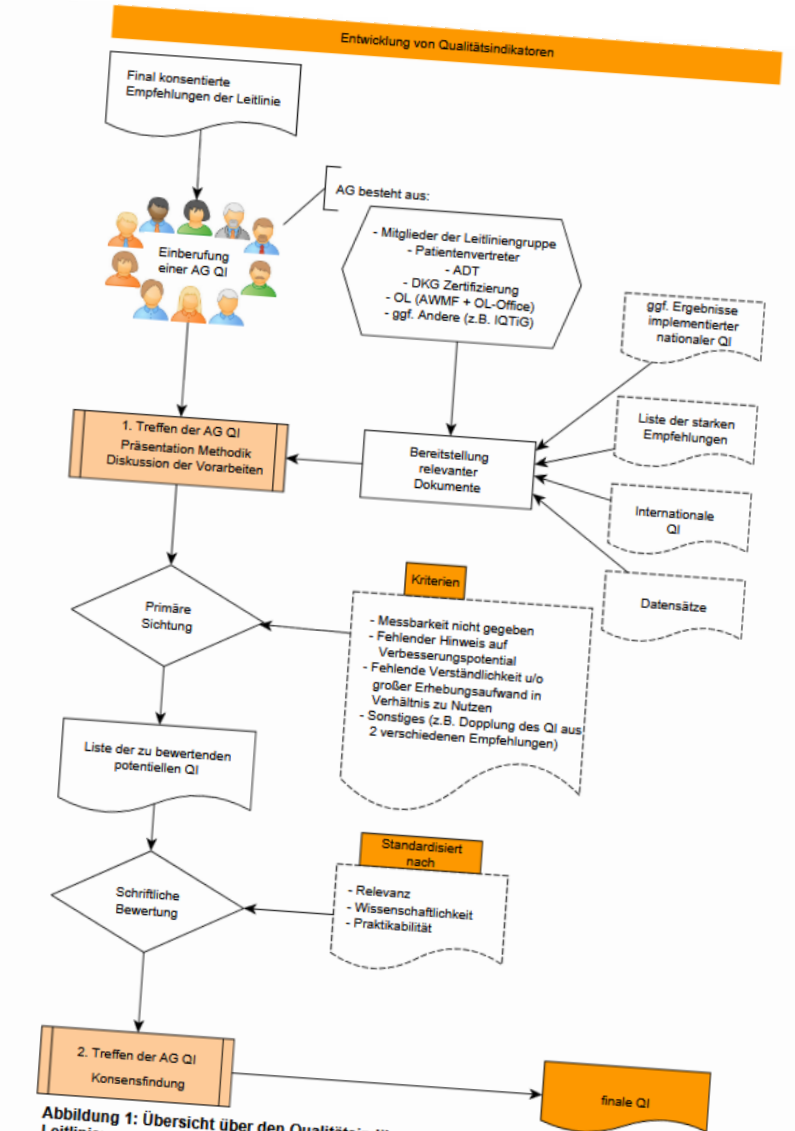
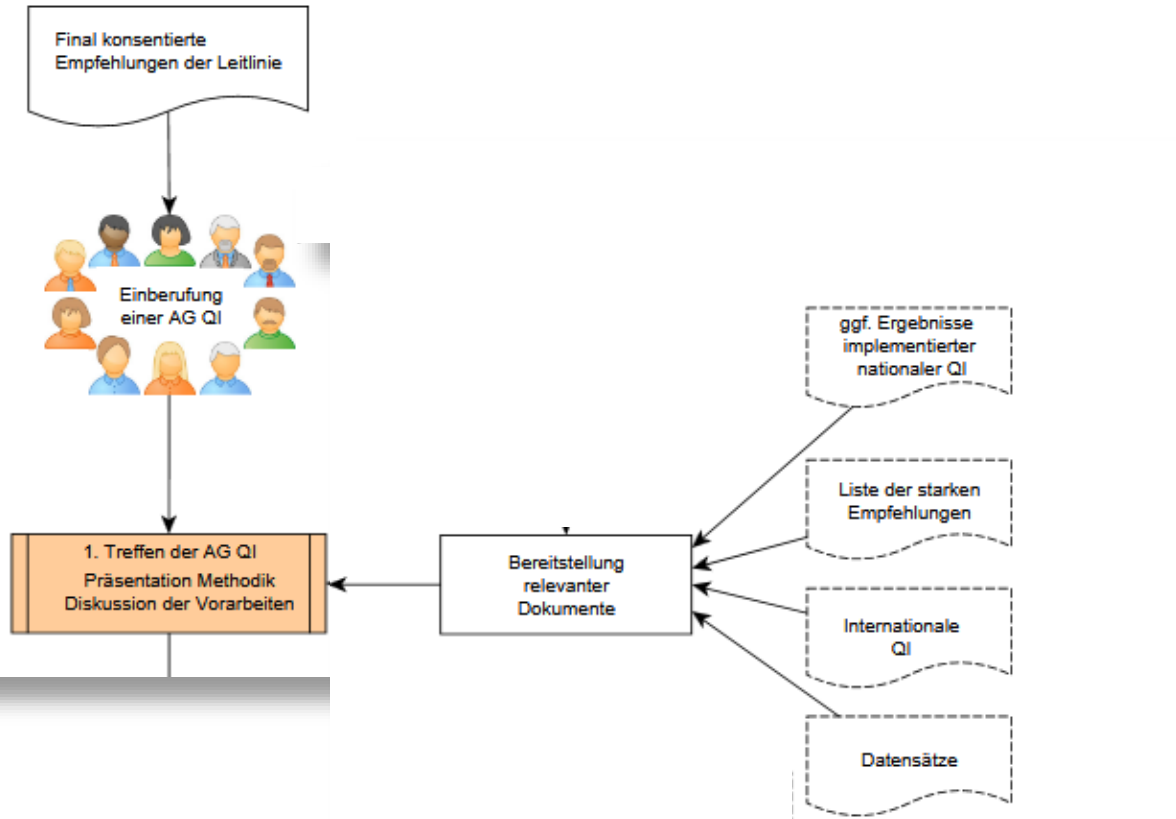
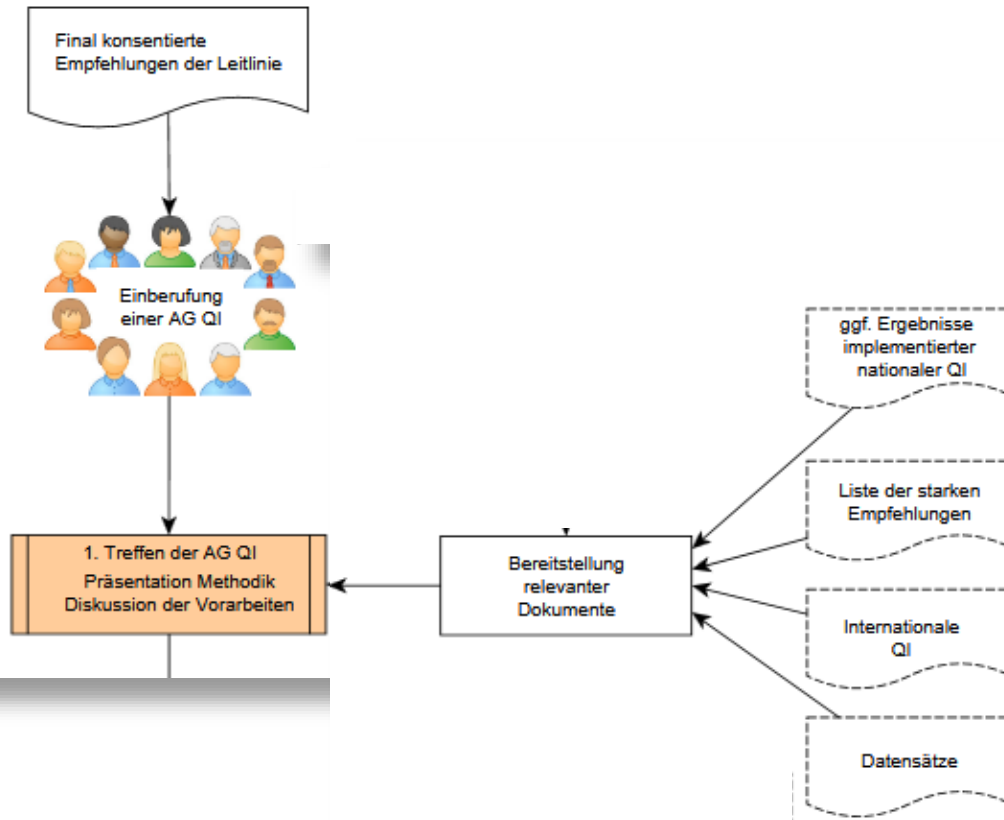


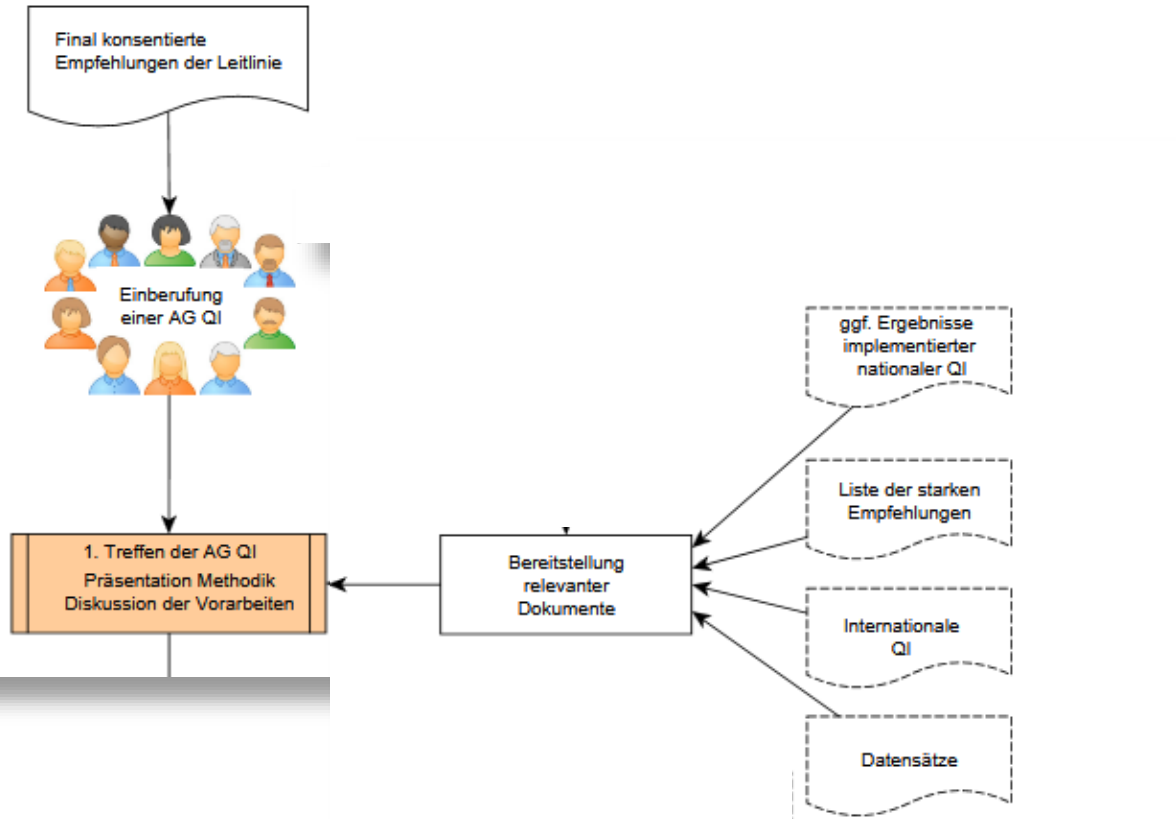
Abbildung 1: Übersicht über den Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess im Leitlinienprogramm Onkologie (Ersterstellung)

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung



QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator	Empfehlung	
17	Z	Pat. des Nenners mit Submandibulektomie und Neck Dissection der Level I-III	<b>Anmerkung:</b> Qualitätsziel: Möglichst häufig Submandibulektomie und Neck Dissection der Level I-III bei intrakapsulären Karzinoms der Gl. submandibularis
	N	Pat. mit Erstdiagnose eines intrakapsulären Karzinoms der Gl. submandibularis	

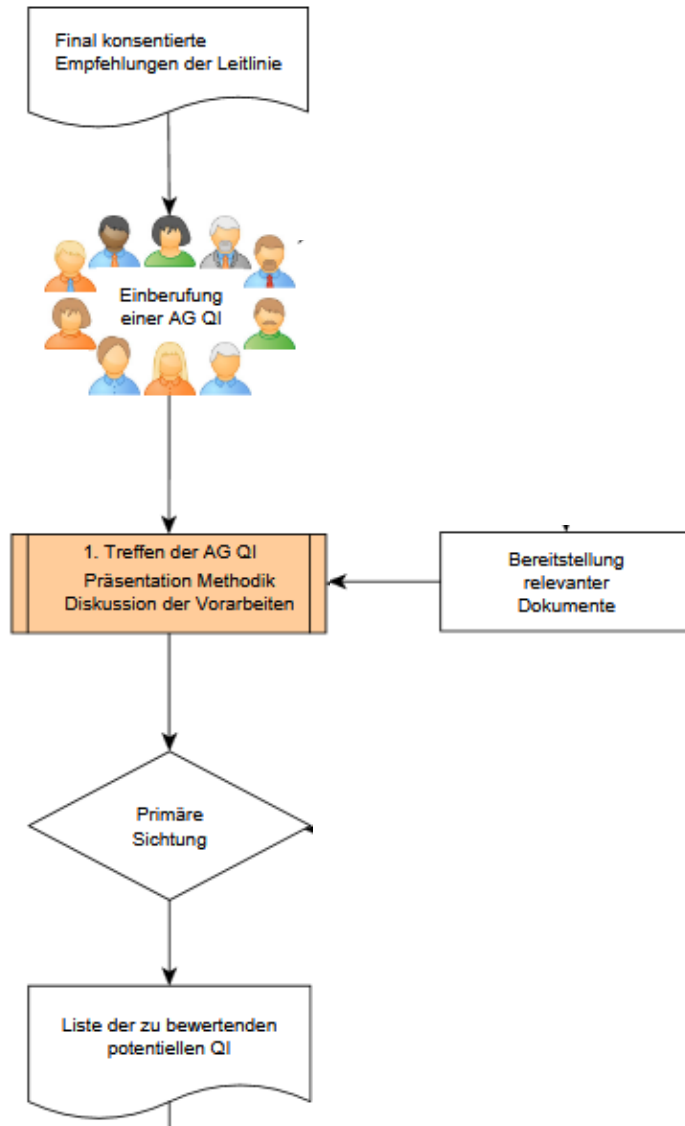
# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung



QPI	Target	Apr 18 - Mar 19	Apr 19 - Mar 20	Apr 20 - Mar 21
QPI 1: Pathological Diagnosis of Head and Neck Cancer	95%	97.4	95.7	95.2
QPI 2(i): Imaging	95%	96.6	94.5	95.9
QPI 2(ii): Imaging where report is available within 2 weeks of the final imaging procedure	95%	95.2	95.6	99.0
QPI 3: Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT)	95%	97.8	95.8	97.9
QPI 4: Smoking Cessation	95%	53.4	59.7	65.9
QPI 5(i): Oral and Dental Rehabilitation Plan. Joint decision by consultants in restorative dentistry and the MDT	95%	90.8	88.0	91.1
QPI 5(ii): Oral and Dental Rehabilitation Plan. Pre-treatment assessment prior to treatment initiation	95%	91.7	88.1	90.4
QPI 6: Nutritional Screening	95%	80.5	74.9	76.5
QPI 7: Specialist Speech and Language Therapist Access	90%	55.1	55.6	67.5
QPI 8: Surgical Margins	<10%	5.2	6.9	10.1
QPI 9: Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT)	95%	99.8	98.8	99.8
QPI 10: Post Operative Chemoradiotherapy	55%	43.6	29.5	41.7
QPI 11(i): 30 Day Mortality (Chemoradiotherapy)				
QPI 11(i): 30 Day Mortality (Radical Radiotherapy)				
QPI 11(i): 30 Day Mortality (Surgery)				
QPI 11(ii): 90 Day Mortality (Chemoradiotherapy)				
QPI 11(ii): 90 Day Mortality (Radical Radiotherap				
QPI 11(ii): 90 Day Mortality (Surgery)				
QPI 12: Clinical Trials and Research Study Acci				

**Head & Neck Cancer Quality Performance Indicators**  
 Patients diagnosed between April 2018 and March 2021  
 An Official Statistics release for Scotland  
 Publication date: 10 May 2022  
**About this release**  
 This release by Public Health Scotland (PHS) presents performance against the National Head & Neck Cancer Quality Performance Indicators (QPIs) in the Cancer QPIs dashboard held within the Scottish Cancer Registry and Intelligence Service (SCRIS).

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung



## Qualitätsindikatoren in S3-Leitlinien – Vorauswahl möglicher QI

Wenn eine Empfehlung ausgeschlossen wird, wird der Ausschlussgrund pro Empfehlung wie folgt dokumentiert:

Kürzel (wird in Liste der Empfehlungen übernommen)	Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potenziellen QI:			
	1	2	3	4
Begründung	Empfehlung ist nicht operationalisierbar (Messbarkeit nicht gegeben)	Fehlender Hinweis auf Verbesserungspotential	Fehlende Verständlichkeit u/o großer Erhebungsaufwand in Verhältnis zu Nutzen	Sonstiges z.B. Dopplung des QI aus 2 verschiedenen Empfehlungen (mit Freitexteingabe in Liste der Empfehlungen)

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung

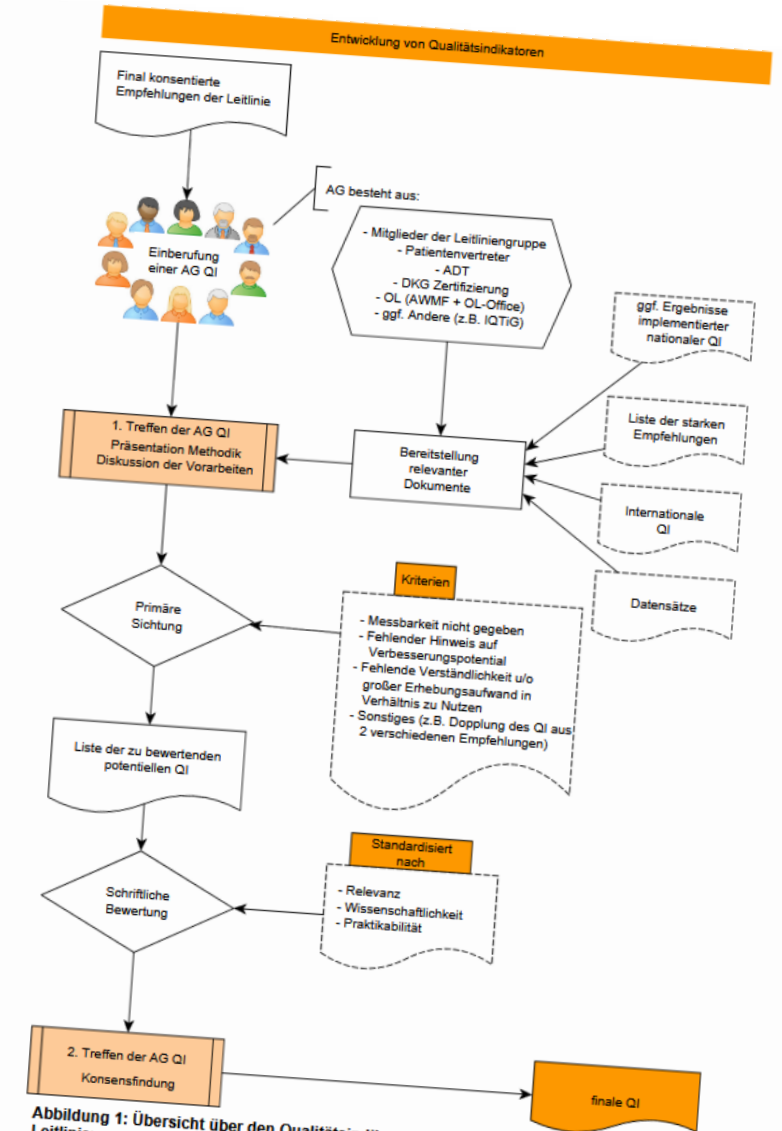
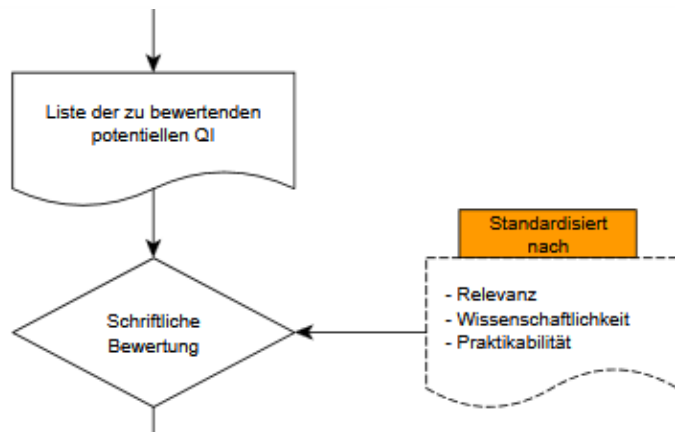
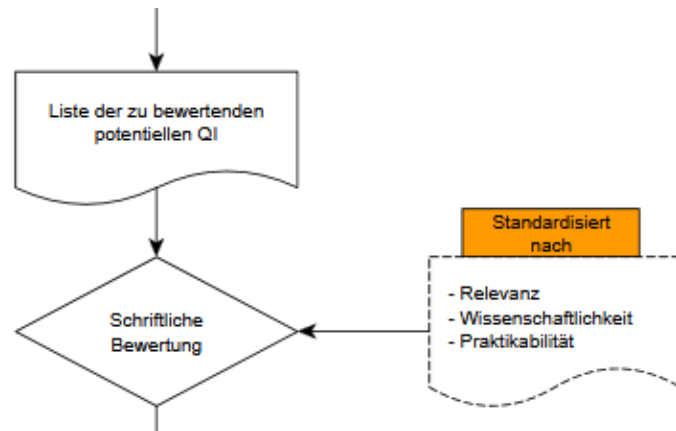


Abbildung 1: Übersicht über den Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess im Leitlinienprogramm Onkologie (Ersterstellung)

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung



- pro Kriterium Zustimmung („Ja“) von  $\geq 75\%$  der stimmberechtigten Teilnehmenden (Kriterium 4:  $\geq 75\%$  „Nein“ )

QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator	Empfehlung	
1.	Z Pat. des Nenners mit intraoperativem Neuromonitoring	Empfehlung 4.1 Bei allen Eingriffen an der Gl. parotidea sollen Neuromonitoring und Vergrößerungshilfen (Lupenbrille, Operationsmikroskop) verwendet werden.	<b>Anmerkung:</b> Qualitätsziel: Möglichst häufig Neuromonitoring bei operativen Eingriffen an der Gl. parotidea
	N Alle Pat. mit operativem Eingriff an der Gl. parotidea	EK, starker Konsens	

## Information zur Datenverfügbarkeit (Stand 12/2024):

Die Erfassung ist seitens der Krebsregister über den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz und seiner Module gewährleistet: ja / nein

Die Erfassung ist Teil des Zertifizierungssystems der DKG: ja / nein (bisher nicht)

Welche Ergänzungen wären erforderlich?

	Nein	Ja
1. <b>Kriterium:</b> Der Qualitätsindikator erfasst für die Patientinnen und Patienten relevante Verbesserungspotentiale.		
2. <b>Kriterium:</b> Der Qualitätsindikator ist klar und eindeutig definiert.		
3. <b>Kriterium:</b> Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den Leistungserbringern beeinflusst werden kann.		
4. <b>Kriterium:</b> Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung durch den Qualitätsindikator, die nicht korrigierbar sind?		
5. <b>Kriterium:</b> Die Daten werden beim Leistungsbringer routinemäßig dokumentiert oder eine zusätzliche Erhebung erfordert einen vertretbaren Aufwand		

## Kommentar

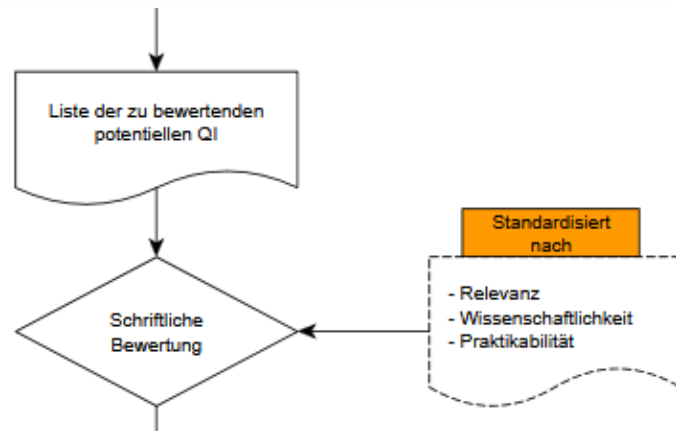
### Risikoadjustierung

Können spezifische Merkmale von Patientinnen und Patienten z.B. Alter, Komorbidität oder Schweregrad der Erkrankung die Ausprägung des QI beeinflussen?

### Implementierungsbarrieren

Gibt es Implementierungsbarrieren, die es zu beachten gilt?

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung



- pro Kriterium Zustimmung („Ja“) von  $\geq 75\%$  der stimmberechtigten Teilnehmenden (Kriterium 4:  $\geq 75\%$  „Nein“ )

QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator	Empfehlung	
1.	Z Pat. des Nenners mit intraoperativem Neuromonitoring	Empfehlung 4.1 Bei allen Eingriffen an der Gl. parotidea sollen Neuromonitoring und Vergrößerungshilfen (Lupenbrille, Operationsmikroskop) verwendet werden.	<b>Anmerkung:</b> Qualitätsziel: Möglichst häufig Neuromonitoring bei operativen Eingriffen an der Gl. parotidea
	N Alle Pat. mit operativem Eingriff an der Gl. parotidea	EK, starker Konsens	
<b>Information zur Datenverfügbarkeit (Stand 12/2024):</b>			
Die Erfassung ist seitens der Krebsregister über den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz und seiner Module gewährleistet:			ja / nein
Die Erfassung ist Teil des Zertifizierungssystems der DKG:			ja / nein (bisher nicht)
Welche Ergänzungen wären erforderlich?			
			<b>Nein</b>
			<b>Ja</b>
1. <b>Kriterium:</b> Der Qualitätsindikator erfasst für die Patientinnen und Patienten relevante Verbesserungspotentiale.			
2. <b>Kriterium:</b> Der Qualitätsindikator ist klar und eindeutig definiert.			
3. <b>Kriterium:</b> Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den Leistungserbringern beeinflusst werden kann.			
4. <b>Kriterium:</b> Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung durch den Qualitätsindikator, die nicht korrigierbar sind?			
5. <b>Kriterium:</b> Die Daten werden beim Leistungsbringer routinemäßig dokumentiert oder eine zusätzliche Erhebung erfordert einen vertretbaren Aufwand			
			<b>Kommentar</b>
<b>Risikoadjustierung</b> Können spezifische Merkmale von Patientinnen und Patienten z.B. Alter, Komorbidität oder Schweregrad der Erkrankung die Ausprägung des QI beeinflussen?			
<b>Implementierungsbarrieren</b> Gibt es Implementierungsbarrieren, die es zu beachten gilt?			

# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Primärerstellung

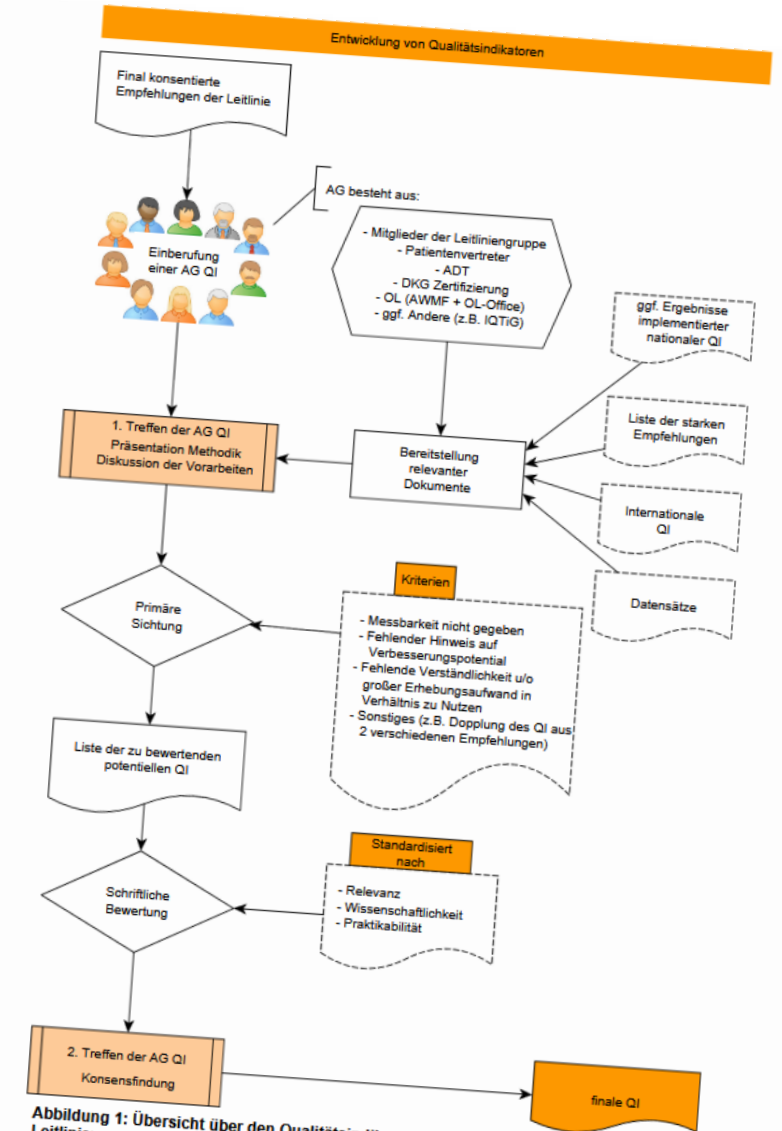
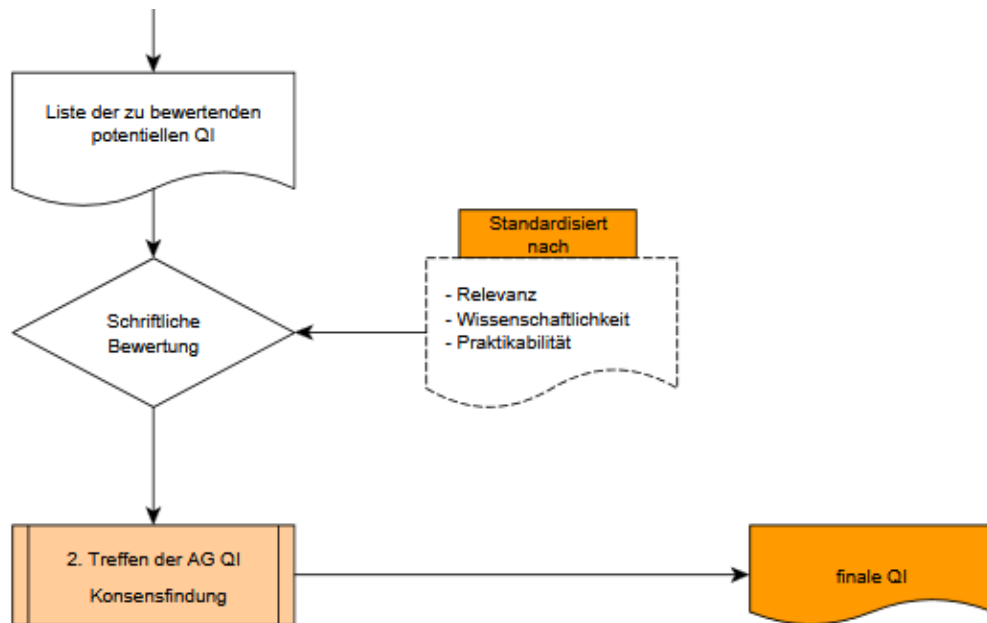
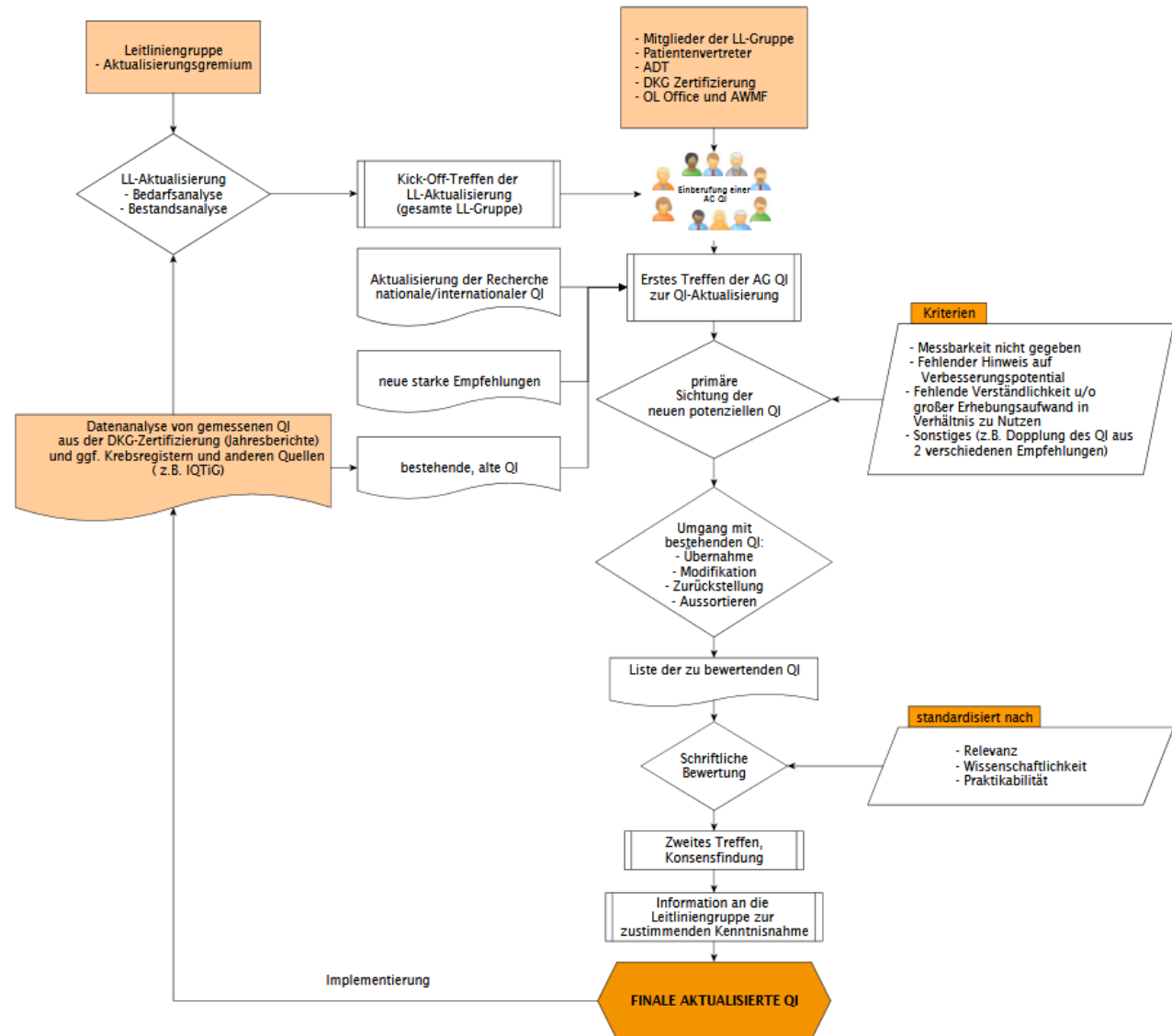


Abbildung 1: Übersicht über den Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess im Leitlinienprogramm Onkologie (Ersterstellung)

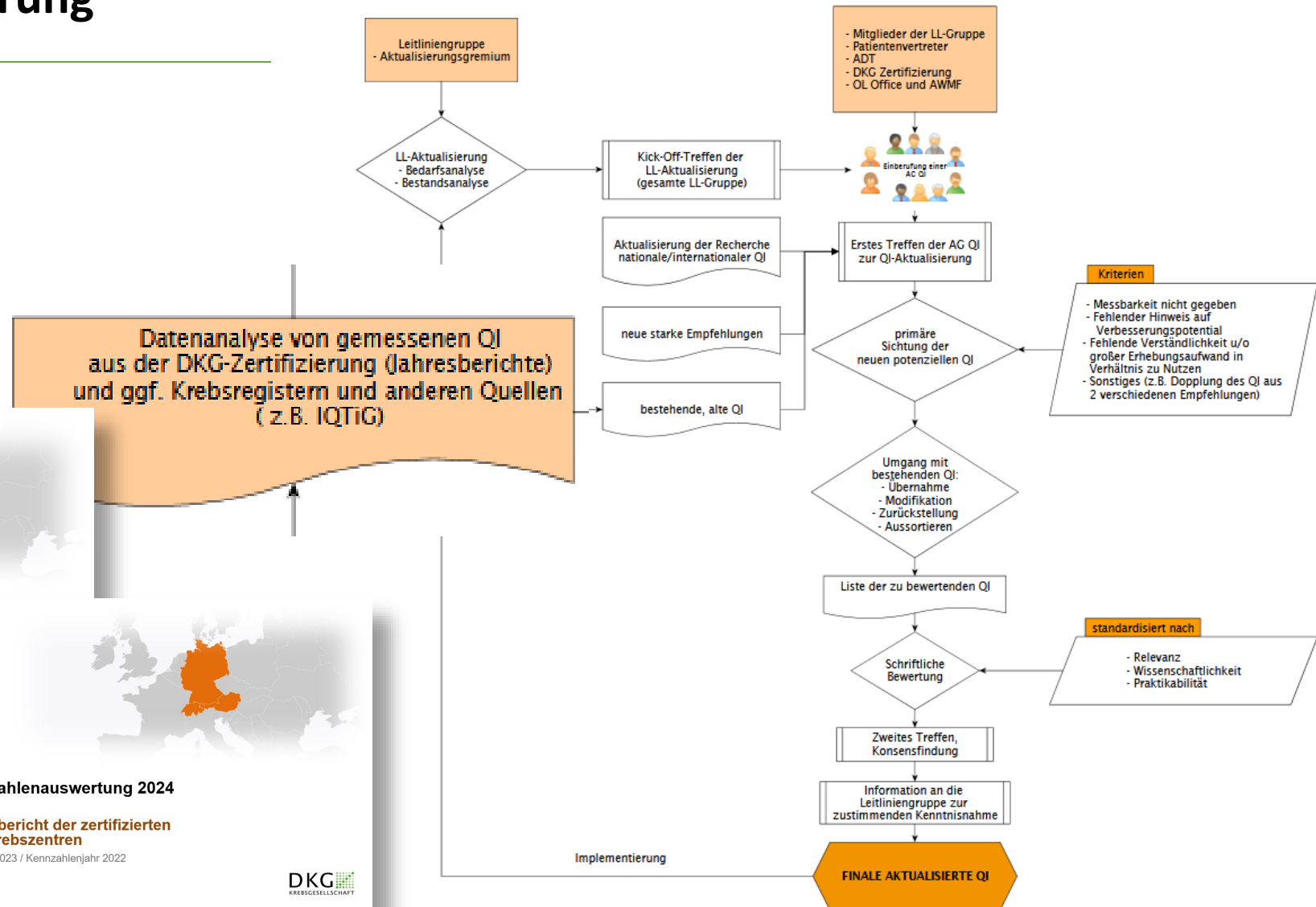
# Qualitätszyklus in der Onkologie



# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Aktualisierung



# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Aktualisierung



## Kennzahlenauswertung 2024

### Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

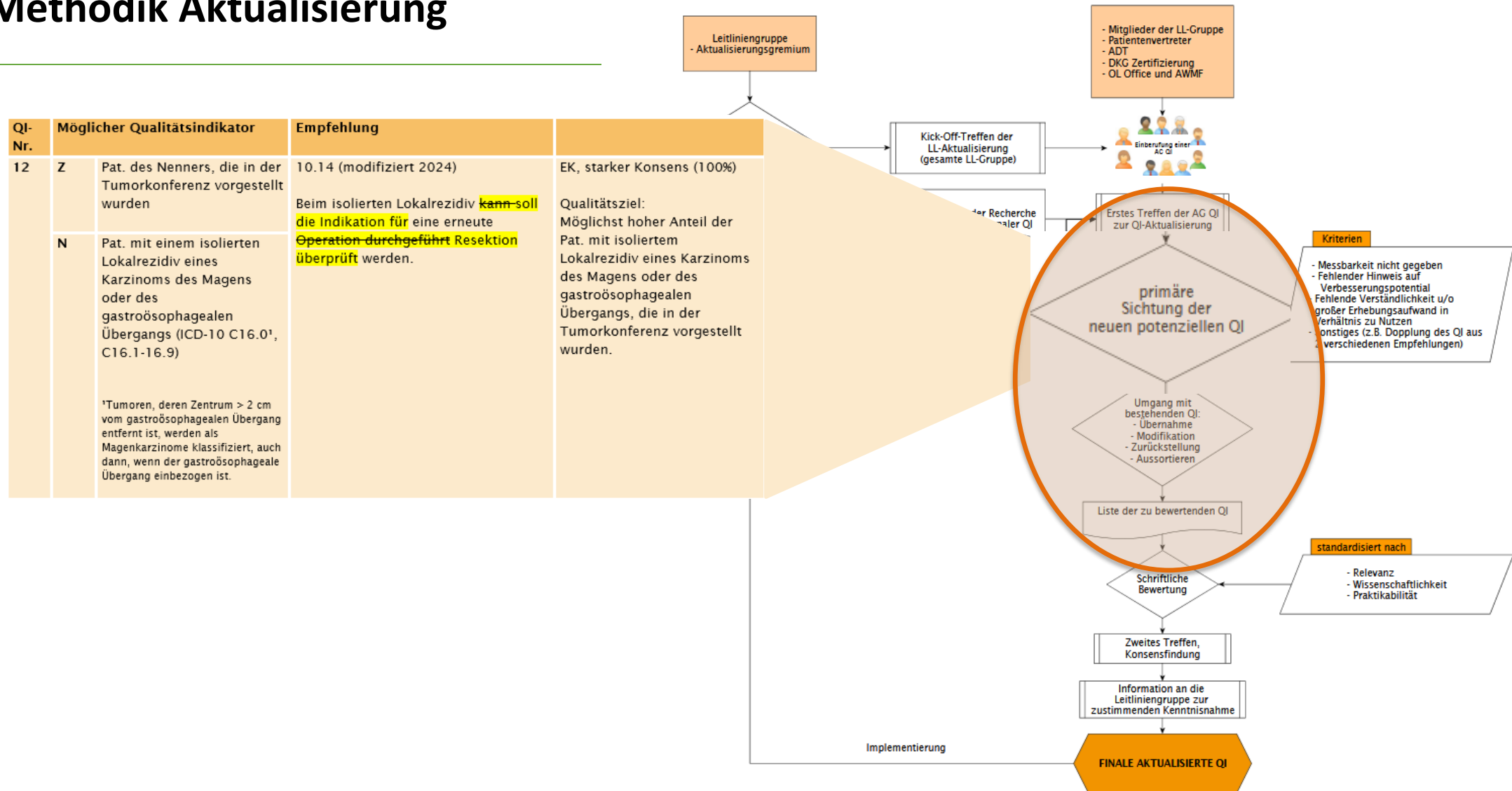
## Kennzahlenauswertung 2024

### Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

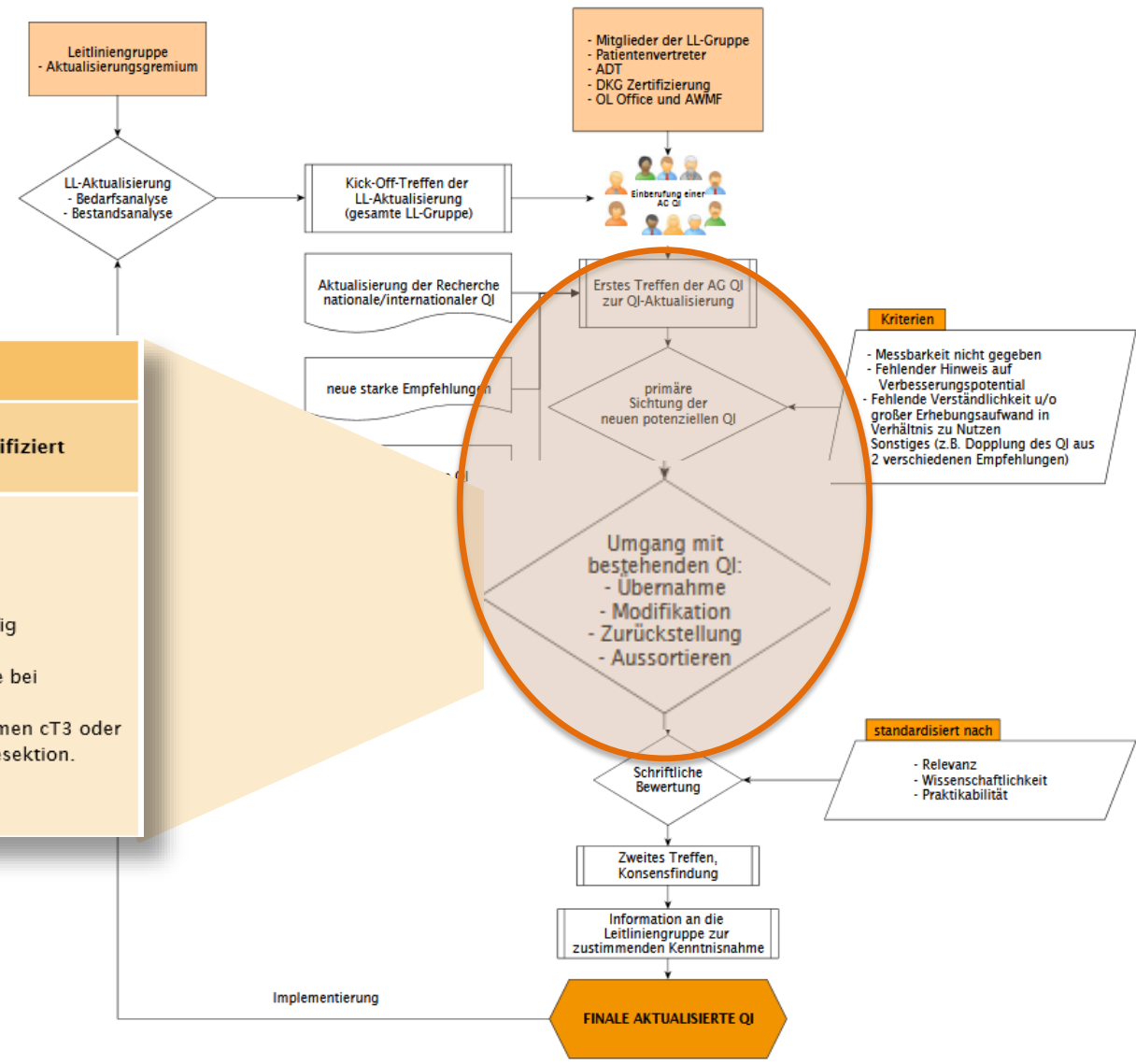


# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Aktualisierung



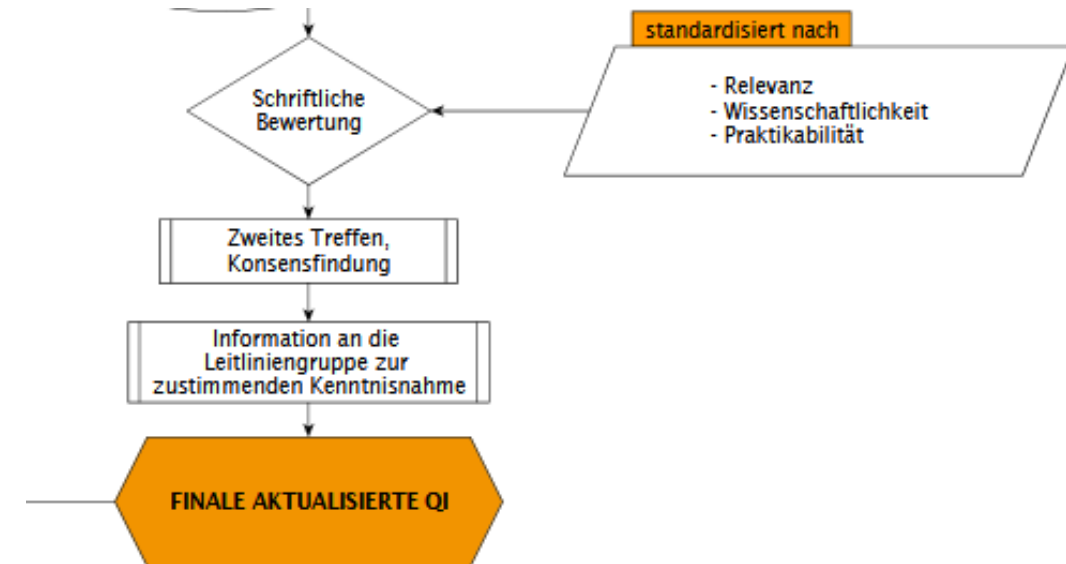
# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Aktualisierung

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung	
<b>QI 7: Peri-Präoperative Chemotherapie bei Magenkarzinomen <math>\geq</math>cT3 und cT4 u./o. <math>\geq</math>N1, M0 (modifiziert 2024)</b>		
<b>Zähler:</b> Anzahl Pat. des Nenners mit präoperativer Chemotherapie  <b>Nenner:</b> Alle Pat. ienten mit Erstdiagnose Magenkarzinom (ICD-10 16.1-16.9) $\geq$ cT3 oder cT4, und/oder $\geq$ N1, M0 und Resektion	<b>11.2 (modifiziert 2024)</b> Bei lokalisierten Magenkarzinom der Kategorien $\geq$ cT3 und resektablen cT4 Tumoren und/oder N+ soll eine perioperative Chemotherapie durchgeführt, d.h. präoperativ begonnen und postoperativ fortgesetzt werden.	<b>EG A, LoE 1a</b>  <b>Qualitätsziel:</b> Möglichst häufig präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen cT3 oder cT4, M0 mit Resektion.



# Erstellung von Qualitätsindikatoren - Methodik Aktualisierung

QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator	Empfehlung	Anmerkung:
1.	Z Pat. des Nenners mit intraoperativem Neuromonitoring	Empfehlung 4.1 Bei allen Eingriffen an der Gl. parotidea sollen Neuromonitoring und Vergrößerungshilfen (Lupenbrille, Operationsmikroskop) verwendet werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig Neuromonitoring bei operativen Eingriffen an der Gl. parotidea
	N Alle Pat. mit operativem Eingriff an der Gl. parotidea	EK, starker Konsens	
<b>Information zur Datenverfügbarkeit (Stand 12/2024):</b>			
Die Erfassung ist seitens der Krebsregister über den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz und seiner Module gewährleistet:			ja / nein
Die Erfassung ist Teil des Zertifizierungssystems der DKG:			ja / nein (bisher nicht)
Welche Ergänzungen wären erforderlich?			
		Nein	Ja
1.	Kriterium: Der Qualitätsindikator erfasst für die Patientinnen und Patienten relevante Verbesserungspotentiale.		
2.	Kriterium: Der Qualitätsindikator ist klar und eindeutig definiert.		
3.	Kriterium: Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den Leistungserbringern beeinflusst werden kann.		
4.	Kriterium: Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung durch den Qualitätsindikator, die nicht korrigierbar sind?		
5.	Kriterium: Die Daten werden beim Leistungsbringer routinemäßig dokumentiert oder eine zusätzliche Erhebung erfordert einen vertretbaren Aufwand		
		<b>Kommentar</b>	
<b>Risikoadjustierung</b> Können spezifische Merkmale von Patientinnen und Patienten z.B. Alter, Komorbidität oder Schweregrad der Erkrankung die Ausprägung des QI beeinflussen?			
<b>Implementierungsbarrieren</b> Gibt es Implementierungsbarrieren, die es zu beachten gilt?			



# Blick in die Zukunft: QIEP-Version 4.0

## Erweiterung des Kapitels „Aktualisierung“

- Bei Änderungen der LL im Sinne von **Amendments** (z.B. neue Medikamente ), **kleineren inhaltlichen Änderungen** zwischen den großen LL-Aktualisierungen ist Durchlaufen des **Gesamtprozesses nicht zielführend**
- Prüfung, ob sich **Empfehlungen**, auf denen aktuellen QI beruhen, **geändert** haben **erforderlich**
- **Vorgeschlagenes Procedere:**  
Erarbeitung eines **Änderungsvorschlages** durch Leitlinienprogramm und DKG-Zertifizierung, der mit **Koordination o. Steuergruppe der LL** diskutiert wird.
- **AG QI** hat anschließend Möglichkeit, begründete Änderungen vorzuschlagen
- Finale Änderung wird abschließend an **gesamte Leitliniengruppe** weitergeleitet

# Zusammenfassung

- **Qualitätsindikatoren** der Leitlinien werden in einem **2-stufigen Verfahren** auf Basis der **starken Empfehlungen** definiert.
- Empfehlung werden als **potentielle QI ausgeschlossen**, wenn sie nicht **operationalisierbar** sind, die Empfehlung bereits flächendeckend umgesetzt wird und somit kein **Verbesserungspotential** besteht, **Erhebungsaufwand** u. **Nutzen** in einem **Missverhältnis** stehen, oder 2 Empfehlungen zu einer **Dopplung** eines QI führen.
- **Schriftliche Bewertung** der potentiellen Qualitätsindikatoren bzgl. **Verbesserungspotential, Eindeutigkeit, Beeinflussbarkeit durch Leistungserbringer, Risiko einer Fehlsteuerung und Dokumentationsaufwand**
- Zur Bewertung werden Informationen zur **Abbildung von QI-Zähler/-Nenner** über den **onkologischen Basisdatensatz oBDS** dargelegt
- Im Rahmen der **LL-Aktualisierung** werden **bestehende QI geprüft. Neue bzw. modifizierte** (starke) **Empfehlungen** durchlaufen den **2-stufigen Prozess**.



**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!**

**Kontaktdaten:**

Dr. med. Martin Utzig

Bereich Zertifizierung

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

[utzig@krebsgesellschaft.de](mailto:utzig@krebsgesellschaft.de)