

Zertifizierte Gynäkologische Krebszentren

Bedeutung für Patientinnen mit Zervixkarzinom oder Vulvakarzinom



Jumana Mensah¹, Simone Wesselmann¹, Matthias W. Beckmann²

¹ Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin

² Direktor der Universitätsfrauenklinik Erlangen, Erlangen

Bibliografie

10.1055/s-0043-109612

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem Zertifizierungssystem für Gynäkologische Krebszentren wird das gesamte Versorgungsspektrum der gynäkologischen Krebserkrankungen abgebildet. In bislang 133 spezialisierten Zentren im In- und Ausland wird qualitätsgesicherte, leitliniengerechte Versorgung für Patientinnen mit unterschiedlichen gynäkologischen Malignomen gewährleistet. Mit den 2017 neu eingeführten, leitlinienbasierten Kennzahlen für Patientinnen mit Vulvakarzinom wird erstmals die Qualität der Behandlung auch für diese Patientinnengruppe spezifisch erfasst. Diese entitätsumfassenden Kennzahlen bilden mit den übergreifenden Anforderungen an die Diagnostik und Therapie aller gynäkologischer Tumore und den bereits bestehenden Qualitätsindikatoren für Ovarial- und Zervixkarzinome die Voraussetzung für eine umfassende Qualitätssicherung und -verbesserung.

cherte, leitliniengerechte Versorgung für Patientinnen mit unterschiedlichen gynäkologischen Malignomen gewährleistet. Mit den 2017 neu eingeführten, leitlinienbasierten Kennzahlen für Patientinnen mit Vulvakarzinom wird erstmals die Qualität der Behandlung auch für diese Patientinnengruppe spezifisch erfasst. Diese entitätsumfassenden Kennzahlen bilden mit den übergreifenden Anforderungen an die Diagnostik und Therapie aller gynäkologischer Tumore und den bereits bestehenden Qualitätsindikatoren für Ovarial- und Zervixkarzinome die Voraussetzung für eine umfassende Qualitätssicherung und -verbesserung.

Hintergrund

Zertifizierung hat das Ziel, die Behandlung gynäkologischer Patientinnen in qualitätsgesicherten Strukturen zu gewährleisten, die Behandlungsergebnisse darzustellen, wenn nötig diese zu verbessern und die Ergebnisse zu den Leitliniengruppen transparent zurückzuspiegeln. Diese Strukturen des Zentrums umfassen die gesamte Versorgungskette von der ambulanten Vorstellung in der gynäkologischen Facharztpraxis bis zur onkologischen Therapie in einem spezialisierten Gynäkologischen Krebszentrum.

Das Zertifizierungssystem für Gynäkologische Krebszentren wurde 2008 durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) initiiert [1]. Im Kontext des seit 2003 bestehenden Zertifizierungsprogramms der DKG wurde das Zertifizierungssystem für Gynäkologische Tumore unter Berücksichtigung der Anforderungen des Nationalen Krebsplans erarbeitet [2]. Die dort geforderten Ziele einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären onkologischen Versorgung und Qualitätssicherung der onkologischen Behandlungsstrukturen mit transparentem Benchmarking sind mit dem Zertifizierungssystem verwirklicht.

Zertifizierte Zentren sind multidisziplinäre Verbände aus Behandlungspartnern, die gemeinsam die onkologische Versorgung gemäß den Qualitätsanforderungen gestalten. Die Kooperationspartner eines zertifizierten Netzwerkes verpflichten sich gemeinsam zur Einhaltung fester Qualitätsstandards, und unterziehen sich einer freiwilligen jährlichen Überprüfung im Rahmen externer Audits. Dabei

legen sie transparent Leistungsdaten und Prozesse offen, um ihre Qualität darzustellen.

Die Besonderheit zertifizierter Zentren liegt in einer inter- und multidisziplinären Netzwerkbildung, welche alle Behandlungsbereiche und Krankheitsphasen umfasst. Diese ermöglicht die lückenlose qualitätsgesicherte Versorgung von gynäkologischen Krebspatientinnen von der Erstdiagnose über den gesamten Krankheitsverlauf. Innerhalb der Zentrumsstruktur ist durch die enge Kooperation aller Behandlungspartner ein optimaler Informationsfluss gewährleistet. Zudem stellen die Qualitätsanforderungen des Zertifizierungssystems die zeitgerechte, leitlinienbasierte und lückenlose Versorgung gynäkologischer Krebspatientinnen sicher.

Die Ergebnisse aller Zentren werden in einem anonymisierten Benchmarking-Bericht [3] veröffentlicht, und stellen für Zuweiser und Patientinnen einen wichtigen Wegweiser dar. Darüber hinaus gibt es einen individuellen Jahresbericht für jedes Zentrum, in dem die Entwicklung der eigenen Qualität über den Verlauf der Zeit und im Vergleich zu den anderen Zentren dargestellt wird. Die Analyse der eigenen Ergebnisse innerhalb des Netzwerkes, beispielsweise im Rahmen von Qualitätszirkeln oder auch während des Audits, bietet die Möglichkeit zur Verbesserung von internen Abläufen und der erzielten Versorgungsqualität. In der Jahresauswertung 2016, die die Ergebnisse der Audits 2015 darstellt, zeigt sich, dass bereits 2014 bezogen auf die jährlich in Deutschland registrierten Ersterkrankungen [4] ein Gesamtanteil von 43,6% der Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen in zertifizierten Strukturen behandelt wurde. Allerdings variiert der Anteil der Patientinnen erheblich mit der Art der Er-

krankung: während die Patientinnen mit Zervix, Ovarial- und Vulvakarzinom 2014 zu etwa 40% in einem Zentrum betreut wurde, waren es bei den Patientinnen mit der Erstdiagnose eines Endometriumkarzinoms lediglich 30% [3].

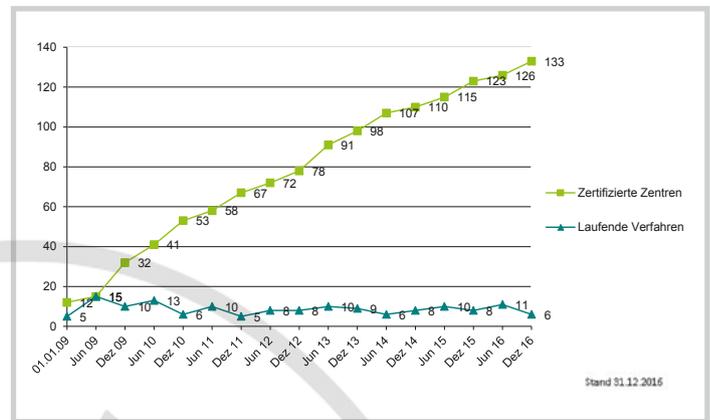
Im Dezember 2016 gibt es 133 Gynäkologische Krebszentren, die auf insgesamt 135 Standorte verteilt sind; 9 Zentren befinden sich im europäischen Ausland. (Abb. 1). 2014 wurden insgesamt 12 306 Patientinnen mit der Diagnose eines gynäkologischen Malignoms in zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren betreut. Dabei wurden pro Zentrum im Durchschnitt 93 Patientinnen mit der Erstdiagnose eines gynäkologischen Tumors behandelt. Aktuell finden 6 Verfahren für die Erstzertifizierung neuer Zentren statt.

Qualität in zertifizierten Strukturen

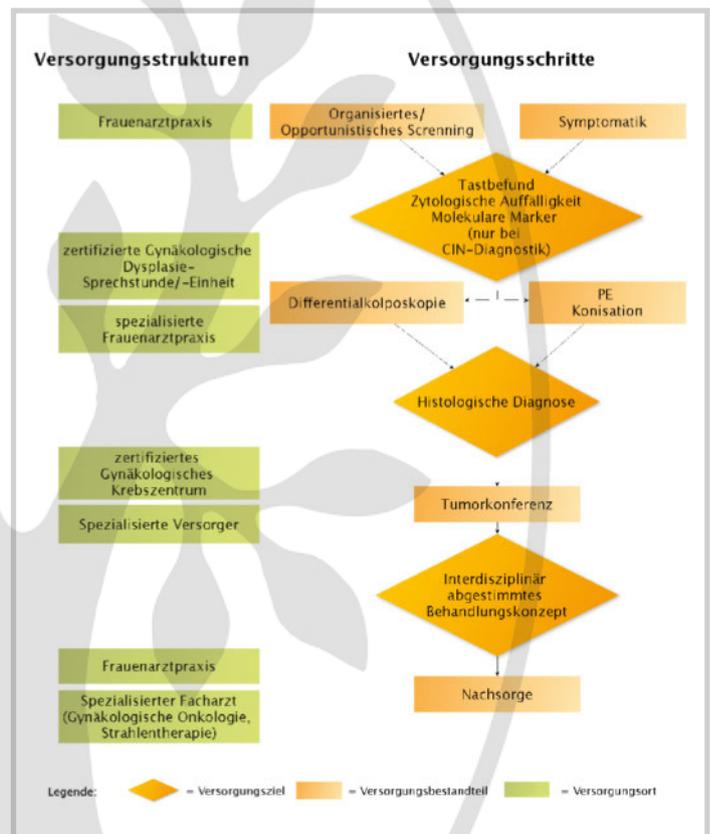
Die Zertifizierungsanforderungen für Gynäkologische Krebszentren definieren die Strukturqualität des Zentrums, wie zum Beispiel die Quote von Patientinnen, die in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden sollen, die Kommunikation mit Einweisern oder die Qualifikation der im Zentrum beteiligten Fachärzte. In dem Erhebungsbogen sind die grundlegenden Anforderungen an die Zentrumsstruktur, die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern und die organisatorischen Abläufe, beispielsweise für Sprechstunden oder Befundflüsse im Zentrum, skizziert. Zudem sind für jeden in die onkologische Versorgung eingebundenen Kooperationspartner Vorgaben zu der Mindestqualifikation, der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung sowie dem jährlich abzubildenden Leistungsspektrum formuliert. Dies betrifft neben Fachärzten auch andere Fachgruppen wie beispielsweise die onkologische (Fach-)Pflege und Psychoonkologen oder Sozialarbeiter.

Die zentralisierte Versorgung gynäkologischer Malignom-Patientinnen in spezialisierten Zentren ist erklärtes Ziel des Zertifizierungssystems: so haben beispielsweise Patientinnen mit Zervixkarzinom, die in Zentren mit hohem Operationsaufkommen operiert werden, ein besseres perioperatives Outcome [5]. Ein weiterer zentraler Inhalt des Zertifizierungssystems ist die Sicherung der Umsetzung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien in den Gynäkologischen Krebszentren (Abb. 2). Interdisziplinäre Versorgungsleitlinien bündeln aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und bilden die Grundlage für die Betreuung gynäkologischer Krebspatientinnen. Der Stellenwert der Leitlinien ist unbestritten, dennoch ist die Umsetzung der Empfehlungen in die Praxis oft schwierig [6], und die Leitlinienadhärenz innerhalb der Zentren variiert deutlich [7].

In zertifizierten Zentren wird die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen mit spezifischen Qualitätsindikatoren überprüft (Tab. 1). Insgesamt umfasst der Anforderungskatalog für Gynäkologische Krebszentren 27 Kennzahlen, von



► Abb. 1 Gynäkologische Krebszentren.

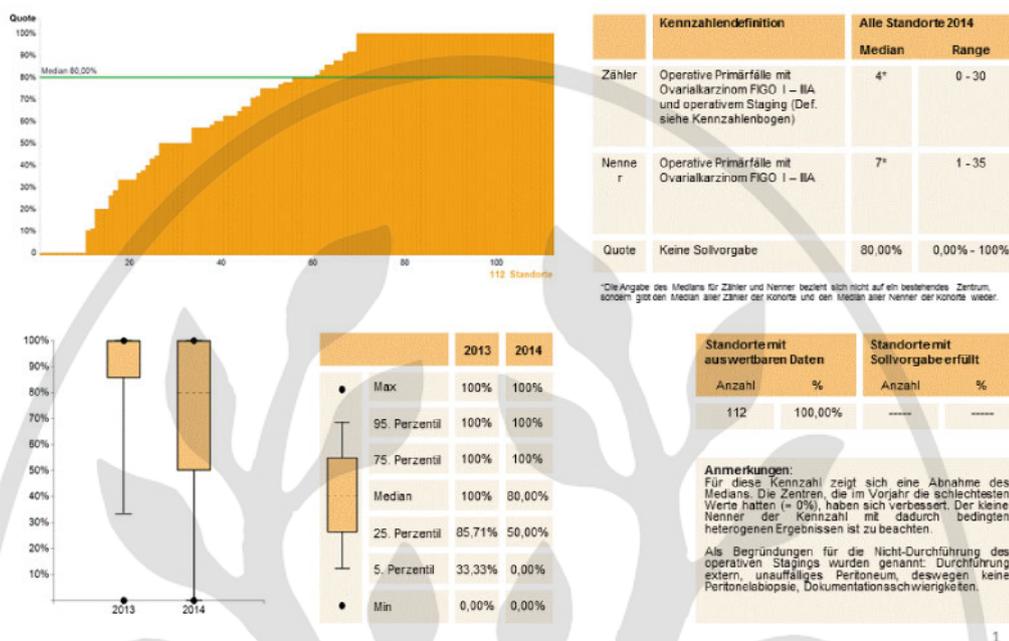


► Abb. 2 Konsentierter Versorgungsalgorithmus der Leitliniengruppe Zervixkarzinom. (aus: S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom. Version 1.0, Stand: September 2014).

denen 20 Kennzahlen aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet wurden. Neben den Kennzahlen aus den S3-Leitlinien für Ovarial- und Zervixkarzinom des Leitlinienprogramms Onkologie [8, 9] gibt es ab 2017 auch 5 Kennzahlen aus der S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe für Vulvakarzinome [10]. Damit wird erstmalig für diese Entität die Versorgungsqualität der zentralen operativen Versorgung und der

Jahresbericht Gynäkologie 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

8. Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (QI der LL Ovar)



► **Abb. 3** Auszug Jahresbericht der Gynäkologischen Krebszentren 2016 (Ovarialkarzinom). Auswertung der Kennzahl 8 (Operatives Staging bei Patientinnen mit frühem Ovarialkarzinom) für das Auditjahr 2015. Für das Auditjahr 2015 war die Darlegung dieser Kennzahl noch fakultativ, aus 112 Zentren lagen auswertbare Daten vor.

Befundqualität spezifisch abgebildet. Unverändert bleibt die Erfassung allgemeiner struktureller Indikatoren, wie der psychosozialen Versorgung oder der Tumorkonferenz-Vorstellung aller Zentrums-Patientinnen. Für das aktuelle Erhebungsjahr ist die Darstellung der neuen Kennzahlen für die Zentren noch fakultativ, ab 2018 ist die Erfassung dann verpflichtend. 2018 wird bereits eine erste Zwischenbewertung der Vulvakarzinom-spezifischen Qualitätsindikatoren möglich sein.

Die Kennzahlen-Auswertung aller Indikatoren wird regelmäßig an die Leitlinien-Kommissionen rückgespiegelt, um so einen bestmöglichen Austausch zwischen der Erstellung evidenz- und konsensbasierter Empfehlungen und klinischer Versorgungsrealität zu gewährleisten [6]. Mit den Auswertungen ist es möglich, den Grad der Leitlinienimplementierung in den klinischen Alltag zu überprüfen und wichtiger noch, die Implementierung zu fördern, da in den Zertifizierungsaudits die Anwendung der Leitlinieninhalte auf Basis der konkreten Patientenakten reflektiert und diskutiert wird.

Perspektivisch werden zu den bereits erfassten Qualitätsindikatoren auch Kennzahlen für seltene Tumorentitäten (Trophoblasttumore, Vaginalkarzinom) hinzukommen.

Aktuelle Entwicklungen

Die spezialisierte operative Expertise der Klinik und des Operateurs hat für Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen einen relevanten Einfluss auf das klinische Outcome [5, 11, 12]. Bei den Kennzahlen für die operative Therapie des Ovarialkarzinoms zeigt die erste Analyse, dass Verbesserungspotenzial besteht: von den Patientinnen mit frühem Ovarialkarzinom (FIGO I–IIIA) erhielten im Median 80% das in der S3-Leitlinie empfohlene vollständige operative Staging (Abb. 3). Aus den Auditergebnissen geht hervor, dass vor allem die Peritonealbiopsie unauffälliger Areale nicht in jedem Fall durchgeführt wurde. Während der Audits konnte konkret die Umsetzung der leitliniengerechten Therapie besprochen und vereinbart werden. Im Hinblick auf den prognostischen Stellenwert der adäquaten operativen Therapie [13] sind diese Ergebnisse der Auditverfahren von großer Bedeutung. Darüber hinaus soll entsprechend dem Beschluss der Zertifizierungskommission der Gynäkologischen Krebszentren ein Coachingangebot für zertifizierte Gynäkologische Zentren zur Verbesserung der operativen Qualität angestrebt werden. Dieses kann beispielsweise mittels Hospitation in ausgewählten Zentren mit besonderer operativer Expertise realisiert werden. Für zertifizierte Darmkrebszentren wurde dies als Pilotprojekt bereits mit ersten Zentren er-

► **Tab. 1** Kennzahlen Zervixkarzinom/Vulvakarzinom.

Kennzahl Nr.	Kennzahlen Zervixkarzinom
18	Vorstellung in Tumorkonferenz (Qualitätsindikator Leitlinie Zervix)
19	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Qualitätsindikator Leitlinie Zervix)
20	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (Qualitätsindikator Leitlinie Zervix)
21	Zytologisches/histologisches LK-staging (Qualitätsindikator Leitlinie Zervix)
22	Exenteration (Qualitätsindikator Leitlinie Zervix)
Kennzahl Nr.	Kennzahlen Vulvakarzinom
23	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Qualitätsindikator Leitlinie Vulva)
24	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (Qualitätsindikator Leitlinie Vulva)
25	Lokale radikale Exzision (Qualitätsindikator Leitlinie Vulva)
26	Durchführung inguinofemorales Staging (Qualitätsindikator Leitlinie Vulva)
27	Sentinel Lymphknoten Biopsie (Qualitätsindikator Leitlinie Vulva)

folgreich umgesetzt. Es ermöglicht den Operateuren in den Zentren eine detaillierte Fehleranalyse und das Ausschöpfen von Verbesserungspotenzialen.

Die Zertifizierungsanforderungen für Gynäkologische Krebszentren geben vor, dass neben der strukturierten Zusammenarbeit mit gynäkologischen Praxen Kooperationen mit zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden in dem Zentrum vorhanden sein sollen. Hier zeigt sich der transsektorale Ansatz des Systems, das somit eine lückenlose Versorgung gynäkologischer Krebspatientinnen von der Erstdiagnose bis hin zur Nachsorge innerhalb qualitätsgesicherter Strukturen ermöglicht.

Für zertifizierte Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden gibt es einen spezifischen Anforderungskatalog, der neben der ärztlichen Expertise auch prozessuale Leistungsmerkmale abfragt – so zum Beispiel die regelmäßige Fort- und Weiterbildung des Personals und die systematische Vorstellung aller Malignom-Patientinnen in der interdisziplinären Tumorkonferenz des Krebszentrums.

In der Kennzahlen-Auswertung für die Gynäkologischen Dysplasieeinheiten und -Sprechstunden zeigt sich durchweg eine gute Umsetzung des Netzwerkgedankens, der sich in gelebter Kooperation und Kommunikation ausdrückt. So nehmen beispielsweise die in den Dysplasie-Sprechstunden und -Einheiten tätigen Fachärzte in stetig zunehmender Frequenz und über die Anforderungen hinaus an den interdisziplinären Tumorkonferenzen der Gynäkologischen Krebszentren teil. Damit sind die Ziele des Nationalen Krebsplans von 2008 und des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes von 2013 [14], nämlich die Krebsfrüherkennung und die sektorenübergreifende, integrierte onkologische Versorgung und Qualitätssiche-

rung weiterzuentwickeln, in einem Zertifizierungssystem vereint. Zukünftig wird ein strukturiertes Zervixkarzinom-Screeningprogramm flächendeckend eingeführt, das auf den Beschlüssen des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes und den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) besteht.

Aktuell erfolgte eine Anpassung des Screeningprogramms durch einen GBA-Beschluss [15]: Für Patientinnen ab dem 35. Lebensjahr wird künftig eine kombinierte zytologische und HPV-Diagnostik im 3-jährlichen Rhythmus erfolgen. Für die Altersgruppe zwischen 20–35 Jahren bleibt die vorherige Regelung eines jährlichen zytologischen Screenings bestehen. Das angepasste Verfahren wird zunächst über eine Dauer von 6 Jahren durchgeführt, anschließend ausgewertet und auf weiteren Anpassungsbedarf überprüft. In den zertifizierten Strukturen der Dysplasie-Sprechstunden und -Einheiten in Verbindung mit den Gynäkologischen Krebszentren sind die strukturellen Erfordernisse für ein systematisches qualitätsgesichertes Screeningprogramm bereits realisiert und fest etabliert.

Bedingt durch die zunehmende Zahl Gynäkologischer Zentren im europäischen Ausland, die seit 2016 als European Cancer Centres in das Zertifizierungssystem integriert sind [16], werden zukünftig die länderübergreifenden Auswertungen einen wichtigen Stellenwert in dem Zertifizierungssystem einnehmen und differenzierte Analysen der europäischen Behandlungsqualität möglich machen. Für diesen Bereich sind, nicht nur für die Gynäkologischen Krebszentren, richtungsgebende Entwicklungen in der europäischen Zusammenarbeit zu erwarten.

Mit den Gynäkologischen Krebszentren ist ein Baustein für ein flächendeckendes System entstanden, das die Qualität der gynäkologisch-onkologischen Behandlung darstellt

und diese mit Hilfe der in den Auditverfahren vereinbarten Maßnahmen vielfach verbessert. Die Anwendung der Qualitätsindikatoren ermöglicht dabei die konkrete, tumorspezifische Umsetzung von relevanten Leitlinieninhalten und somit eine standardisierte Behandlung gynäkologischer Krebspatientinnen.

Interessenkonflikt

J. Mensah ist Mitarbeiterin der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

S. Wesselmann ist Mitarbeiterin der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

MW Beckmann ist Vorsitzender der Zertifizierungskommission Gynäkologischer Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Korrespondenzadresse



Jumana Mensah
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
mensah@krebsgesellschaft.de



Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann
Universitätsfrauenklinik Erlangen
Friedrich-Alexander-Universität
Universitätsstraße 21–23
91054 Erlangen
fk-direktion@uk-erlangen.de

Literatur

- [1] Beckmann, MW. Gynäkologische Krebszentren - Kompetenz und Qualität. *Gynäkologe* 2010; 43: 216–223
- [2] Deutsches Bundesministerium für Gesundheit. Nationaler Krebsplan. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html>
- [3] Jahresbericht Gynäkologischer Krebszentren 2016. <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/jahresberichte.html>
- [4] GEKID Ergebnisse nach ICD-10; Geschätzte Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2012
- [5] Wright JD, Lewin SN, Deutsch I et al. The influence of surgical volume on morbidity and mortality of radical hysterectomy for cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205: 225.e1–225.e7
- [6] Beckmann MW, Schlieter H, Richter P, Wesselmann S. Considerations on the Improved Integration of Medical Guidelines into Routine Clinical Practice – a Review and Concept Proposal. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2016; 76: 369–376
- [7] Münstedt K, von Georgi R, Zygmunt M et al. Shortcomings and deficits in surgical treatment of gynaecological cancers: a German problem only? *Gynecol Oncol* 2002; 86: 337–343
- [8] S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren (Version 2.0, Stand 10/2016). http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Ovarialkarzinom_Langversion_2.0.pdf
- [9] S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom (Version 1.0, Stand 09/2014). http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Zervixkarzinom_Langversion_1.0.pdf
- [10] S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen (Version 1.1, Stand 08/2015). http://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/pdf/2016/015-059|_S2k_Vulvakarzinom_und_Vorstufen_Diagnostik_Therapie_2016-03_1.pdf
- [11] Bristow RE, Zahurak ML, Diaz-Montes TP et al. Impact of surgeon and hospital ovarian cancer surgical case volume on in-hospital mortality and related shortterm outcomes. *Gynecol Oncol* 2009; 115: 334–338
- [12] du Bois A, Rochon J, Pfisterer J, Hoskins WJ. Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in ovarian cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2009; 112: 422–436
- [13] Junor EJ, Hole DJ, McNulty L et al. Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer - a Scottish national study of 1866 patients. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 1130–1136
- [14] Bundesgesetzblatt Teil I 2013, Nr. 16 vom 08.04.2013: Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz –KFRG)
- [15] Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß §91 SGB V, Pressemitteilung Nr. 38/ 2016, 16. September 2016: Methodenbewertung Eckpunkte für zukünftiges Screening auf Gebärmutterhalskrebs geändert
- [16] https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilung/641/Deutsche_Krebsgesellschaft:_European_Cancer_Centres. <https://www.krebsgesellschaft.de/gcs/european-cancer-centres.html>