

# Auswertung von Qualitätsindikatoren

Florian Oesterling  
Landesauswertungsstelle

# Hintergrund

## Qualitätsindikatoren im Leitlinienprogramm Onkologie

- Gründung Leitlinienprogramm Onkologie: 2008
  - Ziel: Entwicklung von wissenschaftlich begründeten Leitlinien für die onkologische Versorgung
- Leitlinien beinhalten Qualitätsindikatoren (QI) zur Messung von
  - **Versorgungsqualität** und
  - **Umsetzung der Leitlinienempfehlungen**
- QI sollen vor allem für Bereiche mit erhöhtem Verbesserungsbedarf der Versorgung definiert werden



## Aufbau der QI des Leitlinienprogramms

- Jeder QI basiert auf einer evidenzbasierten Empfehlung aus der jeweiligen organspezifischen S3 Leitlinie
- Jeder QI definiert einen **Nenner**: Die Grundgesamtheit von Patienten, auf die sich die evidenzbasierte Empfehlung bezieht
- Der **Zähler** des QI ist in der Regel der Anteil der Patienten aus dem Nenner, die entsprechend der Empfehlung versorgt worden sind
- Einige QI sind so formuliert, dass im Zähler die Patienten aus dem Nenner sind, die nicht leitliniengerecht versorgt wurden
- Der Quotient aus Zähler und Nenner ist die sog. **Erfüllungsquote**
- Für manche QI ist ein Zielbereich für die Erfüllungsquote definiert, z. B. >90% oder <5%

# Qualitätsindikatoren in der Zertifizierung der DKG

Anlage EB Version K1.1 (Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021)

## Kennzahlenbogen Brust



Zentrum

Reg.-Nr.  Erstelldatum

Nr.	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität	
									Zähler	Nenner		
4	LL QI	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom	Adäquate Rate an Bestrahlungen von Primärfällen mit inv. Mammakarzinom und BET	Primärfälle des Nenners, bei denen eine Radiatio empfohlen wurde	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom und BET (ohne primär M1 Pat.)		≥ 90%			0	n.d.	Unvollständig

# Untersuchung der Versorgungsqualität mit Krebsregisterdaten

Auch im LKR NRW soll externe Qualitätssicherung von meldenden Einrichtungen betrieben werden:

- Einrichtungsbezogene Rückmeldungen der Datenqualität
  - Meldungsübersichten
- Einrichtungsbezogene bzw. einrichtungsübergreifende Rückmeldung zur Behandlungsqualität
  - Auswertungsbögen
  - Regionale Qualitätskonferenzen
  - Landesweite Qualitätskonferenzen

## Berechnung von QI mit Krebsregisterdaten

- QI werden im LKR NRW bereits für einzelne Entitäten und Einrichtungen im Rahmen von Qualitätskonferenzen berechnet
- In Auswertungsbögen 2022 erstmals QI als einrichtungsbezogene Rückmeldung der Behandlungsqualität für alle Melder
  - Berechnung auf Basis der klinischen „Best-of“ Informationen
  - Wenn eine Einrichtung eine Mindestfallzahl von relevanten Fällen gemeldet hat, werden alle QI aus der entsprechenden Leitlinie angezeigt
  - Rückmeldung nicht „Leistungserbringer-spezifisch“ (Beispiel: Strahlentherapeut bekommt auch QI zu OPs rückgemeldet)
  - Darstellung: QI für jeweilige Einrichtung im Vergleich zu gesamt NRW

# Wie unterscheidet sich die QI-Berechnung zwischen DKG und Krebsregister?

## Zertifizierung im Zentrum

- Nachrecherche und -dokumentation von fehlenden Daten möglich
- Nur Patienten, die im eigenen Zentrum versorgt wurden; gute Vernetzung mit beteiligten Versorgern
- Berechnung meist nur bei großen Versorgern

## Berechnung im LKR NRW

- Keine Nachrecherche bei fehlenden Daten
- Patienten, deren Versorgung in verschiedenen (nicht immer vernetzten) Einrichtungen erbracht wurde
- Berechnung auch für Praxen und kleine Häuser

## Auswertbare QI laut Plattform §65c

- Nicht alle QI des Leitlinienprogramms Onkologie sind anhand von Krebsregisterdaten auswertbar
- Gründung einer AG-QI innerhalb der Plattform der §65c Krebsregister
- Erarbeitung einer Liste mit auswertbaren QI und Operationalisierung anhand von Krebsregisterdaten
- Ergebnis: **79** berechenbare QI aus **19** S3-Leitlinien
- Davon aktuell **59** QI mit Daten des LKR NRW berechenbar



# Auswertbare QI laut Plattform §65c

## Operationalisierung des Qualitätsziels für Krebsregisterdaten

### MamCa 8: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET

<p><b>Zähler:</b> Pat. mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiatio der Brust erhalten haben</p> <p><b>Nenner:</b> Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET</p>	<p><b>4.36.</b> Nach brusterhaltender Operation wegen eines invasiven Karzinoms soll eine Bestrahlung der betroffenen Brust durchgeführt werden. Bei Patientinnen mit eindeutig begrenzter Lebenserwartung (&lt;10 Jahre) und einem kleinen (pT1), nodal-negativen (pN0), Hormonrezeptor-positiven HER2-negativen Tumor mit endokriner adjuvanter Therapie, freie Schnittränder vorausgesetzt, kann unter Inkaufnahme eines erhöhten Lokalrezidivrisikos nach individueller Beratung auf die Strahlentherapie verzichtet werden</p>	<p><b>LOE 1a, Empfehlungsgrad A</b> <b>Qualitätsziel:</b> Adäquate Rate an Bestrahlungen nach BET bei Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom.</p>
---	---	--

<b>Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.0, Aktualisierung 2017</b>	
AWMF-Register-Nummer: 032 – 0450L	
<b>QI 7</b>	<b>Durchgeführte Strahlentherapie nach BET</b>
<b>Zähler LL</b>	Patientinnen mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiatio der Brust erhalten haben
<b>Nenner LL</b>	Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET
<b>Beurteilung</b>	Berechenbar
<b>AG QI §65c</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Konsens <input type="checkbox"/> Dissens
<b>Empfohlene Methodik der AG QI §65c:</b>	
<b>Zähler</b> <b>AG QI §65c</b>	Therapiemeldung Strahlentherapie <b>mit</b> (Stellung zur OP = adjuvant <b>oder</b> Datum OP < Datum Start Strahlentherapie < Datum OP + 8 Monate) <b>mit</b> Zielgebiet = „Mamma als Teilbrust“ (3.1.) oder „Mamma als Ganzbrust“ (3.2.)
<b>Nenner</b> <b>AG QI §65c</b>	invasives Mammakarzinom ICD-10 C50* Primärerkrankung (kein Rezidiv) <b>UND</b> Histologie <i>siehe QI 4</i> <b>UND</b> Therapiemeldung OP; brusterhaltende OP → OPS: 5-870* <b>OHNE</b> anschließende Mastektomie OPS: 5-877*, 5-872*, 5-874*

# Schwierigkeiten bei der Berechnung von QI mit Krebsregisterdaten

## Vollzähligkeit und Vollständigkeit der klinischen Daten

### **Vollzähligkeit:**

- Wurden alle meldepflichtigen Ereignisse an das LKR übermittelt?
- Abhängig vom Meldeverhalten der jeweiligen Einrichtung und Anbindung aller an der Versorgung des Patienten beteiligten Einrichtungen

### **Vollständigkeit:**

- Wie vollständig sind die Angaben in einer abgesetzten Meldung?

**Beispiel:** Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II  
(Für Diagnosejahr 2019 und Behandlungsort NRW)

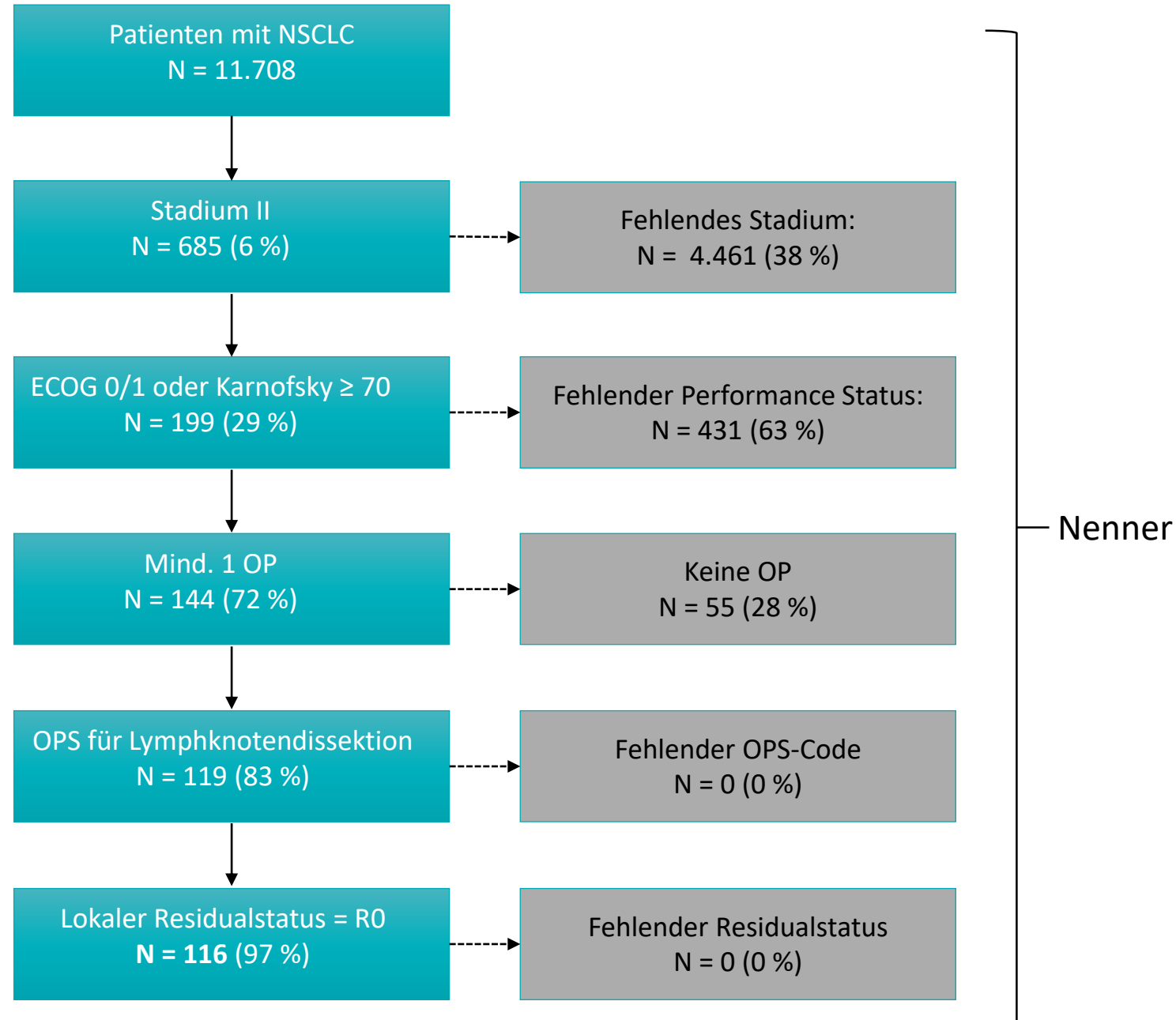
# Schwierigkeiten bei der Berechnung von QI mit Krebsregisterdaten

## Vollzähligkeit und Vollständigkeit

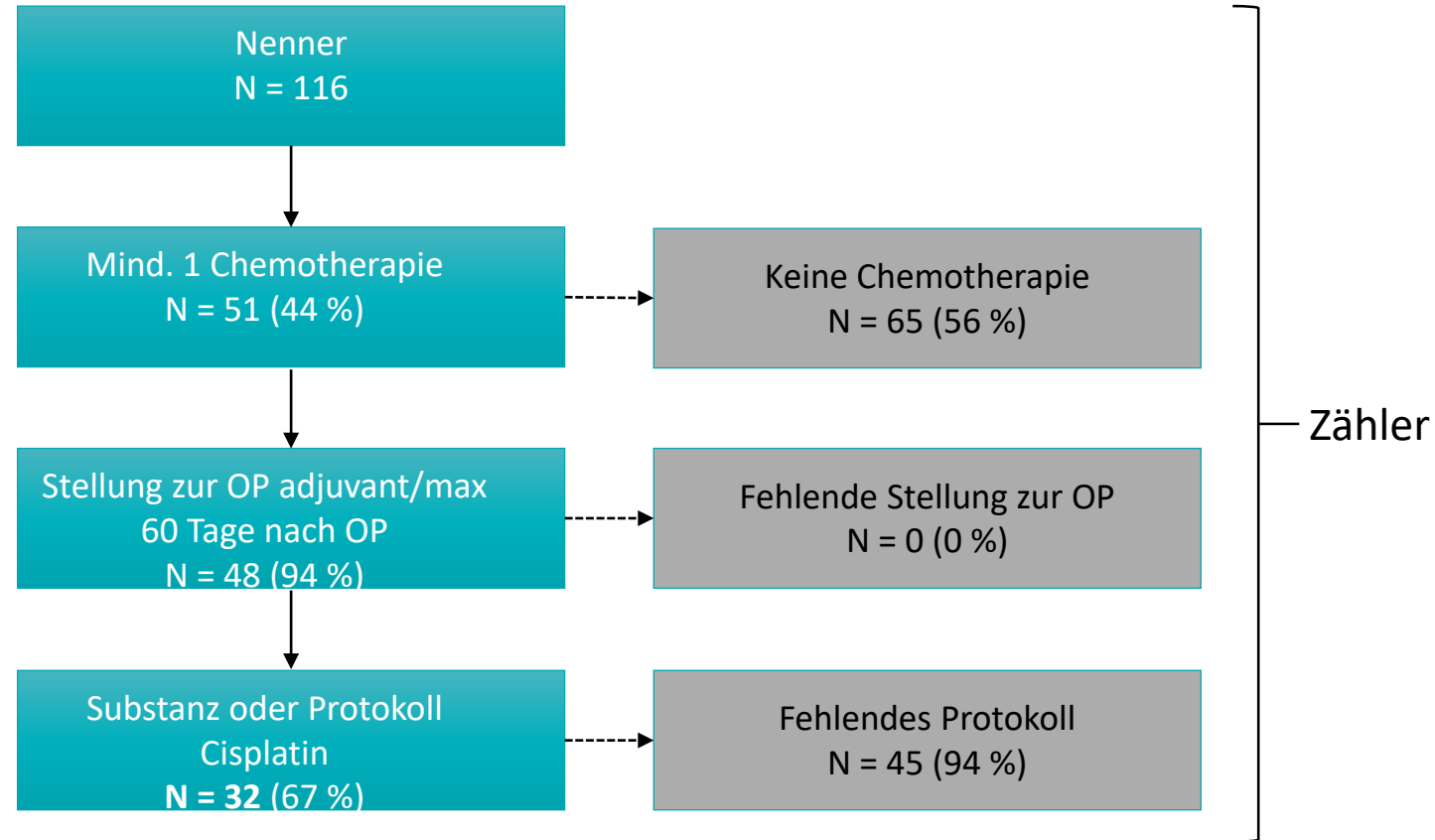
### Beispiel: Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II

<b>Beurteilung AG QI §65c</b>	Berechenbar <input checked="" type="checkbox"/> Konsens <input type="checkbox"/> Dissens
<b>Empfohlene Methodik der AG QI §65c</b>	
<b>Zähler AG QI §65c</b>	Systemische Therapie Therapieart = CH <b>UND</b> (Systemische Therapie Stellung zu Operation = A ODER Datum syst. Therapie > Datum OP, max. 60 Tage danach) <b>UND</b> (Systemische Therapie Substanz = Cisplatin ODER Protokoll enthält Cisplatin)
<b>Nenner AG QI §65c</b>	ICD10: C34.* <b>UND</b> pathologisches Stadium II <b>UND</b> Histologie NSCLC s. Q/5 <b>UND</b> Lymphknotendisektion (OPS: 5-323.43, .53, .63, .73, .x3; 5-324 .3*, .7*, .9*, .b*; 5-325.**; 5-327.1, .3, .5, .7; 5-328.*; 5-404.*; 5-406.* oder 5-407.*) <b>UND</b> Beurteilung des lokalen Residualstatus nach Abschluss der OP „R= 0“ <b>UND</b> ECOG 0/1 oder Karnofsky $\geq$ 70% bei Erstdiagnose

**Beispiel:** Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II (Diagnosejahr: 2019, Behandlungsort: NRW)



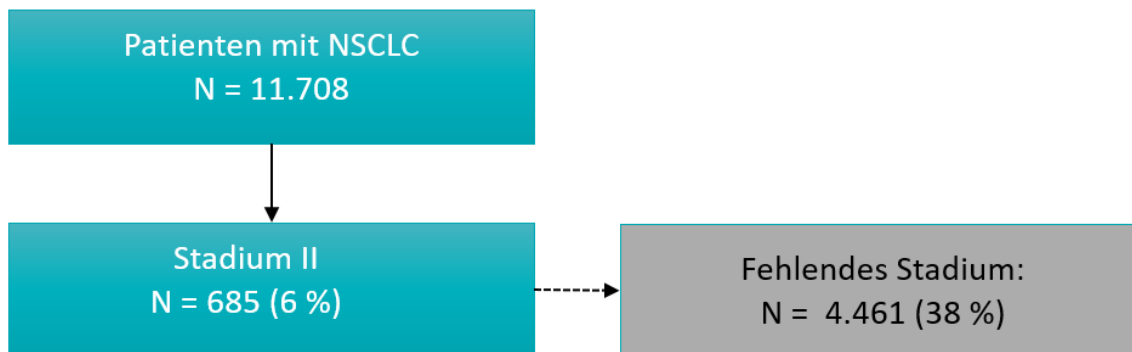
**Beispiel:** Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II (Diagnosejahr: 2019, Behandlungsort: NRW)



ICD-10 C34 Q16 für gesamt NRW:		
Nenner	Zähler	Erfüllungsquote
116	32	28 %

# Auswirkung unvollständiger Meldungen Am Beispiel des Krankheitsstadiums bei NSCLC

## Aktuelle Situation:



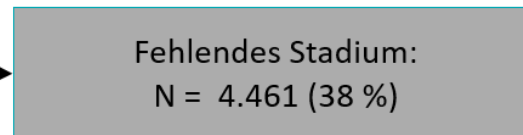
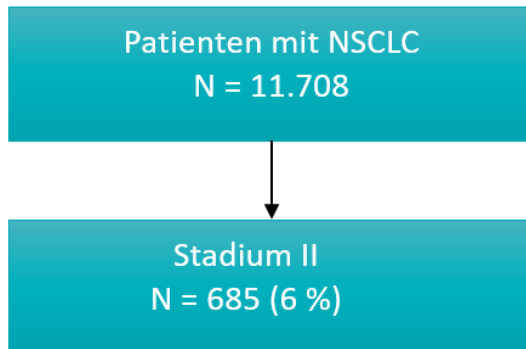
**Annahme:** Stadienverteilung bei Patienten mit fehlendem Stadium wie bei Patienten mit vorhandener Angabe

# Auswirkung unvollständiger Meldungen

## Am Beispiel des Krankheitsstadiums bei NSCLC

### Aktuelle Situation:

Stadium	N	Rel. Häufigkeit (%)
UICC I	1.192	16
<b>UICC II</b>	<b>685</b>	<b>9</b>
UICC III	1.713	24
UICC IV	3.619	50
sonstige	38	1



**Annahme:** Stadienverteilung bei Patienten mit fehlendem Stadium wie bei Patienten mit vorhandener Angabe

# Auswirkung unvollständiger Meldungen

## Am Beispiel des Krankheitsstadiums bei NSCLC

### Aktuelle Situation:

Patienten mit NSCLC  
N = 11.708

Stadium II  
N = 685 (6 %)

Stadium	N	Rel. Häufigkeit (%)
UICC I	1.192	16
<b>UICC II</b>	<b>685</b>	<b>9</b>
UICC III	1.713	24
UICC IV	3.619	50
sonstige	38	1

Fehlendes Stadium:  
N = 4.461 (38 %)

### Stadium immer gemeldet:

Patienten mit NSCLC  
N = 11.708

Stadium II  
N = 1.086 (9 %)

+ 401

**Annahme:** Stadienverteilung bei Patienten mit fehlendem Stadium wie bei Patienten mit vorhandener Angabe



## Fazit und Ausblick

### Indikatoren für Versorgungsqualität oder Datenqualität?

- Aktuell noch geringe Fallzahlen und niedrige Erfüllungsquoten bei QI durch lückenhafte Anbindung von Meldern, besonders im niedergelassenen Bereich
- Meldungsvollständigkeit ist verbesserungsbedürftig - Berechnung vieler QI scheitert bereits an fehlenden TNM Stadien
- Bevor Versorgungsqualität aussagekräftig abgebildet werden kann, muss zunächst die Datenqualität verbessert werden
- QI sind gleichzeitig ein wichtiges Werkzeug um Defizite in der Datenqualität offenzulegen und damit zur Verbesserung beizutragen

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

