

Nationaler Krebsplan

Handlungsfeld 2:

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

Ziel 6: Für alle häufigen Tumorarten existieren evidenzbasierte Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (sog. S3-Leitlinien), die von den onkologischen Behandlungseinrichtungen umgesetzt werden.

Teilziele

- 6.1: Entwicklung und Fortschreibung onkologischer Leitlinien der höchsten Entwicklungsstufe (S3) für alle häufigen Tumorarten
- 6.2: Sicherung der angemessenen Verbreitung und Anwendung der Leitlinien
- 6.3: Evaluation der Auswirkungen der Leitlinienanwendung durch kritische Analyse der Versorgungsdaten in regionalen und nationalen Qualitätskonferenzen
- 6.4: Maßnahmen zur Zielerreichung

Gliederung

Ziel 6:	Für alle häufigen Tumorarten existieren evidenzbasierte Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (sog. S3-Leitlinien), die von den onkologischen Behandlungseinrichtungen umgesetzt werden.	1
Ziel 6.1	Entwicklung und Fortschreibung onkologischer Leitlinien der höchsten Entwicklungsstufe (S3) für alle häufigen Tumorarten.....	3
6.1.1	Präzisierung des Teilziels.....	3
6.1.2.	Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung.....	4
6.1.3	Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?.....	5
Ziel 6.2	Sicherung der angemessenen Verbreitung und Anwendung der Leitlinien	7
6.2.1	Präzisierung des Teilziels.....	7
6.2.2	Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?	8
6.2.3.	Was sind Gründe/Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?.....	9
Ziel 6.3	Evaluation der Auswirkungen der Leitlinienanwendung durch kritische Analyse der Versorgungsdaten in regionalen und nationalen Qualitätskonferenzen	10
6.3.1	Präzisierung des Teilziels.....	10
6.3.2.	Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung.....	10
6.3.3	Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?.....	11
6.4	Maßnahmen zur Zielerreichung.....	12

Ziel 6.1 Entwicklung und Fortschreibung onkologischer Leitlinien der höchsten Entwicklungsstufe (S3) für alle häufigen Tumorarten

6.1.1 Präzisierung des Teilziels

- Für alle onkologischen Behandlungssituationen sollen S3-Leitlinien zur Entscheidungsunterstützung von Leistungserbringern und Patienten existieren. Dabei wird zwischen organspezifischen Leitlinien (z.B. Brust, Darm, Pankreas, Prostata etc.) und organübergreifenden Leitlinien (z.B. Schmerztherapie, Supportive Therapien, Palliativmedizin, Rehabilitation, Psychoonkologie etc.) unterschieden. Beide Bereiche sind eng aufeinander abzustimmen.
- Aus Kapazitätsgründen ist das Setzen von Prioritäten notwendig. Dabei sind neben der Häufigkeit der Tumorart auch der Bedarf an Entscheidungshilfen, Unterstützung von Versorgungsstrukturen, Vermeidung von Qualitätsmängeln auf allen Versorgungsebenen (Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge) und das Vorhandensein ausreichender Kompetenz zu berücksichtigen.
- Onkologische Leitlinien sollen ins Englische übertragen werden, um sie der internationalen Diskussion auszusetzen, internationale Vergleichbarkeit zu ermöglichen und ihre Verbesserungspotenziale zu erkennen.
- Onkologische Leitlinien sind dem Fortschritt der Erkenntnisse entsprechend bei essentiellen neuen Erkenntnissen in ausgewählten Teilbereichen jährlich oder die gesamte Leitlinie zumindest alle fünf Jahre fortzuschreiben. Die kontinuierliche Beobachtung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisgewinne und die Überprüfung ihrer Leitlinienrelevanz muss professionalisiert werden.
- Die Entwicklung hochwertiger Leitlinien macht eine spezifische Fortbildung in den Methoden der Evidenzbasierung, der Klinischen Bewertung und der Strukturierten Konsensfindung notwendig. Diese Fortbildungsmöglichkeiten sind in ausreichendem Maße anzubieten und die dazu benötigten Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- Der bei der Leitlinienentwicklung aufgedeckte Mangel an hochwertigen Evidenzen sollte in Forschungsförderungsprogrammen Eingang finden.

- **Die Entwickler von Leitlinien müssen eine akademische Anerkennung finden.**

6.1.2 Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) fungiert als zentrale Sammelstelle für onkologische Leitlinien. Die Einreichung beziehungsweise Erarbeitung von onkologischen Leitlinien erfolgt durch Fachgesellschaften, Berufsverbände und andere Organisationen ohne zentrale Koordination.

Ende 2008 ist durch den Leitlinienbeauftragten der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) eine Umfrage bei allen Fachgesellschaften, Berufsverbänden et cetera durchgeführt worden, die in einer Zusammenstellung aller derzeit vorhandenen und geplanten Leitlinien der unterschiedlichen Niveaus (S2 und S3) gemündet hat. Zusätzlich ist der Bedarf an neu zu implementierenden Leitlinien mit Stand April 2009 ermittelt worden. Basierend auf dieser Umfrage erfolgt eine umfassende Zusammenstellung, die eine prospektive Planung über mehrere Jahre mit Neuimplementierung, Ergänzung und Überarbeitung von Leitlinien ermöglicht.

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und Deutsche Krebshilfe (DKH) haben im Frühjahr 2008 ein Abkommen geschlossen, das die Förderung der Entwicklung und Fortschreibung onkologischer Leitlinien zum Inhalt hat. Ebenso gefördert wird die Entwicklung von Instrumenten (z.B. Kurz- und Patientenfassungen, Englische Version, Qualitätsindikatoren) zur Implementierung in den Versorgungsalltag. Dieses Abkommen umfasst ein Antragsmanagement, welches nicht auf einer prospektiven Langzeitplanung basiert, sondern derzeit von den einzelnen Fachgesellschaften durchgeführt wird. Mit Zusammenstellung und Sichtung aller derzeitigen Leitlinien und Leitlinienpläne kann hier eine zentrale Koordination und prospektive, Prioritäten berücksichtigende Planung erfolgen. (Aufstellung der derzeitigen Leitlinien und Planung neuer Leitlinien bei der Deutschen Krebsgesellschaft zu erfragen)

6.1.3 Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?

Derzeit fehlt eine zentrale Steuerung für die Erstellung, Überarbeitung und Ergänzung neuer hochwertiger Leitlinien. Diese zentrale Koordination muss die Ansprüche aller Fachgesellschaften, Berufsverbände und auch die der interdisziplinären Dachgesellschaften mit einschließen. Abgesehen vom finanziellen Bedarf für die Leitlinienentwicklung, der sicher vom Abkommen der AWMF, DKG und DKH nicht voll gedeckt werden kann, mangelt es an der ausreichenden Zahl von Methodikern, Fachexperten und Patienten, die eine entsprechende Fortbildung durchlaufen haben, und an den akademischen Anreizen, sich mit Leitlinien und deren Entwicklung zu beschäftigen. Evidenz-basierte Medizin-Zentren (EbM- Zentren) an Universitäten oder unabhängigen Instituten, die transparent die methodischen Grundlagen mit Aufarbeitung und Bewertung der Literatur zur Verfügung stellen, fehlen.

Die Bürger mit onkologischen Erkrankungen erwarten eine angemessene Versorgung nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens. § 70 SGB V schreibt für alle gesetzlich Krankenversicherten vor, dass Krankenkassen und Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten haben. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und soll in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

Es ist – nach einer Definition der übergreifenden Fachgesellschaften – Aufgabe der Behandlungsleitlinien, den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiederzugeben und den behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen zu erleichtern. Die Entscheidungen müssen Arzt und Patient im Einzelfall unter Zuhilfenahme der Leitlinien selbst treffen.

Basis der Entwicklung von Leitlinien ist das AWMF-Regelwerk (www.awmf-leitlinien.de), das entsprechend der Genese der Leitlinien eine grobe Einteilung der Qualität der Leitlinien vorsieht. Die höchste Entwicklungsstufe der Leitlinien stellt die so genannte S3-Klasse dar: die evidenz- und konsensbasierten Leitlinien.

Charakteristika sind eine repräsentative, in der Regel fächer- und berufsgruppenübergreifende Entwicklergruppe, eine systematische

Evidenzbasierung, eine klinische Bewertung der Evidenzen und eine strukturierte Konsensfindung.

Ziel ist das S3-Niveau für alle relevanten Leitlinien. Für Bereiche, die nicht die klinische Priorität erreichen oder für Tumore, die entweder selten sind oder bei denen die Datenlage nicht für eine S3 entsprechende Bewertung ausreicht, werden vorübergehend auch S2-Leitlinien akzeptiert. Eine spätere Erhöhung auf S3-Niveau ist anzustreben.

Das S3-Niveau ist für die europäische Harmonisierung von Leitlinien die Grundlage. Somit ist zukünftig eine englische Version notwendig, die in internationale Register (z.B. Guidelines International Network) Eingang findet. Die ausschließliche Übersetzung von europäischen Leitlinien ist nicht ausreichend. Eine Anpassung an das deutsche Gesundheitswesen ist notwendig. Eine Zusammenarbeit mit internationalen Netzwerken zu Krebsleitlinien ist anzustreben.

Ziel 6.2 Sicherung der angemessenen Verbreitung und Anwendung der Leitlinien

6.2.1 Präzisierung des Teilziels

- **Jede Leitlinie umfasst eine Langfassung einschließlich eines Berichts über die Leitlinienerstellung und eine handhabbare Kurzfassung für den Behandlungsalltag.**
- **Zu jeder Leitlinie muss eine Patientenversion existieren, die gut verständlich ist und in Zusammenarbeit mit Patienten-Organisationen erarbeitet wurde.**
- **Langfassungen, Kurzfassungen und Patientenversionen sollen zentral koordiniert angeboten und gepflegt werden. Die Verbreitung muss für Leistungserbringer und Patienten kostenneutral sein. Die bisherige Verbreitung der Leitlinien muss einer aktuellen Systemanalyse unterworfen und eine neue Verbreitungsstruktur für alle onkologischen Leitlinien und deren verschiedene Versionen geschaffen werden.**
- **Vorhandene lokale Informationssysteme (Praxis, Krankenhaus, Reha-Klinik) sind um Module zur Unterstützung bei der Anwendung der Leitlinien (Behandlungspfade, Erinnerungshilfen etc.) sowie der Dokumentation ihrer Anwendung bzw. ihrer Ergebnisse (Qualitätsindikatoren unter Nutzung der klinischen Krebsregister) zu erweitern.**
- **Für die Schlüsselempfehlungen aller Leitlinien sind hochwertige Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die sowohl die regelhafte Anwendung der Leitlinien als auch die Ergebnisse der Anwendung messen.**
- **Qualitätsindikatoren sind lokal zu erheben, einrichtungsübergreifend zu vergleichen, im Verlauf auszuwerten (1. Stufe des Benchmarkings) und in geeigneter Weise transparent zu machen.**
- **In Qualitätsberichten wird die Leitlinienkonformität dargelegt und bewertet.**
- **Die Anwendung der Leitlinien und die Teilnahme an Benchmarking-Aktivitäten müssen Voraussetzungen für die Zertifizierung von onkologischen Versorgungszentren verschiedener Ebenen**

(Organkrebszentren, Onkologische Zentren, Comprehensive Cancer Center) sein. Für die Überprüfung dieser Voraussetzungen sollen in den Zertifizierungsprozessen spezielle Kriterien entwickelt und eingesetzt werden (siehe hierzu Ziel 5).

(ggf. Vorbehalt der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Bezug auf mögliche Verbindlichkeit der Zertifizierung)

- **Leitlinien müssen breiten Eingang in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Leistungserbringer finden.**

6.2.2 Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?

Daten zur Zielerreichung liegen nur wenige vor. Es gibt Hinweise, dass die existierenden Leitlinien nicht überall bekannt sind und nicht überall eingesetzt werden.

Eine Bereitstellung von Leitlinien im Internet (AWMF-Leitlinienregister) bzw. Intranets (Leitlinienserver) oder in Zeitschriften reicht nicht aus. Die Präsentation neuer Leitlinien auf Fachkongressen ist wichtig, erreicht aber auch nur diejenigen, die über die Zeit und Mittel verfügen, an den entsprechenden Kongressen teilzunehmen. Somit ist derzeit die Durchdringung von neu implementierten und publizierten Leitlinien in die tägliche klinische Arbeit langwierig und häufig nicht auf allen Ebenen garantiert. Durch das Fehlen von Kurzfassungen von Leitlinien oder auch spezifischen Patientenversionen ist darüber hinaus die Verbreitung unter medizinischem Personal anderer Fachgebiete oder bei medizinischen Laien nicht gewährleistet.

Eine umfassende flächendeckende Darlegung der Ergebnisqualität ist durch Daten aus klinischen Krebsregistern (zum Beispiel ermittelt im Datensatz der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren, ADT) unter Einbeziehung der ambulanten Versorgung und durch die Weitergabe dieser Daten in epidemiologische Krebsregister via Tumorzentren möglich, aber noch nicht überall realisiert. Die Überprüfbarkeit der Behandlungsqualität bzw. der Qualitätsvergleich verschiedener Institutionen ist für Leistungserbringer wie auch für Patienten überwiegend nicht möglich.

Im Rahmen von Zertifizierungen von Onkologischen Zentren oder Organspezifischen Zentren werden Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität gemessen und bewertet. Allerdings existieren auch diese nicht flächendeckend. Die Teilnahme an

den Zertifizierungsmaßnahmen für Organ-spezifische Zentren und onkologische Zentren ist (mit Ausnahme der Brustzentren in NRW) freiwillig. Weitere Ausnahmen bilden die obligate Zertifizierung im Mammographie-Screening-Programm sowie bei Leistungen mit qualifikationsbedingten Genehmigungsvorbehalten wie bspw. zur Durchführung der Koloskopie oder Histopathologie im Hautkrebscreening. Damit ist Benchmarking derzeit nur in diesen Bereichen, aber nicht außerhalb existent. Problematisch ist außerdem, dass Kostenkalkulationen beziehungsweise Kostenerstattungen für diese Maßnahmen (Dokumentation, Benchmarking, Zertifizierung, et cetera) nicht vorliegen.

6.2.3 Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?

Derzeit etablierte Dokumentations- und Kommunikationssysteme erfüllen nur ganz bestimmte eng umschriebene Aufgaben. Sie sind häufig untereinander weder datenkompatibel noch hinsichtlich des Einsatzzweckes abgestimmt. Die Folge sind die unnötige Vorhaltung verschiedener Dokumentationssysteme und redundante Mehrfacheingaben desselben Sachverhalts bzw. Datensatzes. Dies stellt zum einen eine Verschwendung von Geld, Zeit und Arbeitskraft dar, zum anderen erlauben diese Systeme so weder longitudinale noch sektorübergreifende Datenauswertungen. Sie sind auch nicht geeignet, die Implementierung von Leitlinien zu unterstützen. Zu fordern ist eine einheitliche Plattform, die diese Nachteile vermeidet. Die Plattform sollte die Informationen aus Leitlinien in geeigneter Weise zur Verfügung stellen und erlauben, anhand routinemäßig erhobener Informationen ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand die Verbreitung und Ergebnisse der Anwendung der Leitlinien zu messen.

Einheitliche Qualitätsindikatoren, die die Beschreibung von Prozess- und Strukturqualität und die Ableitung von Referenzbereichen für die Ergebnisqualität ermöglichen, sind bis dato nicht etabliert und müssen mit einheitlicher Methodik erarbeitet werden. Hier fehlt die weitgehende Verbreitung der methodischen Ansätze, entsprechend methodisch geschultes Personal und die finanziellen Ressourcen zur Implementierung einer deutschlandweit einheitlichen Strategie.

Ziel 6.3 Evaluation der Auswirkungen der Leitlinienanwendung durch kritische Analyse der Versorgungsdaten in regionalen und nationalen Qualitätskonferenzen

6.3.1 Präzisierung des Teilziels

- **Begleitende Versorgungsforschungsprojekte müssen durchgeführt werden, um festzustellen, welche Versorgungsdaten sich für eine Berichterstattung über die Anwendung und Auswirkungen von Leitlinien eignen. Zu diesen Versorgungsdaten gehören neben den Routinedaten, die für die Organisation und Vergütung der Leistungen notwendig sind, auch die Daten der klinischen Krebsregister, der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und der freiwilligen Benchmarking-Aktivitäten.**
- **Die Datenerfassung muss möglichst sektorenübergreifend in einem Dokumentationssystem oder zumindest in einer einheitlichen Datenstruktur erfolgen, die durch Kompatibilität verschiedener Dokumentationssysteme zusammengeführt werden kann. Eine Mehrfachdatenerfassung ist nicht akzeptabel.**
- **Ein flächendeckendes Monitoring der Anwendung von Leitlinien und die Evaluierung der Auswirkungen muss wissenschaftlich begleitet werden.**
- **Die Struktur der onkologischen Versorgung, der Einsatz und die Auswirkungen von Leitlinien werden in regelmäßig erscheinenden regionalen und überregionalen beziehungsweise nationalen onkologischen Qualitätsberichten der Öffentlichkeit dargelegt und kritisch diskutiert werden.**

6.3.2. Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?

Hochwertige prospektive Studien zur Evaluierung der in Leitlinien definierten Qualitätsindikatoren fehlen derzeit. Aus Pilotuntersuchungen von Organkrebszentren (Zertifizierte Brustkrebszentren nach Deutsche Krebsgesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Senologie) liegen Daten von Benchmarking-Projekten vor. Darüber hinaus können Bundesländer mit länderspezifischen Tumorzentren, die nach dem einheitlichen Datensatz der ADT dokumentieren und einrichtungsübergreifende

Daten aus den klinischen Krebsregistern erheben, Einzelabfragen zu Teilmengen und Qualitätsindikatoren z.B. für zertifizierte Zentren ermitteln. Studienkonzepte, die einen überregionalen Vergleich beziehungsweise einen national einheitlichen Datensatz evaluiert haben, liegen bisher nicht vor beziehungsweise sind bisher nicht publiziert.

6.3.3 Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?

Sowohl regional wie auch national besteht bis auf einen Basisdatensatz bzw. wenige Teilbereiche keine Einigung über einheitliche Datensätze. Eine Verbindung von verschiedenen Datensätzen mit den Qualitätsindikatoren der Leitlinien beziehungsweise eine Verbindung dieser Datensätze zu Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Zertifizierung fehlen. Ein besonderes Problem hierbei ist die sektorenübergreifende Datenerhebung durch verschiedenste Leistungserbringer in unterschiedlichen Versorgungsebenen. Somit fehlt die allgemeine Transparenz, um Daten unterschiedlicher Leistungserbringer in einer Region und überregional zu vergleichen und diese kritisch zu hinterfragen. Das pluralistische Gesundheitssystem erschwert es, die leitliniengerechte Behandlung transparent darzustellen. Hierzu ist eine finanzielle prospektive Unterstützung der Erarbeitung und der Implementierung notwendig.

Diese Art der Versorgungsforschung wurde bisher nicht als innovative Forschung angesehen und ist deshalb von den Medizinischen Fakultäten mit nur geringem wissenschaftlichem Wert eingestuft worden. Sie könnte durch die Gründung von universitären EbM-Instituten unterstützt werden. Für eine prospektive gesundheitspolitische Planung und kontinuierliche Reevaluierung der verschiedenen Qualitätsbereiche in der Versorgung ist diese Art der Forschung aber unabdingbare Voraussetzung.

6.4 Maßnahmen zur Erreichung der priorisierten Unterpunkte aus den Teilzielen 6.1 bis 6.3

Aus den Teilzielen 6.1 bis 6.3 sind 3 gleichwertige Prioritäten konsentiert worden:

Priorität Nr. 1:

Erstellung von organspezifischen und organübergreifenden S3-Leitlinien (Langfassung, Kurzfassung, Patientenversion) nach vorhergehender Priorisierung zur Entscheidungsunterstützung von Leistungserbringern und Patienten.

Priorität Nr. 2:

Koordination und Pflege der S3-Leitlinien (Langfassungen, Kurzfassungen und Patientenversionen) und Dokumentation der Anwendung und Ergebnisse mit Hilfe von geeigneten Qualitätsindikatoren in einheitlichen und übergreifenden Informationssystemen und Strukturen.

Priorität Nr. 3:

Durchführung von begleitenden Versorgungsforschungsprojekten zur Erstellung der notwendigen Versorgungsdaten über Anwendung und Auswirkungen der S3-Leitlinien.

Maßnahme 1:

Thema Leitlinien als Bestandteil eines Runden Tisches

Das Onkologische Leitlinienprogramm (OL) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH) koordiniert, finanziert und erarbeitet derzeit in Deutschland fachübergreifend und deutschlandweit S3-Leitlinien. Dieser freiwillige Zusammenschluss ist mittelfristig nicht alleine in der Lage, das Ziel einer umfassenden Erstellung von organspezifischen und organübergreifenden S3-Leitlinien zu erreichen.

Zur zeitnahen Weiterentwicklung der Leitlinien ist die Erarbeitung eines Systems zur kontinuierlichen Pflege und Aktualisierung der verschiedenen Leitlinienversionen notwendig. Grundlagen zur Umsetzung dieser Maßnahme sind zum einen die ständige Beobachtung des wissenschaftlich belegten medizinischen Fortschritts und zum anderen das Vorliegen von Informationen über die Implementierung und die erzielten Effektgrößen in der Versorgungspraxis. Aus den verschiedenen Informationssystemen und –strukturen sollten die Daten extrahiert werden, aus denen die spezifischen Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien abgeleitet werden können.

Um die Erarbeitung, Implementierung, Fortschreibung, und Verbreitung von umfassenden onkologischen Leitlinien mittelfristig zu sichern, soll – aufbauend auf dem OL von AWMF, DKG und DKH – ein runder Tisch einschließlich der relevanten Partner im Gesundheitswesen einberufen werden¹. Ziele des Runden Tisches zum Punkt Leitlinien sind u.a.:

- Prioritätensetzung für die Auswahl von LL-Projekten mit Hilfe geeigneter Kriterien
- Erarbeitung eines Systems zur Erstellung und Pflege und zur akuten Aktualisierung existierender LL
- Finanzplanung und Mittelanwerbung
- Zeit- und Aktivitätenplanung für mind. 6 Jahre
- Verbreitungs- und Implementierungsplanung.

Maßnahme 2:

Ausschreibung von begleitenden Versorgungsforschungsprojekten

Die in den S3-Leitlinien zugrunde liegenden Evidenzen basieren auf der besten verfügbaren Evidenz, vorzugsweise prospektiv randomisierten Studien. Diese Studiendaten definierten den höchsten Level der Evidenz und begründen in der

¹ Anmerkung: Die Einberufung und Ausrichtung des Runden Tisches ist fokussiert auf die oben genannten Themen. Deren Umsetzung bzw. deren Nachweis ist in direkter Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden Dokumentation. Die Möglichkeiten der Dokumentation der verschiedenen Aspekte wird derzeit im Zielpapier der Querschnitts-AG Dokumentation erarbeitet. Nur durch prospektive Planung und Dokumentation ist es möglich Ziele für begleitende Versorgungsforschungsprojekte zu definieren und den Datenvergleich zur realen Versorgungssituation zu ermöglichen. Die Ergebnisse des Zielpapiers der Querschnitts-AG Dokumentation sollen berücksichtigt werden und es soll geprüft werden, ob ein Runder Tisch einberufen werden soll.

Regel die in den Leitlinien festgelegten starken Handlungsempfehlungen. Ob aber die tägliche Umsetzung dieser Evidenzen aus Studiendaten in den vorhandenen Versorgungsstrukturen gelingt, ob Unterschiede zwischen Empfehlungen und der Versorgungsrealität vorhanden sind beziehungsweise wie sich die Versorgung mit Etablierung der in den S3-Leitlinien festgelegten Handlungsempfehlungen verändert, muss durch begleitende Versorgungsforschungsprojekte dokumentiert beziehungsweise untersucht werden.

Die Evaluation von Leitlinien im Alltag umfasst immer auch die Implementierung. Sie sollte daher sowohl die Wissensverbreitung (knowledge) als auch die Fähigkeit zur Umsetzung (attitude) als auch die erreichte Qualität (performance) enthalten. Für alle drei Bereiche werden Indikatoren benötigt. Die Evaluation sollte sowohl formativ (also durch Rückkopplung begleitend) als auch abschließend (Nutzen bewertend) erfolgen. Die Ergebnisse der Versorgungsforschungsprojekte sollen in die Fortschreibung der S3-Leitlinien und die Verbesserung der Implementierungsaktivitäten einfließen.

Prospektiv kann nicht festgelegt werden, wie hoch der Bedarf an Versorgungsforschungsprojekten ist, wer diese durchführt beziehungsweise wie diese finanziert werden. Der Forschungsbedarf ist für jede Leitlinie vom Implementierungsstatus abhängig, so dass dieser für jede Leitlinie neu fokussiert werden muss. So kann die Beurteilung der Wertigkeit von Qualitätsindikatoren unterschiedlich sein bei langzeitimplementierten Leitlinien (z.B. S 3 Leitlinien zur Brustkrebsfrüherkennung beziehungsweise Brustkrebs) im Gegensatz zu neu implementierten Leitlinien (z.B. Lungenkrebs oder Pankreaskrebs). Dies ist auch für die Überprüfung der Umsetzung der Leitlinienempfehlung bei Tumoren unterschiedlicher Überlebensraten denkbar, wie zum Beispiel Tumore mit hohen Langzeitüberlebensraten (Gebärmutterkrebs) im Vergleich zu Tumoren mit niedriger Überlebensrate (Lungen- oder Pankreaskrebs).