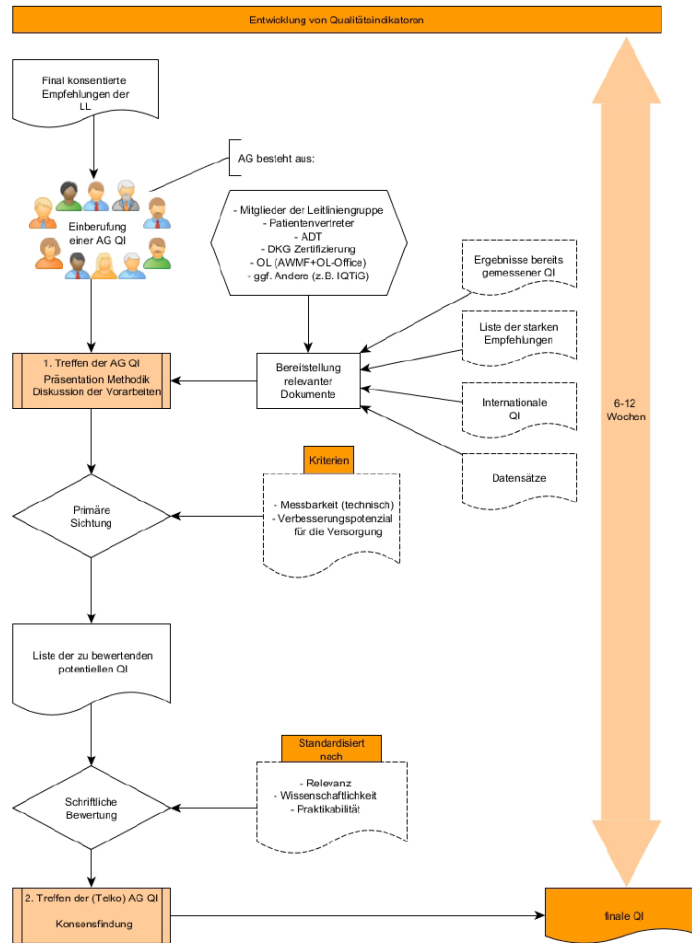


Qualitätsindikatoren(QI)

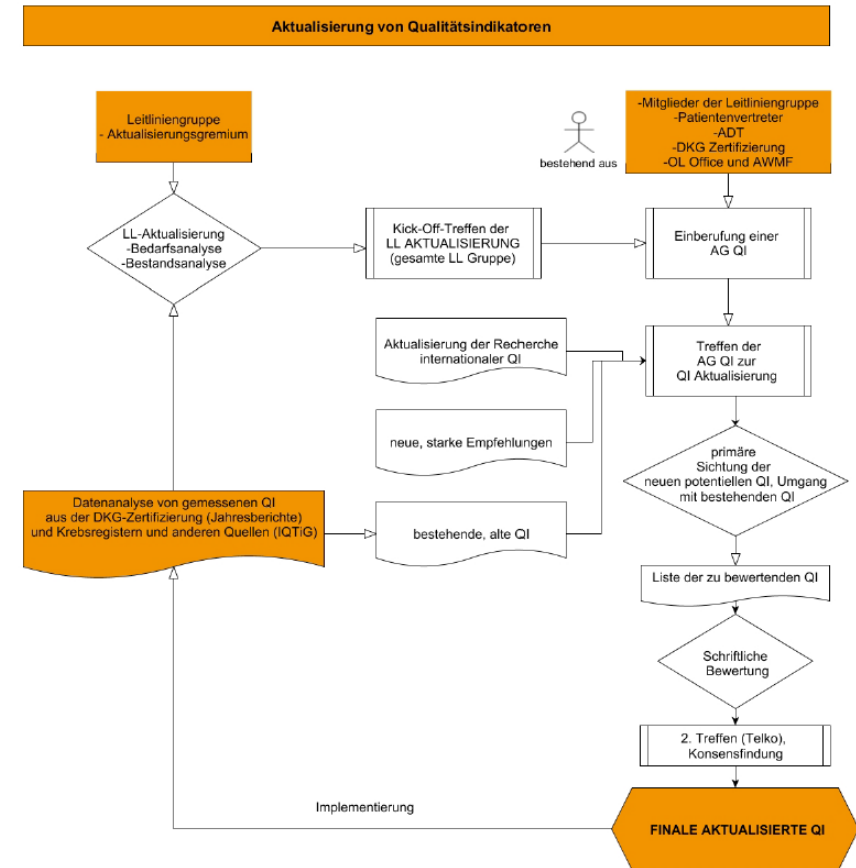
Aus Leitlinien können Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgeleitet werden, mit denen die Qualität der Versorgung sowie die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen gemessen werden kann

Qualitätsindikatoren dienen einerseits dem internen Qualitätsmanagement der medizinischen Einrichtung und andererseits der Standortbestimmung im Vergleich mit anderen Einrichtungen (externe vergleichende Qualitätssicherung)

Qualitätsindikatoren werden vor allem für die Bereiche definiert, in denen aus Sicht der Leitliniengruppe und der weiteren beteiligten Akteure Verbesserungspotential in der klinischen Versorgung besteht



Übersicht über den Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess im Leitlinienprogramm Onkologie



Aktualisierungsprozess von Leitlinien und leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren der Leitlinie

Leitlinien Version 3.0, September 2014
Version 4.0, Dezember 2016
Version 5.0, April 2018

LL Version 5.0 04/2018	LL Version 4.0 12/2016
QI 1: Befundbericht Stanzbiopsie (Lokalisation, Anzahl, Prozentsatz der Karzinomgesamtfläche, Gleason inkl. 3. Grad)	QI 1: Befundbericht Stanzbiopsie (Lokalisation, Anzahl, Prozentsatz der Karzinomgesamtfläche, Gleason inkl. 3. Grad)
QI 2: Befundbericht Lymphknoten	QI 2: Befundbericht Lymphknoten
QI 3: Active Surveillance	QI 3: Active Surveillance
QI 4: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko	QI 4: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko
QI 5: Keine hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem PCa mit radikaler Prostatektomie	
	QI 5: LDR bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko

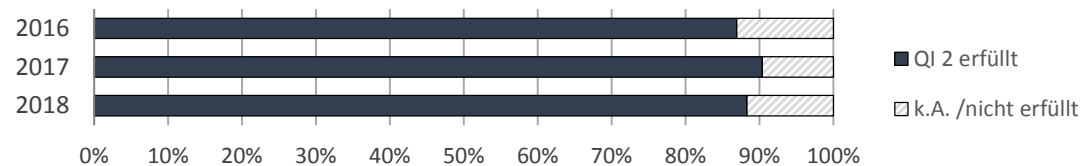
LL Version 5.0 04/2018	LL Version 4.0 12/2016
QI 6: Keine hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit niedrigem Risiko und perkutaner Strahlentherapie	
	QI 6: Strahlentherapie und hormonabl. Therapie bei lokal fortgeschrittenem PCa
	QI 7: Strahlentherapie und hormonabl. Therapie bei PCa und LK-Metastasen
QI 7: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem PCa	QI 8: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem PCa
QI 8: Prävention von Kieferosteonekrosen	QI 9: Prävention von Kieferosteonekrosen
QI 9: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie (Clavien- Dindo)	
QI 10: Komplikationen nach Definitiver Strahlentherapie	

Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 2

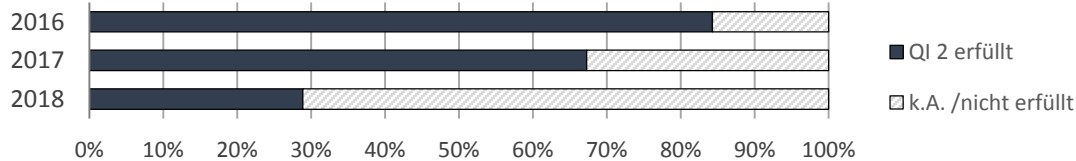
QI 2: Befundbericht Lymphknoten

Zähler: pN-Kategorie, Zahl entnommener und befallener Lymphknoten angegeben

Nenner: PCa und Lymphadenektomie



Brandenburg 2016-2018: n=1.032



Berlin 2016-2018: n=2.135

Empfehlung 4.49 der LL:

Es sollen zur Bestimmung der Lymphknotenkategorie alle Lymphknoten makroskopisch präpariert und dann eingebettet, untersucht und gezählt werden. Die Lymphknoten sollen getrennt nach den angegebenen Regionen beurteilt werden.

Nach histologischer Untersuchung soll die pN-Kategorie (pN0 oder pN1) festgelegt werden.

Die Gesamtzahl und die Zahl der befallenen Lymphknoten sowie der Durchmesser der größten Metastase soll angegeben werden.

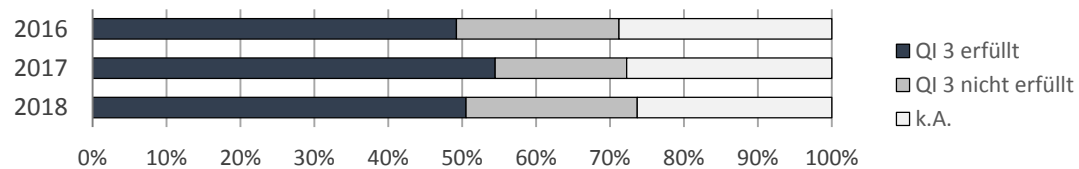
Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 3

QI 3: Active Surveillance

Zähler: Anzahl PSA \leq 10 ng/ml, Gleason-Score \leq 6, cT1 oder cT2a, Tumor in \leq 2 Stanzen (bei Entnahme von 10-12 Stanzen), \leq 50% Tumor pro Stanze

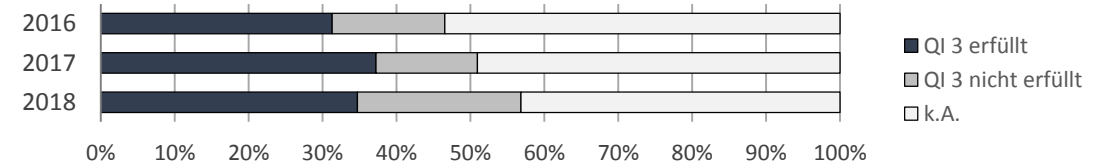
Nenner: PCa und Active Surveillance

ohne Berücksichtigung Stanzen-Anzahl und Karzinomfläche

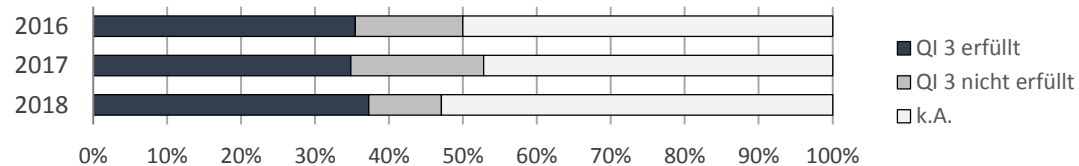


Brandenburg 2016-2018: n=328

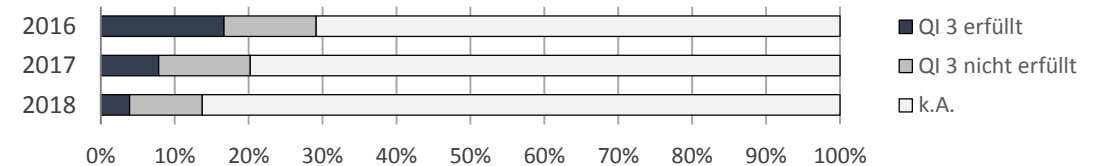
streng mit Berücksichtigung Stanzen-Anzahl und Karzinomfläche



Brandenburg 2016-2018: n=328



Berlin 2016-2018: n=188



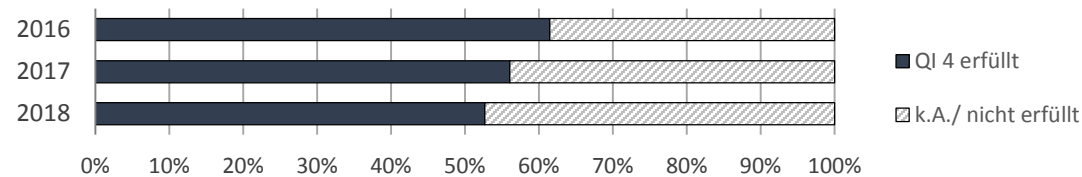
Berlin 2016-2018: n=188

Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 4

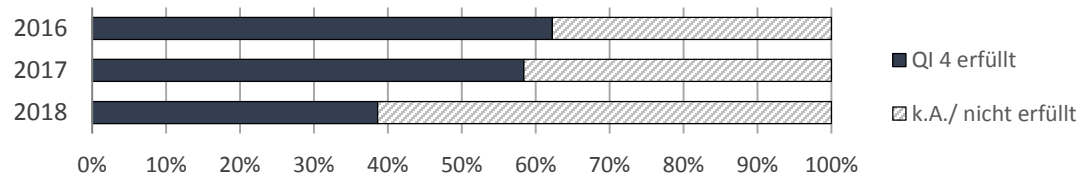
QI 4: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko

Zähler: zusätzliche neo- und/oder adjuvante hormonablative Therapie

Nenner: T1-2 N0 M0 mit hohem Risiko und perkutaner Strahlentherapie (interpretiert als alleinige STH ohne vorherige PVE)



Brandenburg 2016-2018: n=357



Berlin 2016-2018: n=278

Empfehlung 5.67 der LL:

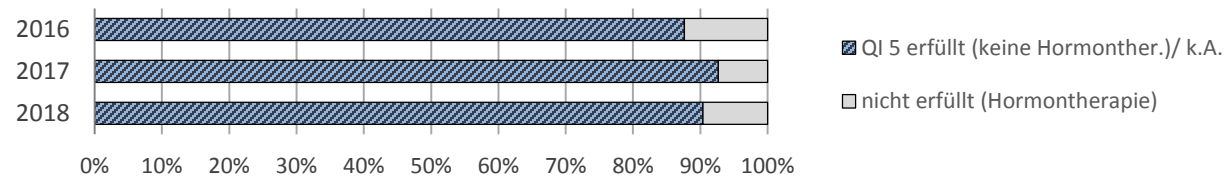
Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils **sollen** zusätzlich zur perkutanen Strahlentherapie eine adjuvante hormonablative Therapie erhalten. Diese kann bis zu 6 Monate vor der Strahlentherapie beginnen. Die hormonablative Therapie soll mindestens 24 Monate, besser 36 Monate dauern.

Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 5

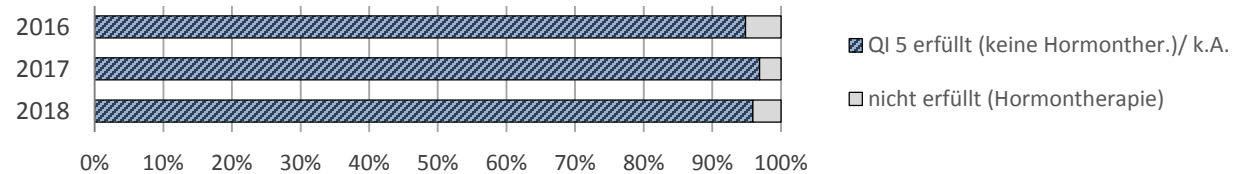
QI 5: Keine hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem PCa mit radikaler Prostatektomie

Zähler: zusätzliche adjuvante hormonablative Therapie

Nenner: T3-4 N0 M0 und RPE (interpretiert als pT3-4, keine Abhängigkeit von R gefragt)



Brandenburg 2016-2018: n=244



Berlin 2016-2018: n=586

Empfehlung 5.64 der LL:

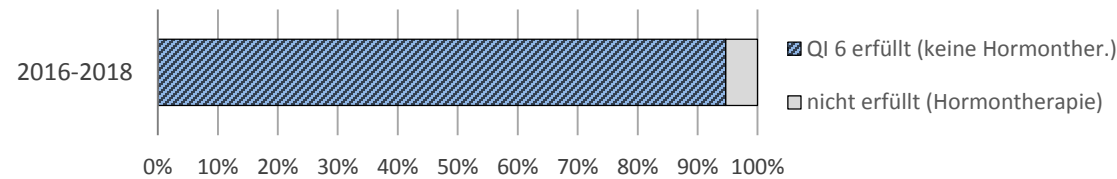
- a. Bei Patienten mit klinisch lokal fortgeschrittenem PCa ist ein prognostischer Vorteil einer neoadjuvanten hormonablativen Therapie nicht belegt.
- b. Nach radikaler Prostatektomie **soll** bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem PCa ohne Lymphknotenmetastasen **keine** adjuvante hormonablative Therapie durchgeführt werden.

Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 6

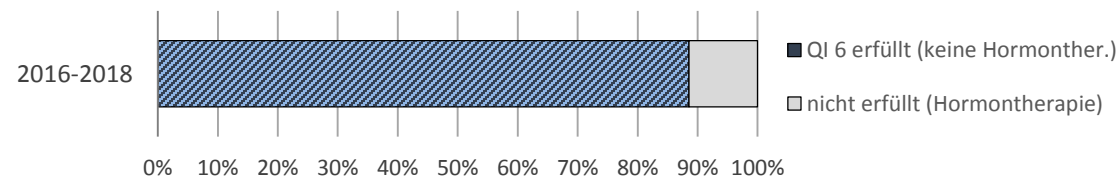
QI 6: Keine hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit niedrigem Risiko und perkutaner Strahlentherapie

Zähler: zusätzliche neo- und/oder adjuvante hormonablative Therapie

Nenner: T1-2 N0 M0 mit niedrigem Risiko und perkutaner Strahlentherapie (interpretiert als alleinige STH ohne vorherige PVE)



Brandenburg 2016-2018: n=75



Berlin 2016-2018: n=35

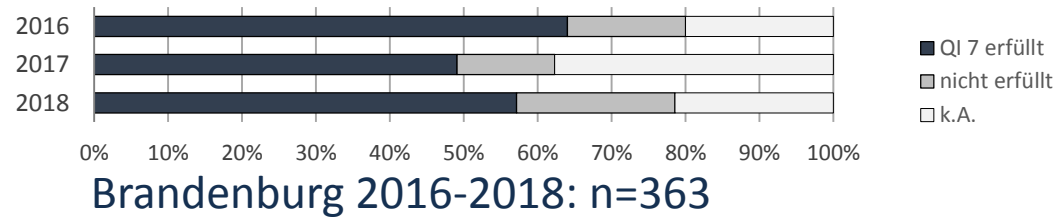
Empfehlung 5.65 der LL:
Patienten mit lokal begrenzten PCa des niedrigem Risikoprofils **sollen** zusätzlich zur Strahlentherapie **keine** hormonablative Therapie erhalten.

Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 7

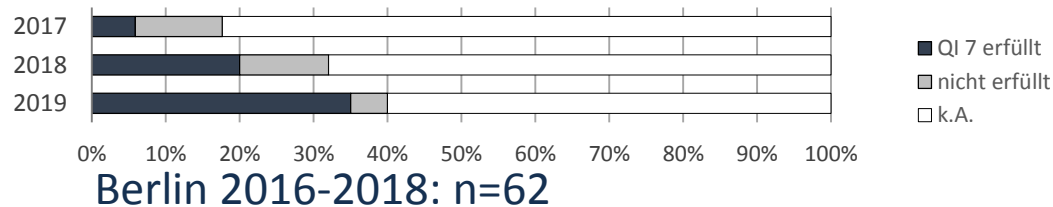
QI 7: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem PCa

Zähler: Anzahl Patienten mit Beginn der SRT und bei PSA < 0,5 ng/ml

Nenner: Alle Patienten mit Z.n. RPE und PSA-Rezidiv uns SRT



Empfehlung 6.10 der LL:
a. die SRT (Salvage-Radiotherapie) soll
möglichst frühzeitig beginnen
(PSA vor SRT < 05 ng/ml).



nach Jahr der Strahlentherapie, PSA-Wert maximal 3 Monate vor STH (der dichteste)

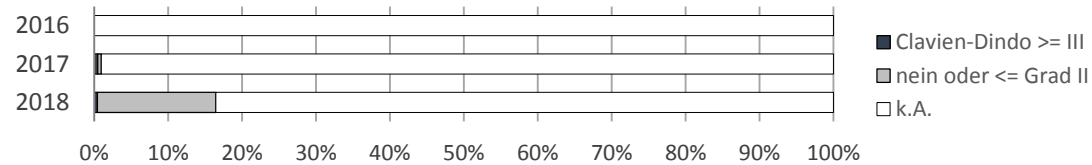
Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 9

QI 9: Postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie

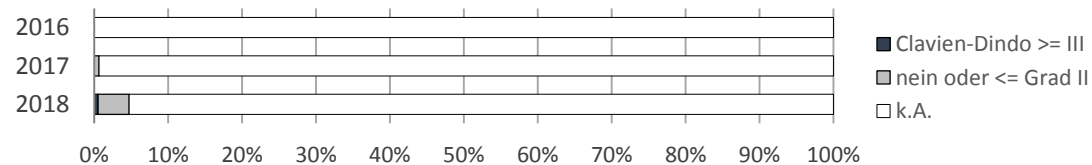
Zähler: Anzahl Patienten mit Komplikation Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach RPE

Nenner: Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom T1-2 N0 M0 und RPE

(interpretiert von AG QI als pTNM)



Brandenburg 2016-2018: n=633



Berlin 2016-2018: n=1.162

Auswertung nach OP-Jahr

Keine Empfehlung der LL, sondern von einem spezifischem Ziel der Leitlinie abgeleitet.

Qualitätsziel: Möglichst selten Clavien-Dindo Grade III oder IV nach RPE bei lokalisiertem PCa

- Grad III Komplikationen, bei denen eine chirurgische, endoskopische oder radiologische Intervention notwendig ist
- Grad IIIa wie zuvor jedoch ohne Vollnarkose
- Grad IIIb wie zuvor jedoch mit Vollnarkose
- Grad IV Lebensbedrohliche Komplikation, die eine intensivmedizinische Behandlung verlangen
- Grad IVa Versagen eines Organs
- Grad IVb Versagen mehrerer Organe

Meldeanlässe laut StV, Art.12

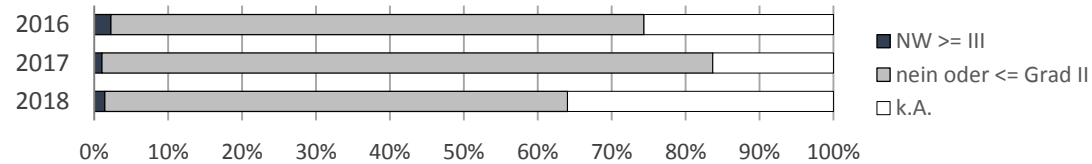
....
 4. jede Änderung im Verlauf einer Tumorerkrankung, wie beispielsweise das Auftreten von Rezidiven, Metastasen, das Voranschreiten der Tumorerkrankung, teilweise oder vollständige Tumorremission und **Nebenwirkungen**, sowie

Qualitätsindikatoren der Leitlinie – QI 10

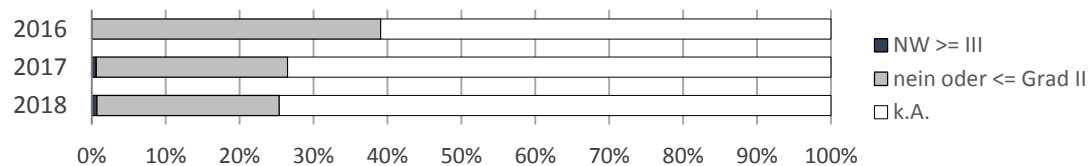
QI 10: Komplikationen nach definitiver Strahlentherapie

Zähler: Anzahl Patienten mit Komplikation CTCAE Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach Ende der Strahlentherapie

Nenner: Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom und definitiver Strahlentherapie



Brandenburg 2016-2018: n=841



Berlin 2016-2018: n=692

CTCAE: Common Terminology Criteria of Adverse Events

Keine Empfehlung der LL, sondern von einem spezifischem Ziel der Leitlinie abgeleitet.
Qualitätsziel: Möglichst selten CTCAE Grade III oder IV nach definitiver Strahlentherapie

Meldeanlässe laut StV, Art.12

....
4. jede Änderung im Verlauf einer Tumorerkrankung, wie beispielsweise das Auftreten von Rezidiven, Metastasen, das Voranschreiten der Tumorerkrankung, teilweise oder vollständige Tumorremission und **Nebenwirkungen**, sowie
....