Thieme

Erfassung der pneumologisch-fachärztlichen Versorgungsstrukturen für Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen in Nordrhein-Westfalen*

Ein Pilotprojekt der Westdeutschen Gesellschaft für Pneumologie (WdGP)

Survey of Specialist Pulmonary Medicine Health Care Structures for Patients with Interstitial Lung Disease in Nordrhein-Westfalen, Germany

A Pilot Project of the Western German Respiratory Society (WdGP)

Autoren

L. Hagmeyer[1], P. Haidl[2], M. Westhoff[3], W. Schulte[4], W. Randerath[1], J. Lorenz[5]

Institute

1 Krankenhaus Bethanien Solingen, Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin, Solingen
2 Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft, Abteilung Pneumologie II, Schmallenberg-Grafschaft
3 Lungenklinik Hemer, Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Hemer
4 St. Marienhospital der GFO Kliniken Bonn, Lungenzentrum, Pneumologie & Allergologie, Bonn
5 Westdeutsche Gesellschaft für Pneumologie, Vorstand

eingereicht 22.1.2018
akzeptiert nach Revision 26.2.2018

Bibliografie

DOI https://doi.org/10.1055/a-0582-4098
Online-Publikation: 22.5.2018 | Pneumologie 2018; 72: 523–530
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lars Hagmeyer, Krankenhaus Bethanien Solingen, Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin, Aufderhöher Straße 169–175, 42699 Solingen
lars.hagmeyer@klinik-bethanien.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Erfassung der Versorgungsrealität von interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD) in Nordrhein-Westfalen.

Methodik Die Westdeutsche Gesellschaft für Pneumologie erfasste ILD-Schwerpunktstandorte mittels postalischer Abfrage. Struktur- und Prozessqualität wurden in einem Fragebogen evaluiert.

Ergebnisse 49 Standorte wurden registriert, 46 stellten ihre Standortdaten zur Verfügung (15 Facharztpraxen, 34 pneumologische Krankenhausabteilungen). Im Median werden in den Praxen im Jahr 360 ILD-Patienten gesehen (26 % Erstdiagnosen), in den Krankenhäusern 105 ILD-Patienten (63 % Erstdiagnosen). 10 Standorte stellen über 100 ILD-Erstdiagnosen pro Jahr. Die Praxen berichten im Median 50 Bronchoskopien im Jahr, die Krankenhäuser im Median 1396. 78 % der Standorte partizipieren an einer interdisziplinären ILD-Fallkonferenz.

Schlussfolgerung In Nordrhein-Westfalen existieren mehrere ILD-Versorgungsstandorte mit hoher Expertise. Ambulant erfolgt v. a. das Monitoring von ILD-Patienten, stationär werden eher komplexe ILD-Erstabklärungen oder ungewöhnliche Verläufe betreut. Standorte mit einem realen regionalen ILD-Versorgungsauftrag sollten in ihrer Weiterentwicklung gefördert werden.

* Begründung der Anzahl von 6 Autoren: Es handelt sich um eine breit angelegte Initiative der westdeutschen Gesellschaft für Pneumologie (WdGP). Unter dem Dach der WdGP firmiert die Arbeitsgruppe für interstitielle Lungenerkrankungen (AG-ILD). Diese Arbeitsgruppe, federführend die aufgeführten Autoren, hat das an dieser Stelle referierte Projekt durchgeführt und die erhobenen Daten ausgewertet.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

ABSTRACT

Aim of the study Survey of specialist pulmonary medicine health care structures for patients with interstitial lung disease (ILD) in Nordrhein-Westfalen, Germany.

Methods The Western German Respiratory Society initiated a voluntary registration of ILD expert centers. Structural quality and processes were evaluated by questionnaire.

Results 49 centers were registered, 46 allowed analysis of their center data (15 pulmonology specialist practices, 34 hospital pulmonology departments). Specialist practices saw a median of 360 ILD patients per year (26 % first diagnosis), hospital departments a median of 105 ILD patients per year (63 % first diagnosis). 10 centers diagnose more than 100 new ILD cases per year. Specialist practices report median 50 bronchoscopies per year, hospital departments median 1396. 78 % of the centers participate in a multidisciplinary ILD case conference.

Conclusion Several ILD expert centers were identified in Nordrhein-Westfalen. Outpatient care mainly involves the monitoring of ILD patients, inpatient services focus on complex initial diagnostics or cases with unusual disease behaviour. ILD centers meeting regional health care needs should be supported in their development.

Einleitung

Interstitielle Lungenerkrankungen (interstitial lung disease = ILD) sind diffuse Lungenparenchymerkrankungen, bei denen es zu einer Akkumulation von extrazellulärer Matrix, Signalproteinen sowie mesenchymalen, epithelialen und inflammatorischen Zellen im Lungeninterstitium kommt. Das Spektrum der interstitiellen Lungenerkrankungen ist breit und sehr heterogen [1, 2].

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis dieser Erkrankungen deutlich vertieft. Neue Medikamente, die teils immunmodulierend, teils immunsuppressiv, teils antifibrotisch wirken, wurden zugelassen. Die Entwicklung geht weiter, verschiedene Substanzen konnten bereits in klinischen Therapiestudien ermutigende Ergebnisse zeigen.

Jede ILD-Entität ist zwar für sich genommen selten, insgesamt stellt der ILD-Formenkreis jedoch eine inhaltlich und ökonomisch relevante Herausforderung für die betreuenden Fachärzte und das Gesundheitssystem dar [3, 4].

Zu verschiedenen ILD-Entitäten existieren nationale und internationale Leitlinien und Konsensus-Empfehlungen, in denen evidenzbasiert konkrete Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Therapie gegeben werden [5 – 8].

Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Bundesland der Bundesrepublik hat eine hohe Dichte an pneumologischen Fachpraxen und stationären Fachabteilungen.

Unklar ist bislang, wo die Versorgung von ILD-Patienten stattfindet und welche Rolle ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen bei der Erstdiagnose und in der Langzeitbetreuung spielen.

Die Westdeutsche Gesellschaft für Pneumologie (WdGP) hat im Jahr 2016 das Projekt „Qualitätssicherung in der ILD-Versorgung“ initiiert. Im ersten Schritt soll die aktuelle reale Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen erfasst werden. Auf der Grundlage der erhobenen Daten sollen einerseits vordefinierte Qualitätskriterien sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Versorgungsbereich auf ihre Anwendbarkeit überprüft werden. Andererseits soll Zuweisern, Selbsthilfegruppen und Patienten eine transparente Übersicht zur Verfügung gestellt werden, welche Standorte einen ILD-Schwerpunkt anbieten und bereits regional einen realen Versorgungsauftrag wahrnehmen. Das Projekt ist langfristig angelegt, qualitative Weiterentwicklungen sollen dokumentiert und veröffentlicht werden. Qualitätssicherungsprozesse können niederschwellig in einem standardisierten Peer-Review-Prozess begleitet werden. Insgesamt soll das Projekt von einem einladenden, zielorientierten Charakter geprägt sein, die Kooperation der beteiligten Standorte soll transparent sein und sich am Versorgungsauftrag orientieren. Die an den Standorten geleistete Aufbauarbeit soll gewürdigt werden, Standortinitiativen sollen unterstützt werden. Ein Zertifizierungsprozess ist explizit nicht vorgesehen.

Material und Methoden

Zunächst soll für die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung von ILD-Patienten die bestehende Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen erfasst werden. Im ersten Schritt wurden hierfür alle bei der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) registrierten 1053 Mitglieder in den Postleitzahlengebieten 3000 – 5999 schriftlich kontaktiert. Es erfolgte keine Vorselektion der Mitglieder nach spezifischen Kriterien wie zum Beispiel aktuelle Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, Approbations- oder Facharztstatus. Im Anschreiben wurde über das Projekt „Qualitätssicherung in der ILD-Versorgung“ der WdGP informiert und zur Teilnahme eingeladen. Es wurde darauf hingewiesen, dass explizit Versorgungsstandorte mit ILD-Schwerpunkt und Einzugsgebiet Nordrhein-Westfalen angesprochen und registriert werden sollen. Unabhängig von der Zahl der beschäftigten Fachärzte sollte pro Versorgungsstandort nur eine Datenerhebung erfolgen. Es war die Möglichkeit gegeben, auf freiwilliger Basis die eigenen Standortdaten und Leistungszahlen mitzuteilen und zur Veröffentlichung freizugeben.

Die erfassten Kriterien sind in ▶ **Tab.1** aufgelistet. Im Zuge der Registrierung wurden die in der Selbstauskunft übermittelten Daten standortbezogen erfasst und deskriptiv statistisch ausgewertet.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

▶ **Tab. 1** Per Selbstauskunft erhobene Daten der ILD-Versorgungsstandorte.

Institution	
Praxis/MVZ	Krankenhausabteilung
Anzahl Ärzte	Anzahl Arztstellen gesamt
–	Anzahl pneumologische Fachärzte
–	Gesamtzahl Oberärzte und Funktionsoberärzte
Fallzahl pro Quartal (Mittelwert des Jahres 2016)	vollstationäre Fälle im Jahr 2016
davon Anzahl der ILD-Fälle (insgesamt)	davon Anzahl der ILD-Fälle (insgesamt)
davon Anzahl der ILD-Erstdiagnosen	davon Anzahl der ILD-Erstdiagnosen
Strukturqualität	
Anzahl der Bronchoskopien pro Jahr	
Anzahl durchgeführter Bronchoskopien mit transbronchialer Biopsien pro Jahr	
Anzahl durchgeführter Bronchoskopien mit BAL-Gewinnung pro Jahr	
am Standort vorhanden oder in fester Kooperation (ja/nein): ▪ Labor mit Autoantikörperdiagnostik ▪ BAL-Auswertung ▪ Radiologie mit HRCT (≥ 16 Zeiler) und ILD-Erfahrung ▪ Pathologie mit ILD-Erfahrung ▪ Thoraxchirurgie ▪ Rheumatologie	
Prozessqualität	
multidisziplinäre ILD-Konferenz (Pneumologie, Radiologie, Pathologie) (ja/nein)	
nationale/internationale Leitlinien bekannt und implementiert (ja/nein)	
standardisierte Anamnesebögen (ja/nein)	
Behandlungspfade Diagnostik/Therapie vorhanden und implementiert (ja/nein)	
WdGP-Standards bekannt und implementiert (ja/nein)	
Informationsmaterial für Patienten vorhanden (ja/nein)	

Ergebnisse

Bis zum Dezember 2017 haben sich 49 Standorte einschreiben lassen, 46 Standorte haben der Veröffentlichung der standortbezogenen Daten zugestimmt. Eine Übersicht über die eingeschriebenen ILD-Versorgungsstandorte und ihre regionale Verteilung in Nordrhein-Westfalen bietet die ▶ **Abb. 1**.

Institutionen

15/46 Standorte sind pneumologische Fachpraxen, an denen 1 – 11 (Median 3,0) Ärzte tätig sind. Pro Quartal werden in diesen Praxen 1000 – 9500 (Median 2165) Patienten gesehen, im Jahr damit 4000 – 38.000 (Median 8660) Patienten.

▶ **Abb. 1** Geografische Verteilung der eingeschriebenen ILD-Versorgungsstandorte.

34/46 Standorte stellen pneumologische Krankenhausabteilungen dar. Dabei werden 3 dieser stationären Standorte von einer pneumologischen Facharztpraxis versorgt, die damit sowohl als ambulante als auch als stationäre Versorgungseinrichtung erfasst wurden. 6 der erfassten 34 stationären Einrichtungen sind Lungenfachkliniken. Die 34 stationären Einrichtungen werden jeweils von 1 – 34 (Median 15,5) Ärzten versorgt, von denen 1 – 15 (Median 4,5) pneumologische Fachärzte sind.

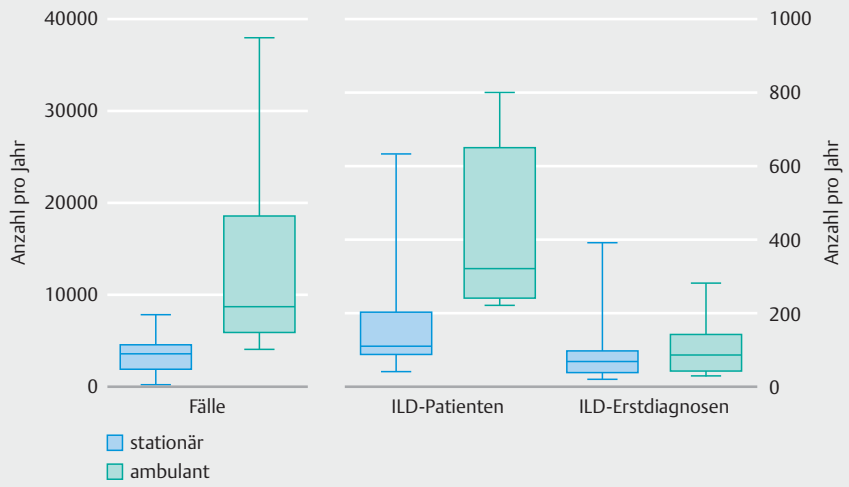
Die über die Selbstauskunft erhobenen Daten zu den Patientenzahlen sind in ▶ **Abb. 2** zusammengefasst. Betrachtet wurden 30 Klinikstandorte und 12 Fachpraxen. Nicht berücksichtigt wurden ein Klinikstandort, der keine Angaben zu Patientenzahlen machte, und die 3 Standorte, die als pneumologische Facharztpraxis einen stationären Versorgungsstandort mitbetreuen. Für die ambulanten und stationären Versorgungsstandorte sind dabei jeweils die Verteilungen der Gesamtzahl der betreuten Patienten pro Jahr dargestellt sowie die Zahl an ILD-Patienten pro Jahr und die Zahl der ILD-Erstdiagnosen pro Jahr. Eine kategoriale Betrachtung der ILD-Standorte bezogen auf die Anzahl der ILD-Erstdiagnosen pro Jahr ist in ▶ **Abb. 3** dargestellt.

Alle 12 ambulanten Versorgungsschwerpunkte stellen mehr als 20 ILD-Erstdiagnosen im Jahr. 75 % der ambulanten Versorgungsschwerpunkte berichten mehr als 50 ILD-Erstdiagnosen im Jahr, 33 % mehr als 100 ILD-Erstdiagnosen im Jahr.

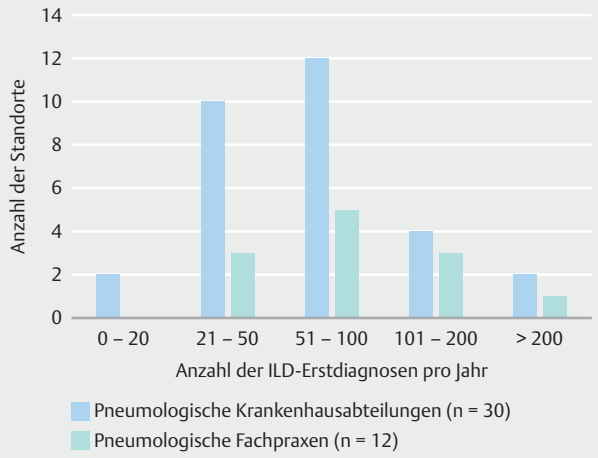
73 % der stationären ILD-Versorgungsschwerpunkte stellen zwischen 21 und 100 ILD-Erstdiagnosen im Jahr. 60 % der Klinikstandorte berichten mehr als 50 ILD-Erstdiagnosen pro Jahr, 20 % der Klinikstandorte mehr als 100 ILD-Erstdiagnosen.

In den Facharztpraxen werden im Median 360 ILD-Patienten pro Jahr gesehen und 92 ILD-Erstdiagnosen pro Jahr gestellt. In den Krankenhausabteilungen werden im Median 105 ILD-Patienten pro Jahr gesehen und 66 ILD-Erstdiagnosen gestellt. Bei den pro Jahr betreuten ILD-Patienten handelt es sich damit

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



▶ **Abb. 2** Berichtete Fallzahlen der ambulanten und stationären ILD-Versorgungsstandorte im Vergleich.



▶ **Abb. 3** Kategoriale Betrachtung der ILD-Erstdiagnosen, Vergleich der ambulanten und stationären ILD-Versorgungsstandorte.

in den Facharztpraxen bei 26 % um eine ILD-Erstdiagnose, in den Krankenhausabteilungen in 63 %.

Strukturqualität

Von den 12 Standorten mit rein ambulanter Versorgungsstruktur werden an 6 Standorten 50 – 500 Bronchoskopien pro Jahr durchgeführt. An allen 6 Standorten werden auch bronchoalveoläre Lavagen gewonnen, an 3 Standorten werden auch transbronchiale Biopsien durchgeführt.

Von den 34 ILD-Standorten mit stationärer Versorgungsstruktur haben 33 Standorte ihre Bronchoskopie-Leistungszahlen zur Verfügung gestellt. An diesen 33 Standorten werden 400 – 6219 (Median 1396) Bronchoskopien im Jahr durchgeführt, davon 76 – 1000 (Median 254) Untersuchungen inklusive bronchoalveolärer Lavage und 20 – 747 (Median 187) Untersuchungen inklusive transbronchialer Biopsien (▶ **Abb. 4**).

Prozessqualität

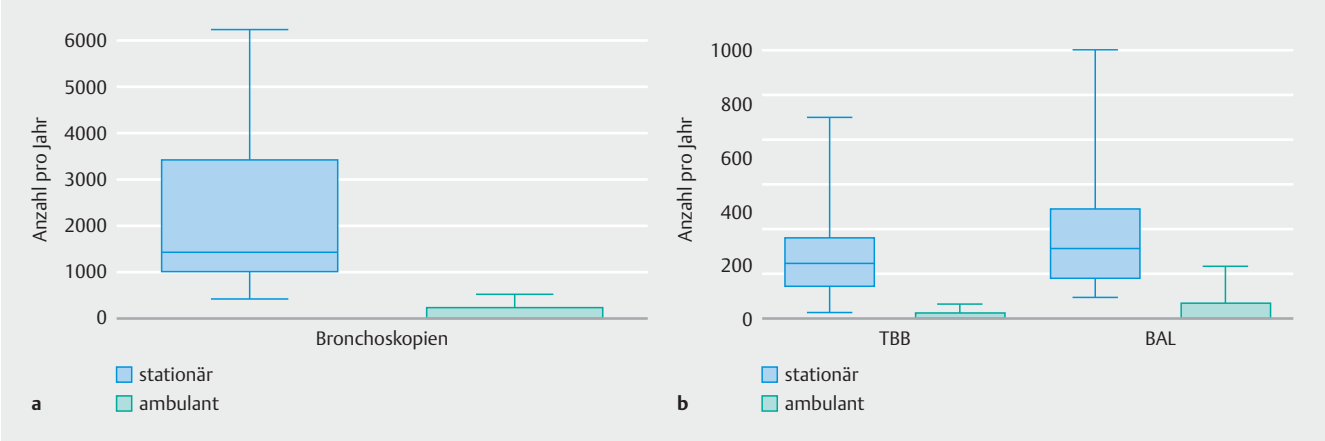
Zur Erfassung einer interdisziplinären ILD-Versorgungsstruktur wurden alle eingeschriebenen Pneumologie-Standorte befragt, ob am Standort selbst oder in einem Kooperationsmodell eine Einbindung von ILD-Experten aus den Bereichen Radiologie, Pathologie, Thoraxchirurgie und Rheumatologie bestehe. Laut Selbstauskunft der 46 Standorte besteht eine Einbindung von Partnern mit ausgewiesener Expertise im Bereich der Disziplinen Radiologie an 46 Standorten, Pathologie an 44 Standorten, Thoraxchirurgie an 44 Standorten und Rheumatologie an 41 Standorten. Eine multidisziplinäre ILD-Konferenz ist bereits an 36/46 Standorten etabliert. ILD-spezifische Leitlinien sind an 45/46 Standorten bekannt und implementiert. Standardisierte Anamnesebögen werden an 29/46 Standorten verwendet, Behandlungspfade für ILD-Diagnostik und -Therapie sind an 38/46 Standorten eingeführt. Die praxisnahen WdGP-Standards zur ILD-spezifischen Diagnostik und Therapie sind an 36/46 Standorten bekannt und implementiert. ILD-spezifisches Informationsmaterial für Patienten ist an 39/46 Standorten verfügbar.

Diskussion

Grundlage der aktuellen Analyse sind die mittels Selbstauskunft von den Versorgungsstandorten erhobenen Daten. Die vorliegenden Ergebnisse müssen daher sicher mit Vorbehalt betrachtet werden, die Aussagekraft der statistischen Auswertungen ist begrenzt. Sehr klar stellen sich jedoch die Selbstwahrnehmung und die Zielsetzungen der Standorte dar.

Die Daten zeigen, dass es bereits zahlreiche ambulante und stationäre Versorgungsstandorte gibt, die für ILD-Patienten einen Versorgungsschwerpunkt darstellen möchten und auch bereits einen regionalen Versorgungsauftrag erfüllen. In der

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



▶ **Abb. 4** Bronchoskopiezahlen der ambulanten und stationären ILD-Versorgungsstandorte im Vergleich.

aktuellen Erhebung wurden 6 stationäre Fachabteilungen und 4 Fachpraxen erfasst, die über mehr als 100 ILD-Erstdiagnosen im Jahr berichten. Die erhobenen Zahlen lassen vermuten, dass der Aufbau eines ILD-Versorgungsschwerpunkts bei weniger als 20 ILD-Erstdiagnosen im Jahr sowohl unter stationären als auch ambulanten Bedingungen nur schwer möglich ist.

In den Ballungszentren Nordrhein-Westfalens sind die Standorte dichter angesiedelt. Dennoch kann festgestellt werden, dass flächendeckend für die Patienten eine Versorgung geleistet werden kann. Einige der erfassten Standorte liegen im Grenzbereich Nordrhein-Westfalens, rekrutieren jedoch einen relevanten Anteil ihrer Patienten aus diesem Bundesland.

Die Zahlen machen deutlich, dass ein erheblicher Anteil der ILD-Patienten in den ambulanten Versorgungsstrukturen betreut wird. Dies betrifft v. a. die Langzeitpatienten, die als Wiederkehrer häufig in Facharztpraxen angebunden sind und dort verlaufsevaluiert werden. Der Anteil der Wiederkehrer in den Kliniken ist deutlich geringer. Es ist anzunehmen, dass der Hauptanteil der stationär behandelten Patienten in die ambulante fachärztliche Versorgung zurückkehrt. Andererseits wird offensichtlich auch ein nicht unerheblicher Anteil an ILD-Patienten in den Praxen erstdiagnostiziert unter Nutzung der vorhandenen interdisziplinären Vernetzungsstrukturen. Wie viele dieser Patienten zur Vervollständigung der Diagnostik noch zusätzlich stationär eingewiesen werden müssen, lässt sich aus den Daten nicht ablesen. Insgesamt können genaue Aussagen zu den wechselseitigen Patientenströmen zwischen klinischer pneumologischer Fachabteilung und Facharztpraxis anhand der vorliegenden Daten nicht gemacht werden.

Unabhängig von der Indikation werden Bronchoskopien überwiegend in den Krankenhäusern durchgeführt, dabei haben die bronchoalveoläre Lavage und transbronchiale Biopsien im klinischen Alltag eine hohe Bedeutung. In der Abfrage wurde nicht zwischen transbronchialen Zangenbiopsien und Kryobiopsien differenziert, da beide Eingriffe formal über denselben diagnostischen OPS-Code verschlüsselt werden und objektive Zahlen somit kaum an allen Standorten berichtet werden können.

Im ambulanten Bereich wird der interdisziplinäre Dialog gemäß der Selbstauskunft meist über Kooperationsmodelle sichergestellt, während an den Krankenhäusern verschiedene Disziplinen angesiedelt sind und die multidisziplinären Falldiskussionen vor Ort regelmäßig stattfinden können. Im Falle einer komplexen ILD-Erstabklärung oder bei ungewöhnlichem Verlauf können im stationären Bereich anspruchsvolle interdisziplinäre Fragestellungen damit wahrscheinlich zeitnaher und fokussierter beantwortet werden.

Ein Großteil des regionalen Versorgungsauftrags im stationären Bereich findet offensichtlich an Kliniken statt, die hinsichtlich des Qualitätskriteriums „Anzahl an ILD-Erstdiagnosen im Jahr“ im Mittelfeld der erfassten Zentren liegen.

An den ILD-Versorgungsstandorten besteht gemäß der Selbstauskunft bereits eine hohe Durchdringung mit den ILD-Leitlinieninhalten. Dies wirft die kritische Frage auf, ob eine Intensivierung des Fortbildungsangebots flächendeckend einen wesentlichen weiteren positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung in Nordrhein-Westfalen haben wird. Hier kann seitens der Fachgesellschaften möglicherweise eine unterstützende Fokussierung auf im Aufbau begriffenen Standorte oder Zentren mit niedrigeren ILD-Erstdiagnosezahlen erfolgen. Die große Mehrheit der Standorte verfügt über ILD-spezifisches Informationsmaterial für Patienten. Da hier bereits ein gewisser Sättigungsgrad feststellbar ist, muss von den Fachgesellschaften geprüft werden, zu welchen Themen tatsächlich noch Bedarf an weiteren Informationsmaterialien besteht.

Alle Standorte berichten eine gute Vernetzung mit den Disziplinen Radiologie, Pathologie und Thoraxchirurgie und bewerten diese Kooperationspartner als Experten in ihrem Bereich. Ein Großteil der Standorte partizipiert bereits an multidisziplinären Fallkonferenzen. Diese Punkte zeigen ein hohes Autonomiestreben der einzelnen Standorte in der Betreuung ihrer ILD-Patienten an. Vor diesem Hintergrund ist es fraglich, ob der Appell, die Patienten mögen an einige wenige Expertenzentren verwiesen werden, zu einer wesentlichen Strategieänderung an den Standorten führen wird. Vielmehr ist zu erwarten, dass die Standorte weiterhin versuchen werden, ihrem

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Versorgungsauftrag gerecht zu werden und eine für den Patienten wohnortnahe Betreuung anzubieten.

Die berichteten Informationen bilden die Selbsteinschätzung und letztlich die Selbstwahrnehmung der Standorte ab. Objektive prüfbare Daten liegen zur Struktur- und Prozessqualität der ILD-Versorgung in Nordrhein-Westfalen bislang nicht vor und sollten im nächsten Schritt erhoben werden. ICD- und OPS-basierte Erhebungen könnten hier ein einheitliches und rationales Vorgehen darstellen. Verfeinerte Qualitätskriterien, die spezifisch auf die ambulante oder stationäre Betreuungssituation abgestimmt sind, könnten wertvolle Instrumente sein, um prozessrelevante Daten an den Standorten zu erheben.

Viele der erfassten Standorte dokumentierten eine hohe Dichte an erfüllten Qualitätskriterien. Angesichts dieser Analysen sind verschiedene Strategien denkbar, die sich prinzipiell gut ergänzen können. Es scheint sinnvoll, gut etablierte Versorgungsschwerpunkte mit ausgewiesenem Expertenstatus weiter zu stärken und Zuweisern und Patienten dort den Zugang zu klinischen Studien und Zweitmeinungsverfahren zu vereinfachen. Darüber hinaus sollten die Standorte, die in der jeweiligen Region bereits einen ILD-Schwerpunkt aufgebaut haben und einen realen Versorgungsauftrag erfüllen, in ihrer Weiterentwicklung unterstützt werden.

Mittels freiwilliger und niederschwelliger Peer-Review-Verfahren könnten die Standorte beleuchtet werden. Die entstehenden kollegialen Dialoge könnten Antriebsfeder für qualitative und strukturelle Weiterentwicklungen an den Standorten sein. Dabei scheint insbesondere aus Sicht der Fachgesellschaft wichtig, dass der einladende Charakter des Qualitätssicherungsprojekts aufrechterhalten wird. Prozesse und Qualitätsziele sollen kritisch und zielorientiert weiter optimiert werden. Im Aufbau begriffene Standorte sollen kontinuierlich gefördert werden.

Danksagung

Besonderer Dank für die Unterstützung bei der Durchführung des WdGP-Projekts gebührt Frau Gabriele Vollbach, Koordinationsstelle der WdGP für das „Projekt Qualitätssicherung in der ILD-Versorgung."

MITWIRKENDE STANDORTE
(nach Postleitzahlen geordnet)

- Johannes Wesling Klinikum Minden
  Klinik für Pneumologie
  Hans-Nolte-Straße 1, 32429 Minden
- Krankenhaus Bad Oeynhausen
  Klinik für Innere Medizin – Pneumologie
  Wielandstraße 28, 32545 Bad Oeynhausen
- Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn
  Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin
  Husener Straße 46, 33098 Paderborn
- Klinikum Bielefeld
  Medizinische Klinik 1 – Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin
  Teutoburger Straße 50, 33604 Bielefeld
- Evangelisches Klinikum Bethel
  Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie
  Burgsteig 13, 33617 Bielefeld
- Medizinisches Versorgungszentrum, Pneumologie Kassel
  Schönfelder Straße 1, 34121 Kassel
- Lungenfachklinik Immenhausen
  Pneumologische Lehrklinik Universitätsmedizin Göttingen
  Robert-Koch-Straße 3, 34376 Immenhausen
- Krankenhaus Bad Arolsen
  Klinik für Innere Medizin, Zentrum für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin
  Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen
- Internistische Facharztpraxis am Klinikum Wetzlar und Braunfels
  Forsthausstr. 1 E, 35578 Wetzlar
- Lungenärztliche Gemeinschaftspraxis
  Nikolausberger Weg 33, 37073 Göttingen
- Kliniken Maria Hilf GmbH
  Krankenhaus St. Franziskus
  Klinik für Pneumologie
  Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Lungenkrebszentrum
  Viersener Straße 450, 41063 Mönchengladbach
- Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH
  Klinik für allgemeine Innere Medizin und Pneumologie
  Hoserkirchweg 63, 41747 Viersen
- Aeroprax Wuppertal-Barmen
  Gemeinschaftspraxis für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin
  Berliner Str. 39 – 43, 42275 Wuppertal
- Petrus-Krankenhaus Wuppertal
  Innere Medizin I, Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Intensivmedizin
  Carnaper Straße 48, 42283 Wuppertal
- Helios Universitätsklinikum Wuppertal
  Bergisches Lungenzentrum – Pneumologie
  Heusnerstraße 40, 42283 Wuppertal

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

- Krankenhaus Bethanien Solingen
  Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin
  Aufderhöher Straße 169 – 175, 42699 Solingen
- Klinikum Dortmund gGmbH
  Medizinische Klinik Nord; Pneumologie, Infektiologie und internistische Intensivmedizin
  Münsterstraße 240, 44145 Dortmund
- Pneumologische Gemeinschaftspraxis
  Am Kai 8, 44263 Dortmund
- Klinikum Westfalen, Knappschaftskrankenhaus
  Medizinische Klinik II – Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin
  Wieckesweg 27, 44309 Dortmund
- Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH
  St.-Marien-Hospital; Medizinische Klinik I
  Altstadtstraße 23, 44534 Lünen
- Klinikum Westfalen, Klinik am Park Lünen
  Medizinische Klinik I – Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin
  Brechtener Straße 59, 44536 Lünen
- Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH
  Medizinische Klinik III, Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
  Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
- Ambulantes Lungenzentrum Essen
  Am Handelshof 1, 45127 Essen
- Ruhrlandklinik
  Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen gGmbH
  Tüschener Weg 40
  45239 Essen
- Pneumologische Gemeinschaftspraxis
  Ebertstraße 20, 45879 Gelsenkirchen
- Gemeinschaftspraxis für Pneumologie und Allergologie, Schlafmedizinisches Zentrum
  Bahnhofsvorplatz 4, 45879 Gelsenkirchen
- Krankenhaus Bethanien Moers
  Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Zentrum für Schlafmedizin und Beatmungsmedizin, Interdisziplinäres Lungenzentrum
  Bethanienstraße 21, 47441 Moers
- Helios Klinikum Krefeld
  Pneumologie – Lungenzentrum
  Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
- Lungenärztliche Gemeinschaftspraxis
  Hohenzollernring 70, 48145 Münster
- St. Franziskus-Hospital Münster
  Department Pneumologie
  Hohenzollernring 70, 48145 Münster
- Clemenshospital Münster
  Klinik für Innere Medizin II – Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
  Düesbergweg 124, 48153 Münster
- Niels-Stensen-Kliniken
  Krankenhaus St. Raphael Ostercappeln
  Klinik für Pneumologie
  Bremer Sraße 31, 49179 Ostercappeln
- Praxis für Lunge, Allergie und Schlaf
  Custodisstraße 3, 50679 Köln
- Universitätsklinikum Köln
  Klinik II für Innere Medizin
  Kerpener Straße 62, 50973 Köln
- Krankenhaus Merheim, Kliniken der Stadt Köln
  Lungenklinik
  Zentrum für Thoraxchirurgie, Pneumologie/Onkologe und Schlaf- und Beatmungsmedizin
  Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln
- Uniklinik RWTH Aachen
  Medizinische Klinik I
  Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
- Malteser Lungen- und Allergiezentrum Bonn
  Weberstaße 118, 53113 Bonn
- St. Marienhospital der GFO Kliniken Bonn
  Lungenzentrum, Pneumologie & Allergologie
  Robert-Koch-Straße 1, 53115 Bonn
- Universitätsklinikum Bonn
  Medizinische Klinik II
  Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn
- Katholisches Klinikum Koblenz – Montabaur
  Klinik für Innere Medizin/Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
  Rudolf-Virchow-Straße 7 – 9, 56073 Koblenz
- Praxis für Lungen-, Bronchialheilkunde und Allergologie
  Weidenauer Straße 84, 57067 Siegen-Weidenau
- Diakonie Klinikum Bethesda
  Innere Medizin
  Euelsbruchstr. 39, 57258 Freudenberg
- Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft
  Abteilung Pneumologie II
  Annostraße 1, 57392 Schmallenberg-Grafschaft
- Helios Klinik Hagen-Ambrock
  Klinik für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin
  Ambrocker Weg 60, 58091 Hagen
- Märkische Kliniken GmbH
  Klinikum Lüdenscheid
  Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Infektiologie und Schlafmedizin
  Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
- Lungenklinik Hemer
  Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie
  Theo-Funccius-Straße 1, 58675 Hemer
- Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH
  St. Christophorus Krankenhaus
  Abteilung für Pneumologie, pneumologische Onkologie, Beatmungs- und Schlafmedizin, Intensivmedizin, Allergologie
  Am See 1, 59368 Werne

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

SCHLUSSFOLGERUNG

In Nordrhein-Westfalen wollen und müssen sich viele Pneumologen mit dem Thema ILD aktiv beschäftigen und erfüllen einen realen Versorgungsauftrag. Dabei sind Standorte mit ausgewiesener ILD-Expertise und hohen Zahlen an ILD-Erstdiagnosen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vorhanden.

Die Standorte berichten eine hohe Leitlinien-Durchdringung und zeigen ein hohes Autonomiestreben mit interdisziplinärer Vernetzung und Implementierung von multidisziplinären ILD-Konferenzen.

Angesichts dieses bereits bestehenden breiten Angebots steht für die Fachgesellschaft eine Stärkung und Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen im Vordergrund. In Zukunft können mögliche Synergien zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen weiter herausgearbeitet und genutzt werden. Um langfristig zur qualitativen Weiterentwicklung anzuregen, könnten niederschwellige Instrumente förderlich sein. So könnte die WdGP zum Beispiel den Standorten das Forum bieten, Struktur- oder Prozessverbesserungen zu veröffentlichen oder Peer-Review-Standortbetrachtungen durchzuführen.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

[1] American Thoracic Society/European Respiratory Society. International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 277–304

[2] Travis WD, Costabel U, Hansell DM et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias. Am J Respir Crit Care Med 2013; 188: 733–748

[3] Owens GM. Strategies to manage costs in idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Manag Care 2017; 23: 191–196

[4] Cottin V, Schmidt A, Catella L et al. Burden of idiopathic pulmonary fibrosis progression: A 5-year longitudinal follow-up study. PLoS One 2017; 12: e0166462

[5] Raghu G, Rochwerg B, Zhang Y et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline: treatment of idiopathic pulmonary fibrosis. An update of the 2011 clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med 2015; 192: e3–e19

[6] Behr J, Günther A, Bonella F et al. German Guideline for idiopathic pulmonary fibrosis – update on pharmacological therapies 2017. Pneumologie 2017; 71: 460–474

[7] Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999. Statement on Sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 736–755

[8] Raghu G, Collard HR, Egan JJ et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183: 788–824

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.