
Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
vom 28. August 2025

im Rahmen des Beteiligungsverfahrens
nach § 137a Abs. 7 SGB V zu
Änderungen der prospektiven Rechenregeln für das
Erfassungsjahr 2027 im Qualitätssicherungsverfahren
Mammachirurgie (QS MC)

Einführung eines neuen Qualitätsindikators
(Stand 23. Juni 2025)

1. Einleitung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) empfiehlt im Rahmen der Verfahrenspflege für das Qualitätssicherungsverfahren „Mammachirurgie (QS MC)“ im Erfassungsjahr 2027 einen neuen Qualitätsindikator (QI) zum zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operation einzuführen. Zu dieser Empfehlung führt das IQTIG vom 23. Juni 2025 bis 29. August 2025 ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V durch. Für das Beteiligungsverfahren hat das IQTIG ein Erläuterungsdokument und die prospektiven Rechenregeln (pRR) übermittelt.

Das IQTIG empfiehlt den neuen QI, da der zeitliche Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation für Patientinnen und Patienten mit einer Brustkrebsdiagnose von hoher Bedeutung ist und mit einer Verzögerung der operativen Therapie ggf. auch die Morbidität oder die Mortalität steigen können. Bis 2015 gab es unter der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) im Leistungsbereich Mammachirurgie (ehemaliges Verfahren „18/1-MAMMA“) bereits einen QI zum zeitlichen Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation (ID 51371), der allerdings aufgrund guter Bundesergebnisse in den Erfassungsjahren 2012 bis 2015 und den Ergebnissen im Strukturierten Dialog aufgehoben wurde. Mit der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) werden allerdings weiterhin Daten zum zeitlichen Abstand zwischen der Diagnosestellung und Operation erhoben, um den bestehenden QI „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) zu berechnen. Das IQTIG konnte aus Daten der Bundesauswertungen ermitteln, dass sich der zeitliche Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation in den vergangenen Jahren stetig verlängerte. Er ist im Median von 17 Tagen im Auswertungsjahr 2018 auf 28 Tage im Auswertungsjahr 2024 angestiegen, weshalb das IQTIG eine Wiedereinführung empfiehlt. Er soll jedoch nicht mehr auf einem zeitlichen Abstand von 21 Tagen basieren, sondern, ausschließlich mittelwertbezogen mit einem perzentilbasierten Referenzbereich (95. Perzentil) berechnet werden. Das IQTIG stützt seine Empfehlungen auf drei systematische Reviews von retrospektiven Kohortenstudien, bei denen es methodische Schwächen festgestellt hat. Das IQTIG weist in diesem Zusammenhang auf ethische Probleme hin, die bei einer randomisierten Zuordnung von Krebspatientinnen und -patienten zu verschiedenen Kategorien von Operationsverzögerungen entstehen würden und begründet seine Quellenauswahl als bestverfügbare Evidenz. Leitlinienempfehlungen habe es zu dieser Fragestellung nicht gefunden.

Hinweis: Im Folgenden kann nur zu ausgewählten Punkten Stellung genommen werden. Die DKG behält sich vor, weitere Punkte zu gegebener Zeit in die G-BA Beratungen einzubringen.

2. Stellungnahme der DKG

Allgemeine Anmerkungen

Die vom IQTIG zur Verfügung gestellten Unterlagen (Erläuterungsdokument und Rechenregeln) beschreiben die empfohlenen Änderungen auf knappe und verständliche Weise.

Die DKG stimmt grundsätzlich der Einführung eines Qualitätsindikators zur Betrachtung des zeitlichen Abstands zwischen Diagnosestellung und Operation zu. Die vorgeschlagene mittelwertbezogenen Berechnungsmethode mit einem perzentilbasierten Referenzbereich erscheint für die Einführung im Sinne einer Erprobung geeignet. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob ein präziserer Fallbezug mit konkreter Zielvorgabe und festem Referenzbereich entwickelt werden kann. Wir bitten um Berücksichtigung der folgenden Fragen und Hinweise für die abschließenden Empfehlungen des IQTIG zu Änderungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) zum Erfassungsjahr 2027 an den G-BA.

Spezifische Anmerkungen

- Aus den vorgelegten Unterlagen geht nicht hervor, inwieweit Fachexperten/-innen und hier insbesondere das IQTIG Expertengremium auf Bundesebene des Verfahrens QS MC in die Entwicklung der Empfehlungen eingebunden wurden. Das sollte transparent dargestellt werden.
- Es ist sinnvoll, dass berücksichtigt wird, im Nenner Patienten/-innen auszuschließen, die eine präoperative tumorspezifische Therapie erhalten. Fraglich könnte sein, ob hierfür das Feld PRAEOPTUMORTH genügt, denn die Anwendung präoperativer tumorspezifischen Therapien nimmt deutlich zu. Zum einen erhalten Patientinnen zunehmend eine neoadjuvante Chemotherapie (diese ist bereits im Nenner mit einbezogen). Zum anderen nehmen aber auch die endokrinen Vortherapien bei hormonrezeptorpositiven Patienten/-innen deutlich zu, um eine Prognoseeinschätzung abgeben zu können und ggfs. auf eine Chemotherapie verzichten zu können. Es werden deshalb nur noch wenige Patientinnen direkt operiert. Die endokrine Vortherapie nimmt in der Regel 3-4 Wochen in Anspruch. Es wäre also wichtig, die verschiedenen Formen der präoperativen tumorspezifischen Therapie zu berücksichtigen.
- Erheblichen Einfluss auf die Zeit zwischen Diagnose und Operation können außerdem die spezialisierte präoperative Diagnostik und die individualisierte Therapie des Mammakarzinoms haben, was bei der Entwicklung des Qualitätsindikators und der Rechenregeln bedacht werden sollten:
 - Die präoperative Diagnostik, insbesondere das Durchführen eines Mamma-MRT, hat zunehmende Bedeutung in der Planung der operativen Therapie. Das Mamma-MRT ist bei prämenopausalen Frauen zyklusabhängig und erfolgt in der Regel zwischen dem 5. und 14. Zyklustag. Dies kann patientinnenindividuell je nach Zyklus zu Verzögerungen der operativen Therapie führen, ist aber für die operative Planung essentiell, insbesondere bei einem diagnostizierten DCIS.

- Patientinnen mit positiver Familienanamnese werden präoperativ auch einer Humangenenetischen Beratung und Testung zugeführt, da dies auch in Hinblick auf die operative Planung einer evtl. subkutanen Mastektomie mit Sofortrekonstruktion absolut notwendig und medizinisch entscheidend ist. Bei diesen Patientinnen wird in der Regel eine fast track Testung durchgeführt, die aber auch bis zum Befundergebnis ca. 10 Tage in Anspruch nehmen kann.
- Patientinnen mit einem gesicherten Mammakarzinom werden auch in den ASV-Vertrag (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) aufgenommen. Innerhalb dieses Vertrages ist Krankenhäusern erlaubt, bei Patientinnen ambulante Zusatzuntersuchungen durchzuführen, wie zum Beispiel CT-Thorax/Abdomen und Skelettszintigraphie. Diese sollten präoperativ bei Hochrisikopatientinnen durchgeführt werden, um eine Metastasierung auszuschließen, was allerdings zu einer zeitlichen Verzögerung der operativen Therapie führt. Dies könnte ggf. bereits im Vorfeld durch entsprechende Nennerpopulationen berücksichtigt werden.
- Multimorbide Patienten/-innen, benötigen präoperativ ggf. weitere Diagnostik, was zu Verzögerungen führen kann.
- Folgendes potentiell bestehende Verzerrungspotential sollte eruiert werden, wenn das Datenfeld „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ verwendet wird. Dieses Datenfeld ist als abhängiges Feld nur beschreibbar, falls kein Datum beim prätherapeutischen Histologiebefund hinterlegt wird. Bei einzelnen Leistungserbringern könnten ggf. kürzere Zeiten berücksichtigt werden, falls hier systematisch das Datum der Diagnosemitteilung bzw. des Therapie-Planungsgesprächs zur Berechnung verwendet werden würde.
- Da die Diagnosestellung häufig im niedergelassenen Bereich erfolgt, muss berücksichtigt werden, ob die Zuschreibbarkeit des Indikatorergebnisses gegeben ist. Dies muss bei der Durchführung von Stellungnahmen berücksichtigt werden und entsprechende Hinweise sollten daher auch als „Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027“ in die Tabelle zu den Eigenschaften und der Berechnung (Seite 7) aufgenommen werden.
- Die in der Berechnungsformel aufgeführten Funktionen z. B. „fn_IstErsteOP“ werden weder in der Tabelle noch in der Erläuterung dargestellt. Dies sollte ergänzt werden.

Redaktioneller Hinweis

Fehler im Erläuterungsdokument auf Seite 3 Abbildung 1 Abbildungsunterschrift: „Erfassungsjahre 2012 bis 2025“ muss korrigiert werden auf „Erfassungsjahre 2012 bis 2015“.