

Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechperson Dr. Konstanze Blatt

Datum der Abgabe 25. Juli 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht

Datum des Auftrags 26. Januar 2023

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Plattform § 65c als Vertretung der klinischen Krebsregister nach § 65c SGB V

Berlin, den 19.2.2024

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie zum Zwischenbericht

“Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Beratung, Diagnostik und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht”

Allgemeine Anmerkungen

Die Durchführung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik und Therapie beim Prostatakarzinom wird von der DEGRO ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Aufgrund der vielfältigen therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten beim lokal begrenzten Prostatakarzinom sollte der Patient umfassend über die Erkrankung und seine Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Entscheidung mit eingebunden werden.

Analog zu Kapitel 2.5. Aufklärung zu Vor- und Nachteilen bestimmter Operationsmethoden sollte das Qualitätsmerkmal 2.6 Aufklärung zu Vor- und Nachteilen bestimmter Bestrahlungsmethoden alleinig den verantwortlichen StrahlentherapeutInnen zugeschrieben werden.

Die tägliche Praxis zeigt, dass moderne strahlentherapeutische Verfahren, ihre Durchführung und die möglichen Nebenwirkungen nur begrenzt von den Urologen vermittelt werden können. Nur ein/e StrahlentherapeutIn verfügt über die nötige Fachkompetenz und eine entsprechende klinische Erfahrung.

Eine Ergänzung des Qualitätsmerkmals 3.5 Angebot zur Einholung einer Zweitmeinung sollte ergänzt werden durch das Angebot zur Vorstellung in einem Prostatakarzinomzentrum mit dem Ziel einer radioonkologischen Beratung.

Spezifische Anmerkungen

1. Kapitel 2.3 Seite 26 beteiligte Akteure an der Versorgung
Mit zunehmender Bedeutung bildgebender Verfahren (MRT, PSMA -PET) ist zu erwarten, dass Radiologen und Nuklearmediziner (PSMA -PET bei high risk Patienten im Rahmen des ASV) vermehrt Patienten über die Tumorerkrankung oder ihren Verlauf aufklären werden. Daher sollten Radiologen und Nuklearmediziner als beteiligte Akteure in der Versorgung mit aufgeführt werden.

2. Kapitel 2.2.2. Therapieoptionen

a) Perkutane Strahlentherapie S.24

Die im Zwischenbericht aufgeführten genannten Behandlungsdosen sollten ergänzt werden. Hypofraktionierte und stereotaktische Konzepte werden in der NICE Guideline empfohlen.

b) LDR Therapie

Die Anwendung der LDR – Brachytherapie beim mittleren Risikoprofil sollte ergänzt werden.

c) HDR-Brachytherapie

HDR-Brachytherapie wird nicht nur 2 malig nach der perkutanen Strahlentherapie angewendet. Auch einmalige Sitzungen vor der perkutanen Strahlentherapie sind möglich.

3. Qualitätsmodell des QS Verfahrens S.28 Absatz 2

Rechtschreibkorrektur – Prostata-Ca

Prof. Dr. med. Peter Niehoff
DEGRO AG Prostatakarzinom

PD Ulrike Höller
Generalsekretärin

Herrn
Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA
Institutsleiter
IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

IQTIG Eingang am	
23. Feb. 2024	
Orig.:	Kopie:

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Vorstand

Telefon Berlin +49(0)30 8870833-0
Telefon Düsseldorf +49(0)211 516096-0

info@dgu.de

Berlin, den 22. Februar 2024

Betreff

Statement des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) zum
Zwischenbericht des IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen) vom 26.01.2024 zum Projekt

**Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und
Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht**

im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Sehr geehrter Herr Prof. Heidecke,

gerne nimmt die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) zum Zwischenbericht des im
Betreff genannten Projektes Stellung.

Einleitung

Der Vorstand der DGU begrüßt den Auftrag des G-BA zur Entwicklung einer Patientenbefragung
zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms
ausdrücklich und unterstützt das IQTIG bei der Umsetzung dieses Projektes.

Gerade die Befragung der Betroffenen selbst ist ein Gradmesser für die Versorgungsqualität und
führt durch Aufzeigen etwaiger Defizite zu Lösungsmöglichkeiten mit der Chance zur
Optimierung der Behandlungsabläufe.

Bewertung der Inhalte des Zwischenberichtes aus urologischer Sicht

Der Zwischenbericht zeigt auf, mit welchen wissenschaftlichen Instrumenten die Erarbeitung des
Patientenfragebogens erfolgt bzw. erfolgen soll.

Hierzu zählt initial die eingehende Literaturrecherche zu den Themen a) internationale und
nationale Leitlinien sowie b) Literatur zur Patientenperspektive einschließlich einer
orientierenden Recherche zur aktuellen Versorgungssituation in Deutschland. Im Weiteren
wurden Einzelinterviews mit Patienten durchgeführt sowie Fokusgruppen mit Patienten und

ÄrztInnen etabliert. Im Ergebnis dieser vorbereitenden Maßnahmen und nach Diskussion der Ergebnisse mit einem repräsentativen Gremium (17 ExpertInnen) wurden insgesamt 7 Qualitätsaspekte und daraus abgeleitet 32 Qualitätsmerkmale zu den Themen Information/Aufklärung des Patienten zur Diagnostik, Therapie, Behandlungsergebnisse und Nachsorge definiert. Im Zentrum stehen dabei insbesondere die konkrete Beteiligung des Patienten im Entscheidungsprozess, die Arten der Kommunikation und Interaktion sowie die psychoonkologische Betreuung. Die Ergebnisse dieser ersten Maßnahmen sind in ausformulierter Form wesentlicher Bestandteil des Zwischenberichtes. Für die Zukunft ist nun die Recherche bezüglich existierender thematisch relevanter Fragebögen geplant. Anschließend erfolgt die Etablierung der Fragebogenitems unter Berücksichtigung der bereits erarbeiteten Qualitätsmerkmale. Nach einem erneuten Treffen mit dem Expertengremium erfolgt anschließend die Optimierung und Validierung des Fragebogens über ein dreistufiges Pretest-Verfahren. Im Ergebnis des Pretests erfolgt die Festlegung der Qualitätsindikatoren und die Darstellung der geplanten Auswertungsmethodik. Als weitere Schritte sind die Finalisierung des Datenflussmodells und der Fragebogenlogistik geplant. Vor der letztendlichen Umsetzung in den Regelbetrieb ist eine Stichprobe zur Auswahl der entsprechenden Patienten geplant.

Wir halten die bisherigen und geplanten wissenschaftlichen Prozesse zur Erstellung des Patientenfragebogens für fundiert und adäquat. Wir würden uns wünschen, dass bei der Befragung der Patienten auch auf bereits etablierte Tools im Rahmen der Aufklärung und Risikoabschätzung vor Therapie eingegangen wird. Zu nennen wäre an dieser Stelle die Entscheidungshilfe Prostatakrebs der Urologischen Stiftung Gesundheit (<https://urologische-stiftung-gesundheit.de/entscheidungshilfen>). Durch diese online verfügbare Hilfe wird direkt die partizipative Entscheidungsfindung des Patienten in besonderer Weise unterstützt.

Bezüglich der Punkte

5.4.1 „Einschränkungen der Sexualität nach Therapie“;

5.4.2. „Postoperative Inkontinenz und/oder irritative/obstruktive Symptomatik nach Therapie“;

5.4.3. „Darmbeschwerden nach Therapie“

sollte die jeweils dazugehörige Formulierung

„Das Qualitätsmerkmal ist stationär tätigen Urologinnen und Urologen sowie Strahlentherapeutinnen und -therapeuten verantwortlich zuzuschreiben“

durch

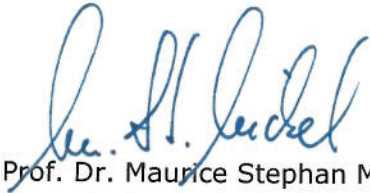
„Das Qualitätsmerkmal ist stationär tätigen Urologinnen und Urologen sowie Strahlentherapeutinnen und -therapeuten **eingeschränkt** verantwortlich zuzuschreiben“

ersetzt werden.

Begründung: Postoperative Impotenz, Inkontinenz/dysurische Beschwerden und Darmbeschwerden sind multifaktoriell bedingt und nicht allein auf die durchgeführte Therapie zurückzuführen. Entscheidend ist hierbei auch der Zustand des Patienten vor der Therapiemaßnahme. So besteht die genannte Symptomatik in vielen Fällen in unterschiedlichem Ausmaß schon vor Einleitung einer lokalen Therapie. Dazu beitragende Faktoren sind beispielsweise Voroperationen, Begleiterkrankungen bzw. Begleitmedikationen sowie die präoperative körperliche Konstitution des Patienten. Insbesondere Übergewicht, Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen können das therapeutische Ergebnis erheblich beeinflussen. Die genannten Faktoren sollten bei der Erstellung eines Patientenfragebogens unbedingt berücksichtigt werden.

Abschließend sei gesagt, dass die DGU das Projekt auch weiterhin gerne unterstützen wird. Infolgedessen haben wir für den Workshop am 29.2.2023 in Ihrem Hause einen sachkundigen Delegierten ernannt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Maurice Stephan Michel
Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes



Prof. Dr. Jürgen E. Gschwend
Präsident



Prof. Dr. Frank König
Ressort Wissenschaft und Praxis



Dr. Borchers
Geschäftsführer



Stellungnahme der DKG vom 23.02.2024 zum IQTIG-Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“ (Stand 26. Januar 2024)

Zu „Kurzfassung“ (S. 3-7)

„Auftrag und Auftragsverständnis“

- Das IQTIG leitet das Beteiligungsverfahren nach § 137a Absatz 7 SGB V zu dieser Patientenbefragung wiederholt zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der Entwicklungsphase ein. Dem vorgelegten kurzen Zwischenbericht können nur rudimentäre erste Entwicklungszwischenschritte entnommen werden. In diesem frühen Stadium der Entwicklung sind wenig Aussagen zum beauftragten Umsetzungskonzept und keine Aussagen zum beauftragten Auswertungs- und Rückmeldekonzent inkl. Musterbericht enthalten. Auch Art und Anzahl der Qualitätsindikatoren sind derzeit noch unbekannt. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Patientenbefragung ist für Stellungnehmende nur sehr eingeschränkt möglich, da lediglich die Qualitätsaspekte und -merkmale als Gliederungsebenen, nicht aber operationalisierte Items/Fragen oder Indikatoren vorgestellt werden. Nach Auffassung der DKG erfüllt das IQTIG damit nicht seinen gesetzlichen Auftrag nach § 137a Abs. 7 SGB V, wonach eine Beteiligung zu erfolgen hat, wenn das IQTIG „für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für Patientenbefragungen auch in digitaler Form“ entwickelt. Um die gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, ist ein weiteres Beteiligungsverfahren zu einem Zeitpunkt einzuleiten, sobald konkrete inhaltliche Vorschläge für die Patientenbefragung und die hierzu korrespondierenden Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen erarbeitet wurden.

„Methodisches Vorgehen zur Entwicklung des Qualitätsmodells“

- Das methodische Vorgehen zur Entwicklung des Qualitätsmodells ist nachvollziehbar dargestellt
- Im EXG sind leider weder LAG noch Landeskrebsregister vertreten. Spätestens die Konzepte zur Umsetzung, Auswertung und Rückmeldung sollten eng mit diesen abgestimmt werden.

„Ergebnisse und Empfehlungen“

- Als Grundlage für die weitere Fragebogenentwicklung wurden Qualitätsaspekte und -merkmale identifiziert. Diese Qualitätsaspekte beziehen sich einerseits auf die prä-

und postinterventionellen Prozesse (Qualitätsaspekte 1-3 und 5-7) und andererseits auf die Behandlungsergebnisse (Qualitätsaspekt 4 mit den Merkmalen 4.1-4.5) jeweils aus der Patientenperspektive.

- Die Abfrage zur Wahrnehmung der prä- und postinterventionellen Prozesse aus Patientenperspektive ist wünschenswert und zielführend für die Identifikation von möglichen Verbesserungspotenzialen auf Seiten der Leistungserbringer im Kontext eines shared-decision-making und des informed-consent.
- Die Abfrage zu Behandlungsergebnissen aus der Patientenperspektive erscheint hingegen insbesondere unter Berücksichtigung möglicher Konsequenzen für die Leistungserbringer in diesem speziellen Versorgungsbereich problematisch (vgl. Anmerkungen zu Kap. 4.7).
- Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Patientenperspektive auf die Qualitätsaspekte 1-3 und 5-7 für die Leistungserbringer wertvolle Hinweise zur Verbesserung ihrer Prozesse in diesem Bereich liefern kann. Der Qualitätsaspekt 4 Behandlungsergebnisse wird hingegen ausgesprochen problematische Ergebnisse hinsichtlich ihrer Interpretation, Validität und Spezifität für die Leistungserbringer liefern. Maßgeblich für die Versorgungsqualität sind hier (möglicherweise abweichend von der Patientenperspektive) eher objektive Behandlungsergebnisse wie histologische Befunde (R 0 Status), Verlässlichkeit der präoperativen Diagnostik, korrekte präoperative Risikostratifizierung und leitlinien- bzw. stadiengerechte Wahl der Behandlungsstrategie etc.
- Es wird von einem Arbeitstreffen mit ausgewählten klinischen Krebsregistern berichtet. Aus dem Anhang ist nicht ersichtlich, wie viele und welche Krebsregister teilgenommen haben. Dies sollte vervollständigt werden.

Zu 1.2.1 „Zielgruppe der Befragung und adressierte Leistungserbringer“ (S. 16-17)

- Das IQTIG weist darauf hin, dass sich die im QS-Verfahren adressierten Patienten nur mit einer Kombination des ICD-Kodes C61 und einer Information zum Tumorstadium ermitteln lassen. Da das Tumorstadium bei der Erstmeldung der Diagnose an die Krebsregister durch vertragsärztliche Leistungserbringer in der Regel nicht bekannt ist, stellt sich die Frage, ob die mit der Befragung adressierten Patienten und damit auch die Auslösung des Patientenfragebogens nahezu ausschließlich die Krankenhäuser und deren Patienten betreffen wird. Wie werden vertragsärztliche Leistungserbringer einbezogen?
- Das IQTIG weist darauf hin, dass sich bereits zum aktuellen Entwicklungszeitpunkt mit Blick auf die Zuschreibbarkeit der Fragebogeninhalte und den darauf aufbauenden Qualitätsindikatoren abzeichnet, dass mehrere Fragebogenversionen zu entwickeln sind, die zu unterschiedlichen Befragungszeitpunkten verschiedene Leistungserbringer adressieren (Abschnitt 6.2). In diesem Zusammenhang wären weitere Informationen zur Auslösung und zu den Fragebogenversionen hilfreich. Da das Umsetzungskonzept nicht näher beschrieben wird, kann hierzu auch keine Stellungnahme erfolgen. Zur Problematik der Befragungszeitpunkte siehe Hinweise zu 6.2.

Zu 1.2.2 „Thematische Schwerpunkte der Patientenbefragung“ (S. 17)

- Wie wird gewährleistet, dass beim QI zu SDM die Zuschreibbarkeit korrekt erfolgt? Ist nicht vielmehr bei SDM die Zuschreibbarkeit zu mehreren Leistungserbringern gegeben,

da die Entscheidung für die Behandlungsoptionen immer mit mehreren Leistungserbringern im Behandlungsprozess besprochen wird. Wie wird dies im Umsetzungskonzept (Fragebogenversionen, Fragebogenitems) berücksichtigt?

**Zu 5.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnostik und Diagnose“ und
Zu 5.2 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zu den Therapieoptionen“ (S. 42-43)**

- Generell kann bezweifelt werden, dass sich mit dem QS-Instrument der Patientenbefragung die Einhaltung der Informations- oder der Aufklärungspflichten nach §§ 630c bzw. 630e BGB in einer rechtlich belastbaren Weise abbilden lässt. In jedem Fall sollten Information (§630c BGB) und Aufklärung (§630e BGB) jedoch klar voneinander abgegrenzt sein. Eine Vermischung beider Themen in einem Qualitätsaspekt (5.1 und 5.2), der dann später in einen Qualitätsindikator mündet, ist daher nicht ratsam.

Zu 5.4. Qualitätsaspekt „Behandlungsergebnisse“ (S. 47-49)

Zu 5.4.1 Qualitätsmerkmal „Einschränkungen der Sexualität nach Therapie“ und 5.4.2 Qualitätsmerkmal „Harninkontinenz und/oder irritative/obstruktive Symptomatik nach Therapie“ (S. 47-48)

- Die Qualitätsmerkmale 4.1 „Einschränkungen der Sexualität nach Therapie“ und 4.2 „Harninkontinenz und/oder irritative/obstruktive Symptomatik nach Therapie“ beziehen sich auf die subjektiven Wahrnehmungen hinsichtlich Sexualität, Kontinenz und Miktions nach der Therapie. Hierbei ist zu bedenken, dass ein erheblicher Teil des Patientenkollektivs der Patienten im entsprechenden Alterskollektiv bereits vor der karzinomspezifischen Therapie entsprechende Einschränkungen aufweist und somit eine valide Aussage hinsichtlich der Qualität der karzinomspezifischen Therapieergebnisse nur im Vergleich mit Ergebnissen aus standardisierten präinterventionellen Erhebungen getroffen werden können. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil relevante Patientengruppen wegen derartiger Symptome bereits vor der Diagnosestellung Prostatakarzinom eine andere Therapie hinsichtlich obiger Qualitätsmerkmale erhalten hat. Besonders zu nennen sind hier die Gruppe der inzidentellen Prostatakarzinome, die im Rahmen einer TURP auf Grund obstruktiver/irritativer Beschwerden diagnostiziert werden. Aber auch die erektile Dysfunktion (mit oder ohne entsprechende Therapie) spielen in der Altersgruppe eine große Rolle. In diesem oft schambehafteten Themenkomplex ist die subjektive Wahrnehmung des Patienten ein denkbar schlechtes Surrogat für die objektive Beurteilung von Behandlungsergebnissen.

Zu 5.4.4 Qualitätsmerkmal „Hormonell bedingte Beschwerden während der Therapie“ (S. 48)

- Beim Qualitätsmerkmal 4.4 der hormonell bedingten Beschwerden während der Therapie ist nicht klar, welche Aussagen hinsichtlich der Behandlungsqualität hieraus abgeleitet werden sollen. Hormonelle Beschwerden treten regelhaft als Folge einer Hormonentzugstherapie auf, die gem. AWMF-Leitlinie beim lokal begrenzten PC als adjuvante Therapie i.R. einer Radiotherapie bei bestimmten Risikokonstellationen möglich ist oder empfohlen

wird. Das subjektive Vorhandensein oder Fehlen solcher Symptome lässt jedoch keinen Rückschluss auf die Behandlungsqualität zu.

Zu 5.4.5 Qualitätsmerkmal „Psychische Belastung“ (S. 49)

- Die Einordnung des Merkmals unter den Qualitätsaspekt „Behandlungsergebnisse“ passt nicht, da laut Beschreibung erfragt werden soll, ob die psychische Belastung durch die Behandlung *oder* die Diagnose hervorgerufen wurde. Das Merkmal sollte überdacht werden, auch im Hinblick auf die eingeschränkte Zuschreibbarkeit zu den Behandelnden.

Zu Tab. 3: Übersicht der Q-Aspekte und Q-Merkmale mit Zuordnung zu den Q-Dimensionen (S. 52-53)

- Die Q-Merkmale 3.8 „Decision Regret“, 4.4 „Fortbestehende hormonell bedingte Beschwerden“ sowie 4.5 „Fortbestehende psychische Belastung“ sind nur eingeschränkt zuschreibbar. Lt. Beauftragung sollten die Qualitätsaspekte zuschreibbar und von den Behandelnden beeinflussbar sein. Der Einbezug dieser Merkmale sollte überdacht werden. Auch die angedachte Überführung in Kennzahlen bei eingeschränkter Zuschreibbarkeit ist vor dem Hintergrund des Eckpunktebeschlusses des G-BA zur Effizienzsteigerung der datengestützten QS als kritisch zu bewerten.
- Warum werden die Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Behandlungsergebnisse“ hier anders als auf Seite 5 mit „Fortbestehende“ eingeleitet? „Fortbestehende...“ scheint zudem unpassend, da es auch um durch die Therapie „verursachte“ Beschwerden geht. Wie wird die Befragung differenziert, um einen Bias zu vermeiden und ausschließlich die der Therapie zuordenbaren Beschwerden herauszufiltern?

Zu 6.2 „Befragungszeitpunkt und adressierte Leistungserbringer“ (S. 55)

- Es wird folgerichtig darauf hingewiesen, dass Fragen zur Ergebnisqualität wie Einschränkungen der Sexualität oder Harninkontinenz nach Therapie erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt werden sollten, um den Fokus auf längerfristige Belastungen und Nebenwirkungen zu legen. Der Befragungszeitpunkt muss zudem auch die unterschiedlichen Therapieformen berücksichtigen. Insbesondere die Qualitätsmerkmale 4.2 Inkontinenz/irritative/obstruktive Symptomatik und 4.3 Darmbeschwerden nach Therapie sind hier problematisch, da Inkontinenz und Miktionsbeschwerden typischerweise unmittelbar nach radikaler Prostatektomie auftreten, aber bei einem großen Teil der Patienten z.B. durch Beckenbodengymnastik und andere Maßnahmen innerhalb einiger Wochen deutlich gebessert oder vollständig behoben werden können. Auch die Strahlentherapie kann jedoch Ursache für Inkontinenz oder Obstruktion sein mit entsprechender zeitlicher Verzögerung (meist Monate). Darmbeschwerden hingegen sind typischerweise eine Folge der Radiatio (perkutan oder Brachytherapie) die (neben der akuten Strahlenproktitis) typischerweise ebenfalls erst nach Monaten auftreten und meist irreversibel sind. Hier könnte also mit der Wahl des Befragungszeitpunktes ein Bias bei der Bewertung von operativer Therapie vs. Strahlentherapie entstehen.

- „*Verschiedene Fragebogenversionen mit unterschiedlichen Messzeitpunkten, die verschiedene Leistungserbringer adressieren*“ stellen hohe Anforderungen an das Umsetzungskonzept, welches leider nur in Grundzügen skizziert wird. Die DKG geht daher davon aus, dass das IQTIG ein weiteres Beteiligungsverfahren durchführt, um seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Beteiligung bei der weiteren Verfahrensentwicklung nachzukommen.

Zu 6.3 „Auslösung mit und ohne Einbindung der klinischen Krebsregister“ (S. 55)

- Es sollen anhand der Sozialdaten bei den KK alle Leistungserbringer identifiziert werden, die Patienten mit einer C61-Diagnose behandelt und eine Stanzbiopsie, Prostatektomie oder Strahlentherapie durchgeführt haben. Wie werden bei dieser Fallauslösung Patienten mit „active surveillance“ oder „wait and see“ berücksichtigt?
- Wir gehen davon aus, dass Szenarien 2 und 3 der Vollständigkeit halber aufgenommen, aber hypothetischer Natur sind, da sich das Verfahren gemäß Beauftragung ausschließlich auf die Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und Krebsregisterdaten stützen soll.
- Szenario 2: Welche Fälle sind hierbei genau QS-Pflichtig und von den Krebsregistern mitzuteilen – alle neu-diagnostizierten Prostata-CA?

Zu „Diskussion der Vor- und Nachteile (S. 60-65)

„Datenqualität und Vollzähligkeit“

- Warum kann die Identifizierung des Leistungserbringers nicht grundsätzlich ausschließlich über eine Datenverknüpfung der Sozialdaten und der Krebsregisterdaten erfolgen - z.B. unter Verwendung der IK-Nr. in den Sozialdaten und der Daten zur Meldevergütung an die Leistungserbringer bei den Krebsregistern?
- Hürde bei Szenario 1 wird in der Widerspruchsmöglichkeit der Patienten zur Datenspeicherung gesehen: Könnte dies nicht über ein zusätzliches Datenfeld (wie bei TX) abgefragt und ans IQTIG zur Berücksichtigung für die Auswertung mitgeliefert werden?

„Aufwände bei den Leistungserbringern und klinischen Krebsregistern“

- Der Hinweis bei Szenario 1, dass 16 Landes-Krebsregistern erheblicher Aufwand für die Implementierung neuer Schnittstellen und Prozesse in ihren Softwareprodukten entstünde, ist im Hinblick auf den Aufwand, den andernfalls sämtliche Leistungserbringer mit urologischem Behandlungsspektrum betreiben müssten, die ebenso neue Software mit Schnittstellen unter Ressourcenaufwand integrieren müssten, kein überzeugendes Argument gegen dieses Szenario.

„Rechtliche Rahmenbedingungen“

- Das IQTIG sieht rechtlichen Klärungsbedarf dahingehend, ob die Verpflichtung der klinischen Krebsregister im Sinne von Szenario 1 auch von § 65c SGB V gedeckt ist. Hierzu ist

eine tiefergehende juristische Prüfung durch das IQTIG und eine umfassende Darstellung im nächsten Bericht erforderlich.

Zu 6.4 „Weitere notwendige Entwicklungsschritte zur Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb“ (S. 66)

- Das konkrete Umsetzungskonzept soll erst im Abschlussbericht ausführlich dargestellt werden (Befragungszeitpunkte, Auslösung, Datenerfassung und Export, Datenfluss, Stichprobenziehung, Fragebögen, Versandzeitpunkt etc.). Die DKG geht davon aus, dass das IQTIG ein weiteres Beteiligungsverfahren durchführt, um seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Beteiligung bei diesen grundsätzlichen Fragestellungen zum weiteren Verfahren nachzukommen.

Hinweis:

Aufgrund der beschränkten vorliegenden Informationen zu einem sehr frühen Zwischenergebnis aus dem Entwicklungsprozess behält sich die DKG vor, weitere Punkte in die bevorstehenden Beratungen im G-BA zur Umsetzung der Patientenbefragung im zukünftigen QS-Verfahren einzubringen.

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 22.02.2024

**zum Zwischenbericht des IQTIG
„Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der
Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal
begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“
Stand: 26. Januar 2024**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Anmerkungen zum Qualitätsmodell und den Qualitätsmerkmalen	3
III. Anmerkungen zu den Umsetzungsempfehlungen	5
IV. Hinweise für die weitere Entwicklung	8

I. Einleitung

Das IQTIG hat fristgerecht am 26.01.2024 den Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“ inklusive Anhang übermittelt. Der Zwischenbericht enthält den aktuellen Entwicklungsstand zur Entwicklung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale und erste Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Neben der Patientenbefragung wird das künftige Qualitätssicherungsverfahren zum lokal begrenzten Prostatakarzinom auch einen Verfahrensteil mit Indikatoren auf Basis von Krebsregisterdaten und Sozialdaten der Krankenkassen enthalten. Die Nutzung der Daten der Klinischen Krebsregister (KKR) der Bundesländer stellt hierbei eine wichtige methodische Innovation in der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS) dar.

Adressiert werden ambulant und stationär tätige UrologInnen und StrahlentherapeutInnen, die Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (ICD-Kode C61, Tumorstadium $cT \leq 2$, $N=0$, $M=0$) behandeln. Für die Behandlung stehen vier grundsätzlich gleichwertige Behandlungsoptionen zur Verfügung: Aktive Überwachung, radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie und Brachytherapie. Im Fokus der Patientenbefragung sollen gemäß Beauftragung vom 25. Januar 2023 die Information über alle Behandlungsoptionen und Shared Decision Making (SDM) stehen, aber auch die Ergebnisqualität soll abgebildet werden können.

II. Anmerkungen zum Qualitätsmodell und den Qualitätsmerkmalen

Die Qualitätsaspekte sind nahezu identisch mit dem Stand in der Konzeptstudie des IQTIG von 2017¹, lediglich Qualitätsaspekt 4 „Behandlungsergebnisse“ war dort noch in drei Qualitätsaspekte („Durchführung und Ergebnisse der radikalen Prostatektomie“, „Durchführung und Ergebnisse der perkutanen Strahlentherapie/Brachytherapie“ und „Durchführung und Ergebnisse der Aktiven Überwachung“) aufgeteilt. Die Ableitung der Qualitätsmerkmale erfolgte entsprechend den Methodischen Grundlagen² mittels Literaturrecherchen, qualitativer Erhebungen (Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews mit Patienten und Leistungserbringern) und eines Expertengremiums und wird im Bericht wie auch im Anhang nachvollziehbar und ausführlich dargestellt.

¹ IQTIG (2017): Lokal begrenztes Prostatakarzinom. Konzeptstudie für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand: 30.11.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Lokal-begrenztes_Prostatakarzinom_Konzeptstudie_2017-11-30_barrierefrei.pdf

² IQTIG (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf

Folgende inhaltliche Punkte sollten vom IQTIG bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden:

- Das Qualitätsmerkmal „Information über die Therapieoptionen“ beim Qualitätsaspekt 2 („Information und Aufklärung zu den Therapieoptionen“) soll sicherstellen, dass der Patient über die Therapieoptionen radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie, Brachytherapie, Aktive Überwachung und palliative Strategien informiert ist. Allerdings ist die Diagnose eines „lokal begrenzten“ Prostatakarzinoms im Allgemeinen keine palliative Situation.
- Bei Qualitätsaspekt 2 „Information und Aufklärung zu den Therapieoptionen“ ist zu bemerken, dass zunächst die Qualitätsmerkmale 2.1 bis 2.3 („Information über die Therapieoptionen“, „Aufklärung über den patientenrelevanten Nutzen der Therapien“, „Aufklärung über die Risiken und Nebenwirkungen der Therapien“ sowohl untereinander, aber auch vor allem mit den Qualitätsmerkmalen „Aufklärung über die Vor- und Nachteile bestimmter Operationsmethoden bzw. bestimmter Bestrahlungsmethoden bzw. der Aktiven Überwachung“ (2.5 bis 2.7) Redundanzen aufweisen können. Dies sollte bei der Weiterentwicklung zu Fragebogen-Items und Indikatoren geprüft werden.
- Weiterhin sollte in Betrachtung der vergangenen Diskussionen über die rechtlichen Implikationen der Begriffswahl überdacht werden, ob „Aufklärung“ nicht durchgehend durch z.B. „Besprechen“ oder „Information“ ersetzt werden sollte.
- StrahlentherapeutInnen haben nur einen begrenzten Einfluss auf die Therapiewahl. Diese wird in der Regel bereits vor Konsultation der/des StrahlentherapeutIn getroffen, so dass in der strahlentherapeutischen Praxis lediglich die Wahl der Bestrahlungsmethode und die Aufklärung vor der Therapie erfolgt. Daher sollte die Zuschreibbarkeit hinsichtlich der Qualitätsmerkmale 2.1 bis 2.4 des Qualitätsaspekts 2 „Information und Aufklärung zu den Therapieoptionen“ erneut geprüft werden.
- Qualitätsaspekt 3 „Beteiligung von Patienten im Entscheidungsprozess“ nennt als ein Qualitätsmerkmal die „Ausgewogene Beratung und Empfehlung“. Eine Operationalisierung von „ausgewogen“ erscheint schwierig, spezielle Überlegungen hierzu finden sich auch im Anhang E nicht.
- Für drei Qualitätsmerkmale („Hormonell bedingte Beschwerden während der Therapie“, „Psychische Belastung“ und „Decision regret“) wird eine eingeschränkte Zuschreibbarkeit festgestellt (S. 41). Bei der weiteren Entwicklung ist zu prüfen, inwieweit diese Merkmale als Kennzahlen, wie vom IQTIG überlegt, von Nutzen für das QS-Verfahren des G-BA sein können (gesetzlich vorgegebener Zweck der Qualitätssicherung ist primär leistungserbringerbeziehbare, vergleichende Qualitätsmessung).

- Für die Qualitätsmerkmale zu den Behandlungsergebnissen (4.1 bis 4.3, S. 5) werden nur die stationär tätigen UrologInnen und StrahlentherapeutInnen als verantwortliche Leistungserbringer dargestellt. Die Strahlentherapie kann sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden (S. 27). Hier sollte der/die vertragsärztliche StrahlentherapeutIn ergänzt werden.

III. Anmerkungen zu den Umsetzungsempfehlungen

1 Zielgruppen/Therapieoptionen und Befragungszeitpunkte

Nach den Ausführungen des IQTIGs sind die Qualitätsmerkmale und somit auch die späteren Qualitätsmerkmale so angelegt, dass sie

- sowohl allgemeine, d.h. für alle vier Therapieoptionen relevante Anforderungen, als auch spezifische Anforderungen für einzelne Therapieoptionen abbilden,
- sich auf unterschiedliche Behandlungszeitpunkte beziehen: z.B. auf die Anfangsphase mit Diagnostik, Information/Aufklärung, SDM, oder auf die Ergebnisqualität nach Therapieende (z.B. Einschränkung der Sexualität nach Therapie). Die Merkmale können jedoch insbesondere beim Wechsel der Therapieoption auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten (erneut) relevant sein. Daher soll die Befragung nachvollziehbarerweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen (S. 55).
- verschiedene Leistungserbringer adressieren (UrologIn, StrahlentherapeutIn, stationär und ambulant). Belegärztliche UrologInnen werden nicht extra aufgeführt. Es sollte dargelegt werden, ob diese zu den vertragsärztlich tätigen Urologinnen und Urologen gezählt werden.

Die Entwicklung der Fragebögen einschließlich der Festlegung von Befragungszeitpunkten und des Bezugspunktes für die Fragen (welcher Arzt ist gemeint?) erscheint hochkomplex. Es sollen voraussichtlich verschiedene Befragungsinstrumente (für Therapieoptionen, Zeitpunkte, ggf. Leistungserbringer) entwickelt werden (S. 16, S. 31, S. 55).

Der Zwischenbericht wirft allerdings diesbezüglich viele Fragen zur Umsetzung bzw.

Umsetzbarkeit auf, zu denen noch keine Antworten vorliegen, so dass eine Umsetzbarkeit zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bewertet werden kann:

- Handhabbarkeit mehrerer Fragebogenversionen (z.B. in der Versendestelle)
- Geeignetheit komplexer Filterführungen im Fragebogen für diese Patientengruppe
- Umgang mit Therapiewechseln im Verlauf
- Fallzahlen bei einzelnen Leistungserbringern für Therapieoptionen und Auswertbarkeit
- Datenverfügbarkeit bei den KKR für verschiedene Auslösungszeitpunkte, mehrere unabhängige Auslösungen pro Patient im Therapieverlauf und auch unabhängige Auswertungen – oder sollen Ergebnisqualität und Prozessqualität patientenbezogen

zusammengeführt werden?

Hinzu kommen Fragen zur Zuschreibbarkeit der Qualitätsmerkmale zu einzelnen Leistungserbringern (s.u.). Sollte z.B. eine Zuschreibung eines Qualitätsmerkmals zu einem Leistungserbringer nicht möglich sein, da dieser nicht im KKR-Datensatz vorhanden oder nicht sicher als maßgeblich Verantwortlicher identifiziert werden kann, dann kann das Merkmal ggf. in der Befragung nicht berücksichtigt werden.

Für das Beteiligungsverfahren wäre zumindest eine Skizzierung der Befragungsoptionen, vergleichbar mit den Auslösungsoptionen, wünschenswert gewesen. Zudem sind diese Punkte eng verknüpft mit den ungeklärten Fragen zur Auslösung und zum Datenfluss.

2 Auslösung – Skizzierte Optionen

Die verschiedenen Optionen der Auslösung

- Option 1: Direkte Auslösung über die KKR
- Option 2: Indirekte Auslösung über die KKR (d.h. mit ergänzender QS-Dokumentation der Leistungserbringer), und
- Option 3: QS-Dokumentation der Leistungserbringer

einschließlich der Tabelle auf Seite 61 sind gut nachvollziehbar dargestellt.

Es erstaunt jedoch, dass das Thema bereits seit einigen Jahren im G-BA diskutiert wird, und trotz Votums für eine Auslösung bei den KKR kein neuer Stand zur Klärung der rechtlichen (S. 54, 57) und sachlichen Probleme im Bericht enthalten ist.

Nach Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbands können die KKR gemäß § 65c SGB V als Datenannahmestellen (DAS) für die gesetzliche QS fungieren und sind zur Erfüllung der dann in der DeQS-RL normierten Aufgaben verpflichtet (s.a. Förderkriterium 1.13). Ziel des Gesetzes ist die Nutzung vorhandener (KKR-)Daten zur Vermeidung von Dokumentationsaufwänden bei den Leistungserbringern. Allein aus diesen Gründen sollten die Optionen 2 und 3 bereits obsolet sein. Es soll durch die Nutzung bereits dokumentierter und bei den KKR vorliegenden Daten ja gerade eine zusätzliche, softwarebasierte Datenerhebung bei Leistungserbringern Software vermieden werden.

Daher wäre es – gerade auch in der Zusammenschau mit den Problemen der Zuschreibbarkeit und der Befragungszeitpunkte bzw. zeitlichen Verfügbarkeit von Daten – sehr hilfreich gewesen, bereits im Zwischenbericht tiefer in die Analyse von Voraussetzungen für die Umsetzung von Option 1 in der DeQS-RL zu gehen, z.B.

- ob und welche Meldefristen für die LE vorgegeben werden müssten (s. S. 64),
- ob und welche Fristenregelungen für (Erstellung und) Lieferung von Daten seitens der KKR nötig sind,

- Regelungen für die neuen Aufgaben, die den KKR als DAS nach DeQS-RL zugewiesen werden, u.a. auch die Statusspeicherung zur Vermeidung von Mehrfachauslösung (siehe S. 57)
- Lösungsoptionen für die Integration der Standortkennzeichen (stationär) in die KKR-Daten.

Die Darstellungen zum entstehenden Aufwand bei den KKR sind nachvollziehbar. Andererseits erhalten diese bereits eine Vergütung, u.a. für die Erfüllung ihrer Aufgaben als DAS für die gesetzliche QS. Zudem ist zukünftig ein hoher Mehrwert durch Nutzung von Krebsregisterdaten generell für die QS zu erhoffen, so dass der initiale Aufwand gerechtfertigt erscheint.

3 Zuschreibbarkeit der Behandlungsqualität

Die DeQS-RL hat die leistungserbringerbezogene vergleichende Darstellung der Behandlungsqualität zum Ziel. Dass die Zuschreibbarkeit bei mehreren involvierten Leistungserbringern im Rahmen der KKR-Daten schwierig zu lösen sein könnte, wird bereits explizit in der Beauftragung angesprochen. Im Zwischenbericht nun merkt das IQTIG die zentrale Bedeutung dieses Punktes zwar ebenfalls an (S. 55), entwirft jedoch bisher kaum konkrete Lösungsvorschläge.

In Kapitel 5 des Berichts wird dargestellt, welche Qualitätsmerkmale welchen Leistungserbringern zu geordnet werden, bei mehreren Merkmalen sind dies alle beteiligten Leistungserbringer (vertragsärztlich oder/und stationär tätige UrologInnen und StrahlentherapeutInnen), wobei patientenindividuell unterschiedliche Konstellationen vorliegen können. Dem Krebsregister können zudem zu ein- und demselben Patienten Meldungen von mehreren beteiligten Leistungserbringern vorliegen.

Daraus resultieren konkrete Fragen zur Zuschreibung von Verantwortung für die einzelnen Qualitätsmerkmale, zur Auffindbarkeit der relevanten LE in den KKR-Daten und zur Fragebogenerstellung, wie z.B.:

- Vollständigkeit der Meldungen und der in die Behandlung involvierten LE, v.a. im ambulanten Bereich, Auffindbarkeit im Best-of-Datensatz: zum Beispiel besteht die Möglichkeit, dass nur der stationär behandelnde Urologe/in dem Krebsregister bekannt ist, der vertragsärztliche Urologe/in jedoch nicht. Wie wird dann mit den Qualitätsmerkmalen umgegangen, die z.B. nur dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet werden?
- wie sicher kann eine differenzierte Zuschreibung von Verantwortung für Behandlungsanteile erfolgen? Kann eventuell der ergänzende Rückgriff auf die Einzelmeldungen weiterhelfen?
- Wie kann sichergestellt werden, dass auch der Patient bei der Beantwortung des Fragebogens weiß, für welchen Leistungserbringer er die Fragen beantwortet (s.o.)?

Ohne Zuschreibbarkeit kann keine leistungserbringerbezogene Auswertung erfolgen, womit das wesentliche Ziel der Richtlinie verfehlt würde. Nur für hinreichend sicher zuschreibbare Qualitätsmerkmale dürfen QS-Daten erhoben werden.

Daher müssen diese Fragen zwingend im Zusammenhang mit den Auslöseoptionen, begleitend zur oder sogar im Vorfeld der weiteren Fragebogenentwicklung geklärt werden.

IV. Hinweise für die weitere Entwicklung

Der Zwischenbericht zur Patientenbefragung Prostatakarzinom stellt einen Entwicklungsstand der Befragung dar, der noch mehrere weichenstellende, miteinander zusammenhängende Fragen – Auslösung der Patienten, notwendige Regelungen in der Richtlinie und evtl. nötige gesetzliche Änderungen, zuschreibbare Inhalte, Befragungsdesign – unbeantwortet lässt. Dies ist für ein Beteiligungsverfahren unbefriedigend, da kaum absehbar erscheint, wie die Entwicklungsergebnisse und die Umsetzungsempfehlungen angesichts der skizzierten Fragen lauten werden. De facto erfolgt die Positionierung also zu einem sehr unreifen Entwicklungsstand. Für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die zeitnahe Klärung der Umsetzungsfragen, ausgehend von Auslösungsoption 1, essentiell. Diese sollte zeitlich mindestens parallel, wenn nicht sogar vorrangig vor der Entwicklung der Fragebögen, erfolgen, da sie die Inhalte und die Formulierung der Fragen beeinflusst. Ggf. ist eine inhaltliche Begrenzung und Fokussierung der Befragung auf gut zuschreibbare, zu einem passenden und methodisch geeigneten Zeitpunkt (bzw. Zeitpunkten) erfragbare Qualitätsmerkmale unter Berücksichtigung von Machbarkeit und Aufwand-Nutzen-Verhältnis erforderlich.

STATEMENT DER KBV

ZUM ZWISCHENBERICHT DES IQTIG „ENTWICKLUNG EINER PATIENTENBEFRAGUNG ZUR QUALITÄT DER DIAGNOSTIK, BERATUNG UND BEHANDLUNG DES LOKAL BEGRENZTEN PROSTATAKARZINOMS AUS PATIENTENSICHT“ IM RAHMEN DES BETEILIGUNGSVERFAHRENS NACH § 137A ABS. 7 SGB V

VORBEMERKUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte das IQTIG am 25. Januar 2023 mit der „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“ beauftragt. Zentrales Ziel dieser Beauftragung ist die Entwicklung eines kompakten und aufwandsarmen Befragungsinstrumentes mit Fokussierung auf Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale der Prozess- und Ergebnisqualität.

Weitere Auftragsinhalte sind die Erstellung eines Umsetzungskonzeptes mit Auslösung der Befragung in den Krebsregistern durch Übersendung der Patientendaten an die Versendestelle, mit Prüfung und Diskussion verschiedener Befragungsoptionen (wie Befragungszeitpunkt und Erinnerungszeitraum), mit Diskussion der Zuschreibbarkeit der Aspekte und Merkmale zu den Leistungserbringern, mit Erstellung eines Auswertungs- und Rückmeldekonzeptes sowie mit Prüfung einer Online-Befragung und Empfehlungen zur barrierefreien Umsetzung gemäß § 137b Absatz 1 Satz 3 SGB V.

Mit dem am 26. Januar 2024 vorgelegten Zwischenbericht stellt das IQTIG jedoch lediglich Facetten der Versorgungsqualität aus Patientensicht vor. Das IQTIG beschreibt 32 mögliche Qualitätsmerkmale zur Bewertung der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms verteilt auf sieben Qualitätsaspekte. Die Zuordnung dieser Merkmale und Aspekte zu Qualitätsindikatoren oder die eindeutige Beschreibung von Qualitätsindikatoren wurden hingegen nicht vorgelegt. Die Entwicklung soll gemäß IQTIG zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die übrigen Auftragsinhalte fehlen ebenfalls überwiegend, so dass eine vollständige inhaltliche Prüfung und Beurteilung der beauftragten Entwicklungsleistungen des IQTIG durch die KBV zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich ist. Vielmehr muss festgehalten werden, dass sich der Zwischenbericht nicht in einem Reifegrad befindet, der eine fach- und sachgerechte Beurteilung zulässt. Die KBV behält sich daher eine Kommentierung zu allen fehlenden Auftragsgegenständen zu einem späteren Zeitpunkt vor.

STATEMENT DER KBV

Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Gemäß Beauftragung, welche auch auf das Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. April 2022 verweist, soll der zu entwickelnde Fragebogen in einem angemessenen Verhältnis von Aufwand und Nutzen mit Ausrichtung auf relevante Qualitätsdefizite stehen. Beide Aspekte wurden jedoch nicht nachvollziehbar berücksichtigt. Vielmehr lässt die Anzahl von 32 Qualitätsmerkmalen ohne Aufwand-Nutzen-Bewertung auf eine hohe Anzahl an noch zu entwickelnden Qualitätsindikatoren und auf ein oder mehrere umfangreiche Befragungsinstrumente schließen, was dem Auftrag widersprechen würde.

Beispielsweise enthalten die Qualitätsaspekte „Kommunikation und Interaktion“ (6.1 bis 6.4) und „Psychoonkologische Beratung und Betreuung“ (7.1 bis 7.3) jeweils vier bzw. drei Qualitätsmerkmale, deren inhaltliche Anforderungen subjektiv sind und dem behaupteten faktenorientierten Ansatz entgegenlaufen. Bei der Anwendung dieser Merkmale würden Aufwände ohne Nutzen für die gesetzliche Qualitätssicherung generiert. Die Bewertung der „Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre“ ist immer eine subjektive. Was als „ausreichend Zeit“ eingeschätzt wird, „um umfassende Gespräche zu führen oder offene Fragen detailliert zu klären“, ist ebenfalls subjektiv. Gleichzeitig muss der Arzt dem Wunsch des Patienten auf eine Beschränkung bei der Fülle der Informationen Rechnung tragen können. Im Qualitätsmerkmal 6.4 „Erreichbarkeit einer Ansprechperson bei Bedarf“ werden gänzlich patientenindividuelle Bedürfnisse abgebildet, die unter dem Anspruch eines funktionierenden Zeitmanagements für alle Patienten im Praxisalltag einer medizinischen Einrichtung nicht umsetzbar sind. Bewertungen auf Basis unangemessenen und wirtschaftlich nicht umsetzbarer Vorgaben sind im Rahmen einer gesetzlichen Qualitätssicherung ausgeschlossen und daher auch im Rahmen der weiteren Fragebogenentwicklung auszuschließen. Bzgl. des Qualitätsaspekts 7 „Psychoonkologische Beratung und Betreuung“ ist die Information durch einen Arzt über die Möglichkeit, ein solches Angebot in Anspruch nehmen zu können, denkbar, aber die aktive Suche und Kontaktaufnahme liegt nicht in der Verantwortung eines Arztes sondern in der des Patienten. Auch ist die psychoonkologische Beratung und Betreuung keine Leistung der GKV im vertragsärztlichen Bereich. Direkte oder indirekte Forderungen nach diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung jedoch unterbleiben, wenn sie nicht Teil des Leistungskatalogs der GKV sind. Die drei vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale lassen sich daher auf eines reduzieren. Insgesamt ist hier kritisch zu prüfen, welche Fragestellungen in den Bögen überhaupt verwendet werden können.

Ebenfalls ist das Qualitätsmerkmal „Angebot zum Einholen von Zweitmeinungen“ zu streichen, welches durch andere gesetzliche Vorgaben der Qualitätssicherung geregelt und geprüft wird (siehe Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren). Im Rahmen der Evaluation des Zweitmeinungsverfahrens werden bereits Patienten befragt. Eine doppelte Qualitätssicherung ist daher nicht zu vermeiden.

Qualitätsdefizite

Die Qualitätsmerkmale wurden überwiegend anhand von Leitlinienempfehlungen und Rückmeldungen aus den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen erarbeitet, ohne dass eine Prüfung auf das tatsächliche Vorliegen von Qualitätsdefiziten, wie beauftragt, erfolgt ist. Zum Beispiel liegen für die Qualitätsmerkmale „Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt“ (3.6) oder „Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit“ (3.7) in den Leitlinien lediglich Empfehlungen vor. Dieser Umstand mangelnder Evidenz wird jedoch seitens des IQTIG für die gesetzliche Qualitätssicherung nicht eingeordnet. Ob die vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale tatsächlich ein Qualitätsdefizit adressieren und Potenzial zur Qualitätsverbesserung aufweisen, ist daher noch systematisch zu prüfen.

Expertengremium

Die genaue Zusammensetzung des Expertengremiums ist nicht dargestellt. Es werden lediglich die einbezogenen Gruppen genannt: Patienten und deren Vertreter, medizinische Expertinnen und Experten und wissenschaftliche Expertinnen und Experten mit Fachexpertise aus dem übergeordneten Versorgungskontext. Eine funktionsbezogene Aufschlüsselung der Anzahl der Mitglieder, z. B. vertragsärztlich versus stationär tätige Urologen, Strahlentherapeuten, andere Professionen, ist im Zuge der Transparenz und der Wissenschaftlichkeit erforderlich. Die wiederholt verwendete Aussage des IQTIG „auch im Expertengremium sahen die Expertinnen und Experten bezogen auf dieses Qualitätsmerkmal mehrheitlich ein Potenzial zur Verbesserung“ ist ohne Aufschlüsselung und Gewichtung der Voten intransparent und verliert jeglichen wissenschaftlichen Aussagewert. Die Zusammensetzung, Ergebnisse und Voten des Expertengremiums sind detailliert abzubilden.

Zuschreibbarkeit

Gemäß der Beauftragung sind alle Qualitätsaspekte und -merkmale dahingehend zu prüfen, ob sie „konkrete Hinweise auf Möglichkeiten einer Qualitätsverbesserung geben, zuschreibbar und von den Leistungserbringern beeinflussbar“ sind. Eine systematische Prüfung der Zuschreibbarkeit und der Beeinflussbarkeit durch die adressierten Urologen und Strahlentherapeuten ist jedoch nicht erfolgt. Dort wo Zuschreibbarkeit erwähnt wird, erscheint dies eher zufällig. Es muss jedoch für jedes Merkmal dargestellt werden, wie die korrekte Zuschreibbarkeit zu dem jeweiligen Arzt, bei einem Arztwechsel oder bei einem Therapiewechsel, z. B. von „aktiver Überwachung“ (ambulant) zu „Prostatektomie“ (stationär), sichergestellt ist. Wie das IQTIG selbst im Zwischenbericht angemerkt hat, sind die Qualitätsmerkmale „Decision Regret“ (3.8), „Hormonell bedingte Beschwerden während der Therapie“ (4.4) und „Fortbestehende psychische Belastungen“ (4.5) nur bedingt zuschreibbar. Die zu erwartende Schlussfolgerung, dass diese Merkmale somit für die gesetzliche Qualitätssicherung ungeeignet sind, wird jedoch nicht getroffen. Hier ist seitens des IQTIG nachzuarbeiten. Eine Aufnahme dieser Qualitätsmerkmale in die Patientenbefragung, z. B. wie vom IQTIG bereits diskutiert als Kennzahl, sieht die KBV als nicht zielführend an, da keine Handlungsanschlüsse abgeleitet werden können.

Gleiches trifft auf den Qualitätsaspekt „Behandlungsergebnisse“ zu, da der Einbezug prätherapeutischer Diagnosen (z. B. Harninkontinenz oder Einschränkungen der Sexualität) für die Zuschreibbarkeit der Ergebnisse notwendig ist. Nur unter Berücksichtigung einer eventuell bereits vor der Therapie bekannten Einschränkung ließe sich die Zuschreibbarkeit der Ergebnisse feststellen und mögliche Handlungsempfehlungen ableiten. Hierfür ist ein Risikoadjustierungsmodell notwendig, um patientenseitige Einflussfaktoren valide zu erfassen. Dies gilt auch für andere Qualitätsmerkmale, die stark multifaktoriell beeinflusst sind, wie die Merkmale im Kontext der partizipativen Entscheidungsfindung.

Aufklärung und Information

Die Begrifflichkeiten „Aufklärung“ und „Information“ werden bei den Qualitätsmerkmalen der ersten beiden Qualitätsaspekte nicht gemäß § 630e Absatz 2 Satz 2 BGB (Aufklärung) bzw. gemäß § 630c Abs. 2 BGB (Informationspflicht) genutzt und umgesetzt. Informationen dienen einem allgemeinen Überblick und der Begleitung eines Behandlungsverlaufes, wobei die Weitergabe der Information nicht zwingend an ein Gespräch gebunden ist. Die Aufklärung erfolgt konkret zu einer diagnostischen, therapeutischen oder interventionellen medizinischen Leistung. Diese ist von einer Ärztin oder einem Arzt in einem persönlichen Gespräch durchzuführen und durch den Patienten zu bestätigen. Dementsprechend ist hier für Klarstellung zu sorgen und die Verwendung der Begriffe anzupassen.

Wie das IQTIG in Anhang E2, S. 27 richtig bemerkt, liegt „die primäre Verantwortung für eine umfassende Aufklärung bei den jeweils behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten“. Demzufolge kann die Gesamtverantwortung für alle Qualitätsmerkmale eines Qualitätsaspekts nicht ausschließlich den niedergelassenen Urologinnen und Urologen zugeschrieben werden. Auch an dieser Stelle sind die Begrifflichkeiten „Aufklärung“ und „Information“ klar zu differenzieren. Das Beispiel veranschaulicht

außerdem Probleme der Zuschreibbarkeit (s. o.). Gleiches gilt für das Qualitätsmerkmal „Aufklärung über die Krebsdiagnose und individuelle Prognose“ (Qualitätsmerkmal 1.4). Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Diagnosestellung einschrittig und ausschließlich im ambulanten Sektor erfolgt.

Auslösung der Patientenbefragung

Ein weiterer Auftragsinhalt ist die Erstellung eines Umsetzungskonzeptes mit Auslösung der Befragung in den Krebsregistern durch Übersendung der Patientendaten an die Versendestelle. Das IQTIG stellt hierzu Vorüberlegungen zu drei Szenarien der Auslösung vor, von welchen jedoch lediglich Szenario 1 relevant ist, da nur dieses dem Auftrag entspricht. Die Besonderheit dieses QS-Verfahrens ist es, dass es ausschließlich auf der Verwendung von Sozial- und Krebsregisterdaten beruht und die Krebsregister als Datenannahmestellen vorgesehen worden sind, um keine unnötigen, zusätzlichen Dokumentationsaufwände und weitere Aufwände bei den Ärzten zu erzeugen. Dieses Ziel des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht gerade im Rahmen der Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung weiter. Zusätzliche Aufwände bei Ärzten durch Auslösung der Patientenbefragung in oder über eine medizinische Einrichtung zu generieren, wie in Szenario 2 und 3 beschrieben, widersprechen daher der Beauftragung und sind zu verwerfen.

Fazit

Insgesamt wurden im Zwischenbericht wenig konkrete Ergebnisse zu den Auftragsgegenständen präsentiert. Zudem fehlen relevante Auftragsgegenstände, so dass eine umfassende Prüfung und eine Beurteilung durch die KBV nicht erfolgen konnten. Es wird jedoch bereits jetzt deutlich, dass ein erheblicher Reduktionsbedarf bei den vorgeschlagenen Qualitätsmerkmalen besteht, bevor mit der Entwicklung konkreter Qualitätsindikatoren begonnen werden kann. Um das Befragungsinstrument kompakt und fokussiert zu entwickeln, müssen insbesondere solche Qualitätsmerkmale gestrichen werden, die keine Leistungen der GKV adressieren, für die kein Qualitätsdefizit belegt ist, deren eindeutige Zuschreibbarkeit zu einem Arzt nicht gegeben ist, deren Ergebnis nicht vom Arzt beeinflussbar ist oder deren Inhalte bereits über andere QS-Maßnahmen erfasst werden. Insbesondere dürfen keine Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die einen rechtlich ungeeigneten und unklaren Umgang mit den rechtlich definierten Begriffen „Aufklärung“ und „Information“ beinhalten. Die Auslösung mit Datenübermittlung hat, wie beauftragt, über die Krebsregister zu erfolgen. Hierzu sind durch das IQTIG geeignete Konzepte und Empfehlungen zu erarbeiten.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG: „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG:

„Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“

(Stand: 26.01.2024)

19.02.2024

Ansprechpartner:

Dr. Frank Brunsmann, DBR / ACHSE e. V., 

Stellungnahme

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG: „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“

Bei der Behandlung des lokal begrenzten Prostata-Karzinoms stehen mehrere, gemäß Leitlinie als grundsätzlich gleichwertig anzusehende Behandlungsalternativen zur Verfügung, nämlich die perkutane Strahlentherapie, die Brachytherapie, die radikale Prostataektomie sowie die Aktive Überwachung (Active Surveillance). In dieser Situation kommen der Berücksichtigung der Patientenperspektive und der Kommunikation im Prozess der Diagnostik, Beratung und Behandlung eine besondere Bedeutung zu. Ferner sind wesentliche Elemente der Ergebnisqualität letztlich nur im Rahmen einer Patientenbefragung adäquat abbildbar – so insbesondere die Endpunkte zur erektilen Dysfunktion und zur Harninkontinenz. Der G-BA hat das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung als Instrument im Rahmen eines Qualitätssicherungs-Verfahrens beauftragt. Im Zwischenbericht werden vom IQTIG die bisherigen Entwicklungsergebnisse vorgelegt, damit sie im Beteiligungsverfahren sowohl durch eine schriftliche Kurzstellungnahme als auch im Rahmen eines Workshops kommentiert werden können. Einige Auftragsinhalte wurden mit dem Zwischenbericht nicht vorgelegt und damit aus dem Beteiligungsverfahren herausgenommen. Sie können somit nicht kommentiert werden. Hierzu gehören:

- Darstellung des Stichprobenkonzepts zur Auswahl der Patienten bei den Leistungserbringern
- Geeignete Zeitpunkte der Befragung
- Ausführungen zur etwaigen Online-Befragung
- Empfehlungen zur barrierefreien Durchführung der Patientenbefragung.

Gleichwohl erlauben die im Vorbericht vorgelegten Inhalte eine grundsätzliche Einschätzung zu den vorgeschlagenen Qualitätsaspekten und -merkmalen sowie im Detail Einzelhinweise.

Die Patientenvertretung sieht das gemäß der vorgelegten Methodik entwickelte Set der Qualitätsaspekte und -merkmale als im Wesentlichen relevant und vollständig an. Keiner der aufgeführten Qualitätsmerkmale sollte daher im weiteren Entwicklungsprozess entfallen. Die Einzelmerkmale erscheinen zudem zutreffend beschrieben und begründet.

Bei den folgenden Merkmalen sieht das IQTIG eine nur eingeschränkte Zuschreibbarkeit:

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG: „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“

- Decision Regret
- Hormonell bedingte Beschwerden während der Therapie
- Fortbestehende psychische Belastungen.

Auch hier plädiert die Patientenvertretung für die Beibehaltung, zumindest als Kennzahlen, wenn möglich jedoch als gleichwertige Qualitätsmerkmale. Wenn in einer Einrichtung überzufällig häufig Patienten im Nachhinein angeben, ihre zurückliegende Entscheidung zu bereuen, kann das auf Defizite bei der Informationsvermittlung und Entscheidungsfindung hinweisen.

In Kapitel 6 wird zu Szenario 1 auf die erfahrungsgemäß länderspezifisch unterschiedlichen zeitlichen Abläufe beim Datenfluss zu Registerdaten verwiesen (S. 64). Um hier im Sinne eines bundeseinheitlichen und schnellen Datenflusses einzuwirken, kommen gemäß IQTIG grundsätzlich neue gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben in Betracht, z. B. in der DeQS-RL. Unabhängig hiervon sollte das IQTIG im Abschlussbericht auch eine Möglichkeit vorsehen, die zeitlichen Abläufe so als Kennzahlen abzubilden, dass ein Wettbewerbsrahmen entsteht, welcher eine zügige Datenverfügbarkeit für die Auslösung begünstigt.

Insgesamt stellt aus Sicht der Patientenvertretung der zur Kommentierung vorgelegte Teil der Auftragsbearbeitung eine gute Grundlage für eine die Ziele der Patientenbefragung umsetzende Entwicklungsarbeit dar.

Stellungnahme der Plattform § 65c zur „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht“, Stand 26.01.2024

Über die Plattform § 65c | <https://plattform65c.de>

Die Plattform § 65c wurde im Juli 2015 für die Harmonisierung und den Ausbau einer einheitlichen und flächendeckenden klinischen Krebsregistrierung in Deutschland eingesetzt. Sie ist ein Expertengremium der Gesundheitsministerkonferenz, welches einen dauerhaften fachlichen Austausch der klinischen Krebsregister nach § 65c SGB V gewährleistet. Sie besteht aus jeweils einer Vertreterin/Vertreter der von den Ländern nach § 65c SGB V benannten klinischen Krebsregister.

Magdeburg, den 23.02.2024

Allgemein

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht beauftragt. Zentrale Bestandteile dieser Beauftragung sind:

1. die Entwicklung und Validierung eines verfahrensspezifischen, qualitätsfokussierten Instruments zur Patientenbefragung entsprechend den geltenden wissenschaftlichen Standards,
2. die Erstellung eines Umsetzungskonzepts, einschließlich Datenfluss unter Einbindung der klinischen Krebsregister und Fragebogenlogistik,
3. die Erstellung eines Auswertungs- und Rückmeldekonzepthes (inkl. Musterbericht),
4. die Prüfung, ob eine Umsetzung der Befragung auch als Online-Befragung empfohlen werden kann.

In dem aktuellen Zwischenbericht vom 26.01.2024 wird der Stand der Entwicklungen der Patientenbefragung dargelegt. Er dient als Grundlage für **Durchführung des Beteiligungsverfahrens** gemäß § 137a Abs. 7 SGB.

An diesem Beteiligungsverfahren nehmen die drei (klinischen) Landeskrebsregister der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern teil, um die Sicht der klinischen Krebsregister zu vertreten. Vertreterinnen und Vertreter dieser drei Länder haben die bisher angedachten Szenarien der Anbindung der Krebsregister im Rahmen der Plattform § 65c mit weiteren Krebsregister besprochen, um in ihrer Stellungnahme eine möglichst gemeinsame Position der Krebsregister vertreten zu können.

Im Kapitel 6 des vorliegenden Zwischenberichts werden konkrete Empfehlungen für den Regelbetrieb aufgeführt sowie die Einbindung der klinischen Krebsregister in den Ablauf anhand von 3 Szenarien skizziert:

1. **Direkte Auslösung über die klinischen Krebsregister**, bei der die klinischen Krebsregister als Datenannahmestellen fungieren und befragungsrelevante Daten (Adress- und behandlungsspezifische Daten) direkt an die VPB weiterleiten

2. **Indirekte Auslösung über die klinischen Krebsregister** durch Rückmeldung der betreffenden Fälle an die Leistungserbringer, bei der die Leistungserbringer die befragungsrelevanten Daten über die etablierten Datenannahmestellen an die VPB weiterleiten
3. **Auslösung über fallbezogene QS-Dokumentation** bei den Leistungserbringern, bei der die Leistungserbringer die befragungsrelevanten Daten über die etablierten Datenannahmestellen an die VPB weiterleiten, bei der die klinischen Krebsregister nicht in den Datenfluss eingebunden sind

Die Krebsregister favorisieren **Szenario 1** - eine direkte Auslösung über die klinischen Krebsregister. Die anderen zwei dargestellten Szenarien werden für aufwändiger (Szenario 2) gehalten bzw. schöpfen nicht das Potenzial aus, was mit dem Aufbau der klinischen Krebsregistrierung geschaffen wurde (Szenario 3) und würden unnötige Doppelstrukturen benötigen bzw. die Leistungserbringer sehr stark in die Pflicht nehmen.

Bei Szenario 1 sind allerdings die rechtlichen Voraussetzungen zu prüfen und ggf. sicherzustellen. Unklarheit besteht darin, ob die gesetzlichen Grundlagen ausreichen, ob die Landeskrebsregister Adressdaten an eine Dritte Stelle (Versendestelle IQTIG) übermittelt dürfen. Alternativ bestünde die Möglichkeit, dass die Landeskrebsregister den Versand eigenständig übernehmen und dafür im Zuge einer Auftragsdatenverarbeitung einen externen Dienstleister für den Versand einsetzen. Die Krebsregister behalten in diesem Fall die Hoheit über die Adressdaten.

Im Bereich der Forschung bestehen schon bei einigen Krebsregister Erfahrungen mit dem Versand von Fragebögen bzw. der Abfrage, ob Adressdaten an Dritte weitergegeben werden dürfen. Letzteres funktioniert, hat aber in der Praxis häufig eine relativ niedrige Rücklaufquote (Bei den Rekontaktierungsprojekten in NRW, lag beispielsweise diese zwischen 10 und 15 %).

Zu berücksichtigen sind **für Szenario 1** folgende Punkte:

- Prüfung und ggf. Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingung
- Einbindung der Krebsregister bei der Etablierung der Prozesse und Schnittstellen
- Patienten, die einer Verarbeitung im Krebsregister widersprochen haben, können aus Sicht der Krebsregister nicht berücksichtigt werden, da hier im Zweifel auch technisch kein Zugriff mehr auf Adressdaten möglich ist
- Besondere Aufbereitung der Adressdaten vor Versand ist notwendig (beispielsweise ein aktueller Vitalstatusabgleich, um sicherzustellen, dass die Personen noch leben). Auch zeigen Erfahrungen, dass betroffene Patienten vermehrt Rückfrage stellen und dass dies zusätzliche personelle Ressourcen benötigt. Genaue Aufwände lassen sich schwer abschätzen, werden sicherlich bei Einführung höher liegen als später in der Routine und werden sicherlich Einfluss auf die durchschnittlichen Betriebskosten haben.

Dr. Kerstin Weitmann
Zentralstelle der Krebsregistrierung, KR M-V



Andrés Schützendübel
Landeskrebsregister NRW gGmbH



Tobias Hartz
Klinisches Krebsregister Niedersachsen



Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)