



## **Stellungnahme des DNVF zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“**

(Bearbeitung: AG QPSF, Mitwirkende hier: Geraedts, Broge, Leitsmann)

### Vorbemerkung

Das IQTIG legt einen 220-seitigen Vorbericht zum Auftrag des G-BA zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zum lokal begrenzten Prostatakarzinom vor, ergänzt um einen 148-seitigen Anhang mit dem Indikatorenset und einen weiteren 277-seitigen Anhang mit methodischen Ergänzungen.

Das DNVF beschränkt sich in seiner Stellungnahme nur auf wenige Punkte, denen aus der Perspektive der Gesundheitsversorgungsforschung Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

### Stellungnahme

Grundsätzlich ist zunächst festzustellen, dass der Vorbericht äußerst sorgfältig, ausführlich und transparent den Entwicklungsprozess des Indikatorensets, bestehend aus 14 Qualitätsindikatoren und 14 Kennzahlen, beschreibt. Die Analyse der Leitlinien, Literatur und Qualitätsindikatordatenbanken, ergänzt um die Kommentierung der Expertenrunde, entspricht dem wissenschaftlichen Standard.

Anzumerken bleibt dennoch, dass im Ergebnis ein Indikatorenset resultiert, das sich zum großen Teil auf Indikatoren zur Patientensicherheit, ergänzt um wenige Indikatoren zur Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung beschränkt. Es fehlen Indikatoren zur Indikationsqualität und Patientenorientierung, z. B. zum Aspekt prätherapeutische Tumorbords und Zweitmeinungsverfahren (siehe S3-Leitlinie PCA: „Patienten, für die eine kurative Therapie in Frage kommt, sollte vor der Therapieentscheidung angeboten werden, sowohl von einem Urologen als auch von einem Strahlentherapeuten über die Vor- und Nachteile der radikalen Prostatektomie und der Strahlentherapie aufgeklärt zu werden. Anmerkung: Diese Empfehlung gilt auch für das lokal fortgeschrittene Prostatakarzinom“).

Im Vorbericht wird darauf verwiesen, dass zusätzlich eine Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung notwendig sei, um diese wichtigen Aspekte berücksichtigen zu können. Die berichteten internationalen Indikatorensammlungen beinhalten jedoch bereits Indikatoren zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und zur Lebensqualität, die gerade bei diesem Krankheitsbild von besonderer Bedeutung sind und aus Sicht des DNVF bereits von Anfang an Berücksichtigung finden sollten. Dies gilt auch für den Aspekt Harninkontinenz und erektile Dysfunktion, wobei diese PRO zumindest hilfsweise über Routinedaten (z.B. Heilmittel- und Arzneimittelverordnungen) erfasst werden könnten.

Darüber hinaus sind einige Indikatoren vom Expertengremium abgelehnt worden, deren Berücksichtigung für eine umfassende Qualitätsbewertung aus unserer Perspektive wichtig wären. Da dies mehrfach mit einer unzureichenden Zuschreibbarkeit der Ergebnisse zu einzelnen Leistungserbringern begründet wird, möchten wir anmahnen, dass hier ein Perspektivenwechsel hin zu einer regionalen Betrachtung der Qualität der Versorgung stattfinden sollte. Wenn die Verantwortung für die Qualität der Versorgung dem Netzwerk der an der Versorgung des einzelnen Patienten beteiligten Leistungserbringer zugeschrieben wird, dann wären genau solche Indikatoren, wie sie jetzt abgelehnt wurden, von großem Interesse.

Aus Sicht des DNVF ist der gewählte Ansatz der Verknüpfung der Sozialdaten der Krankenkassen mit den Daten der klinischen Krebsregister ohne eine gesonderte, nur für den Zweck der Qualitätssicherung durchzuführende Datenerhebung bei den Leistungserbringern, als hoch spannend anzusehen. Gleichzeitig wird im Vorbericht deutlich, dass hierbei viele ungelöste Probleme auftauchen, bei denen der Zeithorizont für eine Lösung und damit für das gesamte im Vorbericht entwickelte Verfahren nicht deutlich gemacht wird. Zu nennen sind die Heterogenität der Datenerfassung in den klinischen Krebsregistern, die unzureichende Vollständigkeit der Erfassung, die in einzelnen Ländern bestehende Möglichkeit der Patientinnen, die Verarbeitung ihrer Daten in den klinischen Krebsregistern auszuschließen und die hochkomplexe Verknüpfung der beiden Datenbestände.

Letztlich macht das IQTIG deutlich, dass eine zeitnah operative Umsetzung dieses Qualitätssicherungsverfahrens nicht zu erwarten ist. Für die Umsetzung eines Regelbetriebs sind z. T. Anpassungen der Ländergesetzgebung / ggf. auch Bundesgesetzgebung und die Erstellung neuer Richtlinien notwendig, deren zeitliche Umsetzung unkalkulierbar scheint. Genauso kann die Dauer bis zur Einführung einer spezifischen Abrechnungsziffer zur multiparametrischen MRT kaum eingeschätzt werden, die für drei der prozessbezogenen Qualitätsindikatoren und vier Kennzahlen notwendig wäre. Auch hier stellt sich die Frage, ob eine entsprechende Umsetzung wirklich realistisch ist. Bisher ist Ähnliches in der Qualitätssicherung jedenfalls selten gelungen.

Darüber hinaus wird aber auch deutlich, dass mit diesem Qualitätssicherungsverfahren kaum der Zweck der Unterstützung des internen Qualitätsmanagements verfolgt werden kann, wenn zum Beispiel klar ist, dass bei Nutzung allein dieser Datenquellen eine erhöhte Komplikationsrate bei einzelnen Leistungserbringern im Vergleich zu anderen Leistungserbringern erst frühestens zwei Jahre nach dem Auftreten der Häufungen zu erkennen sein wird.

### Fazit

Aus der Perspektive der Gesundheitsversorgungsforschung hat das IQTIG ein methodisch sauber erarbeitetes Konzept vorgelegt, bei dem neue Datenquellen für die externe Qualitätssicherung nutzbar gemacht werden sollen. Das vorgeschlagene QS-Verfahren erscheint in dieser Form jedoch gar nicht oder nur mit erheblichen Verzögerungen umsetzbar. Als Option könnte daher ein „abgespeckter“ Einstieg, nur mit Routinedaten ergänzt werden bzw. eine Reihenfolge Sozialdaten, Patientenbefragungen und erst am Schluss Krebsregister für die Umsetzung vorgesehen werden. Letztlich muss man sich aber auf der Basis der Hinweise auf die zeitlichen Verzögerungen grundsätzlich fragen, ob diese Form der Qualitätssicherung überhaupt geeignet sein kann, qualitative Unzulänglichkeiten frühzeitig zu erkennen und für eine Abhilfe zu sorgen.

<https://www.dnvf.de>

### **Kontakt:**

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.  
Dr. Thomas Bierbaum (Geschäftsführer)  
c/o DNVF-Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Straße 8



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

14057 Berlin

E-Mail: [info@dnvf.de](mailto:info@dnvf.de) Tel.: 030 1388 7070