

GESCHÄFTSSTELLE

DGOU-/ DGOOC-/ DGU-Geschäftsstelle · Straße des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

Frau

Jana Holland

Referat 311 – Medizinische Datenbanken und Register

Bundesministerium für Gesundheit

Rochusstraße 1

53123 Bonn

Per E-Mail: 311@bmg.bund.de

DGOU e. V. / DGOOC e. V. / DGU e. V.

Straße des 17. Juni 106-108

(Eingang Bachstraße)

10623 Berlin

Tel.: +49 30 3406036-00

Fax: +49 30 3406036-01

office@dgou.de

www.dgou.de

Berlin, 08.01.2021

**Gemeinsame Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten**

Sehr geehrte Frau Holland,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten, welche von Professor Axel Hillmann und Professor Burkhard Lehner, Vorsitzende der DGOOC Sektion Muskuloskelettale Tumoren, erstellt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dietmar Pennig
Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGU

Prof. Dr. Bernd Kladny
Stellv. Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGOOC

Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)

Präsident: Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. Michael J. Raschke
Generalsekretär: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny

DGOU-Bankverbindung: APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED3

DGOU-Steuer-Nr. 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953

**Gemeinsame Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten
durch das Bundesministerium für Gesundheit**

Für die Verbesserung der Behandlung von krebserkrankten Patienten ist der Aufbau einer flächendeckenden klinischen und epidemiologischen Krebsregistrierung ausgesprochen sinnvoll und auf jeden Fall zu unterstützen.

Die dadurch entstehenden Registerdaten können Voraussetzung für eine Optimierung der Behandlung für diese Patienten darstellen. Den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten heißen wir grundsätzlich für sehr gut und er ist daher prinzipiell zu fördern.

In dem Referentenentwurf, der ja Dokumentationsaufgaben aufgreift, die bislang von den onkologischen Zentren bereits erbracht werden, sind Punkte enthalten, die hinsichtlich ihrer Semantik allerdings noch spezifiziert werden müssen; ein Beispiel ist u.a. § 5 Punkt 3a, in dem gefordert wird, dass zum Thema Operation die Anzahl der Tage zwischen dem Tag der Diagnose und dem Tag der Operation aufgeführt wird; die Definition, wann eine Diagnose als gesichert gilt, ist allerdings nicht erfasst. Nachberichte der Pathologen lassen manchmal die Diagnose unpräzise erscheinen, ebenso wie die Notwendigkeit, in manchen Fällen eine Referenz einzuholen. Der Begriff der „Intention“ muss genau definiert werden; dies impliziert auch eine Unschärfe zu der Frage und § 5 Punkt 3c, Anzahl der Tage von Diagnosestellung bis Beginn der Therapie; in diesem Punkt haben wir bereits in unseren Statuten die Forderung einer Einhaltung einer höchstens zulässigen Anzahl von Tagen zwischen Telefonanruf und Termin in der Sprechstunde, zwischen Verdachtsdiagnosestellung (anhand der Bildgebung und des klinischen Befundes) bis hin zur bioptischen Diagnosesicherung erhoben; auch unter diesem Punkt gilt eine Präzisierung als dringend erforderlich. Die von der Deutschen Krebsgesellschaft geforderten und in unseren Zertifizierungsrichtlinien streng überprüften Vorgaben, Patienten in einem interdisziplinären Tumorboard **VOR** Einleitung einer Therapie vorzustellen und individuell zu diskutieren, findet in dem Referentenentwurf keine ausreichende Berücksichtigung hinsichtlich der Zeitvorgabe; das Einholen einer Zweitmeinung, die wir in manchen Fällen als sehr sinnvoll erachten und die in anderen Bereichen der orthopädischen Chirurgie inzwischen Standard sind und auch von den Kostenträgern unterstützt wird, können zu einer Verzerrung von dokumentierten Zeitintervallen führen, die so in der Dokumentation zu Fehlinterpretationen verleiten können.

Für die Übermittlung der „Intention“ (§ 5 Punkt 3 a) einer Operation sollte eine klare Festlegung der Möglichkeiten bestehen, wie Probegewinnung, Tumorsektion unter einem kurativen oder palliativen Ansatz.

Die Dokumentation der Art der Operation nach dem OPS-Schlüssel ist sehr sinnvoll, die Angabe des Residualstatus lokal nach Abschluss der Operation jedoch auch nur unter Kenntnis weiterer Informationen sinnhaft zu interpretieren. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass auch die Therapiemöglichkeit einer geplanten Belassung mikroskopischer Tumoranteile (R1-Resektion geplant), zur Erhaltung neuraler oder vaskulärer Strukturen, eine mögliche operative Vorgehensweise sein kann.

Die Vergütung der Leistungserbringung ist bisher nur unzureichend geregelt; über Krankenkassenvereinbarungen und über das Landesamt Gesundheit und Lebensmittel (LGL) werden Sätze im Rahmen der onkologischen Zentren gezahlt, die allenfalls anteilig die Kosten der Dokumentation decken können. Auch hier sollte eine klare Richtlinie, die sich an den tatsächlichen Kosten, ähnlich wie es in dem Gesetzentwurf für andere Leistungserbringer im Rahmen der Zusammenführung der Krebsregisterdaten aufgeführt ist, erstellt werden, um Kosten nicht aus dem Gesundheitssystem, die letztlich für die Versorgung auch der Tumorpatienten gedacht ist, abführen zu müssen.

Aus diesem Grunde möchten wir den Referentenentwurf grundsätzlich sehr befürworten und werden ihn auch am kommenden Mittwoch, den 13.1.2021, im Rahmen der Anhörung sehr positiv begleiten. Wir halten es für unbedingt erforderlich, ähnlich wie die wissenschaftlichen Daten in der Etablierung der onkologischen Zentren zur Verbesserung der Versorgungsqualität gezeigt haben, ein Register aufzubauen, was die in der Form aufgeführten Daten zusammenführen kann. Die Möglichkeit, durch unsere Expertise im Beirat gemäß § 3 oder aber als Einzelsachverständige gemäß § 3 (2) 11. würden wir, sofern sie uns eingeräumt werden würde, sehr gern wahrnehmen.

Gez. Professor Axel Hillmann

1. Vorsitzender der DGOOC-Sektion Muskuloskelettale Tumoren

Gez. Professor Burkhard Lehner

2. Vorsitzender der DGOOC-Sektion Muskuloskelettale Tumoren