

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren (Harnblase, Niere, Hoden)

05.05.2022, 11:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Fichtner, Prof. Burchardt

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Wesselmann)

Die Sprecher begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Uroonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde. Es wird auf die Aufzeichnung der Sitzung zu Protokollzwecken hingewiesen. Die Aufnahme wird nach Erstellung und Genehmigung des Protokolls gelöscht.

Es werden die Ergebnisse des Innovationsfond geförderten WiZen_Projekts vorgestellt. In der Kohortenstudie mit Daten der GKV u. der klinischen Krebsregister, wurde auf Basis von > 1 Mio Pat.daten ein aggregierter Vergleich zertifizierter Zentren mit nicht zertifizierten Kliniken hinsichtlich u.a. Überleben, Rezidivfreies Überleben für 8 Entitäten durchgeführt (Kolorektales, Pankreas-, Mamma-, Prostata- und Lungenkarzinom, Gynäkologische, Kopf-Hals- und neuroonkologische Tumoren). Es zeigt sich ein Überlebensvorteil für Patientinnen und Patienten mit Krebs, die in zertifizierten Zentren behandelt werden. Ihre Sterblichkeitsrate lag bei allen acht untersuchten Krebserkrankungen niedriger als bei Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, die nicht von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert waren.

Ergebnisse WiZen_Projekt: https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/termine/foliensatz_ergebnisse_wizen.pdf

TOP 1 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems Harnblase und Niere (OnkoZert/Odenwald)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Zum 31.12.2021 gab es 46 zertifizierte Uroonkologische Zentren an 47 Standorten (19 Standorte UZ mit 2 Organen und 28 Standorte UZ mit 3 Organen). 5 Standorte befinden sich im Ausland. 33 Zentren (mit 34 Standorten, 3 im Ausland) sind für das Modul Harnblase, 44 Zentren (mit 45 Standorten, 5 im Ausland) für das Modul Niere zertifiziert.

2021 wurden 18 Zertifikate (Harnblasenkrebszentren) neu erteilt, 1 Zertifikat wurde beendet. Für das Modul Niere wurden 2021 23 Zentren neu zertifiziert.

TOP 2 Vorstellung der Kennzahlenauswertung für die Module Harnblase und Niere (Vorsitzende/Wesselmann)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2021 werden vorgestellt: Insgesamt zeigt sich bei der Entwicklung der Fallzahlen im ersten COVID-Jahr ein heterogenes Bild. Die Umsetzung der Qualitätsindikatoren der LL sind in den Jahresberichten dargestellt. Begründungen der Zentren und Einschätzungen der Fachexperten wurden pro QI ausgewertet und zusammengefasst.

TOP 3 Diskussion und Konsentierung der Änderungseingaben für die Module Harnblase und Niere (Vorsitzende/Wesselmann)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

Während der Sitzung wird der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen beraten. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Uroonkologische Zentren:

1.2.1.a) Anzahl Primärfälle – Definition Primärfälle

Die Definition des Zählzeitpunktes bei Erstdiagnose wird redaktionell von „Datum des histopathologischen Befundes“ auf „Datum Biopsie“ an den onkologischen Basisdatensatz angepasst.

1.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Tumorkonferenz –

Harnblase:

Aufgrund des festgelegten Therapiealgorithmus bei in-situ-Karzinomen wird diskutiert, ab welchem Tumorstadium verpflichtend die Vorstellung in der Tumorkonferenz erfolgen muss. In der Kommission ist unstrittig, dass alle Patientinnen und Patienten, die interdisziplinär behandelt werden u./o. bei denen die Frage eines Organerhaltes im Raum steht, der Behandlungsplan interdisziplinär in der Tumorkonferenz festgelegt werden soll. Die Anforderung wird daher wie folgt angepasst:

- Vorzustellen sind: Fälle nach TUR-B (mind. T1 high-grade, T2 ~~u/o~~ Cis) und nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+) sowie Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) u/o Rezidive nach TUR-B (mind. T1 high-grade u/o Cis) und nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+)

Die Teilnahme der Nuklearmedizin an der Tumorkonferenz mind. alle vier Wochen ist nicht für die Module Harnblase und Niere verpflichtend. Der Passus wird daher redaktionell angepasst.

1.4. Psychoonkologie

Die Vertreter der Psychoonkologie wollen die Erfassung des Screenings auf psychoonkologischen Betreuungsbedarf und den Umgang mit überschwellig belasteten Patientinnen und Patienten organübergreifend neu regeln. In diesem Sinne werden folgende Anforderungen angepasst:

„Dokumentation und Evaluation

Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl ‚Psychoonkologisches Distress-Screening‘) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.

Psychoonkologische Betreuung

Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.“

1.6.6. Patientenbeteiligung - Veranstaltung für Patientinnen und Patienten

Die Kommission der Sprecher schlägt einen einheitlichen, entitätsübergreifenden Passus zur Finanzierung von Patientenveranstaltungen vor: „Sofern Patientenveranstaltungen von der Industrie (mit-)finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Patientinnen und Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.“

Der Vorschlag wird angenommen.

1.9.1. Allgemeine Versorgungsbereiche – Supportive Therapie

Die Eingabe der Kommission der Sprecher und der Zertifizierungskommission, Anforderungen an die Ernährungsberatung aufzunehmen und mit den Regelungen im EB OZ zu harmonisieren, wird angenommen:

- Ernährungsberatung muss Bestandteil des UOZ sein, eine SOP sollte zur Verfügung stehen
- Bedarf für Ernährungsberatung ist pat.bezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen

- Das metabolische Risiko („Nutritional Risk“) sollte spätestens bei der stationären Aufnahme mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden.

2.1.2. Sprechstunde – Wartezeiten nach Indikationsstellung

Die Anforderungen an die Wartezeiten werden redaktionell angepasst („Vorstellung prätherapeutische Konferenz bzw. Tumorkonferenz < 2 Wochen “ statt „Vorstellung prätherapeutische Konferenz < 2 Wochen“). Der Zeitraum bis zur Besprechung der Therapieempfehlung darf weiter nicht länger als 6 Wochen betragen.

3. Radiologie

Die Erreichbarkeit eines Radiologen außerhalb der Regeldienstzeit wird näher geregelt und folgende Anforderung neu aufgenommen: „Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie während der Arbeitszeit, 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten ggf. über Kooperation (einschließlich Wochenenden und Feiertage)“

4.1. Nuklearmedizin – Fachärzte für Nuklearmedizin

Zur Harmonisierung der Anforderungen „Nuklearmedizin“ hat die Kommission der Sprecher in Abstimmung mit der Dt. Gesellschaft für Nuklearmedizin die Anerkennung von Radiologen mit Zusatzweiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik für die Module Blase und Niere als Mindestanforderung vorgeschlagen. Die Eingabe wird angenommen.

4.3. Nuklearmedizin - Methoden

Die Eingabe der Dt. Gesellschaft für Nuklearmedizin, dass die Knochenszintigraphie auch für das Modul Niere obligat vorzuhalten ist (für Harnblase und Niere ggf. in Kooperation), wird angenommen.

5.2.1. Organspezifische Operative Therapie – Operative Expertise Zentrum

Die Anregung bei der operativen Expertise des Nierenzellkarzinoms neben partiellen Nierenresektionen (5-553) auch Nephro(ureter)ektomien (5-554) aufgrund von Urothelkarzinomen des Nierenbeckens, Onkozytomen, Angiomyolipomen und anderen Tumoren zu berücksichtigen, wird diskutiert. Es wird die von der definitiven Diagnose unabhängige Komplexität des Eingriffs hervorgehoben. Die operative Expertise (KeZa 12) in den Zentren mit der geforderten Anzahl an Zentrumsfällen ist trotz der Einschränkungen durch die Covid-Pandemie ausreichend hoch, so dass eine Anpassung unter den jetzigen Unsicherheiten der Covid-Pandemie, nicht erforderlich erscheint. Eine Erweiterung des Indikationsspektrums würde auch den eindeutigen Bezug auf die S3-Leitlinie Nierenkarzinom aufgeben. Nach Aktualisierung der WHO-Klassifikation für Nierentumore soll geprüft werden, ob sich der Geltungsbereich der LL ändert und somit die der Indikator-OP zugrunde liegenden Diagnosen angepasst werden müssen.

Die S3-Leitlinie „Harnblasenkarzinom“ adressiert auch pTa/is-Tumoren. Die Eingabe, die Indikationen D09.0 und D41.4 bei der operativen Expertise zu berücksichtigen, wird daher angenommen.

6.2.1. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie – Ärztliche Qualifikation

Die Anforderungen an die Qualifikation von FÄ Urologie für die Durchführung von medikamentösen onkologischen Therapien wird an die Muster-WBO (2018) angepasst.

10.11. Tumordokumentation/Ergebnisqualität – Erfassung Follow-up

Auf Vorschlag eines Zentrums wird für Harnblasenkarzinome das Follow-up angepasst: für Tumore im Stadium 0, a/is (Ta/Tis N0 M0) sind keine Follow-up Daten zu erheben.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Niere

Basisdaten

Die ICD-Codes für fokale Therapien werden angepasst und beziehen sich, den Empfehlungen der LL folgend, weiterhin ausschließlich auf Kryoablation und RFA.

KeZa 3: Psychoonkologisches Distress-Screening

Die Eingabe der PSO zur Durchführung des Screenings wird über eine Modifikation der KeZa 3 aufgegriffen. Zukünftig wird mit einer Sollvorgabe von 65% die Rate der Patientinnen und Patienten mit psychoonkologischem Distress-Screening erfasst.

KeZa 11: Empfehlung zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/Denosumab-Therapie

Die Eingabe der AIO/IAGN, den QI der LL supportive Therapie zu streichen, wird nicht angenommen.

An die LL-Gruppe soll die Frage widerspiegelt werden, inwieweit bei klinischer Zahnlosigkeit eine radiologische Diagnostik die zahnärztliche Untersuchung ersetzen kann.

KeZa 14: NEU – Postoperative Mortalität

Auf Vorschlag der Kommission (Sitzung 05/2020) wird die Einführung einer Kennzahl zur Erfassung der postoperativen Mortalität geprüft. Diese wird (analog zur Kennzahl 15, Modul Blase) als 90d-Mortalität (zunächst ohne Sollvorgabe, jedoch mit einer Plausibilitätsgrenze von >5%) definiert.

Als weiteres Ergebnis der Kennzahldiskussion wird festgehalten, dass in der AG QI der LL Nierenkarzinom die Datenlage über in-house-, 30d- bzw. 90d-Mortalität als QI/KeZa geprüft werden soll.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Harnblase

KeZa 2a): Vorstellung Tumorkonferenz

Zukünftig sind Primärfälle nach TUR-B mit Tumor ab T1 high-grade bzw. T2, nicht jedoch Tis, sowie Primärfälle nach totaler/partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+) vorzustellen.

KeZa 3: Psychoonkologisches Distress-Screening

Analog zum Datenblatt wird zukünftig mit einer Sollvorgabe von 65% die Rate der Patientinnen und Patienten mit psychoonkologischem Distress-Screening erfasst.

KeZa 10: Simultane Radiochemotherapie (RCT) (LL QI)

Die Durchführung der simultanen Radiochemotherapie wird u.a. aufgrund von Patientenalter und Komorbidität aus radioonkologischer Sicht als schwierig eingeschätzt. Die Kennzahl wird erst seit dem Kennzahlenjahr 2019 erfasst. Die Kommission beschließt die Sollvorgabe von 90% zunächst nicht zu ändern. Aufgrund der Komplexität der Frage soll diese an die AG QI der LL zurückgespiegelt werden. Diese soll prüfen, ob die Intention der Empfehlung durch den QI erfasst wird und ob die Empfehlung mit Blick auf die Chemotherapie (Substanz, Sensitizing) spezifiziert werden kann.

KeZa 16: Empfehlung zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/Denosumab-Therapie

Der QI der LL supportive Therapie wird nach Eingabe durch die Kommission auch in das Modul Blase als Kennzahl aufgenommen (Sollvorgabe >90%).

TOP 3 Konsentierung der Anforderungen Modul Hodenkrebs (Vorsitzende/ Wesselmann)

Die Anforderungen für das Modul Hoden werden erstmalig konsentiert. Zukünftig wird es möglich sein, im Kontext von Uroonkologischen bzw. Onkologischen Zentren auch Hodenkrebszentren zertifizieren zu lassen. Die allgemeinen für die Uroonkologischen Zentren geltenden Anforderungen werden für das Modul Hodenkrebs übernommen. Zudem werden im Erhebungsbogen die folgenden organspezifischen Anforderungen definiert:

1.2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Anzahl Fälle im Zentrum

Das Zentrum muss jährlich 15 Patienten mit der Primärdiagnose

- eines Keimzelltumors des Hodens inkl. seiner Vorstufen (Keimzellneoplasie in situ) oder
- eines extragonadalen Keimzelltumor (s. Diagnoseliste im Datenblatt)

behandeln

1.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Tumorkonferenz

Teilnehmer:

- Urologie, internistische o. urologische Onkologie (Qualifikation s. Kapitel 6.2), Strahlentherapie, Pathologie, Radiologie, bei Bedarf Viszeral-/Thoraxchirurgie, Nuklearmedizin, Andrologie

Für das Modul Hoden ergibt sich damit eine Anpassung der Anforderung 1.1.1:

1.1.1 Hinzuzuziehende Fachdisziplinen u.a lt ASV-RL (Kooperationsvereinbarung nicht notwendig, stattdessen z.B. SOP)

- Gefäßchirurgie
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Viszeralchirurgie
- Gynäkologie/Gyn. Onkologie
- Thoraxchirurgie
- Physiotherapie
- Andrologie (fakultativ für Hoden)

Die Anforderung wird zunächst wie dargestellt aufgenommen und in der nächsten Sitzung nochmals besprochen.

Die Vorgabe, dass alle Patienten mit Erstdiagnose eines gonadalen Keimzelltumors nach Ablatio testis in der Tumorkonferenz, insbesondere im Stadium I, vorzustellen sind, wird ausgiebig diskutiert. Um der Kommission eine Übersicht über die zukünftigen Behandlungsstrukturen zu geben, wird die Vorgabe angenommen, soll aber zukünftig geprüft und ggf. angepasst werden. Es wird folgender Passus in den EB aufgenommen:

„Vorstellen sind:

- postoperativ alle Patienten mit Erstdiagnose
- alle Patienten mit (gonadalem/extragonadalem) Keimzelltumor, die nach Chemotherapie einen Residualtumor aufweisen
- prätherapeutisch alle Patienten mit
 - Rezidiv u./o. neu aufgetretenen Fernmetastasen
 - primärer Chemotherapie
 - extragonadalem Keimzelltumor“

1.2.6c Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Vorbereitung Tumorkonferenz

In Vorbereitung der Tumorkonferenz ist die Frage zu klären und in die zu verteilenden Pat.informationen aufzunehmen, ob mit dem Patienten der Fertilitätserhalt besprochen wurde.

1.2.7 Metastasierte Tumoren

Die Anforderungen für die Module Niere und Harnblase gelten auch für das Modul Hodenkrebs: „Verfahren für die Versorgung (Diagnose/ Therapie) von Pat. mit Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade – ein schriftliches Verfahren zur systemischen Therapie bei metastasierten Pat. muss vorliegen).“

1.7 Liste der Studien - Hoden

Für das Modul Hoden wird eine Studienliste mit Spalten für Verantwortlichkeit, Name der Studie und Anzahl der rekrutierten Zentrumspatienten in den EB integriert.

2.1.5 Sprechstunde

Aufgrund des jungen Alters von Hodenkrebs-Patienten sind Anforderungen für Prozesse zum Fertilitätserhalt in einem Zentrum unerlässlich. Diese werden wie folgt definiert:

Fertilitätserhalt

- Allen Patienten mit Verdacht auf einen Keimzelltumor soll vor Therapiebeginn, (vor Ablatio testis, spätestens vor einer Chemo- oder Radiotherapie) eine Kryokonservierung von Spermatozoen angeboten werden.

Das Gespräch muss dokumentiert werden.

- Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen.
- Die SOP Fertilitätserhalt kann unter folgendem Link heruntergeladen werden:
<https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

5.2.8 Organspezifische Operative Therapie – Operateure Niere/Harnblase

Operateure Niere können auch Prostata-/Harnblasen-/Hoden-Operateure und Operateure Harnblase können auch Prostata-/Nieren-/Hoden-Operateure sein.

5.2.8 Organspezifische Operative Therapie – Operateure Hoden

Für das Modul Hoden sind, wie für die Module Niere und Harnblase, mind. 2 Operateure namentlich zu benennen. Die Operateure können auch Prostata-/Nieren/Harnblasen-Operateure sein.

Als Indikator-OP für Hoden-Operateure wird sich auf die retroperitoneale (paraaortale/paracavale) Lymphadenektomie geeinigt (OPS 5-404.d/e, 5-407.2). Diese ist von den benannten Operateuren unabhängig von der Indikation/Diagnose mind. 3x/Jahr durchzuführen; für die Zulassung als neuer Operateur sind mind. 9 retroperitoneale Lymphadenektomien in den letzten 3 Jahren gefordert.

Für das Modul Hoden wird eine Tabelle für die benannten Operateure eingefügt.

6.2.5 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Die Anforderung von Systemtherapien bei mind. 20 urologischen Patienten/Jahr bzw. mind. 5 Patienten mit Keimzelltumor wird von den anderen urologischen Modulen übernommen bzw. angepasst.

7 Radioonkologie

Im Kapitel 7 bzw. dem radioonkologischen EB werden für das Modul Hoden keine spezifischen Anforderungen ergänzt.

8 Pathologie

Der histopathologische Befundbericht (Kapitel 8.11 EB Pathologie) muss die in der LL Keimzelltumore des Hodens geforderten Parameter enthalten (s. Empfehlung 6.17 bzw. Q12 der Leitlinie 1.1).

10.8 Tumordokumentation/Ergebnisqualität- Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität

Die Anforderungen des Kapitels 10 und insbesondere des Kapitels 10.8 gelten auch für Modul Hoden.

Datenblatt/Kennzahlen Hoden

Basisdaten

In den Basisdaten werden die Keimzelltumore des Hodens kategorisiert nach Seminomen und Nicht-Seminomen Stadien-abhängig aufgeführt. Die Erfassung erfolgt dabei in Abhängigkeit von der nachfolgenden Therapie (nach Ablatio testis/Organerhaltenden Resektion).

Gesondert werden Keimzelltumore aufgeführt, die wegen Dringlichkeit mit einer primären Chemotherapie behandelt wurden oder extragonadal lokalisiert sind, sowie Lokalrezidive u./o. sekundäre Fernmetastasen.

Die zweite Seite des Datenblattes definiert über eine ICD-O Liste (Morphologie/Topographie) die Primärtumoren im Modul Hoden.

KeZa 1 Anzahl der Primärfälle

Im Zentrum sind ≥ 15 Patienten mit Erstdiagnose eines gonadalen/extragonadalen Keimzelltumors inkl. seiner Vorstufen pro Jahr zu behandeln.

KeZa 2 Tumorkonferenz

Als KeZa 2a wird die Vorstellung von Primärfällen, die nach Ablatio testis/Organerhaltender OP in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, definiert.

Die KeZa 2b erfasst Patienten, die mit einem Residualtumor nach Chemotherapie in der Tumorkonferenz vorgestellt werden (Leitlinien-QI).

Patienten mit Rezidiv u./o. sekundärer Fernmetastasierung, primärer Chemotherapie o. extragonadalem Keimzelltumor, die prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, gehen in die KeZa 2c ein.

Für die Kennzahlen 2a, 2b, und 2c werden Sollvorgaben von $\geq 95\%$ festgelegt.

KeZa 3 psychoonkologisches Distress-Screening

Analog zu den modifizierten Kennzahlen in den Modulen Harnblase und Niere wird für das Modul Hoden eine Kennzahl für das Psychoonkologische Distress-Screening mit einer Sollvorgabe von mind. 65% implementiert.

KeZa 4 Sozialdienst u. KeZa 5 Studienpat.

Diese Kennzahlen werden aus den Modulen Harnblase und Niere mit einer Begründungspflicht von $< 50\%$ bzw. einer Sollvorgabe von $\geq 5\%$ überführt.

KeZa 6 Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht

Der QI2 „Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht“ wird mit einer Sollvorgabe von $\geq 80\%$ aus der Leitlinie Keimzelltumore des Hodens übernommen.

KeZa 7 Angebot Kryokonservierung

Diese Kennzahl erfasst mit einer Begründungspflicht von $\leq 80\%$ die Patienten, die vor Therapie das Angebot einer Kryokonservierung erhalten haben.

KeZa 8 Aktive Überwachung

Mit dem Ziel einer adäquaten Anzahl der LL-gerechten aktiven Überwachung erfasst diese Kennzahl Primärfälle mit Seminom im Stadium I (pT1-4, N0 M0), die aktiv überwacht werden. Die Sollvorgabe wird bei $\geq 70\%$ festgelegt.

In der nächsten Sitzung der Zertifizierungskommission soll geprüft werden, ob weitere Qualitätsindikatoren, die die Systemtherapie adressieren, in den Kennzahlbogen aufgenommen werden sollen.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende/ Kowalski/ Wesselmann)

Fragebogen zur Risikoeinschätzung einer möglichen erblichen Nierentumor-Erkrankung

Der Fragebogen zur Erfassung von hereditären Nierenzellkarzinomen wird in der modifizierten Version v4.1 (Anpassung des Erkrankungsalters <46 Jahre; Gewichtung von bilateralen Karzinomen mit 1 Punkt) angenommen.

Geschäftsordnung

Die Geschäftsordnung wird angepasst. Die Kommission nimmt die Änderungen an.

Update Prostate Cancer Outcome-Studie (<https://www.pco-study.com/>)

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über den erfreulichen Verlauf der Studie: aktuell nehmen 126 zertifizierte Prostatakrebszentren an der Studie teil. Über 42.000 Patienten konnten prätherapeutisch befragt werden, davon haben bereits 24.000 an der posttherapeutischen Befragung teilgenommen. Darüber erarbeitet das „Team REDUCE“ im Auftrag der Zertifizierungskommission Empfehlungen zur Reduktion von Unterschieden im funktionellen Outcome. Als Folgeprojekte werden aktuell zwei durch den Innovations-Fond bzw. der DKH geförderte Studien (PRO-P bzw. MID-EPIC-D) initiiert.

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 05.05.2022

Protokoll: Wesselmann, Utzig, Vogt