

## **Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren**

29.06.2017, 11:00 – 16:00 Uhr, Geschäftsstelle der DKG, Berlin

**Vorsitz:** Prof. Beckmann

**Teilnehmer:** (s. Anwesenheit\_GZ\_170629.pdf)

**TOP 1 Begrüßung** (Prof. Beckmann)

**TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems** (Bischofberger)

(s. 3\_sitzungsvorlage zertkom gz-A7 (170622).docx)

Frau Bischofberger(OnkoZert) berichtet vom aktuellen Stand des Zertifizierungssystems. Weiterhin Zuwachs im System der Gynäkologischen Krebszentren: 13 neue Zertifikatserteilungen in 2016, aktuell 12 laufende Erstzertifizierungsverfahren. Aktuell gibt es 132 zertifizierte Standorte, davon 9 Standorte im Ausland (Stand 13.06.17). Insgesamt werden 43,6% der in Deutschland inzidenten gynäkologischen Krebsfälle in zertifizierten Zentren behandelt.

Weiterhin geringe Inanspruchnahme des Reduzierten Auditzyklus (REDZYK) in den Zentren. Leicht ansteigende Zahl von Abweichungen in den Audits, insbesondere aufgrund eines fehlenden zweiten Schwerpunktinhabers (Schwerpunktweiterbildung Gynäkologische Onkologie).

**TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts der Gynäkologischen Krebszentren** (Beckmann/Wesselmann)

([https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20mit%20DOI%20und%20ISBN/gz\\_jahresbericht-2017-A1\\_170706.pdf](https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20mit%20DOI%20und%20ISBN/gz_jahresbericht-2017-A1_170706.pdf) )

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2016 werden berichtet. Hervorragende Dokumentationsleistung in den Zentren: 98,7% der Kennzahlen-Daten wurden korrekt angegeben. Die im Kennzahlenjahr 2016 noch optionalen neuen Kennzahlen für Vulvakarzinome wurden bereits durch 18 Standorte dokumentiert. (Stand Auswertung: 31.03.2017).

Im Rahmen der letzten Sitzung wurde die zusätzliche Auswertung von Kennzahlen mit sehr kleinem Nenner über einen 3-Jahres-Zeitraum beschlossen. Nach Betrachtung der Auswertungen bieten diese nur marginale zusätzliche Information, bei großem Aufwand der Erstellung. Daher beschließt die Kommission, künftig auf die Sonderauswertungen zu verzichten.

Im Besonderen:

- KeZa 13 - Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 6)  
Als Begründung für durchgeführte adj. Chemotherapie bei Pat. mit Ovarialkarzinom FIGO IA, G1 wurde von den Zentren u.a. eine externe R1-Resektion genannt. Dies wertet die Kommission als nicht plausibel.
- KeZa 15 - First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 8)  
Im Zähler ist bislang eine Kombinationstherapie mit 6 Zyklen Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> berücksichtigt. Die Kommission beschließt eine Eingabe an die Leitlinien-Gruppe Ovar mit dem Vorschlag, den Zähler um Paclitaxel weekly zu erweitern.
- KeZa 19 - Vorstellung in Tumorkonferenz (LL Zervix QI 1)  
Patientinnen, die primär in der Radioonkologie gesehen werden, sollen systematisch in die Tumorkonferenz mit eingebracht werden. Um die lückenlose Vorstellung dieser Patientinnen und die Überprüfbarkeit im Audit zu erleichtern, wird eine entsprechende Anforderung in den Erhebungsbogen aufgenommen (analog Vorgabe 1.2.4 des Erhebungsbogen Prostatakrebszentren: "Sofern ein

Strahlentherapeut mit mehreren urologischen Kliniken kooperiert, dann hat diese Strahlentherapie unabhängig davon alle Primärfälle [...] in dem entsprechenden Zentrum vorzustellen. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller strahlentherapeutisch vorgestellten Prostatakarzinompatienten, in der eine Zentrums-Zuordnung erfolgt [...]."

- KeZa 20 - Angaben Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Zervix QI 2)  
Aufnahme FAQ: Diese Kennzahl umfasst Pat. nach operativer Tumorresektion; Pat. nach Konisation sind hier nicht mit zu erfassen.
- KeZa 22 - Zytologisches/histologisches LK-Staging (LL Zervix QI 4)  
Aufnahme FAQ: Ein rein bildgebendes LK-Staging ist nicht ausreichend.
- KeZa 25 - Histologische Sicherung (LL Zervix QI 7)  
Die Kommission hält fest, dass grundsätzlich bei Patientinnen mit Zervixkarzinom-Rezidiv eine histologische Sicherung versucht werden sollte. Es ist zu prüfen, ob Pat. mit intraoperativer histologischer Sicherung in der KeZa erfasst sind.
- Allgemein: Die Kommission beschließt eine Eingabe an die AG QI der Leitlinien, die QI's auf 5 pro Entität zu reduzieren. Sollten aus Sicht der LL-Gruppe mehr QI's notwendig sein, wird die AG QI um Vorschlag von 5 relevanten QI's für das Zertifizierungsmodul gebeten.

#### **TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungs- und Kennzahlenbogen Gynäkologische Krebszentren**

(Beckmann/Wesselmann) (eb\_gyn-E2(160714) nach Sitzg.docx, eb\_patho-F3\_170503 nach Sitzg.docx, eb\_strahlen-E1 (161215) nach Sitzg.docx)

Die im Vorfeld der Sitzung eingegangenen Änderungseingaben wurden den Kommissionmitgliedern vor der Sitzung zugesandt. Während der Sitzung wurden die einzelnen Punkte besprochen und konsentiert. Die Ergebnisse der Sitzung sind in den beigefügten Dokumenten grün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

- 1.2.4 Während der Sitzung wird als potentielles Qualitätsdefizit diskutiert, dass Patientinnen, die primär in der Strahlentherapie vorgestellt werden, u.U. nicht in die interdisziplinäre Abstimmung des Zentrums gelangen. Infolgedessen wird vereinbart, eine Anforderung neu einzufügen, die in ähnlicher Weise auch in den Prostatakrebszentren implementiert ist: Neu  
„Sofern eine Strahlentherapie mit mehreren Kliniken kooperiert, dann sollen alle Primärfallpatientinnen mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller bei ihr vorgestellten Patientinnen, in der eine Zentrums-Zuordnung erfolgt (Zentrum zertifiziert, Zertifizierung in Vorbereitung, kein Zentrum). Die Vorstellungsquote von 90 % ist in allen kooperierenden Zentren separat zu erzielen. Diese Zuordnung der Patientinnen hat auch Relevanz für die Tumordokumentation.“
- 1.5.1 Ressourcen Sozialarbeit  
Die im Rahmen der Sitzung der Zertkomm-Sprecher konsentierete Eingabe der DVSG wird angenommen.
- 1.6.1 Selbsthilfe  
Für die Anforderung wird die Ergänzung übernommen, die auch in dem EB der Brustkrebszentren bereits aufgenommen ist: Schriftliche Vereinbarungen mit Selbsthilfegruppen "sollten alle 5 Jahre aktualisiert werden und Ansprechpartner zur Verfügung stehen.-"

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten Erhebungsbogen Radioonkologie:

- 7.11 Brachytherapie

Die von ARO/DEGRO/BVDST eingebrachten Qualitätsanforderungen für die Brachytherapie werden angenommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten Erhebungsbogen Pathologie:

- 8.4 Expertise Fachärzte

Pro benanntem Facharzt sind 20 Histologien/Jahr nachzuweisen (inkl. PE). Diskussion, ob Qualifikationsanforderungen für die Durchführung zytologischer Untersuchungen notwendig sind. Es erfolgt eine Rückfrage an die Pathologie-Fachgruppen, ob z.B. die Facharztqualifikation Pathologie bzw. Zusatzqualifikation Gynäkologische Exfoliativzytologie für Fachärzte Gynäkologie ausreichend ist, um die Qualifikation Zytologie nachzuweisen. Erneute Diskussion in der nächsten Sitzung.

- 8.14 Externe Qualitätssicherung

Gemäß dem Beschluss der Sitzung 2016 wurde eine Anfrage an die Pathologie-Fachgruppen gerichtet, um die Notwendigkeit einer Referenzpathologie für Gynäkologische Tumoren zu klären. Die Vertreter der Pathologie befürworten keine Referenzpathologie für gynäkologisch-onkologische Fragestellungen und begründen dies mit einer Reihe von Argumenten (siehe EB GynSitzung). Die Punkte werden ausführlich diskutiert und die Kommission den bestehenden Passus im Erhebungsbogen zu erweitern: Der Prozess der Zweitbefundung ist darzustellen, insbesondere für seltene Tumoren (zB Trophoblasttumoren, Borderline-Tumoren, Sarkome etc.).

## Kennzahlenbogen

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

Die Kommission diskutiert, ob die Plausibilitätsgrenzen angepasst werden sollen. Nach Überprüfung aller Kennzahlen ergibt sich derzeit kein Änderungsbedarf.

## TOP 5 Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden

(Beckmann/Bischofberger/Quaas/Wesselmann) (eb\_dys-einheit-E1(160607) nach Sitzg.docx)

- **Aktueller Stand**

Frau Bischofberger(OnkoZert) berichtet vom aktuellen Stand des Zertifizierungssystems.

Stand 09.06.2017: Es gibt ggw. 25 zertifizierte Dysplasie-Einheiten und 146 zert. Dysplasie-Sprechstunden. Insgesamt zeigt sich eine sehr gute Verzahnung und Zusammenarbeit zwischen den zert. Dysplasie-Sprechstunden und -Einheiten und den zert. Gynäkologischen Krebszentren. In den zertifizierten Strukturen der Dysplasie-Sprechstunden und -Einheiten sind die strukturellen Erfordernisse für die Abklärung auffälliger Screeningergebnisse realisiert und fest etabliert. Diese Form sollte zukünftig für das organisierte Screening genutzt werden, um nicht nur die Diagnosesicherung, sondern auch die Behandlung in qualitätsgesicherten Strukturen zu ermöglichen. Ein Problem des Mammographie-Screenings wird damit gleich vor Beginn des Programms verhindert.

- **Änderungseingaben**

- A.1 Kooperationsvereinbarung - Für die Kooperation zwischen Dysplasie-Einheit und GynZentrum wird eine Mustervereinbarung vorbereitet, die auf der Webseite von OnkoZert downloadbar sein wird.
- B.2 Fachärzte - Eingabe eines Zentrums, dass zur Führung des Kolposkopie-Diploms die Mitgliedschaft in der AG CPC nicht mehr verpflichtend sein sollte. Diese Eingabe wird in 4

Wochen im Rahmen der Vorstandssitzung der AG CPC diskutiert. Danach erfolgt die Anpassung im Erhebungsbogen.

- B.14 Nachsorge/Dokumentation - Eingabe eines Zentrums, eine Stellenschlüssel-Vorgabe für die Tumordokumentation (analog Gyn. Krebszentren/Brustkrebszentren) zu hinterlegen. Die Kommission beschließt, die Entwicklungen für die Umsetzung des KFRG und des organisierten Zervix-Screenings abzuwarten, da die Dokumentation in beiden Initiativen Bestandteil ist/sein wird.
- **GBA-Beschluss Zervixkarzinomscreening** (2017 05 17 Hillemanns Neis Abklärungsalgorithmus vPHAKTUELL.pdf)  
Durch die DGGG wurde ein Abklärungsalgorithmus für die Zervixcarcinom-Prävention gemäß des GBA-Beschlusses entwickelt. Dieser wird vorgestellt und durch die Kommission angenommen.
- **Auswertung Kennzahlen**  
Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2016 werden berichtet. Es zeigt sich durchgehend eine sehr gute Umsetzung der Qualitätsvorgaben in den zertifizierten Dysplasie-Einheiten. Der Jahresbericht wird mit dem Jahresbericht der Gynäkologischen Krebszentren veröffentlicht.

#### **TOP 6 Verschiedenes** (Beckmann/ Wesselmann)

- **Coaching**

Die Kommission diskutiert, ein Coachingangebot zur Verbesserung der operativen Qualität in der gynäkologischen Onkologie zu etablieren. Analog ist dies für die Darmkrebszentren bereits umgesetzt, dort wurden unter Leitung von Ombudsmännern Trainingsmaßnahmen zur Optimierung der operativen Qualität (z.B. Hospitation in Zentren mit besonderer operativer Expertise etc.) eingerichtet und den zertifizierten Zentren angeboten. Anlass für die Maßnahme waren u.a. wiederholt auffällige Ergebnisse im Bereich der chirurgischen Kennzahlen.

In der Gynäkologischen Onkologie ist derzeit anhand der Kennzahlenergebnisse kein akuter Anlass zu identifizieren, der einen Coachingprozess zwingend notwendig macht. Es ist aber grundsätzlich wünschenswert, die operative Qualität in der Gynäkologischen Onkologie systematisch zu stärken. Der Vorschlag eines Coachingprogramms soll in der AGO vorgestellt und diskutiert werden.

- **European Cancer Centres (ECC)** <http://ecc-cert.org/>

Die Initiative der European Cancer Centre-Zertifizierung als Kooperation mit europäischen Fachgesellschaften wird vorgestellt.

- **Gegenüberstellung QI DKG/QI ESGO**

Die geplanten, gemeinsamen Gespräche mit der AGO Österreich (Prof. Tamussion, Prof. Marth) und der Schweiz (Prof. Fink, Prof. Heintzelmann) sollen abgewartet werden.

- **Wahl Vorsitzende/r**

Herr Prof. Beckmann wird als Sprecher der Zertifizierungskommission einstimmig für weitere 2 Jahre im Amt bestätigt. Im Umlaufverfahren soll ein/e Stellvertreter/in benannt werden, die/der im Anschluss den Vorsitz der Kommission mitübernehmen wird.

- **Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Krebszentren**

Nach Diskussion sieht die Kommission keine Notwendigkeit für die Etablierung einer AG der Gynäkologischen Krebszentren. Die Kommunikation mit den Chefärzten und den Arbeitsgemeinschaften/Fachgesellschaften ist sehr gut, die Kommunikationswege sind transparent und niederschwellig und alle Beteiligten können sich in die Arbeit der Kommission einbringen.

Die Sitzung wird gegen 15:00 Uhr beendet. Berlin, 29.06.2017  
Protokoll: Wesselmann, Mensah