

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Modul Kinderonkologische Zentren

28.05.2018, Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), Berlin

Vorsitz: Prof. A. Eggert, Prof. H. Jürgens

TOP 1 Organisatorisches

Das Protokoll der Sitzung der Zertifizierungskommission der Kinderonkologischen Zentren vom 22. Februar 2017 wird genehmigt.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2017 gab es 8 zertifizierte Kinderonkologische Zentren. Aktuell gibt es 11 zertifizierte Kinderonkologische Zentren, davon 1 im Ausland.

Aktuell gibt es für die Kinderonkologie 6 aktive Fachexperten (FE), 4 weitere FE wurden im September 2017 geschult und werden nach Abschluss einer Hospitation ebenfalls zur Verfügung stehen.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichtes der Kinderonkologischen Zentren

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2017 werden berichtet. Für den Jahresbericht sind die 6 Zentren berücksichtigt (75%), die Daten für das vollständige Datenjahr dargelegt hatten. Eine Veröffentlichung des Berichtes ist aufgrund der geringen Anzahl an Kliniken nicht möglich (Wahrung der Anonymität).

Bedenken der kleinen und mittleren kinderonkologischen Kliniken (vorgezogen von TOP 5)

Die Diskussionspunkte des Treffens der kleinen und mittleren kinderonkologischen Kliniken am 23. April 2018 in Kassel werden berichtet. Dort wurden verschiedene Bedenken in Bezug auf die Zertifizierung vorgebracht: Neben inhaltlicher Kritik an den Zertifizierungsanforderungen (zB chirurgische Mindestmengen, Wunsch nach Anpassung/ Erweiterung der im Zert.system vorgesehenen Netzwerkstrukturen), berichten die Klinikleiter von verstärkt wahrnehmbarem politischem/ökonomischem Druck seit Einführung der Zertifizierung (zB Bedrohung der Weiterbildungsermächtigung seitens der Ärztekammern, und/oder Bedrohung des Fortbestehens der Abteilung seitens der Träger, wenn keine Zertifizierung vorgewiesen werden kann). Umfassende Darstellung der in Kassel vorgebrachten Punkte und ausführliche gemeinsame Diskussion. In der Diskussion werden bereits erste mögliche Weichenstellungen identifiziert, um auch weiterhin den Anschluss der qualifizierten kinderonkologischen Kliniken an die Versorgung zu gewährleisten (zB Entkopplung der Weiterbildungsermächtigung vom Zertifizierungsstatus auf Ebene der Ärztekammern) und die inhaltlichen Kritikpunkte in den Zertifizierungsanforderungen zu berücksichtigen (siehe TOP 4). Die Kommission erachtet für wichtig, klar an Eltern zu kommunizieren, dass auch in nicht zertifizierten Kliniken gute Versorgungsqualität geleistet wird. Vor diesem Hintergrund soll bei der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe (DLFH) nochmals die Mandatierung eines Elternvertreters in die Kommission erbeten werden.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt

Anmerkungen zu den EB und dem Datenblatt allgemein:

Da der EB Kinderonkologische Zentren Teil eines Systems mit vielen weiteren Zentrumsarten ist, sind Teile des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems angepasst. Das betrifft z.B. das Inhaltsverzeichnis und die einheitliche Definition von (Haupt-) Kooperationspartnern.

Die im Vorfeld der Sitzung eingegangenen Änderungseingaben wurden den Kommissionsmitgliedern vor der Sitzung zugesandt. Während der Sitzung wurden die einzelnen Punkte besprochen und konsentiert. Die Ergebnisse der Sitzung sind in dem [Erhebungsbogen](#) grün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Kinderonkologische Zentren:

1.1.2. Kooperationsvereinbarungen - Distanz/Entfernung zwischen den Kooperationspartnern

Die Eingabe der Fachexperten zur Aufhebung der Distanzbegrenzung von 45 km für die Referenzchirurgie sowie für die neurochirurgische und tumorchirurgische Versorgung wird kritisch diskutiert.

Beschluss: Für die nachfolgenden Kooperationspartner Tumorchirurgie gilt die Distanzbegrenzung von 45 km nicht:

- Neurochirurgie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- Referenzchirurgie

Der Vorschlag zur Definition der Zusammenarbeit mit Referenz-Leistungserbringern wird angenommen: Wenn im Rahmen von Studien Patienten an Referenzstellen (zB Referenzchirurg) überwiesen werden, ist die Art der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs (zB Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu definieren. Dabei sind für die Zusammenarbeit mit lokaltherapeutischen Referenz-Leistungserbringern, die in einem zertifizierten Onkologischen Zentrum oder Organkrebszentrum tätig sind, keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig.

1.2.5.a) Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Die Eingabe der Fachexperten, dass Patienten, die bereits in einer Studien-Tumorkonferenz vorgestellt wurden, nicht auch noch zwingend am Zentrum in die lokale Tumorkonferenz müssen, wird diskutiert. Die Kommission stellt fest, dass Patienten regelhaft zuerst in interner TK und dann in externer TK vorgestellt werden sollen. Daher Beibehalten der Anforderung.

1.2.5.b) Teilnehmer Tumorkonferenz

Eingabe Fachexperten: Bestrahlte Patienten machen nur ca. 1% der Patienten des KIO aus. Der Radioonkologe sollte daher nicht verpflichtend in der TK anwesend sein, sondern dann, wenn radioonkologische Patienten besprochen werden. Die Kommission erachtet die Beteiligung der Radioonkologie in der TK für nicht grundsätzlich verzichtbar, es kann jedoch vorkommen, dass zB nur Pat. besprochen werden, für die gemäß der Studienprotokolle keine Bestrahlung vorgesehen ist. Daher Ergänzung für die Radioonkologie: indikationsbezogene Ausnahmen für die TK-Teilnahme sind zu begründen.

Die Eingabe der kleinen/mittleren Kliniken, die schriftlich vorliegende Referenzbeurteilung als Anwesenheit des Referenzdienstleiters in der Tumorkonferenz werten zu können wird angenommen. Die TK-Teilnahme der lokalen Neuropathologie für neurochirurgische Pat. wird als obligat erachtet.

1.2.8. Qualitätszirkel

Organübergreifende Harmonisierung mit anderen Erhebungsbögen (Übernahme aus EB OZ): mind. 3 x jährlich sind Qualitätszirkel – unter Beteiligung der Hauptkooperationspartner durchzuführen.

1.4.2. Psychoonkologie – Ressourcen und Qualifikation

Die Eingabe eines Zentrums, das als Grundqualifikation für die Mitarbeiter im Team des Psychosozialdienstes die Qualifikation Bachelor ausreichend ist, wird nach Diskussion nicht angenommen, da der Bachelor-Studiengang an keiner Stelle zu einer Wissensvertiefung (zB klinische Psychologie oder Entwicklungspsychologie) führt.

1.7.8. Studienmanagement

Die Kommission beschließt die Aufnahme von Anforderungen für Kliniken mit Studiengruppenleitung für GPOH-Studien. In diesen sind die Vorgaben der GPOH-Studienregeln berücksichtigt.

1.8.2 Onkologische Fachpflegekräfte

Die Eingaben der GPONG/KOK zur Harmonisierung mit anderen EB werden diskutiert und angenommen. Bezüglich der Einbindung der onkologischen Fachpflegekräfte Aufnahme eines Auslegungshinweises in die FAQ: die onkologischen Fachpflegekräfte sollen schwerpunktmäßig im Tagdienst zur Verfügung stehen (keine Dauernachtwachen).

1.8.3 Pflege

In Übereinstimmung mit der GPONG/KOK kommt die Kommission zu der Einschätzung, dass die auf der GBA-Richtlinie Kinderonkologie §4(4) basierende Besetzungs-Vorgabe von mind. 2 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden pro Schicht nicht der Versorgungsrealität entspricht und in den Kliniken nur schwer umzusetzen ist. Es erfolgt eine entsprechende Eingabe an den GBA.

Die weiteren Eingaben der GPONG/KOK für das Kapitel 1.8 werden angenommen.

2.1.6. Diagnostik – Transition – Interdisziplinäre Survivorsprechstunde

Eingabe Fachexperten: Implementierung einer Transitionssprechstunde vor allem in kleinen Zentren nicht umsetzbar. Die Kommission folgt der Eingabe, Transition und Survivorsprechstunde getrennt aufzuführen. Die interdisziplinäre Survivorsprechstunde sollte wöchentlich stattfinden und die erforderlichen Prozesse und Standards gemeinsam mit Fachärzten aus anderen Disziplinen und dem psychosozialen Dienst festgelegt werden. Die Transition in den Erwachsenenbereich ist zB anhand einer SOP zu organisieren.

3.6 Radiologie

Eingabe kleine/mittlere Kliniken: Das Vorhalten einer Anästhesie statt eines pädiatrisch intensivmedizinisch erfahrenden Kollegen für die Sedierung von Patienten ist nicht notwendig.

Beschluss: Die Durchführung der Narkose muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. Sedierungen können neben dem FA Anästhesie auch durch einen FA für Kinder- u Jugendheilkunde erfolgen, da im Rahmen der pädiatrischen Facharztweiterbildung im Rahmen der intensivmedizinischen Pflichtausbildung Erfahrung mit Sedierung abgebildet ist.

4.4. Nuklearmedizin – Durchführung der Untersuchung

siehe Kap. 3.6

5.1.3. Organspezifische operative Therapie – Qualifikation Abteilung

Für die Anforderung können Operationen bei Pat. mit Tumoren der Erkrankungsgruppen II-XII gezählt werden (vormals: bei malignen soliden Tumoren), um zB auch Pat. mit PE bei Lymphom zu berücksichtigen. Die Kommission stellt fest, dass für die Erfüllung der operativen Mindestvorgaben (jährlich ≥ 15 Operationen (inkl. PE)) die nachfolgenden Möglichkeiten bestehen:

1. Vollumfängliche Erfüllung der Vorgabe durch die lokale Kinderchirurgie vor Ort
2. Zusammenarbeit mit externer Kinderchirurgie im Rahmen eines Kooperationsvertrages; dann Einbindung des Kooperationspartners in das Zentrumsnetzwerk (Teilnahme Tumorkonferenz, Darlegung von Daten etc.)
3. Zusammenarbeit mit Referenzchirurg/in in einem DKG-zertifizierten Zentrum (kein Kooperationsvertrag notwendig)

5.2.2.a) Organspezifische operative Therapie – Fachärzte für Neurochirurgie

Eingabe eines Fachexperten angenommen: Kurse der europäischen oder internationalen Gemeinschaft für Neurochirurgie (ESPN/ISPN) können anerkannt werden (Aufnahme FAQ).

5.2.2.b) Organspezifische operative Therapie – Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie

Die Eingabe eines Fachexperten wird diskutiert, nach der die Mindestvorgaben pro Operateur (zumindest für den zweiten Operateur) aufgehoben werden sollten. Es gebe i.d.R. einen Hauptoperateur, der bei den geringen Fallzahlen den überwiegenden Teil der Patienten operieren sollte. In Übereinstimmung mit dem Mandatsträger der DGNC erachtet die Kommission die personengebundene Expertise auch des Vertreters (zweiter benannter Operateur) für notwendig, da dieser den Hauptoperateur auf vergleichbarem operativen Niveau vertreten können muss. Die aus Sicht der DGNC anzustrebende Steigerung der Anforderung an die personengebundene Expertise erachtet die Kommission als nicht umsetzbar. In Zusammenschau daher Beibehalten der Anforderung.

5.2.3.b) Organspezifische operative Therapie – Fachärzte für Orthopädie/Qualifikation Abteilung

Im Rahmen der Auditverfahren zeigte sich, dass die Vorgabe von anteilig mind. 5 tumororthopädischen Eingriffen bei Kindern in vielen Kliniken nicht umgesetzt werden kann. Diskussion über den Vorschlag, diesen Passus zu streichen. Aus Sicht des Fachvertreters Orthopädie (Mandat DGOOC) ist der Verzicht auf eine operative Mindestexpertise bei Kindern u Jugendlichen fachlich nicht vertretbar. Daher soll die Mindestmenge von 5 OPs bestehen bleiben, jedoch unter Berücksichtigung sekundärer Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumoresektion (zB Revision/ Wechsel Tumorprothese). Anrechenbare Eingriffe sind die definierten OPS-Codes (siehe EB), die in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste "Zentrumsfälle Kinderonkologie" (siehe Datenblatt) dokumentiert wurden.

5.2.6. Organspezifische operative Therapie – Externe Kooperationspartner

Die Eingabe eines Fachexperten wird diskutiert, nach der die Einbindung von Referenzzentren in das lokale Kinderonkologische Zentrum vor Ort (Teilnahme Tumorkonferenz, Qualitätszirkel etc.) organisatorisch kaum umsetzbar sind. Die Zusammenarbeit von zert. Kinderonkologischen Zentren und Referenzzentren für Fortbildungen kann zB durch Organisation einer Veranstaltung durch Referenzchirurgie für mehrere zertifizierte Kinderonkologische Zentren zusammen gestaltet werden.

6.1.5. Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Diskussion über den Vorschlag eines Fachexperten, diese Anforderung zu streichen. Die Kommission sieht die Anforderung, dass ein Zentrum über einen eigenständigen, kinderonkologischen bettenführenden Bereich in der Kinderklinik verfügt, als unverzichtbares Qualitätsmerkmal und beschließt daher die Vorgabe beizubehalten.

6.2.3. Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Eingaben der GPONG/ KOK nach Diskussion angenommen. Die Kommission folgt der Eingabe eines Fachexperten, nach der die Forderung von mind. 1 Jahr Berufserfahrung vor eigenverantwortlicher Applikation von CMR-Arzneimitteln durch Assistenzärzte sowie die ärztliche Pflichtteilnahme an Schulungen der KOK nicht sinnvoll umsetzbar ist. Für Assistenzärzte, die eine Chemotherapie verantwortlich applizieren, ist die Teilnahme an einer Schulung zur Applikation von Zytostatika nachzuweisen.

9.0. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Die von der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin konsentierten Eingaben für Kap. 9 werden angenommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Pathologie:

8.17 Weitere organspezifische Anforderungen

Die Kommission spezifiziert, dass die Versendung der Präparate für die molekulare Diagnostik spätestens parallel zum Versand zur Referenzdiagnostik/histopathologischen Begutachtung erfolgen muss.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts:

Keine Anmerkungen/Änderungen.

a) TOP 5 Verschiedenes ICD-Liste

Die ICD10-Liste wird gemäß der Aktualisierung der GBA-Richtlinie Kinderonkologie (Beschluss vom 08.01.2018) aktualisiert und Eingaben von Fachexperten und Zentren angenommen.

b) Wahl Sprecher

Gemäß der Geschäftsordnung der Zertifizierungskommission werden die Sprecher und Mitglieder der Kommission alle 2 Jahre gewählt bzw. bestätigt. Frau Prof. Eggert und Herr Prof. Jürgens werden per Wahl im Amt bestätigt und führen das Sprecheramt bis zur Neuwahl des GPOH-Vorstandes weiter.

Berlin, 28.05.2018

Protokoll: Mensah, Vogt