

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren

17.06.2020, 11:00 – 15:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Schlegel, Prof. Stummer

TOP 1 Begrüßung

Die Vorsitzenden begrüßen die Teilnehmer zur Sitzung der Zertifizierungskommission, die in diesem Jahr aufgrund der Covid19-Pandemie online stattfinden muss.

Aktuelle Auswirkungen der COVID-Krise auf das Zertifizierungssystem:

- Es wurde seitens der DKG und OnkoZert eine Mail mit Informationen an die Leiter und Koordinatoren der zertifizierten Zentren versendet. Inhalt: Die für das Jahr 2020 vorgesehenen Audits werden unter Berücksichtigung der derzeitigen Einschränkungen mehrheitlich als schriftliches Audit (Sonder-REDZYK-COVID) durchgeführt, weil kaum Audits vor Ort stattfinden.
- Gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe (DKH) und dem Deutschen Krebsforschungszentrum (dkfz) werden regelmäßig Pressemitteilungen über die aktuelle Versorgungssituation von Krebspatienten in Zeiten der Corona-Krise veröffentlicht („Corona-Taskforce“): (<https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/presse.html>).

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems Neuroonkologische Zentren

Ende 2019 gab es 42 zertifizierte Neuroonkologische Zentren (NOZ) an 43 Standorten (davon 3 im Ausland/Schweiz). 2019 wurden 4 Zertifikate neu erteilt; wie im Vorjahr wurden keine Zertifikate wiedereingesetzt, ausgesetzt bzw. beendet. 5 Zentren erhielten das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer, zum Beispiel aufgrund eines auslaufenden Zertifikates des Onkologischen Zentrums am Standort. Die Möglichkeit eines reduzierten Auditzyklus (REDZYK) nutzten im Jahr 2019 12 Neuroonkologische Zentren.

Aktuell stehen 10 Fachexperten (5 Neurologen und 5 Neurochirurgen) für die Auditierung der Neuroonkologischen Zentren zur Verfügung. 2 weitere Fachexperten haben ihr Hospitationsaudit absolviert, und stehen bald für Audits zur Verfügung. Bei 42 Zentren sind die Ressourcen etwas knapp. Weitere Fachexpertenlehrgänge werden im Jahr 2021 stattfinden – interessierte Fachärzte sind eingeladen, sich an die Geschäftsstelle der DKG oder OnkoZert zu wenden.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts der Neuroonkologischen Zentren

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2019 werden vorgestellt.

Im Besonderen:

- *KeZa 2 – Interdisziplinäre Fallbesprechungen*
Diskussionspunkt ist insbesondere der Umgang mit präinterventionell nicht vorgestellten Primärfällen. Diesbezüglich soll eine neue Kennzahl eingeführt werden (s. TOP 4, Abschnitt Datenblatt)

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

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

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB:

1.1.4. Struktur des Netzwerks – NEU

Einführung eines neuen Passus (analog EB HAEZ Kapitel 1.1.5) zur Spezifikation der Kooperation mit zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien (HAEZ) für die Behandlung von Patienten mit ZNS-Lymphomen. Die Kommission stellt fest, dass nicht zwingend ein HAEZ zur Kooperation gesucht werden muss. Befindet sich jedoch am Standort des NOZ ein HAEZ, ist in einer Kooperationsvereinbarung oder SOP zu definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Zählung der Patienten mit ZNS-Lymphomen ist unter diesen Voraussetzungen für beide Partner möglich. Es ist zwischen den kooperierenden Zentren zu vereinbaren, in welcher Tumorkonferenz Pat. mit ZNS-Lymphomen vorgestellt werden, und diese Regelung via Kooperationsvereinbarung oder SOP zu definieren. Die Kooperationsvereinbarung/ SOP wird durch Fachexperten im Audit überprüft.

1.1.5. Struktur des Netzwerks – NEU

Eingabe aus Sitzung der Sprecher der Zertifizierungskommissionen sowie Eingabe Fachexperten: Gemäß EB OZ (Kap. 1.2.12) ist die Definition von Versorgungsstandards und Behandlungspfaden für Pat. mit Metastasen vorgeschrieben, inkl. Vorstellung aller metastasierten Patienten in der Tumorkonferenz. In der Regel ist die Einbindung der neurochirurgischen/neuroonkologischen Expertise in den Anforderungskatalogen der Organkrebszentren/Module jedoch nicht verpflichtend vorgesehen. Daher bedarf es einer Regelung für die Versorgung von Pat. mit zerebraler Metastasierung in Neuroonkologischen Zentren. Es wird folgender Passus zur Zusammenarbeit zwischen NOZ und anderen zertifizierten Zentren (Entitäten aus dem Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums) neu aufgenommen: Die Zusammenarbeit für die Versorgung zerebral metastasierter Pat. muss schriftlich geregelt sein (SOP/ Kooperationsvereinbarung).

Folgende Punkte müssen geregelt sein:

- Fallbezogene Einbindung des Neurochirurgen in die Tumorkonferenz bei zerebral metastasierten Patienten (ggf. Telemedizin) oder Vorstellung zerebral metastasierter Patienten in der Tumorkonferenz des Neuroonkologischen Zentrums
- Konsiliarische neurochirurgische Vorstellung zerebral metastasierter Patienten gemäß Tumorkonferenzbeschluss
- Die Umsetzung muss an konkreten Patientenbeispielen nachgewiesen werden

1.2.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz

Diskussion der Eingabe eines Fachexperten zur Vertretungsregelung für den Hämato-/Onkologen in der Tumorkonferenz. Die Kommission stellt fest, dass die Systemtherapie im NOZ auch durch Neurochirurgen mit Zusatzbezeichnung Med. Tumortherapie verantwortet werden kann (Benennung des Facharztes in Kap. 6.2), und dieser, ebenso wie ein für die Chemotherapie zuständiger Neurologe, die systemtherapeutische Expertise in der Tumorkonferenz vertreten kann, sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann.

Die Mandatsträgerinnen Radioonkologie erheben ausdrücklichen Einwand bezüglich des zugrundeliegenden Passus 6.2.2 aus dem EB OZ: auch der Radioonkologe sollte für die Systemtherapie benannt werden können. Da dies im Vorjahr bereits organübergreifend (Kommissionssitzung der Onkologischen Zentren am 29.10.2019) diskutiert und abschlägig beschieden wurde, beschließt die Kommission eine

erneute Eingabe an die Sitzung der Sprecher der Zertifizierungskommissionen zur nochmaligen kritischen Diskussion.

1.2.3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Die Kommission würdigt die kritische Eingabe der Fachexperten, dass wiederholt Primärfälle mit benignen Tumoren und/oder Watch and Wait-Konzept nicht in der Tumorkonferenz besprochen wurden. Die Anforderung wird wie folgt ergänzt: Es sind explizit auch benigne Tumorentitäten in der Tumorkonferenz vorzustellen. Auch dann, wenn eine abwartende Haltung eingenommen wird, ist dies interdisziplinär zu konsentieren.

1.4. Psychoonkologie

Die Eingabe zur organübergreifenden Vereinheitlichung der PSO-Anforderungen laut Sitzung von PSO-Vorstand und DKG am 25.06.2019 wird angenommen.

1.5. Sozialarbeit und Rehabilitation

Die Regelungen zur Sozialarbeit werden entsprechend EB OZ 1.5 harmonisiert: 1 Vollzeitkraft soll für 400 beratene Patienten (nicht Fälle) des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung stehen.

1.6.1. Patientenbeteiligung – Patientenbefragung

Die Kommission beschließt im Sinne einer Harmonisierung mit anderen Erhebungsbögen die anzustrebende Rücklaufquote der Patientenbefragungen von 50% auf 30 % zu reduzieren.

1.6.3. Patientenbeteiligung – Patienteninformation

Die Eingaben der Deutschen Hirntumorhilfe werden ausführlich diskutiert. Die Kommission würdigt explizit die langjährige, wichtige Arbeit der Deutschen Hirntumorhilfe für Menschen mit neuroonkologischen Erkrankungen. Um den besonderen Bedürfnissen neuroonkologischer Patienten gerecht zu werden, sollen Patienteninformationen bedarfsgerecht und bevorzugt in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Um die flächendeckende Anbindung neuroonkologischer Patienten an die Selbsthilfe zu verbessern, soll den Zentren Information zur Deutschen Hirntumorhilfe und ihrem Beratungsangebot zur Verfügung gestellt werden (FAQ).

1.6.4 Patientenbeteiligung – Entlassungsgespräch

Die Kommission nimmt die Eingabe der Dt. Hirntumorhilfe an: Im Entlassungsgespräch soll jedem Patienten neben Informationen zur Therapieplanung auch Informationen zu diagnostischen Kontrolluntersuchungen bereitgestellt werden, da diese in der Neuroonkologie einen besonderen klinischen Stellenwert haben.

1.7.4. Studienmanagement – Anteil Studienpatienten

Die Eingabe zur organübergreifenden Harmonisierung wird (mit Verweis auf die vereinzelt außerordentlich hohen Studienquoten von bis zu über 700% im Jahresbericht) mehrheitlich angenommen: alleinige Biobanksammlungen sind von der Zählung für die Studienteilnahmequote ausgeschlossen. Die Kommission merkt an, dass perspektivisch eine einheitliche Definition für qualitative Biobank-Projekte entwickelt werden sollte, die für die Quote anrechenbar sind.

3.6. Radiologie

Die Eingabe eines Fachexperten, dass die RANO-Kriterien veraltet sind, wird diskutiert. Beschluss zur Ergänzung der iRANO-Kriterien als Grundlage für die neuroradiologische Beurteilung im Rahmen onkologischer Immuntherapien. Die Kommission stellt fest, dass derzeit keine alternativen validierten Instrumente zur Verfügung stehen.

5.2.6 Organübergreifende operative Therapie - Stereotaxie

Auf Nachfrage eines Zentrums spezifiziert die Kommission die Anforderung wie folgt: 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunkt kenntnissen Stereotaxie muss vorhanden sein [..]. Die Qualifikation zur rahmengestützten Biopsie muss über Curricula/ OP-Kataloge nachgewiesen werden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

- *Basisdaten – Operative Expertise*
Bislang zählen nur operative Primärfälle für die operativen Mindestfallzahlen, so dass wiederholt Pat. die nach Watch&Wait-Betreuung operiert werden, fälschlicherweise erst im Jahr der OP als Primärfälle dokumentiert werden. Daher Aufnahme einer neuen Rubrik zur Dokumentation der operativen Versorgung/Expertise jenseits der Primärfälle (= bei Pat. mit Rezidiv/Progress oder sekundär zerebral metastasierten Patienten). Gezählt werden die Prozeduren im Kalenderjahr.
- *KeZa 1b/c – Rezidiv/Progress und Zerebrale Metastasierung*
Künftig sollen sowohl neuroonkologische Pat. mit Rezidiv/Progress, als auch Pat. mit zerebraler Metastasierung, die im Kennzahlenjahr im NOZ betreut wurden, erfasst werden.
- *KeZa 2b – Prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechungen*
In den Audits fällt wiederholt auf, dass Primärfälle präinterventionell nicht in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden. Dies ist bei Notfall-Indikationen plausibel, sollte aber differenziert betrachtet werden. Daher Beschluss zur Erfassung der prätherapeutischen Tumorkonferenzvorstellung zur Evaluation der Situation.
- *KeZa 4 – Beratung Sozialarbeit*
Die Eingabe der DVSG zur organübergreifenden Anpassung der unteren Plausibilitätsgrenze auf <50% wird angenommen.
- *KeZa 5 – Anteil Studienpatienten*
Streichung der oberen Plausibilitätsgrenze analog der anderen Tumorentitäten.
- *KeZa 6c - Verhältnis Biopsien/Resektionen*
Einführung der neuen Kennzahl zur Erfassung des Verhältnis zwischen Biopsien und Operationen (Definitionen gemäß EB 5.2.3a/b) bei Primärfällen. Die Kennzahl wird im Datenblatt automatisiert berechnet und bedingt daher keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand.
- *KeZa 9 - Erfassung Palliativsymptome*
Die Eingabe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM) zur strukturierten Erfassung palliativer Symptome bei Pat. mit Hirntumoren mittels standardisierten Instrumenten (MIDOS, IPOS) wird angenommen.

TOP 5 Verschiedenes

- **Geschäftsordnung**
Die Sprecher der Kommission und ihre Mitglieder werden zukünftig für 4 Jahre und nicht mehr nur für 2 Jahre benannt.
- **Wahl Sprecher**

Die Wahl der Sprecher wird bei der nächsten regulären Anwesenheitssitzung vorgenommen. Die bisherigen Sprecher (Prof. Schlegel und Prof. Stummer) bleiben bis dahin weiterhin die Sprecher der Kommission. Die Kommission nimmt den Vorschlag ohne Gegenstimmen an.

- **Gesundheitspolitische Entwicklungen (Zentrumszuschlag, European Cancer Centres)**

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, die für die Neuroonkologischen Zentren von Relevanz sind: Der vom G-BA beschlossene Zentrumszuschlag kann von zertifizierten Onkologischen Zentren beantragt werden, die die Vorgaben des G-BA Beschlusses erfüllen (Tragende Gründe zu den Zentrums-Regelungen gemäß §136c Abs. 5 SGB V). Dies ist auch bis zu 9 Monate rückwirkend möglich. Voraussetzung ist (neben der Erfüllung der inhaltlichen Vorgaben) die Ausweisung des Krankenhauses im Landeskrankenhausplan.

Zudem bringt die DKG ihre Erfahrungen mit dem Zertifizierungssystem im Rahmen von europäischen Initiativen ein. In 7 Ländern außerhalb Deutschlands existieren mittlerweile 104 zertifizierte Standorte (European/International Cancer Centres).

Berlin, 17.06.2020