

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren

22.04.2021, 11:00 – 15:45 Uhr, Online-Sitzung via Zoom

Vorsitz: Prof. Dr. Mayerle, Prof. Dr. Post

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Rückher)

Die Sprecher begrüßen alle Teilnehmer zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Viszeralonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Viszeralonkologischen Zentren (Nödler, Rückher)

Die Statusberichte zu den einzelnen viszeralonkologischen Modulen werden von OnkoZert vorgestellt. Daran schließt sich jeweils die Vorstellung der aktuellen Kennzahlenergebnisse des Auditjahres 2020 durch die DKG an.

Ende 2020 gab es 129 zertifizierte Viszeralonkologische Zentren (132 Standorte), davon 10 im Ausland.

- **Statusbericht und Kennzahlenergebnisse Pankreas**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2020 gab es 124 zertifizierte Pankreaskarzinomzentren an 127 Standorten, davon 11 Standorte im Ausland. 2020 wurden 10 Zertifikate erteilt, 2 Zertifikate wieder eingesetzt und 5 Zertifikate beendet.

Einige für die Versorgung essentielle Kennzahlen zeigen im Verlauf der letzten Jahre eine positive Entwicklung. Das gilt insbesondere für die prätherapeutische (KeZa 2) und postoperative (KeZa 3) Fallvorstellung und die lokalen R0-Resektionen (KeZa 13). Eine Herausforderung bleiben für einen Teil der Pankreaskrebszentren die operativen Primärfälle (im Gegensatz etwa zur nicht auf Karzinomeingriffe beschränkten operativen Expertise) sowie die Revisions- (KeZa 10) bzw. postoperative Mortalitätsrate (KeZa 12) bei Pankreasresektionen. Letzteres wird mit dem zur Zeit in Planung befindlichen Coaching-Projekt adressiert, über dessen aktuellen Stand unter TOP 4 berichtet wird.

- **Statusbericht und Kennzahlenergebnisse Leber**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2020 gab es 22 zertifizierte Leberkrebszentren, davon 1 Standort im Ausland. 2020 wurde 1 Zertifikat erteilt und 2 Zertifikate beendet.

Die Kennzahlen zeigen fast durchgängig eine Etablierung qualitativ hochwertiger Versorgungsstrukturen in den zertifizierten Leberkrebszentren. Dies gilt sowohl für die quantitativen Vorgaben zu Primärfällen (KeZa 1) und operativen Interventionen (KeZa 14) als auch für qualitative Aspekte, die etwa die Fallbesprechung (KeZa 2 bis 4) sowie die tumorspezifischen Outcomeparameter. Bei letzteren sind insbesondere die durchweg fehlenden Komplikationen nach interventionellen Eingriffen (KeZa 13a/b), die Erfüllung der Sollvorgabe zu R0-Resektionen (KeZa 15) durch alle Zentren und die insgesamt gesunkene postoperative 30-Tage-Mortalität (KeZa 16) erfreuliche Ergebnisse. Bei den Qualitätsindikatoren der Leitlinie (KeZa 8 bis 12) ergibt sich ein gemischtes Bild: Während sich die Typisierung der histologisch gesicherten

Hepatozellulären Karzinome (HCCs), vollständige Befundberichte bei Leberresektion bzw. -explantation sowie die Ausbreitungsdiagnostik mit mehrphasischer Schnittbildgebung zunehmend etablieren, ist die CT-/MRT-Kontrolle 4-12 Wochen nach TACE/TAE sowie die Beurteilung des Therapieansprechens mittels RECIST-/EASL-Klassifikation noch nicht vollständig umgesetzt und zeigt Verbesserungsbedarf.

- **Statusbericht und Kennzahlenergebnisse Magen**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2020 gab es 36 zertifizierte Magenkrebszentren an 38 Standorten. 2020 wurden 3 Zertifikate erteilt und 5 Zertifikate beendet.

Die im Jahresbericht 2021 analysierten Kennzahlen beziehen sich auf das Behandlungsjahr 2019, in dem erstmals für Magenkrebszentren ohne gleichzeitig zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum auch Karzinome des gastroösophagealen Übergangs zählbar waren. Dies führt zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen. Gleichzeitig ist bei zahlreichen Kennzahlen aufgrund dieser nunmehr geänderten Grundgesamtheit kein Vorjahresvergleich möglich. Die Qualitätsindikatoren der Leitlinie (endoskopische En-bloc-Resektionen, endoskopische R0-Resektionen, Anastomoseninsuffizienzen Grad III, vollständiger Pathologiebericht, Erhebung Ernährungsstatus, Vitamin-B12-Substitution nach Gastrektomie, präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinom, präoperative (Radio-) Chemotherapie bei Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs und HER-2-Bestimmung vor palliativer Tumorthherapie) wurden mittels der Kennzahlen 8, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 20 und 21 erstmals und damit noch optional erhoben. Sie vermitteln somit einen ersten Eindruck über die Ergebnisse einiger Zentren, können jedoch (auch wegen der fehlenden Sollvorgaben bzw. Begründungspflichten) noch nicht für Schlussfolgerungen herangezogen werden. Gute Ergebnisse auf Basis vollständiger Daten lieferten die Magenkrebszentren bei der prätherapeutischen (KeZa 2) und postoperativen (KeZa 4) Fallvorstellung, der psychoonkologischen (KeZa 5) und sozialdienstlichen (KeZa 6) Betreuung, bei den Komplikationen nach En-bloc-Resektion (KeZa 9), den postoperativen Wundinfektionen (KeZa 14) und der postoperativen Mortalität (KeZa 15). Demgegenüber war die prätherapeutische Fallvorstellung von Rezidiven (KeZa 3) in einigen Zentren noch nicht vollständig etabliert. Bei der Revisions-OP-Rate elektiv operierter Primärfälle (KeZa 13), wo es nur gut zwei Dritteln der Zentren gelang, die Sollvorgabe von maximal 10% einzuhalten, ist ebenfalls noch Verbesserungsbedarf festzustellen. Insgesamt überwiegt jedoch der Eindruck einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität auf Basis der Kennzahlenergebnisse.

- **Statusbericht und Kennzahlenergebnisse Speiseröhre**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2020 gab es 24 zertifizierte Speiseröhrenkrebszentren an 25 Standorten, davon 4 Standorte im Ausland. 2020 wurden 7 Zertifikate erteilt und 1 Zertifikat beendet.

Für die zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren wird erstmals ein Jahresbericht veröffentlicht, da im Behandlungsjahr 2019 erstmals eine ausreichend große Anzahl an Zentren zertifiziert war. Diese 20 Standorte vermitteln einen guten Überblick über die Versorgungssituation: Die allgemeinen (KeZa 1a und 1b) und operativen (KeZa 12) Mindestmengen erfüllen alle Zentren. Während die tumorentitätenübergreifend etablierten Kennzahlen zur prätherapeutischen (KeZa 2) und postoperativen (KeZa 5) Fallvorstellung von den Zentren sehr gut umgesetzt werden, herrschte in diesem noch recht jungen Zertifizierungssystem bei der prätherapeutischen Fallvorstellung von Rezidiven und metachronen Metastasen (KeZa 3) und der Vorstellung nach

Abschluss der neoadjuvanten (Radio-) Chemotherapie (KeZa 4) bei einigen Zentren Unklarheit über die dahinterstehenden Vorgaben. So war in einigen Zentren die Auffassung verbreitet, nur bei palliativer Therapieabsicht bzw. bei nicht ausreichendem Ansprechen der neoadjuvanten (Radio-) Chemotherapie sei eine Vorstellung gefordert. Dies konnte in den Audits jedoch geklärt werden. Die aus der Leitlinie übernommenen Qualitätsindikatoren betreffen darüber hinaus u.a. den Inhalt der Pathologieberichte von Biopsien (KeZa 9), Exzidaten (KeZa 10) bzw. Resektaten (KeZa 11), die endoskopische (KeZa 14) und chirurgische (KeZa 15) R0-Rate, die Rate an Anastomoseninsuffizienzen (KeZa 16) und die postoperative Mortalität (KeZa 17). Insgesamt werden diese und die weiteren Qualitätsindikatoren der Leitlinie sehr gut in den Zentren umgesetzt und die Erfüllungsrate ist fast durchweg sehr hoch. Die Kommission kündigt daher an, unter TOP 3 über strengere Sollvorgaben beraten zu wollen.

Die Kommission berät im Anschluss über die vorgestellten Status- und Jahresberichte:

- Kennzahl 13a/b im Jahresbericht Leber (Komplikationen nach TACE/TAE bzw. Radiofrequenz- und Mikrowellenablation): Die Kommission berät den Vorschlag, die im Zähler angegebenen Komplikationen mit einer Zeitvorgabe zu hinterlegen. Da die betreffenden Interventionen häufig ambulant durchgeführt werden, was die Erhebung erschwert, und vor dem Hintergrund des noch optionalen Charakters dieser Kennzahl im ersten Jahr der Datenerhebung entscheidet sich die Kommission dafür, die Ergebnisse der beiden Folgejahre abzuwarten. In der kommenden Sitzung soll das Anliegen dann auf der Basis validerer Daten erneut beraten werden.
- KeZa 21 im Jahresbericht Magen (HER-2-Bestimmung vor palliativer Tumorthherapie): Die Sprecherin weist darauf hin, dass allgemein der HER-2-Status in vielen Pathologieberichten nicht standardmäßig angegeben werde. Vor dem Hintergrund, dass gerade in Ostdeutschland nur wenige Magenkrebszentren zertifiziert seien, regt sie einen Abgleich von DKG-Daten mit Krankenkassendaten in Bezug auf HER-2-Status und weitere Outcomes an. Die Kommission begrüßt diese Idee. Die DKG-Geschäftsstelle sagt zu, die Umsetzbarkeit dieser Anregung zu prüfen.
- Der Vertreter des Bundesverbandes der Strahlentherapeuten (BVDST) regt an, die Jahresberichte (und damit evtl. auch die Zertifizierungssysteme) Magen und Speiseröhre zusammenzuführen. Dies löse insbesondere die mitunter komplizierten Folgen für die Tumoren des gastroösophagealen Übergangs. Die DKG-Geschäftsstelle weist darauf hin, dass eine derartige Zusammenführung zahlreiche zu bedenkende Fragestellungen mit sich bringe. Sie bittet darum, hier für die kommende Sitzung ggf. eine Eingabe zu formulieren.
- Insbesondere für die jeweiligen Kennzahlen zur postoperativen Mortalität (Pankreas: KeZa 12; Leber: KeZa 16; Magen: KeZa 15; Speiseröhre: KeZa 17) ist nach Auffassung der Kommission ein möglicher Zusammenhang zwischen operativer Expertise und postoperativer Mortalität von Interesse. Dies sei nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussionen zu operativen Mindestmengen von besonderem Interesse. Im Ergebnis greift die Kommission eine Anregung der Sitzung der Sprecher 2020 auf und vereinbart, die postoperative Mortalität in den vier Jahresberichten als Funnel Plots darzustellen.

TOP 3 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen VOZ und den Datenblättern Pankreas, Leber, Magen und Speiseröhre (Vorsitzende, Rückher)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Da der EB Viszeralonkologische Zentren Teil eines Systems mit 13 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.
- Während der Sitzung wurde der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden. Während der Sitzung wurden die einzelnen Punkte besprochen und konsentiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.3 Kooperationsvereinbarungen - Pankreas

Eingabe AG QI Pankreas/DKG zur Aufnahme eines neuen Passus: „Für die Definition der Behandlungsschritte (inkl. der lokalen Behandlungsalgorithmen) wird die Verwendung des ‚Patient Pathway‘ der S3-Leitlinie Pankreaskarzinom (verfügbar unter www.xyz.de) empfohlen.“

Sitzung: Die Kommission begrüßt die Ausarbeitung von Behandlungspfaden auf Basis von Leitlinien. Sie macht es jedoch für die Aufnahme im EB zur Voraussetzung, dass dieser tatsächlich in der noch nicht vorliegenden endgültigen Fassung abgebildet wird. Die Leitlinie befindet sich aktuell in der Konsultationsphase durch die Fachgesellschaften. Erst nach Abschluss kann der Patient Pathway in den Erhebungsbogen überführt werden.

1.1.3 Kooperationsvereinbarungen - Leber

Eingabe Sprecher zur Aufnahme eines neuen Passus: „Bei allen Patienten innerhalb der Milan-Kriterien ohne Kontraindikationen soll eine Transplantation evaluiert werden.“

Sitzung: Die Sprecher erläutern, dass sie diese Eingabe im Hinblick auf die Eingabe der AG QI HCC (siehe Eingabe zu Kapitel 3.6) vorschlagen. Mit dieser Ergänzung werde hervorgehoben, dass eine Transplantation für die in Frage kommenden Patienten in jedem Falle zu bedenken sei. Die Bridgingtherapie resultiere daraus automatisch, sofern eine Transplantation angestrebt werde. Im Ergebnis nimmt die Kommission die Eingabe an.

1.2.5 Demonstration Bildmaterial - Pankreas

Eingabe AG QI Pankreas zur Aufnahme eines neuen Passus: „Die Resektabilität soll eingeschätzt werden anhand

- einer strukturierten CT-/MRT-Befundung gemäß Template der S3-Leitlinie Pankreaskarzinom (verfügbar unter www.xyz.de),
- tumorbiologischer (N+; CA 19-9 > 500 U/ml) Kriterien sowie konditionaler Kriterien (z.B. ECOG).“

Sitzung: Analog zur Eingabe in Kapitel 1.1.3 begrüßt die Kommission die Erarbeitung des Templates, macht jedoch auch hier die Aufnahme in den EB von der Abbildung in der finalen Fassung der Leitlinie abhängig.

1.2.8 Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Eingabe Sprechersitzung/DKG zur Harmonisierung mit EB OZ Kapitel 1.2.9:

„Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Für folgende Funktionen/Berufsgruppen ist eine **einmalige verbindliche Teilnahme** an der Tumorkonferenz zu ermöglichen (**Auffrischung alle 3 Jahre**):

- Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie und Strahlentherapie
- Mitarbeiter **Pflege**, Sozialdienst und Psychoonkologie
- ~~Onkologische Fachpflegkraft sowie mind. 2 Pflegekräfte pro Behandlungseinheit~~
- Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/Berufsgruppen anerkannt.“

Sitzung: Die Eingabe wird angenommen.

1.5. *Sozialarbeit und Rehabilitation*

Eingabe DVSG/ASO: Vereinheitlichung des Kapitels mit den anderen EB

Sitzung: Die Harmonisierungen mit anderen EB werden seitens der Kommission angenommen.

1.7.6 *Studienmanagement – Anteil Studienpatienten*

Die Eingabe der DKG zur organübergreifenden Harmonisierung wird aufgenommen: Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen.

1.8.2 *Pflege*

Der Verweis auf die Regelungen zur Teilnahme der Pflege am Tumorboard als Fortbildung wird redaktionell angepasst.

1.9.2 *Ernährungsberatung*

Die Eingabe von PRIO und VDOE/VDD, insbesondere während der postoperativen Phase den Bedarf für Ernährungsberatung patientenbezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen, wird angenommen. Für die Module Pankreas und Leber wird (analog der Vorgabe für die Module Magen und Speiseröhre) ergänzt, dass die umgesetzten Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie bei allen Patienten nachzuweisen sind.

2.1 *Sprechstunde – Pankreas*

Eingabe AG QI Pankreas: „Abbildung Biopsie vor Einleitung Chemotherapie oder Bestrahlung“

Sitzung: Die Kommission stimmt dem Anliegen inhaltlich zu. In den zertifizierten Zentren ist die histologische Diagnosesicherung jedoch bereits Voraussetzung für die Zählung als Primärfall (vgl. Nr. 1.2.0) und somit in jedem Fall gegeben. Das Anliegen ist somit bereits abgedeckt. Die Eingabe wird an dieser Stelle daher nicht übernommen.

2.1 *Sprechstunde – Magen*

Eingabe PRIO und VDOE/VDD: „In den Sprechstunden sind im Besonderen folgende Themen zu berücksichtigen:

- Präoperative ~~ggf. therapeutische~~ **therapiebegleitende** Erfassung von Mangelernährung mit ~~ggf.~~ gezielter Ernährungstherapie die das gesamte Spektrum der Ernährung erfasst.
- **Zugang zu Ernährungsberatung (gemäß Nr. 1.9) muss gewährleistet sein**

- Genetische Faktoren beim Magenkarzinom“

Sitzung: Die Eingabe wird angenommen.

2.1 Sprechstunde – Leber

Eingabe AG QI HCC:

- „Regelmäßige Nachsorge nach Leberresektion beim HCC in Zirrhose (Empfehlung 3.4.24)
- Verlaufskontrolle nach Therapie:
 - Empfehlung 2.4.36 (Die Verlaufskontrolle nach erfolgreicher lokaler Therapie soll im ersten Jahr alle 3 Monate und im zweiten Jahr alle 3-6 Monate mittels biphasischer CECT oder dynamischer MRT stattfinden.) und
 - 3.4.37 (Nach Abschluss der Nachsorge sollen die Patienten wieder in das Früherkennungsprogramm mit Ultraschall alle 6 Monate eingeschlossen werden.)“

Sitzung: Die Kommission modifiziert den Passus entsprechend den Anregungen der Eingabe:

„Nachsorge nach kurativen Verfahren (Transplantation, Resektion, RFA)

- Entsprechend S3-LL alle **3 Monate im 1. Jahr und alle 3-6 Mo. über 2 Jahre** im 2. Jahr mit ~~mehrphasiger Schnittbildgebung (US, CT, MRT)~~ **biphasischer CECT oder dynamischer MRT**
- **Nach Abschluss Nachsorge: Einschluss in Früherkennungsprogramm alle 6 Monate“**

Eingabe AG QI HCC: „Aufnahme Empfehlung 3. 12 der Leitlinie HCC: Patienten mit chronischer Hepatitis C-Virusinfektion und HCC, bei denen eine kurativ-intendierte Tumorbehandlung durchgeführt wird, soll eine DAAD-Behandlung angeboten werden.“

Sitzung: Die Eingabe wird aufgrund der schwierigen Operationalisierbarkeit und damit Überprüfbarkeit in den Audits nicht übernommen.

3.6 Radiologie – Pankreas

Eingabe AG QI Pankreas zur Aufnahme eines neuen Passus: „Beurteilung Resektabilität. Die Beurteilung der Resektabilität bei Pankreaskarzinom ist entsprechend der Vorgaben in Kap. 1.2 (vgl. Template unter www.xyz.de) im Befundbericht anzugeben.“

Sitzung: Analog zu den Beratungen bzgl. Kapitel 1.2.5 entscheidet die Kommission, den Passus aufzunehmen, sofern das Template in der endgültigen Fassung der Leitlinie enthalten ist.

Radiologie – Leber

Anpassung analog Änderung KeZa 12 Leber:

„Transarterielle Chemoembolisation (TACE)

- Prozessbeschreibung unter Nennung der Verantwortlichen ist nachzuweisen
- Postinterventionelle Verlaufskontrolle innerhalb von 4-12 Wo. mittels KM-CT/-MRT
- Bewertung des Ansprechens mittels ~~RECIST~~ oder modifizierter RECIST- oder/ und EASL-Klassifikation“

Eingabe AG QI HCC: Aufnahme eines Passus zur Bridging-Therapie

Sitzung: Die Kommission berät die Eingabe und kommt zu dem Ergebnis, dass das Anliegen bereits mit dem zusätzlichen Passus zur Evaluation einer Transplantation (siehe Eingabe in Kapitel 1.1.3) und dem neuem Leitlinien-QI (KeZa 17 neu) zur Bridging-Therapie abgedeckt ist.

5.2.4 Operative Expertise - Ösophagus

Eingabe DKG: Umgang mit G-BA-Mindestmengen-Beschluss

Die DKG-Geschäftsstelle informiert über die neue, vom G-BA festgelegte und ab 2023 gültige Mindestmenge von 26 Ösophaguseingriffen pro Jahr. Die bestehende DKG-Mindestmenge beträgt 20 Eingriffe pro Jahr. Für beide Mindestmengen werden ähnliche, aber nicht identische OPS-Kodes angerechnet: Die DKG-Mindestmenge berücksichtigt Codes mit Endung .x und .y. Die G-BA-Mindestmenge berücksichtigt .x und .y nicht, dafür hingegen 5-427.0 und 5-427.1 (Rekonstruktion Ösophaguspassage als selbständiger Eingriff). Eine Destatis-Abfrage (Grundgesamtheit: alle Häuser, die DKG-Mindestmenge (mit DKG-OPS-Kodes) erfüllt hätten) im Vorfeld der Sitzung ergab, dass die nach G-BA bzw. DKG jeweils zusätzlich zählbaren Eingriffe zahlenmäßig gering sind und sich ungefähr ausgleichen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass auf Basis der Daten des Kennzahlenjahres 2019 10 von 20 Speiseröhrenkrebszentren die Mindestmenge von 26 Eingriffen jährlich nicht erfüllt hätten. Die Destatis-Auswertung hat gleichzeitig ergeben, dass 2019 bundesweit 50 Krankenhäuser die Mindestmenge von 20 (gemäß DKG-Definition) erreicht haben. Der IQTIG-Bericht, der dem G-BA-Beschluss zugrunde gelegt wurde, kommt hier auf Basis einer Simulation (Umverteilung der Eingriffe von niedrigvolumigen Häusern auf die umliegenden) auf 88 Krankenhäuser. 69 Krankenhäuser würden demnach sogar 26 Eingriffe jährlich erreichen.

Sitzung: Die Kommission diskutiert über die vorgelegten Zahlen und die möglichen Auswirkungen einer höheren Mindestmenge auf das Zertifizierungssystem. Im Ergebnis verständigt sich die Kommission darauf, die Mindestmenge von 26 zunächst nicht zu übernehmen, um die Reaktionen und Entwicklungen abzuwarten. Zudem wäre die Mindestmenge erst für das Auditjahr 2024 relevant. Zeitnah nach der Sitzung wird sich die DKG mit den Sprechern und Vertretern der betroffenen Fachgesellschaften bzgl. des weiteren Vorgehens abstimmen. Das Thema soll in der kommenden Sitzung erneut beraten werden.

5.2.10 Expertise pro Endoskopiker – Magen und Ösophagus

Eingabe Zentrum: „Können für die 30 geforderten endoskopischen Resektionen sowohl En-bloc-Resektionen Magen als auch Endoskopische Resektionen des Ösophagus anerkannt werden oder müssen, wenn man z.B. nur ein zertifiziertes Magenkrebszentrum hat, 30 Endoskopische En-bloc-Resektionen Magen nachgewiesen werden?“

Sitzung: Es wird eine neue FAQ aufgenommen:

„Frage: Können für die 30 geforderten endoskopischen Resektionen sowohl En-bloc-Resektionen Magen als auch Endoskopische Resektionen des Ösophagus anerkannt werden, wenn z.B. im Geltungsbereich des Viszeralonkologischen Zentrums nur ein Magenkrebszentrum enthalten ist?“

Antwort: Für die Expertise des Endoskopikers werden sowohl En-bloc-Resektionen des Magens als auch Endoskopische Resektionen des Ösophagus anerkannt.“

9.1 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Eingabe Zentrum: „Muss die Erfassung über MIDOS oder IPOS erfolgen? Wir verwenden in den mK den HOPE Dokumentationsbogen.“

Sitzung: Die Kommission harmonisiert das Kapitel mit dem EB der Onkologischen Zentren, der das Screening mittels MIDOS oder IPOS nur beispielhaft vorsieht:

„Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur Erfassung von Symptomen und Belastungen (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin) durchzuführen (z.B. MIDOS o. IPOS).“

9.2 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Eingabe PRIO und VDOE/VDD: Verweis auf Kapitel 1.9 zur Ernährungsberatung

„Zugang zur Ernährungsberatung (**gemäß Kapitel 1.9**) ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen Zugang zu psychoonkologischer und psychosozialer Versorgung sowie zur Seelsorge ist zu beschreiben.“

Sitzung: Die Eingabe wird angenommen.

Datenblätter Module Pankreas, Leber, Magen, Speiseröhre

Datenblatt Pankreas:

- Basisdaten:

In der Sitzung 2019 wurde über die Aufnahme von intraduktalen papillär-muzinösen Neoplasien (IPMN) intermediate und high-grade beraten. Bereits in der Sitzung 2013 wurde auf die diesbezüglichen Auswirkungen auf Geltungsbereich und Berechnung der Kennzahlen hingewiesen. Aktuell werden IPMN nicht in den Basisdaten gezählt, Informationen über deren Häufigkeit sind nur schwer zu bekommen.

Sitzung: Die Kommission beschließt, die IPMN nicht aufzunehmen und weist darauf hin, dass OPs bei IPMN für die operative Expertise (und auch die darauf basierenden weiteren Kennzahlen) zählbar sind.

- KeZa 15 (Inhalt Pathologieberichte): Die Kommission übernimmt die Anpassung des QI 3 der Leitlinie (Bezugsmenge operative Primärfälle statt Befundberichte).
- KeZa 16 (Adjuvante Chemotherapie): Die Kommission übernimmt die Anpassung des QI 4 der Leitlinie (keine Nennung von Substanzen).
- KeZa 17 (Palliative Chemotherapie): Die Kommission übernimmt die Anpassung des QI 5 der Leitlinie im Grundsatz. Sie modifiziert den ersten Punkt des Nenners zu „nicht operative Primärfälle“ (zuvor: „Primärfälle Pankreaskarzinom M0 und M1 ohne Resektion“).
- Der neue QI 6 der Leitlinie wird als KeZa 18 (primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom) neu aufgenommen.
- Der neue QI 7 der Leitlinie wird als KeZa 19 (Zweitlinientherapie) neu aufgenommen.

Datenblatt Leber:

- KeZa 9 (Inhalt Befundberichte): Der neue QI der Leitlinie sieht als Bezugsmenge nicht mehr Operationen, sondern operative Primärfälle vor. Dadurch wäre eine Übertragung aus den Basisdaten

nicht mehr möglich. Die Kommission übernimmt daher die Änderung vor dem Hintergrund des andernfalls höheren Dokumentationsaufwandes für die Zentren nicht.

- KeZa 10 (Ausbreitungsdiagnostik): Die Kennzahl wird gestrichen, da der zugrunde liegende QI und die entsprechende Empfehlung in der Leitlinie gestrichen wurden.
- KeZa 11 (postinterventionelle Vorstellung nach TACE/TAE): Der QI der Leitlinie wurde dergestalt geändert, dass nicht mehr eine CT/MRT, sondern eine postinterventionelle Vorstellung nach TACE/TAE gefordert wird. Durch eine Übernahme dieser Anpassung würde ein Widerspruch zu KeZa 3b entstehen, die eine Vorstellung nach jeder Intervention (und somit nach jedem TACE/TAE-Zyklus) fordert. Der so modifizierte QI lässt sich nach Auffassung der Kommission nicht mehr sinnvoll in den Kennzahlenbogen integrieren und wird daher gestrichen.
- KeZa 12 (mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE): Die Anpassung dieses Leitlinien-QI sieht nur noch die mRECIST-, nicht aber mehr die RECIST-Klassifikation für die Remissionsbeurteilung nach TACE/TAE vor. Die Kommission erkennt an, dass dies aus fachlicher Sicht sinnvoll und daher von der Leitliniengruppe zurecht umgesetzt, aber bzgl. der Umsetzung in den Zentren derzeit noch wenig realistisch sei. In den kommenden Jahren sei hier ggf. eine zunehmende Etablierung zu erwarten. Im Ergebnis beschließt die Kommission die Übernahme des neuen QI, jedoch wird die Sollvorgabe in eine Plausi-Grenze von 75% umgewandelt. In der kommenden Sitzung soll dann darüber beraten werden, ob eine Rücküberführung in eine Sollvorgabe sinnvoll erscheint.
- KeZa 16 (30d-Mortalität postoperativ): Die Plausi-Grenze von 9% wird angesichts der hohen Relevanz in eine Sollvorgabe umgewandelt.
- Der neue QI 8 der Leitlinie wird als KeZa 17 (Bridgingtherapie) neu aufgenommen.

Datenblatt Magen:

- Eingabe Zentrum zu den Basisdaten: „[...] Wir haben kein separates Ösophaguskrebszentrum zertifiziert, sodass wir die ausgewählten Ösophagusfälle (C16.0, C15.2 und C15.5) mit in das Magenkrebszentrum zählen dürfen. [...] Ein Patient hat einen AEG II-Tumor und hat in dem Zuge die Therapie ‚partielle thorakoabdominale Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens durch Thorakotomie‘ erhalten, was dem OPS-Code 5-424.12 entspricht. Laut Basisdaten Magenkrebszentrum zählen diese Fälle nicht als operative Primärfälle. Für uns ist dies medizinisch nicht nachvollziehbar, da es sich hierbei ja um eine Primarius-OP handelt, die zudem auch im Ösophagus-zentrum bei der operativen Expertise gezählt wird. [...]“

Die Kommission verweist auf die Beratungen aus dem Jahr 2017, wo der OPS-Kode 5-424 für das Modul Magen nicht anerkannt wurde, weil dieser nur auf Kardiakarzinome zutrefte. Zudem sei die in Rede stehende OP-Prozedur im konkreten Fall nicht der Standard. Es wird daher keine Änderung an den Basisdaten vorgenommen.

- KeZa 1a (Primärfälle): 2 Zentren fragen, ob ein gemischtes adeno-neuroendokrines Karzinom (8244/3) bzw. ein adenosquamöses Karzinom des Magens (8560/3) als Primärfall gezählt werden kann. Beide Karzinome werden für die Zählung zugelassen. Dies erfolgt in Anlehnung an die Regelungen der Darmkrebszentren (bzgl. adeno-neuroendokrines Karzinom, vgl. Spezifikation der OncoBox) und der Pankreaskrebszentren (ebenfalls Anerkennung adenosquamöser Karzinome).

- KeZa 14 (Postoperative Wundinfektion): Angesichts der sehr guten Erfüllung dieser Kennzahl durch die Zentren und der hohen Relevanz entscheidet die Kommission, eine Sollvorgabe von maximal 10% einzuführen.

Datenblatt Speiseröhre:

- Basisdaten:
 - Auf Nachfrage eines Zentrums nach dem Zählzeitpunkt für die Eingriffe der operativen Expertise beschließt die Kommission die Aufnahme einer FAQ, die klarstellt, dass hier das OP-Datum (und nicht das Datum des histologischen Befundes) maßgeblich ist.
 - Die Eingabe eines Tumordokumentationsherstellers, eine Histologie-Liste aufzunehmen, wird nicht übernommen, da die Kommission den Nutzen bzw. die Verhältnismäßigkeit des damit verbundenen Aufwandes in Frage stellt.
- KeZa 9 (Inhalt Pathologiebericht Biopsie), KeZa 10 (Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate), KeZa 11 (Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat): In Anlehnung an vergleichbare Kennzahlen in anderen Zertifizierungssystemen führt die Kommission für die drei Kennzahlen eine Sollvorgabe von mindestens 80% ein.

TOP 4 Verschiedenes

- **Auswirkungen COVID-19**

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über die organisatorischen Anpassungen der Audits an die Erfordernisse der Coronapandemie. Bzgl. der Fallzahlen des Kennzahlenjahres 2020 ist es in Rücksprache mit OnkoZert möglich, die vorangehenden Behandlungsjahre für die (Re-)Zertifizierung zugrunde zu legen. Die Anforderungen zu den Fortbildungen bleiben für das Kennzahlenjahr 2021 ausgesetzt. Die Beantragung des sog. Sonder-REDZYK ist zunächst weiter bis zum 30.09.2021 möglich.

- **Aktueller Stand Coaching Pankreas**

In der Sitzung 2019 hat die Kommission beschlossen, ein verpflichtendes Coaching-Angebot bei wiederholt auffälligen Kennzahlenergebnissen bei KeZa 12 (postoperative Mortalität) vorzusehen. Seitdem haben Abstimmungen zwischen DKG und DGAV zur Definition von Aufgreifkriterien, Maßnahmen und Kontrollen stattgefunden. Aktuell werden die Liste von möglichen „Peers“ zwischen beiden Organisationen abgestimmt und eine Checkliste für die Verwendung im Rahmen der Coaching-Termine erarbeitet. In der kommenden Sitzung wird erneut über das Thema berichtet werden.

- **Aktuelle Zahlen zum Thema „Überleben und Zertifizierung“ bei Pankreaskarzinom**

Das sog. WiZen-Projekt („Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“) untersucht Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen zertifizierten Zentren und nicht-zertifizierten Kliniken. Erste Ergebnisse, die der DKG zur Verfügung gestellt wurden, zeigen Überlebensvorteile von Patienten, die in zertifizierten Pankreaskrebszentren behandelt wurden, die auch nach Adjustierung statistisch signifikant bleiben.

Die Sitzung wird gegen 15:45 Uhr beendet.

Berlin, 22.04.2021

Protokoll: Rückher, Vogt