

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Lungenkrebszentren

01.06.2022 11:00 – 15:45 Uhr

Vorsitz: Prof. H. Hoffmann, Prof. D. Ukena (entschuldigt)

TOP 1 Begrüßung und Verschiedenes (Vorsitzende, Wesselmann)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Lungenkrebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Wahl der Vorsitzenden

Herr Prof. Hoffmann wird einstimmig für weitere 4 Jahre als Vorsitzender der Kommission bestätigt. Herr Prof. Reinmuth wird seitens der DGP und DKG als neuer Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission einstimmig für dieses Amt gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Ukena an, der für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung stand. Herr Prof. Hoffmann und Herr Prof. Reinmuth bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an. Die Kommission dankt Herrn Prof. Ukena für sein langjähriges Engagement und würdigt seine großen Verdienste um das Zertifizierungssystem.

WiZen-Projekt

Die Ergebnisse des Innovationsfond geförderten WiZen-Projekts („Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“) werden vorgestellt. In der Kohortenstudie mit Daten der G-KV u. der klinischen Krebsregister, wurde auf Datenbasis von > 1 Mio. Patient:innen ein aggregierter Vergleich zertifizierter Zentren mit nicht zertifizierten Kliniken hinsichtlich u.a. Überleben, Rezidivfreies Überleben für 8 Entitäten durchgeführt (Kolorektales, Pankreas-, Mamma-, Prostata- u. 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 Projekt: https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/termine/foiliensatz_ergebnisse_wizen.pdf

Übersicht Mesotheliomeinheiten

Die Entwicklung des Zertifizierungssystems für Mesotheliomeinheiten wird dargestellt. Nach ersten Vorschlägen einer Ansiedlung von Mesotheliomeinheiten an die zertifizierten Lungenkrebszentren in der letzten Sitzung der Zertifizierungskommission wurden nachfolgend die Anforderungen in Abstimmung mit der Kommission formuliert und im Februar 2021 finalisiert. Nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit der DGUV ist 05/2021 die erste Einheit erfolgreich zertifiziert worden.

Mindestmengenregelung G-BA

Die Mindestmengenregelung des G-BA (mit letzter Änderung vom 16.12.2021) sieht für die operative Behandlung von Lungenkarzinomen ab 2025, den numerischen Anforderungen an zertifizierte Lungenkrebszentren entsprechend, eine Mindestmenge von ≥ 75 anatomische Resektionen aufgrund von Lungenkarzinomen o. -metastasen (ICD C34.0 bis C34.9, C78.0) vor. Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 40 anatomischen Resektionen pro Standort eines Krankenhauses.

In Anlehnung an die Mindestmengenregelung werden die Anforderungen an mehrstandortige Lungenkrebszentren durch die Kommission angepasst (s.u.).

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Lungenkrebszentren und Mesotheliomeinheiten (Bischofberger, OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Zum 31.03.2022 gab es 70 zertifizierte Lungenkrebszentren (LZ) an 86 Standorten (davon 3 Standorte in der Schweiz und 2 Standorte in Österreich). 2021 wurden 7 Zertifikate neu erteilt, 2 Zertifikate wiedereingesetzt und 3 Zertifikate ausgesetzt bzw. beendet.

Im Auditjahr 2021 wurden in 10 von 42 Audits (23,8%) insgesamt 14 Abweichungen ausgesprochen, der Durchschnitt pro auffälligem Audit lag bei somit 1,4. Zwei Zertifikate wurden im Rahmen einer Erstzertifizierung bzw. eines Wiederholaudits mit reduzierter Gültigkeit erteilt. 4 Lungenkrebszentren nutzten im Jahr 2021 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK) und 30 Standorte nutzten den „Sonder-REDZYK Covid-19“.

Für die Mesotheliomeinheiten sind aktuell 7 Einheiten zertifiziert. In den 7 Audits wurde 1 (Sammel-)Abweichung ausgesprochen. Es gibt weitere 10 Neuanfragen, die Audits sind bereits bis September 2022 terminiert.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Lungenkrebszentren und Mesotheliomeinheiten (Vorsitzende/ Utzig)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2021 werden vorgestellt:

Insgesamt zeigt sich im ersten COVID-Jahr (Datenjahr 2020) insbesondere in den größeren Zentren ein Rückgang der Primärfälle. Auch der Median der anatomischen Resektionen bei Primärfällen, aber auch bei jeglicher C-Diagnosen, war im Vergleich mit den Vorjahren 2020 im Durchschnitt kleiner. Diese Entwicklung wird auch durch Daten des statistischen Bundesamtes bestätigt, das für Einrichtungen mit ≥ 75 anatom. Resektionen/Jahr seit 2008 in Summe steigende OP-Zahlen, im Jahr 2020 jedoch erstmals rückläufige OP-Zahlen ausweist. Ein Zusammenhang mit den Auswirkungen der Covid-Pandemie ist somit wahrscheinlich. Kennzahlen und Umsetzung der LL-QI sind im Jahresbericht dargestellt. Begründungen der Zentren und Einschätzungen der Fachexperten wurden pro QI ausgewertet und zusammengefasst.

Nach erfolgreicher Erstzertifizierung liegen aus 7 Mesotheliomeinheiten erste Daten und Kennzahlen vor.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende/ Wesselmann)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

Während der Sitzung wird der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen beraten. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierete EB inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden. Anpassungen, die wie in der Sitzung vereinbart erst im Nachgang an die Sitzung erfolgten, sind lila markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Lungenkrebszentren:

1.1.1 Struktur des Netzwerkes – Kooperationen Thoraxchirurgie

Die Mindestanzahl an anatomischen Resektionen in thoraxchirurgischen Abteilungen an einem Nebestandorts wird in Anlehnung an die Übergangsregelung der G-BA-Richtlinie „Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms“ auf ≥ 40 Eingriffe angepasst.

Zur näheren Erläuterung der Anforderungen an mehrstandortige Kooperationsmodelle und leichteren Handhabung werden die bereits gültigen Inhalte der „Auslegungsrichtlinie Mehrstandortige Lungenkrebszentren“ in den EB übernommen:

Voraussetzung für mehrstandortige Kooperationsmodelle:

- Mind. 1x/Monat eine gemeinsame Tumorkonferenz. In den anderen Wochen standortspezifische TK, bei der alle Anforderungen an die TK zu erfüllen sind (= u.a. alle Hauptbehandlungspartner entsprechend EB 1.2 anwesend).
- Die Fachlichen Anforderungen und Leistungskennzahlen müssen für jeden Standort einzeln erfüllt und nachgewiesen werden
- gemeinsames Tumordokumentationssystem
- Patienten müssen an dem Standort vollständig dokumentiert werden bzw. dem Standort zugerechnet werden, der für die Vorstellung in der Tumorkonferenz verantwortlich ist
- Vorherige Strukturbewertung durch den Ausschuss Zertifikatserteilung erforderlich
- Anzahl kooperierende Thoraxchirurgien/Pneumologien: max. 3 Pneumologien u. 3 Thoraxchirurgien

1.1.2 Struktur des Netzwerkes

Auf Anfrage eines Zentrums hin wird klargestellt, dass für alle Zentren für die klinischen Hauptkooperationspartner (Thoraxchirurgie; Strahlentherapie; Pneumologie und, falls zutreffend, Hämatookologie) eine 24h-Erreichbarkeit, gewährleistet sein muss.

1.1.10 Struktur des Netzwerkes

Der Absatz zu den Vorgaben über ein zertifiziertes QM-System wird ersatzlos gestrichen.

1.2.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Tumorkonferenz (Mesotheliomeinheit)

Zur Harmonisierung mit dem Datenblatt wird zukünftig auch im EB klargestellt, dass „Pat. mit neu diagnostiziertem Mesotheliom möglichst häufig prätherapeutisch und postoperativ in der Tumorkonferenz vorzustellen sind“.

Es wird beschlossen, die Definition der „Oligometastasierung“ aus der (Konsultationsfassung) der S3-Leitlinie Lungenkarzinom in den EB aufzunehmen.

1.4.2 Psychoonkologie – Angebot und Zugang

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 – in Ergänzung zu einer Änderung der zugehörigen Kennzahl – folgende Anforderungen angepasst:

„Dokumentation und Evaluation

Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl ‚Psychoonkologisches Distress-Screening‘) u. 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.“

Die Kommission stimmt dieser Neufassung zu.

1.6.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten – Veranstaltung für Pat.

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 von der Kommission angenommen. Darüber hinaus soll in einer FAQ erläutert werden, wie die Zentren darüber einen Nachweis erbringen können.

1.9. Allgemeine Versorgungsbereiche

Auf Anfrage des Vertreters der FE wird bestätigt, dass im EB_Lunge (Kapitel 1.9) keine Anforderungen an die Apotheke in LZ formuliert sind und auf Kapitel 6.2 verwiesen wird. Wenn von Seiten der FE diese Kriterien nicht ausreichend definiert sind, bittet die Kommission um eine Eingabe bzw. Vorschläge für die nächste Sitzung.

1.9.3 Allgemeine Versorgungsbereiche – Supportive Therapie und Symptomlinderung

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

- ~~Zugang zur Ernährungsberatung ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen.~~
- Ernährungsberatung muss Bestandteil des LZ 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.

2.2.5 Diagnostik – Assistenzpersonal (Pflegerkräfte oder MTAs)

Die Eingabe eines Fachexperten, dass LZ mind. 1 Pflegekraft über die Fachweiterbildung Endoskopiedienst (nach Vorgaben Dt. Krankenhausgesellschaft) verfügen muss, wird unter Abwägen der Pros (Qualitätsverbesserung, evtl. Anreiz für jüngere Pflegekräfte) und Kons (genereller Pflegemangel, Abwanderung von weitergebildeten Kräften in Administration u./o. andere Einrichtungen) diskutiert.

Die Empfehlung wird mit der Bitte an die KOK, die Eingabe unter Berücksichtigung von potentiellen Äquivalenznachweisen zu überarbeiten, zurückgestellt.

4.1 Nuklearmedizin – Fachärzte 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 als Mindestanforderung vorgeschlagen. Die Eingabe wird angenommen.

4.3 Nuklearmedizin – Vorzuhaltende Methoden

Die Eingabe der Dt. Gesellschaft für Nuklearmedizin zur Konkretisierung der vorzuhaltenden nuklearmedizinischen Fusionsbildiagnostik („FDG-PET/CT“ statt „PET und PET-CT“) wird angenommen.

5.2.2 Organspezifische operative Therapie

Die Indikationen für die Mindestmenge der anatomischen Resektionen werden in Einklang mit der G-BA Richtlinie „Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms“ klargestellt („ICD-10 C34.0-9, C78.0“ statt „C-Diagnose“).

Erhebungsbogen Radioonkologie

7.10 Bestrahlungstechniken

Die Empfehlung einer prophylaktischen Schädelbestrahlung bei Patienten mit SCLC im Stadium IV und Ansprechen auf die Erstlinienchemotherapie wurde in der LL-Gruppe kontrovers diskutiert. Eine gleichlautende Eingabe der AG QI der Leitlinie und der Mandatsträger Strahlentherapie wird, um keine Fehlansätze zu setzen und die alternative Therapieoption der „active surveillance“ ausreichend zu würdigen, durch die Kommission abgelehnt.

7.12 Systemische Tumorthherapie durch Radioonkologie

Zur Klarstellung, dass die Anforderung nur für Strahlentherapien gilt, die eigenständig Chemotherapien durchführen, wird der Passus ergänzt (1. Satz neu):

„Bei Durchführung der simultanen thorakalen Radio-Chemotherapie durch die Strahlentherapie: Mind. 30 Lungenkrebs-Pat. mit simultaner thorakaler Radio-Chemotherapie/Jahr“.

Da die LL in Verbindung mit einer Bestrahlung außerhalb der Chemotherapie keine simultanen Therapiekombinationen vorsieht, wird explizit am Terminus „Radio-Chemotherapie“ festgehalten und nicht durch „Systemtherapie“ ersetzt.

Erhebungsbogen Pathologie

8.6 Vorzuhaltende Verfahren NEU

Die AG LZ/nNGM macht eine Eingabe zur Qualitätssicherung in der molekularpathologischen Diagnostik. Dabei sollen einerseits gut funktionierende regionale Strukturen mit hoher Güte nicht zerstört werden, andererseits aber auch flächendeckend ein hoher Qualitätsstandard gewährleistet werden. Die Kommission nimmt folgende Passus neu in den EB_Pathologie auf:

„Nachweis einer qualitätsgesicherten NGS-Diagnostik.

Diagnostik muss erfolgen über:

- nNGM-Zentrum oder
- Akkreditierte Molekularpathologie (DIN EN ISO17020) mit Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an nationalen und/oder internationalen Ringversuchen zu diagnostisch verpflichtenden Testungen bei Lungenkrebs (Marker aus LL übernehmen). Nachweis der gültigen Ringversuchszertifikate“

Als weiteres Ergebnis der Sitzung soll an die QuIP die Bitte einer transparenten Darstellung der für Lungenkarzinome relevanten Ringversuche auf ihrer Homepage herangetragen werden.

Datenblatt:

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts für Lungenkrebszentren:

Tabellenblatt Expertise Lunge

KeZa 16 Thorakale Bestrahlungen

Durch eine redaktionelle Anpassung werden das Tabellenblatt und der EB Radioonkologie angeglichen und somit die Abfrage der „Anzahl Pat. mit Lungenkarzinom und thorakaler Bestrahlung als Primärbehandlung (keine Beschränkung auf Primärfälle des Zentrums)“ verdeutlicht.

Für die nächste Sitzung sollen die (Mindest-)Anforderungen an die Strahlentherapeutischen Einheiten (≥ 50 thorakale Bestrahlungen in der Primärbehandlung, ≥ 100 komplette Bestrahlungsserien) sowie Qualitätsanforderungen an die Stereotaxie geprüft und ggf. angepasst werden (siehe auch Datenblatt).

Tabellenblatt Kennzahlen Lunge

KeZa NEU: Zeitdauer abschließender Tumorkonferenzbeschluss bis Therapiebeginn

Die Eingabe der Vorsitzenden, zur Optimierung des Gesamtprozesses zukünftig die Dauer des Behandlungsablaufes bzw. einzelner -abschnitte als weiteres Qualitätskriterium zu erfassen, wird generell begrüßt. In der Kommission wird ausgiebig abgewogen, welches Zeitintervall (u.a. Vorstellung -> Diagnose/Histologie, Vorstellung -> Therapiebeginn, Diagnose -> Therapiebeginn) zunächst betrachtet werden soll, wie Start- (Vorstellung in Zentrum, Histologie-Datum, Datum der Molekularpathologie) bzw. Endpunkt definiert werden sollen und wie praktikabel die Erfassung der Zeitpunkte ist. Mit dem Ziel, zunächst den Status quo zu erfassen, wird für Primärfälle mit NSCLC im Stadium I-III eine Kennzahl neu definiert, die den Anteil der Patienten mit Therapiebeginn ≤ 14 Tage nach abschließendem Tumorkonferenzbeschluss angibt. Die Kennzahl soll gegenwärtig ohne Sollvorgabe bzw. Begründungspflicht implementiert werden.

Für die nächste Sitzung sollen darüber hinaus Kennzahlen für die Zeitspanne zwischen histologischer Sicherung und Therapiebeginn bzw. die Dauer der molekularpathologischen Diagnostik vorbereitet bzw. diskutiert werden.

KeZa 4: Psychoonkologisches Distress-Screening

Die Eingabe der PSO zur Durchführung des Screenings wird auch über eine Neufassung der Kennzahl 4 aufgegriffen. Mit einer Sollvorgabe von $\geq 65\%$ wird zukünftig die Rate der Patientinnen und Patienten mit psychoonkologischem Distress-Screening erfasst.

KeZa NEU: FDG-PET/CT zum Staging (LL QI)

Der LL-QI zur Erfassung der Primärfälle (NSCLC IB-IIIB) mit prätherapeutischem FDG-PET/CT wird (ohne Sollvorgabe bzw. Plausibilitätsgrenzen) in das Kennzahlen-Set neu aufgenommen.

KeZa 10 bis 15: Kennzahlen der operativen Expertise

Die Kennzahlen zur Einschätzung der operativen Qualität werden zukünftig für jede(n) Thoraxchirurgie/Standort separat im Tabellenblatt Expertise ausgewiesen werden.

KeZa 11: Videothorakoskopische (VATS) und Roboter-assistierte (RATS) anatomische Resektionen

In Vorbereitung auf die Einführung der OncoBox Lunge schließt die Kennzahl zukünftig ausschließlich operative Primärfälle und keine weiteren C-Diagnosen mehr ein.

KeZa 12 u. 13: 30d-Letalität nach Resektionen u. Postoperative Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz
Aufgrund der separaten Darstellung nach Thoraxchirurgie/Standort (im Tabellenblatt Expertise) wird die Angabe „pro Abteilung“ gestrichen.

KeZa 14: Lokale R0-Resektionen im Stadium IA/B und IIA/B

Aufgrund der prospektiv zunehmenden Anzahl an anatomischen Segmentresektionen wird die Kennzahl weiterhin Teil des Zertifizierungssystems LZ bleiben.

KeZa 15: Lokale R0-Resektionen im Stadium IIIA/B

In Anlehnung an den Nenner der KeZa 14 erfolgt eine redaktionelle Anpassung: Einfügen von „... mit anatomischer Lungenresektion ...“.

KeZa 16: Thorakale Bestrahlungen

Durch die redaktionelle Anpassung werden Datenblatt und EB Radioonkologie angeglichen (s. Tabellenblatt Expertise Lunge).

KeZa NEU: Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität (LL QI)

Der neue Leitlinien-QI zur stereotaktischen Bestrahlung bei allgemein oder funktionell inoperablen Primärfällen (NSCLC I/IIA) wird als Kennzahl (ohne Sollvorgabe/Plausibilitätsgrenze) aufgenommen.

Die Definition „Stereotaxie“ muss im Nachgang an diese Sitzung durch die teilnehmenden Mandatsträger der radioonkologischen Organisationen noch freigegeben werden. Für die nächste Sitzung sollen darüber hinaus für die stereotaktische Behandlung weitere Vorgabe erarbeitet werden.

KeZa NEU: multimodale Therapie bei NSCLC Stadium IIIA3 (LL QI)

Die Kommission sieht in dem neue QI aufgrund der unscharfen Definition der multimodalen Therapie für das Zertifizierungssystem kein Potential zur Qualitätsverbesserung und nimmt daher die Kennzahl zur Behandlung von Patienten im Stadium IIIA3 nicht in das DS auf.

Die Beurteilung der Kommission soll der AG QI der LL rückgemeldet werden.

KeZa NEU: Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie (LL QI)

Der LL-QI zur Erhaltungstherapie nach definitiver RCTx wird diskutiert. Dabei wird u.a. abgewogen, ob die namentliche Nennung einer Substanz zukünftig die Aussagekraft der KeZa einschränken könne und die Erfassung der KeZa 27 (PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium III mit Radiochemotherapie) aufgrund der Intention der Testung nicht schon ausreichend aussagekräftig sei. Die Kommission übernimmt den vorgeschlagenen QI (ohne Sollvorgabe/Begründungspflicht) wortwörtlich in das Set der Kennzahlen.

Bei einer späteren Definition einer Sollvorgabe oder Begründungspflicht sollen Kontraindikationen für Immuntherapien (z.B. Fibrose) berücksichtigt werden.

KeZa NEU: Chemo-Immuntherapie bei Plattenepithelkarzinom Stadium IV (LL QI)

Die Kommission sieht die Chemo-Immuntherapie bei Plattenepithelkarzinom Stadium IV (PD-L1 <50%) bereits als Standardtherapie mit ausreichender Umsetzung an und erkennt somit kein weiteres Verbesserungspotential. Auch dieser LL-QI wird daher nicht als Kennzahl übernommen (Rückmeldung AG QI der LL-Gruppe).

KeZa NEU: Molekularpathologische Untersuchung bei Pat. mit NSCLC Stadium IV

Die übergreifende Erfassung aller molekularpathologischen Untersuchung wird aufgrund der feingliedrigen Analyse der folgenden Kennzahl als weitere KeZa nicht angenommen.

KeZa 20: Molekularpathologische Untersuchung bei Pat. mit NSCLC Stadium IV (LL QI)

Die Modifikationen von LL-Empfehlung und QI führen zu Anpassungen der bestehenden Kennzahl: zukünftig sollen alle Tumoren von Patienten mit NSCLC im Stadium IV unabhängig von der Histologie mit einem erweiterten und spezifizierten Panel molekularpathologisch untersucht werden. Die Sollvorgabe bleibt unberührt.

KeZa NEU: Molekularpathologische Untersuchung nach kurativer Tumorresektion (LL QI)

Der QI der LL wird (ohne Sollvorgabe/Begründungspflicht) angenommen.

KeZa 21: Erstlinientherapie mit EGFR-TKI bei Pat. NSCLC Stadium IV mit typischer aktivierender EGFR-Mutation (del 19, L858R) und ECOG 0-2 (LL QI)

KeZa 22: Erstlinientherapie mit ZNS-wirksamer ALK-spezifischer TKI-Therapie bei Pat. mit ALK positivem NSCLC im Stadium IV (LL QI)

Aufgrund von Modifikationen/Spezifikationen in den zugrundeliegenden LL-Empfehlungen werden KeZa 21 (neu: „typische Genmutation [del 19, L858R]“) und KeZa 22 (neu: „ZNS-wirksam“) angepasst.

KeZa 23: Erstlinientherapie mit ROS1 spezifischer TKI Therapie bei Pat. mit ROS1 positivem NSCLC im Stadium IV (LL QI)

Aufgrund einer zu kleinen Grundgesamtheit ist der ehemalige QI in der aktuellen LL-Überarbeitung nicht übernommen worden, so dass die KeZa 23 gestrichen wird.

KeZa 21-23: molekularpathologische Untersuchungen

Die Einschätzungen der Kommission bzgl. der KeZa 21-23 sollen der AG QI der LL rückgemeldet werden. Diese möge prüfen, ob eine Zusammenfassung der KeZa in eine übergreifende Kennzahl/QI künftig möglich sei.

KeZa NEU: Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC (Limited disease) (LL QI)

Der LL-QI zur prophylaktischen Schädelbestrahlung bei SCLC (Limited disease) wird angenommen. Im Anschluss an die Sitzung wird der Nenner entsprechend des LL-QI angepasst: „Primärfälle mit SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 (Limited disease) und Remission nach Chemo-Strahlentherapie“. (Keine Sollvorgabe/Begründungspflicht)

KeZa NEU: Chemo-Immuntherapie bei SCLC (LL QI)

Der QI zur Erfassung des Anteils von Patienten mit kombinierter Immuntherapie bei Platin-basierter Chemotherapie des SCLC (Stadium IV) wird (ohne Sollvorgabe/Begründungspflicht) angenommen.

KeZa 26: Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS (LL QI)

Die Kommission folgt der Eingabe der AGP, den Patientenkreis, bei dem eine Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS erfolgen soll, um Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen zu erweitern (bisher nur Pat. im Stadium IV). Die untere Begründungspflicht von < 60% bleibt unberührt.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts für Mesotheliomeinheiten:

Tabellenblatt Basisdaten Mesotheliom

Aufgrund der geringen Patientenzahlen und der schwierigen klinischen Eingruppierung von nicht-operativen Primärfällen wird von einer Einführung eines Basisdatenblattes Abstand genommen.

Tabellenblatt Kennzahlen Mesotheliom

KeZa 2: operative Therapie bei Mesotheliom

Die HITOC wird eigenständig nicht als operative Therapie angerechnet. Der „Zusatzcode HITOC: 8-546.1“ im Zähler der Kennzahl wird ersatzlos gestrichen.

KeZa 5: Psychoonkologisches Distress-Screening

Auch im Kennzahlenbogen für Mesotheliomeinheiten wird die Eingabe der PSO zur Modifikation der Kennzahl umgesetzt. Mit einer Sollvorgabe von $\geq 65\%$ wird zukünftig die Rate der Patientinnen und Patienten mit psychoonkologischem Distress-Screening erfasst.

TOP 5 Verschiedenes (Vorsitzende/ Utzig)

Versorgungsforschung im DKG-Zertifizierungssystem (u.a. DigiNet)

Das vom Inno-Fonds geförderte DigiNet-Projekt wird vorgestellt. In der prospektiven Kohortenstudie mit einer Interventionsgruppe und Bevölkerungsbezogenen Vergleichsgruppen sollen die Auswirkung einer digitalen Vernetzung der Behandlungspartner und der Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC untersucht werden. An dem Projekt werden in den beiden Modellregionen Nordrhein-Westfalen u. Berlin/Brandenburg/Sachsen zertifizierte Lungenkrebszentren teilnehmen. Die DKG unterstützt im Rahmen von DigiNet die Kommunikation zwischen den Behandlungspartner. Ein Teilprojekt der Vernetzung wird die Entwicklung und Implementierung der OncoBox Lunge sein, die zukünftig auch dem Zertifizierungssystem Lunge das automatisierte Erstellen des Datenblatts ermöglichen wird.

Die Sitzung wird gegen 15:45 Uhr beendet.

Berlin, 01.06.2022

Protokoll: Wesselmann, Utzig, Vogt