

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren

31.03.2022, 11:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Schlegel, Prof. Stummer

TOP 1

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Rückher/DKG)

Die Sprecher begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Neuroonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Wahl der Vorsitzenden und Geschäftsordnung (Rückher/DKG)

Herr Prof. Schlegel und Herr Prof. Stummer werden einstimmig für weitere 4 Jahre als Vorsitzende der Kommission bestätigt. Die Vorsitzenden bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an.

Die Geschäftsordnung wird angepasst. Die Kommission nimmt die Änderungen einstimmig an.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Neuroonkologische Zentren (Sonntag/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2021 gab es 53 zertifizierte Neuroonkologische Zentren (NOZ) an 54 Standorten (davon 5 im Ausland). 2021 wurden 6 Zertifikate neu erteilt.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Neuroonkologischen Zentren (Kennzahlenjahr 2020, Auditjahr 2021 (Rückher/DKG)

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

- Sowohl die Gesamtprimärfallzahl als auch die Zahl der operativen Primärfälle ist im Vergleich zum Vorkennzahlenjahr um ca. 10% angestiegen. Dieser Anstieg geht ausschließlich auf neu zertifizierte Zentren zurück. Die bestehenden Zentren hatten leichte, vermutlich coronabedingte Fallzahlrückgänge zu verzeichnen. Die Mindestvorgaben wurden jedoch von allen Zentren eingehalten.
- Einflüsse der Coronapandemie spiegeln sich auch in anderen Kennzahlen wider: So wurden unterbliebene Fallbesprechungen mitunter mit Organisationsproblemen begründet, die laut Aussage einiger Zentren wiederum Folge von Personalverschiebungen waren. Auch Sozialberatungen fanden demnach z.T. nicht statt, weil Patientenkontakte so weit wie möglich reduziert wurden. Trotz dieser Umstände sprachen die Fachexperten insbesondere für die essenzielle Vorstellung in der Tumorkonferenz zahlreiche Hinweise aus. Die weitaus meisten Zentren haben in diesem Zusammenhang trotz der Pandemie sehr gute Werte erreicht.
- Sehr gute Ergebnisse wiesen die Zentren zudem bei den postoperativen Komplikationen (Revisions Eingriffe, klinisch symptomatische Nachblutungen, postoperative Wundinfektionen) auf.
- Einige, z.T. noch optional erhobene Kennzahlen wie die Erfassung zerebral metastasierter Patienten, die Erfassung der Palliativsymptome sowie die prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechung liefern bereits interessante Einblicke in die Arbeit der Zentren und sollen weiterverfolgt werden.

Der Vertreter der DGNN verweist auf die zwischenzeitlich aktualisierte WHO-Klassifikation hin und regt eine Überarbeitung der Basisdaten bzw. der ICD-Liste an. Die Vorsitzenden begrüßen diese Initiative. Der Punkt wird unter TOP 4 erneut thematisiert.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende/Rückher/DKG)

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) und Datenblatt (DS) allgemein:

Während der Sitzung werden die im Vorfeld versandten Dokumente mit den Änderungseingaben beraten. Das Ergebnis der Sitzung sind die konsentierten Dokumente (EB und DS) inklusive der gelb markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB:

1.1.5. Struktur des Netzwerks

Die organübergreifende Eingabe der DKG und der Sprecher, von „Pat. mit Metastasen“ statt von „metastasierten Pat.“ zu sprechen, wird angenommen.

Die Kommission berät allgemein über den Passus, der in der Sitzung 2020 aufgenommen wurde und die Kooperation des NOZ mit anderen zertifizierten Zentren in Bezug auf Patienten mit zerebralen Metastasen betrifft. Einige Mitglieder der Kommission befürchten, dass das Kapitel dergestalt missverstanden werden könnte, dass alle Patienten mit zerebraler Metastasierung in der Tumorkonferenz vorzustellen seien, was deren Kapazitäten – bei zugleich fragwürdiger Sinnhaftigkeit – übersteigen würde. Die DKG-Geschäftsstelle erläutert, dass die Anforderung lediglich fordere, dass Prozesse für die fallbezogene Einbindung der neurochirurgischen Expertise sowie jener der Fachdisziplin der Tumorentität des Primärtumors in die Tumorkonferenz bzw. für die konsiliarische neurochirurgische Vorstellung zu implementieren seien. Dies wird redaktionell klargestellt (Ergänzung „bzw.“).

1.4.2. Psychoonkologie – Dokumentation und Evaluation - Neu

Die Vertreter der Psychoonkologie wollen die Erfassung des Screenings auf psychoonkologischen Betreuungsbedarf und den Umgang mit überschwellig belasteten Patienten organübergreifend neu regeln. In diesem Sinne wird – in Ergänzung zu einer diesbezüglichen neuen Kennzahl – das Kapitel neu gefasst:

~~„Psychoonkologie – Angebot und Zugang~~

~~Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.~~

Dokumentation und Evaluation

Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und 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 Eingabe wird angenommen. Zudem wird der 1. Absatz des Kapitels gestrichen, weil dieser bereits im analogen Kapitel des EB OZ enthalten ist.

1.4.5. Psychoonkologie – Dokumentation und Evaluation

Ein Fachexperte weist darauf hin, dass viele neuroonkologischen Patienten erst nach dem stationären Aufenthalt psychoonkologische Betreuung wünschten. Die Kommission teilt diese Einschätzung, sieht jedoch Organisations- und Zuständigkeitsprobleme, wenn die poststationäre psychoonkologische Betreuung in die

Verantwortung des Zentrums gelegt werde. Im Ergebnis ergänzt Sie die „Informationsvermittlung über ambulante psychoonkologische Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt“ als zusätzlichen Beratungsinhalt.

1.5.3. und 1.5.4. Sozialdienst - Ressourcen

Der redaktionelle Änderungsvorschlag der DKG, die beiden Kapitel an dieser Stelle zu streichen, da sie bereits im OZ abgebildet sind, wird angenommen.

1.6.5. Patientenbeteiligung – Veranstaltung für Patienten

Die für die Sitzung 2020 formulierte Eingabe der Dt. Hirntumorhilfe, das Sponsoring durch kommerzielle Unternehmen im Rahmen von patientenorientierten Veranstaltungen als unzulässig zu definieren, wurde in den Sprechersitzungen 2020 und 2021 beraten. Im Ergebnis schlägt die Sprecher-Runde den organspezifischen Kommissionen die Aufnahme des folgenden Passus vor:

„Sofern Patientenveranstaltungen von der Industrie (mit-)finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.“

Der Vertreter der Dt. Hirntumorhilfe lehnt diesen Vorschlag als unzureichend ab und wirbt für den ursprünglichen Vorschlag, die Unterstützung von Patientenveranstaltung durch kommerzielle Unternehmen generell auszuschließen. Einer der Vorsitzenden äußert Verständnis für diese Position, verweist jedoch auf die Beratungen in der Sprecher-Runde. Viele Vertreter hätten dabei die Befürchtung geäußert, mit einem Ausschluss von Sponsoring viele Veranstaltungen nicht mehr durchführen zu können. Im Ergebnis sei der vorliegende Passus ein Kompromiss gewesen, der die berechtigten Anliegen beider Seiten zu vereinen suche. Die Vertreterin der NOA/ARO weist darauf hin, dass sich die Zentren ohnehin an die jeweiligen Compliance-Regeln zu halten hätten und der Passus somit nur eine begrenzte Wirkung entfalte.

Ergebnis: Da keine Entscheidung im Konsens möglich ist, wird abgestimmt und der Vorschlag der Sprecher-Runde mit 15 Ja-Stimmen und 2 Nein-Stimmen (keine Enthaltungen) angenommen.

2.1.2. Sprechstunde – Durchführung

Ein Fachexperte schlägt vor, die Anforderung zu präzisieren, da aus dieser nicht hervorgehe, ob eine gemeinsame onkologische Sprechstunde der Neurologie und Neurochirurgie gefordert werde. Die Kommission hält eine Änderung nicht für erforderlich. Die Sprechstunden müssten nicht zwingend gemeinsam angeboten werden. Entscheidend sei, dass die Verantwortlichkeiten geklärt sind.

2.1.5. Sprechstunde

In der Sprecher-Sitzung 2021 wurden die Kommissionen gebeten zu prüfen, ob eine strukturierte Erhebung des genetischen Risikos (ggf. mit Fragebogen) sinnvollerweise in die Erhebungsbögen integriert werden könnte.

Die Kommission hält für die NOZ die Erarbeitung einer Checkliste (z.B. analog Brust, Sarkome) nicht für erforderlich. Zwar existierten neuroonkologische Erkrankungen mit genetischer Komponente. Der Aufwand einer standardisierten Erfassung des genetischen Risikos sei jedoch unverhältnismäßig hoch. Für diesbezügliche Fragestellungen erscheine die Tumorkonferenz als das angemessene Format.

3.2. Radiologie – Fachärzte

Die DKG schlägt eine Anpassung an die Definition der MWBO vor.

„Fachärzte

- Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie.
- Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.
- Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.

Der Kooperationspartner der Neuroradiologie darf max. 60 km entfernt sein.“

Die Eingabe wird angenommen.

3.5. Radiologie

Ein Fachexperte betont in seiner Eingabe die Bedeutung der interventionellen Neuroradiologie für die Durchführung präoperativer Tumorembolisationen und schlägt diesbezüglich verbindliche Kooperationen vor. Nach Auffassung der Kommission beschränkt sich der hohe Stellenwert der interventionellen Verfahren nicht auf Embolisationen. Eine im Vorfeld von OnkoZert angefertigte Zusammenstellung ergab, dass alle NOZ interventionelle Verfahren am Standort (also ohne Kooperationspartner) anbieten. Vor diesem Hintergrund wird der Passus modifiziert:

„Notwendige therapeutische Techniken am Standort (~~ggf. über Kooperation~~):

- Interventionelle Katheterverfahren“

3.6. Radiologie

In der Sitzung 2020 vereinbarte die Kommission zu prüfen, ob in Bezug auf die (i)RANO-Kriterien alternative validierte Instrumente zur neuroradiologischen Beurteilung im Rahmen onkologischer Immuntherapien verfügbar seien.

Im Vorfeld der Sitzung hatte der Vertreter der DRG mitgeteilt, dass bislang keine alternativen Kriterien existierten. Im Ergebnis nimmt die Kommission daher keine Änderungen vor.

4.2. Nuklearmedizin

Die DGNuklear schlägt die folgende Änderung vor:

„Notwendige Untersuchungsmethoden (ggf. über Kooperation):

~~Sofern kein Zugang zur MR-Spektroskopie gewährleistet ist:~~

- Aminosäure-PET/CT“

Die Vorsitzenden erkennen die Bedeutung der PET/CT an, machen jedoch auf die fehlende generelle Erstattungsfähigkeit und den gemäß Leitlinien nicht abschließend geklärten Status in der Diagnostik aufmerksam. Dies mache es schwierig, die Untersuchung verbindlich zu fordern. Im Ergebnis verständigt sich die Kommission auf eine Modifikation des Vorschlags:

„~~Notwendige~~ Weitere Untersuchungsmethoden (ggf. über Kooperation):

~~Sofern kein Zugang zur MR-Spektroskopie gewährleistet ist:~~

- Aminosäure-PET/CT (fakultativ)“

5.2.3. Organübergreifende operative Therapie – Operative Primärfälle

Eingabe Fachexpertin macht auf eine aus ihrer Sicht unklare Abgrenzung von Operationen und Biopsien aufmerksam und schlägt eine bessere Differenzierung vor, da Biopsien aus neurochirurgischer Sicht als Operationen anzusehen seien. Zudem müsse bei den Biopsien zwischen navigierten und stereotaktischen unterschieden werden.

Die Kommission hält die mit OPS-Codes definierten Gruppen für hinreichend abgegrenzt. Maßgeblich sei die Intention des Eingriffs. Es werden keine diesbezüglichen Änderungen vorgenommen.

5.2.4. Organübergreifende operative Therapie – Qualifikation Operateure

Ein Zentrum weist darauf hin, dass einige der angegebenen OPS-Codes als solche nicht für einen bestimmten Eingriff stünden, sondern eine „Überschrift“ darstellten. Zur genauen Definition der Eingriffe seien weitere Stellen einzufügen.

Die Kommission stimmt der Einschätzung zu. Jedoch seien durch diese Darstellung sämtliche unter einer solchen „Überschrift“ subsumierten OPS-Codes abgedeckt. Dies soll in einer FAQ (auch in Bezug auf Kap. 5.2.3) klargestellt werden.

5.2.6. Organübergreifende operative Therapie – Stereotaxie

Ein Fachexperte bemängelt, dass aus dem Erhebungsbogen nicht klar hervorgehe, ob die Mindestmengen für die rahmengebundene Biopsie gelten oder ob auch rahmenlose möglich seien.

Die Kommission teilt die Einschätzung des Fachexperten und stellt klar, dass hier 10 rahmengestützte Biopsien pro Jahr gefordert seien.

5.2.7. Organübergreifende operative Therapie – Ausbildung neuer Operateure

In der Sprecher-Sitzung wurden die organspezifischen Kommissionen gebeten zu prüfen, ob in den Erhebungsbögen die Ausbildung neuer Operateure hinreichend berücksichtigt sei. Die Kommission sieht hierfür das bestehende Kap. 5.2.7 (sowie Kap. 5.2.4) als ausreichend an. Sie nimmt keine Änderungen vor.

5.2.11. Organübergreifende operative Therapie – Postoperative Komplikationen

Der redaktionelle Anpassungsvorschlag der DKG zu Anpassung an den Kennzahlenbogen wird angenommen:

„Postoperative Komplikationen

Zu erheben sind (vgl. Kennzahlenbogen)

- Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung.
- Klinisch symptomatische Nachblutungen
- Postoperative Wundinfektionen.“

8.2. (Neuro-) Pathologie – Fachärzte

Der Vertreter der DGP schlägt folgende Anpassung vor:

„Folgende Fachärzte stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation).

- Mindestens 2 Neuropathologen oder
- mindestens 1 Pathologe und 1 Neuropathologe stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation). Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.“

Die Vertreter der DGNN, des BDPATHO und die Vorsitzenden befürchten durch diese Änderung eine Verschlechterung der Versorgung, da die Neuropathologie essentieller Bestandteil der immer komplexeren Diagnostik innerhalb der NOZ sei und auch bei Krankheit und Urlaub eines Neuropathologen eine adäquate Vertretung zu gewährleisten sei. Zudem seien bei fehlender Verfügbarkeit am Standort Kooperationslösungen möglich. Der Vertreter der DGP erkennt die Kompetenz der Neuropathologie an, macht jedoch auf die organisatorischen Probleme von Kooperationsverträgen aufmerksam und verweist auf die Relevanz der Pathologie in der Begutachtung zerebraler Metastasen.

Da der Vorschlag von der überwiegenden Mehrheit der Kommission nicht unterstützt wird, zieht der Vertreter der DGP die Eingabe zurück. Im Ergebnis wird also keine Änderung vorgenommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

Basisdaten

Die DKG schlägt vor, die Begriffe „operative Primärfälle“, „Biospsien“ und „Resektion“ mit den Definitionen im EB mittels Fußnoten zu verknüpfen. Die Kommission stimmt der Ergänzung der Fußnoten zu.

ICD-O-Topographie- und Morphologie-Liste

Die Kommission nimmt Bezug auf den unter TOP 3 identifizierten Anpassungsbedarf an die neue WHO-Klassifikation und bittet die entsprechenden Mandatsträger um eine Prüfung der Liste im Nachgang der Sitzung. Bei dieser Gelegenheit sollen weitere, von Zentren vorgeschlagene Ergänzungen der Liste geprüft werden. Die DKG-Geschäftsstelle sagt zu, die Abstimmung zu organisieren und die Liste im Nachgang anzupassen.

KeZa 1c – Zerebrale Metastasierung

Ein Zentrum fragt, ob unter „Betreuung“ von Patienten mit zerebraler Metastasierung auch Aspekte wie die psychoonkologische Betreuung zu verstehen seien. Die Kommission stellt klar, dass die tumorspezifische Diagnostik und/oder Therapie maßgeblich seien, und präzisiert die Kennzahl entsprechend.

KeZa 2b – Prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechungen

Die „präinterventionelle Vorstellung“, die gemäß der Kennzahl für eine Zählung im Zähler erforderlich ist, ist nach Auffassung eines Zentrums missverständlich formuliert. Es bleibe offen, ob damit auch eine Vorstellung in der Tumorkonferenz bereits vor der Biopsie gefordert werde oder ob eine Vorstellung vor Beginn der Resektion, einer Bestrahlung usw. ausreichend sei.

Die Kommission kündigt an, in einer FAQ klarzustellen, dass der Begriff „präinterventionell“ sowohl Biopsien als auch Therapien umfasst und somit bereits vor einer möglichen Biopsie eine Vorstellung in der Tumorkonferenz notwendig ist.

KeZa 3 – Psychologische Betreuung

Analog zu den Änderungen in Kap. 1.4 wird auf Initiative der Vertreter der Psychoonkologie die bisherige Kennzahl gestrichen und durch eine neue ersetzt. Diese misst die Rate an psychoonkologisch gescreenten Patienten an allen Primärfällen, Rezidiven und Progressen (NOZ-spezifische Anpassung der übergreifenden Eingabe). Die Kommission nimmt die Änderung an.

KeZa 7a (Revisionsoperationen), KeZa 7b (klinisch symptomatische Nachblutungen) und KeZa 8 (postoperative Wundinfektionen)

Aufgrund der guten Ergebnisse der Zentren im Jahresbericht und analog dem üblichen Vorgehen bei bereits etablierten Kennzahlen wandelt die Kommission die Plausibilitätsgrenzen in eine Sollvorgabe von maximal 10% um.

KeZa 9 – Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS

Die Zertifizierungskommission OZ hat die Kennzahl zur Erfassung von Palliativsymptomen in den OZ neu gefasst und plant aktuell ein Pilotprojekt zur organübergreifenden Erhebung. Dazu soll die Kennzahl in organspezifischer angepasster Form auch in den NOZ und Lungenkrebszentren erhoben werden. Die Kommission passt die bestehende KeZa 9 im Ergebnis insbesondere im Nenner mit dem Ziel einer besseren

Operationalisierbarkeit (Erfassung aller Primärfälle, Rezidive und Progresse (zuvor: Patienten) mit ICD-O-Topographie C71 und ICD-O-Morphologie /3) an.

TOP 5 Verschiedenes (Kowalski, Rückher/DKG)

Versorgungsforschung im DKG-Zertifizierungssystem

Ein Vertreter des Bereichs Versorgungsforschung der DKG berichtet über aktuelle Versorgungsforschungsprojekte. Er bietet der Kommission an, als Ansprechpartner für Fragestellungen der Versorgungsforschung im Bereich Neuroonkologie zur Verfügung zu stehen.

Aktuelle Auswirkungen der Covid-19-Pandemie: Vorgehen für die Audits 2022

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über die für das Auditjahr 2022 geltenden Regelungen bei Covid-bedingten Fallzahlrückgängen. Im Auditjahr 2022 muss sowohl für Erstzertifizierungen als auch für die Wiedereinsetzung von Zertifikaten die geforderte Primärfallzahl im Kennzahljahr 2021 erreicht werden. Eine Ausnahme aufgrund der Covid-Pandemie wird nicht mehr gewährt. Bei Unterschreiten der Primärfallzahl ist eine Erstzertifizierung/Wiedereinsetzung des Zertifikates nicht möglich und muss ggf. verschoben werden. Die Regelung für Überwachungsaudits bleibt unangetastet: Hier gilt grundsätzlich, dass eine Unterschreitung der Fallzahlen möglich ist. Für Wiederholaudits kann bei der Berechnung der durchschnittlichen Zahlen der letzten 3 Jahre optional weiterhin das Jahr 2020 ausgeklammert werden. Relevant sind dann die Fallzahlen der Jahre 2018, 2019 und 2021 gebildet. Dabei gilt folgende Regelung:

- Schnitt erreicht, aber Unterschreitung der Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 >20%: Verlängerung um 12 Monate
- Schnitt nicht erreicht, aber Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 erfüllt: Verlängerung um 12 Monate
- sowohl Schnitt als auch Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 nicht erreicht: keine Zertifikatsverlängerung

Zentrumszuschlag

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über den Stand der Umsetzung der G-BA-Zentrums-Regelungen. Wichtig für die Ausweisung und die Verhandlung eines Zuschlags sei dabei, die sog. „5-3-Regel“ (mind. 5 Zertifikate, davon mind. 3 Organkrebszentren) zu erfüllen und auf eine Ausweisung für möglichst alle vorgesehenen zuschlagsfähigen Leistungen zu achten. Sofern der DKG bekannt, wird der Stand der Umsetzung in den jeweiligen Bundesländern erläutert.

Ausblick – Geplante neue Zertifizierungssysteme

Aktuell werden Anforderungen für Analkarzinom, biliäre Karzinome, Hodentumoren und Peniskarzinom vorbereitet.

Die Sitzung wird gegen 15:30 Uhr beendet.

Berlin, 31.03.2022

Protokoll: Rückher, Vogt