

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Modul Kinderonkologisches Zentrum

22.02.2017, 11.00 – 16:30 Uhr, Geschäftsstelle der DKG, Berlin

Vorsitz: Prof. Eggert, Prof. Jürgens

Teilnehmer: (s. Anwesenheit ZertKomm KIO 22.02.2017.pdf)

Begrüßung (Prof. Eggert, Prof. Jürgens)

TOP 1 Vorstellung der Ergebnisse der Pilotphase (OnkoZert/Mensah)

Die Ergebnisse der Pilotphase werden vorgestellt. Es konnten 7 Pilotaudits erfolgreich durchgeführt werden, 2 davon ohne Abweichung (Durchschnitt 1,14 Abw. pro Audit). Insgesamt zeigt sich eine sehr gute Umsetzung der Kennzahlen in den Pilotzentren.

TOP 2 Vorstellung und Konsentierung des Erhebungsbogens (Vorsitzende/Mensah)

(s. [eb_kio-A1\(170208\).docx](#), [kio_Checkliste Genetisches Risiko\(170308\).docx](#))

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Da der EB Kinderonkologische Zentren Teil eines Systems mit 12 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 beigefügten Dokument „[eb_kio-A1\(170208\).docx](#)“ und „[xxx Kennzahlenbogen KIO Sitzung nach sitzung.pdf](#)“ grün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.2 Kooperationsvereinbarungen

Distanz/Entfernung zwischen den Kooperationspartnern

Die Anforderungen für Neuropathologie und Neurologie werden an die Anforderungen der Neuroonkologischen Zentren angepasst.

1.2.5 b Zusätzliche Tumorkonferenzen

Grundsätzlich sollen alle kinderonkologischen Fälle des Zentrums in der Tumorkonferenz des Zentrums vorgestellt werden. Eine zusätzliche Vorstellung der Fälle in Entitäten-spezifischen Tumorkonferenzen (zB Retinoblastome) ist möglich. Vorschlag für die Umsetzung, wenn Pat. auch in anderen TK's besprochen werden: z.B. Vorstellung via Tischvorlage in der Tumorkonferenz des KIO.

1.4.2 Psychoonkologie - Ressourcen und Qualifikation (Psychosozialdienst)

- Im Sinne der Besitzstandswahrung können für das Team des Psychosozialdienstes (Psychologie, Sozialarbeit) auch langjährig tätige KollegInnen (mind. 5 Jahre hauptberuflich in der päd. Onkologie tätig) anderer Berufsgruppen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss (z.B. Pädagogen Dipl. oder Master;) anerkannt werden.
- Bei Neueinstellungen ist die Grundqualifikation der Mitarbeiter gemäß Anforderung nachzuweisen (Psychologen (Dipl. / MA) und Sozialberater [= Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen (Dipl.) bzw. Klinische Sozialarbeiter (MA)].

- Im Zentrum muss ein eigener Psychosozialdienst vorgehalten werden. Eine alleinige Kooperation mit dem SPZ reicht zur Erfüllung der Anforderung nicht aus.

1.8.2 Pflege - Onkologische Fachpflegekräfte

Die Anforderung wird an die Entitäten-übergreifenden Vorgaben angepasst:

- Am Zentrum müssen mindestens zwei 2 VK aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie eingebunden sein.
- Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß landesrechtlicher Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweiligen landesrechtlichen Regelung.

1.8.3 Pflege - Besetzung pro Schicht

Die Anforderung (basierend auf der GBA-Richtlinie) wird diskutiert. Im Nachgang der Sitzung ergeht seitens GPONG/KOK der Vorschlag, die Anforderung auf Mindest-Besetzung pro Station pro Schicht anzupassen - Die Umsetzbarkeit dieser Anforderung wird jedoch aktuell kritisch bewertet, so dass zunächst eine Auswertung des Ist-Status in den Zentren erfolgen soll. Die Ergebnisse sollen dann in der nächsten Sitzung gemeinsam diskutiert und die Anforderung ggf. angepasst werden.

1.8.4 Pflege - Fort-/Weiterbildung

Die Anforderung wird an die Vorgaben des EB OZ (Kap. 1.8.5) angepasst: Pro MitarbeiterIn ist mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung (mind. 1 Tag pro Jahr) nachzuweisen, sofern diese/qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.

2.1.7 Sprechstunde - Genetische Beratung (siehe [kio_Checkliste Genetisches Risiko\(170308\).docx](#))

Seitens der Dt. Gesellschaft für Humangenetik und der GPOH wurde eine Checkliste zur Erfassung des genetischen Risikos bei Krebserkrankung im Kindesalter entwickelt. Die Kommission beschließt die Aufnahme der Checkliste, diese ist für alle Primärfälle anzuwenden. Wenn mind. eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Gespräch über mögliche erbliche Ursachen der Erkrankungen gemacht werden.

3.9 Radiologie - Neuroradiologie

Für die Klinikstandorte, die neurochirurgische Eingriffe im Rahmen der KIONK-Zentren durchführen, muss 1 Facharzt für Neuroradiologie benannt sein. Alternativ kann auch 1 Facharzt für Kinderradiologie mit neuroradiologischer Expertise benannt werden.

4.6 Nuklearmedizin - Fort-/Weiterbildung

Die geforderte Teilnahme an mind. 1 kideronkologischen Fort-/Weiterbildung pro Jahr (Dauer >0,5 Tage) betrifft sowohl pflegerische als auch ärztliche MitarbeiterInnen, sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten im Zentrum wahrnehmen.

5.1.1 Organübergreifende operative Therapie - Zusammenarbeit mit Referenzchirurgen

Für die chirurgischen Kooperationspartner sind Kooperationsvereinbarungen vorzuhalten. Für die Zusammenarbeit mit Referenzchirurgen, die an einem zertifizierten Kinderonkologischen Zentrum arbeiten, sind keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig. 5.1.3 Kinderchirurgie - Qualifikation Abteilung

Fälle des KIONK, die an benannte Kooperationspartner überwiesen werden, werden auf die geforderten ≥ 15 Operationen (inkl. PE) pro Jahr angerechnet. Eingeschlossen sind an Referenzchirurgen überwiesene Patienten.

5.1.6 Kinderchirurgie - Fort-/Weiterbildung: Siehe Ausführung zu Kap. 4.6

5.2.2 b Neurochirurgie - Qualifikation Abteilung und Operateur

- Die Anforderung von mind. 10 päd. ZNS-Tumor-Operationen pro Jahr und Abteilung wurde in den Pilotzentren zum Teil nur knapp erreicht. Wenn die Anforderung nicht erreicht wird, können die Zentren alternativ 30 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen (davon max. 6 stereotaktische, offene oder endoskopische Biopsien; inkl. RM) über die letzten 3 Jahre

darlegen. Bei Nichterreichen der Anforderung von 5 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen pro benanntem Operateur können alternativ 15 Eingriffe pro Operateur über die letzten 3 Jahre nachgewiesen werden.

- Jeder Eingriff kann nur einem benannten Operateur zugeordnet werden.

5.2.3 b Orthopädie - Qualifikation Abteilung

Bislang enthielt die Anforderung keine Mindestanzahl an bei Kindern durchgeführten Eingriffen. Daher Anpassung der Anforderung: Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE; davon mind. 5 bei Kindern und Jugendlichen).

5.2.7 Organspezifische operative Therapie - Fort-/Weiterbildung: Siehe Ausführung zu Kap. 4.6

6.1.3 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie - Weiterbildungsermächtigung

Der Nachweis einer Weiterbildungsermächtigung für Teile der Schwerpunktweiterbildung ist ausreichend.

6.2.3 Schulung zur Applikation von Zytostatika

Analog zu den Qualifikationsanforderungen für Pflegefachkräfte, die Chemotherapien verantwortlich applizieren, ist auch das ärztliche Personal zur Applikation von Zytostatika unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten zu schulen.

6.2.8 Medikamentöse Onkologie - Fort/Weiterbildung: Siehe Ausführung zu Kap. 4.6

7.7 Radioonkologie – Anzahl der pädiatrischen Patienten

Pro Jahr sind 5 abgeschlossene Bestrahlungsserien (adjuvant o. palliativ) bei pädiatrischen Patienten durch die Radioonkologie nachzuweisen. Patienten, die zur Protonentherapie überwiesen werden, können angerechnet werden. Eine referenzstrahlentherapeutische Beratung sollte eingeholt werden und ist zu dokumentieren.

7.8 Radioonkologie - Fort/Weiterbildung: Siehe Ausführung zu Kap. 4.6

8.9 Neuropathologie - Schnellschnittdiagnostik

Die Möglichkeit zur Schnellschnittdiagnostik muss gegeben sein. Die Anforderung entspricht der Vorgabe in den Neuroonkologischen Zentren und wurde mit DGN, DGNC und DGNN abgestimmt.

9. Palliativmedizin

Da beide Mandatsträger für die Palliativmedizin (DGP/ APM) nicht anwesend sind, ist eine Besprechung der Eingaben nicht möglich. Die Kommission beschließt daher, die bisherigen Anforderungen zunächst unverändert beizubehalten. Prof. Frühwald (GPOH, Kinderpalliativmedizin) wird das Kapitel gemeinsam mit den Mandatsträgern erneut betrachten und zur Diskussion in der nächsten Sitzung wieder vorlegen.

10.2 Erstmeldung Krebsregister: Änderung in nationale Krebsregister

Die Auflistung der Basisdaten/Versorgungsumfang wird im Erhebungsbogen gestrichen, da diese bereits im Kennzahlenbogen aufgeführt ist.

TOP 3 Vorstellung und Konsentierung des Kennzahlenbogens Kinderonkologie (Vorsitzende/Mensah)

(s. [eb_kio-Ax_daten\(170208\).xlsx](#))

Anmerkungen zum Kennzahlenbogen allgemein:

- Die Erfassung der Basisdaten gestaltete sich in den Zentren schwierig, dies betraf vor allem die Angabe der Gesamtzahl behandelter Patienten. Daher werden die Basisdaten wie folgt vereinfacht:
 - Streichung der Wohnsitzzuordnung, da diese nicht relevant für die Auswertung ist
 - Streichung der Anforderung Gesamtzahl behandelter Patienten

- Anpassung der Diagnosenliste: Überführung weiterer Diagnosen aus Gruppe XII in die Gruppen I/II. Aufnahme zusätzlicher Codes für hämatologische Systemerkrankungen (aus GBA-Liste), da die Behandlung dieser Fälle eine vergleichbare Expertise erfordert wie für die Behandlung der gelisteten Malignome.

KeZa 6 Studienquote:

Die geforderte Studienquote von $\geq 95\%$ konnte in den Zentren kaum umgesetzt werden (erzielte Studienquote im Median 68,54%), dies war u.a. durch ein unzureichendes Studienangebot für Rezidiv-Patienten, fehlende Zustimmung der lokalen Ethikkommission sowie der Ablehnung einer Studienteilnahme durch die Sorgeberechtigten begründet. Daher Anpassung der Kennzahl mit Erfassung der Primärfälle (statt bislang Zentrumsfälle) im Nenner und Reduktion der Sollvorgabe auf $\geq 90\%$ Studienquote.

KeZa 7 Meldung Krebsregister:

Anpassung der Kennzahl: Erfassung der Primärfälle (statt bislang Zentrumsfälle). Um Zentren im Ausland zu berücksichtigen, wird die Formulierung auf "Meldung an das nationale Kinderkrebsregister" angepasst.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende/Mensah)

- **SOP Fertilitätserhalt**

Die Beratung über fertilitätserhaltende Maßnahmen ist für die Kinderonkologie von Bedeutung. Die Kommission beschließt die Aufnahme der für die Zertifizierung verfügbaren Entitäten-übergreifenden SOP nach inhaltlicher Anpassung für die Kinderonkologie. Aufnahme Anforderung im Erhebungsbogen: Allen Patientinnen u. Patienten bzw. ihren Sorgeberechtigten soll prätherapeutisch vor einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, system. Therapie) eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten und dokumentiert werden. Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen.

- **Weiteres Vorgehen: Beginn der regulären Zertifizierungsverfahren**

Bislang war die Zugangsvoraussetzung für eine Fachexpertentätigkeit die Qualifikation Facharzt für Pädiatrie mit Schwerpunktweiterbildung pädiatrische Hämatologie/Onkologie. Die Kommission beschließt, zusätzlich auch Kinderchirurgen für eine Tätigkeit als Co-Fachexperten zuzulassen. Eine Zulassung zum regulären Zertifizierungsverfahren für interessierte Zentren wird voraussichtlich ab Mai 2017 möglich sein (frühester Audittermin August 2017). Die Zertifikate der Pilotzentren werden im Rahmen der wissenschaftlichen Halbjahrestagung der GPOH überreicht.

Die Sitzung wird gegen 16:30 Uhr beendet.

Berlin, 22.02.2017

Protokoll: Mensah, Wesselmann, Vogt