

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Kinderonkologische Zentren 1.6.2016

Begrüßung durch die Vorsitzenden (Eggert, Jürgens)

Frau Prof. Eggert und Herr Prof. Jürgens mit Einleitung, wie es zu dem Prozess kam.

TOP 1 Vorstellung des Zertifizierungssystems der Deutschen Krebsgesellschaft

Informationen zur Historie, zum Aufbau und der Ausgestaltung des Zertifizierungssystems. Auf den Webseiten der [DKG](#) und [OnkoZert](#) können immer alle aktuellen Dokumente zu den Zertifizierungssystemen (Erhebungsbögen, Jahresauswertungen, Protokolle der Sitzungen) eingesehen und heruntergeladen werden. Auf der Webseite www.zertkomm.de sind die beteiligten Gesellschaften und ihre Mandatsträger einsehbar.

TOP 2 Vorstellung des Zertifizierungsinstituts OnkoZert

OnkoZert als unabhängiges Zertifizierungsinstitut der DKG stellt sich vor. Die „Kernaufgaben“, die Ausbildung der Fachexperten (Auditoren) und die Durchführung der Audits, werden dargestellt. Auf der Webseite www.oncomap.de ist eine wochenaktuelle Übersicht aller zertifizierten Zentren mit allen Kooperationspartnern als Adressliste oder in Kartenansicht jederzeit aufrufbar.

TOP 3 Vorstellung und Konsentierung des Erhebungsbogens und Kennzahlenbogens Kinderonkologie

- 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 oder 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. Änderungen, die im Nachgang zu der Sitzung eingefügt wurden, weil bestimmte Aufgaben (z.B. Qualifikation Kinderanästhesie) erst nachträglich umgesetzt werden konnten, sind türkis markiert.

Zu ausgewählten einzelnen Punkten des Erhebungsbogens:

- Kapitel 1.1: Struktur des Netzwerks/ 1.1.3: Zentrumsleitung
Um Teilzeitstellen zu ermöglichen, werden nicht 3 Vollzeitstellen, sondern 3 VK in Summe gefordert.
- Kapitel 1.2: Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.2.1: Anzahl Zentrumsfälle
Die geforderte Mindestfallzahl von 30 behandelten pädiatrischen Patienten innerhalb des KIONK pro Jahr wird von den Kommissionsmitgliedern als passend eingestuft.
 - 1.2.3: Multiprofessionelle Teambesprechung/ Aufgaben
Es wird festgelegt, dass in der multiprofessionellen Teambesprechung nur für Pat, die nicht in der interdisz. TK vorgestellt werden, das Therapieprotokoll festgelegt werden soll.
 - 1.2.5: Interdisziplinäre Tumorkonferenz
Fälle aus den Tumoruntergruppen II-XII werden grundsätzlich in der interdisziplinären TK vorgestellt. Zusätzliche Tumorkonferenzen für Tumoruntergruppen (I-XII) sind möglich.

Alternative TK ausschließlich für „III – Hirntumoren“. Die Teilnehmer orientieren sich an den Fachdisziplinen der interdisziplinären TK.

- Kapitel 2.1: Erstaufnahme - Sprechstunde - Nachsorge

2.1.7: Humangenetik

Fr. Prof. Schlegelberger (GFH) bietet an, einen geeigneten Fragebogen zur Erfassung eines genetischen Risikos bereitzustellen, der auf der nächsten Kommissionssitzung abgestimmt werden kann.

- Kapitel 3.6: Narkose/Sedierung

Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. Die Narkose/Sedierung wird durch einen FA für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin durchgeführt. Diese Anforderung wird auch für die Nuklearmedizin und Strahlentherapie eingefügt.

- Kapitel 5.1: Organübergreifende operative Therapie und Kapitel 5.2: Organspezifische operative Therapie

Während der Sitzung zeigte sich, dass die Überprüfung der Qualifikation der chirurgisch tätigen Fachdisziplinen einige Fragestellungen aufwirft, die im Nachgang zu der Sitzung bearbeitet wurden. Grundlage sind folgende Überlegungen/Voraussetzungen:

- Da ein KIONK potentiell alle Tumorentitäten behandelt, gibt es dementsprechend mehrere chirurgisch tätige Kooperationspartner, die intern (= im gleichen Krankenhaus) o. extern tätig sein können.
- Die chirurgisch tätigen Fachabteilungen, die pädiatrische OP's durchführen, müssen ihre Qualifikation nachweisen (z.B. Neurochirurgie). Der Nachweis der Qualifikation erfolgt über Mindestmengen, Aus-/Weiter-/Fortbildung, aber auch über die Integration in das KIONK (TK, Qualitätszirkel, gemeinsame Fortbildungen usw)

Auf Basis dieser Grundüberlegungen wurden die Anforderungen erarbeitet, die in dem EB aufgeführt sind. Diese Anforderungen sind zunächst die Arbeitsgrundlage für die Pilot-Zertifizierungen, v.a. auch um einen Überblick über den aktuellen Status quo zu erhalten. Ggf wird es notwendig, dass diese Anforderungen im Nachgang zu den Pilotverfahren geändert werden.

- Kapitel: 8 Pathologie

8.6: Molekulare Diagnostik

- Die Notwendigkeiten einer späteren humangenetischen Diagnostik müssen bei der Aufbereitung der Proben für molekulare Diagnostik berücksichtigt werden, sofern es die Probenmenge erlaubt (z.B. Asservierung von Frischgewebe).
- Neuropathologie: Für alle neurochirurgischen Präparate muss die Begutachtung durch einen FA für Neuropathologie ggf in Kooperation o. durch Referenzpathologen gewährleistet werden

- Kapitel: 10 Tumordokumentation

Es sind die ICD Kodierungen für die Definition des Versorgungsumfangs gültig, die als „Anlage 1 – Jährliche ICD-Anpassung“ zur KiOnRL veröffentlicht sind. Die Anpassung erfolgt regelmäßig nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

- Kennzahlenbogen:

Grundsätzlich gilt hier, dass das Nicht-Erreichen einer Sollvorgabe, nicht den Verlust des Zertifikats bedeutet, sondern die Angabe von plausiblen Gründen, wie es zu dieser Über-/

Unterschreitung kam und welche Maßnahmen ggf. ergriffen werden, um eine Verbesserung der Ergebnisse zu erreichen (= Implementierung PDCA-Zyklus der Qualitätsverbesserung).

TOP 4 Verschiedenes

- Vorstellung **Pilotphase**: Das weitere Vorgehen für die Pilotzertifizierung und die nachfolgende Aufarbeitung der Ergebnisse wird vorgestellt.
- Die Zertifizierungskommissionen haben grundsätzlich zwei **Sprecher**. Die DKG schlägt Frau Prof. Eggert als Sprecherin und Herrn Prof. Jürgens als ihren Stellvertreter vor. Die Vorgeschlagenen werden von den Anwesenden einstimmig gewählt. Zum Zeitpunkt der Wahl waren nicht mehr alle Kommissionsmitglieder anwesend, da die geplante Sitzungszeit bereits überschritten war. Seitens der Kommissionsmitglieder erging innerhalb der angegebenen Rückmeldefrist nach der Sitzung keine Meldung im Sinne einer Gegenstimme zu dem Entscheid.
- Die im Vorfeld versendete **Geschäftsordnung** für die Zertifizierungskommission wird vorgestellt. Die Geschäftsordnung ist für alle Kommissionen im Zertifizierungssystem gültig. Zum Zeitpunkt der Vorstellung waren nicht mehr alle Kommissionsmitglieder anwesend, da die geplante Sitzungszeit bereits überschritten war. Seitens der Kommissionsmitglieder erging innerhalb der angegebenen Rückmeldefrist nach der Sitzung keine Meldung im Sinne einer Gegenstimme zu der Geschäftsordnung.

Protokoll: Huthmann, Wesselmann

3.6.2016