

## **Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren**

10.04.2018, Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), Berlin

**Vorsitz:** Prof. U. Schlegel, Prof. W. Stummer

### **TOP 1 Organisatorisches**

Das Protokoll der Sitzung der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren vom 1. Juli 2016 wird genehmigt.

### **TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet. Zum Stand 06.03.2018 gibt es 36 zertifizierte Standorte. Die Anzahl der Zentren ist über die letzten fünf Jahre kontinuierlich gestiegen. Auch der Median der Primärfälle hat sich in den Zentren kontinuierlich erhöht. Für 2018 ist ein Fachexpertenlehrgang geplant, um dem steigenden Bedarf durch die zunehmende Anzahl an zertifizierten Zentren zu entsprechen.

### **TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Neuroonkologischen Zentren**

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2017 werden berichtet. Der [Jahresbericht](#) ist auf den Seiten der DKG und OnkoZert veröffentlicht.

Im Besonderen:

#### *KeZa 2: Interdisziplinäre Fallbesprechungen*

Von den Fachexperten wurde zurückgemeldet, dass die KeZa während der Audits immer Diskussionsbedarf mit Blick auf die Unterteilung in Elektiv- und Notfallpatienten bietet. Die Definition der KeZa wird beibehalten. Dadurch soll verdeutlicht werden, dass Primärfälle möglichst präinterventionell in der Tumorkonferenz vorzustellen sind und eine postinterventionelle Fallbesprechung nur zulässig ist, wenn bei einem Notfallpatienten die nächste Tumorkonferenz nicht abgewartet werden kann. Um die Prozesse zur Einstufung der Notfallpatienten transparent zu machen, wird den Zentren empfohlen, auf den Tumorkonferenzen bei postinterventioneller Fallvorstellung interdisziplinär zu beurteilen, ob der notfallmäßige Eingriff ohne Abwarten auf die nächste Tumorkonferenz sachgerecht war.

### **TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungsbogen und das Datenblatt**

Anmerkungen zu den EB und dem Datenblatt allgemein:

Da der EB Neuroonkologische Zentren Teil eines Systems mit vielen 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 wurden der im Vorfeld versendete EB und das Datenblatt besprochen und konsentiert. Die während der Sitzung abgestimmten Änderungen sind in den [Dokumenten](#) grün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB:

#### *1.2.1. Anzahl Primärfälle*

Die Eingabe eines Fachexperten, die Hypophysenadenome aus der Zählung der Primärfälle herauszunehmen, wird abgelehnt, da auch diese Patienten bei ihrer Behandlung von der Expertise des interdisziplinären neuroonkologischen Zentrums profitieren.

#### *1.2.6. Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)*

Die Eingabe aus der Sitzung der Sprecher 2017, M&M-Konferenzen mindestens zwei Mal pro Jahr durchzuführen, wird angenommen.

#### *1.4.3. Psychoonkologie - Ressourcen*

In Anlehnung an andere Module und Organkrebszentren, sollen die psychoonkologischen Ressourcen der Neuroonkologischen Zentren zukünftig auf die beratenen Patienten bezogen werden. Nach den Auswertungen des Jahresberichts fanden im Median 46 psychoonkologische Betreuungsgespräche bei 224 Patienten in den Zentren statt. Einer Publikation zu den psychoonkologischen Personalressourcen zu Folge können 196 Krebspatienten durch eine Halbezeitstelle psychoonkologisch-psychotherapeutisch beraten werden<sup>1</sup>. Da der Aufwand in der Betreuung neuroonkologischer Patienten höher als bei anderen Tumorentitäten eingeschätzt wird, legt die Kommission einen Personalschlüssel von 0,5 Vollzeitstellen für 100 beratene Patienten fest. Hinsichtlich der Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs in den Zentren gilt weiterhin, dass ein Screening durchzuführen ist und ein niederschwelliges Angebot für alle Patienten sichergestellt sein muss.

#### *1.5.2. Sozialarbeit und Rehabilitation: Sozialdienst-Ressourcen*

Die Eingabe aus der Sitzung der Sprecher 2017, dass eine Vollzeitstelle für 400 beratene Patienten des Zentrums vorzuhalten ist, wird angenommen.

#### *1.9.4. Allgemeine Versorgungsbereiche - Physiotherapie*

Die Entscheidung der Kommission aus ihrer letzten Sitzung, die Physiotherapie im Anforderungskatalog aufzunehmen, soll im Nachgang zur Sitzung mit der federführenden Fachgesellschaft ausgearbeitet und danach der Kommission zur schriftlichen Abstimmung vorgelegt werden.

#### *3.6 Radiologie – Beurteilung anhand der RANO-Kriterien*

Als neue Qualitätsanforderung für die Neuroradiologie wird definiert, dass die Befundung gemäß der RANO-Kriterien erfolgen sollte. Hinweis: Die RANO-Kriterien dienen der Verlaufsbeurteilung, nicht aber zur Basisbeurteilung neuroonkologischer Befunde.

#### *8.6.1. (Neuro-) Pathologie – Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate*

Die Eingabe aus den Zentren (= Einfügung „telepathologische“) wird angenommen.

#### *10.2. Tumordokumentationssystem*

Die Eingabe der ADT zur Konkretisierung der Anforderungen an die Tumordokumentation wird angenommen.

#### *Primärfall-Liste*

Die Primärfall-Liste wird aus dem EB herausgenommen und nur im Datenblatt aufgeführt.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts:

#### *KeZa 2/4: Interdisziplinäre Fallbesprechungen / Beratung Sozialarbeit*

Die Eingabe aus der Sitzung der Sprecher 2017 zur Streichung der Plausibilitätsgrenzen von 100% wird angenommen.

#### *KeZa 3: Psychoonkologische Betreuung*

Die Plausibilitätsgrenze wird auf >75% heraufgesetzt.

---

<sup>1</sup> Jung S, Wiedemann R, Höhl H, Kusche M, Singer S: Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung. Psychother Psych Med 2014; 64:54-62.

*KeZa 3/4: Beratung Sozialarbeit/ Psychoonkologische Betreuung*

Auf Eingaben von Zentren hin erfolgte eine Erweiterung der Grundgesamtheit auf " Primärfälle (= Kennzahl 1) u. Pat. mit Rezidiv/ Progress". Ergänzend Aufnahme einer FAQ, um eine einheitliche Dokumentation der KeZa zu ermöglichen: "Pro Patient kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden".

**TOP 5 Verschiedenes**

**a) Anpassung ICD-O-Liste**

Die Kommission stimmt der Anpassung der ICD-O-Liste an die neue WHO-Klassifikation zu.

**b) Eigenständigkeit der Neuroonkologischen Zentren**

Mit Beschluss des DKG-Vorstandes im Dezember 2016 besteht die Möglichkeit, Neuroonkologische Zentren eigenständig, also unabhängig von einem Onkologischen Zentrum zu zertifizieren. Voraussetzung für die Zertifizierung als eigenständiges Neuroonkologisches Zentrum ist,

- dass durch Zertifikatsverlust des Onkologischen Zentrums ein bereits zertifiziertes Neuroonkologisches Zentrum andernfalls seinen Status verlieren würde (Bestandsschutz) oder
- dass ein Organkrebszentrum vor Ort besteht und als Kooperationspartner mit dem neu initiierten Neuroonkologischen Zentrum zusammen die Querschnittsbereiche eines Onkologischen Zentrums abbildet.
- Zudem ist erforderlich, dass eine bettenführende Abteilung der Hämato-Onkologie mit Expertise in der Systemtherapie vorgehalten wird und die Kompetenz der Querschnittsfächer umfassend gegeben ist.

**c) Neue QI/Weitere Themen für Erhebungsbogen**

Auch unter Berücksichtigung der S2k-Leitlinien für Gliome und primäre ZNS-Lymphome ergeben sich aus Sicht der Kommission derzeit keine neuen Qualitätsindikatoren oder Anforderungen im Erhebungsbogen. Vor Einführung neuer Qualitätsindikatoren, beispielsweise zur Messung der chirurgischen Ergebnisqualität oder der Qualität der nicht-chirurgischen Behandlungsoptionen, ist es von Bedeutung, valide Kenntnisse zur Behandlungsqualität bei Hirntumoren durch risikoadjustierte Auswertungen von Versorgungsdaten zu erlangen.

**d) Wahl Sprecher**

Die Kommission wählt einstimmig Prof. Schlegel zum Vorsitzenden und Prof. Stummer zum stellvertretenden Vorsitzenden der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren.

**e) European Cancer Centres**

Im europäischen Ausland befinden sich derzeit an 84 Standorten zertifizierte Zentren der DKG. Seit 2017 besteht die Möglichkeit, ein europäisches Zertifikat der DKG (European Cancer Centres [ECC]) zu erhalten. In den vergangenen Jahren hat die DKG an verschiedenen EU-Projekten zur onkologischen Qualitätssicherung mitgewirkt. Aktuell beteiligt sie sich an der Joint Action „Innovative Partnership on Action against Cancer“ (iPAAC).

**f) Ergebnisse Zentren**

Verschiedene Auswertungen von Register- oder Sekundärdaten berichten für Patienten, die in zertifizierten Zentren der DKG behandelt wurden, patientenrelevante Vorteile im Vergleich zu Behandlungen in nicht-

zertifizierten Krankenhäusern, so z. B. hinsichtlich Gesamtüberleben, Krankenhaussterblichkeit oder Funktionsparametern.

Berlin, 12.04.2018