

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren

Berlin, 11.03.2024, 11:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Schlegel, Prof. Stummer

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Wesselmann/DKG)

Die Vorsitzenden und die DKG-Geschäftsstelle begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Neuroonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

TOP 1 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Neuroonkologische Zentren (Odenwald/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2023 gab es 60 zertifizierte Neuroonkologische Zentren (NOZ) an 61 Standorten (davon 6 im Ausland). 2023 wurden 5 Zertifikate neu erteilt.

TOP 2 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Neuroonkologischen Zentren (Kennzahlenjahr 2022, Auditjahr 2023) (Vorsitzenden/Wesselmann/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2023 werden vorgestellt.

TOP 3 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende/Wesselmann/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 grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Neuroonkologische Zentren:

1.1.5. Struktur des Netzwerks – Kooperation mit anderen zertifizierten Zentren

Die Kommission nimmt Eingaben (u.a. aus der AG zerebrale Metastasen) zur Sicherstellung des interdisziplinären Austauschs zwischen NOZ und anderen OZ bei Pat. mit zerebraler Metastasierung an. Es ergeben sich folgende Änderungen:

1.
 - *Fallbezogene Einbindung des Neurochirurgen in die **organspezifische** Tumorkonferenz bei Pat. mit zerebraler Metastasierung (ggf. Telemedizin)*
oder
 - *Vorstellung von Pat. mit zerebraler Metastasierung in der Tumorkonferenz des NOZ bzw.*
 - *Konsiliarische neurochirurgische Vorstellung von Pat. mit zerebraler Metastasierung **gemäß Tumorkonferenzbeschluss***
2. ***Bei Patienten mit zerebraler Metastasierung, die sich primär im NOZ vorstellen, muss eine Einbeziehung der organspezifischen Zentren erfolgen.***

1.2.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz

Eingaben von Fachexperten ergeben folgende Änderungen:

**Hämato-/Onkologe*

Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann diese durch den für die Chemotherapie zuständige ~~Neuroonkologen~~ **Fachärztin/-arzt** (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2 OZ) vertreten werden.

Die Kommission befürwortet den Ersatz des Begriffs „Neuroonkologe“ durch „Fachärztin/-arzt“. Zugleich wird der Verweis auf den EB OZ ergänzt, indem klargestellt ist, dass die FÄ, die die medikamentöse Tumorthherapie nicht in ihrer FA-Weiterbildung haben, die Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ vorhalten müssen, um entsprechend Kapitel 6.2 qualifiziert zu sein.

1.2.4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Kommission übernimmt aus dem EB_OZ allgemeine Anforderungen an das Tumorboard:

- **Die im Kapitel 1.2 EB OZ hinterlegten allgemeinen Anforderungen an das Tumorboard sind zu erfüllen.**
- **Im Besonderen ist eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpat. vorzunehmen.**

Darüber hinaus erfolgt infolge der Eingabe des Gremiums der Vorsitzenden eine weitere Harmonisierung des Erhebungsbogens NOZ mit dem EB_OZ:

Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,

- ***die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben,***
- ***die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten,***
- ***die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum (NOZ). Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.***

Ziel der Anforderung ist es, die Zusammenarbeit zwischen organspezifischen/Onkologischen Zentren und Zentren für Personalisierte Medizin für das beschriebene Pat.kollektiv zu stärken.

1.6.4. Patientenbeteiligung – Entlassungsgespräch

Die Kommission diskutiert, wie man die regionale Zusammenarbeit zwischen Zentrum und den Vertretenden der Selbsthilfe im Sinne der Betroffenen stärken kann. Es wird vereinbart, dass die Vertretenden der Selbsthilfe obligat in den Auditplan aufgenommen werden und die Zusammenarbeit durch die Fachexperten der NOZ evaluiert wird, durch u.a. Befragung der Vertretenden der Selbsthilfe.

1.7.4. Studienmanagement – Anteil Studienpat.

Auf Basis einer Eingabe der Vorsitzenden wird folgende Harmonisierung des Erhebungsbogens NOZ mit dem Erhebungsbogen OZ vorgeschlagen (unter 1.7.4.):

Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für Pat. des Neuroonkologischen Zentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt

Die Kommission stimmt der Änderung zu. Ziel der Anforderung ist es, Studientätigkeit bzw. -einschluss zu fördern, indem auch die Entsendung eines Pat. in ein anderes Zentrum, das z.B. eine innovative Studie für

neuroonkolog. Pat durchführt, unterstützt wird, indem die entsendeten Pat. auch für den Zähler der Studienquote gezählt werden können.

5.2.3.a Organspezifische operative Therapie – Operative Primärfälle

Die Eingabe einer Erhöhung der operativen Primärfälle auf ≥ 100 /Jahr wird ausführlich diskutiert. Die Mitglieder der Kommission sind sich einig, dass die quantitativen Vorgaben für die NOZ nicht zu niedrig angesetzt sind, dass vielmehr die Ergebnisse der NOZ eine sehr gute Qualität für alle Bereiche der NOZ widerspiegeln.

5.2.6. Organspezifische operative Therapie – Stereotaxie

Die Kommission stimmt der Eingabe, dass sich laut Studienlage keine Unterschiede in der Komplikationsrate zwischen rahmenlosen und rahmengestützten Stereotaxiesystemen zur diagnostischen Hirnbiopsie zeigen zu und stellt klar, dass die rahmengestützten Biopsien ggf. in Kooperation mit erfahrenen Einrichtungen vorgehalten werden sollen. Damit soll eine Fehlincitivierung vermieden und erforderliche Expertise gesichert werden. Es resultiert folgende Änderung:

Stereotaxie

- 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunktkenntnissen Stereotaxie muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein).
- Vertretungsregelung muss bestehen.
- Die Qualifikation zur rahmengestützten Biopsie muss über Curricula/ **OP-Kataloge oder Kooperationen vorgehalten nachgewiesen** werden.
- Anforderung: 10 rahmengestützte/**rahmenlose** Biopsien / Jahr.

Kapitel 8 (Neuro-) Pathologie:

Die Kommission nimmt nach Diskussion einer in der Sitzung eingebrachten Eingabe zur Umbenennung des Kapitels in „8. Neuropathologie“ folgende Änderungen an:

8.2. (Neuro-) Pathologie - Fachärzte

- Mindestens **2 FÄ für Neuropathologieen** stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation).

8.5. (Neuro-) Pathologie – Histologische Klassifikation

Nach den Kriterien der aktuellen WHO-Klassifikation **2021** der Tumoren des zentralen Nervensystems.

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

- Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch **FÄ für Neuropathologieen** zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen >45km sind zu begründen).

8.8. (Neuro-) Pathologie – Molekulare Diagnostik

- Möglichkeit zur Bestimmung neuroonkologisch relevanter molekularer Marker entsprechend WHO-Klassifikation **2016 2021 (z.B. MGMT-Promotormethylierung, 1p/19q-Deletion, Mutationen im IDH1-Gen)** (ggfs. in Kooperation) und Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein.
- **Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung und Beurteilung von DNA-Methylom, RNA/DNA-Panel-NGS (ggf. in Kooperation).**

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass es notwendig ist, die in der Einladung aufgeführte Frist für die Eingabe von Änderungen einzuhalten. Nur so ist sowohl eine Gleichbehandlung aller Fachgruppierungen als auch die informierte Diskussion zwischen den Teilnehmenden gewährleistet.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

Basisdaten

1. Im Datenblatt der Audits 2024 wird die Verwendung der ICD-O-3 Klassifikation 2014 oder 2021 (= Option 1, Option 2) ermöglicht. Da die ICD-O-3 2. Revision für die neuroonkologischen Tumore bisher noch nicht angepasst wurde, wird in Absprache mit den Vertretern der Neuroonkologie für die ICD-O-Morphologie-Codes der Primärfälle ausschließlich die WHO-Klassifikation von 2021 genutzt (bei unveränderter Nutzung der Topographie-Codes der ICD-O-3 2. Revision).
2. Die AG Kennzahlen (19.10.2022, Erläuterung s. TOP 4a) schlägt vor, die Unterspalte „Nicht-Operative Primärfälle“ für alle Dignitäten zu unterteilen, um einen differenzierteren Überblick über das Behandlungsspektrum in den NOZ zu erlangen. In der Sitzung wird die Unterteilung genauer definiert: „interventionell/nicht operativ“ u. „nicht interventionell/ nicht operativ (wait&see)“. Die Kommission beschließt im Zuge der Diskussion die Aufnahme der neuen Kennzahl sowie einer Erläuterung:
 - Interventionelle, nicht-operative Primärfälle = Alle antitumoralen Behandlungsoptionen, die nicht operativ sind
 - FAQ: *Wo werden Pat. mit einer ausschließlichen Dexamethason-Therapie eingruppiert?*
A: Bei Nicht-interventionellen/ nicht-operativen Primärfällen
3. Die AG Kennzahlen schlägt vor, die Resektion der zerebralen Metastasen zu erfassen. Die Kommission folgt dem Vorschlag.

Kennzahlen

KeZa 2a – Interdisziplinäre Fallbesprechungen und

KeZa 2b – Prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechungen

Die beiden bisherigen Kennzahlen werden in einer neuen Kennzahl „Interdisziplinäre Tumorkonferenz“ mit 2 Zählern zusammengefasst. Mit der Zusammenfassung werden bezogen auf alle Primärfälle (= Nenner KeZa 1a) die Vorstellung der elektiven Primärfälle vor Intervention (= u.a. Biopsie, BSC) (= KeZa 2a) und die Vorstellung von Primärfällen mit histologischem/molekularpathologischem Befund (elektiv/Notfall), die (ggf. erneut) in der TK vorgestellt wurden (= KeZa 2b), erfasst. Für die KeZa 2a wird eine untere Plausibilitätsgrenze von <50% festgesetzt. Für die KeZa 2b gilt eine Sollvorgabe von $\geq 95\%$.

Die Kommission nimmt für die neue Kennzahl „Interdisziplinäre Tumorkonferenz“ eine FAQ auf:

F: Können Pat. mit z.B. Befund Biopsie u. nachfolgender OP 2x für den Zähler gezählt werden, wenn sie 2x in der TK vorgestellt wurden?

A: Nein, jede/r Pat. wird nur 1x für den Zähler gezählt.

NEUE Kennzahlen – Gliome

In der Sitzung kommt erneut die Diskussion auf, dass die Kennzahlen sehr auf die chirurgische Qualität fokussiert sind und weitere Fachdisziplinen oder auch Systemtherapien nicht in KeZa abgebildet werden.

Aus diesem Grund beschließt die Kommission die Aufnahme (zweier) weiterer Kennzahlen:

Gliome: Empfehlung Kombinationstherapie in Tumorkonferenz

In der neuen Kennzahl werden im Zähler die Primärfälle erfasst, für die in der Tumorkonferenz für die Primärtherapie eine Kombination aus Strahlentherapie und Chemotherapie empfohlen wurde. Die Kennzahl

wird auf die Primärfälle mit Gliomen, die in der Tumorkonferenz besprochen wurden (=Nenner), bezogen und zunächst ohne Sollvorgabe o. Plausibilitätsgrenze erfasst.

Gliome: Beginn Strahlentherapie

Mit dieser Kennzahl sollen für Primärfälle mit malignen Gliomen (C71, /3) und Beschluss der Tumorkonferenz zur Radiatio (= Nenner) im Zähler die Primärfälle erfasst werden, für die innerhalb von 35d nach Biopsie/OP mit der Bestrahlung begonnen wurde. In einer FAQ wird für die Primärfälle, bei denen sowohl eine Biopsie als auch eine OP stattgefunden hat, das OP-Datum verwendet werden soll:

F: Welches Datum wird verwendet, wenn eine Biopsie und eine OP stattgefunden haben?

A: OP-Datum.

In der Sitzung wird vereinbart, dass im Nachgang die Evidenz für den Beginn der Strahlentherapie nach OP/Biopsie geprüft wird („sind 35d gerechtfertigt?“). Die Evidenz erlaubt nicht die klare Festlegung einer exakten Zeitspanne, so dass mit den Vorsitzenden nach der Sitzung vereinbart wird, die KeZa zunächst nicht aufzunehmen und sie stattdessen für die nächste Sitzung sorgfältig vorzubereiten.

KeZa 4 – Beratung Sozialarbeit

Die Kommission greift die Eingabe zur Festlegung einer verbindlichen Mindestquote auf. Da die KeZa in allen Zentren erhoben wird und aus diesem Grund einheitlich sein muss, soll mit den Vertretenden der Sozialen Arbeit eine solche erarbeitet und dann in der Sitzung OZ vorgestellt werden.

KeZa 7b – Klinisch symptomatische Nachblutungen und

KeZa 8 – Postoperative Wundinfektionen

Da die Kennzahlen über den Verlauf der Zeit sehr gute Ergebnisse zeigen und mit der KeZa Revisions-OP auch das Ziel der Abbildung chirurgischer Qualität erreicht wird, werden die beiden Kennzahlen gestrichen.

KeZa 9 – Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS

Die Umsetzung der Kennzahl fordert die Zentren. Die Kommission belässt dennoch die zunächst unverändert. Für die nächste Sitzung soll die KeZa dahingehend vorbereitet werden, dass sie mit dem Onkologischen Basisscreening verbunden wird, das 2023 neu in den EB OZ aufgenommen wurde.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende, Wesselmann/DKG)

a) Bericht AG Weiterentwicklung Kennzahlen und zerebrale Metastasen

Herr Prof. Uwe Schlegel berichtet über die Ergebnisse der beiden AGs, die sich im Nachgang zu der letzten Sitzung der NOZ getroffen haben (siehe Protokoll 2022).

Die Ergebnisse der AG Weiterentwicklung Kennzahlen wurden in den Basisdaten aufgegriffen.

Für den Umgang mit zerebralen Metastasen wurde in der Sitzung der Vorsitzenden (14.12.2023) ein Pilotprojekt für die Brust- und Gynäkologischen Krebszentren vereinbart, das vorsieht, dass:

*„In den folgenden klinischen Situationen sollen Patientinnen mit zerebralen Metastasen von spezieller Expertise eines neuroonkologischen * Tumorboards profitieren:*

- *Bei Erstdiagnose ergibt das Primärstaging**, sofern Primärstaging indiziert, eine asymptomatische cerebrale Metastasierung.*
- *Im Verlauf der Erkrankung tritt eine neue neurologische Symptomatik auf (Hirndruck, fokale Symptome, epileptische Anfälle).*
- *Unter laufender Therapie ist die Erkrankung progredient. Eine cerebrale Bildgebung zeigt eine asymptomatische cerebrale Metastasierung.*

- *Nach bereits erfolgter Bestrahlung cerebraler Metastasen zeigt sich ein intracranieller/s Progress/Rezidiv.*

Die Indikation für die Vorstellung im neuroonkologischen TB wird durch das Organ-Tumorboard (BZ/GZ) gestellt. Die Vorstellung soll auch in andere Richtung, also aus dem neuroonkologischen TB in das TB BZ/GZ erfolgen. Die Teilnahme an dem Pilotverfahren erfolgt zunächst freiwillig. Die Ergebnisse werden wieder in der Kommission der Vorsitzenden vorgestellt“

Eine Besprechung der Auswertungen des Pilotprojektes und der Vorstellung in der Kommission der Vorsitzenden wird in der nächsten Sitzung NOZ erfolgen.

b) Anpassung Geschäftsordnung

Die Geschäftsordnung wird angepasst.

c) Bericht Krankenhausreform, Transparenzgesetz

d) Bericht Europa

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 11.03.2024

Protokoll: Wesselmann, Vogt