

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumor-Zentren

30.04.2020, 11:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Ehrenfeld, Prof. Iro

Begrüßung (Vorsitzende)

Die Vorsitzenden begrüßen die Teilnehmer zur Sitzung der Zertifizierungskommission, die in diesem Jahr aufgrund der Corona-Krise online stattfinden muss.

Aktuelle Auswirkungen der COVID-Krise auf das Zertifizierungssystem:

- Es wurde seitens der DKG und OnkoZert eine Mail mit Informationen an die Leiter und Koordinatoren der zertifizierten Zentren versendet.
Inhalt: Die für das Jahr 2020 vorgesehenen Audits werden unter Berücksichtigung der derzeitigen Einschränkungen als schriftliches Audit (Sonder-REDZYK-COVID) durchgeführt, weil gegenwärtig kaum Audits vor Ort stattfinden.
- Gemeinsame mit der DKH und dem dkfz wurde eine Pressemitteilung über die Versorgung der Krebspatienten in Zeiten der Corona-Krise veröffentlicht (<https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/presse.html>).

TOP 1 Vorstellung des Jahresberichts der Kopf-Hals-Tumor-Zentren (Wesselmann/Vorsitzende)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2019 werden vorgestellt.

Im Besonderen:

- *KeZa 8 – Ausschluss Zweittumoren bei Mundhöhlenkarzinom (LL MHK QI)*
Unter anderem auf Grund von Anpassungen in der S3-Leitlinie sieht die Zertifizierungskommission Diskussionsbedarf in Bezug auf die Panendoskopie. Das Thema soll im Rahmen der Beratungen zum Erhebungsbogen erneut aufgerufen werden.
- *KeZa 14 – Postoperative Radio- oder Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom (LL QI 8 MHK)*
Die Kommission erwartet auch bei den Radio(chemo)therapien, die heimatnah und damit nicht durch Koop.partner des KHT-Zentrums durchgeführt werden, eine Abstimmung zwischen durchführender Strahlentherapie und KHT-Zentrum für notwendig. Eine entsprechende Anforderung wird in den Erhebungsbogen aufgenommen.

TOP 2 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende/ Wesselmann)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

Während der Sitzung wird der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen beraten. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierete EB inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Kopf-Hals-Tumor-Zentren:

1.2.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Anzahl Primärfälle

Die Kommission stellt klar, dass ein metachron nach Ende der Primärtherapie aufgetretener Zweitumor einer anderen Tumorentität der Kopf-Hals-Tumoren (KHT) als weiterer Primärfall gezählt werden kann. Dies wurde bereits zuvor so gehandhabt, führte jedoch vereinzelt zu Unklarheiten und Rückfragen. Das Ergebnis der Sitzung der Sprecher der Zertifizierungskommissionen aus dem Jahr 2019 wird umgesetzt, dass nun auch im Zertifizierungssystem der KHT Rezidive und sekundäre Fernmetastasen unabhängig von den Primärfällen im Datenblatt erfasst werden.

1.2.3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Grundsätzlich ist in möglichst viele Fällen eine prätherapeutische Vorstellung von Primärfällen in der Tumorkonferenz anzustreben. Die Kommission nimmt jedoch Speicheldrüsentumoren von dieser Vorgabe aus, weil eine histologische Aufarbeitung in der Regel erst postoperativ möglich ist.

1.4. Psychoonkologie

Die in der Sitzung des PSO-Vorstands und der DKG am 25.06.2019 vereinbarte Vereinheitlichung der PSO-Anforderungen wird umgesetzt. Zudem werden einige mit dem EB Onkologische Zentren (OZ) redundante Passagen gestrichen.

1.5. Sozialarbeit und Rehabilitation

Die Regelungen zur Sozialarbeit werden entsprechend EB OZ 1.5 harmonisiert: 1 Vollzeitkraft soll für 400 beratene Patienten (und nicht Fälle) zur Verfügung stehen.

1.7.4. Studienmanagement – Anteil Studienpatienten

Der Änderungsvorschlag der DKG, dass Biobanksammlungen ausgeschlossen sind, wird mit Verweis auf die vereinzelt außerordentlich hohen Studienquoten von bis zu über 700% im Jahresbericht mehrheitlich angenommen.

1.9.4. Allgemeine Versorgungsbereiche – Aufgaben Logopädie

Die Eingabe des Deutschen Bundesverband für Logopädie wird diskutiert. Es wird nach Abstimmung mehrheitlich folgende zusätzliche Aufgabe im Rahmen der Stimm-/Schlucktherapie aufgenommen: „Funktioneller Umgang und Beratung Trachealkanüle (z.B. spezifische Kanülenversorgung)“. Die Kommission weist darauf hin, dass der Umgang mit Trachealkanülen einschließlich Beratung und Versorgung im Rahmen des speziellen Pflegekonzeptes den Onkologischen Fachpflegekräften zugeordnet (siehe Kapitel 1.8) und von dem hier ergänzten Passus abzugrenzen ist.

1.9.7. Allgemeine Versorgungsbereiche – Zusammenarbeit supportive Bereiche

Für die Patienten mit Larynxkarzinom wird bei der Zusammenarbeit mit den supportiven Bereichen die Palliativmedizin ergänzt.

2.1.4. Sprechstunde

Bereits in der vorangegangenen Sitzung diskutierte die Kommission über den Stellenwert der Hals-Sonographie zur Lymphknotendetektion und -beurteilung. Es besteht Einigkeit, dass für eine derartige Untersuchung ein hohes Maß an Erfahrung erforderlich ist. Im Ergebnis übernimmt die Kommission – analog dem EB der Brustkrebszentren – die Anforderung, dass bei Anwendung der B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler entweder eine KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder die Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung zu fordern sei. Eine Übersicht der Kriterien für

die Beurteilung der Dignität von Halslymphknoten soll auf den Internetseiten der DKG zur Verfügung gestellt werden. (Angenommen mit 1 Gegenstimme)

2.1.5. Sprechstunde

Für die Bezeichnung der Prozesse, die für das KHT-Zentrum ausgearbeitet werden sollen, werden Wortgenau die Empfehlungen aus den jeweiligen S3-Leitlinien übernommen. Um den Klinikern in den Zentren genau die Formulierungen zur Verfügung zu stellen, die die Leitliniengruppen in den Konsensuskonferenzen erarbeitet haben. (Mundhöhlenkarzinom: Spiegeluntersuchung, ggf. Panendoskopie; Larynxkarzinom: Panendoskopie, Pharynxkarzinom: Panendoskopie zur Feststellung der Ausdehnung des Primärtumors und Ausschluss von Zweitkarzinomen, wobei die Leitlinie zur Zeit noch in Arbeit ist).

5.2. Operative Onkologie – Operative Einheit

Die Eingabe eines Zentrums mit der Frage, ob Panendoskopien bei der Zählung für die operative Expertise von 20 Eingriffen jährlich berücksichtigt werden können, wird verneint. Die Kommission nimmt entsprechend eine Klarstellung vor, dass 20 Resektionen eines invasiven oder in-situ-Tumors (zuvor: Operationen) jährlich nachzuweisen sind.

5.4. Operative Onkologie – Qualifikation Operateure

Die Kommission streicht eine Vorgabe zur operativen Expertise in den vergangenen fünf Jahren, da diese durch die Anforderungen in Nummer 5.6 überflüssig und potentiell missverständlich sei.

7. Radioonkologie

Die Kommission greift die Überlegungen zu Kennzahl 14 des Jahresberichts (postoperative Strahlentherapie, vgl. TOP 1) erneut auf. Mit dem Ziel, einen Informationsverlust und fehlende Rückkopplungen bei postoperativer Strahlentherapie außerhalb der Zentrumsstrukturen zu vermeiden, nimmt die Kommission den folgenden Passus auf: „Alle Patienten, bei denen eine Radio(chemo)therapie geplant ist, sollen prätherapeutisch bei einem Kooperationspartner vorgestellt werden, auch wenn die Therapie dort nicht geplant ist (z.B. wegen heimatnaher Versorgung).“ Die Kommission vereinbart, die Anforderung vorläufig aufzunehmen und im Rahmen der nächsten Sitzung zu prüfen, ob diese umsetzbar ist. Sie stellt klar, dass sie nur für Patienten gelte, die außerhalb der Zentrumsstrukturen eine Strahlentherapie erhalten und dass ein abweichendes Bestrahlungsprotokoll nicht per se problematisch sei. Entscheidend sei die Kommunikation zwischen den behandelnden Einrichtungen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

Neu: Rezidive u/o sekundäre Fernmetastasierungen:

Diese Kennzahl wird entsprechend des Ergebnisses der Sitzung der Sprecher neu aufgenommen (vgl. auch TOP 2 Nr. 1.2.1).

Eingabe Sprecher: Erfassung rekonstruktiver Eingriffe

Das Anliegen, für die oftmals zweizeitigen und sehr komplexen rekonstruktiven Eingriffe konkrete Kennzahlen zu entwickeln, wird von der Kommission begrüßt. Die Umsetzung wird jedoch als schwierig erachtet:

- a. Bei Zweizeitigkeit sind die Eingriffe oft kennzahlenjahrübergreifend und damit schwer abbildbar, weil in dem Datenblatt die Informationen aus 1 Kalenderjahr erfasst werden. Die im Kalenderjahr

- durchgeführten rekonstruktiven Eingriffe beziehen sich deswegen häufig auf Patienten des Vorjahres.
- b. Erfasst man lediglich die Anzahl der rekonstruktiven Eingriffe z.B. über OPS und keinen ratenbasierten QI, sind daraus keine eindeutigen Aussagen v.a. im Hinblick auf die Qualität abzuleiten.
 - c. Es ist schwierig, für diese Gruppe von Eingriffen einen einheitlichen Qualitätsgedanken zu hinterlegen.
 - d. Für die Messung funktioneller Parameter bei komplexen rekonstruktiven Eingriffen, müssten praktikable Erhebungsinstrumente identifiziert werden, die auch patientenrelevante Outcomes berücksichtigen und eine längere Verlaufsbeobachtung über das Kalenderjahr hinaus ermöglichen. Hier seien aktuell vielfältige Aktivitäten zu beobachten.

Im Ergebnis vereinbart die Kommission, für die kommende Sitzung Vorschläge zu sammeln, wie eine „gute Funktion“ bei den Patienten erfasst werden könnte und welche (Fehl-)Anreize entsprechende Erhebungen setzen könnten.

KeZa 8 Panendoskopie Mundhöhlenkarzinom: Im Update der LL MHK gestrichen

Der Qualitätsindikator der Leitlinie Mundhöhlenkarzinom zur Panendoskopie, der dieser Kennzahl zugrunde liegt, wurde in der AG QI der LL MHK gestrichen. Die Frage, inwieweit eine Panendoskopie zur Detektion von Zweitkarzinomen geeignet sei, sei jedoch weiterhin von hohem Interesse und großer Relevanz für die Versorgung.

Neu: QI der Leitlinie Mundhöhlenkarzinom

Die Kommission nimmt den neuen QI zur R0-Situation nach kurativer Operation bei Mundhöhlenkarzinom als Kennzahl ins Datenblatt auf.

KeZa 18 Postoperative Radiochemotherapie bei Larynxkarzinom

Ein Zentrum machte in einer Eingabe darauf aufmerksam, dass die Kennzahl zur postoperativen Radiochemotherapie bei Larynxkarzinom die Empfehlungen der Leitlinie nicht korrekt wiedergebe. Insbesondere sei die Indikation bei Resektionsrändern <5mm glottischer Larynxkarzinomen so nicht korrekt. Die Kommission teilt die Einschätzung, dass die isolierte Betrachtung der Leitlinienempfehlung 7.38 zu Fehlschlüssen führen könne. Sie setzt die Kennzahl daher vorläufig aus.

KeZa 21 Dauer Strahlentherapie bei Larynxkarzinom

Ein Zentrum bat um eine genauere Definition, ab wann die Tage bis zum Abschluss der postoperativen Strahlentherapie zu zählen sind. Die Kommission vereinbart die Aufnahme einer FAQ, die klarstellt, dass die Zählung mit dem Tag der abschließenden Operation beginnt.

TOP 3 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems (OnkoZert)

Ende 2019 gab es 62 zertifizierte Kopf-Hals-Tumor-Zentren (KHT) an 64 Standorten (davon 6 Standorte im Ausland). 2019 wurden 6 Zertifikate neu erteilt und keine Zertifikate wiedereingesetzt, ausgesetzt bzw. beendet. Im Jahr 2019 wurden von den Fachexperten insgesamt 8 Abweichungen in 62 Audits ausgesprochen, 46 Audits verliefen ohne Abweichung. Die Möglichkeit eines reduzierten Auditzyklus (REDZYK) nutzten im Jahr 2019 11 Kopf-Hals-Tumor-Zentren.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende/ Wesselmann)

- **Geschäftsordnung**

Die Sprecher der Kommission und ihre Mitglieder werden zukünftig für 4 Jahre und nicht mehr nur für 2 Jahre benannt.

- **Wahl Sprecher**

Die Wahl der Sprecher wird bei der nächsten regulären Anwesenheitssitzung vorgenommen. Die bisherigen Sprecher (Prof. Ehrenfeld u Prof Iro) bleiben bis dahin weiterhin die Sprecher der Kommission. Die Kommission nimmt den Vorschlag an.

- **Gesundheitspolitische Entwicklungen (Zentrumszuschlag, European Cancer Centres)**

Dieses Thema entfällt aus Zeitgründen.

Die Sitzung wird gegen 15:30 Uhr beendet.

Berlin, 30.04.2020

Protokoll: Wesselmann, Rückher, Vogt