

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren

08.06.2021, 11:00 – 16:00 Uhr, Online-Sitzung via Zoom

Vorsitz: Prof. Beckmann, Prof. Dannecker

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende)

Die Sprecher begrüßen alle Teilnehmer zur Sitzung der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems (Bischofberger)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2020 gab es 164 zertifizierte Gynäkologische Krebszentren (GZ) an 165 Standorten, davon 11 Standorte im Ausland. 2020 wurden 12 Zertifikate neu erteilt, 2 Zertifikate wiedereingesetzt, 1 Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer und 5 Zertifikate ausgesetzt/beendet. Zertifikatsaussetzungen waren bedingt durch die Unterschreitung der Primär- und/oder Gesamtfälle um >10% im Überwachungsaudit und Fehlen des 2. Schwerpunkt-Inhabers Gyn. Onkologie. Seit dem 1.Quartal 2021 gibt es bereits 11 laufende Erstzertifizierungen und 4 Zertifikate konnten neu erteilt werden.

Im Auditjahr 2020 wurden in 32 Audits insgesamt 5 Abweichungen in den Zentren ausgesprochen, im Durchschnitt 0,16 Abweichungen pro Audit. 28 Gynäkologische Krebszentren nutzten im Jahr 2020 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK) und 116 Standorte nutzten den „Sonder-REDZYK Covid-19“. Die Beantragung des sog. Sonder-REDZYK ist zunächst weiter bis zum 30.09.2021 möglich.

Aktuell gibt es für die GZ 62 aktive Fachexperten (FE). Pandemiebedingt werden die Ressourcen für 2021 als ausreichend angesehen. Ein neuer Fachexpertenlehrgang ist für Sommer 2021 geplant.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts der Gynäkologischen Krebszentren durch die Vertreter der LL

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2020 werden durch die LL-Koordinatoren der jeweiligen Entität vorgestellt.

Im Besonderen:

- KeZa 1 – Vorstellung Tumorkonferenz
Diskussion der Kommission, ob die Kennzahl aufgrund der guten Umsetzung noch notwendig ist. Ergebnis: ja, da diese KeZa eine wichtige Funktion nach außen hat und die Grundlage der interdisziplinären Zusammenarbeit in zertifizierten Zentren ist.
- KeZa 4 – Anteil Studienpatientinnen
Die Kommission diskutiert die geringe Quote der Studienpatientinnen. Studien sollen für die Zentren sichtbar werden, um den Einschluss der Patientinnen zu fördern. Ergebnis: Die Fachgesellschaften/Arbeitsgemeinschaften/Berufsverbände werden in einer Abfrage gebeten, links zu Studienübersichten zur Verfügung zu stellen. Die links werden den Zentren z.B. über den Erhebungsbogen zugänglich gemacht. Zusätzlich werden die Punkte „wie werden Patient:innen für die Studienquote gezählt (u.a. entsendendes Zentrum/Studie durchführendes Zentrum), wie kann der Studienzugang verbessert werden, wie sollen Auditoren mit der Nicht-Erfüllung der Quote umgehen“ für die Sitzung der Sprecher aufgenommen, um einen einheitlichen Umgang für alle Zertifizierungssysteme zu erreichen.

Besondere Diskussionspunkte:

Vorstellung der OncoBox, die die Möglichkeit pseudonymisierter Auswertungen auf Patientinnenebene (OncoBoxResearch) bietet. Die Anwendung der OncoBox bedeutet **keinen** zusätzlichen Dokumentationsaufwand, sondern standardisiert und plausibilisiert die Dateneingaben der Tumordokumentation. Die Infrastruktur der OncoBox(Research) wird auch in anderen Zertifizierungssystemen für (geförderte) prospektive Studien u.a. in Verbindung mit PRO genutzt (EDIUM, PCO, PRO B, DigiNet; Folie 5). Die Kommission diskutiert die Implementierung der OncoBox für die Gynäkologischen Krebszentren und befürwortet dies mehrheitlich. Im nächsten Schritt werden Finanzierungsmöglichkeiten (z.B. Innovationsfond oder andere Möglichkeiten) für die OncoBox GZ gesucht.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Wesselmann)

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Da der EB Gynäkologische Krebszentren Teil eines Systems mit 18 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 wurde der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen in der rechten Spalte, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.1 Struktur des Netzwerks – Vereinbarungen mit Hauptbehandlungspartnern

Ergebnis Sitzung: Harmonisierung mit EB Brust und Sicherstellung der 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner u.a. für Notfallinterventionen: Operateur, Radiologe (außer Kooperation MRT), medikamentöse onkologische Therapie (Gynäkologe oder /und Internist), Strahlentherapeut.

1.2.1 Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum

Anpassung an Datenblatt: Anzahl Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals (keine Präkanzerosen) **und**, Borderlinetumoren d. Ovars **u. seröses tubares intraepitheliales Carcinom (STIC)**) pro Jahr: ≥ 75 Fälle (= Gesamtfallzahl), davon ≥ 50 Primärfälle

Ergebnis Sitzung: angenommen

1.2.1b Teilnehmer Tumorkonferenz

Ergebnis Sitzung: Redaktionelle Anpassung und damit Klarstellung, dass sowohl der/die Gynäkologische Onkolog:in als auch der FA/FÄ für Gynäkologie mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie als Vertreterin/Vertreter des FA/FÄ für Hämato/Onkologie an der TK teilnehmen kann.

1.4 Psychoonkologie

Ergebnis Sitzung: Die Harmonisierungen mit dem EB OZ werden angenommen.

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Ergebnis Sitzung: Die Harmonisierungen mit dem EB OZ werden angenommen.

1.7.5 Anteil Studienpatientinnen

Eingabe Konsortium fam. Brust u. Eierstockkrebs – HerediCaRe-Studie

Wenn der Koop-Partner eine Patientin, ob mit MaCa oder OC, in HerediCaRe einschleust, d.h. sie identifiziert, beraten und aufgeklärt hat, dann soll diese Pat. als Studienpat. gelten.

Ergebnis Sitzung: Für die Zählung von HerediCare ist eine ausschließliche Anwendung der Checkliste + Überweisung der Patientin nicht ausreichend.

1.8.2 Pflege – Patientenbezogene Aufgaben

Ergebnis Sitzung: Die Eingabe aus der Zert.-Sprechersitzung zur Harmonisierung mit dem EB OZ wird von der Kommission angenommen.

2.1.7 Sprechstunde – Erbliche Belastung

Für eine Stärkung des Netzwerks zwischen BZ/GZ und FBREK-Zentren werden die markierten Änderungen eingegeben:

Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden.

Die aktuellen Checklisten und der Algorithmus sind unter diesem [Link](#) unter dem Punkt Gynäkologische Krebsartenzentren herunterladbar.

Ergebnis Sitzung: angenommen. Es wird vereinbart, dass die in der Sitzung der Zertifizierungskommission der Brustkrebszentren vereinbarte Durchführung der Befragung der BZ zu ihrer Zusammenarbeit mit den FBREK-Zentren auch für die GZ durchgeführt wird. Die Befragung wird durch die AG ZBZ erstellt.

Neu Eingabe der AG QI LL Sarkom:

Uterine Sarkome

Auf den Uterus beschränktes high-grade endometriales Stromasarkom oder Leiomyosarkom: Eine systematische pelvine und paraaortale Lymphadenektomie soll bei diagnostisch unauffälligen Lymphknoten nicht durchgeführt werden; die komplette Entfernung des Uterus soll ohne Morcellement erfolgen.

Ergebnis Sitzung: Keine Aufnahme, wegen strittiger Situation S3-LL Adulte

Weichgewebesarkome/S2k-LL Uterine Sarkome. In den beiden LL sind ggw. unterschiedliche Empfehlungen für den Umgang mit den uterinen Sarkomen enthalten (soll/sollte). Vertreter der Kommission GZ bieten an, dass sie eine Online-Konferenz mit den Vertretern der S3- u S2-LL durchführen.

6.2.4 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie - Medikamentöse onkologische Therapie ambulant / stationär

Fachexpert:innen geben ein, dass mit der Anforderung für die Durchführung der stationären Chemotherapie ggf. Fehlanreize für stationäre Einheiten gesetzt werden können, die quantitativen Vorgaben unbedingt zu erreichen. Stattdessen sollten Kooperationen gefördert werden.

Ergebnis Sitzung:

„Chemotherapie ambulant / stationär

Es muss die Möglichkeit bestehen, die medikamentöse onkologische Therapie sowohl ambulant als auch stationär **[ggf. in Kooperation]** anzubieten.“

Die Funktionstüchtigkeit der Kooperationen muss in den Audits besonders betrachtet werden, um das Erfüllen der Anforderungen aus Kapitel 6.2 nachzuweisen.

8 Pathologie – GZ

Eingabe Zentrum: Für die Zertifizierung als Gynäkologisches Krebszentrum sind 20 Histologien / Jahr / Facharzt inklusive PE notwendig. Müssen dies Karzinome sein, oder zählen dazu auch Dysplasien (VIN, VAIN, CIN)?

20 Histologien **von Fällen mit Genitalmalignom d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals, BOT und STIC**/Jahr pro benanntem Facharzt (inkl. PE).

Ergebnis Sitzung: angenommen

Datenblatt

KeZa 2 Psychoonkologische Betreuung

Die Plausibilitätsgrenze > 95% wird gestrichen

KeZa 3 Beratung Sozialdienst

Harmonisierung mit dem EB OZ: Plausibilitätsgrenze 50%

KeZa 4 Anteil Studienpatientinnen

Harmonisierung mit dem EB OZ und BZ: Die Plausibilitätsgrenze > 65% wird gestrichen.

KeZa 9 Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (QI der LL Ovar)

Diskussion über die Einführung einer Sollvorgabe. Die Kommission beschließt, zunächst die Begründungspflicht (<20%) zu belassen.

KeZa10 Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (QI der LL Ovar)

In der diesjährigen AG QI Ovar wird besprochen, wie die Umsetzung des Indikators zu überprüfen u. ggf. zu verbessern ist.

KeZa11 Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen (QI der LL Ovar)

Eine Sollvorgabe von 80% wird eingeführt; optionale Erfüllung im ersten Jahr

KeZa12 Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (QI der LL Ovar)

Eine Sollvorgabe von 80% wird eingeführt.

KeZa13 First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (QI der LL Ovar)

Der LL QI wird in der Sitzung der AG QI Ovar angepasst und das Ergebnis in das Datenblatt übernommen.

KeZa14 Vorstellung in Tumorkonferenz (QI der LL Zervix)

QI gestrichen, weil neuer QI der LL Zervix aufgenommen werden soll (s.u.). Die Information des QIs ist auch Bestandteil der KeZa 1.

KeZa17 Zytologisches/histologisches LK-staging (QI der LL Zervix)

Eine Sollvorgabe von 60% wird eingeführt.

KeZa18 Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie

Da bisher erst die Ergebnisse 1 Jahres vorliegend sind, soll in der nächsten Sitzung besprochen werden, ob eine Erhöhung der Sollvorgabe möglich u. sinnvoll ist.

Für nächste Sitzung sollen in den EB Radioonkologie Vorgaben für die Brachytherapie aufgenommen werden.

KeZa Histologische Sicherung Lokalrezidiv (QI der LL Zervix)

Eingabe der AG QI der LL: Die Zertifizierungskommission wird aufgrund der hohen Relevanz dieses QI gebeten, den QI wieder in das Datenblatt aufzunehmen. Erfolgt.

Neu Neue KeZa: Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom

Der QI der LL Adulte Weichgewebesarkome wird als KeZa, und nicht QI, aufgenommen, um eine Übersicht über die Versorgungssituation zu erhalten (wieviele Sarkome, wieviele Morcellements?). Getrennte Darstellung der HEs in domo/ex domo.

TOP 5 Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden

(sitzungsvorlage zertkomm gz-A1 (210518).pdf)

A. Aktueller Stand

Der aktuelle Stand der zertifizierten Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden wird berichtet: Es gibt ggw. 39 zert. Dysplasie-Einheiten und 232 zert. Dysplasie-Sprechstunden, insgesamt 271. Im Jahr 2020 gab es 3 Erstzertifizierungen, 2 Re-Zertifizierungen, 2 Zertifikate mit reduzierter Gültigkeitsdauer und 5 Dysplasie-Einheiten nutzten den „Sonder-REDZYK Covid-19“.

Aktuell stehen 6 Fachexperten zur Verfügung. die Ressourcen werden als nicht ausreichend angesehen. Ein neuer Fachexpert:innenlehrgang ist für Sommer 2021 geplant.

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 08.06.2021

Protokoll: Wesselmann, Vogt