

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Zentren für Hämatologische Neoplasien

07.04.2022, 11:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Weißinger, Prof. Krause

TOP 1

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Rückher/DKG)

Die Sprecher begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Zentren für Hämatologische Neoplasien. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Wahl der Vorsitzenden und Geschäftsordnung (Rückher/DKG)

Herr Prof. Weißinger (19 Ja-Stimmen, 0 Gegenstimmen, 0 Enthaltungen) und Herr Prof. Krause (19 Ja-Stimmen, 1 Gegenstimme, 3 Enthaltungen) werden mehrheitlich für weitere 4 Jahre als Vorsitzende der Kommission bestätigt. Die Vorsitzenden bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an.

Die Geschäftsordnung wird angepasst. Die Kommission nimmt die Änderungen mehrheitlich (17 Ja-Stimmen, 2 Gegenstimmen, 0 Enthaltungen) an.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Zentren Hämatologische Neoplasien (Nagat/Onko-Zert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2021 gab es 73 Zentren für Hämatologische Neoplasien (HAEZ) an 73 Standorten (davon 5 im Ausland) und 19 laufende Erstzertifizierungen. 17 Zentren für Hämatologische Neoplasien nutzten die Möglichkeit des „Sonder-REDZYK Covid-19“.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Zentren für Hämatologische Neoplasien (Kennzahlenjahr 2020, Auditjahr 2021) (Rückher/DKG)

Im Jahr 2022 soll dank der nunmehr ausreichend großen Zahl an Zentren erstmals ein Jahresbericht veröffentlicht werden. Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2021 werden vorgestellt. Folgende Punkte finden besondere Erwähnung:

- Trotz der Covid-bedingt mitunter rückläufigen Patientenzahlen in den Krankenhäusern haben alle Zentren die Mindestvorgabe von 75 Patientenfällen (Kennzahl 1) im Kennzahlenjahr 2020 erreicht.
- Bei den Vorstellungsquoten in der Tumorkonferenz, der Fallbesprechung Hämatookologie bzw. der Transplantationskonferenz erreicht die Mehrzahl der Zentren bereits sehr gute Ergebnisse. Durch den hohen Anteil an Erstzertifizierungen ist bei einigen Zentren die Etablierung entsprechender Prozesse jedoch noch nicht abgeschlossen.
- Verschiedene Qualitätsindikatoren (QI) der Leitlinien Hodgkin-Lymphom und CLL wurden in den Zentren erhoben und bieten erste Einblicke in die Umsetzung der zugrundeliegenden Empfehlungen. Da bisher Sollvorgaben fehlen, ist über die Gründe für die teils großen Spannweiten der Werte noch nichts bekannt. Das Thema wird jedoch unter TOP 4 erneut beraten. Ebenso zu beachten ist bei der Interpretation, dass die Werte im Nenner für manche Zentren im niedrigen einstelligen Bereich liegen. Dies will die Kommission weiter im Blick behalten.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende/ Rückher)

Allgemeine Anmerkungen:

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 gelb markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB:

1.1.3. Struktur des Netzwerks – Hauptkooperationspartner

Ein Fachexperte schlägt vor, auch im Stammblatt für HAEZ zumindest optional auch die Seelsorge und das Studiensekretariat zu nennen.

Die Kommission folgt der Eingabe nicht. Auf die Seelsorge werde bereits in Kapitel 1.5.8 (Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Sozialdienst) und 1.6.8 (Qualitätszirkel) verwiesen. Optional könne im Stammblatt darüber hinaus ein Verantwortlicher angegeben werden. Einen eigenen Passus im EB (z.B. analog EB der Darmkrebszentren) hält die Kommission nicht für erforderlich. Ein Studiensekretariat wird nach einem übergreifenden Konsens lediglich im EB der Onkologischen Zentren (OZ) (Kap. 1.7.7) gefordert, nicht jedoch bei den einzelnen Organkrebszentren.

1.1.5. Struktur des Netzwerks – Kooperationen mit anderen zertifizierten Organkrebszentren/ Modulen

Ein Fachexperte schlägt bei einem unter demselben Träger zertifizierten Hautkrebszentrum oder Neuroonkologischen Zentrum vor, eine verbindliche Kooperationsvereinbarung oder SOP mit diesen Krebszentren für die Behandlung von Patienten mit zerebralem oder mit kutanem Malignem Lymphom zu fordern. Aus Sicht der Kommission erscheint der Krankenhausträger als entscheidendes Kriterium jedoch problematisch, weil die Entfernungen groß sein können und es sich nicht zwangsläufig fachlich um den geeignetsten Kooperationspartner handeln muss. Zudem entstehe bei einer verbindlichen Kooperation der falsche Eindruck, dass die entsprechenden Erkrankungen durch ein Zentrum allein nicht adäquat behandelt werden könnten.

1.2.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Anzahl Pat.fälle

Ein Zentrum weist auf widersprüchliche Definitionen des Patientenfalls im EB (Erstdiagnosen und Rezidive) und Basisdaten (Rezidive, Progresse, sek. Fernmetastasen o.w.m.) hin. Die Kommission nimmt dies zum Anlass, an beiden Stellen klarzustellen, dass Erstdiagnosen, Rezidive und Progresse bei erstmaliger Vorstellung im Zentrum als Patientenfall gelten.

Außerdem kritisiert ein Zentrum das Konzept der Patientenfälle, da dieses dem Anspruch und Aufwand eines HAEZ nicht gerecht werde (keine Zählung bei weiterer hämatologischer Diagnose, Rezidiv nach Transplantation). Die Kommission behält das bestehende Konzept mit Verweis auf die Beratungen in den vergangenen Sitzungen bei. Sie kündigt an, in einer FAQ klarzustellen, dass Patienten, die sich im Rahmen der Therapie der Primärerkrankung erst für spätere Therapieschritte im Zentrum vorstellen (Vorbehandlung extern), auch als Primärfall gezählt werden können. Dies gelte analog für Rezidive und Progresse (hier dann Zählung als Patientenfall).

1.2.2b. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Transplantationskonferenz

Die Frage eines Zentrums, ob eine Transplantationskonferenz telefonisch durchgeführt und schriftlich protokolliert werden könne, wird von der Kommission bejaht, da keine bildgebenden Befunde zu besprechen seien.

Die Anregung eines Fachexperten, das Therapiespektrum um die CAR-T-Zell-Therapie zu erweitern, wird von der Kommission dankend aufgegriffen und soll in Kapitel 6.1.6 a) bzgl. der Festlegung von Kooperationspartnern beraten werden.

1.2.3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Ein Fachexperte berichtet, dass Daten der Erstdiagnosen nur monatsbezogen (und nicht taggenau) durch das auditierte Zentrum angegeben wurden, sodass nicht einschätzbar war, ob die Tumorkonferenz prätherapeutisch stattgefunden hatte. Zudem fehlten Angaben zu ECOG bzw. Karnowsky-Index im Protokoll. Er schlägt vor, diese Elemente im EB vorzugeben. Die Kommission hält eine Änderung nicht für notwendig. Jedoch müsse ein Zentrum im Zweifel nachweisen können, dass Tumorkonferenz prätherapeutisch erfolgt ist (differenzierte Datumsangaben). Die Vorgabe entitätsunabhängig relevanter bzw. „selbstverständlicher“ Aspekte sprengt zudem den Rahmen des EB.

Die Sprecher schlagen vor, die CLL und andere regelhaft leukämisch verlaufende Non-Hodgkin-Lymphome nicht mehr obligat für Tumorkonferenz vorzusehen. Die Kommission unterstützt diesen Vorschlag und kündigt eine Anpassung in den Verlinkungen der Basisdaten sowie in den zugehörigen Kennzahlen an. In der Tumorkonferenz vorzustellen sind somit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom und Plasmazellneoplasie. Die übrigen Hämatologischen Neoplasien werden der Fallbesprechung zugeordnet.

1.2.3g. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung:

Das Kapitel wird an den EB OZ angeglichen und die Pflege aus dem Teilnehmerkreis der Tumorkonferenz gestrichen.

1.2.6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Leitlinien

Ein Fachexperte ist der Meinung, dass die entitätsspezifischen SOPs stark redundant wirken und kaum genutzt werden. Es erscheine sinnvoller, für bestimmte komplexere wiederkehrende Situationen hauseigene SOPs (z.B. für Notfallbestrahlung) zu fordern. Die Kommission folgt dieser Eingabe und nimmt einen entsprechenden Passus auf: „Neben allgemeinen diagnostischen und therapeutischen Algorithmen sollten dabei insbesondere komplexere, wiederkehrende bzw. entitätenübergreifende Situationen (z.B. Notfallbestrahlung) adressiert werden.“

1.2.8. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Qualitätszirkel

Ein Fachexperte berichtet, dass in größeren Krankenhäusern mit einem OZ typischerweise die Qualitätszirkel (QZ) organkrebszentrumsübergreifend organisiert und durchgeführt werden. Diese würden dann häufig zu Unrecht als QZ des HAEZ gezählt, wenn etwa übergeordnete Aspekte und Themen die Inhalte des QZ dominieren und das Instrument QZ zur Weiterentwicklung/ Verbesserung des Zentrums für Hämatologische Neoplasien wegfalle. Er schlägt vor, dass jedes Organkrebszentrum zumindest einige „eigene“ QZ durchführen muss. Die Kommission stimmt dem Fachexperten inhaltlich zu, hält aber eine Änderung nicht für erforderlich, da der vorliegende, in allen EB einheitliche Text bedeute, dass fachspezifische QZ (d.h. Bezug zu Hämatologischen Neoplasien) organisiert werden müssen, um gezählt zu werden. Dies soll in einer FAQ klargestellt werden.

1.2.9. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)

Ein Fachexperte empfiehlt die Aufnahme eines CIRS-Meldesystems und darauf aufbauend die Dokumentation der Besprechung von CIRS-Meldungen. Da diese Anforderung nicht entitätsspezifisch ist, sieht die Kommission jedoch von einer Anpassung des Kapitels ab.

1.3. Kooperation Einweiser und Nachsorge

Die AG QI Multiples Myelom empfiehlt an dieser und an weiteren Stellen die Verankerung von Leitlinienempfehlungen im EB, da diese Bereiche mit Verbesserungspotential adressierten, aber nicht als QI operationalisierbar seien. An dieser Stelle werden Empfehlungen zur Impfung bei Multiplem Myelom vorgeschlagen. Die Kommission sieht von einer Aufnahme ab, da die Vorgaben zu kleinteilig und im Audit kaum überprüfbar seien. Zudem sei der Dokumentationsaufwand sehr groß. Ähnlich gelagerte Eingaben der AG werden auch in den Kapiteln 2.1.6, 6.1.7 und 9.2 nicht übernommen.

1.4. Psychoonkologie

Ein Fachexperte regt an, nicht nur lediglich ein approbiertes Teammitglied vorzusehen, sondern stattdessen eine Quotierung in Abhängigkeit der Größe des Teams der Psychoonkologie vorzusehen. Zudem solle in diesem Zusammenhang eine strukturierte Supervision verankert werden. Die Kommission verweist darauf, dass die Formulierung übergreifend abgestimmt wurde und an dieser Stelle daher nicht abweichend gestaltet werden solle. Das Thema Supervision sei zudem in Kapitel 1.4.7 abgedeckt.

Die Vertreter der Psychoonkologie wollen die Erfassung des Screenings auf psychoonkologischen Betreuungsbedarf und den Umgang mit überschwellig belasteten Patienten organübergreifend neu regeln. In diesem Sinne wird – in Ergänzung zu einer diesbezüglichen neuen Kennzahl – das Kapitel neu gefasst:

„Dokumentation und Evaluation

Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl ‚Psychoonkologisches Distress-Screening‘) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.

Psychoonkologische Betreuung

Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.“

1.6.5. Beteiligung Patientinnen und Patienten

Ein Fachexperte fragt, ob auch virtuelle Veranstaltungen gezählt werden können. Nach Auffassung der Kommission ist dies grundsätzlich möglich und wurde in der Corona-Pandemie auch häufig so gehandhabt.

Die in der Sprecher-Sitzung 2021 ausgehandelte Formulierung zum Umgang mit durch kommerzielle Unternehmen unterstützte Patientenveranstaltungen wird übernommen.

1.7.5. Studienmanagement – Anteil Studienpat.

Ein Zentrum macht auf die missverständliche Gestaltung der Studientabelle aufmerksam, die den Einschluss auf „Zentrumspat.“ beschränke und in der zugehörigen Fußnote Patientenfälle fordere. Die Kommission stellt klar, dass alle Patienten, die an einer Studie mit Ethikvotum teilnehmen, hier gezählt werden können. In der Tabelle wird entsprechend nur noch der Begriff „Pat.“ verwendet.

Ein Fachexperte schlägt vor, standardmäßig die Studiennummer des Deutschen Registers Klinischer Studien (DRKS), das als WHO-Primär-Register anerkannt ist und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Behörde im Ressort des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) betrieben wird, zu fordern. Dies mache es auch leichter, ein vorliegendes Ethikvotum zu prüfen. Die Kommission sieht jedoch keinen hinreichenden Grund, von der entitätenübergreifend einheitlichen Formulierung abzuweichen. Das Zentrum müsse ein vorliegendes Ethikvotum im Zweifel für den Fachexperten nachvollziehbar darlegen.

2.1.3 Sprechstunde – Themen

Die AG QI Multiples Myelom schlägt vor, die Erhebung des neurologischen Status sowie des Allgemeinzustandes und der körperlichen Aktivität bei Multiplen Myelom als weitere Themen aufzunehmen. Während die APM-Vertreterin den Vorschlag begrüßt und auf die besondere Relevanz bei Multiple Myelom verweist, halten andere Kommissionsmitglieder eine entsprechende Ergänzung für zu kleinteilig und zudem selbstverständlich. Die Abstimmung über eine Ergänzung ergibt 2 Ja-Stimmen, 12 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen. Der Passus wird nicht aufgenommen.

2.1.4. Sprechstunde - Fertilitätserhalt

Die Eingabe der Kommission OZ, die Erfassung der Kryokonservierung zum Fertilitätserhalt (Bestimmung über FertiProtect) bei den relevanten Entitäten zu prüfen, wird von der Kommission nicht übernommen, weil diese Aspekte über die bestehenden Regelungen des Kapitels abgedeckt seien.

2.1.6. Sprechstunde

Auf Basis der Empfehlung der Sprecher-Sitzung 2021, die strukturierte Erhebung des genetischen Risikos (ggf. mit Fragebogen) in den einzelnen Kommissionen zu prüfen, hat der Vertreter der GfH einen Checklistenentwurf für den Gebrauch in der Klinik erarbeitet. Gerade im Zusammenhang mit MDS und AML seien genetische Prädispositionssyndrome bzw. familiäre Leukämien in einem relevanten Teil der Fälle zu beobachten, sodass eine strukturierte Erhebung des genetischen Risikos sinnvoll und im Einklang mit Leitlinien sei, da sich hieraus Konsequenzen für den Patienten selbst, aber auch für seine Angehörigen ergeben können. Die Sprecher geben zu bedenken, dass die standardmäßige Erfassung bisher in der Hämatonkologie nicht gerade Standard sei und daher auch in den Leitlinien nicht generell empfohlen würde. Die Datenlage sei noch zu uneindeutig, insbesondere weil in Studien häufig stark vorselektierte Patientenpopulationen untersucht worden seien. Der GfH-Vertreter stimmt diesem Einwand nicht zu und verweist auf die bestehende Implementierung der genetischen Prädisposition in die aktuell WHO-Klassifikation sowie die berichtete Erweiterung in der kommenden Neuauflage und betont die klinische Relevanz im gemäß der Checkliste selektierten Patientenkollektiv. Die Kommission verständigt sich darauf, die erarbeitete Checkliste als Servicedokument auf der DKG- bzw. OnkoZert-Homepage einzustellen, ohne deren Verwendung im EB zu fordern. In der kommenden Sitzung sollen neue Studien betrachtet und mögliche Konsequenzen diskutiert werden.

2.1.7. Sprechstunde

Ein Fachexperte berichtet von Erfahrungen aus Audits und schlägt vor, bei den Prozessbeschreibungen zur stationären Aufnahme zwischen Aufnahmen aus der eigenen Ambulanz und von extern (Niedergelassene, Notfalleinweisungen) zu unterscheiden. Da es sich hierbei nach Auffassung der Kommission vornehmlich um ein QM-Thema handelt und nicht per se von Problemen auszugehen ist, nimmt die Kommission jedoch keine Änderungen vor.

2.2.1. Diagnostik – Hämatologische Diagnostik:

Ein Fachexperte hat die Erfahrungen in Audits zum Anlass genommen, für die Zytomorphologie eine zeitliche Vorgabe (Ergebnisse am Tag der Entnahme) zu fordern. Zudem werde die Durchflusszytometrie häufig von externen Kooperationspartnern durchgeführt, die eine Vielzahl von Zentren betreuten. Daher sei trotz zügig vorliegender Ergebnisse oftmals die Entfernung mehr als 45 km und die Bereitschaft, mit jedem einzelnen Zentrum einen Kooperationsvertrag zu schließen, gering. In Bezug auf die Zeitvorgabe bei der Zytomorphologie herrscht in der Kommission grundsätzlich Einigkeit, jedoch sehen einzelne Mit-

gliedert Probleme z.B. bei spät abends durchgeführten Entnahmen. Hier soll in einer FAQ klargestellt werden, dass ein Ergebnis innerhalb weniger Stunden ebenfalls ausreichend ist. In den Audits soll dann mit Augenmaß entschieden werden. In Bezug auf die Durchflusszytometrie hebt die Kommission die Entfernungsbegrenzung auf und erklärt eine SOP über die Kooperation für ausreichend. Entscheidend sei, dass eine Ergebnismitteilung in dringenden Fällen bis zum folgenden Werktag möglich sei.

2.2.1 Diagnostik – Hämatologische Befundung

Ein Fachexperte vermisst einheitliche Vorgaben einer Struktur von Befunden und Befundübermittlung. Die Kommission teilt diese Einschätzung. Für die kommende Sitzung sollen in Zusammenarbeit mit den Mandatsträgern der Pathologie diesbezügliche Vorschläge erarbeitet werden.

4.3 - Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin

Die klarstellende Eingabe der DGN, von FDG-PET-CT zu sprechen, wird angenommen.

6.1.3 – Verfügbarkeit Fachärzte bettenführende Abteilung

Zwei Zentren bemängeln, dass im klinikeigenen MVZ tätige Fachärzte nicht für die 3 VK-Stellen der Station mitgezählt werden können. Der Nachweis scheiterte mitunter an Formalitäten wie z.B. Problemen mit dem KV-Recht und der Weiterbildungsbefugnis. MVZ und Station seien daher als Einheit zu betrachten. Die Kommission stellt klar, dass 3 VK auf der bettenführenden Abteilung tätig sein müssen. Eine gleichzeitige Tätigkeit in MVZ und auf Station sei für eine anteilige Anrechnung an den 3 VK möglich, müsse aber über entsprechende Arbeitsverträge, Dienstpläne usw. nachgewiesen werden.

6.1.5 – Isolation von Patienten

Die Anregung eines Fachexperten, bei prolongierter Aplasie spezielle Filtervorrichtungen zu fordern, sieht die Kommission mit den bereits existierenden Anforderungen zur Reduktion von Infektionen durch Luft- und Wasserkeime abgedeckt.

6.1.6 – Ergänzung Therapiespektrum um die CAR-T-Zell-Therapie

Dieses Kapitel, das die Möglichkeit von Transplantationen thematisiert, wird auf Anregung eines Fachexperten in analoger Weise um die CAR-T-Zell-Therapie erweitert. Die Kommission verzichtet auf den ebenfalls vorgeschlagenen Verweis auf die zugehörige G-BA-Qualitätssicherungsrichtlinie, weil die dortigen Vorgaben ohnehin für alle auf diesem Gebiet Tätigen gelten.

6.2.4 – Fallzahl medikamentöse Tumorthérapien pro Behandlungseinheit

Ein Zentrum macht darauf aufmerksam, dass bei den Hämatologischen Neoplasien keine zu den jährlich mind. 200 medikamentösen Tumorthérapien alternative Nachweise von Therapien mit spezifischer Indikation (z.B. Darmkrebs) bestünden, und schlägt eine analoge Regelung vor. Die Kommission stellt klar, dass auf eine derartige Regelung bisher bewusst verzichtet worden sei, weil 200 jährliche medikamentöse Tumorthérapien von einem HAEZ erwartet werden könnten.

8 – Pathologie

Die Anregung eines Zentrums, den bisher im EB Pathologie abgebildeten Passus zu Ringversuchen zu Durchflusszytometrie und Zytomorphologie in den EB HAEZ zu verschieben, weil die Untersuchungen in der Regel durch Hämatonkologen durchgeführt würden, wird übernommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts (DS)

Basisdaten:

Die Frage eines Zentrums, wie der Zählzeitpunkt der hochgradig komplexen und intensiven Blockchemotherapien definiert sei, wird mit einer FAQ beantwortet: Maßgeblich sind die im Kennzahlenjahr abgeschlossenen Prozeduren.

Die Fußnote 2 wird analog der Eingabe zu EB Kapitel 1.2.1 angepasst (Definition Patientenfälle).

KeZa 2 – Anzahl komplexe Diagnostiken bei Leukämien/MDS

Die geänderte Benennung des zugehörigen OPS-Codes wird übernommen („Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen“). Zudem soll in einer FAQ klargestellt werden, dass hier Prozeduren (und nicht Patienten) gezählt werden.

KeZa 3 Autologe Stammzelltransplantationen

Ein Zentrum fragt, ob die in dieser Kennzahl definierten OPS-Codes mit einer C-Diagnose zu kombinieren seien, um gezählt werden zu können. Dies wird von der Kommission verneint.

Ein weiteres Zentrum schlägt die zusätzliche Aufnahme des OPS-Codes 5-410 (Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation und von peripheren Blutzellen zur Transfusion). Da sich dieser Code jedoch nur auf die Entnahme von Stammzellen bezieht, kann er nach Auffassung der Kommission hier nicht gezählt werden.

KeZa 5a (Vorstellung Tumorkonferenz (Primärfälle)), KeZa 5b (Vorstellung Tumorkonferenz (weitere)), KeZa 6 (Fallbesprechung Hämatologie und Onkologie)

Die angepasste Zuordnung der Hämatologischen Neoplasien zu den verschiedenen Konferenzformaten (vgl. Eingabe zu EB Kapitel 1.2.3) wird in den Nennern von KeZa 5a und 5b umgesetzt.

Zwei Fachexperten machen zudem darauf aufmerksam, dass sich die Nenner der KeZa 5a/5b und 6 nicht gegenseitig ergänzten, weil Diagnosen (KeZa 5a/b) den für die jeweiligen Konferenzformate zugeordneten Patienten (KeZa 6) gegenübergestellt würden. Dies führe dazu, dass Patienten mit einer für die Fallbesprechung vorgesehenen Erkrankung, die aber in der interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen wurden, in keiner Kennzahl gezählt werden könnten. Vor diesem Hintergrund ändert die Kommission den Nenner der KeZa 6 dergestalt, dass hier die Patientenfälle mit einer Diagnose eingehen, die nicht für die Tumorkonferenz vorgesehen ist. Werden Sie trotzdem in der Tumorkonferenz vorgestellt, können Sie ebenfalls im Zähler von KeZa 6 gezählt werden.

Auf Basis der Ergebnisse aus dem Jahresbericht 2022 (vgl. TOP 3) führt die Kommission für KeZa 5b eine untere Plausi-Grenze bei 75% ein.

KeZa 7 Transplantationskonferenz

Die Frage eines Zentrums, welche Patientenfälle unter „akuter Leukämie“ zu verstehen seien, beantwortet die Kommission mit einer FAQ, nach der hier AML und ALL gemeint sind. Dies schließe jedoch nicht aus, dass eine Transplantationskonferenz auch bei anderen Hämatologischen Neoplasien angezeigt sein könne.

Dem kritischen Einwand eines Fachexperten, die Altersgrenze des Nenners von <70 Jahren diskriminiere fitte ältere Patienten, begegnet die Kommission mit dem Hinweis, dass dieser auf Erfahrungswerten für die Erhebung der Kennzahl beruhe und keinesfalls die angesprochene Patientengruppe von einer Transplantation generell ausschließe.

KeZa 8 Psychoonkologisches Distress-Screening

Analog zu den Änderungen in Kap. 1.4 wird auf Initiative der Vertreter der Psychoonkologie die bisherige Kennzahl gestrichen und durch eine neue ersetzt. Diese misst die Rate an psychoonkologisch gescreenten Patienten an allen Patientenfällen (HAEZ-spezifische Anpassung der übergreifenden Eingabe).

KeZa 11 (Interims-PET/CET bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom), KeZa 12 (BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom), KeZa 13 (Rezidivtherapie bei Hodgkin und diffus großzelligem B-Zell-Lymphom), KeZa 14 (Bestimmung TP53 bei erster systemischer CLL-Therapie)

Auf Basis der Ergebnisse des Jahresberichts 2022 (vgl. TOP 3) führt die Kommissionen Sollvorgaben (KeZa 11: mind. 90%; KeZa 12: mind. 70%, KeZa 14: mind. 60%) und Plausi-Grenzen (KeZa 13: <50%) ein, um perspektivisch Informationen über die Gründe für unterschiedlich hohe Werte der Zentren zu erhalten.

KeZa 14 (Bestimmung TP53 bei erster systemischer CLL-Therapie), KeZa 15 (keine alleinige Chemotherapie als Erstlinie bei CLL)

Der Hinweis eines Fachexperten, dass die beiden Kennzahlen wegen ihres Bezugs auf Primärfälle nur begrenzt geeignet seien, beantwortet die Kommission mit der absehbar steigenden Aussagekraft der Kennzahlen durch die zunehmende Zahl der Zentren bzw. Patienten und die neuen Zielwerte (s.o.).

KeZa 16 Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie

Zwei Zentren fragen, ob sich die Kennzahl auch auf bereits stattgehabte bzw. externe systemische Therapien vor Aufnahme beziehen und ob die Serologien auch bereits vor der Vorphase-Therapie vorliegen müssen. Die Kommission vereinbart, dass zur besseren Operationalisierbarkeit hier Patientenfälle mit erster systemischer Therapie im Zentrum zählen sollen, nicht aber extern verabreichte Systemtherapien vor Vorstellung im Zentrum. In einer FAQ soll klargestellt werden, dass die Serologie noch nicht vor der Vorphase-Therapie vorliegen muss. Die Zeitvorgabe der bestehenden FAQ, dass bereits vorliegende Serologien, die nicht älter als 3 Monate sind, akzeptiert werden, wird auf 6 Monate verlängert. Zudem führt die Kommission für die Kennzahl eine Sollvorgabe von mind. 70% ein.

Stadieneinteilung mittels R-ISS

Der neue QI der Leitlinie Multiples Myelom zur Stadieneinteilung mittels R-ISS wird nicht übernommen, da er aus Sicht der Kommission nur eine unzureichende Relevanz für die Behandlungsqualität hat.

KeZa 17 (neu) Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie

Dieser QI der Leitlinie Supportive Therapie wird – mit der Bezugsmenge Patientenfälle im Nenner – auf Anregung eines Fachexperten neu aufgenommen. Die Kommission verzichtet zunächst darauf, eine Sollvorgabe einzuführen.

TOP 5 Verschiedenes (Rückher/DKG)

Aktuelle Auswirkungen der Covid-19-Pandemie: Vorgehen für die Audits 2022

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über die für das Auditjahr 2022 geltenden Regelungen bei Covid-bedingten Fallzahlrückgängen. Im Auditjahr 2022 muss sowohl für Erstzertifizierungen als auch für die Wiedereinsetzung von Zertifikaten die geforderte Primärfallzahl im Kennzahljahr 2021 erreicht werden. Eine Ausnahme aufgrund der Covid-Pandemie wird nicht mehr gewährt. Bei Unterschreiten der Primärfallzahl ist eine Erstzertifizierung/Wiedereinsetzung des Zertifikates nicht möglich und muss ggf. verschoben werden. Die Regelung für Überwachungsaudits bleibt unangetastet: Hier gilt grundsätzlich, dass eine Unterschreitung der Fallzahlen möglich ist. Für Wiederholaudits kann bei der Berechnung der durchschnittlichen Zahlen der letzten

3 Jahre optional weiterhin das Jahr 2020 ausgeklammert werden. Relevant sind dann die Fallzahlen der Jahre 2018, 2019 und 2021 gebildet. Dabei gilt folgende Regelung:

- Schnitt erreicht, aber Unterschreitung der Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 >20%: Verlängerung um 12 Monate
- Schnitt nicht erreicht, aber Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 erfüllt: Verlängerung um 12 Monate
- Sowohl Schnitt als auch Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 nicht erreicht: keine Zertifikatsverlängerung

Zentrumszuschlag

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über den Stand der Umsetzung der G-BA-Zentrums-Regelungen. Wichtig für die Ausweisung und die Verhandlung eines Zuschlags sei dabei, die sog. „5-3-Regel“ (mind. 5 Zertifikate, davon mind. 3 Organkrebszentren) zu erfüllen und auf eine Ausweisung für möglichst alle vorgesehenen zuschlagsfähigen Leistungen zu achten. Sofern der DKG bekannt, wird der Stand der Umsetzung in den jeweiligen Bundesländern erläutert.

Weiterentwicklung des DKG-Zertifizierungssystems

Aktuell werden Anforderungen für Analkarzinom, biliäre Karzinome, Hodentumoren und Peniskarzinom vorbereitet.

Die Sitzung wird gegen 15:00 Uhr beendet.

Berlin, 07.04.2022

Protokoll: Rückher, Vogt