

## **Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission der Sarkomzentren**

02.03.2023, 11:00 – 15:45 Uhr

**Vorsitz:** Prof. P. Hohenberger, Prof. L. Lindner

### **TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Rückher/DKG)**

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Sarkomzentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

### **Änderung der Geschäftsordnung (Rückher/DKG)**

In den Sitzungen der Vorsitzenden 2021 und 2022 wurden Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen formuliert. Die Kommission nimmt diese einstimmig (22 Ja-Stimmen, 2 Enthaltungen, keine Gegenstimmen) an.

### **TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Sarkomzentren (Kaiser/OnkoZert)**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2022 gab es 18 Sarkomzentren an 18 Standorten. 8 Erstzertifizierungen waren noch nicht abgeschlossen. Weitere 4 Zentren hatten eine Anfrage zur möglichen Zertifizierung gestellt. Die Zertifizierung als Sarkomzentrum ist nur im Rahmen eines Onkologischen Zentrums möglich, zum Stand 31.12.2022 gab es 143 Onkologische Zentren an 152 Standorten. Aktuell (Stand 02.03.2023) gibt es bereits 20 Zentren an 20 Standorten.

### **TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Sarkomzentren (Rückher/DKG)**

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen des Auditjahres 2022 werden berichtet. Für den Jahresbericht wurden 17 Zentren berücksichtigt, in denen 2.786 Zentrumsfälle behandelt wurden, davon 1.824 Primärfälle.

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Die Fallzahlen der Zentren sind trotz Corona-Pandemie über die Jahre vergleichsweise stabil. Die leichten Rückgänge des Medians sowohl bei den Zentrums- als auch den Primärfällen gehen auf neu zertifizierte Zentren zurück, die insgesamt etwas fallzahlschwächer sind als die Bestandszentren.
- Bei den Vorstellungsquoten in der Tumorkonferenz fällt die Diskrepanz zwischen den recht hohen Quoten bei den Zentrumspatienten (Kennzahl 2b; 96,02%) bzw. der postoperativen Vorstellung (Kennzahl 3; 97,49%) im Vergleich zu den Primärfällen (Kennzahl 2a; 91,45%) auf. Neben plausiblen Begründungen (z.B. intraoperativen Zufallsbefunden) wurden hier bei einzelnen Zentren Abweichungen formuliert bzw. das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeit ausgestellt.
- Die Rate der psychoonkologischen Betreuung (Kennzahl 4) setzt den deutlich positiven Trend fort, die Sozialberatung (Kennzahl 5) bleibt auf hohem Niveau stabil.
- Die Mehrheit der Zentren (11 von 17) verfehlte im Auditjahr 2022 die Sollvorgabe bei der prä- oder postoperativen Strahlentherapie bei operierten hochmalignen Weichgewebesarkomen (ohne GIST) (Kennzahl 8). Dies liegt u.a. daran, dass in den Nennern der Kennzahl auch retroperitoneale Sarkome eingehen, für die die Bestrahlung nicht Standard ist. Dieser Aspekt soll unter TOP 4 bei der Bearbeitung der Kennzahlen berücksichtigt werden.

- Bei Kennzahl 9 (Prätherapeutische histologische Sicherung) haben 6 Zentren die 90-prozentige Sollvorgabe teils deutlich verfehlt. Hier sind aus Sicht der Kommission höhere Werte anzustreben. Einzelne, von den Zentren vorgebrachte Begründungen (z.B. Verweis auf retroperitoneale Sarkome) sind demnach in den Audits kritisch zu hinterfragen. Der Vertreter der Fachexperten bestätigt, dass dies in den Audits regelhaft erfolgt.

#### **TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Rückher/DKG)**

##### **Erhebungsbogen (EB)**

Allgemeine Anmerkungen:

- Da der EB Sarkome Teil eines Systems von 20 weiteren Zentrumsarten ist, sind Teile des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems bzw. der Onkologischen Zentren 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, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

##### 1.6.3. Pat.veranstaltungen

Die Kommission folgt der organübergreifenden Eingabe aus der Sitzung der Kommissionsvorsitzenden. Daher wird folgender organübergreifender Passus aufgenommen:

*„Sofern Patientenveranstaltungen von der Industrie (mit-)finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.“*

##### 1.7.4. Studienmanagement – Anteil Studienpatienten

Die DKG schlägt entitätenübergreifend vor, eine FAQ zur Zählung von Studienpatienten aufzunehmen, die insbesondere nach Durchlaufen der leitliniengerechten Therapie zur Genomdiagnostik an eines der neuen zertifizierten Zentren für Personalisierte Medizin (ZPM) (vgl. TOP 5) geschickt werden.

*„Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden?“*

*Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen.“*

Die Kommission folgt der Eingabe und nimmt die FAQ auf

##### 2.1.6. Sprechstunde – Familiäres Krebsrisiko

Ein Fachexperte weist darauf hin, dass der 2021 überarbeitete Fragebogen zur Erfassung des genetischen Risikos noch unter seinem alten Namen im EB abgebildet ist. Die Kommission nimmt entsprechend eine Korrektur vor („Checkliste zur Feststellung der Indikation zur Genetischen Beratung bei Diagnose Sarkom und Erkrankungsalter  $\geq 18$  Jahre“). Bei dieser Gelegenheit regen die Vertreter der DGOOC und der CAO/AOC an, den Fragebogen zu überarbeiten. Dieser sollte einerseits

auch durch Patienten ausfüllbar sein. Andererseits sei das Wording mitunter problematisch (z.B. „Dysmorphie“). Der Vertreter der GfH bietet an, gemeinsam mit Fach- (AET, GfH) und Selbsthilferevertretern den Fragebogen im Nachgang der Sitzung zu überarbeiten. Die Kommission begrüßt die Initiative.

Die Kommission OZ bittet in einer Eingabe um Prüfung der Aufnahme eines Passus zur Erfassung der Kryokonservierung zum Fertilitätserhalt. Im Vorfeld der Sitzung wurde bereits ein Formulierungsvorschlag eingefügt, nach dem bei bestehendem Kinderwunsch vor Therapiebeginn den Patienten die Möglichkeit der Kryokonservierung dargestellt und angeboten werden soll. Die Kommission beschließt nach Diskussion jedoch, dass der diesbezügliche übergeordnete Passus im EB OZ ausreichend sei.

#### 4.2. Nuklearmedizin – Fachärzte

Die Kommission folgt der Eingabe der DGNuklear, bei den Organkrebszentren, in denen die Nuklearmedizin ausschließlich für Diagnostik relevant ist, eine Erweiterung auf Radiologen mit Fachkunde zu ermöglichen.

#### 5.2.1 Organspezifische operative Therapie – Fachärzte

Im Nachgang der letzten Sitzung wurden die Anforderungen an die operative Expertise mitunter unterschiedlich ausgelegt, was mitunter zu Irritationen seitens der Zentren und Fachexperten führte. Insbesondere der Stellenwert der Orthopädie/Unfallchirurgie bei der Resektion von Weichgewebesarkomen wurde im Rahmen der Audits diskutiert. Im Vorfeld der Sitzung haben die Vertreter der DGOOC, der AOC/CAO sowie die Vorsitzenden gemeinsam mit der DKG-Geschäftsstelle über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen beraten und einen gemeinsamen Vorschlag eingebracht. Dieser orientiert sich primär an der tatsächlichen operativen Expertise und weniger starr an den Facharztgruppen. Folgende übergeordnete Prinzipien wurden dabei zugrunde gelegt:

- Die resezierenden Facharztgruppen Orthopädie/Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und Plastische Chirurgie werden bei der Resektion von Weichgewebesarkomen (WGT) als gleichberechtigt angesehen, sofern die Operateure über eine hohe operative Expertise verfügen.
- Bei der Resektion von WGT werden viszerale/retroperitoneale WGT von muskuloskelettalen WGT unterschieden (wenngleich die anatomische Abgrenzung nicht in jeden Fall eindeutig ist). Operiert ein Operateur beide Gruppen von WGT, so muss er auch Expertise für beide Bereiche nachweisen.
- Tumorresektionen bei Knochensarkomen bzw. den oben genannten WGT sollen stets von einem benannten Operateur bzw. einer benannten Stellvertretung durchgeführt werden.

In diesem Sinne schlägt die Eingabe umfangreiche Überarbeitungen an Kapitel 5 vor. Wesentliche Änderungen betreffen folgende Punkte:

- Die zentrumsbezogenen Mindestmengen von 50 Resektionen bei WGT und 10 Resektionen bei Knochensarkomen sind unabhängig voneinander zu erfüllen. Das bedeutet, dass Resektionen bei Knochensarkomen nicht mehr bei den 50 WGT-Resektionen anrechenbar sind.

- Es werden mind. 2 benannte Operateure aus den Facharztgruppen Orthopäde/Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und/oder Plastischer Chirurgie für die Resektion von WGT gefordert. Für die Resektion von Knochensarkomen muss (sofern dieser Bereich zertifiziert ist) ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie benannt sein. Zudem muss künftig 1 benannte Stellvertretung pro Zentrum (nicht länger: pro benanntem Operateur) benannt werden. Im Gegenzug wird nun auch für die Stellvertretung eine jährliche Mindesteingriffszahl von 10 gefordert.
- Werden durch einen benannten Operateur sowohl WGT im viszeralen/retroperitonealen als auch im muskuloskelettalen Bereich operiert, gelten folgende Regeln:
  - Lifetime-Expertise weiterhin mind. 50 Resektionen, wobei jeweils mind. 25 in den beiden Bereichen
  - Jährliche Expertise jeweils mind. 10 Resektionen pro Jahr im jeweiligen Bereich, also insgesamt mind. 20 Resektionen pro Jahr (statt 15 pro Jahr bei operativer Tätigkeit in nur einem der Bereiche).

Die Eingaben werden durch die DKG-Geschäftsstelle erläutert. Einige Verständnisfragen seitens der Kommissionmitglieder können geklärt werden. Die Vertreterin der ADO bittet um Erläuterung, welchen Stellenwert sonstige Sarkome (z.B. kutane Sarkome) bei der Neuregelung haben. Die Verfasser der Eingabe erläutern, dass diese hier nicht betroffen sind und weiterhin z.B. durch dermatologische Kooperationspartner behandelt werden könnten. Sie werden aber selbstverständlich weiterhin im Datenblatt erfasst.

Eine von den Vorsitzenden und der DKG-Geschäftsstelle zunächst vorgeschlagene Übergangsfrist wird auf Wunsch der Vertreter DGOOC und der CAO/ACO nicht eingeführt. Diese erläutern, dass die Regelungen ansonsten erst ab 2025 verbindlich wären. Die Auswertungen des Netzwerks Chirurgie sowie die Tatsache, dass nur noch eine Stellvertretung insgesamt gefordert werde, sprächen jedoch für eine gute Umsetzbarkeit bis zum Auditjahr 2024. Auf die Anregung des Vertreters der Fachexperten hin werden die DKG und OnkoZert gebeten, die Zentren und Fachexperten zeitnah über die Änderungen zu informieren.

Im Ergebnis stimmt die Kommission den Änderungen in den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.2c zu. Die Anforderungen lauten demnach wie folgt:

5.2.1 *„Für die Fachdisziplinen ~~muskuloskeletale~~ Tumorchirurgie (Orthopädie/~~bzw.~~ Unfallchirurgie ~~bzw.~~ und/oder Plastische Chirurgie ~~und/oder~~ sowie Viszeralchirurgie) und Thoraxchirurgie ist jeweils mind. 1 Facharzt namentlich zu benennen. Bei Zertifizierung für Knochensarkome ist mind. 1 Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie zu benennen. 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein.*

*~~Es muss eine~~ Eine bewährte Vertretungsregelung (mind. 1 Vertretung pro Zentrum) muss vorhanden sein bestehen.*

*~~Für den Vertreter (Viszeralchirurgie bzw. Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie) gilt bei der Benennung: Es müssen mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren ist die geforderte Mindestexpertise von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachzuweisen.~~*

5.2.2 a) Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/Unfallchirurgie und/oder ggf. Plastische Chirurgie

- Tumorresektionen bei Sarkomen umfassen folgende Bereiche:
  - Weichgewebesarkome viszeral/retroperitoneal
  - Weichgewebesarkome muskuloskelettal
  - Knochensarkome
- Tumorresektionen bei Sarkomen sind von einem benannten Operateur bzw. von einer benannten Vertretung durchzuführen.
- Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen.
- Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss definiert sein (z.B. SOPs) und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.
- Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Pat. nachzuweisen.
- Für die Sarkomchirurgie Weichgewebesarkome (~~kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/unfallchirurgische und ggf. plastisch chirurgische Abteilungen an 1 Standort~~) gilt: Es müssen gemeinsam mind. 50 Tumorresektionen Weichgewebesarkomresektionen/ Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.
- Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 ~~Tumorresektionen~~ Knochensarkomresektionen/ Standort/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) durchgeführt werden. Diese können Teilmenge der 50 Tumorresektionen sein

5.2.2 b) Jährliche Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/Unfallchirurgie und/oder ggf. Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2. a)

- Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen.
- mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur (siehe Kap. 5.2.2c).
- Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als 1. Operateur mind. 10 Fälle im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein.
- In interdisziplinärer Kooperation durchgeführte Eingriffe bei komplexen Fällen können für beide Hauptoperateure gezählt werden.
- Eine benannte Vertretung (siehe Kap. 5.2.2c) muss mind. 10 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) nachweisen können.
- Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden.

Bei Zertifizierung für Knochensarkome: Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen

- Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie

- Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).
- Bei Erstzertifizierung ist pro benannten Operateur für Knochentumorresektionen mind. eine Anmeldung zur Qualifikation gemäß DGOU/DGOOC ausreichend. Nach 1 Jahr ist die abgeschlossene Qualifikation (bzw. die positive Einzelfallprüfung) nachzuweisen.

c) Qualifikation für Zulassung neuer Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)

Zulassung neuer benannter Operateure

Weichgewebesarkome:

- Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Weichgewebesarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte).
- Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als Hauptoperateur mind. 25 Operationen im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein

Knochensarkome:

- Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Knochensarkomen (Primärfälle/Rezidive) (Vorlage OP-Berichte)

Zulassung neuer Stellvertreter

- Bei Erstzertifizierung Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) (Vorlage OP-Berichte)
- Nach 3 Jahren Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich müssen mind. 25 im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein.“

Im Sinne dieser Änderungen wird eine FAQ aufgenommen:

„Ein Operateur kann sowohl im viszeralen/retroperitonealen und/oder im muskuloskelettalen Bereich Weichteilsarkomresektionen durchführen. Bedingung ist nur, dass er mind. 50% der genannten Mindestmengen als Lifetimeexpertise sowie 10 Resektionen/Bereich als jährliche Resektionsleistung im jeweiligen Bereich absolviert hat. Bei notwendiger extremitätenerhaltender Knochenresektion bei Weichteilsarkomresektionen gelten die Voraussetzungen der Knochensarkome. Sarkome im Bereich des Beckens können ggf. als retroperitoneal oder muskuloskelettal gezählt werden.“

Neben diesen grundlegenden Änderungen werden noch zwei Eingaben von Fachexperten beraten:

- „Gemäß FAQ können bei alleiniger Zertifizierung für Weichgewebesarkome auch < 10 Knochensarkome behandelt werden. Vorschlag: Erweiterung dementsprechend, dass im Rahmen des Aufbaus des Moduls Knochensarkome die Patienten so weit wie möglich in den zertifizierten Strukturen (z.B. Tumorkonferenz) betreut werden.“ Die (inhaltlich nachvollziehbare) Eingabe wird von der Kommission nicht übernommen, weil verbindliche Vorgaben für Patienten außerhalb des zertifizierten Bereiches nicht möglich sind.
- „Muss ein Zentrum, das mind. 3 Jahre das Zertifikat hält und bei dem die Vertretung wechselt, eine neue Vertretung mit einer Lifetime-Expertise von ebenfalls 50 nachweisen? Oder reichen bei Benennung erneut 25?“ Da es sich um eine personenbezogene Anforderung



handelt, wird die Anforderung analog der übrigen Zertifizierungssysteme personenbezogen betrachtet (somit wären 25 bei Neubenennung grundsätzlich zulässig).

- 5.2.4. Die DKG-Geschäftsstelle schlägt vor, in den Unterkapiteln a, d und e klarzustellen, dass die hier geregelten plastisch-rekonstruktiven Eingriffe nicht auf Sarkompatienten beschränkt sind. Dies wird bereits in den FAQs so gehandhabt. Die Kommission stimmt der Eingabe zu.
- 5.2.5. Nach einer Eingabe aus der Kommission der Sarkomzentren 2021 haben die Vorsitzenden in ihrer Sitzung 2021 klargestellt, dass die Ausbildung von (weiteren) Operateuren als selbstverständliche Aufgabe von zertifizierten Zentren angesehen wird. Die organspezifischen Kommissionen sollen demnach den Bedarf einer solchen Regelung prüfen und ggf. dort eine Anforderung festlegen. Nach Auffassung der Kommission sind die diesbezüglichen Regelungen im EB ausreichend. Es wird keine Änderung vorgenommen.
- 6.2.3. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie – Fallzahlen im Sarkomzentrum

In einer Eingabe regt ein Zentrum an, ggf. auch eine personenbezogene (und nicht nur zentrumsbezogene) Expertise bei den sarkomspezifischen Systemtherapien vorzusehen.

Die Aufnahme einer zusätzlichen personen- und entitätenspezifischen Vorgabe wäre ein Novum. Ein Vorsitzender weist darauf hin, dass hier insbesondere die Auswahl und Freigabe der Systemtherapieprotokolle entscheidend sei, weniger das konkrete Verabreichen der Systemtherapie auf Station. Eine personenbezogene Expertise für die Verabreichung einer Systemtherapie sei daher nicht sinnvoll. Die Vertreter von DGOOC, AET und AGSMO weisen auf die hohe Komplexität der Systemtherapien bei Sarkomen und die im Vergleich sehr differenzierten Regelungen bzgl. der operativen Expertise hin. Eine personenbezogene Mindestvorgabe sei vor diesem Hintergrund sinnvoll. Die Vertreter von APM/DGP/DGHO und DEGRO geben zu bedenken, dass allenfalls eine übergreifende Regelung (z.B. im Rahmen der Onkologischen Zentren) sinnvoll sei. Entsprechend verständigt sich die Kommission auf eine Eingabe an die Kommission OZ mit der Bitte um Prüfung entsprechender Regelungen.

## **Datenblatt**

### Basisdaten

Entsprechend der Änderungen in Kapitel 5 des EB und der möglichst automatischen Generierung der Nenner der Kennzahlen aus den Basisdaten wird die DKG-Geschäftsstelle in Abstimmung mit OnkoZert Anpassungen an den Basisdaten (und in der Folge auch im Netzwerk Chirurgie) vornehmen.

### ICD-O-Morphologie-Codes

Bzgl. der GIST schlägt ein Tumordokumentationssystem-Hersteller die Hinzunahme des Codes 8935/3 Stromasarkom o.n.A. vor. Zudem weist ein Krebsregister darauf hin, dass der Morphologie-Code 8936/1 im neuen „Blue Book Soft Tissue“ nicht mehr existiere. Der Vertreter des BDP schlägt vor, beide Codes als „alternative Bezeichnung“ in die rechte Spalte zu übernehmen. Zudem sollte das Ewing-Sarkom in einem eigenen Unterkapitel bzgl. undifferenzierter klein-rundzelliger Sarkome der Knochen und der Weichgewebe verortet werden. Er schlägt eine interne Abstimmung der Mandatsträger des Bereiches Pathologie im Nachgang der Sitzung vor. Die Kommission stimmt dem Vorgehen zu. Die finalen Codes sollen nach Abstimmung nachgereicht werden.

### Kennzahlen

- *KeZa 4: Psychoonkologische Betreuung*

Die Kommission folgt der übergreifenden Eingabe der PSO zur Streichung der bisherigen Kennzahl und Ersatz durch eine neue Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“. Wie alle neuen Kennzahlen kann diese im ersten Jahr optional durch die Zentren erhoben werden.

- *KeZa 6: Anteil Studienpat.*

Nach Beschluss der Sitzung der Vorsitzende 2021 wird die Kommission gebeten, eine Streichung der oberen Plausi-Grenze der Studienquote zu prüfen, sofern nicht organspezifische Besonderheiten dagegensprechen. Im Ergebnis streicht die Kommission die obere Plausi-Grenze.

- *KeZa 8: Prä-oder postoperative Strahlentherapie bei operierten hoch malignen WGT*

Entsprechend der Beratungen unter TOP 3 werden die viszeralen/retroperitonealen Sarkome im Nenner ausgeschlossen.

#### **TOP 4 Verschiedenes (Rückher/Kowalski/DKG)**

- Die DKG-Geschäftsstelle erläutert einige aktuelle gesundheitspolitische Themen. Die derzeit viel diskutierten Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform werden derzeit mit den Bundesländern abgestimmt. Ein Gesetzentwurf wird für den Sommer erwartet. Es bleibe abzuwarten, ob die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft nach Versorgungsleveln und Leistungsgruppen in der vorgesehenen Form umgesetzt wird. Die Onkologie wird in dem Konzept bei den zertifizierten Zentren verortet. Dies geht wahrscheinlich auch auf die Ergebnisse der 2022 veröffentlichten Ergebnisse der WiZen-Studie zurück, die Überlebensvorteile von Patienten in zertifizierten Zentren im Vergleich zu nicht-zertifizierten Häusern gezeigt hat. Der G-BA hat im Oktober 2022 die Beratung dieses Projektes des Innovationsfonds durch den Unterausschuss Qualitätssicherung veranlasst. Die jüngst gestarteten ersten Zentren für Personalisierte Medizin (ZPM) sind ebenfalls Teil eines vom Innovationsfonds geförderten Projektes. Ausgehend von den diesbezüglichen Strukturen in Baden-Württemberg wird ein Netzwerk von Zentren zertifiziert, die eine zentrale hochspezialisierte Genomdiagnostik inklusive molekularem Tumorboard durchführen, um Therapieempfehlungen für die an den zertifizierten Zentren behandelten Patienten abzugeben. Zielgruppe sind insbesondere Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben.
- Im Jahr 2023 ist eine Erweiterung des Zertifizierungssystems auf die Entitäten Penistumore und Biliäre Karzinome vorgesehen. Die Ausarbeitung der Anforderungen wird in den Zertifizierungskommissionen der Uroonkologischen bzw. Viszeralonkologischen Zentren erfolgen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmern für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 15:45 Uhr beendet.

Berlin, 02.03.2023

Protokoll: Rückher, Vogt