

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren

30.03.2020, 11:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Seufferlein, Prof. Post

Teilnehmer: (s. Anwesenheit_dz_200330.pdf)

TOP 1 Begrüßung (Vorsitzende)

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

Die Agenda wird wie folgt geändert: TOP 2 (Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Darmkrebszentren) wird nach der Mittagspause und vor TOP 5 (Verschiedenes) beraten.

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:
 - Bzgl. der Mindestmengen bzw. Mindestfallzahlen des Kennzahlenjahres 2020 sollen in den Audits 2021 pragmatische und individuelle Lösungen vereinbart werden.
 - Die für das Jahr 2020 vorgesehenen Audits werden unter Berücksichtigung der derzeitigen Einschränkungen durchgeführt: als schriftliches Audit (Sonder-REDZYK-COVID), weil gegenwärtig keine 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>).

Die Zertifizierungskommission nimmt diese Punkte zustimmend zur Kenntnis. Die DKG-Geschäftsstelle bittet die Mitglieder, ggf. Anregungen für Unterstützungsmöglichkeiten an die DKG zu übermitteln.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts der Darmkrebszentren

(s. qualitätsindikatoren_darmkrebs_2020_A1_200317.pdf)

(Vorsitzende)

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

- KeZa 7 KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese (LL QI 1)
Es herrscht Einigkeit über die hohe Relevanz dieser Kennzahl für die Versorgung. Die Kommission vereinbart daher eine Sollvorgabe von mindestens 90%.
- KeZa 8 Genetische Beratung
In Ergänzung zu den Beratungen zu KeZa 7 spricht sich die Kommission für eine Sollvorgabe von 90% aus.
- KeZa 12 Vollständige elektive Koloskopien
Wegen der fast 100-prozentigen Erfüllung hinterfragt die Kommission, ob der Erhebungsaufwand im Verhältnis zum Nutzen stehe. Sie vereinbart, die Kennzahl in der nächsten Sitzung ggf. zu streichen.
- KeZa 22 Lokale R0-Resektionen Rektum
Analog zu der Diskussion zu KeZa 12 vereinbart die Kommission, die mögliche Streichung der Kennzahl in der nächsten Sitzung erneut zu betrachten.

- KeZa 23 Anzeichnung Stomaposition (LL QI 11)
Die Kennzahl hat sich tendenziell verbessert. Der Vorschlag, die Sollvorgabe auf 90 % zu erhöhen, wird auf Grund der hohen Bedeutung angenommen.
- KeZa 24 a/b/c Primäre Lebermetastasenresektionen und KeZa 25 a/b/c Sekundäre Lebermetastasenresektionen
Die Angaben der Ausprägungen b/c (Resektion im Zentrum (=b) und Resektion außerhalb des Zentrums (= c)) waren im Kennzahlenjahr 2018 noch freiwillig, die Aussagekraft ist daher sehr begrenzt. Die Kommission will die Ergebnisse im Rahmen von TOP 4 diskutieren.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungsbogen und das 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 konsenterte EB inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Darmkrebszentren:

1.4. Psychoonkologie

Die in der Sitzung des PSO-Vorstands und der DKG am 25.06.2019 vereinbarte Vereinheitlichung der PSO-Anforderungen wird umgesetzt.

1.5. Sozialarbeit und Rehabilitation

Harmonisierung der Regelungen zur Sozialarbeit entsprechend EB OZ 1.5

1.8.10. Pflege - Entlassung

Die Eingabe der AGORS, nach Anlage eines passageren Stomas Beckenboden- und Schließmuskeltraining zu verordnen sowie vor Stoma-Rückverlagerung über das Postresektionssyndrom (LARS) aufzuklären und ein Rehabilitationsverfahren zu veranlassen, wird diskutiert. Aus Sicht der Kommission sind die vorgeschlagenen Aspekte wünschenswert, jedoch vor dem Hintergrund der eingeschränkten Auswahl an Rehakliniken sowie der mit der Sektorentrennung einhergehenden Einschränkungen in der postoperativen Betreuung nicht umsetzbar. Sie vereinbart folgende Formulierung aufzunehmen: Vor einer Rückverlagerung des Stomas sollen die Patienten über das Postresektionssyndrom (LARS) aufgeklärt werden. Wenn möglich, sollte eine ambulante Vorstellung angeboten werden, in der u.a. der LARS-Score erhoben wird.

1.9.2. Allgemeine Versorgungsbereiche - Ernährungsberatung

Die ursprüngliche Eingabe der PRIO, dass mindestens 90% der angeforderten Ernährungsberatungen auch durchgeführt werden und dass nach 10 Tagen eine Reevaluation des metabolischen Risikos erfolgen soll, wird diskutiert. Im Ergebnis entscheidet die Kommission, das Screening wöchentlich zu wiederholen, wenn Patienten länger als 10 Tage stationär behandelt werden.

2.1. Organspezifische Diagnostik - Sprechstunde

Aufgrund der Eingabe eines Zentrums nimmt die Kommission folgenden Passus auf:

Höhenlokalisierung Rektum

- Für die Höhenlokalisierung können die starre Rektoskopie oder die MRT-Untersuchung zur Anwendung kommen.

- Im Befundbericht muss die Höhenlokalisierung angegeben sein.

Die Kommission stellt klar, dass sowohl Rektoskopie als auch MRT einen Stellenwert in der Diagnostik haben.

2.2.1. Diagnostik – Qualifikation koloskopierender Diagnostiker

Die Eingabe eines Fachexperten wird angenommen: Die Anerkennung von Koloskopien bzw. Polypektomien als Assistenz ist möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Untersuchern).

2.2. Diagnostik

Auf Grund der hohen Relevanz und einer tendenziell zu geringen Testquote vereinbart die Kommission, die MSI-Testung bei folgenden Indikationen in den EB aufzunehmen:

- Entsprechend des LL-Algorithmus bei pos. Patientenfragebogen mit V.a. hereditäres KRK,
- Patienten zwischen 50.-60. Lebensjahr mit MSI-verdächtiger Histologie,
- bei mKRK fakultativ für die Festlegung der Therapiestrategie,
- vor einer adjuv. Chemotherapie im Stad. II, falls indiziert.

5.1. Operative Onkologie – Organübergreifende Operative Onkologie

Die Eingabe eines Zentrums, von der Anästhesie die Umsetzung reflektierter Konzepte bei der Behandlung von Darmkrebspatienten (oder der Darmchirurgie generell) einzufordern, wird zurückgestellt, bis die diesbezügliche, noch in Arbeit befindliche Leitlinie zum perioperativen Management vorliegt.

5.2.5. Organübergreifende Operative Onkologie – Expertise pro Darmoperateur (Primärfälle)

Der Vorschlag, dass durch Gastroenterologen durchgeführte TVEs nicht zum Nachweis der chirurgischen Expertise genutzt werden können, wird angenommen.

9.1. Palliativversorgung und Hospizarbeit - Anforderungen

Die Eingabe von DGP/APM bzgl. Umänderungen/Spezifikationen wird angenommen: Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur Erfassung von Symptomen und Belastungen (siehe S3-LL Palliativmedizin) durchzuführen (MIDOS o. IPOS).

Erhebungsbogen Radioonkologie

7.10. Bestrahlungstechniken

In Anlehnung an die aktuelle S3-Leitlinie nimmt die Kommission folgenden Aspekt in den EB auf: Bei Patienten, bei denen ein Downsizing angestrebt ist, kann auch die Kurzzeitbestrahlung mit längerem Intervall bis zu 12 Wochen zur Operation (mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie) durchgeführt werden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

Neu: Rezidive u/o sekundäre Fernmetastasierungen: Diese Kennzahl wird entsprechend des Ergebnisses der Sitzung der Sprecher neu aufgenommen.

KeZa 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen

Es wird klargestellt, dass die histologische Sicherung der Rezidive/Metastasen angestrebt werden sollte. Ausnahmen sind zu begründen.

KeZa 5 Beratung Sozialdienst

Die DVSG-Eingabe, die Begründungspflicht analog den anderen Erhebungsbögen auf <50% festzulegen, wird angenommen.

KeZa 16: Revisions OP's Kolon

Die ADDZ schlägt vor, rein diagnostische postoperative Laparoskopien für den Zähler der Kennzahlen 16 und 17 nicht zu zählen. Die Kommission nimmt im Ergebnis die Eingabe der ADDZ an.

KeZa 17: Revisions OP's Rektum

Siehe KeZa 16.

KeZa 18: Postoperative Wundinfektion

Die Kommission folgt der Eingabe der DGAV, diese Kennzahl zu streichen. Angesichts der Tatsache, dass die Kennzahlen 16 und 17 auch Wundinfektionen und die Kennzahlen 19 und 20 Anastomoseninsuffizienzen erfassen, wird sie für entbehrlich gehalten.

KeZa 19: Anastomoseninsuffizienzen Kolon

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die zusätzliche Anerkennung der Clavien-Dindo-Klassifikation nicht sinnvoll und den Zentren insofern eine Übertragung in die gängige internationale Klassifikation der Anastomoseninsuffizienzen für die OncoBox zuzumuten sei.

KeZa 24a: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)

KeZa 24b: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) am operativen Standort des DZ

KeZa 24c: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) außerhalb des operativen Standort d DZ

KeZa 25a: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)

KeZa 25b: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV) am operativen Standort des DZ

KeZa 25c: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV) außerhalb des operativen Standort d DZ

Die Kommission diskutiert, wie insbesondere mit den niedrigen Fallzahlen der Kennzahlen 25 a bis c umzugehen sei. Prinzipiell sei die Frage, wie viele Lebermetastasenresektionen geplant sowie intern und extern durchgeführt werden, von hohem Interesse. Im Ergebnis entscheidet die Kommission, die Kennzahlen dahingehend zusammenzufassen, dass nicht mehr zwischen primärer und sekundärer Lebermetastasenresektion differenziert wird. Somit wird jede Lebermetastasenresektion im Kennzahlenjahr gezählt, unabhängig davon, ob sie bei Primärfällen (synchrone Metastasierung) oder bei Pat. mit metachron aufgetretener, ausschließlicher Lebermetastasierung durchgeführt wird. Zudem wird nicht mehr zwischen primärer Resektion und sekundärer Resektion nach primärer Chemotherapie unterschieden. Die neue Kennzahl wird unterteilt in eine Gesamt Kennzahl (a)) und b) Resektion am operativen Standort des DZ durchgeführt bzw c) Resektion *außerhalb des operativen Standorts des DZ durchgeführt*.

Anmerkung nach Sitzung: Die KeZa wird 2020 gemeinsam mit dem QI MTL (s.u.) in ca 10 Pilotzentren getestet.

KeZa 28: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)

Das Anliegen, analog auch die Qualität des Kolonpräparates zu kategorisieren (in Anlehnung an die aktuelle S3-Leitlinie), wird bis zur nächsten Sitzung zurückgestellt, um die weiteren Entwicklungen in Bezug auf diese Frage abzuwarten.

KeZa 29: Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK

Die Kommission diskutiert die Eingabe der ADDZ, bei neoadjuvant vorbehandelten Patienten statt des postoperatives Gradings den Regressionsgrad anzugeben. Die Kommission vereinbart im Ergebnis die Aufnahme

einer FAQ: Demnach ist es nach neoadjuvanter Therapie ausnahmsweise möglich, alternativ das prätherapeutische Grading anzugeben.

NEU: MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Verweildauer)

Die Kommission berät den Vorschlag der DGAV, einen neuen aggregierten Indikator aus Mortalität, Verlegung und Verweildauer aufzunehmen. Sie stellt fest, dass die entsprechenden Daten nicht dem Tumordokumentationssystem, sondern dem Krankenhausinformationssystem zu entnehmen seien. Im Ergebnis vereinbart die Kommission die Aufnahme des Indikators. Die Aussagekraft, der Dokumentationsaufwand und die Akzeptanz wird im Rahmen der nächsten Sitzung geprüft.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems (OnkoZert)

(s. _sitzungsvorlage zertkom dz-A2 (200315).docx)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2019 gab es 285 zertifizierte Darmkrebszentren (DZ) an 292 Standorten (davon 12 Standorte in der Schweiz, Österreich und Russland). Seit Januar 2020 gibt es 2 Standorte in China. 2019 wurden 6 Zertifikate neu erteilt, 3 Zertifikate wiedereingesetzt und 8 Zertifikate ausgesetzt bzw. beendet. Im Jahr 2019 wurden von den Fachexperten insgesamt 115 Abweichungen in 282 Audits ausgesprochen, 204 Audits verliefen ohne Abweichung. Die Möglichkeit eines reduzierten Auditzyklus (REDZYK) nutzten im Jahr 2019 14 Darmkrebszentren.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende/ Wesselmann)

- **Geschäftsordnung**

(200330 Geschäftsordnung DZ)

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 Kommission nimmt den Vorschlag an.

- **Gastroenterologische Praxen: transsektorale Zusammenarbeit fördern**

(20200309_Flyer_Niedergelassene)

Zur besseren Einbindung gastroenterologischer Praxen hat die DKG in Zusammenarbeit mit dem bng Informationsmaterial (Flyer) und ein Plakat angefertigt. Diese werden in Kürze zur Vervielfältigung freigegeben.

- **Aktueller Stand**

- EDIUM-Studie: Die prätherapeutischen Befragungen konnten mit 5.365 Patientinnen und Patienten abgeschlossen werden. Die posttherapeutischen Befragungen haben bereits begonnen. Im Laufe des Jahres 2020 wird mit ersten Berichten an die Studienzentren sowie wissenschaftlichen Veröffentlichungen gerechnet.
- Zweitmeinungsprojekt: Die Pilotphase für Darm- und Prostatakrebspatienten ist im April 2019 angelaufen. Im Februar 2020 ist die Evaluation gestartet, deren Datenerhebung voraussichtlich 1 Jahr dauern wird.

- Coaching Projekt: Die weitere Arbeit an diesem Projekt wurde auf Grund knapper Personalressourcen in der DKG-Geschäftsstelle vorübergehend pausiert. In Abstimmung mit der DGAV soll im nächsten Schritt das Coaching Projekt für das Pankreaskarzinom aufgegriffen werden.

- **Auswertung der DRG-Krankenhausstatistik**

Der Vergleich der Versorgungsstrukturen der Jahre 2006 und 2018 sowie der Krankenhaussterblichkeit der Jahre 2016 bis 2018 zwischen Krankenhäusern, die die DKG-Vorgaben bzgl. der Menge operativer Eingriffe erfüllen bzw. nicht erfüllen, zeigt folgende Ergebnisse:

 - Die operativen Fallzahlen bei Kolon- und Rektumkarzinom haben im Laufe der letzten Jahre abgenommen.
 - Die Anzahl der Krankenhäuser, die die DKG-Mindestfallzahlen erfüllen, hat zugenommen (Kolon: relativ; Rektum: relativ u. absolut).
 - Die Mehrzahl der Zentren, die die Mindestfallzahl (Rektum) erreichen, ist auch zertifiziert.
 - Die Krankenhaussterblichkeit ist in Zentren, die die DKG-Vorgaben erfüllen niedriger.

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

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, die für die DZ von Relevanz sind: Der vom G-BA beschlossene Zentrumszuschlag kann von zertifizierten Onkologischen Zentren beantragt werden. Zudem bringt die DKG ihre Erfahrungen mit dem Zertifizierungssystem im Rahmen von europäischen Initiativen ein.

Die Sitzung wird gegen 15:30 Uhr beendet.

Berlin, 30.03.2020

Protokoll: Wesselmann, Rückher, Vogt