

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren

11.03.2021, 11:00 – 15:40 Uhr, Online-Sitzung via Zoom

Vorsitz: PD Dr. Loquai, Prof. Dr. Ralf Gutzmer

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende; Rückher)

Die Sprecherin begrüßt alle Teilnehmer zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Hautkrebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

- **Sprecherwahl**

Frau PD Dr. Loquai wird von der Kommission mehrheitlich im Amt der Kommissionssprecherin bestätigt. Der bisherige Sprecher Herr Professor Tilgen hatte sein Amt am 18.01.2021 zur Verfügung gestellt. Die ADO und die DKG nominierten daraufhin Herrn Professor Gutzmer als neuen Sprecher. Die Kommission wählt mehrheitlich Herrn Professor Gutzmer für dieses Amt. Dieser bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an. Die Kommission lässt über die DKG-Geschäftsstelle Herrn Professor Tilgen ihren Dank für sein langjähriges Engagement ausrichten.

- **Geschäftsordnung**

Die Amtszeit der neu gewählten Sprecher der Kommission und die Benennung ihrer Mitglieder beträgt zukünftig 4 Jahre und nicht mehr nur 2 Jahre. Die Kommission stimmt der überarbeiteten Geschäftsordnung zu, keine Einsprüche.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Hautkrebszentren (Nödler)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2020 gab es 71 zertifizierte Hautkrebszentren an 73 Standorten, davon 9 Standorte im Ausland. 2020 wurden 4 Zertifikate neu erteilt und 1 Zertifikat beendet. 2019 gab es 7 neue Zertifikatserteilungen.

Im 3. Quartal 2020 wurden erneut Fachexpertenlehrgänge durchgeführt. Ein neuer Fachexpertenlehrgang ist für Sommer 2021 in Planung.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlauswertung der Hautkrebszentren (Rückher)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2020 werden vorgestellt:

- Alle Zentren erreichen die Mindestfallzahlen bzgl. der einzelnen Tumorentitäten. Bei einzelnen Kennzahlen haben sich Zähler- bzw. Nennerdefinitionen geändert (KeZa 3, 4, 5, 8, 9, 10 und 12), weshalb kein Vergleich mit den Ergebnissen der Vorjahre möglich ist.
- Die meisten obligat zu erhebenden Kennzahlen werden sehr gut von den zertifizierten Zentren umgesetzt. Verfehlungen der Sollvorgabe in relevantem Ausmaß (25 von 72 Standorte) waren bei KeZa 13 zu beobachten, die die korrekte Indikationsstellung zur Wächterlymphknotenbiopsie misst. Gleichwohl waren hier im Laufe der Jahre deutliche Verbesserungen insbesondere in den unteren Prozentbereichen zu beobachten.
- Mehrere Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie Melanom (KeZa 14 bis 18) wurden erstmals (und damit noch freiwillig) in den zertifizierten Hautkrebszentren erhoben. An dieser freiwilligen Erhebung haben etwa die Hälfte der Zentren teilgenommen, wobei in dieser Phase weder Sollvorgaben noch Plausibilitätsgrenzen existieren. Ab dem Auditjahr 2021 sind diese Kennzahlen obligat zu erheben und auffällige Ergebnisse ggf. zu begründen.

Der Jahresbericht wird im Nachgang der Sitzung auf den Internetseiten der DKG veröffentlicht.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Rückher)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Da der EB Hautkrebszentren Teil eines Systems mit 17 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, die während der Sitzung abgestimmt wurden. Während der Sitzung wurden die einzelnen Punkte besprochen und konsentiert.

1.1.3 Primärfälle

- Eingabe Zentren: „Bei der Definition der Primärfälle kommt es immer wieder zu Irritationen, da die Eingrenzung anders als bei anderen Entitäten nicht über Codes erfolgt, sondern über Freitext. Eine Liste wie beispielsweise bei den Zentren für Hämatologische Neoplasien und Neuroonkologie wäre wünschenswert.“
Ergebnis: Der Vorschlag wird seitens der Kommission für nicht sinnvoll gehalten, weil eine analoge abschließende und präzise Definition nicht möglich ist (insbesondere in Bezug auf C44). Es erfolgt daher keine Änderung.
- Eingabe ADO: „Wie ist die Zuordnung des Primärfalls, wenn mehrere Organzentren involviert sind? Vorschlag: Fall kann bei beiden Organzentren als Primärfall gezählt werden.“
Ergebnis: Grundsätzlich können Primärfälle nur in einem Zentrum gezählt werden und zwar dort, wo der überwiegende Anteil der Diagnostik/Therapie erfolgt. Dabei sind grundsätzlich Schnittmengen denkbar (z.B. Melanom der Mundhöhle in Bezug auf Hautkrebszentren und Kopf-Hals-Tumorzentren). Das Erfordernis einer interdisziplinären Besprechung und Behandlung bleibt von dieser Regel unberührt und ist in den Zentren gelebte Praxis. In Anlehnung an diesbezügliche Regelungen in den EB der Sarkomzentren bzw. Hämatologischen Neoplasien bildet die Kommission die dortigen Ausnahmeregelungen für kutane Sarkome und kutane Lymphome ab. Diese Doppelzählung ist hierbei an weitere Voraussetzungen (z.B. spezifische SOP) geknüpft.

1.2.1f Tumorkonferenz

Eingabe ADO: „Nicht in der Tumorkonferenz vorgestellte Fälle müssen in der Hauttumorsprechstunde vorgestellt werden, bevor sie regional tätigen chirurgischen Fachgebieten zur Operation zugewiesen werden.“

Ergebnis: Die Kommission ist sich darüber einig, dass auch nicht in der Tumorkonferenz vorgestellte Patienten ggf. einer interdisziplinären Behandlung bedürfen und dass die jeweilige Koordination von Zentrum zu Zentrum unterschiedlich sein kann. Sie verständigt sich daher darauf, dass die Vorstellung der übrigen Patienten in den fachspezifischen Sprechstunden/Tumorkonferenzen über verbindliche

interne SOPs zu definieren ist. Darüber hinaus vervollständigt die Kommission die Liste der grundsätzlich in der Tumorkonferenz vorzustellenden Patienten analog der bereits existierenden Vorgaben der Kennzahl 2 (Ergänzung Malignes Melanom und Stadienshift/Rezidiv sowie extrakutanes Melanom).

1.2.4 Therapiedurchführung/-empfehlung

Eingabe ADO: „Bei der Therapieempfehlung von der Tumorkonferenz abweichendem Wunsch des Patienten sollte dies nicht als Abweichung gezählt werden.“

Ergebnis: Es herrscht Einigkeit darüber und ist auch gelebte Praxis, dass eine Therapieablehnung durch den Patienten nicht zu einer Abweichung im Rahmen des Audits führen soll. Eine klarstellende Formulierung analog der EB OZ/VZ/BZ/GZ wird daher aufgenommen: „Wird eine Therapie auf Wunsch des Patienten (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.“

1.2. Eingabe Sprechersitzung/DKG zur Harmonisierung mit EB OZ Kapitel 1.2.9:

„Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Für folgende Funktionen/Berufsgruppen ist eine einmalige verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen (Auffrischung alle 3 Jahre):

- Assistenzpersonal (MTA, TRA,...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie
- Mitarbeiter Pflege, Sozialdienst und Psychoonkologie
- Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/Berufsgruppen anerkannt.“

Ergebnis: Die Ergänzung wird angenommen.

1.4 Psychoonkologie - Qualifikation

- Eingabe ADO: „Vorschlag: Seelsorger und Sozialdienst sollten bei entsprechender Zusatzqualifikation nicht ausgeschlossen werden.“
- Eingabe DKG: Harmonisierung mit entsprechendem Kapitel des EB OZ.

Ergebnis: Die Harmonisierung des Kapitels 1.4 mit dem EB OZ wird übernommen. In Nummer 1.4.1 wird explizit auf die Einzelfallprüfung bei Vertretern anderer psychosozialer Berufsgruppen verwiesen. Das berechtigte Anliegen der ADO ist damit abgedeckt.

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Eingabe DVSG/ASO: Vereinheitlichung mit den anderen EB

Ergebnis: Die Harmonisierungen mit anderen EB werden seitens der Kommission angenommen.

1.7.5 Studienmanagement – Anteil Studienpatienten

Die Eingabe DKG zur organübergreifenden Harmonisierung wird aufgenommen: Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen.

1.8.2 Pflege

Der Verweis auf die Regelungen zur Teilnahme der Pflege am Tumorboard als Fortbildung wird redaktionell angepasst.

2.1.1 Sprechstunde – Information/Dialog mit Patient

Eingabe ADO: „Angebot und Vermittlung bei Bedarf und Wunsch des Patienten. Abgleich mit 6.2.13, hier sehr ähnliche aber nicht gleiche Formulierung. Im ersten Bulletpoint sollte noch ergänzt werden: ‚Selbstuntersuchung‘ “

Ergebnis: Der Stellenwert des Patientenwunsches ist bereits mit einer FAQ abgedeckt. Die übrigen Änderungen werden seitens der Kommission befürwortet und übernommen.

2.1.2 Sprechstunde – Hauttumorsprechstunde

Gemäß Eingabe der ADO sollen die Anforderungen an die Hauttumorsprechstunde präzisiert werden, insbesondere indem Vorgaben für die vorzuhaltenden Personalressourcen an Dermatologen („mindestens 2 Fachärzte für Dermatologie“) definiert werden. Die Vertreter der DGMKG/AHMO, DGCH und DGPRÄC geben zu bedenken, dass die Anpassungen zu einem Ausschluss der übrigen Fachdisziplinen von der Hauttumorsprechstunde führen könnten, der fachlich nicht vertretbar sei. Die Sprecher weisen darauf hin, dass auch andere EB spezifische Vorgaben für die jeweilige Sprechstunde vorsehen. Dies sei auch sinnvoll, um essentielle Leistungen zu definieren. Intention der Eingabe sei vielmehr eine Präzisierung und nicht der Ausschluss anderer Facharztgruppen. Im Ergebnis wird der Vorschlag der ADO dahingehend modifiziert, dass klargestellt wird, dass eine Vorstellung von Patienten durch alle Kooperationspartner des Zentrums möglich ist und dass Patienten/Fragestellungen mit erhöhter Komplexität auch in der Sprechstunde interdisziplinär diagnostiziert und behandelt werden sollen.

2.1.3 Sprechstunde – Frequenz

Die vorzuhaltenden Leistungen der Sprechstunde werden vor dem Hintergrund der Beratungen zu Nummer 2.1.2 ergänzt.

5.2.3 Organspezifische operative Therapie – Operateure am Hautkrebszentrum

Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)

Die Eingaben werden auf Basis mehrerer Eingaben in der Kommission ausführlich diskutiert. Es herrscht Einigkeit, dass die Vorgaben einerseits die hier erforderliche Interdisziplinarität berücksichtigen sollen. Andererseits sollen sie Spielraum für individuelle Lösungen sowie die faire Abbildung aller relevanten Fachdisziplinen ermöglichen. Im Vorfeld der Sitzung wurde der Vorschlag der ADO dahingehend erweitert, dass einerseits auch die Gynäkologie in die Benennung der SNB-Operateure einbezogen soll. Darüber hinaus wird für den Kopf-Hals-Bereich ausdrücklich eine schriftliche Vereinbarung mit den Fachrichtungen HNO, MKG und Plastische Chirurgie gefordert. Außerdem wird klargestellt, dass jeder Patient mit SNB-OP auch von einem benannten Operateur operiert werden muss.

Die Vertreter der DGCH und der DGHNO regen an, die pro Operateur geforderten Mindestmengen an SNB abzusenden bzw. diese auf Lymphknotenentfernung allgemein zu beziehen. Da dieser Vorschlag nicht vorab vorlag und zahlreiche zu bedenkende Konsequenzen hätte, bittet die DKG-Geschäftsstelle die Vertreter, diesen ggf. als Eingabe für die kommende Sitzung einzureichen. Die Kommission stimmt diesem Vorschlag zu.

Ad 4: Systematische Ausräumung der regionären LK-Stationen

Vor dem Hintergrund der Beratungen zur SNB und der hohen Komplexität der radikalen Lymphadenektomie kommt die Kommission nach intensivem Abwägen zu dem Ergebnis, die bestehende Regelung (mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie) beizubehalten und um die Option zu ergänzen, dass zentrumsspezifisch weitere Fachdisziplinen (z.B. Gynäkologie) eingebunden werden können.

8.2 Pathologie - Dermatohistologische/pathologische Erfahrung

Eingabe Zentrum/ADO/ADH: „Der durchgestrichene Passus [`Ggf. kann dies auch im Rahmen einer Zweitbefundung nach Befundung durch einen Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie erfolgen.`] sollte wieder aktiviert werden.“

Der Vertreter der ADH argumentiert, dass die meisten Lymphknoten von Dermatopathologen begutachtet würden. Die Kompetenz sei vorhanden, auch wenn die Musterweiterbildungsordnung als Katalog von Mindestanforderungen auf diesen Aspekt nicht explizit eingehe. Die Kommission stimmt im Ergebnis der Wiederaufnahme des Passus zu.

8.6 Pathologie – Vorzuhaltende Verfahren

Eingabe ADH: „Auslegung der Anforderung [Beauftragung von Spezialleistungen nach extern]?“

Die Kommission vereinbart die Aufnahme einer FAQ:

„Frage: Können molekularpathologische und immunhistochemische Untersuchungen durch die Pathologie im Haus durchgeführt werden oder muss es sich um ein pathologisches Institut handeln?“

Antwort: Wenn immunhistochemische oder molekularpathologische Untersuchungen im Haus durchgeführt werden, dann können diese durch Pathologie und/oder Dermatopathologie durchgeführt werden. Wenn derartige Untersuchungen durch einen externen Kooperationspartner erbracht werden, dann muss das über ein pathologisches oder dermatopathologisches Institut mit entsprechender Kompetenz erfolgen. Das Institut ist in einer Kooperationsvereinbarung zu benennen. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen.“

8.11 Pathologie – Zusätzliche Angaben Melanom

Die Eingabe der ADO, auf die AJCC-Klassifikation 2017 zu verweisen, wird übernommen.

8.13 Pathologie – Resektions-/Sicherheitsabstand

Die Eingabe ADH zur Klarstellung der Überschrift („Resektionsrand“) wird übernommen.

10.6 Tumordokumentation/Ergebnisqualität – Bereitstellung von Ressourcen

Eingabe Fachexperte/Ausschuss: Bedeutung des Zusatzes „z.B.“ unklar, da dieser zu Missverständnissen führe.

Ergebnis: Die Kommission betont, dass es sich bei diesem in allen EB verankerten Richtwert um eine Empfehlung (und nicht um eine Sollvorgabe) handelt. Der Zusatz „z.B.“ wird im Sinne besserer Verständlichkeit gestrichen und durch „Richtwert“ ersetzt (Harmonisierung mit anderen EB). Über die Angemessenheit der personellen Ressourcen der Tumordokumentation soll der FE vor Ort entscheiden.

Erhebungsbogen dermatologische Praxen

B.5 Wartezeiten bei Karzinomverdacht

Die Eingabe der Sprecherin, die Wartezeitenanalyse nicht auf die Vorstellung im Hautkrebszentrum (die durch die Praxis nicht zu beeinflussen ist), sondern auf die dortige Anmeldung (Vorgabe < 3 Tage) zu beziehen, wird von der Kommission übernommen.

Datenblatt

- KeZa 5 (Beratung Sozialdienst): Die Eingabe von ASO/DVSG, die Begründungspflicht bei Beratungsquoten <35% einsetzen zu lassen, wird diskutiert. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Jahresberichts und der Tatsache, dass bei Hauttumoren im Vergleich zu anderen Tumorentitäten eher niedrigere Quoten realistisch seien, vereinbart die Kommission eine untere Plausibilitätsgrenze von <15%.
- KeZa 8 (OPs mit leitliniendefiniertem Sicherheitsabstand bei Melanom und seltenen Hauttumoren) und 9 (OPs mit histologischer Randkontrolle bei epithelialen Tumoren)

Eingabe Zentrum: „Es werden immer mehr Eingriffe mit Sicherheitsabstand UND mikrographisch kontrollierter Chirurgie durchgeführt. [...] Wenn man es genau nimmt, dürften die Patienten aber nicht in der Kennzahl auftauchen, wodurch die Sollvorgabe bei einigen Zentren unterschritten würde. Zu Kennzahl Nr. 9 dürfen sie laut Definition aber auch nicht gezählt werden, da Eingriff mit Sicherheitsabstand.“

Die Kommission vereinbart, die Klammerzusätze hinter der Eingriffsdefinition zu streichen. Die Trennung der Eingriffe nach Tumorentitäten bleibt erhalten.

- Matrix Ergebnisqualität: Die Kommission übernimmt die Eingabe eines Zentrums und passt die Spaltüberschriften (Bezug auf alle und nicht nur die kutanen Melanome) redaktionell an. Zudem soll auf die Nachfrage eines Zentrums hin in einer FAQ klargestellt werden, dass in der Matrix auch Zweit-/Drittmelanome anderer Lokalisation berücksichtigt werden müssen.

TOP 5 Verschiedenes (Vorsitzende/Rückher)

- **Auswirkungen COVID-19**

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über die organisatorischen Anpassungen der Audits an die Erfordernisse der Coronapandemie.

- **Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen**

Die Zentrumsregelungen des G-BA sind bereits 2020 in Kraft getreten. Die DKG beobachtet und begleitet derzeit die landesrechtliche Umsetzung. In der Diskussion mit den beteiligten Akteuren wurde ein Abgleich der Anforderungen des G-BA-Beschlusses mit dem EB OZ vorgenommen. Die Kommission bittet darum, diese im Nachgang der Sitzung an alle Mitglieder zu versenden.

Die Sitzung wird gegen 15:40 Uhr beendet.

Berlin, 11.03.2021

Protokoll: Rückher, Vogt