

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Modul Sarkomzentren

25.02.2019, Geschäftsstelle der DKG, Berlin

Vorsitz: Prof. P. Hohenberger, Prof. V. Grünwald

TOP 1 Aktueller Stand/ Statusbericht

Derzeit gibt es 11 laufende Erstzertifizierungen für Sarkomzentren, sowie 2 neue Anfragen im ersten Quartal 2019. Die Zertifizierung als Sarkomzentrum ist nur im Rahmen eines Onkologischen Zentrums möglich, zum Stand 31.12.2018 gibt es 118 Onkologische Zentren an 130 Standorten. Im Rahmen der Pilotphase 2018 wurden 10 Auditverfahren für Sarkomzentren durchgeführt, 4 Zentren haben das Auditverfahren zum Zeitpunkt der Kommissionssitzung bereits vollständig abgeschlossen.

TOP 2 Ergebnisse Pilotphase

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2018 (Pilotphase) werden berichtet. Für den Jahresbericht sind die 8 Zentren berücksichtigt, die Daten für das vollständige Datenjahr dargelegt hatten. Eine Veröffentlichung des Berichtes ist aufgrund der geringen Anzahl an Kliniken nicht möglich (Wahrung der Anonymität).

Im Besonderen:

KeZa 2: Prätherapeutische Tumorkonferenz

Die Kommission diskutiert anhand der Kennzahlauswertung, dass extern anoperierte Patienten grundsätzlich nicht zum Nachteil des Zentrums gewertet werden dürfen. Wenn extern anoperierte Patienten im Sarkomzentrum erneut operiert und prätherapeutisch vorgestellt werden, zählen diese Patienten für die KeZa mit (Aufnahme FAQ).

KeZa 11: Risikogerechte adjuvante Therapie GIST

Diskussion darüber, dass bei Patienten mit Wildtyp-GIST bzw. PDGF-Rezeptor-Mutation die adjuvante Imatinib-Therapie nicht indiziert ist (Aufnahme FAQ).

TOP 3 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Da der EB Sarkome Teil eines Systems mit 16 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. Die Ergebnisse der Sitzung sind in dem [Erhebungsbogen](#) grün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

Die Kommission beschließt die Aufnahme weiterer Fachgruppen zur Mitarbeit in der Zertifizierungskommission (siehe EB).

1.4.2 Psychoonkologie - Ressourcen

Organübergreifende Anpassung gemäß Beschluss der Sitzung der Kommissionssprecher von November 2018. Basierend auf einer Kalkulation der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)

zum Personalbedarf in der Psychoonkologie wird festgelegt: Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum stehen mind. 0,5 VK für 150 Beratungen bei Patienten des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung.

1.5.2 Sozialdienst - Ressourcen

Organübergreifende Anpassung aus dem Erhebungsbogen Onkologische Zentren: Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK Sozialarbeit für 400 Beratungen bei Patienten des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) steht zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.

1.8.2 Onkologische Pflegekräfte

Organübergreifende Anpassung aus dem Erhebungsbogen Onkologische Zentren: Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachkraft (1 VK) aktiv im Tagdienst angestellt sein.

2.1.6 Familiäres Krebsrisiko

Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GFH) wird zur Mitarbeit in der Zertifizierungskommission Sarkomzentren eingeladen. Die bestehende Checkliste zur Erfassung des genetischen Risikos schätzt die Kommission als nicht spezifisch genug ein und soll daher in Zusammenarbeit mit der GFH gemäß den Empfehlungen der S3-LL adulte Weichgewebesarkome überarbeitet werden.

3.2 Radiologie - Fachärzte

Bezüglich der Nachfrage eines Zentrums, ob alle genannten radiologischen Zertifikate vorliegen müssen, stellt die Kommission fest: Zur Erstzertifizierung muss pro Person mind. eine Anmeldung zur Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR vorliegen. Nach 3 Jahren ist die abgeschlossene Qualifikation nachzuweisen (Aufnahme FAQ).

3 Radiologie – Medizinphysikexperten (MPE)

Gemäß Strahlenschutzverordnung (StrSchV) ist ab 01.01.19 die Hinzuziehung eines MPE für CT-Diagnostik und Angiographien verpflichtend. Die Eingabe, eine entsprechende Anforderung aufzunehmen, lehnt die Kommission mit dem Verweis auf bestehende gesetzliche Vorgaben ab.

3.6 Interventionelle Radiologie

Bezüglich der Nachfrage eines Zentrums, ob alle genannten interventionell-radiologischen Zertifikate vorliegen müssen, erachtet die Kommission nach Diskussion spezifische Anforderungen für die interventionelle Radiologie als nicht notwendig. In Abstimmung mit den Mandatsträgern Radiologie (DRG, DeGIR) Streichung der Vorgabe und Verzicht auf Teilnahme der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) in der Kommission.

5.2.1 Fachärzte

Ausführliche Diskussion der Anforderung. Um die Ausbildung eines zweiten Operators in der Aufbauphase des Zentrums zu fördern, wird die Anforderung wie folgt ergänzt: Bei der Erstzertifizierung gilt für den Vertreter (Viszeralchirurgie bzw. Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie): Es müssen mind. 25 als 1. Operator durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren ist die geforderte Mindestexpertise von mind. 50 als 1. Operator durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachzuweisen.

5.2.2 a) Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion)

- Zur Frage, ob es sich bei der Versorgung von Knochtumoren um ein Muss-Kriterium handelt, stellt die Kommission fest: Wenn primäre maligne Knochtumoren am Standort operativ versorgt werden, dann müssen mind. 10 entsprechende Tumorresektionen/ Standort/ Jahr nachgewiesen werden (diese können Teilmenge der Gesamtzahl Tumorresektionen der Einheit Sarkomchirurgie

sein). Die Versorgung von Knochentumoren wird im Versorgungsumfang des Sarkomzentrums (EB und Zertifikat) dann mit ausgewiesen.

Werden an einem Standort grundsätzlich keine Knochensarkome behandelt (Zentrumsfälle Knochentumoren n=0 in den Basisdaten und Operationen bei Knochentumoren (n=0 im Netzwerk Chirurgie), dann ist eine Zertifizierung als Sarkomzentrum mit Versorgungsumfang „Weichgewebetumoren“ möglich (Aufnahme FAQ).

- Ausführliche Diskussion über die Ergebnisse der Pilotphase zu den operativen Leistungszahlen. Ziel der bisher gültigen Anforderung „mind. 30 muskuloskelettale Tumorresektionen/Standort/Jahr“ ist die Gewährleistung einer entsprechenden Mindestexpertise, unabhängig von viszeralen/retroperitonealen Resektionen. Eine differenzierte Erfassung der Eingriffe nach muskuloskelettalen und sonstigen Eingriffen wäre mit erheblichem zusätzlichem Dokumentationsaufwand für die Zentren verbunden, zudem ist eine eindeutige Definition dieser Zuordnung schwierig. Bezogen auf die Epidemiologie der Sarkome (mit einem geschätzten Anteil nicht-muskuloskelettaler Tumoren <25%) ist die Gewährleistung des o.g. Ziels durch Anhebung der jährlichen Leistungszahl mit statistischer Wahrscheinlichkeit zu erwirken. Die Kommission beschließt daher die Anpassung der Anforderung auf mind. 50 ~~muskuloskelettale~~ Tumorresektionen/Standort/Jahr bei Patienten mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) in der Einheit Sarkomchirurgie (14 Stimmen dafür, 10 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen).

5.2.2 b) Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion)

- Die Kommission lehnt die Eingabe, die jährliche Mindestexpertise von 15 Tumorresektionen pro Operateur zu reduzieren, einstimmig ab.
- Die Qualifikation benannter Operateure für Knochen-Tumorresektionen kann anhand einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertiger Qualifikation nachgewiesen werden. Bewertung der Gleichwertigkeit erfolgt mittels Einzelfallprüfung über die Fachgesellschaft (Aufnahme FAQ).

8.3 Pathologie

- Bezüglich der Anfrage eines Zentrums zur Befundung von Dermatosarkomen durch Dermatopathologen stellt die Kommission fest: Die Beurteilung soll in Kooperation mit den benannten Pathologie-Fachärzten des Sarkomzentrums erfolgen (Aufnahme FAQ).
- Die Anforderung der jährlichen Expertise wird nach Diskussion wie folgt angepasst: Pro Institut/Abteilung Pathologie müssen pro Jahr mindestens 100 Histologien von Sarkomen gemäß Versorgungsumfang (Diagnosenliste laut Datenblatt) begutachten, dokumentierte Doppelbefundung wird anerkannt. Die personengebundene Mindestanforderung von 60 Histologien/Facharzt/Jahr entfällt.

8.6 Molekulare Diagnostik

Die erfolgreiche Teilnahme an 3 Ringversuchen pro 3 Jahren ist nachzuweisen, darunter 1 Sarkom-spezifischer Ringversuch.

Datenblatt

Keine Anmerkungen/Änderungen.

TOP 4 Verschiedenes

- **Diagnosecodes**

Diskussion der Eingaben von Zentren und Fachexperten zur Streichung bzw. Ergänzung von Diagnose-Codes zur Definition des Versorgungsumfangs im Sarkomzentrum. Änderungen sind in dem Reiter „ICD-O-Liste“ des [Datenblatts](#) grün markiert.

- **Aufnahme AG KT**

Die Wiedervorlage des Aufnahmeantrags der Arbeitsgemeinschaft Knochentumore e.V. in der Sitzung der Kommissionssprecher ist gemäß Beschluss aus der Zertifizierungskommissionssitzung Sarkomzentren 2018 erfolgt. In der Sitzung der Kommissionssprecher wurde der Antrag erneut abgelehnt, unter Berücksichtigung der Grundsystematik zum Einschluss neuer Fachgruppen gemäß Geschäftsordnung.

- **Weiteres Prozedere**

- Abschluss der laufenden Pilotverfahren
- Vergabe der Zertifikate für die Pilotzentren mit erfolgreichem Verfahrensabschluss in der Sarkomkonferenz 2019
- Ab ca. 05/2019: Beginn der regulären Zertifizierungsverfahren für Sarkomzentren
- Entsprechend des Entitäten-übergreifenden Duktus Durchführung von Zertifizierungskommissionssitzungen alle 2 Jahre

Berlin, 25.02.2019

Protokoll: Mensah, Vogt