

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren

05.03.2018, 11:00 – 16:00 Uhr, Geschäftsstelle der DKG, Berlin

Vorsitz: Prof. T. Seufferlein, Prof. S. Post

Begrüßung

TOP 1 Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung

Das Protokoll der Sitzung der Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren vom 17. März 2016 wird genehmigt.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Darmkrebszentren

OnkoZert berichtet vom aktuellen Stand des Zertifizierungssystems. 2017 gab es erstmals 281 zertifizierte Zentren an 290 Standorten, davon 10 Standorte im Ausland. Bei der Betrachtung der Anzahl zertifizierter Darmkrebszentren über die letzten 10 Jahre zeigt sich eine Sättigung des Systems mit einem nur noch geringen Zuwachs an Zentren in den letzten Jahren. Hauptsächlich dadurch begründet, dass die Kliniken, die sich zertifizieren lassen können, weil sie die Sollvorgabe erreichen auch bereits zertifiziert sind (siehe auch TOP 5b). Die OncoBox ist seit 2016 verbindlich für die Dokumentation anzuwenden; im Auditjahr 2017 wurde eine Flächendeckung von 97% erreicht. Für die Fachexperten werden web-basierte Schulungen (Webinare) angeboten, in denen die aktuellen Entwicklungen und Informationen aus der Zertifizierungskommission zu Kennzahlen und Anforderungen des Erhebungsbogens (EB) durch die Geschäftsstelle der DKG und OnkoZert vermittelt werden.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlauswertung (Jahresbericht) der Darmkrebszentren

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2017 werden berichtet. Der Jahresbericht ist auf den Seiten der [Krebsgesellschaft](#) und [OnkoZert](#) veröffentlicht.

Im Besonderen:

Kennzahl (KeZa) 1 Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5):

Bei Betrachtung des Nenners der Kennzahl kommt in der Kommission die Frage auf, ob von den Zentren tatsächlich alle Primärfälle mit einem Kolonkarzinom im Stadium IV erfasst wurden. Zur Plausibilisierung der von den Zentren dokumentierten Fälle wird die Geschäftsstelle der DKG zur nächsten Sitzung der Kommission eine stadienspezifische Auswertung aus den klinischen Krebsregistern vorbereiten. Auf Basis der Auswertung soll die Diskussion fortgeführt werden.

KeZa 6 Studienteilnahme:

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Rate der von den Zentren in Studien eingeschlossenen Patienten deutlich gesunken. Der Grund dafür ist, dass seit 2017 für die Kennzahl nur noch Patienten angerechnet werden können, die in eine über die StudyBox akkreditierte Studie eingeschlossen wurden. Im nächsten Jahr ist wieder mit einer besseren Erfüllung der Studienquote durch die Zentren zu rechnen.

KeZa 21 Lokale R0-Resektionen Kolon:

Da sich eine durchgängig sehr gute Umsetzung der Kennzahl zeigt, wird einstimmig beschlossen, diese Kennzahl zu streichen.

KeZa 23 Anzeichnung Stomaposition (LL QI 10):

Die Kennzahl wird sehr gut umgesetzt. Die Kommission beschließt daher, die Sollvorgabe auf 70 % anzuheben.

KeZa 24 Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) / KeZa 25 Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV):

Die Kommission stellt fest, dass eine Interpretation der Kennzahlen aufgrund der kleinen Nenner der Fallzahlen - bei KeZa 25 noch ausgeprägter als bei KeZa 24 - schwierig ist. Sie diskutiert die Erfassung der Rate an primären und sekundären Lebermetastasenresektionen in einer gemeinsamen Kennzahl. Da hierdurch aber insbesondere die Beurteilung der durchgeführten sekundären Lebermetastasenresektionen (aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen) unmöglich würde, sollen zunächst beide Kennzahlen beibehalten werden. Die Kommission vermutet, dass die Zähler der Kennzahlen u.a. so gering ausfallen, da die Zentren die extern operierten Patienten nicht miteinbeziehen. Um den Zentren zu verdeutlichen, dass auch extern operierte Patienten bei der Kennzahl zu berücksichtigen sind, sollen die Zähler der Kennzahlen zukünftig getrennt nach extern und intern operierten Patienten erfasst werden. In der nächsten Kommissionsitzung soll die Entwicklung der Kennzahlen erneut diskutiert werden.

KeZa 26 Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI 6):

Unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom sollen für die Kennzahl nur solche Patienten berücksichtigt werden, die maximal 75 Jahre alt sind.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungs- und Kennzahlenbogen

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Darmkrebszentren:

1.2.1. Teilnehmer Tumorkonferenz

Die Eingabe aus der Sprechersitzung 2017 wird diskutiert. Die Eingabe wird angenommen. Allerdings soll die Durchführung der Tumorkonferenz ohne Anwesenheit eines Vertreters der Hämatologie / Onkologie nur dann möglich sein, wenn dieser an der Konferenz nicht teilnehmen kann und die für die Durchführung der Chemotherapie zuständige Fachabteilung anwesend ist. Die Eingabe wird entsprechend angepasst (Streichung: „bzw. will“). Die Kommission ist sich einig, dass trotz dieser Änderung der Vorgabe die Teilnahme der Hämatologie / Onkologie an den Tumorkonferenzen von Bedeutung ist und auf die regelhafte Teilnahme eines entsprechenden Fachvertreters in den Darmkrebszentren hingewirkt werden soll.

1.5.3. Sozialarbeit und Rehabilitation – Inhalte der Beratung

Aufgrund der Kurzfristigkeit des Eingangs wird die Eingabe der ASORS zurückgestellt und soll in der nächsten Sitzung diskutiert werden.

1.8.1 - .4 Pflege – onkologische Fachpflegekräfte

Die Eingabe der KOK wird diskutiert. Unter 1.8.1 wird der zweite Spiegelstrich gestrichen, da die Formulierung aufgrund der Vorgabe im EB für Viszeralonkologische Zentren redundant ist. Im dritten Spiegelstrich wird ergänzt, dass die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft in stationären Bereichen der Patientenversorgung nachzuweisen ist. Unter 1.8.2 wird ergänzt, dass die Teilnahme der onkologischen Fachpflegekraft an der Tumorkonferenz eine fakultative Aufgabe ist. Im Übrigen werden die Änderungsvorschläge angenommen.

1.8.6 Pflege - Stomatherapie

Die Eingaben der KOK und ILCO werden weitestgehend angenommen. Neben der Weiterbildung der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde sollen auch weitere vergleichbare Weiterbildungen zur

Stomapflege zulässig sein. Die Formulierung wird entsprechend angepasst. Gleichzeitig wird für die Stomatherapeuten, die bis zum 01.01.2019 in den Zentren benannt sind, ein Bestandschutz gelten.

1.8.9 Pflege - Austausch Chirurgie

Die Eingabe der ILCO wird diskutiert. Im EB wird eine Vorgabe aufgenommen, wonach ein geregelter interprofessioneller Informationsaustausch zwischen den Stomatherapeuten und den beteiligten fachärztlichen Disziplinen stattfinden muss. Die Vorschläge der ILCO zur weiteren Konkretisierung der Inhalte dieses Informationsaustausches werden nicht in den EB übernommen.

1.9.2 Ernährungsberatung

Die Vertreterin der PRiO weist auf die Bedeutung der Ernährungsberatung (regelmäßige Erhebung des metabolischen Risikos und Ableitung von geeigneten Behandlungsmaßnahmen) bei der Versorgung von Darmkrebspatienten hin, für die es bereits viele Belege aus wissenschaftlichen Studien gebe. Die Kommission spricht sich dafür aus, dass die Fachexperten in den Webinaren bezüglich der Ernährungsberatung sensibilisiert werden, um in den Audits einen stärkeren Fokus auf diesen Versorgungsbereich zu legen.

2.2.1 Diagnostik – Qualifikation koloskopierender Diagnostiker

Die Eingabe eines Zentrums, wonach ein Facharzt für Allgemeinchirurgie zur Qualifikation als koloskopierender Diagnostiker nicht auch die Zusatzweiterbildung für spezielle Viszeralchirurgie aufweisen muss, sofern er die geforderte koloskopische Expertise vorweist, kann von der Kommission nachvollzogen werden. Die Kommission beschließt die Annahme der Eingabe.

Die Kommission diskutiert die Eingabe des BNG, für die Vorgabe zur Erfahrung des koloskopierenden Diagnostikers zukünftig nur noch Polypabtragungen mittels Schlinge anzuerkennen. Der Vorschlag wird angenommen. Gleichzeitig beschließt die Kommission, die Anzahl der jährlich geforderten Polypektomien je Untersucher auf 25 herabzusetzen, um die durch die Neudefinition andernfalls bedingte Erhöhung der Anforderungen an die Erfahrung des koloskopierenden Untersuchers auszugleichen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts:

Neue KeZa zur Bestimmung von RAS und BRAF-Mutationen (LL QI 3)

Der neue Qualitätsindikator der Leitlinie wird in das Datenblatt aufgenommen. Es soll in einer FAQ-Antwort darauf hingewiesen werden, dass die Bestimmung des RAS und BRAF-Mutationsstatus leitliniengerecht im Rahmen einer Stufendiagnostik erfolgen kann.

KeZa 10 Komplikationsrate therapeutische Koloskopien

Die Eingabe des BNG zur Definition der therapeutischen Koloskopie als Polypektomie mittels Schlingenabtragung wird zugestimmt.

KeZa 17 Postoperative Wundinfektion

Der Eingabe des Fachexperten wird nicht gefolgt. Der Vorschlag erscheint nicht umsetzbar, da das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System als fakultatives System nicht in allen zertifizierten Zentren etabliert ist und die Krankenhäuser im Rahmen der Überwachung nosokomialer Infektionen mit Hilfe des Systems unterschiedliche Tracer-Operationen auswählen können.

KeZa 23 Anzeichnung Stomaposition

Der Eingabe des Fachexperten wird nicht gefolgt.

KeZa 24 Primäre Lebermetastasenresektion

Der Eingabe des Fachexperten wird nicht gefolgt.

KeZa 27 Neoadjuvante Radio- oder Radiochemotherapie bei Rektumkarzinom (Stadium II und III)

Die Eingabe der AG QI der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom zur Streichung der KeZa wird übernommen.

Neue KeZa zur Kombinationschemotherapie bei metastasiertem kolorektalem Karzinom (LL QI 4)

Der neue Qualitätsindikator der Leitlinie wird in das Datenblatt aufgenommen.

KeZa 28 Qualität des TME-Rektumpräparates

Die Eingabe der AG QI der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom zur Erhöhung der Sollvorgabe auf >85% wird übernommen.

Neue KeZa zur Vollständigkeit der pathologischen Befundberichte (LL QI 2)

Der neue Qualitätsindikator der Leitlinie wird in das Datenblatt aufgenommen. Die Kommission stellt fest, dass sämtliche der aufgeführten Angaben im Pathologiebericht enthalten sein müssen, damit ein Fall für den Zähler gewertet werden kann.

KeZa 29 Angabe Resektionsrand

Die Eingabe der AG QI der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom zur Streichung der KeZa wird übernommen, da die Kennzahl in der neuen Kennzahl zur Vollständigkeit der pathologischen Befundberichte enthalten ist.

KeZa 30 Lymphknotenuntersuchung

Entgegen der Eingabe der AG QI der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom soll die KeZa beibehalten werden, weil ansonsten die Information über die Anzahl der entfernten LK verloren gehen würde.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Gastroenterologische Praxen:

B.1 Qualifikation koloskopierender Diagnostiker

Die Änderungen aus dem Kapitel 2.2.1 des EB Darmkrebszentren werden entsprechend übernommen.

TOP 5 Verschiedenes

a) Verschiedenes

Die Kommission beschließt, die Möglichkeiten zum Erhalt des Zertifikats als Viszeralonkologisches Zentrum zu erweitern. Zukünftig soll das Zertifikat Viszeralonkologisches Zentrum vergeben werden für Zentren,

- die mindestens drei der vier Zertifikate für die Module Leber, Magen, Pankreas und Speiseröhre tragen oder
- die Darmkrebszentrum sind und eines der vier Zertifikate für die Module Leber, Magen, Pankreas und Speiseröhre halten.

b) Auswertungen der DRG-Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes 2016

Die Entwicklung der Fallzahlen kolorektaler Resektionen und Anzahl an Krankenhäusern, die kolorektale Resektionen durchführen, werden anhand von Auswertungen aus der Krankenhausstatistik für die Jahre 2006 bis 2016 vorgestellt. Die Auswertungen weisen auf eine Tendenz zur Zunahme der Versorgung in spezialisierten Einrichtungen mit hohen Fallzahlen hin und legen nahe, dass die Krankenhaussterblichkeit bei Behandlung in Einrichtungen mit hohen Fallzahlen (entsprechend den DKG-Vorgaben) reduziert werden kann.

c) Patientenfragebogen

Die Kommission beschließt, den Patientenfragebogen zur Ermittlung des Risikos für eine erbliche Form von Darmkrebs entsprechend der Sitzungsvorlage zu ändern. Da der Fragebogen sich an Patienten richtet, die bereits an Darmkrebs erkrankt sind, soll die erste Frage (welche sich nicht spezifisch an Darmkrebspatienten richtet) gestrichen werden. Es werden in der Sitzung weitere redaktionelle Änderungen vorgenommen. Zwei Kommissionsmitglieder erklären sich bereit, den Fragebogen zu überarbeiten, um die Verständlichkeit für die Patienten zu verbessern.

d) Vorstellung Innovationsfondsprojekt EDIUM

Das vom Innovationsfonds geförderte Forschungsprojekt EDIUM wird vorgestellt. Im Rahmen des Projekts soll die patientenberichtete Ergebnisqualität in den zertifizierten Darmkrebszentren erfasst und Unterschiede der Ergebnisqualität sowie deren Ursachen evaluiert werden. Die zertifizierten Darmkrebszentren werden zeitnah angeschrieben, um ihr Interesse an der Studienteilnahme zu bekunden.

e) Ergebnisse Coaching

Die Ergebnisse der ersten Erfahrungen mit dem Coaching-Projekt werden präsentiert. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr heterogen. Verlässliche Aussagen zur Verbesserung der Kennzahlen in den Zentren aufgrund des Coachings werden erst nach Abschluss des Auditjahrs 2018 möglich sein. Die Kommission erachtet die Fortführung des Coaching-Projekts für eine wichtige Maßnahme zur Qualitätsverbesserung in den Darmkrebszentren.

f) Gastroenterologische Praxen

Der aktuelle Jahresbericht der Gastroenterologischen Praxen wird vorgestellt. Die Kommission tauscht sich orientierend zu den Ergebnissen aus. Eine Veröffentlichung des Berichts ist aufgrund der geringen Anzahl an Praxen nicht möglich (Wahrung der Anonymität). Aufgrund der fortgeschrittenen Sitzungszeit beschließt die Kommission, den Tagesordnungspunkt in der nächsten Sitzung erneut aufzugreifen und konkrete Maßnahmen zur besseren Einbindung der Gastroenterologischen Praxen in das Zertifizierungssystem zu diskutieren.

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 05.03.2018

Protokoll: Wesselmann, Adam, Vogt