

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren / Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs

25.10.2023, 11:00 – 16:00 Uhr, Online-Sitzung via Zoom

Vorsitz: Prof. Graeven (DKG), Prof. Fehm (DKG), Prof. Bokemeyer (DKH)

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Wesselmann)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren (OZ). Es folgt eine Vorstellungsrunde.

Wahl Vorsitzende

Herr Prof. Graeven und Frau Prof. Fehm werden für 4 weitere Jahre als Vorsitzende der Kommission bestätigt. Die Vorsitzenden bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an. Das Mandat der DKH haben die jeweilig Vorsitzenden des Netzwerkes der Onkologischen Spitzenzentren inne. Es erfolgt also keine Wahl über die Zertifizierungskommission.

Anpassung Geschäftsordnung

In den Sitzungen der Vorsitzenden 2021 und 2022 wurden Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen formuliert. Die Kommission nimmt die Änderungen an.

TOP 2 Aktuelle Informationen u. Auswertungen zum Zertifizierungssystem der OZ (OnkoZert/Odenwald)

Der Vertreter von OnkoZert berichtet über den aktuellen Stand des Zertifizierungssystems. Der Jahresbericht OZ ist seit Juni 2023 auf den Internetseiten der Deutschen Krebsgesellschaft und von OnkoZert verfügbar. Mit Stand 30.09.2023 gibt es über alle Entitäten hinweg 1.943 zertifizierte Zentren an 2.021 Standorten. 147 Onkologische Zentren sind an 157 Standorten zertifiziert, darunter 13 Standorte im Ausland.

Im Jahr 2022 wurden 13 Zertifikate OZ neu erteilt, 5 Erstzertifizierungen befanden sich im laufenden Verfahren. 11 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt u. 8 Zertifikate wurden beendet bzw. ausgesetzt. Grund für letzteres war, dass die Anforderungen an den Zertrechner nicht erfüllt wurden.

TOP 3 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungsbogen und das Datenblatt (Palliativmedizin) (Vorsitzende/Wesselmann)

Während der Sitzung wurde der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen (EB) besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen in der rechten Spalte, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

Erhebungsbogen Onkologische Zentren:

1.1.6.d Struktur des Netzwerks - NEU

Die Kommission nimmt in einer neuen Anforderung auf, dass eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden sollte. Ergänzend dazu definiert in Anlehnung an EB_ZPM die neue Anforderung 1.2.12b das für ein ZPM vorgesehene Pat.-kollektiv. Es wird nochmals klargestellt, dass Empfehlungen für eine Vorstellung in einem ZPM dieser Definition entsprechen und gemäß EB ZPM ein Tumorboardbeschluss für eine Vorstellung im ZPM erforderlich ist.

1.1.9 QM-Zertifizierung

Die Kommission streicht die abschließende Aufzählung anerkannter QM-Standards.

1.1.13 Fortbildungen

Die Kommission ergänzt in den für Fortbildungen zu protokollierenden Angaben „Zielgruppe/Datum“. Eine Tabelle soll nur optional zur Anwendung kommen.

1.2.9 Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Die Anforderung wird mit den Regelungen in anderen Erhebungsbögen harmonisiert: Der Sozialdienst wird aus der Liste der Adressaten gestrichen. Zudem präzisiert die Kommission, so dass der Empfehlungscharakter der Anforderung deutlich wird:

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

1.2.13.b Fertilitätserhalt

Die Kommission ergänzt einen Verweis auf die SOP Fertilitätserhalt. Zudem erfolgt eine Eingabe für die Zertifizierungskommission GZ: Der Anspruch für gesetzlich versicherte Frauen auf Kryokonservierung besteht vor Vollendung des 40. Lebensjahres (<40 Jahre).

1.2.13 Qualitätszirkel

M&M-Konferenzen und Qualitätszirkel verfolgen unterschiedliche Ziele. Die Kommission präzisiert die Anforderung, so dass künftig nur noch eine M&M-Konferenz pro Jahr als Qualitätszirkel anerkannt werden kann.

1.2.17 Auf Basis der Beratungen in der Sitzung 2021 und der Kesba-Studie haben DGP und APM eine Eingabe für ein Onkologisches Basisscreening formuliert. Demnach sollen verschiedene Screenings (u.a. Psychoonkologie, Sozialdienst, Symptomscreening) koordiniert und, wenn möglich, unter Federführung einer Fachgruppe (z.B. Onkologische Fachpflege) erfolgen. Begleitend haben DGP und APM eine SOP als Handreichung zur Unterstützung der Definition zentrumsindividueller Prozesse erarbeitet. Das Anliegen wird grundsätzlich begrüßt, jedoch werden Probleme in Hinblick auf erforderliche Personalressourcen (u.a. durch Erweiterung der Zielgruppe auf alle Zentrumsfälle) und inhaltlicher Optimierungsbedarf (Dopplung/Schnittmengen der vorgeschlagenen Instrumente, Ableitung von Maßnahmen auf Basis des Screenings) gesehen. Die Vertretenden von DGP und APM verweisen auf die Empfehlungen der Leitlinien und Effizienz durch ein strukturiertes Vorgehen und klare Zuständigkeiten. Die Kommission verständigt sich darauf, ein Onkologisches Basisscreening unter Zuhilfenahme der erarbeiteten SOP zunächst zu empfehlen und nicht verbindlich zu fordern. Im Nachgang der Sitzung soll in einer AG über eine Weiterentwicklung des Konzepts unter Einbezug weiterer Fachgruppen (z.B. Psychoonkologie, Pflege) beraten werden. Die Ergebnisse sollen in der kommenden Sitzung vorgestellt werden.

1.4.4 Psychoonkologie – Umfang der Versorgung

Die Kommission stimmt der Harmonisierung mit anderen EBs zu:

- ~~Die Anzahl der Pat., welche eine Psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.~~
- **Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.**
- ~~Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen~~

1.4.8 Psychoonkologie – Dokumentation und Evaluation

Die Kommission stimmt der Harmonisierung mit anderen EBs zu:

*Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) durchzuführen **und das Ergebnis zu dokumentieren.***

Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.

~~Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.~~

~~Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.~~

1.5.1 Sozialarbeit - Qualifikation

Die Zusatzqualifikation „Erfahrung in medizinischen/onkologischen Berufsfeld“ wird analog den Vorgaben in anderen Erhebungsbögen gestrichen.

1.6.4 Beteiligung Pat. - Entlassungsgespräch

Die Kommission modifiziert die Eingabe insofern, dass sie nicht nur auf Broschüren, sondern allgemein auf „Informationen“ abzielt. In der kommenden Sitzung soll geprüft werden, ob der Punkt ggf. an einer anderen Stelle verortet werden sollte (z.B. Allgemeine Informationen für Pat.).

Entlassgespräch

- [...]
- ~~Ggf.~~ **Wenn verfügbar** „Patientenleitlinie“ www.leitlinienprogramm-onkologie.de, ~~Flyer Selbsthilfe~~ **Patienteninformationen sind evidenzbasiert und frei von Interessen anzubieten. Broschüren Informationen sollten daher bevorzugt über die DKH, die Landeskrebsgesellschaften, Krebs-Selbsthilfeorganisationen und den Krebs-Informationsdienst bezogen verwendet werden.**

1.6.5 Beteiligung Pat. – Veranstaltung für Pat.

Die Anforderungen werden ergänzt: *Sofern Patientenveranstaltungen von der Industrie (mit-)finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.*

1.6.7a Beteiligung Pat. – Selbsthilfegruppen

Weitere Eingaben werden in Kap. 1.6.7 übernommen:

Selbsthilfegruppen

[...]

- *Kooperation muss bekanntgegeben werden (u.a. auf Internetseite), ggf. inkl. Kooperationen mit bundesweit tätigen, entitätsspezifischen Selbsthilfeorganisationen*

1.6.7b [...]

- ***Kliniken kommen auf die örtlichen Selbsthilfegruppen oder die Bundesverbände zu, wenn Informationsmaterial benötigt wird.***

[...]

1.7.10 Studienzuführung

Der Vorschlag aus der Sitzung der Vorsitzenden 2022 zur Aufnahme einer FAQ zur Doppelzählung bei Überweisung an ein ZPM wird angenommen:

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.

1.7.13 Forschungstätigkeit

Die Anforderungen werden präzisiert:

Das Onkologische Zentrum erfüllt für den Bereich Onkologie mind. eine der folgenden Anforderungen:

- *Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren (Nennung Name und Leitlinie/ Konsensuspapier) und/ oder*
- *mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie (Nennung mind. 1 Publikation mit zugehörigem Zentrum/ Modul) und/ oder*
- *Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa*

1.8.1 Pflege – Onkologische Fachpflegekräfte

Der Vorschlag, den Abschluss „Erweiterte Klinische Pflege (B.Sc.) Onkologische Pflege“ als Qualifikation zuzulassen, wird diskutiert. Es gibt Bedenken, da der Abschluss mit dem Fokus auf einen spezifischen Studiengang nicht in die Struktur der Anforderungen passe. Eine Anerkennung bestimmter Bachelor-Abschlüsse sei vorstellbar, hier müssten aber einzelne Curricula abgeglichen werden. Die KOK wird für die kommende Sitzung einen entsprechenden Vorschlag einreichen. Bis dahin wird die Eingabe nicht übernommen.

1.8.2 Pflege – Zuständigkeiten / Aufgaben

Die Kommission nimmt in den Pat.bezogenen Aufgaben „Ggf. Onkologisches Basisscreening (vgl. Kap. 1.2.17)“ auf. Änderungsvorschläge bzgl. a) der Beratungsquote und b) der Mindestzahl an Fallbesprechungen/Pflegevisiten werden nicht angenommen. In einer FAQ soll der Begriff der Pflegevisite definiert werden: Die KOK wird hierfür einen Vorschlag erarbeiten.

- **Onkologisches Basisscreening (s. Kap 1.2.17) und Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen**

[...]

- *Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen ggf. auf Basis des o.g. Screenings/Assessments unter Einbezug von weiteren Unterstützungsbereichen diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachl. Expertise durchgeführt werden.*

[...]

- *Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Geltungsbereich **Organkrebszentrum** des Onkologischen Zentrums sind mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen*

1.9.5 Apotheke - Aufgabenprofil

Die Kommission stellt klar, dass die „Möglichkeit“ der täglichen („7d“) qualitätsgesicherten Herstellung bestehen muss. Da die Teilnahme an Tumorkonferenzen und Treffen der Studienzentralen nicht regelmäßig zwingend erscheint, wird die diesbezügliche Anforderung abgeschwächt.

1.9.6. Apotheke – Dokumentation und Evaluation

Die Eingabe, keine Produktnamen von Dokumentationssystemen zu nennen, wird angenommen.

1.9.11 Raucherentwöhnung

Die Aufnahme eines Behandlungspartners „Raucherberatung und Tabakentwöhnung“ und weiterer spezifischer Anforderungen wird diskutiert. Diskussionspunkte sind u.a. erhebliche Organisationsarbeit, Finanzierung und Durchführung dieser Leistung im ambulanten Sektor sowie Privilegierung

eines einzelnen Risikofaktors. Die Kommission verständigt sich darauf, ein Konzept für die Information über Raucherberatung bzw. Tabakentwöhnung zu verlangen. Das Ergebnis wird an die eingebende Kommission zurückgespiegelt.

1.9.13 ABS-Visiten

Die Kommission nimmt folgende neue Anforderung auf:

Antibiotic-Stewardship-Visiten (ABS-Visiten)

- **Für den Geltungsbereich des OZ ist ein Konzept für Antibiotic-Stewardship-Visiten (ABS-Visiten) oder ähnliche Formate nachzuweisen.**
- **Die Visiten sollen multiprofessionell durchgeführt werden.**

3.2/4.2 Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)

Die aktualisierte Berufsbezeichnung (MTR) wird übernommen.

4.5 Nuklearmedizin – Befunderstellung

Die entitätsübergreifende Eingabe für PZ/UOZ, LZ, OZ wird von der Kommission übernommen:

Der schriftliche Befund des Nuklearmediziners der Nuklearmedizin "Szintigraphie" (Gammakamera-diagnostik) muss spätestens 24 h nach Abschluss der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen. Für die Befunderstellung der radiologisch-nuklearmedizinischen Hybriddiagnostik ist eine Zeitspanne von jeweils 24h pro beteiligter Fachdisziplin vorgesehen.

6.2.3 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie - Pflegefachkraft/MFA (ambulant/stationär)

Die Kommission diskutiert, ob Onkologische Fachpflegekräfte von dem Nachweis einer Schulung nach den KOK-Empfehlungen ausgenommen werden können, da die Inhalte bereits Teil ihrer Weiterbildung seien. Die KOK sagt zu, dies im Nachgang der Sitzung zu prüfen. Die Aufnahme eines entsprechenden Passus wird dann ggf. erfolgen.

Die ursprünglich an die Kommission KIO gerichtete Eingabe, als Voraussetzung für Pflegekräfte, die eine Chemotherapie applizieren, eine Lifetime-Expertise anzuerkennen, wird diskutiert. Die Kommission weist darauf hin, dass sich die aktuelle Anforderung an jenen der ärztlichen Weiterbildung orientiert und lehnt eine Anpassung ab. In Abstimmung mit der KOK bzw. der Kommission KIO sollen für die kommende Sitzung Vorschläge für eine alternative Nachweiserbringung vorbereitet werden.

6.2.6 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie - Fallzahlen pro Behandlungseinheit

Die Aufnahme einer personenbezogenen Expertise für die systemische Therapie (Auswahl und Freigabe der Therapieprotokolle) bei hochkomplexen Therapien für OZ und andere Zertifizierungssysteme wird diskutiert. Die Mitglieder der Kommission sehen keine hinreichenden Argumente, um Anpassungen vorzunehmen.

6.2.10 Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll

Der Passus wird gestrichen, da er sinngemäß bereits in Kapitel 1.2 enthalten sei.

8.0 Pathologie

Die Eingabe, dass durch die Pathologie, ICD-/ICD-O-Codes anzugeben sind, wird nach Diskussion (u.a. fehlender Aspekt der Qualitätssicherung, unterschiedliche landesrechtliche Regelungen bzgl. Krebsregistermeldung, Relevanz der Information für die Therapie und notwendige Angabe im onkologischen Basisdatensatz) angenommen.

TOP 4 Verschiedenes

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen.

Der Entwurf des Krankenhaustransparenzgesetzes soll auch Zertifikate wie die der DKG enthalten, was ein Erfolg ist im Vergleich zur ersten Version.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) definiert im aktuellen Entwurf Leistungsgruppen auf Basis der Krankenhausplanung NRW. Diese und fünf weitere Leistungsgruppen sollen die Grundlage für die Vorhaltevergütung bilden. Das Bundesministerium für Gesundheit soll gemäß den aktuellen Planungen perspektivisch Mindestanforderungen an die Qualität per Rechtsverordnung in Kraft setzen. Die AWMF soll hierbei mit einbezogen werden. Unklar bleibt, inwieweit deren Votum berücksichtigt wird. Das Hauptproblem wird nach Einschätzung der DKG die Operationalisierung von Diagnosen und Prozeduren sein. Auch die Vermischung von Planungs- und Vergütungsinstrumenten könnte eine Umsetzung erschweren.

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 28.10.2021

Protokoll: Wesselmann, Utzig, Rückher, Vogt