

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission der Hautkrebszentren (HZ)

24.03.2023, 10:00 – 15:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Loquai, Prof. Gutzmer

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Rückher/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Hautkrebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Änderung der Geschäftsordnung (Rückher/DKG)

In den Sitzungen der Vorsitzenden 2021 und 2022 wurden Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen formuliert. Die Kommission nimmt diese einstimmig (19 Ja-Stimmen, 1 Enthaltungen, 0 Gegenstimmen) an.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Hautkrebszentren (Barth/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2022 gab es 78 Hautkrebszentren an 80 Standorten. Davon befanden sich 9 Hautkrebszentren im Ausland. Eine laufende Erstzertifizierung war zum Jahresende 2022 noch nicht abgeschlossen.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlauswertung der Hautkrebszentren (Rückher/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen des Auditjahres 2022 werden berichtet. Für den Jahresbericht wurden 78 Zentren berücksichtigt, in denen 15.838 Primärfälle mit Melanom behandelt wurden.

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Alle Zentren erreichen die Mindestfallzahlen bei den Epithelialen Tumoren und bei den Malignen Melanomen. Gleiches gilt für die Eingriffe mit leitliniendefiniertem Sicherheitsabstand (Kennzahl 8) und mit histologischer Randkontrolle (Kennzahl 9).
- Eine positive Entwicklung der jeweiligen Mediane zeigt sich bei der Studienquote (Kennzahl 6), den Sentinel-Node-Biopsien mit intraoperativem Nachweis des Sentinels (Kennzahl 7), den Revisionseingriffen nach postoperativen Wundinfektionen (Kennzahl 12), den Melanomexzisionen mit leitliniengerechtem Sicherheitsabstand (Kennzahl 14), der Mutationsanalyse für BRAF (Kennzahl 17) und der LDH-Bestimmung (Kennzahl 18) beim Melanom.
- Ein deutlicher Rückgang ist bei den therapeutischen Lymphadenektomien mit c/pN1b, c/pN2b oder c/pN3b und M0 zu beobachten, was in erster Linie mit dem zunehmenden Stellenwert adjuvanter Therapien erklärbar ist. Unter TOP 4 soll daher über eine Aussetzung der Kennzahl beraten werden.

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

Erhebungsbogen (EB)

Allgemeine Anmerkungen:

Während der Sitzung wird der im Vorfeld versendete EB besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.3. Primärfälle

Der Vorschlag der DKG-Geschäftsstelle zur Aufnahme einer FAQ bzgl. des neuen Moduls Analkarzinom wird angenommen. Eine Doppelzählung bei Analkarzinomen ist demnach nicht vorgesehen:

Können zu den epithelialen Tumoren auch Analkarzinome gezählt werden?

Antwort: Analkarzinome zählen nur dann für das Hautkrebszentrum, wenn sie nicht parallel für das zertifizierte Analkarzinomzentrum gezählt werden (keine Doppelzählung).

Die Eingabe einer Tumordokumentarin, die Zählweise für Primärfälle bzw. Operationen wegen pandemiebedingt aufgeschobener Eingriffe zu überdenken, wird nicht übernommen, weil es sich hierbei um ein nur vereinzelt beschriebenes Problem handelt. Zudem sei die Zählweise von (operativen) Primärfällen entitätenübergreifend einheitlich geregelt.

1.2.1.d Vorbereitung Tumorkonferenz

Ein Fachexperte weist darauf hin, dass ein Verschicken von Unterlagen für die Tumorkonferenz nicht mehr zeitgemäß sei, da alle Teilnehmer Einsicht ins Krankenhausinformationssystem hätten. Die Kommission modifiziert den diesbezüglichen Passus entsprechend in Anlehnung an den Erhebungsbogen der Darmkrebszentren:

Die wesentlichen Pat.- und Behandlungsdaten sind im Vorfeld zu dokumentieren – schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen – den Teilnehmern bei der Konferenz zur Verfügung zu stellen.

1.2.1.h Grundsätzlich in der Tumorkonferenz vorzustellende Patienten

Die ADO schlägt vor, wegen des zunehmenden Stellenwertes adjuvanter Therapien Fälle ab Stadium IIB (bislang: ab Stadium IIC) regelhaft in der Tumorkonferenz zu besprechen. Der Vertreter der ADH gibt zu bedenken, dass der Einschluss zu einer deutlich erhöhten Zahl vorzustellender Patienten führen würde, die die Konferenzen möglicherweise überlasteten. Die Vertreter der ATO, der Selbsthilfe, der DDG und die Vorsitzenden werben hingegen für einen Einschluss, da die Besprechung in der Regel kurz gehalten werden könnte und potenzielle Therapienebenwirkungen zu beachten seien. Im Ergebnis wird die Änderung mit 14 Ja-Stimmen und 1 Nein-Stimme angenommen. Die Kommission verständigt sich zudem darauf, im Datenblatt die Aufnahme einer entsprechenden Kennzahl zu prüfen (s.u.).

1.2.4.b Dokumentierte Angabe von Gründen bei Abweichung vom Tumorkonferenzbeschluss

Die ADO weist in ihrer Eingabe darauf hin, dass bei Abweichung aufgrund des Patientenwunsches keine generelle erneute Vorstellung nötig sei, sondern nur bei Änderung der klinischen Situation. Die Kommission stellt klar, dass es hier nicht zwangsläufig um eine erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz gehe, sondern um eine Information an die Tumorkonferenz (ggf. dann mit Festlegung neuer Empfehlung auf Basis der Patientenpräferenz). Dies sei auch das etablierte

Vorgehen in anderen Zertifizierungssystemen. Zur Klarstellung soll eine entsprechende FAQ aufgenommen werden.

Die Eingabe der ADO, den Grund „Wunsch des Arztes“ in „Änderung der klinischen Situation“ umzuformulieren, wird angenommen.

1.2.5 Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Die übergreifende Eingabe der KOK, die Pflege aus der Liste der Berufsgruppen zu streichen, denen eine Teilnahme an der Tumorkonferenz als Fortbildung anzubieten ist, wird angenommen.

1.4.8. Psychoonkologische Versorgung

Die entitätenübergreifende Eingabe der PSO sieht den Ersatz der bisherigen Kennzahl (psychoonkologische Beratung) durch eine Kennzahl bzgl. eines Distress-Screenings vor. Im Erhebungsbogen ist dann der Anteil und die Versorgung der überschwellig belasteten Patienten darzustellen.

Der Vorsitzende weist auf den hohen Anteil an Melanomen des Stadiums IA hin, die in aller Regel keiner psychoonkologischen Betreuung bedürften. Der Vertreter der AGORS gibt zu bedenken, dass gerade auch bei den niedrigen Stadien ein Screening sinnvoll sei. Der modifizierte Passus im Erhebungsbogen einschließlich der neuen Kennzahl wird mittels zweier Abstimmungen aufgenommen:

- Ersatz der bisherigen Kennzahl durch Kennzahl bzgl. Screening: 20 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen
- Beschränkung des Nenners auf Primärfälle mit Melanom Stadium IIB bis IV sowie Stadienshifts und Rezidive, keine Aufnahme seltene Hauttumoren: 16 Ja-Stimmen, 4 Nein-Stimmen.

1.6.6. Veranstaltungen für Patienten

Der Kompromissvorschlag aus der Sitzung der Vorsitzenden in Bezug auf Industrieförderung bei Patientenveranstaltungen wird übernommen:

Es sollte regelmäßig von dem HZ eine Informationsveranstaltung für Pat. durchgeführt werden. Sofern Pat.veranstaltungen 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.

1.7.5. Anteil Studienpat. (Malignes Melanom)

Die ADO schlägt vor, im Zähler der Kennzahl zur Studienquote nicht nur Melanomfälle, sondern auch epitheliale Tumoren und seltene Hauttumoren zu zählen. Die DKG-Geschäftsstelle weist darauf hin, dass die Studienquoten in den Hautkrebszentren – auch wegen der vergleichsweise kleinen Nenner (Beschränkung auf Fälle mit Melanom Stadium III bis IV) – bereits außergewöhnlich hoch seien. Ggf. sei hier zu überlegen, den Nenner z.B. auf alle Melanomfälle auszuweiten. Wegen der nicht abschätzbaren Folgen der Änderungen vereinbart die Kommission, im Erhebungsbogen zunächst auch die Studienpatienten der anderen Tumorentitäten zu erheben.

Darüber hinaus werden 2 FAQs aufgenommen, die das Sitzungsergebnis des Jahres 2014 bzgl. der Zählbarkeit bei Teilnahme an Studien externer Häuser sowie die künftige Zusammenarbeit mit Zentren für Personalisierte Medizin (ZPM) widerspiegeln.

FAQ 1: Können Pat. des Hautkrebszentrums A, die in einem anderen Hautkrebszentrum B in eine Studie eingeschlossen werden, für das Hautkrebszentrum A als Studienpat. gezählt werden?

Antwort: Für die Studienquote zählen alle Pat. des Hautkrebszentrums A, die im Kennzahlenjahr in eine Studie eingeschlossen wurden, unabhängig davon, ob die Studie am Haus durchgeführt wird oder ob der Pat. für die Studie in ein anderes Zentrum geschickt wird.

FAQ 2: 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.

1.8.2. Aufgaben Pflege

Auf Nachfrage der ADO, ob die Vorgabe bzgl. Fallbesprechungen/Pflegevisiten als „und/oder“ oder als „und“-Verknüpfung aufzufassen sei, stellt die Kommission klar, dass ersteres gelte. Eine entsprechende FAQ soll zur Klarstellung aufgenommen werden.

2.1.4. Wartezeiten Sprechstunde

Die ADO stellt in einer Eingabe zur Diskussion, ob die jährliche Erfassung der Wartezeiten erforderlich sei oder ob eine Orientierung z.B. an Zuweiserbefragungen (alle 3 Jahre) vorzuziehen sei. Die DKG-Geschäftsstelle weist darauf hin, dass bei der Wartezeitenanalyse auch eine Stichprobe ausreichend sei. Da die Formulierung entitätenübergreifend identisch ist, vereinbart die Kommission, eine Eingabe an die Runde der Vorsitzenden zu stellen.

5.2.3.d Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)

Verschiedene Eingaben wurden zu diesem Thema vorab eingereicht: Fachexperten regten an, auch Neck dissections (ND) für die SNB-Expertise zu zählen, insbesondere weil häufig nicht genügend Patienten mit SNBs im Kopf-Hals-Bereich behandelt würden, um die Anforderungen an die jährliche Expertise (10/Jahr) zu erfüllen. Weitere Eingaben von Fachexperten bzw. der ADO adressierten – z.T. mit Verweis auf das Vorgehen im Ausland – die Entkopplung der SNB-Expertise von den Facharztgruppen.

Die DKG-Geschäftsstelle formulierte gemeinsam mit den Vorsitzenden vorab einen Änderungsvorschlag, der einerseits mehr Flexibilität bei den zu benennenden Facharztgruppen vorsah, andererseits für die jährliche Expertise eine Zählbarkeit von ND zuließ.

Das Thema wird ausführlich diskutiert. Einerseits begrüßen u.a. die Vertreter der Fachexperten und der DDG die Entkopplung von den Facharztgruppen, auch wegen der absehbar zurückgehenden SNB z.B. aufgrund hochbetagter Patienten. Andererseits warnen die Vertreter der DGHNO, der AHMO/DGMKG/DÖSAK und der DGPRÄC davor, die Komplexität von SNBs im Kopf-Hals-Bereich zu unterschätzen und die Expertise der entsprechenden Fachdisziplinen außen vor zu lassen.

Im Ergebnis verständigt sich die Kommission auf einen Kompromiss, der insbesondere die interdisziplinäre Kooperation bei SNBs fördern soll. Zur Sicherung der Qualität wird eine zusätzliche Lifetime-Expertise in Bezug auf die letzten 3 Jahre vor Benennung eingeführt. NDs können ebenfalls

für die jährlich zu erbringende operative Expertise (nicht: Lifetime-Expertise) herangezogen werden. Um den Fachexperten einen besseren Überblick über die Operateure zu ermöglichen, wird eine Tabelle mit der personenbezogenen operativen Expertise aufgenommen.

Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)

- *Mind. 2 SNB-Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie, Gynäkologie, sind namentlich zu benennen.*
- *Für SNB im Kopf-Hals-Bereich ist eine Kooperation mit einem Kooperationspartner der Fachrichtung HNO, MKG und/oder Plastische Chirurgie nachzuweisen. In einer Kooperationsvereinbarung oder SOP ist die Zusammenarbeit zu beschreiben.*
- *Bei interdisziplinärer SNB-Operation ist eine Zählung des Eingriffs für beide Hauptoperateure möglich.*
- *Zulassung neuer SNB-Operateur: Pro Operateur sind mind. 50 SNB-OP's nachzuweisen (Gesamterfahrung; nicht auf malignen Hauttumor beschränkt). 30 von 50 SNB-OP's müssen als Erstoperateur erbracht werden. Zusätzlich sind in den letzten 3 Jahren vor der Zulassung kumulativ mind. 15 SNB-OPs nachzuweisen (anhand OP-Berichte).*
- *Assistenz: Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 SNB-Operateure).*
- *Anzahl Pat. des Zentrums, die eine OP mit SNB erhalten haben: mind. 20/Jahr,*
- *Jährliche Expertise pro SNB-Operateur: ~~davon~~ 10/benanntem Operateur (nicht auf malignen Hauttumor beschränkt); Hierfür können auch Neck dissections angerechnet werden.*
- *Jeder Pat., der eine OP mit SNB erhält, muss von einem benannten Operateur mit der oben genannten Expertise direkt oder unter dessen Aufsicht (Zweitoperateur) operiert werden.*

6.2.3. Qualifikation Behandlungseinheit/-partner

Auf Anregung der Vorsitzenden und der DKG-Geschäftsstelle wird eine neue FAQ aufgenommen:

Können osteoprotektive Therapien wie bspw. die Denosumab-Therapie als systemische Therapie gezählt werden?

Antwort: Osteoprotektive Therapien allein, wie z.B. die Denosumab-Therapie, können nicht als systemische Therapie gezählt werden. In der Regel werden diese Therapien in Kombination mit einer antineoplastischen Therapie eingesetzt, dann zählt die antineoplastische Therapie.

6.2.13. Information / Dialog mit Pat.

Die ADO sieht den Passus, neben dem Angebot und dem Vorschlag von Zentren für Zweitmeinungen auch Zweitmeinungen zu vermitteln, kritisch. Da es sich um eine entitätenübergreifende Formulierung handelt, soll die Eingabe der Runde der Vorsitzenden vorgelegt werden.

8.2. Dermatohistologische/pathologische Erfahrung

Ein Fachexperte hält die Sollvorgabe von 100 Lymphknotenbefundungen angesichts einer Mindestmenge von 40 Melanomfällen für zu hoch. Die Kommission weist darauf hin, dass sich die

Mindestvorgabe auf Lymphknoten aller Tumorentitäten beziehe. Insofern sei keine Änderung erforderlich. Dies soll in einer FAQ klargestellt werden.

8.3. Fachärzte

Die ADO schlägt vor, alternativ auch 2 Dermatohistologen/Dermatopathologen zuzulassen und somit die Option zu eröffnen, keinen Facharzt für Pathologie benennen zu müssen. Mit Verweis auf das Erfordernis der Pathologie bei der Begutachtung von Lymphadenektomiepräparaten sowie der Lymphknotenbeteiligung bei kutanen Lymphomen wird die Eingabe nicht übernommen. Allerdings wird die Bezeichnung „Dermatopathologie“ als gleichwertige Alternative zur „Dermatohistologie“ übernommen:

Fachärzte

- *Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“/„Dermatopathologie“ und 1 Facharzt für Pathologie oder*
- *2 Fachärzte für Pathologie*

9.1. Palliativversorgung

Die ADO schlägt vor, dass statt Kooperationsvereinbarungen das Zentrum eher nachweisen sollte, dass eine enge Kooperation in der klinischen Praxis mit einem Palliativteam/den kooperierenden palliativmedizinischen Kollegen besteht (beispielsweise durch eine SOP). Außerdem solle definiert werden, was unter einer nicht heilbaren Krebserkrankung zu verstehen sei.

Die DKG-Geschäftsstelle weist darauf hin, dass die Formulierung „nicht heilbar“ der S3-Leitlinie Palliativmedizin entstammt und bewusst offengehalten wurde, um zentrumsindividuelle Lösungen zu ermöglichen. Wegen des entitätenübergreifenden Charakters soll auch diese Eingabe der Runde der Vorsitzenden mit der Bitte um Präzisierung vorgelegt werden.

10.4. Zusammenarbeit mit Krebsregister

Die Eingabe der Runde der Vorsitzenden bzgl. der Zusammenarbeit zwischen Zentren und Krebsregistern wird übernommen:

Zusammenarbeit mit Krebsregister

- *[...]*
- *Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung. Sofern das zuständige 65c-Krebsregister die Follow-up-Daten nicht liefern kann, sollen Krebsregister und Zentrum begründen, warum eine Lieferung nicht erfolgen kann.*

10.6. Bereitstellung von Ressourcen

Ein Fachexperte fragt, ob bei der Bereitstellung von Ressourcen für die Tumordokumentation berücksichtigt werden könne, dass epitheliale Hauttumoren weniger umfassend zu dokumentieren seien als z.B. Melanome. Dies wird von der Kommission bejaht. Eine entsprechende FAQ soll im Nachgang aufgenommen werden.

10.8. Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität

Mehrere Zentren und Fachexperten weisen auf Widersprüche bzgl. des Stellenwerts der Matrix Ergebnisqualität (obligat bzw. fakultativ) hin. Zudem wird angeregt, Follow-up-Daten und Überlebenskurven verbindlich zu fordern, ggf. mit Festlegung einer Mindestquote, wie sie beispielsweise für die Darmkrebszentren gefordert wird. Die DKG-Geschäftsstelle hatte im Vorfeld der Sitzung einen Vorschlag ausgearbeitet, der sich an den Vorgaben anderer Zertifizierungssysteme orientiert.

Die Formulierungsvorschläge zur Klarstellung des fakultativen Ausfüllens der Matrix werden angenommen. Die Vorschläge bzgl. der Überlebenskurven und des Follow-ups werden von der Kommission abgelehnt mit Verweis auf die diesbezüglich ausbaufähige Zuarbeit mit den klinischen Krebsregistern. Zudem stelle ein Follow-up unter den aktuellen Bedingungen nur eine nicht aussagekräftige Teilmenge der Patienten dar.

Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität

Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen.

Die Tumordokumentation/Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts)-

Nach 3 Jahren, zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP). [...]“

10.10. Erfassung Follow-up

Vgl. Beratungen zu Kap. 10.8

Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist (siehe Ergebnismatrix).

Datenblatt

Kennzahlen

KeZa 2: Melanom: Fallbesprechung

Unter Berücksichtigung der Beratungen zu Kapitel 1.2.1h des Erhebungsbogens (Vorstellung Melanompatienten bereits ab Stadium IIB) wird die Kennzahl um einen weiteren Aspekt ergänzt. Neben der Fallbesprechung von Melanompatienten mit Stadienshift/Rezidiv und extrakutanen Melanomen (jetzt: Kennzahl 2a) soll als Kennzahl 2b nun auch die Vorstellungsquote bei Primärfällen der Stadien IIB bis IV erhoben werden.

KeZa 4: Psychoonkologisches Distress-Screening

Wie bereits bei den Beratungen zu Kapitel 1.4.8 des Erhebungsbogens beschlossen, wird die bisherige Kennzahl zur psychoonkologischen Betreuung beim Melanom ersetzt durch die modifizierte (Beschränkung auf Primärfälle Stadium IIB bis IV sowie Stadienshifts/Rezidive) Kennzahl zum Distress-Screening.

Kennzahl 6: Anteil Studienpatienten Melanom

Die Vorsitzenden der Kommissionen haben in ihrer Sitzung 2021 die organspezifischen Kommissionen gebeten zu prüfen, ob die obere Plausibilitätsgrenze gestrichen werden kann. Die Kommission übernimmt den Vorschlag. Es bleibt bei der Sollvorgabe von mind. 5%.

KeZa 13: Melanom: Sentinel-Node-Biopsie

Ein Fachexperte stellt die derzeitige Sollvorgabe von mind. 80% zur Diskussion mit dem Hinweis, dass insbesondere ältere Patienten die Prozedur häufig nicht wünschten. Ggf. sollte die Kommission den Durchschnitt der Kennzahlergebnisse der letzten 3 bis 5 Jahre heranziehen, um die neue Sollvorgabe zu diskutieren. Da der Median in den Jahren 2017 bis 2021 jeweils über 80% lag, nimmt die Kommission keine Änderung vor. Sie stellt klar, dass sich nachvollziehbare Begründungen der Zentren im Audit plausibilisieren ließen. Das Thema soll jedoch in der kommenden Sitzung erneut betrachtet werden.

KeZa 16: Melanom: Therapeutische Lymphadenektomie

Nach Auffassung der ADO ist die Kennzahl durch den zunehmenden Stellenwert der adjuvanten Therapie überholt. Die Lymphadenektomie sei eher auf Patienten mit Nachweis einer makroskopischen lymphogenen Metastasierung zu beschränken. Da es sich um einen Qualitätsindikator (QI) der Leitlinie handelt, setzt die Kommission die Kennzahl zunächst aus. Nach Überarbeitung der Leitlinie soll der ggf. neu gefasste QI erneut betrachtet werden.

Matrix Ergebnisqualität

Die Spalte „tumorbedingt gestorben“ wird – analog mit den Matrizen anderer Tumorentitäten – um den Klammerzusatz „(bezüglich jeder Tumorentität)“ ergänzt.

TOP 5 Verschiedenes (Rückher/Kowalski/DKG)

Die DKG-Geschäftsstelle erläutert einige aktuelle gesundheitspolitische Themen. Die derzeit viel diskutierten Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform werden aktuell mit den Bundesländern abgestimmt. Ein Gesetzentwurf wird für den Sommer erwartet. Es bleibe abzuwarten, ob die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft nach Versorgungsleveln und Leistungsgruppen in der vorgesehenen Form umgesetzt wird. Die Onkologie wird in dem Konzept bei den zertifizierten Zentren verortet. Dies geht wahrscheinlich auch auf die Ergebnisse der 2022 veröffentlichten Ergebnisse der WiZen-Studie zurück, die Überlebensvorteile von Patienten in zertifizierten Zentren im Vergleich zu nicht-zertifizierten Häusern gezeigt hat. Der G-BA hat im Oktober 2022 die Beratung dieses Projektes des Innovationsfonds durch den Unterausschuss Qualitätssicherung veranlasst. Die jüngst gestarteten ersten Zentren für Personalisierte Medizin (ZPM) sind ebenfalls Teil eines vom Innovationsfonds geförderten Projektes. Ausgehend von den diesbezüglichen Strukturen in Baden-Württemberg wird ein Netzwerk von Zentren zertifiziert, die eine zentrale hochspezialisierte Genomdiagnostik inklusive molekularem Tumorboard durchführen, um Therapieempfehlungen für die an den zertifizierten Zentren behandelten Patienten abzugeben. Zielgruppe sind insbesondere Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, die die leitliniengerechte Therapie abehend durchlaufen haben.

Im Jahr 2023 ist eine Erweiterung des Zertifizierungssystems auf die Entitäten Penistumore und Biliäre Karzinome vorgesehen. Die Ausarbeitung der Anforderungen wird in den Zertifizierungskommissionen der Uroonkologischen bzw. Viszeralonkologischen Zentren erfolgen.

Ein Vertreter des Bereichs Versorgungsforschung der DKG-Geschäftsstelle stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Er weist

diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmern für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 15:00 Uhr beendet.

Berlin, 27.03.2023

Protokoll: Rückher, Trassert