

## **Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Modul Sarkome**

28.02.2018, Geschäftsstelle der DKG, Berlin

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

### **TOP 1 Organisatorisches**

### **TOP 2 Aktueller Stand**

Vorstellung und Diskussion der vorhandenen Daten. Bisher gibt es 13 Interessenten für das neue Zertifizierungsmodul, davon 11 universitär. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass keines der interessierten Zentren die festgelegten Anforderungen erfüllen kann. Insbesondere im Hinblick darauf, dass es sich bei diesen Kliniken bereits um Zentren mit Fokus auf der Betreuung von Sarkompatienten handelt ist eine Anpassung der Anforderungen zu erstreben.

### **TOP 3 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt**

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Da der EB Weichgewebetumore Teil eines Systems mit 15 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.
- Die im Vorfeld der Sitzung eingegangenen Änderungseingaben wurden den Kommissionsmitgliedern vor der Sitzung zugesandt. Während der Sitzung wurden die einzelnen Punkte besprochen und konsentiert. Die Ergebnisse der Sitzung sind in dem [Erhebungsbogen](#) grün markiert.
- Die Kommission beschließt den Einschluß von primären malignen Knochentumoren in das Zertifizierungsmodul.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

#### **1.2.1 Anzahl Zentrumsfälle**

Die Vorgabe von bislang mind. 50 Primärfällen (bezogen auf Pat. mit Weichgewebetumor)/Jahr wird diskutiert. Grundlage ist die Auswertung der Datenabfrage bei den potentiellen Pilotzentren. Beschluss: Anpassung der Anforderung auf mind. 50 Zentrumsfälle/Jahr (= Erstdiagnosen, Rezidive und sekundäre Fernmetastasierungen) und Berücksichtigung primärer maligner Knochentumore. Die jährliche Anzahl der Primärfälle wird weiterhin im Datenblatt erfasst, jedoch ohne Mindestvorgabe.

#### **1.2.2 Interdisziplinäre prätherapeutische\* und postoperative Tumorkonferenz**

Eingabe angenommen: wenn Pat. mit Knochentumoren in der TK besprochen werden, muss der Tumororthopäde in der Konferenz teilnehmen.

#### **5.2.2 a) Die Stuserhebung bei den Pilotzentren zeigt, dass die bislang formulierten Anforderungen an die operative Expertise nicht umsetzbar sind. Die Eingabe "Operative Einheit Sarkomchirurgie" wird mit Ergänzungen angenommen:**

- Disziplinen-übergreifende Betrachtung der chirurgischen Leistungszahlen, gemeinsam sind mind. 30 muskuloskelettale Tumorresektionen/Standort/Jahr bei Pat. mit Sarkom nachzuweisen

(erbracht durch kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/unfallchirurgische und ggf. plastisch-chirurgische Abteilungen) (Beschluss nach Abstimmung). Nach Diskussion Aufnahme des Zusatz: „Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen anteilig mind. 10 Tumorresektionen/Standort/Jahr durchgeführt werden (Beschluss nach Abstimmung).

- Die Eingabe der DGOOC einer gesonderten Mindestanforderung für die operative Einheit Tumororthopädie ( $\geq 30$  muskuloskelettale Resektionen/Jahr) wird nicht angenommen (Beschluss nach Abstimmung).

b) Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie

Beschluss:  $\geq 15$  Tumorresektionen bei Sarkomen/Jahr (Primärfälle/Rezidive) pro benanntem Operateur (der kooperierenden Fachbereiche Visceralchirurgie, Tumororthopädie und ggf. Plastische Chirurgie, wenn diese Tumorresektionen durchführt). Eingriffe die in Kooperation durchgeführt werden, können für beide Hauptoperateure angerechnet werden. Ebenso Eingriffe, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden. Aufnahme Anforderung gemäß Eingabe DGOOC: Tumororthopädische Qualifikation gemäß DGOO/DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) als der benannten Operateure für Knochen-Tumorresektionen ist nachzuweisen.

c) Zulassung neuer Operateure

Anforderung angepasst: mind. 50 als Erstoperateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/Rezidive).

5.2.3 Operative Einheit Thoraxchirurgie

a) Eingabe AOT: Nachweis von mind. 38 anatomische Lungenresektionen/Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Patienten mit C-Diagnose für thoraxchirurgische Einheiten, alternativ Kooperation mit einem zertifizierten Lungenkrebszentrum. Es wird für nicht sinnvoll erachtet, die thoraxchirurgische Leistungsanforderung quantitativ höher anzusetzen als die für die Tumorresektion. Eingabe nicht angenommen, und Passus 5.2.3 a gestrichen (Beschluss nach Abstimmung).

b) Qualifikation benannte Operateure Thoraxchirurgie

Die Eingabe der AOT (Beibehalten der personengebundenen Expertise mit 100 selbstständig durchgeführten Lungenresektionen nach dem Facharzt) wird angenommen.

6.2.3 Organspezifische medikamentöse onkolog. Therapie - Fallzahlen pro Behandlungseinheit

Anpassung der Anforderung: Mindestfallzahlen werden auf das Sarkomzentrum bezogen.

6.2.4 Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation – ohne Entfernungsbegrenzung)

Aufnahme Anforderung gemäß Eingabe IAH: Behandlung mit regionaler Tiefenhyperthermie gemäß ESHO Guidelines.

7.5 Radioonkologie - Anzahl der Bestrahlungen pro Behandlungseinheit

Beibehalten der Vorgabe: Nachweis von mind. 30 Patienten (nicht auf Sarkompatienten beschränkt) mit Radiochemotherapie in der Radioonkologischen Abteilung, wenn dort Radiochemotherapien durchgeführt werden.

Kap. 8-10: Redaktionelle Änderungen angenommen.

## Datenblatt

### Diagnosenliste (Versorgungsumfang)

Anpassung der Diagnosenliste zur Primärfalldefinition: Berücksichtigung von Änderungseingaben aus der Kommission (Streichung von Codes) sowie Neusortierung in die Kategorien „Knochentumoren“ und „Weichgewebstumoren“.

Anmerkungen zum Kennzahlenbogen allgemein:

Die Basisdaten werden um Fälle mit primären malignen Knochentumoren ergänzt. Anpassung des Dokumentnamens in "Datenblatt Sarkome".

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

KeZa 1a - Anzahl Primärfälle: wird ohne quantitative Vorgaben erfasst (siehe auch TOP 3, Kap. 1.2.1).

KeZa 2b - Anzahl Zentrumsfälle (siehe auch TOP 3, Kap. 1.2.1): Anpassung der Anforderung auf mind. 50 Zentrumsfälle/Jahr und Mitberücksichtigung primärer maligner Knochentumore

KeZa 7 - Präoperatives Staging WGT ohne GIST: Die Kennzahl wird ausgesetzt. Zunächst Erstellung S3-LL abwarten, dann Aufnahme QI Bildgebung.

KeZa 8 - R0-Resektion: Einbezug der operativen Primärfälle mit Knochentumoren. Aufgrund der Wichtigkeit der operativen Qualität für das Überleben der Pat., Anhebung der Plausibilitätsgrenze von <20% auf <80% R0-Resektionsrate.

KeZa 11 - Prätherapeutische histologische Sicherung: Einbezug Knochentumoren (Primärfälle gesamt).

KeZa 12 – Risikogerechte adjuvante Therapie GIST: Änderungseingabe angenommen, Bezug der Kennzahl auf operative Primärfälle (Grundgesamtheit).

#### **TOP 4 Verschiedenes**

- **Diagnosecodes**

Die Falldefinition für das Zert.modul erfolgt gemäß aktueller WHO-Klassifikation Weichteilsarkome (= Blue Book-Codes). Viele TuDoku-Systeme sind streng am DIMDI ausgerichtet u lassen keine Eingabe zusätzlicher Codes zu, der ICD-O3-Katalog ist jedoch nicht vollständig deckungsgleich mit Blue Book-Codes. Um eine einheitliche Dokumentationsgrundlage für die Zertifizierung zu gewährleisten, soll eine Äquivalenztabelle den Umgang mit im ICD-O3 nicht hinterlegten Codes regeln. Diese ist Bestandteil des Datenblattes. **PROSa-Studie**

Kurze Vorstellung des Projektes zur Erfassung der Versorgungssituation von Sarkompatienten sowie deren krankheitsspezifischen Belastungen (Patient Reported Outcomes in Verbindung mit klinischen und Strukturdaten). Die Teilnahme an der PROSa-Studie kann für die Studienquote angerechnet werden.

- **Aufnahme AG KT**

Die Arbeitsgemeinschaft Knochentumore e.V. beantragt die Mitarbeit in der Kommission für Sarkomzentren. In der Sitzung der Kommissionssprecher wurde der Antrag einstimmig abgelehnt, unter Berücksichtigung der Grundsystematik zum Einschluss neuer Fachgruppen gemäß Geschäftsordnung. Die Aufnahme der AG KT wird von der Kommission der Sarkomzentren befürwortet und unterstützt. Daher Beschluss zur Wiedervorlage in der Sitzung der Kommissionssprecher.

- **Namensgebung**

Neue Namensgebung für das Modul durch Einschluss der primär malignen Knochentumoren: "Sarkomzentrum".

Berlin, 28.02.2018

Protokoll: Mensah, Vogt