



Protokoll

Vorsitz der Veranstaltung: PD Dr. Lars Alexander Schneider (Ulm)
Organisationskomitee: PD Dr. Margit Huber (Ulm), Dr. Thomas Eigentler (Tübingen), Dr. Frank Meiß (Freiburg), Prof. Jochen Utikal (Mannheim)
Organisation/Moderation: Dr. Christiane Weber

Tagungsort: Sheraton Frankfurt Airport Hotel & Conference Center
Flughafen, Terminal 1, Hugo-Eckener-Ring 15, Tel. 069 6977 2209

Veranstaltungsdauer: Freitag, 16. Januar 2015 von 10 bis 17 Uhr

Die Veranstaltung findet unter der Schirmherrschaft der ADO statt.



Beim ersten Netzwerktreffen der zertifizierten Hautkrebszentren Deutschlands/ Österreichs und der Schweiz am 16. Januar 2015 in Frankfurt Flughafen waren 30 von 44 Zentren, also fast 70% aller Zentren mit den jeweiligen Sprechern/ Koordinatoren sowie deren Vertreter anwesend.

Nach einer kurzen Begrüßung und Vorstellung der Agenda durch PD Dr. Lars Alexander Schneider und Dr. Thomas Eigentler berichtete **Prof. Dr. Wolfgang Tilgen, Vorsitzender der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren** über **„Aufgaben und Herausforderungen der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren“**. Nach einer kurzen Zusammenfassung der Historie der Entwicklung der Hautkrebszentren ging Prof. Tilgen auf die Strukturen „Organkrebszentren“ (C), „Onkologische Zentren“ (CC) und „Onkologische Spitzenzentren“ (CCC) ein.

➔ Es wurde darauf hingewiesen, dass 8 große onkologische Zentren, obwohl am Standort eine Dermatologische Klinik vorhanden ist, kein Hautkrebszentrum aufweisen.

Im Anschluss wurde Grundsätzliches und Aufgaben der Zertifizierungskommission (ZK) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) erläutert.

- Das von der DKG entwickelte Zertifizierungssystem unterliegt organunabhängig bestimmten zentralen Bestimmungen u.a. Organisation der Zertifizierung (z.B. Gültigkeitsdauer des Zertifikats), inhaltliche Anforderungen der Querschnitts-Bereiche (z.B. Tumordokumentation).
- Für die verschiedenen Organkrebszentren gibt es organspezifische und eigenständige Zertifizierungskommissionen.
- Die ZK ist eine nicht rechtsfähige Vereinigung, die keine Rechtsgeschäfte tätigen kann.
- Die ZK setzt sich zusammen aus dem Vorsitzenden und den Mitgliedern
- Der Vorsitzende wird auf Vorschlag der Kommission für 2 Jahre vom Präsidenten der DKG ernannt. Wiederbenennung ist möglich.
- Die Mitglieder der ZK werden von den Vorsitzenden der Fachgesellschaften (FG) und Arbeitsgemeinschaften (AG) für 2 Jahre benannt. Wiederbenennung ist möglich. Unabhängig von der Zahl der benannten Mitglieder wird ein Mitglied benannt, das die FG und AG vertritt (Stimmberechtigung). Ein Mitglied kann sich vertreten lassen.
- Die Zertifizierungskommission tagt einmal im Jahr.

1. Netzwerktreffen der zertifizierten Hautkrebszentren

- Vertraulichkeit: Bei Klinik- oder personenbezogenen Angelegenheiten sind die Mitglieder der ZK zur Verschwiegenheit verpflichtet (z.B. Darlegungen von Ergebnissen, Beschwerden).
- Beschlussfassung: Die Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig. Beschlüsse werden mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmberechtigt ist jeweils nur ein von der Fachgesellschaft/ Arbeitsgemeinschaft benanntes Mitglied. Die Abstimmung erfolgt offen durch Handzeichen. Nicht abgegebene Stimmen und Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden der ZK.
- Vetorecht: Die Fachvertreter haben für das sie betreffende Fachgebiet ein Vetorecht. Wird dieses in Anspruch genommen, kann der Beschluss abgelehnt werden (s. Bearbeitung von Einsprüchen). Abgelehnte Beschlüsse werden entweder erneut diskutiert oder es wird ein Fachgremium /Arbeitskreis zur Klärung einberufen.
- Bearbeitung von Beschwerden/ Einsprüchen/ Eskalationen: Können an Onkozert gerichtete Beschwerden über das Zertifizierungssystem oder Einsprüche gegen Entscheidungen innerhalb des Zertifizierungsverfahren nicht von Onkozert geklärt werden, werden diese der ZK und der DKG vorgelegt. Die Bearbeitung erfolgt durch den Vorsitzenden der ZK und dem entsprechenden Fachvertreter. Bei Bedarf werden weitere Mitglieder der ZK, Fachexperten, auch externe, hinzugezogen. Die Beantwortung der Einsprüche/Beschwerden erfolgt schriftlich.
- Inhaltliche Weiterentwicklung des Erhebungsbogens.
- Die ZK kann für die Ausarbeitung/ Klärung bestimmte Fragestellungen Fachgremien/ Arbeitskreise einberufen. Diese werden von einem Mitglied der ZK geführt.
- Festlegung allgemeiner Richtlinien/Vorgaben für die Zertifizierung: Die zentralen Bestimmungen (s. „Grundsätzliches“) können nicht eigenständig geändert werden. Dies bedarf eines Antrages an die Zertifizierungskommission „Onkologische Zentren“ in der u.a. die Vorsitzenden aller Zertifizierungskommissionen vertreten sind.

➔ Es wurde besonders betont, dass eine Beschlussfähigkeit der Zertifizierungskommission auch bei einer minimalen Anwesenheit an stimmberechtigten Mitgliedern gegeben ist, und darauf hingewiesen, dass die teilnehmenden dermatologischen Fachgesellschaften (ADO, ADH, DGDC, DDG und andere) ihre Vertreter bzw. deren Stellvertreter unbedingt zur jährlichen Sitzung entsenden müssen, da es sonst zu einer Überstimmung durch andere nicht-dermatologische Fachgesellschaften kommen kann. Bei der letzten Sitzung am 12.05.2014 waren nicht alle vertretenden dermatologischen Fachgesellschaften anwesend.

Anschließend wurde von Prof. Tilgen der Ausschuss Zertifikatserteilung der DKG vorgestellt. Dieser besteht aus aktuell 3 Mitgliedern (Prof. Klemke/Mannheim, Dr. Mohr/Buxtehude und PD Dr. Schulze/Hornheide). Diese Mitglieder waren alle in Frankfurt anwesend. Organübergreifend sind noch explizit Herr Prof. Bürrig (Pathologe) und Herr Dr. Schmalenberg (Hämato-/Onkologe) für die Hautkrebszentren aktiv.

➔ An Problemen wurde genannt, dass es keine vereinheitlichten Dokumentationssysteme zur Tumordokumentation an den verschiedenen Hautkrebszentren gibt und dass es zum großen Teil keine Schnittstellen zwischen den Systemen gibt.

Bei inhaltlichen Fragen zu Hautkrebszentren sind Onkozert in Ulm, Prof. Tilgen (Vorsitzender der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren) und Frau Dr. Simone Wesselmann (DKG) Ansprechpartner.

Prof. Dr. Erwin Schultz, Chefarzt der Hautklinik Nürnberg und Fachexperte Haut hielt im Anschluss ein Referat zur **„Vorstellung des aktuellen Erhebungs- und Kennzahlen-Bogens und dies resultierenden Spannungsfelder“**. Die Neuerungen 2015 im Kennzahlen/Erhebungsbogen für Hautkrebszentren wurden ausführlich diskutiert. Diese umfassen unter anderem:

- Neue Primärfalldefinition (1.1.3). Ein im Kalenderjahr aufgetretener Zweittumor einer anderen Entität wird als weiterer Primärfall erfasst - allerdings nicht in derselben Entität. In den Basisdaten Haut kommt es zu einer

1. Netzwerktreffen der zertifizierten Hautkrebszentren

genauen Aufschlüsselung der Stadien und zu einer separaten Erfassung von Uvea- und Schleimhautmelanomen.

→ Probleme gibt es bei möglichen Zweitmelanomen mit großen Tumordicken, die Probleme bei der Erhebung von Follow Ups machen. Auch werden die Fallzahlen und der Arbeitsaufwand bei Patienten mit multiplen epithelialen Tumoren nicht abgebildet, da nur einmalig eine Tumorentität gezählt wird.

- Eine Einweiser-Zufriedenheits-Ermittlung (1.3.5) ist alle 3 Jahre durchzuführen. Diese wird nicht mehr im Kennzahlenbogen angegeben.

- Patientenbefragungen (1.6.1) sind nun nur noch alle 3 Jahre über mind. 3 Monate durchzuführen.

- Anpassungen des Erhebungsbogens erfolgten an die neue S3-Leitlinie (u.a. 1.4.8, KN 14 -18)

- Anteil Studienpatienten. Diese beziehen sich nur noch auf das Maligne Melanom (1.7.5.)

- Angaben zu Revisionsoperationen bei Nachblutung nach SNB u. LAD (5.2.7)

- Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen (10.8.).

→ Dieser Punkt wurde begrüßt, da es in der Vergangenheit immer Unklarheiten und offene Fragen zur Erstellung der Kaplan-Meier-Kurven gab,

- Im Formular „Datendefizite Matrix“ werden Melanome nach Stadien und Sonderformen separat aufgelistet.

→ Großen Diskussionsbedarf gibt es bei den Follow Ups - speziell der niedrigmalignen Primärmelanome, da die Nachsorge häufig bei diesen Patienten nicht an den Hautkrebszentren erfolgt.

Weiteren Diskussionsbedarf, die einen Handlungsbedarf im Erhebungsbogen/ Kennzahlenbogen notwendig machen, gibt es bei:

→ der Notwendigkeit von Fallbesprechungen von Melanomen im Stadium IIC und III (1.2.4). Hier gibt es ein leitliniengerechtes Vorgehen mit nur seltenem interdisziplinärem Besprechungsbedarf.

→ beim Nachweis der aktiven Teilnahme des Hämato-Onkologen an der medikamentösen onkologischen Therapie in den Hautkrebszentren (6.2.1).

PD Dr. Lars Alexander Schneider vom Hautkrebszentrum Ulm stellte im Anschluss die „**Jahresberichte der Hautkrebszentren aus 2013 und 2014 – Was uns an den Zentren auffällt**“ vor. Dieser Bericht stellt eine Möglichkeit dar, zu sehen wie das eigene Hautkrebszentrum im Vergleich zu anderen Hautkrebszentren sich darstellt. Der Jahresbericht 2013 und 2014 ist unter http://www.onkozert.de/aktuelles_140220.htm abzurufen.

Was sich in den Jahresberichten zeigte, ist eine bereits schon in der Diskussion ersichtliche grosse Heterogenität bei den Versorgungszahlen der einzelnen Zentren untereinander. Diese hat zum Teil strukturelle Gründe und ist naturgegeben. Aber es gibt auch klar Punkte, die darauf hinweisen, dass das Zahlenmaterial mangels präziser Anforderungen im EHB in den Zentren unterschiedlich erhoben wird. Dies wurde auch schon in der Diskussion beim Vorreferat deutlich. Interessant ist zu sehen, wie klein de facto der durchschnittliche Anteil an Patienten ist, welcher für interventionelle Therapiestudien an jedem Zentrum im ø in Frage kommt. Oft liegt er bei weniger als 15 Patienten im Jahr. Damit wird deutlich, dass hier eine zukünftige Strategie hin zu mehr Vernetzung dieser Patienten in den Zentren untereinander notwendig wird, um gerade kleinen Zentren zu helfen, die Studienquote nicht als finale Hürde im Zertifizierungsprozess zu erleben. Ferner wird durch die Versorgungszahlen der Zentren die enorme Bedeutung der operativen Behandlung der Hautkrebspatienten in den Zentren deutlich. Ein weiterer Punkt, bei der Beschäftigung mit dem Zahlenmaterial auffällt, ist folgender: Die Einweiserbefragungen, die regelhaft vorgeschrieben sind im Prozess der Zertifizierung, stellen faktisch bei bundesweit gezeigter Rücklaufquote von weniger als 30% eine unsinnige Mehrarbeit der Kliniken dar. In der Summe zeigen die Analysen der Daten aus den Zentren 2012 und 2013 der DKG einigen Verbesserungs- und Präzisionsbedarf am System selbst, soll eine präzise Aussage über die Qualität dermatoonkologischer Behandlung im deutschsprachigen Raum auch weiterhin Standortbezogen und national vergleichbar zu treffen sein.

Nachmittags wurden in 4 parallelen Workshops aktuelle Themen der Hauttumorzentren diskutiert und erarbeitet. Die Ergebnisse wurden im Anschluss vorgestellt

1. Klinische Studien am Hautkrebszentrum – Herausforderungen des Alltags oder wie knacke ich die Quote? geleitet von PD Dr. Margit Huber

- Großen Diskussionsbedarf gab es bei der KN 6 (Zähler: Pat. mit malignem Melanom, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht werden; Nenner Primärfälle mit malignem Melanom Stadium I-IV; Sollvorgabe >5%)

→ Über Sinn und Unsinn dieser Kennzahl wurde ausführlich diskutiert (z.B. nur Primärfälle, großer Anteil Stadium I und II-Patienten, Definition Studie (zählt eine Dr.-Arbeit oder zählen nur reine Therapiestudien).

2. Finanzierung von Hautkrebszentren – wie bilde ich den Mehraufwand ab? geleitet von Dr. Thomas Eigentler

Die Teilnehmer diskutieren den zeitlichen und personellen Mehraufwand, der mit der Versorgung einerseits und der erhöhten Dokumentation andererseits verbunden sind. Es ist schwierig, Routineversorgung hier klar von der Mehrarbeit, die durch ein HTZ entsteht, zu trennen. Deswegen wird ein Projekt angestoßen mit dem Versuch einer Erfassung des speziellen Zeitaufwandes, der mit einer Zertifizierung verbunden ist. Dies soll erarbeitet und auf einem der nächsten Meetings dann aufgearbeitet werden.

3. Chirurgische Kennzahlen des Bogens – Sinn oder Unsinn? geleitet von PD Dr. Lars Alexander Schneider

An diesem Workshop beteiligten sich Zentren und Herr Prof. Tilgen. Unter anderem waren Vertreter aus Zürich, Ulm, Freiburg und Frankfurt anwesend. Die Workshopteilnehmer haben hier anhand des aktuellen Erhebungsbogens die einzelnen Punkte der organspezifischen operativen Therapie durchgesprochen und konkrete Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Diese finden sich im Anhang als PDF Datei. Es ist gelungen innerhalb des Workshops eine sehr konzertierte Diskussion über das betreffende Kapitel des aktuellen AHB zu führen. Alle Punkte, die dort unter 5.2 abgefragt werden, wurden kritisch betrachtet in puncto Sinn und Unsinn derselben. Es wurde in der Diskussion klar, dass es vielerorts ganz klar keine eindeutig nachvollziehbare Strategie gibt, mit der diese zu liefernden Angaben präzise und vor allem auch ressourcensparend ermittelbar sind. Das hat erhebliche Unschärfe der gelieferten Zahlen und damit einen ungenügenden nationalen Vergleichsrahmen dieser Zahlen zu Folge. Die Konsequenz daraus ist, dass wir konkret die Streichung der unpräzisesten Angaben (siehe Anhang) in einer zügigen Überarbeitung des EHB Haut 2014 von der DKG fordern werden. Was den zum EHB zugehörigen Kennzahlenbogen betrifft, votiert der Workshop klar dafür, dass die unpräzisesten Kennzahlen 7 und 8 ersatzlos zu streichen sind. Sie sind nicht geeignet einen Zusatznutzen für die Erhebung und Sicherung einer dermatochirurgischen Behandlungsqualität darzustellen. Ferner fordern wir eine Änderung und Präzisierung der Kennzahl 10, womit dann die neue Kennzahl 11 obsolet wird. Für die Kennzahl 12 ist ein anderer Nenner zu fordern. Der bestehende ist unpräzise, er erfasst nur einen Teil der operativen Gesamtleistung und verzerrt das Gesamtbild. Auch die Kennzahl 14 ist unpräzise in sich und wenig stimmig. Sie wurde bereits im Plenum eingehend kritisch diskutiert im Rahmen der Vorträge (Prof. Schultz' Referat). Hier wäre der Vorschlag des Workshops klar: Nenner sind alle PF im Jahr mit Stadium IIIA und IIIB. Der Zähler sind die PF im betr. Jahr mit LK Dissektionen, wobei hier im KZB klar die OPS Codes mit angegeben werden sollten, um eine präzise und eindeutig vergleichbare Datenerhebung zu sichern.

4. Kennzahlen der medikamentösen Therapie – wie bilde ich mich ab? geleitet von Prof. Dr. Jochen Utikal

An diesem Workshop beteiligten sich Vertreter aus 7 Hauttumorzentren. An allen Zentren besitzt aktuell ein Hautfacharzt die Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“.

1. Netzwerktreffen der zertifizierten Hautkrebszentren

- Allerdings wurden für die Zukunft Nachwuchssorgen geäußert, da viele Hautkliniken keine Weiterbildungsermächtigung „Medikamentöse Tumorthherapie“ haben.
- Im Erhebungsbogen werden unter 6.2.3. zur Qualifikation der Behandlungseinheit/ -partner jährlich mindestens 50 systemische Therapien, davon mind. 25 zytostatische Therapien und/oder Targeted Therapeutika gefordert.
 - ➔ Unklarheiten gibt es zur Zyklusdefinition sowie zu manchen nur teilweise überlappenden Kombinationstherapien. Auch ob anti-PD1- und anti-CTLA4-Therapie eine „Targeted Therapie“ ist, wurde diskutiert.
- Ein wesentlicher Punkt in dem Workshop war die Kennzahl 18: „Möglichst häufig BRAF-Inhibitor-Therapie“ (Zähler: Primärfälle, bei denen eine BRAF-Inhibitor Therapie begonnen wurde; Nenner: Primärfälle mit malignem Melanom Stadium IV mit BRAF-Inhibitor-sensitiver BRAF-Mutation; Sollvorgabe >90%).
 - ➔ Über Sinn und Unsinn dieser Kennzahl wurde ausführlich diskutiert (z.B. Tumorfrees Stadium IV). Auch andere Melanome - außer den Primärfällen (neu-aufgetretenes Stadium IV, bzw. nicht-operables Stadium III) müssen berücksichtigt werden. Bei langsam-progredientem, fortgeschrittenem Melanom muss die Option einer Erstlinien-Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren weiterhin gegeben sein.

Im Anschluss machte **Dr. Thomas Eigentler** eine **Zusammenfassung des Tages**.

- ➔ Ziel ist es die erarbeiteten und diskutierten Punkte in einem Papier zusammenzufassen und an die Zertifizierungskommission Hautkrebszentren, die Deutsche Krebsgesellschaft und die ADO heranzutragen. Auch ist eine Arbeitsgruppe „Hautkrebszentrum“ geplant, die aktiv sowie beratend an Entscheidungen betreffend Hautkrebszentren beteiligt sein soll.
- ➔ Es wurde auf die Besonderheit von Hauttumorerkrankungen hingewiesen und dass ein „Überstülpen“ eines Erhebungsbogens/ Kennzahlenbogens eines Brust- bzw. Darmkrebszentrums auf Hautkrebszentren zu Textpassagen und Kennzahlen führt, die nicht sinnvoll sind.
- ➔ Des Weiteren ist noch im Frühjahr 2015 eine Sitzung der Fachexperten (Auditoren) Haut geplant. Es sollen offene Punkte im Erhebungs-/Kennzahlenbogen diskutiert werden um für die Zertifizierungen 2015 einheitliche Lösungen zu erarbeiten, damit Abweichungen verhindert werden und die Zentren trotz der Unklarheiten weiter zertifiziert werden können.
- ➔ Es werden Übergangsfristen zu neu zu erhebenden Kennzahlen gefordert, die 2015 nicht zu einer Abweichung führen sollen. Für das Zertifizierungsjahr 2015 soll im Kennzahlenbogen in der rechten Spalte bei Kennzahlen, die keinen Sinn machen (z.B. KN6 und KN 18) mit Kommentaren gearbeitet werden.