



Erstes Netzwerktreffen der zertifizierten Hauttumorzentren

Am Freitag, den 16. Januar 2015, fand in Frankfurt am Main unter der Schirmherrschaft der ADO das erste Netzwerktreffen der zertifizierten Hautkrebszentren Deutschlands, Österreichs und der Schweiz statt. Dreiunddreißig der 44 Hautkrebszentren waren mit den jeweiligen Sprechern, Koordinatoren oder deren Vertretern anwesend.

Hintergrund

Derzeit gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz insgesamt 44 zertifizierte Hautkrebszentren mit dem Zertifikat der deutschen Krebsgesellschaft (DKG) e. V. Dieses Zertifikat hat sich als Marke etabliert und wird von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der ADO mitgetragen. Das Zertifikat verlangt eine jährlich wiederkehrende Auditierung nach den Statuten des Verfahrens, welches die DKG festgelegt und in seiner Ausführung und Überwachung an die Firma OnkoZert in Neu Ulm als offizielle Zertifizierungsstelle übertragen hat (www.onkoZert.de).

Das jährliche Auditverfahren der Hautkrebszentren wird durch Fachexperten durchgeführt, welche sich über einen Lehrgang sowie ein Hospitations-Audit qualifizieren müssen. Parallel zu der fachlichen Zertifizierung ist eine zusätzliche Zertifizierung durch ein Qualitätsmanagementsystem nach KTQ oder nach DIN EN ISO 9001:2008 erforderlich. Diese Zertifizierung muss alle am Hautkrebszentrum beteiligten Abteilungen der Klinik umfassen, aber nicht notwendigerweise die gesamte Klinik.

Für den fachlichen Teil der Zertifizierung muss für jedes Audit ein Erhebungs- und Kennzahlenbogen in seiner jeweils aktuellen Form ausgefüllt und den Auditoren vorab zugesandt werden. Diese Bögen sind unter www.onkoZert.de/hauttumorzentren.htm abrufbar. In den letzten Jahren wurden diese Bögen bereits mehrfach revidiert, so dass die Zentren jeweils mit der Erhebung abgeänderter beziehungsweise neuer Kennzahlen konfrontiert waren.

Auf Initiative der Autoren, die als Koordinatoren und Leiter der Hautkrebszentren in Baden-Württemberg unmittelbar den Prozess der Zertifizierung von Beginn an miterlebt haben, wurde zum ersten Netzwerktreffen aller zertifizierten Hautkrebszentren eingeladen.

Zertifizierungskommission Haut der DKG

Zunächst gab Herr Prof. Wolfgang Tilgen, Vorsitzender der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren, einen Überblick über die „Aufgaben und Herausforderungen der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren“. Das von der DKG entwickelte Zertifizierungssystem gilt für alle Organkrebszentren und die mehrere Organe beziehungsweise Fachgebiete umfassenden onkologischen Zentren in nahezu identischer Weise. Demnach gibt es organunabhängige bestimmte zentrale Rahmenparameter, was die Organisation der Zertifizierung, die Gültigkeitsdauer des Zertifikats und die inhaltlichen Anforderungen der Querschnitts-Bereiche (z. B. Tumordokumentation) betrifft. Zwischen den Organkrebszentren bestehen Unterschiede nur innerhalb der jeweils zu verwendenden organspezifischen Erhebungsbögen und deren Kennzahlen. Für die verschiedenen Organkrebszentren gibt es eigenständige interdisziplinäre Zertifizierungskommissionen (ZK).

Aktueller Erhebungs- und Kennzahlenbogen

Prof. Dr. Erwin Schultz, Chefarzt der Hautklinik Nürnberg und Fachexperte Haut, hielt im Anschluss ein Referat zur „Vorstellung des aktuellen Erhebungs- und Kennzahlenbogens und der resultierenden Spannungsfelder“. Die Neuerungen 2015 im Kennzahlen- und Erhebungsbogen für Hautkrebszentren wurden ausführlich diskutiert.

Ein Primärfall wird durch die Erstdiagnose im Kalenderjahr definiert. Werden mehrere Tumoren unterschiedlicher Entität in einem Kalenderjahr diagnostiziert, so kann der Patient jeweils als Primärfall gezählt werden. Dies gilt nicht für Tumoren gleicher Entität, das heißt Patienten mit multiplen gleichen Tumoren können nur als ein Primärfall gewertet werden. Schwierigkeiten formulierte das Auditorium bei Primärfällen, die Zweitumoren gleicher Entität entwickeln, bei denen der zweitdiagnostizierte Tumor prognoseführend ist. Diese Konstellation ist durch die aktuelle Definition nicht abgedeckt.

- ▶ Ein Primärfall kann immer nur für ein Hautkrebszentrum angerechnet werden.
- ▶ Uvea- und Schleimhautmelanome werden im Erhebungs- und Kennzahlenbogen der Hautkrebszentren geführt.
- ▶ Eine Einweiser-Zufriedenheits-Ermittlung ist alle drei Jahre durchzuführen. Diese wird nicht mehr im Kennzahlenbogen angegeben.
- ▶ Patientenbefragungen sind nur noch alle drei Jahre, dafür aber über mindestens drei Monate durchzuführen.

Anpassungen des Erhebungsbogens erfolgten ferner an die neue S3-Leitlinie (u. a. die neuen Kennzahlen im EHB Nr. 14–18). Kontrovers diskutiert wurde die neue Kennzahl 6 mit der Berechnungsquote für den Anteil der Studienpatienten. Der Studienfaktor bezieht sich auf alle Primärfälle des Melanoms (Stadium I–IV). Insgesamt muss eine Quote von 5 % basierend auf Studien, für die ein Ethikvotum vorliegt, erreicht werden. Erfahrungsgemäß werden die meisten Melanompatienten primär in nichtmetastasierten Stadien diagnostiziert, das heißt für diese Patientenkohorte gibt es aufgrund der per se guten Prognose keine klinischen Studien. Andererseits werden die meisten Patienten erst in metastasierten Stadien in Studien inkludiert, können aber nicht als Studienpatient im Sinne des Kennzahlenbogens gewertet werden. So ist zu erwarten, dass kein Hautkrebszentrum die aktuelle Anforderung einer mindestens 5 % Studienrate erfüllt. Dies trifft insbesondere Zentren, die eine Versorgung von Patienten mit niedrigen Tumordicken (Stadium I) anbieten.

Die notwendigen Angaben zu Revisionsoperationen bei Nachblutung nach Sentinel-Operation und Lymphadenektomie boten ebenfalls Diskussionsstoff, da diese in den Zentren unterschiedlich aufwendig erhoben beziehungsweise dokumentiert werden.

Hingewiesen wurde auf den Punkt, dass die Erhebung von Überlebensdaten fakultativ ist. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven führen in der Praxis nicht zu einer Abweichung des Zentrums. Dieser Punkt wurde begrüßt, da es in der Vergangenheit immer Unklarheiten und offene Fragen zur Erstellung der Kaplan-Meier-Kurven gab. Erheblicher Diskussionsbedarf bestand auch beim Thema der Nachsorgeverläufe, speziell der niedrigmalignen Primärmelanome, da die Nachsorge dieser Patienten häufig nicht an den Hautkrebszentren erfolgt.

Im Formular „Datendefizite Matrix“ werden Melanome nun nach Stadien und Formen (kutan, Uvea, Schleimhaut) aufgelistet. Diese Aufschlüsselung erschwert die Datenerhebung deutlich.

Weiterer Diskussionsbedarf sah man bei der Forderung nach Fallbesprechungen für Melanompatienten der Stadien IIC und III (1.2.4). Hier gibt es durch ein leitliniendefiniertes Vorgehen nur selten interdisziplinären Besprechungsbedarf; jedoch werden durch die Vorstellung dieser Patienten erhebliche Ressourcen, vor allem personeller Art, gebunden.

Privatdozent Dr. Lars Alexander Schneider vom Hautkrebszentrum Ulm stellte im Anschluss die Jahresberichte der Hautkrebszentren aus 2013 und 2014 vor. Die Zahlen waren basierend auf den Daten der Deutschen Krebsgesellschaft (www.krebsgesellschaft.de) aufbereitet. Deutlich wurde, dass ein Hautkrebszentrum immer eine beträchtliche Bedeutung in der klinischen Versorgung der Bevölkerung

innehat. Es versorgt im Mittel rund 850 Hauttumorpatienten pro Jahr. Fast 70 Prozent davon sind Patienten mit epithelialen Tumoren, die übrigen 30 Prozent fast ausschließlich Melanompatienten, bis auf wenige Fälle mit seltenen Hauttumoren oder Lymphomen der Haut. Ferner wird durch die Versorgungszahlen der Zentren die große Bedeutung der operativen Behandlung der Hautkrebspatienten deutlich. Annähernd 80 Prozent, also im Mittel 680 Patienten, werden dermatochirurgisch versorgt, resultierend in 40–60 Prozent der stationären Fälle einer Klinik im Jahr. Die Wächterlymphknotenchirurgie stellt dabei mit 75 Fällen pro Jahr im Durchschnitt einen erheblichen Teil des operativen Aufkommens. Der DKG-Bericht bietet die Möglichkeit, das eigene Hautkrebszentrum im Vergleich zu anderen Hautkrebszentren zu evaluieren.

Am Nachmittag fanden verschiedene Workshops zu Strategien der Etablierung und Rekrutierung klinischer Studien, zur Finanzierbarkeit eines Hautkrebszentrums, zu chirurgischen Kennzahlen des Erhebungsbogens, zu Kennzahlen der medikamentösen Tumortherapie und zur Psychoonkologie und Sozialmedizin im Hauttumorzentrum statt.

Fazit

Hauptdiskussionspunkte waren vor allem die Definitionen im Erhebungsbogen, die den Arbeits-, vor allem aber den Versorgungsaufwand eines Hautkrebszentrums nicht abdecken. Dies liegt einerseits an einer für unser Fachgebiet unzureichenden Definition des Primärfalls sowie an einer an der Versorgungsrealität vorbeigehenden Definition einzelner Nenner, beispielhaft sei die Studienquote genannt.

Aktuell gibt es Überlegungen ein Komitee „Hautkrebszentren“ im Rahmen der ADO zu etablieren. Dieses soll im Dialog mit der Zertifizierungskommission und der DKG auf bessere Definitionen im Erhebungs- und Kennzahlenbogen hinwirken.

Thomas K. Eigentler, Jochen Utikal, Margit Anna Huber, Frank Meiss, Lars Alexander Schneider

Korrespondenzanschrift

Priv.-Doz. Dr. med. Lars Alexander Schneider
Koordinator Hauttumorzentrum Ulm
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Universitätsklinikum Ulm

Albert Einstein Allee 23
89081 Ulm

E-Mail: lars-alexander.schneider@uni-ulm.de