

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. H. Hoffmann, Prof. Dr. D. Ukena

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Version FAQ und Erhebungsbogen

Versions-Stand FAQ: 18.07.2018

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's beziehen sich auf folgende in Kraft gesetzte Dokumente:

Erhebungsbogen Lunge	Version G1	18.07.2018
Datenblatt Lunge	Version G.1.1	18.07.2018

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall Therapieabbrüche	14.07.2016
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.5	Indikationskonferenz	14.07.2016
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
5. Sozialdienst	1.5.1	Ressourcen	13.07.2018

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Prä- und posttherapeutischer Tumorstatus	12.09.2017
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion) in Tumorkonferenz	13.07.2018
3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	14.07.2016
8	Interventionelle bronchologische Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stent-einlage)	14.07.2016
9b	Lungenresektionen (Operative Expertise – Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei jeder ICD-10 C-Diagnose, inkl. ICD-10 C.34))	12.09.2017
18	Begutachtete maligne Lungenfälle	13.07.2018
19	Möglichst häufig adjuvante Cisplatinhaltige Chth bei R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfällen Stad. II-III A1/2	14.07.2016

FAQ's - Erhebungsbogen Lunge

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1	<p>Das Lungenkrebszentrum muss jährlich mindestens 200 Patienten mit der Primärdiagnose „Lungenkrebs“ behandeln, und zwar im Zentrum.</p> <p>Definition Primärfall des Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Patienten mit neu diagnostiziertem bzw. noch nicht vorbehandelten/therapierten Lungenkrebs, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Patient kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Patienten oder Patienten zur Zweitmeinung werden nicht gezählt • Patienten (nicht Aufenthalte, nicht OP's) • Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem • Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9) • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der pathologischen Diagnosesicherung • Ein Primärfall bei synchroner Behandlung der Bronchialkarzinome • Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome • Synchron auftretender Tm einer anderen Tm-entität kann als Primärfall für jede Tm-entität gezählt werden 	<p>Angabe in Kennzahlenbogen: Basisdaten / Kennzahl 1 (Excel-Vorlage)</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> In der Erläuterung steht, dass hier alle im Datenjahr erstdiagnostizierten und operierten Primärfälle des Zentrums gezählt werden dürfen. Was ist jedoch mit den Überliegern, d.h. Patienten, die Ende Dezember eines Jahres diagnostiziert und im Januar oder später operiert werden?</p> <p>Antwort: Zählzeitpunkt ist das Datum der Erstdiagnose, auch wenn die OP erst im darauffolgenden Kalenderjahr erfolgt ist.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Ist die histologische Sicherung erforderlich?</p> <p>Antwort: Ja (histologisch /ggf. zytologisch). Ausnahme: Allgemeinzustand des Patienten, Notfall.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Zählen früh versterbende Patienten mit pathologischer Diagnosesicherung, aber vor Einleiten spezifischer Therapie als Primärfall?</p> <p>Antwort: Best supportive care zählt auch als Behandlung.</p>
	<p>Therapieabbrüche: Im Falle einer Erstbehandlung als Primärfall anrechenbar. Sind im Tumordokumentationssystem anzugeben. Anzahl der Patienten ist anzugeben. Keine Anerkennung, wenn Patient das Zentrum nach der Diagnosesstellung bzw. vor Therapiebeginn wechselt</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie ist ein „Therapieabbruch“ definiert?</p> <p>Antwort: Wenn die ursprünglich geplante Therapie nicht in vollem¹⁾ Umfang erfolgt ist. Siehe ADT-Bogen: Feld Abbruch</p> <p>¹⁾ Muss durch Leistungserbringer definiert werden.</p>
1.2.5	<p>Prätherapeutische Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primärfälle - Lokalrezidive/Fernmetastasen 	
	<p>Indikationskonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Zentren mit >500 Primärfällen kann die prätherapeutische TK als Indikationskonferenz durchgeführt werden • Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe; Thoraxchirurg, Radiologe. Optional: Strahlentherapeut 	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pat. mit Stad. IV müssen in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden - Pat. mit Stad. I können in Form einer Tischvorlage für die TK vorbereitet werden.

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.4.2	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (Instrument z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und das Ergebnis zu dokumentieren.</p> <p>Umfang der Versorgung Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, sind zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen.</p>	<p><u>FAQ (21.07.2016)</u> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen?</p> <p>Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p>

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.5.1	<p>Qualifikation Sozialarbeit Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung (Empfohlen: pro VK-Stelle 400 Pat.). Vertretungsregelung im Urlaubs- und Krankheitsfall muss hinterlegt sein.</p> <p>Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p> <p>Organisationsplan: Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche oder Standorte fungiert, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>	<p><u>FAQ (13.07.2018)</u> Wie sind die geforderten personellen Ressourcen zu berechnen/nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Die personellen Ressourcen sind auf Basis der tatsächlich beratenen Patienten des Zentrums zu berechnen. Berechnungsgrundlage ist der Zähler der Kennzahl der Kennzahl Nr. 5, Beratung Sozialdienst (Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden – bezogen auf das im Nenner der Kennzahl definierte Patientenkollektiv). 1 Patient, der mehrfach beraten wurde, zählt nur 1x.</p>

FAQ's - Kennzahlenbogen Lunge

----	Basisdaten	Spalten B-J	UICC / TNM (prä-/posttherapeutischer Tumorstatus)	<p><u>FAQ (12.09.2017):</u> Ist es korrekt, dass Patienten ypT0 in den Basisdaten nicht berücksichtigt werden können oder sollen diese Patienten mit dem prätherapeutischen Tumorstatus abgebildet werden?</p> <p>Antwort: nach neoadjuvanter und operativer Therapie: grundsätzlich Angabe cT.</p> <p><u>FAQ (12.09.2017):</u> Wie ist bei Änderung des Stadiums zu verfahren? Z.B. initiales Stadium III, postoperatives Stadium IA, adjuvante Therapie, finales Stadium 0?</p> <p>Antwort: Nach neoadjuvanter Therapie +/- OP: c-Stadium Nach alleiniger OP: p-Stadium</p>
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion) in Tumorkonferenz	Zähler	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion), die in TK vorgestellt wurden.	<p><u>FAQ (13.07.2018):</u> Wie ist die Anforderung zu verstehen?</p> <p>Antwort: Patienten mit neu aufgetretener Fernmetastasierung sind nur dann prätherapeutisch in der Tumorkonferenz zu besprechen, wenn sie sich zur Behandlung im Zentrum vorstellen. Patienten, die heimatnah außerhalb der Zentrumsstruktur versorgt werden, fallen nicht unter diese Regelung.</p>
		Nenner	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	Zähler	Pat. mit 1. Lokalrezidiv/ u./o. 1. Fernmetastasierung, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Müssen Patienten, die bei ED kurativ behandelt wurden, im Krankheitsverlauf jedoch dann palliativ behandelt werden und im Kennzahlenjahr eine Metastase/Rezidiv bekommen, für diese Kennzahl gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja. Diese Pat. müssen (für die Kennzahl) beim Übergang von kurativ zu palliativ vorgestellt</p>
		Nenner	'Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgabe.	

				werden, also bei der ersten palliativen Therapie.
8	Interventionelle bronchologische Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stenteinlage)	Zähler	Interventionelle Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stenteinlage) je Leistungserbringer (OPS: 5-319.14, 5-319.15, 5-320.0)	<p>FAQ (14.07.2016): Dürfen bei den interventionellen bronchologischen Eingriffen auch Kryotherapien (Tumorabtragung mit Kryo-Sonde) mit gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja, jedoch keine Kryobiopsien, da diese keine interventionellen Verfahren sind..</p>
		Nenner	---	
		Sollvorgabe	≥ 10	
9b	Lungenresektionen	Zähler	Operative Expertise – Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei jeder ICD-10 C-Diagnose, inkl. ICD-10 C.34)	<p>FAQ (12.09.2017) Wie ist die neue Zählweise bei den anatomischen Resektionen genau zu verstehen?</p> <p>Antwort: Es sind weiterhin mind. 75 anatomische Lungenresektionen nachzuweisen, jedoch nicht mehr ausschließlich bei Primärfällen mit Bronchialkarzinom (ICD-10 C.34), sondern bei allen Patienten mit C-Diagnosen. Ziel der modifizierten Anforderung ist, dass Kliniken, die die bisherige Vorgabe von 75 operierten Primärfällen mit anatomischer Lungenresektion knapp nicht erreicht haben, sich künftig auch der Zertifizierung/Qualitätssicherung unterziehen können.</p>
18	Pathologische Begutachtungen	Zähler	Begutachtete maligne Lungenfälle	<p>FAQ (13.07.2018): Dürfen für den Nachweis der pathologischen Begutachtungen auch Biopsien und Zweitbegutachtungen gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja, Biopsien dürfen gezählt werden. Zweitbegutachtungen nur, sofern es sich um Referenzpathologien und nicht um Doppelbefundungen handelt.</p>
19	Möglichst häufig adjuvante Cisplatinhaltige Chth bei R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfällen Stad. II-III A1/2	Zähler	Cisplatinhaltigen Chemoth. bei R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfälle Stad. II-III A1/2 mit ECOG 0/1	<p>FAQ (14.07.2016): Werden neoadjuvant vorbehandelte R0- und LK-resezierte NSCLC-Primärfälle Stad. II-III A 1/2 im Nenner mit erfasst?</p> <p>Antwort: Nein, neoadjuvant vorbehandelte Pat. können nicht für den Nenner gezählt werden.</p>
		Nenner	R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfälle Stad. II-III A1/2 mit ECOG 0/1	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgabe.	