

F A Q's zum

Erhebungsbogen Neuroonkologische Zentren in Onkologischen Zentren

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. Uwe Schlegel, Prof. Dr. W. Stummer

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: 09.10.2017

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

Erhebungsbogen Neuro	Version D3	09.10.2017
Datenblatt Neuro	Version D3.1	09.10.2017

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerkes	1.1.2	Hauptkooperationspartner	14.07.2016
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.2	Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz	14.07.2016
	1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	14.07.2016
1.4 Psychoonkologie	1.4.4	Neuropsychologie	14.07.2016
1.7 Studienmanagement	1.7.4	Anteil Studienpatienten	14.07.2016

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
---	Basisdaten	14.07.2016
2	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	14.07.2016
3	Psychoonkologische Betreuung	14.07.2016
7	Revisionsoperationen	14.07.2016

FAQ's - Erhebungsbogen Neuro
1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen		
1.1.2	<p>Kooperationsvereinbarungen Hauptkooperationspartner Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie, Hämatologie und Onkologie und Medikamentöse Onkologie</p> <p>Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen OZ genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Pathologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Kinder Hämatologie und Onkologie, Ergotherapie, Augenheilkunde, Endokrinologe und Logopädie</p>	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Neurologie und Neurochirurgie müssen an einem Standort sein.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.2	<p>Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Teilnehmer: Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuropathologe, Strahlentherapeut, internistischer Onkologe.</p> <p>Hämato-/ Onkologe Sofern der Hämato-/ Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Neuroonkologen vertreten werden.</p> <p>Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die TK einzuladen.</p>	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Grundsätzlich ist die Teilnahme eines Hämato-Onkologen zu fordern. In Ausnahmefällen kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen und qualifizierten Neurologen vertreten werden.	
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz</p> <p>Alle Primärfallpat. sollen in der interdiszipl. Tumorkonferenz vorgestellt werden: Elektivpatienten: präinterventionell, Notfallpatienten: mind. postinterventionell (Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden)</p> <p>Umfang der besprochenen Primärfälle >= 95%</p>	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Alle Primärfälle sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden, Elektivpatienten präinterventionell und Notfallpatienten mind. postinterventionell. Jeder Patient kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	
1.4.4	<p>Neuropsychologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). • Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im Betrachtungszeitraum dargestellt werden. • Folgende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien der Patientenvorstellung, • Kommunikation innerhalb des Zentrums, • Einbindung in Veranstaltungen, Q-Zirkel, TK o.ä. des Zentrums. 	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Muss im Neuroonkologischen Zentrum ein Psychologe vorhanden sein, der gleichzeitig Neuropsychologe ist?</p> <p>Antwort: Nein, Psychologe und Neuropsychologe können durch 2 verschiedene Personen vertreten sein.</p>

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
1.7.4	<p>Anteil Studienpatienten</p> <p>1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient in Studien eingebracht worden sein.</p> <p>2. nach 1 Jahr: mind. 5% der malignen Primärfallzahl (ICD C70-72, C75.1-3)</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpatienten bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Patienteneinwilligung. • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden. 	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Pat. des Zentrums A kann an Studien in anderer Klinik/ Zentrum teilnehmen und für die Studienquote des Zentrums A gezählt werden. Pat. kann nur für Studienquote des Zentrums A gezählt werden, keine Doppelzählung.</p>

FAQ's - Datenblatt Neuro

Basisdaten		<p>FAQ (14.07.2016): Periphere Neuro-Tumoren können ebenso wie spinale Tumoren nicht kodiert werden. Dafür kann man beispielsweise Kavernome unter dem Deckmantel der Hämangioblastome verschlüsseln.</p> <p>Antwort: Keine Erfassung peripherer Neuro-TM, Kavernome dürfen ebenfalls nicht gezählt werden.</p>		
		<p>FAQ (14.07.2016): Es scheint unplausibel, dass der gleiche Patient mit zunächst z.B. Astrozytom WHO Grad II oder III und dann Glioblastom nicht zweimal als Primärfall erfasst werden kann.</p> <p>Antwort: Grundsätzlich Zählung gemäß der Verfahrensanweisung 1x als Primärfall, im gleichen Jahr zusätzlich 1x bei Erstdiagnose Rezidiv/ Metastasierungzählbar, ansonsten 1x jährlich mit Rezidiv/ Metastase.</p>		
2	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	Zähler	Primärfälle (Elektivpatienten: präinterventionell, Notfallpatienten: postinterventionell), die in der TK vorgestellt wurden	<p>FAQ (14.07.2016): Jeder Pat. (= Elektiv u Notfall) kann nur 1x für den Zähler gezählt werden unabhängig von der Anzahl der Vorstellungen.</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
3	Psychoonkologische Betreuung	Zähler	Pat., die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch ≥ 25 Min.)	<p>FAQ (14.07.2016): Die psychoonkologische Betreuung in allen stationären und ambulanten Fachabteilungen soll für den Zähler gezählt werden (z.B. Psychoonkologische Betreuung in der Strahlentherapie).</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) u. Pat. mit Rezidiv	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
7	Revisionsoperationen	Zähler	Revisions-OP's infolge post-OP Komplikationen innerhalb von 30d nach OP (bei operativen Primärfällen)	<p>FAQ (14.07.2016): Revisionsoperationen sind durch die Dokumentation eines OPS-Codes definiert.</p> <p>FAQ (14.07.2016): Nachresektionen sollen nicht für den Zähler gezählt werden. Postoperative Liquorfisteln werden jedoch gezählt.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 6a)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	