

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. Heinrich Iro, Prof. Dr. Dr. M. Ehrenfeld

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: 19.07.2018

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

Erhebungsbogen Kopf-Hals	Version E1	19.07.2018
Datenblatt Kopf-Hals	Version E1.1	19.07.2018

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Anzahl Primärfälle	07.12.2016
	1.2.2	Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz	14.07.2016
2.1 Sprechstunde	2.1.4	Leistungen/ Methoden Sprechstunde	14.07.2016
	2.1.5	Qualitätsbestimmende Prozesse	19.07.2018

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
3	Psychoonkologische Betreuung	14.07.2016
7	HNO-Untersuchung zum Ausschluss Zweittumore bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
8	Bildgebung bei Mundhöhlenkarzinom für Feststellung N-Kategorie	19.07.2018
9	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonale Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
10	Histologischer Befund bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
11	Vorstellung TK Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
12	Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom	19.07.2018
13	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	19.07.2018
14	Postoperative Radio- o. Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	09.10.2017

FAQ's - Erhebungsbogen Kopf-Hals

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1	<p>Anzahl Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 Primärfälle (=invasive Neoplasien und in-situ Karzinome des oberen Aerodigestivtrakts (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf ohne Ösophagus u Speicheldrüsen). 	<p><u>FAQ 07.12.2016</u> Zählen alle Patienten mit einem Karzinom im Kopf als Primärfall?</p> <p>Antwort: Nein, es zählen nur Tumoren des oberen Aerodigestivtrakts (Mundhöhle, Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Rachen und Kehlkopf. Also kein Lippenrot, keine Speicheldrüsen, keine Parotis (Ohrspeicheldrüse).</p> <p>Streichung gegenüber Version vom 14.07.2016</p> <p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Zu welchen Karzinomen zählen die Karzinome am Zungengrund?</p> <p>Antwort: Zungengrund gehört zu den Oropharynxkarzinomen, die vorderen 2/3 der Zunge zu den Mundhöhlen-Ca.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Zählen Patienten mit Lymphome und/oder Sarkome auch als KHT-Primärfall?</p> <p>Antwort: Nein, Lymphome und Sarkome zählen nicht, da es sich hierbei um eigenständige Schwerpunkte der OZ handelt.</p>	
1.2.2	<p>Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz</p> <p>Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe</p> <p>Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Nuklearmediziner, Plastische Chirurgie, etc.) einzuladen.</p> <p>*: nach durchgeführtem Staging **: die Fallbesprechungen werden für die Fachgebiete HNO und MKG gemeinsam abgehalten.</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Abweichung bei Unterschreitung der Teilnahmequote von 80% pro Fachrichtung.</p>	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
2.1.4	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische Vorstellung der Patienten an MKG bzw. HNO möglichst am gleichen Tag; • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥5 MHz; • Panendoskopie: Terminvergabe <2Wochen; Anforderung an die Durchführung: siehe Kap. 5. • Für HNO: <ul style="list-style-type: none"> • Lupenlaryngoskop; • starre Endoskope mit unterschiedlichen Blickwinkeln (z.B. 25°, 70°); • Flexibles Nasopharyngolaryngoskop. • Für MKG: <ul style="list-style-type: none"> • Orthopantomogramm. 	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Muss jeder Patient eine Panendoskopie zwingend erhalten?</p> <p>Antwort: Nein.</p>	
2.1.5	<p>Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation/ Durchführung Panendoskopie; • Vorbereitung der Patienten für die Tumorkonferenz; • Stationäre Aufnahme für HNO und MKG; • Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation. <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Wer führt die Panendoskopie durch?</p> <p>Antwort: Die Panendoskopie wird durch die Fachärzte für HNO durchgeführt.</p> <p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Wie sind die Definitionen der HNO-Ärztlichen Untersuchung und der Panendoskopie?</p> <p>Antwort: HNO-Ärztliche Untersuchung (=Spiegelung). Panendoskopie (Pharynx, Larynx, Trachea, Speiseröhre) ist in Narkose mit einem starren/ flexiblen Endoskop.)</p>	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

3	Psychoonkologische Betreuung	Zähler	Pat., die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch ≥ 25 Min.)	FAQ (14.07.2016): Die psychoonkologische Versorgung kann durch alle Kooperationspartner (inkl. z.B. Strahlentherapie) initiiert bzw. erbracht werden.
		Nenner	Primärfälle + Pat. mit Erstdiagnose von Fernmetastasen u./o. Rezidiv	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
7	HNO-Untersuchung zum Ausschluss Zweittumore bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten mit Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Untersuchung zum Ausschluss synchroner Zweittumore	FAQ (14.07.2016): Dürfen wir davon ausgehen, dass "zum Ausschluss synchroner Zweittumore" auf die Indikation der Untersuchung zu beziehen ist und nicht auf deren Ergebnis. Antwort: Hier geht es um die HNO-Untersuchung, also die Indikation und nicht das Ergebnis.
		Nenner	Patienten mit Primärdiagnostik eines Mundhöhlenkarzinoms	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
8	Bildgebung bei Mundhöhlenkarzinom für Feststellung N-Kategorie	Zähler	Patienten mit Untersuchung der Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit CT oder MRT zur Feststellung der N-Kategorie	FAQ (19.07.2018): Kann zur Feststellung der N-Kategorie bei Patienten mit Mundhöhlenkarzinom alternativ zu CT/MRT auch eine Sonographie ausreichend? Antwort: Nein, gemäß den Vorgaben der S3-LL Mundhöhlenkarzinom ist CT oder MRT für die Lymphknotendiagnostik zu fordern, und die alleinige Sonographie nicht ausreichend. Für die Kennzahl sind nur Pat. mit LK-Staging per CT oder MRT zu berücksichtigen.
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom	
		Sollvorgabe	Derzeit keine vorgaben	
9	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonale Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten mit Thorax CT zum Ausschluss pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom)	FAQ (14.07.2016): Wie ist die korrekte Zählweise für den Zähler dieser Kennzahl? Antwort: Zahl der Patienten, die ein Thorax CT erhalten haben.
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom Stadium III + IV	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

10	Histologischer Befund bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorlokalisation, makroskopische Tumorgröße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angaben befallener Bezirke und infiltrierter Strukturen, R-Status	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie müssen diese Angaben vorliegen?</p> <p>Antwort: Als Sammelangabe. Die Vorlage des Pathologieberichts muss die Angaben vollständig enthalten.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Beim in situ Karzinom kann man L, V, Pn, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion sowie lokal infiltrierte Strukturen nicht angeben, da es das nicht gibt. Ist der pathologische Befund auch ohne diese Angaben beim in situ Karzinom dann vollständig?</p> <p>Antwort: Ja, da dies nicht angegeben werden kann, ist der Bericht auch ohne diese Angaben beim in situ vollständig und der in situ-Patient kann im Zähler auftauchen!</p>
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Operation	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
11	Vorstellung TK Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten mit interdisziplinärer Behandlung nach Abstimmung in Tumorboards	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Muss hier die interdisziplinäre Behandlung tatsächlich erfasst werden (sprich unterschiedliche Behandler/Operateure aus unterschiedlichen Fachrichtungen, MKG, HNO, Radiologie usw. dokumentiert), oder reicht die Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz (analog anderen Krebszentren) aus?</p> <p>Antwort: Vorstellung inkl. TK-Protokoll reicht aus.</p>
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

12	Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Leitliniengerechte Indikation zur Neck-Dissection	<p><u>FAQ (19.07.2018):</u> Wie viele Lymphknoten sind bei einer elektiven Neck-Diss- ection erforderlich?</p> <p>Antwort: Gemäß der S3-Leitlinie für Mundhöhlenkarzinome ist keine Mindestzahl zu resezierender Lymphknoten definiert. Es soll eine Resektion gemäß der in der Leitlinie definierten Lymphknotenstationen/-Levels erfolgen.</p>
		Nenner	Patienten mit elektiver Neck-Dissection	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
13	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten ohne Unterbrechung der Strahlentherapie	<p><u>FAQ (19.07.2018):</u> Wie lange kann die Strahlentherapie überzogen werden?</p> <p>Antwort: Von einer nicht-unterbrochenen Strahlentherapie ist auszugehen, wenn die tatsächliche Bestrahlungsdauer die geplante Bestrahlungsdauer um nicht mehr als fünf Werktage überschreitet</p>
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Strahlentherapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
14	Postoperative Radio- oder Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie	<p><u>FAQ (09.10.2017):</u> Zählen hier auch in situ Karzinome mit knappem Resektionsrand?</p> <p>Antwort: Die Kennzahl bezieht sich auf das invasive Mundhöhlenkarzinom und nicht in-situ-Karzinome ausschließt.</p> <p><u>FAQ (09.10.2017):</u> Was bedeutet "LK", Nodalstatus (pN+) oder Lymphangiosis (L1)?</p> <p>Antwort: Im Zertifizierungssystem sind mit LK immer Lymphknoten gemeint.</p>
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom - T3/T4-Kategorie und/oder - knappen ($\leq 3\text{mm}$) oder positiven Resektionsrändern - und/oder perineuraler oder Gefäßinvasion - und/oder pos. LK	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	