

# F A Q ' s zum

## Erhebungsbogen für Brustkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

**Vorsitz der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. J. Blohmer, Prof. Dr. A. Scharl

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: 15.06.2018

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

Erhebungsbogen Brust	Version I1	28.09.2017
Datenblatt Brust	Version I1.1	28.09.2017

## Übersicht der FAQ's

### Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.1	24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner	25.09.2017
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
2.1 Sprechstunde	2.1.4	Checkliste erbliche Belastung	25.09.2017
2.1 Sprechstunde	2.1.6	Qualifikation Mammasonographie	25.09.2017
3 Radiologie	3.4	Befund Mammographie	15.06.2018
5.2 Organspezifische operative Onkologie	5.2.6	Expertise Mamma-Operateur	25.09.2017
5.2 Organspezifische operative Onkologie	5.2.10	Qualifikation Operateure des Brustkrebszentrums	25.09.2017

### Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle – davon operierte Primärfälle mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie	25.09.2017
Basisdaten	Primärfallzählung	25.09.2017
Kennzahl 3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	14.07.2016
Kennzahlen 4, 5, 6	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mamma-Ca. Strahlentherapie nach BET bei DIS Chemotherapie bei Rez. pos. u. nodalpos. Befund	25.09.2017
Kennzahl 44 9	Endokrine Therapie bei Metastasierung	25.09.2017
Kennzahl 18	LK-Entfernung bei DCIS	25.09.2017
Kennzahl 19	Bestimmung Nodalstatus bei inv. Mamma-Ca.	25.09.2017
Kennzahl 22 20	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SLNE) bei pN0	14.07.2016

## FAQ's - Erhebungsbogen Brust

### 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen		
1.1.1	<p>In den Vereinbarungen mit den Hauptbehandlungspartnern sind folgende Punkte zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz (mit Ausnahme Nuklearmedizin)</li> <li>• Sicherstellung der Verfügbarkeit</li> <li>• Beschreibung der für das Brustkrebszentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen</li> <li>• Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien (Grundvoraussetzung S3-Leitlinie)</li> <li>• Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation</li> <li>• Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits</li> <li>• Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten FAB-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten</li> <li>• Einverständniserklärung des Behandlungspartners öffentlich als Teil des Brustkrebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage)</li> <li>• 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner: Operateur, Radiologe (außer Kooperation MRT), medikamentöse onkologische Therapie (Gynäkologie oder /und Internist), Strahlentherapeut</li> </ul>	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner: muss bei der med. onkologischen Therapie sowohl der Gynäkologie als auch der Internist 24h erreichbar sein? Bsp. A: die med. Tumorthherapie wird in Verantwortung der Gynäkologie durchgeführt, der Hämato-/Onkologe nimmt nur beratend an den Tumorkonferenzen teil. Bsp. B: die med. Tumorthherapie erfolgt sowohl in Verantwortung der Gynäkologie als auch der Hämato-/Onkologie. Bei dem Hämato-/Onkologen handelt es sich jedoch um einen Niedergelassenen, d.h. keinen „klinischen“ Hauptkooperationspartner.</p> <p>Antwort: Ad A) Die Anforderung an die 24h-Erreichbarkeit gilt für die verantwortlich durchführende Fachdisziplin, hier also: Gynäkologie Ad B) wenn beide Behandlungspartner die gleichen Pat. betreuen, muss vor Ort eine Absprache getroffen werden wer die 24h-Erreichbarkeit erfüllt</p>	

### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2	<p>Psychoonkologie – Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>	<p>Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)</p>	
	<p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) und das Ergebnis zu dokumentieren. Grundsätzlich sind sowohl die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, als auch Häufigkeit, Dauer und Inhalt der Gespräche 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 <b>standardisiertes</b> Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p>	

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
2.1.4	<p>Familiäres Mammakarzinom</p> <p>Der Algorithmus zur Überweisung an die genetische Beratung muss definiert sein und Checklisten sowie die ausgewiesenen Zentren der „Interdisziplinären S3-Leitlinie für Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ berücksichtigen.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit Zentren für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden.</p> <p>Die Checkliste für die Erfassung einer erblichen Belastung ist unter: <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/checkliste_erbliche_belastung">www.krebsgesellschaft.de/checkliste_erbliche_belastung</a> herunterladbar.</p> <p>Für die Kooperation mit den ausgewiesenen Zentren der S3-Leitlinie steht ein Algorithmus und eine Musterkooperationsvereinbarung unter <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/musterkooperation_brustzentren">www.krebsgesellschaft.de/musterkooperation_brustzentren</a> zur Verfügung.</p>	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u></p> <p>Ist die Checkliste für die Erfassung der erblichen Belastung bei jedem/r in der Sprechstunde vorstelligen Patienten/in einzusetzen?</p> <p>Antwort: Die Checkliste soll bei den Patientinnen des Zentrums angewendet werden. Das sind u.U. nicht alle Patientinnen, die in der Sprechstunde vorstellig sind.</p>	
2.1.6	<p>Bei (Spezial-) Brustsprechstunden sind folgende Leistungen sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mammographie Termin innerhalb 48 h; Befundung Mammografiebilder innerhalb der Brustsprechstunde durch Facharzt muss möglich sein (kann auch in Kooperation mit externen Radiologen erfolgen)</li> <li>Ultraschalluntersuchung der Brust am gleichen Tag der Brustsprechstunde Anforderung Durchführung: Mammasonographie: mind. DEGUM Stufe 1 oder Nachweis des Mammasonographie Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs oder KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung Standardisierte Befunddokumentation laut S3- Leitlinie (z.B. Verwendung der US BI RADS Klassifikation)</li> <li>Gewebeentnahme zur Histologie unmittelbar in der Brustsprechstunde bzw. Termin innerhalb einer Woche; Ausnahme: stereotaktische Vakuumbiopsie binnen 2 Wochen</li> </ul>	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u></p> <p>In Kapitel 3.9 wurde der Nachweis der DEGUM-Qualifikation (Stufe 1) für die Durchführung der Mammasonographie gestrichen. In Kap. 2.1.6 erscheint er weiterhin als möglich. Wie ist diese Diskrepanz zu erklären?</p> <p>Antwort: Die Streichung des Nachweises der DEGUM Stufe 1 wurde in der Sitzung der Zertifizierungskommission der Brustkrebszentren am 29.03.2017 konsentiert. Parallel hat die Kommission die Dt. Gesellschaft für Radiologie gebeten, eindeutige Anforderungen zu formulieren, mit denen die Qualität der radiologisch-senologischen Qualität nachgewiesen werden kann. Da sich die Anforderungen für die Durchführung der Mammasonographie somit noch in Diskussion befinden und mittelfristig mit einer weiteren Änderung zu rechnen ist, wurde vorläufig nur das Kapitel 3.9 modifiziert.</p>	

## 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen		
3.4	<p>Befund Mammographie</p> <p>Obligate Angabe der Befund-Kategorie 0-6 und der Beurteilbarkeit (4-stufig, A-D)</p>	<p><u>FAQ (04.06.2018)</u></p> <p>Wie ist die Anforderung zu verstehen?</p> <p>Antwort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Beurteilungskategorien entsprechen der BIRADS-Klassifikation</li> <li>Mit „Beurteilbarkeit A-D, 4 stufig“ ist die-BIRADS-Dichte a-d gemeint</li> </ul>	

## 5.2 Organspezifische operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
5.2.6	<p>Mamma-Operateure (pro Standort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• min. 1 Mamma-Operateur mit Facharztstatus (ist namentlich mit Angabe der OP-Erfahrung im letzten Jahr zu benennen)</li> <li>• bei nur 1 benanntem Operateur muss eine nachweislich erprobte Vertretungsregelung bestehen</li> <li>• min. 50 Mamma-OP's pro Jahr (Entfernung eines inv.Tm/DCIS, nicht auf Primärfälle beschränkt) pro benanntem Operateur</li> </ul>	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Welche Eingriffe können als Expertise für den Operateur gezählt werden?</p> <p>Antwort: Entfernung eines inv. Tumors/DCIS im Rahmen einer Primär-/Rezidiv-/Zweitumor-OP. Nicht gezählt werden können alleinige Axilla-dissektionen, Sentinel-Node-Biopsien bzw. Nachresektionen (auch nicht, wenn diese durch einen 2. Operateur erfolgt sind).</p> <p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Wie sind Eingriffe bei multifokalen Karzinomen zu zählen? Z.B. DCIS und inv. Mamma-Ca. in einer Brust?</p> <p>Antwort: Analog zur Primärfallzählung kann pro Brust nur ein Eingriff für die Expertise des Operateurs gezählt werden.</p>	
5.2.10	<p>Qualifikation Operateure des Brustzentrums Beschreibung der speziellen Qualifikation (Ausbildung) der Mamma-Operateure über Curricula.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablative Verfahren ggf. radikale Tumorchirurgie mit Entfernung der Brustmuskeln</li> <li>• Ausräumung der Axilla (inkl. Sentinel-Node Technik)</li> <li>• Beherrschung von Komplikationen nach erfolgter Operation</li> <li>• Aufbau, Reduktionsplastik, Korrektur-OP</li> <li>• Brusterhaltende Therapieverfahren: sektorale Resektionen, Skin-Sparing Mastektomie, subkutane Mastektomie (ggf. intramammärer Verschiebelappen, onkoplast. Eingriffe bis hin zu autologem Gewebetransfer)</li> <li>• Entfernung von lokalen Rezidiven ggf. mit plastischer Deckung</li> </ul>	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Ist es zutreffend, dass bereits Mamma-Operateure in Ausbildung rekonstruktive Eingriffe durchführen müssen, damit sie nach Abschluss der Ausbildung das in Kap. 5.2.10 beschriebene Methodenspektrum nachweisen zu können? Wie ist hinsichtlich der Ausbildung der Operateure zu verfahren, wenn an einem Standort eines mehrstandortigen Brustkrebszentrums keine rekonstruktiven Eingriffe durchgeführt werden?</p> <p>Antwort: Nicht jeder Operateur muss alle Eingriffe durchführen können. Das Zentrum muss jedoch alle aufgezählten Verfahren vorhalten.</p>	

**FAQ's - Kennzahlenbogen Brust**

----	Basisdaten	Spalten A-C	Primärfälle – davon operierte Primärfälle mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Weshalb wird zwischen neoadj. und präoperativer systemischer Therapie differenziert?</p> <p>Antwort Es wird differenziert, um auch primär M1-Pat. sinnvoll erfassen zu können. „Präoperativ“ bezieht sich auf operierte M1-Primärfälle.</p>
----	Basisdaten	Spalten D-L	Primärfallzählung	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Eine Patientin hat sowohl ein DCIS als auch ein mikroinvasives Karzinom: Welche Diagnose wird als Primärfall gezählt?</p> <p>Antwort: Das mikroinvasive Karzinom, weil es die Therapie bestimmt. Beide Tumoren müssen in 1 Brust sein.</p> <p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Zählt der Morbus Paget nur mit assoziiertem DCIS bzw. invasivem Karzinom als Primärfall oder darf auch der alleinige M. Paget der Brustwarze gezählt werden?</p> <p>Antwort: Der alleinige M. Paget (=intra-kutanes DCIS) zählt als Primärfall.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Zählt ein LCIS (lobuläres Carcinoma in situ) als Primärfall?</p> <p>Antwort: Nein</p> <p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Kann ein Wiederauftreten des Brustkrebses in der gleichen Brust als neuer Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein. Es gilt der Grundsatz, dass pro Brust max. ein Primärfall gezählt werden kann. Tritt ein weiterer Tumor in derselben Brust auf, kann dieser unabhängig von der Tumorbio-logie, der Lokalisation, des</p>

				zeitlichen Abstandes etc. nicht als neuer Primärfall im Datenblatt gezählt werden. Siehe auch Primärfalldefinition im Erhebungsbogen der Brust und Fußnote 4) in den Basisdaten (Datenblatt).
3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	Zähler	Pat. mit 1. Lokalrezidiv/ u./o. 1. Fernmetastasierung, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<p><b>FAQ (14.07.2016):</b> Wie werden Lokalrezidiv bzw. Fernmetastasierung gezählt?</p> <p><b>Antwort:</b> Es wird das 1. Lokalrezidiv bzw. die 1. Fernmetastasierung im aktuellen Kalenderjahr gezählt.</p>
		Nenner	Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
4	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom			<p><b>FAQ (25.09.2017)</b> Welches Kennzahlenziel haben die geänderten Kennzahlen 4, 5 und 6?</p> <p><b>Antwort:</b> Die Kennzahlen bilden den Beginn der jeweiligen Therapie auf Basis der Entscheidung der Tumorkonferenz ab (nicht die Empfehlung zur Therapie und nicht die gesamte Durchführung der Therapie).</p>
5	Strahlentherapie nach BET bei DCIS			
6	Chemotherapie bei Rez. pos. u. nodalpos. Befund			
9	Endokrine Therapie bei Metastasierung	Zähler	Pat., bei denen mit einer endokrinen basierten Therapie im metastasierten Stadium als First-line-Therapie begonnen wurde	<p><b>FAQ (14.07.2016):</b> Dürfen systemische Kombinationstherapien oder sekundäre endokrine Therapien gezählt werden?</p> <p><b>Antwort:</b> Nein. Gezählt wird die alleinige endokrine Therapie. Die Kennzahl erfasst, wie häufig eine endokrine First-Line-Therapie in der metastasierten Situation durchgeführt wurde. Es werden keine sekundären endokrinen Therapien erfasst. Eine Kombination mit anderen Verfahren (OP, Radiatio) ist möglich.</p> <p><b>FAQ (25.09.2017)</b> Was bedeutet „endokrin basierte Therapie“?</p> <p><b>Antwort:</b> Dies bedeutet, dass gleichzeitig eine AK-Therapie (sofern erforderlich) durchgeführt wer-</p>
		Nenner	Pat. mit steroidrez. pos. und HER2-negativem inv. Mammakarzinom mit 1. Fernmetastasierung (incl. Primär M1 Pat.)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	

				den kann. Pat. mit vorausgegangener oder simultaner Chemotherapie können weiterhin nicht gezählt werden.
18	LK-Entfernung bei DCIS	Zähler	Primärfälle mit axillärer Lymphknotenentnahme	<p><u>FAQ (25.09.2017):</u> Zählt ausschließlich eine Axilladissektion oder auch eine Sentinel-Node-Biopsie?</p> <p>Antwort: Es zählen alle axillären LK-Entfernungen, d.h. sowohl Sentinel-Node-Biopsien als auch Axilladissektionen.</p>
		Nenner	Primärfälle DCIS und abgeschlossene operative Therapie und BET	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
19	Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom	Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom, bei denen der Nodalstatus bestimmt wurde.	<p><u>FAQ (25.09.2017):</u> Wird die Teilnahme an der INSEMA-Studie bei Nichterfüllung der Sollvorgabe berücksichtigt?</p> <p>Antwort: Die Teilnahme an der INSEMA-Studie wird selbstverständlich berücksichtigt; es entstehen keine Hinweise oder Abweichungen durch den Auditor, wenn die Sollvorgabe der Kennzahl aufgrund dessen nicht erfüllt wird.</p>
		Nenner	Operierte Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom.	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
20	Alleinige Sentinel-lymphknoten-Entfernung (SLNE) bei pN0	Zähler	Primärfälle mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Dürfen hier auch Patientinnen gezählt werden, bei denen zusätzlich zum SN ein oder mehrere Non-SN entnommen wurden?</p> <p>Antwort: Grundsätzlich kann natürlich mehr als 1 LK bei einer SLNE entnommen werden. Entscheidend ist, ob das Zentrum eine SLNE o eine konventionelle Axilladissektion kodiert. Wenn letztere, dann kann kein SLNE gezählt werden.</p>
		Nenner	Primärfälle invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Th	
		Sollvorgabe	≥ 80%	