

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

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

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: 21.07.2016

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

| | | |
|-----------------------|--------------|------------|
| Erhebungsbogen Lunge | Version F1 | 14.07.2016 |
| Kennzahlenbogen Lunge | Version F1.1 | 14.07.2016 |

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 |

Kennzahlenbogen

| Kennzahl | | letzte Aktualisierung |
|----------|--|-----------------------|
| 3 | Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen | 14.07.2016 |
| 8 | Interventionelle bronchologische Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stent-einlage) | 14.07.2016 |
| 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 | |
| neu | <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> |

FAQ's - Kennzahlenbogen Lunge

| | | | | |
|---|---|-------------|---|--|
| 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 werden, also bei der ersten palliativen Therapie.</p> |
| | | Nenner | 'Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.) | |
| | | Sollvorgabe | Derzeit keine Vorgabe. | |
| 8 | Interventionelle bronchologische Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stenteinlage) | Zähler | Interventionelle Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stenteinlage) je Leistungserbringer | <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> 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 | |

| | | | | |
|----|--|-------------|--|---|
| 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 | FAQ (14.07.2016): Werden neoadjuvant vorbehandelte R0- und LK-resezierte NSCLC-Primärfälle Stad. II-III A 1/2 im Nenner mit erfasst? Antwort: Nein, neoadjuvant vorbehandelte Pat. können nicht für den Nenner gezählt werden. |
| | | Nenner | R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfälle Stad. II-III A1/2 | |
| | | Sollvorgabe | Derzeit keine Vorgabe. | |