

# F A Q ' s zum

## Erhebungsbogen für Neuroonkologische Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

**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: 15.01.2019

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

Erhebungsbogen Neuro	Version E1	19.07.2018
Datenblatt Neuro	Version E1-1	19.07.2018

## 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	19.07.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation	24.10.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.4	Neuropsychologie	14.07.2016
1.7 Studienmanagement	1.7.4	Anteil Studienpatienten	14.07.2016
8 Pathologie	8.6.1	Befundung Schnellschnitt	19.07.2018
10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität	10.2	Kaplan-Meier-Kurven	19.07.2018
		Follow-up	19.07.2018

### Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
---	Basisdaten	14.07.2016
2	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	14.07.2016
3	Psychoonkologische Betreuung	19.07.2018
4	Beratung Sozialarbeit	19.07.2018
7	Revisionsoperationen	14.07.2016

**FAQ's - Erhebungsbogen Neuro**

**1.4 Struktur des Netzwerks**

Kap.	Anforderungen		
1.1.2	<p>Kooperationsvereinbarungen Hauptkooperationspartner <b>Neurochirurgie, Neurologie</b>, 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, Endokrinologie und Logopädie</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Neurologie und Neurochirurgie müssen an einem Standort sein.</p>	

**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, Neuropathologie, Strahlentherapeut, internistischer Onkologe.</p> <p><b>Hämato-/ Onkologe Sofern der Hämato-/ Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Neuroonkologen vertreten werden.</b></p> <p>Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die TK einzuladen.</p>	<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.</p>	
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz <b>Alle Primärfallpat. sollen in der interdisziplin. Tumorkonferenz vorgestellt werden:</b> Elektivpatienten: präinterventionell, Notfallpatienten: mind. postinterventionell (Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden)</p> <p>Umfang der besprochenen Primärfälle &gt;= 95%</p>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Alle Primärfälle sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Wann immer möglich, soll die Vorstellung aller Patienten präinterventionell erfolgen. Mindestens ist jedoch zu gewährleisten: Elektivpatienten präinterventionell und Notfallpatienten (mind.) postinterventionell. Jeder Patient kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden.</p>	

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen oder</li> <li>• Ärzte</li> </ul> <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung (s.u.) (Nachweis erforderlich)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p> <p>Psychoonkologische Fortbildung: Von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von &gt; 100 Unterrichtseinheiten.</p>	<p><u>FAQ (24.10.2018)</u> Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.</p>
1.4.4	<p>Neuropsychologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation).</b></li> <li>• Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im Betrachtungszeitraum dargestellt werden.</li> <li>• Folgende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien der Patientenvorstellung,</li> <li>• Kommunikation innerhalb des Zentrums,</li> <li>• Einbindung in Veranstaltungen, Q-Zirkel, TK o.ä. des Zentrums.</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> 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 <math>\geq 1</math> 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><u>FAQ (14.07.2016)</u> Pat. des Zentrums A kann an Studien in anderer Klinik/ Zentrum teilnehmen und für die Studienquote des Zentrums A gezählt werden. Pat. kann <b>nur</b> für Studienquote des Zentrums A gezählt werden, keine Doppelzählung.</p>

**1.7 Studienmanagement**

	<p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Patienteneinwilligung.</li> <li>• Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien.</li> <li>• Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden.</li> <li>• Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden.</li> </ul>		
--	--	--	--

**8 (Neuro-) Pathologie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.6.1	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Schnellschnitte/ Präparate sind durch Neuropathologen zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen &gt;45km sind zu begründen).</li> <li>• In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.</li> </ul>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Alle Präparate und Schnellschnitte müssen durch einen Facharzt für Neuropathologie befundet werden. Dieser soll in der Regel vor Ort im Zentrum sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In begründeten Einzelfällen ist eine Distanz zwischen Zentrum und Neuropathologie von &gt;45 km zulässig.</li> <li>- Falls kein Neuropathologe vor Ort verfügbar ist, kann in Ausnahmefällen der FA für Pathologie den Zuschnitt des Schnellschnittpräparates durchführen und die histologische Begutachtung telemedizinisch durch den Neuropathologen erfolgen.</li> </ul>

**10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.2	<p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält.</li> <li>• Die Patienten mit Neuroonkologische Tumoren müssen in <u>einem</u> Tumordokumentationssystem erfasst werden.</li> </ul> <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum</p> <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Müssen durch das Zentrum Kaplan-Meier-Kurven mit den Patienten des NOZ erstellt werden?</p> <p>Antwort: Darstellung von Kaplan-Meier-Kurven sind für die NOZ nicht verpflichtend. Die Darstellung des klinischen Verlaufs, d.h. der Ergebnisqualität, ist Aufgabe der Krebsregister.</p> <p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Müssen durch das Zentrum Follow-up-Daten für die Patienten des NOZ erhoben werden?</p> <p>Antwort: Nein, Follow-up-Daten müssen nicht erhoben werden. Die Darstellung des klinischen Verlaufs, d.h. der Ergebnisqualität, ist Aufgabe der Krebsregister.</p>

**FAQ's - Datenblatt Neuro**

Basisdaten		<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> 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><u>FAQ (14.07.2016):</u> 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/ Metastasierung zählbar, ansonsten 1x jährlich mit Rezidiv/ Metastase.</p>		
2	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	Zähler	Primärfälle (Elektivpatienten: präinterventionell, Notfallpatienten: postinterventionell), die in der TK vorgestellt wurden	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> 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><u>FAQ (14.07.2016):</u> Die psychoonkologische Betreuung in allen stationären und ambulanten Fachabteilungen soll für den Zähler gezählt werden (z.B. Psychoonkologische Betreuung in der Strahlentherapie).</p> <p><u>FAQ (19.07.2018):</u> Pro Patient kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) u. Pat. mit Rezidiv/ Progress	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
4	Beratung Sozialarbeit	Zähler	Pat., die stationär oder ambulant durch Sozialarbeit beraten wurden	<p><u>FAQ (19.07.2018):</u> Pro Patient kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) u. Pat. mit Rezidiv/ Progress	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
7	Revisionsoperationen	Zähler	Revisions-OP's infolge post-OP Komplikationen innerhalb von 30d nach OP (bei operativen Primärfällen)	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Revisionsoperationen sind durch die Dokumentation eines OPS-Codes definiert.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Nachresektionen sollen nicht für den Zähler gezählt werden.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 6a)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

				Postoperative Liquorzysten werden jedoch gezählt.
--	--	--	--	---