

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: 03.06.2019

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

Erhebungsbogen Kopf-Hals	Version E2	03.06.2019
Datenblatt Kopf-Hals	Version E2.1	03.06.2019

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Anzahl Primärfälle	03.06.2019
	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
8	Ausschluss Zweittumoren in Mundhöhlenkarzinom	03.06.2019
9	Bildgebung bei Mundhöhlenkarzinom für Feststellung N-Kategorie	19.07.2018
10	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonale Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
11	Histologischer Befund bei 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 (Nasenhaut- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen) ohne Ösophagus). ICD-10-Liste im Datenblatt 	<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 (03.06.2019)</u> Zählen Patienten mit Lymphomen auch als KHT-Primärfall?</p> <p>Antwort: Lymphome zählen nicht, da es sich hierbei um einen eigenständigen Schwerpunkt bzw. ein eigenständiges Modul im Onkologischen Zentrum 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 \geq 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	
8	Ausschluss Zweittumoren in Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten mit Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Untersuchung (Panendoskopie) zum Ausschluss synchroner Zweittumore	FAQ (03.06.2016): Bezieht sich "zum Ausschluss synchroner Zweittumore" auf die Indikation der Untersuchung oder 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	\geq 90%	
9	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): Ist 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	\geq 90%	
10	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	\geq 90%	

11	Histologischer Befund bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorlokalisation, makroskopische Tumorgroße, 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	≥ 90%	
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-Dissection 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- o. Radiochemothera- pie bei Mundhö- hlenkarzinom	Zähler	Patienten mit postoperativer Radio- oder Radiochemothe- rapie	FAQ (09.10.2017): Zählen hier auch in situ Karzi- nome mit knappem Resekti- onsrand? Antwort: Die Kennzahl bezieht sich auf das invasive Mundhöhlenkarzi- nom und nicht in-situ-Karzi- nome ausschließt.
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom - T3/T4-Kategorie und/oder - knappen ($\leq 3\text{mm}$) oder po- sitiven Resektionsrändern - und/oder perineuraler oder Gefäßinvasion - und/oder pos. LK	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	FAQ (09.10.2017): Was bedeutet "LK", Nodalsta- tus (pN+) oder Lymphangiosis (L1)? Antwort: Im Zertifizierungssystem sind mit LK immer Lymphknoten gemeint.