

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Viszeralonkologische Zentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Sprecher der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. T. Seufferlein, Prof. Dr. S. Post

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: 20.09.2019

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

| | | |
|-------------------------|--------------|------------|
| Erhebungsbogen Viszeral | Version J1 | 20.09.2019 |
| Erhebungsbogen Darm | Version J1 | 20.09.2019 |
| Datenblatt Darm | Version J1.1 | 20.09.2019 |
| Datenblatt Pankreas | Version J1.1 | 20.09.2019 |
| Datenblatt Magen | Version I1.1 | 06.11.2018 |
| Datenblatt Leber | Version J1.1 | 20.09.2019 |
| Datenblatt Speiseröhre | Version J1.1 | 20.09.2019 |

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

| Kap. EB | | Anforderung | letzte Aktualisierung |
|---|-------|--|-----------------------|
| 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit | 1.2.0 | Magen: Anzahl Primärfälle Zentrum | 26.08.2019 |
| 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit | 1.2.0 | Pankreas: Anzahl Primärfälle Zentrum | 05.10.2017 |
| 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit | 1.2.0 | Speiseröhre: Anzahl Primärfälle Zentrum | 10.07.2018 |
| 1.4 Psychoonkologie | 1.4.1 | Psychoonkologie – Qualifikation | 24.10.2018 |
| 1.4 Psychoonkologie | 1.4.2 | Alle: Angebot und Zugang | 21.07.2016 |
| 1.7 Studienmanagement | 1.7.6 | Pankreas, Magen, Leber, Speiseröhre: Anteil Studienpatienten | 05.10.2017 |
| 1.8 Pflege | 1.8.5 | Darm: Stomatherapie - Personal | 30.11.2018 |
| 1.8 Pflege | 1.8.6 | Darm: Stomatherapie - Definition der Aufgaben | 28.08.2019 |
| 5.2 Organspezifische operative Therapie | 5.2.4 | Pankreas: Operative Expertise Pankreas | 05.10.2017 |
| 5.2 Organspezifische operative Therapie | 5.2.4 | Magen: Operative Expertise Magen (Primärfälle) | 14.07.2016 |
| 10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität | 10.3 | Alle: Zusammenarbeit mit Krebsregister | 05.10.2017 |

Datenblatt (=Excel-Vorlage)

| | Kennzahl | letzte Aktualisierung |
|--------|---|-----------------------|
| 7a | Pankreas: Endoskopie Komplikationen | 14.07.2016 |
| 7a / b | Pankreas: Endoskopie Komplikationen | 14.07.2016 |
| 16 | Pankreas: Inhalt Pathologiebericht | 14.07.2016 |
| 3a | Leber: Postoperative Vorstellung | 03.04.2019 |
| 3b | Leber: Postinterventionelle Vorstellung | 03.04.2019 |
| 10 | Leber: Ausbreitungsdiagnostik | 03.04.2019 |
| 12 | Leber: RECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE | 03.04.2019 |
| 13 | Leber: Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) | 05.10.2017 |
| 14 | Leber: Anzahl operative Interventionen | 05.10.2017 |
| 14 | Leber: Anzahl operative Interventionen | 03.04.2019 |

Auslegungen hinsichtlich der Kennzahlen Darm sind in diesem Dokument nicht abgebildet, da die FAQ's zu diesem Organ in dem Spezifikationsdokument hinterlegt sind.

Download: <http://www.xml-oncobox.de/de/Zentren/DarmZentren>

Farblegende

- „schwarz“ für alle Organe relevant
- nur relevant für „Darm“
- nur relevant für „Pankreas“
- nur relevant für „Magen“
- nur relevant für „Leber“
- nur relevant für „Speiseröhre“

FAQ's - Erhebungsbogen Viszeral

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap. | Anforderungen | | |
|-----------|---|---|--|
| 1.2.0 | Anzahl Primärfälle Zentrum | | |
| - Magen - | <p>Das Zentrum muss jährlich 30 Pat. mit der Primärdiagnose eines Adenokarzinoms des Magens und des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C 16.0¹, 16.1-16.9) behandeln. Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, können die ICD-10 C 15.2 und 15.5 in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden.</p> <p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Histologischer / Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) • Pat. mit Ersterkrankung • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. <p>¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.</p> | <p><u>FAQ (26.08.2019)</u> Zählt das Plattenepithelkarzinom im unteren Drittel (C15.5) bzw. im abdominalen Anteil (C15.2) des Ösophagus zum Magenkarzinomzentrum?</p> <p>Antwort: Die ICD-10 C 15.2 und 15.5 können nur dann in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden, wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist. Bei parallel zertifiziertem Magen- und Speiseröhrenkrebszentrum zählen die ICD-10 C 15.2 und C 15.5 nur für das Speiseröhrenkrebszentrum.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Werden auch Patienten mit einem GIST als Primärfall anerkannt?</p> <p>Antwort: Patienten mit einem GIST werden nicht als Primärfälle anerkannt. GIST ist eine andere Tumorentität und nicht mit den Adenokarzinomen des Magens zu vermengen. In der S3-Leitlinie Magenkarzinom wird die Tumorentität GIST nicht abgedeckt.</p> <p><u>FAQ (05.10.2017)</u> In den Befunden wird meistens von cm ab Zahnreihe berichtet. Beginnt der abdominale Anteil des Ösophagus unterhalb des Zwerchfells?</p> <p>Antwort: Ja. Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.</p> <p><u>FAQ (05.10.2017)</u> Zählen distale Ösophaguskarzinome, welche nicht in den ösophagogastralen Übergang hineinreichen, als Primärfälle oder werden ausschließlich AEG-Tumoren und Magenkarzinome berücksichtigt?</p> <p>Antwort: Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.</p> | |

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap. | Anforderungen | | |
|----------------------|--|--|--|
| | | <p><u>FAQ (10.07.2018)</u> Welche Karzinome des gastro-ösophagealen Übergangs (= AEG-Tumoren) werden dem Magen und welche der Speiseröhre zugeordnet?</p> <p>Antwort: Entsprechend der klinischen Klassifikation Siewert I-III, werden Siewert I und II-Karzinome der Speiseröhre zugeordnet, Karzinome Typ Siewert III dem Magen (vor neoadjuvanter Therapie Festlegung durch Endoskopiker erforderlich).</p> | |
| - Pank - | <p>Das Zentrum muss jährlich 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ICD-10 C 25.-) behandeln</p> <p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; nicht gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien) • Histologischer / Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) aus Primärtumor oder Metastase bei gleichzeitigem Vorliegen eines Pankreastumors in der Schnittbildgebung. • Pat. mit Ersterkrankung • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. | <p>FAQ (05.10.2017) Zählt das Karzinosarkom des Pankreas als Primärfall?</p> <p>Antwort: Ja.</p> | |
| - Speise- röhre - | <p>Das Zentrum muss jährlich 40 Pat. mit der Diagnose einer hochgradigen Dysplasie (HGIEN, HGD) oder eines invasiven Plattenepithel- bzw. Adenokarzinoms des Ösophagus behandeln (= Zentrumsfälle). Davon mind. 20 Pat. mit Primärdiagnose (ICD-10 C15, 16.0², D00.1 (HGD, HGIEN))</p> <p>Definition Primärdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1) • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen/bildgebenden Diagnosesicherung • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt <p>²Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.</p> | <p>FAQ (10.07.2018) Welche Karzinome des gastro-ösophagealen Übergangs (= AEG-Tumoren) werden dem Magen und welche der Speiseröhre zugeordnet?</p> <p>Antwort: Entsprechend der klinischen Klassifikation Siewert I-III, werden Siewert I und II-Karzinome der Speiseröhre zugeordnet, Karzinome Typ Siewert III dem Magen (vor neoadjuvanter Therapie Festlegung durch Endoskopiker erforderlich).</p> | |

1.4 Psychoonkologie

| Kap. | Anforderungen | | |
|-------------------|---|--|--|
| 1.4.1 - Alle - | <p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen oder • Ärzte <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.</p> <p>Als Fortbildung anerkannt werden: von PSO oder dapo durchgeführte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von > 100 Unterrichtseinheiten. Der Nachweis ist über ein spezielles Ausbildungscurriculum zu erbringen.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter, Seelsorge etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend. Diese ergänzen die psychoonkologische Versorgung.</p> | <p>FAQ (24.10.2018)</p> <p>Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.</p> | |
| 1.4.2 - Alle - | <p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p> | <p>FAQ (21.07.2016)</p> <p>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> | |

1.7 Studienmanagement

| Kap. | Anforderungen | |
|-------------------|--|---|
| 1.7.6 - Alle - | <p>Anteil Studienpatienten</p> <p>1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient in Studien eingebracht worden sein (Richtwert: ≤ 6 Mo. vor Zertifizierung)</p> <p>2. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl</p> <p>Die Anforderung gilt pro Tumorentität.</p> | <p><u>FAQ (05.10.2017)</u> Gilt die Vorgabe „1 Patient bei Erstzertifizierung“ auch für die Module des Viszeralonkologischen Zentrums?</p> <p>Antwort: Wenn bei der Erstzertifizierung der Module Pankreas, Magen, Leber und Ösophagus kein Patient in Studien eingeschlossen ist, muss das Zentrum seine Aktivität für den Studieneinschluss nachweisen und gleichzeitig die Studienquote für das Darmkrebszentrum erfüllen. Eine Zertifikatserteilung ist nur unter Auflagen möglich (reduzierte Gültigkeit). Bis zum 1. Überwachungsaudit muss 1 Patient pro Modul in Studien eingeschlossen sein.</p> |

1.8 Pflege

| | | |
|-------------------|---|--|
| 1.8.5 - Darm - | <p>Stomatherapie - Personal</p> <p>Qualifikation Leitung Stomatherapie Qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen</p> <p>Personal ist namentlich zu benennen Sofern Stomatherapie von extern erbracht wird, ist Kooperationsvereinbarung zu schließen.</p> <p>Anerkannte Ausbildung Stomatherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin/Pflegeexperten für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720 h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen. Für Stomatherapeuten, welche vor dem 01.01.2019 in den Zentren benannt waren, gilt folgender Bestandschutz: Weiterbildungsumfang mind. 400 h zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie „Curriculum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde“ der FgSKW exkl. Abschnitte Inkontinenz und Wunde). | <p>FAQ (30.11.2018): Auf wen bezieht sich der Bestandschutz für die anerkannten Ausbildungen zur Stomatherapie? Auf den Stomatherapeuten oder auf das Zentrum, in dem der Stomatherapeut tätig ist?</p> <p>Antwort: Es handelt sich um einen personenbezogenen Bestandschutz, der für alle Stomatherapeuten gilt, welche vor dem 01.01.2019 ihre Ausbildung zur Stomatherapie nach den bis zum 31.12.2018 gültigen Kriterien abgeschlossen oder begonnen haben.</p> |
| 1.8.6 - Darm - | <p>Stomatherapie - Definition der Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch) Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde | <p>FAQ (28.08.2019): Muß die präoperative Anzeichnung des Stomas immer durch die Stomatherapie erfolgen?</p> <p>Antwort: Nein. Die Anzeichnung der Stomaposition kann auch durch den Operateur / Chirurg erfolgen. Es ist jedoch darauf zu achten, dass mindestens bei den elektiven Operationen mit Stomaanlage die Anzeichnung der Stomaposition präoperativ stattfindet.</p> |

5.2 Organspezifische Operative Therapie

| Kap. | Anforderungen | | |
|-----------|--|--|--|
| 5.2.4 | Operative Expertise Zentrum | | |
| - Pank - | Operative Expertise Pankreas | FAQ (05.10.2017) | |
| 5.2.3 alt | <ul style="list-style-type: none"> Mind. 20 Pankreasresektionen / Jahr Mind. 12 operative Primärfälle Pankreaskarzinome / Jahr | <p>Sind für eine Zertifikatserteilung/-verlängerung alle 3 folgenden Kriterien zu erfüllen oder nur eines davon?</p> <ul style="list-style-type: none"> 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ICD-10 C 25.-) (EB 1.2.0) 20 Pankreasresektionen / Jahr (EB 5.2.4) 12 operative Primärfälle Pankreas (EB 5.2.4) | |
| | <p>Definitionen</p> <ul style="list-style-type: none"> Primärfälle gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; <u>nicht</u> gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien); vollständige Definition siehe EB 1.2.0 operative Primärfälle Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525* = Adeno-Ca, Neuroendokrines Ca, KEIN IPMN Pankreasresektionen benigne + maligne ICD's, auch IPMN's; relevant ist nur OP-Art (=Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie; OPS: 5-524, 5-525) | <p>Antwort: Für die Zertifikatserteilung/-verlängerung sind gemäß der „Bewertungsrichtlinie Primärfälle/Fallzahlen“ die 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms sowie die 20 Pankreasresektionen nachzuweisen.</p> | |
| - Magen - | <p>Operative Expertise Magen (Primärfälle)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. ≥ 20 operative Resektionen Magen /AEG (Abd. Gastrektomien, subtotale Magenresektionen u./o. transhiatale /abdominothorakale erweiterte Gastrektomien bei Pat. mit Magen-Ca oder AEG) <p>Definition operative Resektion Magen/AEG: ICD-10 C16.0¹, 16.1-16.9, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*</p> <p>Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, dann können auch Resektionen bei ICD-10 C15.2 und 15.5 gezählt werden (siehe auch Kapitel 1.2.0).</p> <p>¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.</p> | <p>FAQ (14.07.2016) Können ESD- und laparoskopische Resektionen (Sleeve-resection 5.434.51) als operative Primärfälle gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein.</p> | |

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

| Kap. | Anforderungen | |
|------------------|---|--|
| 10.3 - Alle - | <p>Zusammenarbeit mit Krebsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de). Die OncoBox soll vom zuständigen Krebsregister befüllt werden. Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. Die Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität sollen über das Krebsregister gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen. Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung. | <p><u>FAQ (05.10.2017)</u> Was ist ein 65c-Krebsregister?</p> <p>Antwort: Ein 65c-Krebsregister ist entsprechend der Vorgaben des §65c des SGB V (Krebsfrüherkennungsregistriergesetz) durch das Bundesland benannt.</p> |

FAQ's - Datenblatt Darm (=Excel-Vorlage)

Auslegungen hinsichtlich der Kennzahlen Darm sind in diesem Dokument nicht abgebildet, da die FAQ's zu diesem Organ in dem Spezifikationsdokument hinterlegt sind.

Download: <http://www.xml-oncobox.de/de/Zentren/DarmZentren>

FAQ's - Datenblatt Pankreas (=Excel-Vorlage)

| | | | | |
|----|---------------------------|-------------|--|--|
| 7a | Endoskopie Komplikationen | Zähler | ERCP spezifische Komplikationen | <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie ist die Zählweise bei dieser Kennzahl: Die Anzahl an tatsächlichen Untersuchungen oder die Anzahl an Patienten oder die Anzahl an Fällen?</p> <p>Antwort: Die Zählweise ist auf die Anzahl der Untersuchungen bezogen.</p> |
| | | Nenner | ERCPS je endoskopierender Einheit | |
| | | Sollvorgabe | ≤ 10% | |
| 7a | Endoskopie Komplikationen | Zähler | ERCP spezifische Komplikationen Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1) | <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Werden Patienten sowohl im Zähler 7a als auch 7b gezählt wenn sie beide Arten von Komplikationen hatten?</p> <p>Antwort: Ja.</p> |
| | | Nenner | ERCPS je endoskopierender Einheit | |
| | | Sollvorgabe | ≤ 10% | |
| 7b | Endoskopie Komplikationen | Zähler | ERCP spezifische Komplikationen Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1) | |
| | | Nenner | ERCPS je endoskopierender Einheit | |

| | | | | |
|----|--------------------------|-------------|--|--|
| | | Sollvorgabe | ≤ 5% | |
| 16 | Inhalt Pathologiebericht | Zähler | Befundberichte von operativen Primärfällen mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK | <p>FAQ (14.07.2016): Wie ist die Zählweise bei dieser Kennzahl: Die Anzahl an Befundberichten (gesamt) oder die Anzahl an Patienten mit mind. einem Befundbericht oder die Anzahl an Fällen mit mind. einem Befundbericht?</p> <p>Antwort: Operative Primärfälle mit dem finalen Befundbericht, der die aufgeführten Angaben enthalten soll.</p> |
| | | Nenner | Befundberichte von operativen Primärfällen | |
| | | Sollvorgabe | Derzeit keine Vorgaben | |

FAQ's - Datenblatt Leber (=Excel-Vorlage)

| | | | | |
|-----|--|-------------|--|--|
| 3a | Postoperative Vorstellung | Zähler | Operationen des Nenners, die postoperativ in der TK vorgestellt wurden | <p>FAQ (03.04.2019): Ersetzt die postoperative Vorstellung transplantierten Patienten in der Transplantationsambulanz die Vorstellung in der Tumorkonferenz?</p> <p>Antwort: Nein. Auch transplantierte Patienten müssen postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.</p> |
| | | Nenner | Operative Expertise - Anzahl Operationen bei Primärfällen | |
| | | Sollvorgabe | ≥ 95% | |
| 3b | Postinterventionelle Vorstellung | Zähler | Interventionen des Nenners, die 4-12 Wochen nach Intervention in der TK vorgestellt wurden | <p>FAQ (03.04.2019): Wann soll die postinterventionelle Vorstellung der Patienten mit TACE erfolgen?</p> <p>Antwort: Die Vorstellung soll einmalig am Ende des Gesamtzyklus erfolgen.</p> |
| | | Nenner | Interventionelle Expertise - Interventionen bei Primärfällen | |
| | | Sollvorgabe | ≥ 95% | |
| 10 | Ausbreitungsdiagnostik | Zähler | Primärfälle des Nenners mit mehrphasischer Schnittbildgebung zur Ausbreitungsdiagnostik mit Aussage zu Ausmaß und Gefäßeinbruch | <p>FAQ (03.04.2019): Können auswärtige Befunde, die keine Aussagen zum Ausmaß der Einzelherde und Gefäßeinbruch haben, anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Nein. In diesen Fällen ist eine Nachbeurteilung oder eine erneute Bildgebung durchzuführen.</p> |
| | | Nenner | Primärfälle (= Kennzahl 1) | |
| | | Sollvorgabe | ≥ 95% | |
| 12 | RECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE | Zähler | Primärfälle des Nenners, bei denen das Therapieansprechen mittels RECIST- oder modifizierter RECIST- oder/und EASL-Klassifikation beurteilt wurde | <p>FAQ (03.04.2019): Kann für die Bewertung des Therapieansprechens nach TACE/TAE auch eine andere Klassifikation, außer RECIST- oder modifizierter RECIST- oder/ und EASL-Klassifikation, verwendet werden?</p> <p>Antwort: Nein. Die Zertifizierungskommission spricht sich in der Sitzung vom 03.04.2019 nochmals für die Verwendung der RECIST/mRECIST bzw. EASL-Klassifikation aus.</p> |
| | | Nenner | Primärfälle mit TACE/TAE | |
| | | Sollvorgabe | ≥ 95% | |
| 13b | Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation | Zähler | Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen: Blutung (T81.0), Gefäßverletzung (T81.2), Non-target-Embolisationen (T81.7), Abszess intrahepatisch (T81.4), Verletzung an- | <p>FAQ (05.10.2017): Kann „high intensity focused ultrasound“ zusätzlich berücksichtigt werden?</p> <p>Antwort:</p> |

| | | | | |
|----|--------------------------------------|-------------|--|---|
| | | | derer Organe (T81.2), Le- berversagen (K91.9) nach perkutaner RFA + Mikrowel- lenablation | Keine Berücksichtigung von „high intensity focused ult- rasound“. |
| | | Nenner | Primärfälle mit perkutaner RFA + Mikrowellenablation (OPS: 5-501.53) | |
| | | Sollvorgabe | ≤ 5% | |
| 14 | Anzahl operative Inter- ventionen | Zähler | Operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrank- ungen in der Leber (5-502* o. 5-504*) | FAQ (05.10.2017): Kann „high intensity focused ultrasound“ zusätzlich berück- sichtigt werden? Antwort: „High intensity focused ult- rasound“ kann nicht für die Be- rechnung der Kennzahl be- rücksichtigt werden. |
| | | Nenner | ----- | |
| | | Sollvorgabe | ≥ 25 | |
| 14 | Anzahl operative Inter- ventionen | Zähler | Operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrank- ungen in der Leber (5-502* o. 5-504*) | FAQ (03.04.2019): Welche Erkrankungen sind mit „maligne Tumorerkrankungen in der Leber“ gemeint? Antwort: Zum Nachweis der operativen Expertise können hier Resekti- onen/ Transplantationen (OPS: 5-502* o. 5-504*) ge- zählt werden, die bei primären oder sekundären (= z.B. Meta- stasen) malignen Tumorer- krankungen der Leber durch- geführt wurden. Nicht gezählt werden Adenome, Hämangi- ome, FNH oder der V.a. ein z.B. Gallenblasenkarzinom, der in der Histologie nicht be- stätigt wurde. |
| | | Nenner | ----- | |
| | | Sollvorgabe | ≥ 25 | |