

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

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

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: 11.09.2019

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

Erhebungsbogen Lunge	Version G2	11.09.2019
Datenblatt Lunge	Version G.2.1	11.09.2019

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall Therapieabbrüche	tt.mm.jjjj
	1.2.3b)	Teilnehmer Tumorkonferenz (Nuklearmedizin)	21.03.2018
	1.2.5	Indikationskonferenz	14.07.2016
1.4 Psychoonkologie	1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation	24.10.2018
	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
2.2. Diagnostik	2.2.3	Expertise für die endoskopischen / interventionellen Verfahren (transbronchiale Lungenbiopsien)	05.08.2019
5. Sozialdienst	1.5.1	Ressourcen	13.07.2018

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Prä- und posttherapeutischer Tumorstatus	12.09.2017
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion) in Tumorkonferenz	13.07.2018
8	Interventionelle bronchologische Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stent-einlage)	14.07.2016
9b	Lungenresektionen (Operative Expertise – Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei jeder ICD-10 C-Diagnose, inkl. ICD-10 C.34))	12.09.2017
18	Begutachtete maligne Lungenfälle	13.07.2018
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 • Patienten ohne pathologische Diagnosesicherung dürfen gezählt werden, wenn (alle Punkte müssen erfüllt sein): <ul style="list-style-type: none"> ○ Solitärer malignomsuspekter Lungenherd ○ FDG-PET-positiv ○ Dokumentierte Größenprogredienz im Verlauf (mind. 8 Wochen) ○ Hohes Risiko für Pat. durch pathologische Sicherung ○ Vorstellung Tumorkonferenz und Indikationsstellung zur Radiotherapie ohne pathologische Sicherung ○ Zählzeitpunkt ist Datum der Vorstellung Tumorkonferenz • 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> 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 Diagnosestellung 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>	
1.2.3 b)	<p>Teilnehmer Tumorkonferenz Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen regelmäßig an der Tumorkonferenz teil. Die</p>	<p><u>FAQ (21.03.2018)</u> Müssen Nuklearmediziner obligat an der wöchentlichen Tumorkonferenz teilnehmen?</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden. Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen. Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologie, Pflege) und andere Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.	Antwort: Nein. Die Anwesenheit eines Nuklearmediziners ist bei Bedarf (z.B. Notwendigkeit der Diskussion Lungenszintigraphie) zu ermöglichen.	
1.2.5	Prätherapeutische Tumorkonferenz <ul style="list-style-type: none"> - Primärfälle - Lokalrezidive/Fernmetastasen 		
	Indikationskonferenz <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, Palliativmedizin 	<u>FAQ (14.07.2016)</u> <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	
1.4.1	Psychoonkologie - Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen oder • Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung (s.u.). (Nachweis erforderlich) Vertretungsregelung ist schriftlich zu belegen Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplompädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. psychoonkologischen Qualifizierung zugelassen werden. In diesem Fall ist die Qualifikation in einem Curriculum (Ausbildung, Fort-/Weiterbildung, psychoonkologische Erfahrung) darzustellen, das einer Einzelfallprüfung unterzogen wird. Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend. Anerkannte Lehrgänge Von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonst. adäquate Fortbildung mit einem Umfang von > 100 Unterrichtseinheiten	<u>FAQ (24.10.2018)</u> Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden? Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.	
1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Dokumentation und Evaluation Die psychoonkologische Versorgung ist fortlau-	<u>FAQ (21.07.2016)</u> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen? Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<p>find 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>(siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p>

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.5.1	<p>Qualifikation Sozialarbeit Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Vertretungsregelung im Urlaubs- und Krankheitsfall muss hinterlegt sein.</p> <p>Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p> <p>Organisationsplan: Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche oder Standorte fungiert, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>	<p><u>FAQ (13.07.2018)</u> Wie sind die geforderten personellen Ressourcen zu berechnen/nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Die personellen Ressourcen sind auf Basis der tatsächlich beratenen Patienten des Zentrums zu berechnen. Berechnungsgrundlage ist der Zähler der Kennzahl der Kennzahl Nr. 5, Beratung Sozialdienst (Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden – bezogen auf das im Nenner der Kennzahl definierte Patientenkollektiv). 1 Patient, der mehrfach beraten wurde, zählt nur 1x.</p>

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • (...) • Transbronchiale Lungenbiopsien (1430.2) 	<p><u>FAQ (05.08.2019)</u> Dürfen hier auch die transösophagealen Lungenbiopsien mitgezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja, die transösophagealen Lungenbiopsien dürfen mitgezählt werden.</p>

FAQ's - Kennzahlenbogen Lunge

----	Basisdaten	Spalten B-J	UICC / TNM (prä-/posttherapeutischer Tumorstatus)	<p><u>FAQ (12.09.2017)</u> Ist es korrekt, dass Patienten ypT0 in den Basisdaten nicht berücksichtigt werden können oder sollen diese Patienten mit dem prätherapeutischen Tumorstatus abgebildet werden?</p> <p>Antwort: nach neoadjuvanter und operativer Therapie: grundsätzlich Angabe cT.</p> <p><u>FAQ (12.09.2017)</u> Wie ist bei Änderung des Stadiums zu verfahren? Z.B. initiales Stadium III, postoperatives Stadium IA, adjuvante Therapie, finales Stadium 0?</p> <p>Antwort: Nach neoadjuvanter Therapie +/- OP: c-Stadium Nach alleiniger OP: p-Stadium</p>									
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion) in Tumorkonferenz	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 1160 691 1317">Zähler</td> <td data-bbox="691 1160 1121 1317">Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion), die in TK vorgestellt wurden.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1317 691 1440">Nenner</td> <td data-bbox="691 1317 1121 1440">Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1440 691 1473">Sollvorgabe</td> <td data-bbox="691 1440 1121 1473">≥ 90%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1473 691 1563">Nenner</td> <td data-bbox="691 1473 1121 1563">'Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1563 691 2105">Sollvorgabe</td> <td data-bbox="691 1563 1121 2105">Derzeit keine Vorgabe.</td> </tr> </table>	Zähler	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion), die in TK vorgestellt wurden.	Nenner	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)	Sollvorgabe	≥ 90%	Nenner	'Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)	Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgabe.	<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> <p><u>FAQ (13.07.2018)</u> Wie ist das Kennzahlenziel zu verstehen?</p> <p>Antwort: Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv oder einer Fernmetastasierung sind nur dann prätherapeutisch in der Tumorkonferenz zu besprechen, wenn sie sich zur Behandlung im Zentrum vorstellen. Patienten, die heimatnah außerhalb der Zentrumsstruktur versorgt wer-</p>
Zähler	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion), die in TK vorgestellt wurden.												
Nenner	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)												
Sollvorgabe	≥ 90%												
Nenner	'Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)												
Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgabe.												

				den, fallen nicht unter diese Regelung.
8	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	Zähler	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen (Thermische Verfahren u. Stenteinlage) je Leistungserbringer (OPS: 5-319.14, 5-319.15, 5-320.0)	FAQ (14.07.2016) Dürfen bei den interventionellen bronchoskopischen Eingriffen auch Kryotherapien (Tumorabtragung mit Kryo-Sonde) mit gezählt werden?
		Nenner	---	Antwort:
		Sollvorgabe	≥ 10	Ja, jedoch keine Kryobiopsien, da diese keine interventionellen Verfahren sind..
9b	Lungenresektionen	Zähler	Operative Expertise – Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei jeder ICD-10 C-Diagnose, inkl. ICD-10 C.34)	FAQ (12.09.2017) Wie ist die neue Zählweise bei den anatomischen Resektionen genau zu verstehen? Antwort: Es sind weiterhin mind. 75 anatomische Lungenresektionen nachzuweisen, jedoch nicht mehr ausschließlich bei Primärfällen mit Bronchialkarzinom (ICD-10 C.34), sondern bei allen Patienten mit C-Diagnosen. Ziel der modifizierten Anforderung ist, dass Kliniken, die die bisherige Vorgabe von 75 operierten Primärfällen mit anatomischer Lungenresektion knapp nicht erreicht haben, sich künftig auch der Zertifizierung/Qualitätssicherung unterziehen können.
18	Pathologische Begutachtungen	Zähler	Begutachtete maligne Lungenfälle	FAQ (13.07.2018) Dürfen für den Nachweis der pathologischen Begutachtungen auch Biopsien und Zweitbegutachtungen gezählt werden? Antwort: Ja, Biopsien dürfen gezählt werden. Zweitbegutachtungen nur, sofern es sich um Referenzpathologien und nicht um Doppelbefundungen handelt.
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 A1/2 im Nenner mit erfasst?
		Nenner	R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfälle Stad. II-III A1/2 mit ECOG 0/1	Antwort:
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgabe.	Nein, neoadjuvant vorbehandelte Pat. können nicht für den Nenner gezählt werden.