

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: 22.10.2020

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

Erhebungsbogen Lunge	Version H.1	09.07.2020
Datenblatt Lunge	Version H1.2	22.10.2020

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall Therapieabbrüche	14.07.2016
	1.2.3b)	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
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpatienten	24.06.2020
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
17	Pathologische Begutachtungen	13.07.2018
18	Adjuvante cisplatinhaltige Chemotherapie Stad. II-III _{A1/2}	24.06.2020
27	PD-L1-Testung bei NSCLC im Stadium III mit Radiochemotherapie	22.10.2020

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 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 (unabhängig von der Seiten- bzw. Lappenlokalisation) • Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome, wenn diese auf verschiedenen Seiten auftreten (nicht als zweiter Primärfall gezählt wird das Auftreten in verschiedenen Lappen derselben Seite) • 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 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 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.3 b)	<p>Teilnehmer Tumorkonferenz</p> <p>Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen an jeder Tumorkonferenz teil. Die Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden.</p> <p>Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen.</p> <p>Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologe, Pflege) und andere Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.</p>	<p><u>FAQ (21.03.2018)</u></p> <p>Müssen Nuklearmediziner obligat an der wöchentlichen Tumorkonferenz teilnehmen?</p> <p>Antwort: Nein. Die Anwesenheit eines Nuklearmediziners ist bei Bedarf (z.B. Notwendigkeit der Diskussion Lungenszintigraphie) zu ermöglichen.</p>
1.2.5	<p>Prätherapeutische Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primärfälle - Lokalrezidive/Fernmetastasen <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, Palliativmedizin 	<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
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen /Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert oder • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert <p>jeweils mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen.</p> <p>und psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt)</p>	<p><u>FAQ (24.10.2018)</u></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 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Der Prozess der Betreuung der Pat. im Zentrum (Screening, Evaluation der Screeningergebnisse, Versorgung) muss im Audit an Beispielen nachgewiesen werden.</p>	
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>

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.5.1	<p>Qualifikation Sozialarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter/Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich • Zusatzqualifikation: Erfahrung im medizinischen/onkologischen Berufsfeld <p>Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des</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</p>

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<p>Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p> <p>Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p> <p>Organisationsplan: Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.</p>	<p>durch den Sozialdienst beraten wurden – bezogen auf das im Nenner der Kennzahl definierte Patientenkollektiv).</p> <p>1 Patient, der mehrfach beraten wurde, zählt nur 1x.</p>

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.7.5	<p>Anteil Studienpatienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient in Studien eingebracht worden sein • nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl 	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 6</p>
	<p>Alle in Studien eingebrachten Patienten mit Lungenkrebs können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien, zu denen ein gültiges Ethikvotum vorgelegt werden kann.</p> <p>Einschluss in Studien, deren alleiniges Ziel die Materialsammlung (Biobanking) ist, zählt nicht.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.-einwilligung • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Studien • Pat. die in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden 	<p><u>FAQ (24.06.2020)</u> Welche Studien dürfen gezählt werden?</p> <p>Antwort: Es zählen Studien mit Ethikvotum, in die im auditrelevanten Kalenderjahr Zentrumspatienten eingeschleust wurden. Ausgenommen sind Studien, deren alleiniges Ziel die <u>Materialsammlung</u> (Biobanking) ist. Anrechenbar sind dagegen interventionelle und Beobachtungsstudien mit konkreter Fragestellung wie z.B. die CRISP-Studie.</p>

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
2.2.3	<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>Zähler</td> <td>Patienten des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden.</td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>Patienten mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)</td> </tr> <tr> <td>Sollvorgabe</td> <td>≥ 90%</td> </tr> </table>	Zähler	Patienten des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden.	Nenner	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)	Sollvorgabe	≥ 90%	<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>
Zähler	Patienten des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden.								
Nenner	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)								
Sollvorgabe	≥ 90%								

				<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 werden, fallen nicht unter diese Regelung.</p>
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)	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Dürfen bei den interventionellen bronchoskopischen 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	
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)	<p><u>FAQ (12.09.2017)</u> Wie ist die neue Zählweise bei den anatomischen Resektionen genau zu verstehen?</p> <p>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.</p>
17	Pathologische Begutachtungen	Zähler	Begutachtete maligne Lungenfälle	<p><u>FAQ (13.07.2018)</u> Dürfen für den Nachweis der pathologischen Begutachtungen auch Biopsien und Zweitbegutachtungen gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja, Biopsien dürfen gezählt werden. Zweitbegutachtungen</p>

				nur, sofern es sich um Referenzpathologien und nicht um Doppelbefundungen handelt.
18	Adjuvante cisplatinhaltige Chemotherapie Stad. II-III _{A1/2}	Zähler	Primärfälle des Nenners mit cisplatinhaltiger Chemotherapie	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Werden neoadjuvant vorbehandelte R0- und LK-resezierte NSCLC-Primärfälle Stad. II-III_{A1/2} im Nenner mit erfasst?</p> <p>Antwort: Nein, neoadjuvant vorbehandelte Pat. können nicht für den Nenner gezählt werden.</p> <p><u>FAQ (24.06.2020)</u> Können im Nenner auch Karzinoide gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein.</p>
		Nenner	R0- und LK-resezierten NSCLC-Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion Stad. II-III _{A1/2} mit ECOG 0/1	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgabe.	
27	PD-L1-Testung bei NSCLC im Stadium III mit Radiochemotherapie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit PD-L1-Testung vor Beginn der Radio-Chemotherapie	<p><u>FAQ (22.10.2020)</u> Muss das Testergebnis auf PD-L1 abgewartet werden, bevor mit der Radiochemotherapie begonnen wird?</p> <p>Antwort: Der Beginn der Radiochemotherapie soll nicht verzögert werden, nur weil das Ergebnis der Testung noch nicht vorliegt.</p>
		Nenner	Primärfälle NSCLC Stadium III mit Radio-Chemotherapie	
		Sollvorgabe	≥ 75%	