

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Sprecher 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: 14.01.2021

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

Erhebungsbogen Kopf-Hals	Version F2	20.11.2020
Datenblatt Kopf-Hals	Version F2.2	26.11.2020

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1 a)	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
5 Operative Onkologie	5.2	Operative Einheit	14.01.2021

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
2	Prätherapeutische Tumorkonferenz	27.08.2020
3	Psychoonkologische Betreuung	14.07.2016
9	Bildgebung für Feststellung N-Kategorie bei Mundhöhlenkarzinom	19.07.2018
10	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonale Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
11	Vollständiger Befundbericht bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
12	Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom	19.07.2018
13	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	24.08.2020
14	Postoperative Radio- o. Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	09.10.2017
15	Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- o. Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	07.07.2020
17	Panendoskopie bei Larynxkarzinom	07.07.2020
20	Dauer Strahlentherapie bei Larynxkarzinom	07.07.2020

FAQ's - Erhebungsbogen Kopf-Hals

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1 a)	<p>Anzahl Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> 75 Primärfälle (=invasive Neoplasien und in-situ Karzinome des oberen Aerodigestivtrakts (Nasenhaupt- 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>
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. Sofern der Hämatologe/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/ erfüllt, vertreten werden.</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: Anforderung Durchführung: KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung Kriterien für die Beurteilung der Dignität: LINK; • 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. <p>Für MKG:</p> <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 HNO-Spiegel-Untersuchung/ Panendoskopie bei (Entsprechend S3-Leitlinie): <ol style="list-style-type: none"> a) Mundhöhlenkarzinom: „Zum Ausschluss synchroner Zweittumoren soll im Rahmen der Primärdiagnostik des Mundhöhlenkarzinoms eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Spiegel-Untersuchung, ggf. eine Endoskopie durchgeführt werden.“ b) Larynxkarzinom: „Die Panendoskopie soll bei Patienten mit Larynxkarzinom durchgeführt werden.“ c) Pharynxkarzinom: „Durchführung Panendoskopie zur Feststellung der Ausdehnung und Ausschluss Zweitkarzinome“ (S3-LL Pharynxkarzinom gegenwärtig in Erstellung) • 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>

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2	<p>Operative Einheit Falls sich eine Einheit (HNO und/ oder MKG) an der operativen Versorgung beteiligt, müssen mind. 20 Resektionen/ Jahr (Entfernung eines inv. Tm /in-situ-Tm, Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.</p>	<p><u>FAQ (14.01.2021)</u> Wie werden Eingriffe gewertet, welche von HNO und MKG gemeinsam durchgeführt werden? Antwort: In Kooperation durchgeführte Eingriffe können für beide Hauptoperateure gezählt werden. Des Weiteren kann diese OP für die operative Expertise beider Einheiten (HNO und MKG) angerechnet werden.</p> <p><u>FAQ (07.07.2020)</u> Dürfen Panendoskopien als Eingriff zur operativen Expertise gezählt werden? Antwort: Nein, Panendoskopien zählen nicht.</p> <p><u>FAQ (30.04.2020)</u> Würde auch eine Panendoskopie als Eingriff zum Nachweis der operativen Expertise zählen, insbesondere wenn hier ein OPS mit „5-xxx“ genutzt wurde? Antwort: Nein, Panendoskopien zählen nicht zur operativen Expertise.</p>

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

2	Prätherapeutische Tumorkonferenz	Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<p><u>FAQ (27.08.2020)</u> Sind Primärfälle mit Speicheldrüsentumoren in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorzustellen und für die Kennzahl zu zählen?</p> <p>Antwort: Primärfälle mit Speicheldrüsentumoren sind von dieser Vorgabe ausgenommen, weil eine histologische Aufarbeitung in der Regel erst postoperativ möglich ist. Alle Primärfälle (inkl. der Speicheldrüsentumoren) werden automatisch im Nenner aufgeführt. Sollte die Nicht-Vorstellung der Primärfälle mit Speicheldrüsentumoren in der prätherapeutischen Tumorkonferenz zu einer Unterschreitung der Sollvorgabe führen, kann dies im Begründungsfeld entsprechend erläutert werden.</p>
		Nenner	Primärfälle(= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
3	Psychoonkologische Betreuung	Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch ≥ 25 Min.)	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Die psychoonkologische Versorgung kann durch alle Kooperationspartner (inkl. z.B. Strahlentherapie) initiiert bzw. erbracht werden.</p>
		Nenner	Primärfälle (=Kennzahl 1a) und Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/oder Fernmetastasen (=Kennzahl 1b)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

9	Bildgebung für Feststellung N-Kategorie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Untersuchung der Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit CT oder MRT zur Feststellung der N-Kategorie	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Ist zur Feststellung der N-Kategorie bei Patienten mit Mundhöhlenkarzinom alternativ zu CT/MRT auch eine Sonographie ausreichend?</p> <p><u>Antwort:</u> 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.</p>
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
10	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonaler Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Patienten mit Thorax CT zum Ausschluss pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom)	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist die korrekte Zählweise für den Zähler dieser Kennzahl?</p> <p><u>Antwort:</u> Zahl der Patienten, die ein Thorax CT erhalten haben.</p>
		Nenner	Primärfall-Patienten mit Mundhöhlenkarzinom Stadium III + IV	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

11	Vollständiger Befundbericht bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorlokalisierung, makroskopische Tumorgröße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasions-tiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angabe befallener Bezirke und infiltrierter Strukturen, R-Status; minimaler Sicherheitsabstand in mm, pN-Klassifikation extrakapsuläres Wachstum LK Ja/ Nein	<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	Operative Primärfälle Mundhöhlenkarzinom	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
12	Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit elektiver 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	Operative Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und cNO jeglicher T-Kategorie (ohne in situ Tm)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

13	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners ohne Unterbrechung der Strahlentherapie	<p><u>FAQ (10.09.2019)</u> Wie ist „ohne Unterbrechung der Strahlentherapie“ definiert?</p> <p>Antwort: Von einer nicht-unterbrochenen Strahlentherapie ist auszugehen, wenn die tatsächliche Bestrahlungsdauer die geplante Bestrahlungsdauer um nicht mehr als 1 Kalenderwoche überschreitet.</p> <p><u>FAQ (24.08.2020)</u> Sind im Nenner auch Patienten zu berücksichtigen, bei denen die Strahlentherapie begonnen und dann abgebrochen wurde?</p> <p>Antwort: Nein. Es werden nur diejenigen Patienten in den Nenner eingeschlossen, die die vorgesehene Bestrahlungsserie erhalten haben.</p>
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und Strahlentherapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
14	Postoperative Radio- oder Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie	<p><u>FAQ (09.10.2017)</u> Zählen hier auch in situ Karzinome mit knappem Resektionsrand?</p> <p>Antwort: Die Kennzahl bezieht sich auf das invasive Mundhöhlenkarzinom, was in-situ-Karzinome ausschließt.</p> <p><u>FAQ (09.10.2017)</u> Was bedeutet "LK", Nodalstatus (pN+) oder Lymphangiosis (L1)?</p> <p>Antwort: Im Zertifizierungssystem sind mit LK immer Lymphknoten gemeint.</p>
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom - T3/T4-Kategorie und/oder - knappen ($\leq 3\text{mm}$) oder positiven Resektionsrändern - und/oder perineuraler oder Gefäßinvasion - und/oder pos. LK	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

15	Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- oder Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Radio- oder Radiochemotherapie	<p><u>FAQ (07.07.2020)</u> Müssen auch Patienten ohne eigene Zähne zahnärztlich vorgestellt werden?</p> <p>Antwort: Ja. Bei Patienten, die vermeintlich keine eigenen Zähne mehr haben, befinden sich mitunter noch Zahnreste im Kiefer.</p>
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und Radio- oder Radiochemotherapie	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
17	Panendoskopie bei Larynxkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Panendoskopie	<p><u>FAQ (07.07.2020)</u> Sind auch Primärfälle mit einem In-Situ-Larynxkarzinom dem Nenner zuzuordnen?</p> <p>Antwort: Ja.</p>
		Nenner	Primärfälle Larynxkarzinom	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
20	Dauer Strahlentherapie bei Larynxkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Abschluss Strahlentherapie innerhalb von 77d nach OP	<p><u>FAQ (07.07.2020)</u> Ab welchem Zeitpunkt beginnt die Zählung der 77 Tage, innerhalb derer die Strahlentherapie abgeschlossen sein soll?</p> <p>Antwort: Die Zählung beginnt mit dem Tag der abschließenden OP (inkl. Nachresektion).</p>
		Nenner	Primärfälle Larynxkarzinom und postoperative Strahlentherapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	