

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Viszeralonkologische Zentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Sprecher der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. J. Mayerle, 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: 09.04.2021

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

Erhebungsbogen Viszeral	Version K1	06.07.2020
Erhebungsbogen Darm	Version K1	06.07.2020
Datenblatt Darm	Version K1.1	06.07.2020
Datenblatt Pankreas	Version K1.1	06.07.2020
Datenblatt Magen	Version K1.1	06.07.2020
Datenblatt Leber	Version K1.1	06.07.2020
Datenblatt Speiseröhre	Version K1.1	06.07.2020

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.0	Magen: Anzahl Primärfälle Zentrum	06.07.2020
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
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.9	Therapieabweichung	09.04.2021
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
2.1 Sprechstunde	2.1.5	Darm: Höhenlokalisierung Rektum	26.11.2020
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
15	Pankreas: Inhalt Pathologieberichte	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 und 16.0² 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>² 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 (06.07.2020)</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 es sich um ein Adenokarzinom handelt (keine Anerkennung von Plattenepithelkarzinomen) und kein zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum vorhanden 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:</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
		<p>Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophago-gastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.</p> <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><u>FAQ (05.10.2017)</u> 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><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>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	² 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.		
1.2.9 - Alle -	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> Das therapeutische Vorgehen soll sich an den Behandlungsplänen bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz orientieren. Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichungen von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen. Wird eine Therapie auf Wunsch des Patienten (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden. 	<p>FAQ (09.04.2021)</p> <p>Ist die TNT (Totale Neoadjuvante Therapie) gemäß der Stellungnahme der AIO (https://aio-portal.de/tl_files/aio/stellungnahmen/Stellungnahme%20AIO_ACO_ARO%20Rektumkarzinom%20_%2007_2020.pdf) ein anforderungskonformes Therapiekonzept?</p> <p>Antwort: Nach Rücksprache mit den Koordinatoren der S3-LL KRK wird gegenwärtig kein Amendment der LL angestrebt, weil die drei in der AIO-Stellungnahme zitierten Studien bisher nicht als vollständiges Paper vorliegen. Die LL wird nächstes Jahr aktualisiert und die TNT dann diskutiert. Bis dahin gilt, dass man von der LL abweichen kann, es aber begründen muss.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.1 - Alle -	<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>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär oder ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</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 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
	<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>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend. Diese ergänzen die psychoonkologische Versorgung.</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 - Alle -	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) und das Ergebnis zu dokumentieren. Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.</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>	

1.7 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

Kap.	Anforderungen	
1.8.5 - Darm -	<p>Stomatherapie - Personal</p> <p>Qualifizierte 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>

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.5 - Darm -	<p>Qualifikation Rektum-Diagnostik</p> <p>Angabe Expertise pro Behandlungseinheit für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rektale Endosonographie • Starre Rektoskopie • Chromoendoskopie • Proktologie 	
NEU	<p>Höhenlokalisierung Rektum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die Höhenlokalisierung können die starre Rektoskopie oder die MRT-Untersuchung zur Anwendung kommen. • Im Befundbericht muss die Höhenlokalisierung angegeben sein. • Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.11.2018 	<p>FAQ (26.11.2020): Frage: Wie erfolgt die Höhenlokalisierung eines Rektumkarzinoms mittels MRT-Untersuchung?</p> <p>Antwort: Hierfür ist der Abstand zwischen dem distalen Ende des Tumors und der Junctio anrectalis anzugeben. Der Analrand ist (im Gegensatz zur starren Rektoskopie) als Messpunkt bei der Hö-</p>

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
		henlokalisierung mittels MRT aufgrund der geringeren Zuverlässigkeit bei der Messung weniger geeignet.

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 Definitionen <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>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>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 -	Operative Expertise Magen (Primärfälle) <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) Definition operative Resektion Magen/AEG: <ul style="list-style-type: none"> ICD-10 C16.0¹, 16.1-16.9, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438* <p>Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, dann können auch Resektionen bei ICD-10 C15.2 und 15.5 und 16.0² 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>² 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>	FAQ (14.07.2016) Können ESD- und laparoskopische Resektionen (Sleeve-resection 5.434.51) als operative Primärfälle gezählt werden? Antwort: Nein.	

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 (Krebsfrüherkennungsregistergesetz) 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	ERCPS des Nenners mit spezifischen Komplikationen Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	<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	ERCPS des Nenners mit spezifischen 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		Zähler	ERCPS des Nenners mit spezifischen Komplikationen Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	
		Nenner	ERCPS je endoskopierender Einheit	

		Sollvorgabe	≤ 5%	
15	Inhalt Pathologieberichte	Zähler	Befundberichte des Nenners 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	FAQ (03.04.2019): Ersetzt die postoperative Vorstellung transplantierten Patienten in der Transplantationsambulanz die Vorstellung in der Tumorkonferenz? Antwort: Nein. Auch transplantierte Patienten müssen postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.
		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	FAQ (03.04.2019): Wann soll die postinterventionelle Vorstellung der Patienten mit TACE erfolgen? Antwort: Die Vorstellung soll einmalig am Ende des Gesamtzyklus erfolgen.
		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	FAQ (03.04.2019): Können auswärtige Befunde, die keine Aussagen zum Ausmaß der Einzelherde und Gefäßeinbruch haben, anerkannt werden? Antwort: Nein. In diesen Fällen ist eine Nachbeurteilung oder eine erneute Bildgebung durchzuführen.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		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	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? Antwort: Nein. Die Zertifizierungskommission spricht sich in der Sitzung vom 03.04.2019 nochmals für die Verwendung der RECIST/mRECIST bzw. EASL-Klassifikation aus.
		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-	FAQ (05.10.2017): Kann „high intensity focused ultrasound“ zusätzlich berücksichtigt werden? Antwort:

			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	