

# 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: 06.09.2021

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

Erhebungsbogen Lunge	Version H3	06.09.2021
Datenblatt Lunge	Version H3.1	06.09.2021

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient\*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

## Übersicht der FAQ's

### Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall synchrone vs. metachrone Behandlung Therapieabbrüche	13.07.2021
	1.2.3b)	Teilnehmer Tumorkonferenz (Nuklearmedizin)	21.03.2018
	1.2.5	Indikationskonferenz	14.07.2016
	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpat.	24.06.2020
2.2. Diagnostik	2.2.3	Expertise für die endoskopischen / interventionellen Verfahren (transbronchiale Lungenbiopsien)	05.08.2019
1.5 Sozialdienst	1.5.1	Sozialarbeit – Ressourcen	13.07.2018

### Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Prä- und posttherapeutischer Tumorstatus	12.09.2017
1b	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	02.08.2021
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion) in Tumorkonferenz	13.07.2018
8	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	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 <sub>A1/2</sub>	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 Pat. mit der Primärdiagnose „Lungenkrebs“ behandeln, und zwar im Zentrum.</p> <p>Definition Primärfall des Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pat. mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten</li> <li>• Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Pat. oder Pat. zur Zweitmeinung werden nicht gezählt</li> <li>• Pat. (nicht Aufenthalte, nicht OP's)</li> <li>• Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem</li> <li>• Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9)</li> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der pathologischen Diagnosesicherung</li> <li>• Pat. ohne pathologische Diagnosesicherung dürfen gezählt werden, wenn (alle Punkte müssen erfüllt sein): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solitärer malignomsuspekter Lungenherd</li> <li>○ FDG-PET-positiv</li> <li>○ Dokumentierte Größenprogredienz im Verlauf (mind. 8 Wochen)</li> <li>○ Hohes Risiko für Pat. durch pathologische Sicherung</li> <li>○ Vorstellung Tumorkonferenz und Indikationsstellung zur Radiotherapie ohne pathologische Sicherung</li> <li>○ Zählzeitpunkt ist Datum der Vorstellung Tumorkonferenz</li> </ul> </li> <li>• Ein Primärfall bei synchroner Behandlung der Bronchialkarzinome (unabhängig von der Seiten- bzw. Lappenlokalisierung)</li> <li>• 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)</li> <li>• Synchron auftretender Tm einer anderen Tm-entität kann als Primärfall für jede Tm-entität gezählt werden</li> </ul>	<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. Pat., 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 Pat. mit pathologischer Diagnosesicherung, aber vor Einleiten spezifischer Therapie als Primärfall?</p> <p>Antwort: Best supportive care zählt auch als Behandlung.</p> <p><u>FAQ (13.07.2021)</u> Handelt sich bei folgendem Fall um 1 Primärfall oder um 2 Primärfälle? Bei der Erstdiagnose sind 2 Tumorherde in der rechten und linken Lunge vorhanden. Zunächst erfolgt eine Tumorsektion links und zu einem späteren Zeitpunkt die Resektion des rechten Tumorherdes.</p> <p>Antwort: Die beiden Tumorherde werden bei der Diagnose Lungenkarzinom gleich entdeckt, insofern wird die Therapie auch unter Berücksichtigung beider Tumorherde geplant und durchgeführt. Es handelt sich hier mehr um einen zweizeitigen Eingriff denn um eine metachrone Behandlung. Insofern wäre hier nur 1 Primärfall zu zählen.</p> <p><u>FAQ (13.07.2021)</u> Wenn 1 Lungenherd z.B. 3 Monate nach Resektion des 1. Lungenherdes auf der gegenüberliegenden Seite entdeckt wird und dieser daraufhin behandelt wird, können dann beide Herde als eigenständige Primärfälle gezählt werden?</p>

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
		Antwort: Hier wurde zunächst nur 1 Lungenherd entdeckt und unter dieser Prämisse therapiert, anschließend wird zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Rundherd in der anderen Lunge entdeckt und dann wiederum therapiert. Somit können 2 Primärfälle gezählt werden. Bei metachroner Behandlung von 2 Bronchialkarzinomen derselben Seite kann nur 1 Primärfall gezählt werden.	
	Therapieabbrüche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Falle einer Erstbehandlung als Primärfall anrechenbar.</li> <li>• Sind im Tumordokumentationssystem anzugeben.</li> <li>• Anzahl der Pat. ist anzugeben.</li> <li>• Keine Anerkennung, wenn Pat. das Zentrum nach der Diagnosestellung bzw. vor Therapiebeginn wechselt</li> </ul>	FAQ (14.07.2016) Wie ist ein „Therapieabbruch“ definiert?  Antwort: Wenn die ursprünglich geplante Therapie nicht in vollem <sup>1)</sup> Umfang erfolgt ist. Siehe ADT-Bogen: Feld Abbruch  <sup>1)</sup> Muss durch Leistungserbringer definiert werden.	
1.2.3 b)	Teilnehmer Tumorkonferenz Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen an jeder Tumorkonferenz teil. Die 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.	FAQ (21.03.2018) Müssen Nuklearmediziner obligat an der wöchentlichen Tumorkonferenz teilnehmen?  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"> <li>- Primärfälle</li> <li>- Lokalrezidive/Fernmetastasen</li> </ul>		
	Indikationskonferenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Zentren mit &gt;500 Primärfällen kann die prätherapeutische TK als Indikationskonferenz durchgeführt werden</li> <li>• Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe; Thoraxchirurg, Radiologe. Optional: Strahlentherapeut, Palliativmedizin</li> </ul>	FAQ (14.07.2016) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pat. mit Stad. IV müssen in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden</li> <li>- Pat. mit Stad. I können in Form einer Tischvorlage für die TK vorbereitet werden.</li> </ul>	

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. 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 fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu	FAQ (21.07.2016) Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen?  Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein <b>standardisiertes</b> Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen	

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<p>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 Pat., 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialarbeiter/Sozialpädagoge</li> <li>• Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich</li> <li>• Zusatzqualifikation: Erfahrung im medizinischen/onkologischen Berufsfeld</li> </ul> <p>Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des 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><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 Pat. des Zentrums zu berechnen. Berechnungsgrundlage ist der Zähler der Kennzahl der Kennzahl Nr. 5, Beratung Sozialdienst (Pat., die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden – bezogen auf das im Nenner der Kennzahl definierte Pat.kollektiv). 1 Pat., der mehrfach beraten wurde, zählt nur 1x.</p>

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.7.5	<p>Anteil Studienpat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss <math>\geq 1</math> Pat. in Studien eingebracht worden sein</li> <li>• nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl</li> </ul> <p>Alle in Studien eingebrachten Pat. mit Lungenkrebs können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 6</p> <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 Zentrumspat. eingeschleust</p>

<p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien, zu denen ein gültiges Ethikvotum vorgelegt werden kann. 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"> <li>• Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung</li> <li>• Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien</li> <li>• Pat. die in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden</li> </ul>	<p>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"> <li>(...)</li> <li>Transbronchiale Lungenbiopsien (1430.2)</li> </ul>	<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 Pat. mit ypT0 in den Basisdaten nicht berücksichtigt werden können oder sollen diese Pat. 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>
1b	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zähler	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	<p><u>FAQ (02.08.2021)</u> Werden im Nenner nur erstmalige Fernmetastasen gezählt, d.h. bei Erstdiagnosestellung lagen noch keine Fernmetastasen vor, oder wird jede neue, erstmalig im Kennzahlenjahr auftretende Fernmetastase gezählt, also auch bei schon vorbestehender Fernmetastasierung an anderen Lokalisationen in vorherigen Falljahren?</p> <p>Antwort:</p>
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

				Es besteht keine Beschränkung auf erstmalige Fernmetastasen. Allgemeine Regeln zur Zählweise von Fernmetastasen sind in dem Dokument „Zählung der Fälle im Zertifizierungssystem“ hinterlegt ( <a href="#">Link</a> ).
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u/o Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung in Tumorkonferenz	Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden.	<p><a href="#">FAQ (14.07.2016)</a> Müssen Pat., 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><a href="#">FAQ (13.07.2018)</a> Wie ist das Kennzahlenziel zu verstehen?</p> <p>Antwort: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv oder einer Fernmetastasierung sind nur dann prätherapeutisch in der Tumorkonferenz zu besprechen, wenn sie sich zur Behandlung im Zentrum vorstellen. Pat., die heimatnah außerhalb der Zentrumsstruktur versorgt werden, fallen nicht unter diese Regelung.</p>
		Nenner	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung (R0-Resektion)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
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><a href="#">FAQ (14.07.2016)</a> 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><a href="#">FAQ (12.09.2017)</a> Wie ist die neue Zählweise bei den anatomischen Resektionen genau zu verstehen?</p> <p>Antwort:</p>
		Sollvorgabe	≥ 75	

				Es sind weiterhin mind. 75 anatomische Lungenresektionen nachzuweisen, jedoch nicht mehr ausschließlich bei Primärfällen mit Bronchialkarzinom (ICD-10 C.34), sondern bei allen Pat. 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.
17	Pathologische Begutachtungen	Zähler	Begutachtete maligne Lungenfälle ≥ 200 maligne Lungenfälle (je Facharzt 100 L.)	<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 nur, sofern es sich um Referenzpathologien und nicht um Doppelbefundungen handelt.</p>
18	Adjuvante cisplatinhaltige Chemotherapie Stad. II-III <sub>A1/2</sub>	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<sub>A1/2</sub> 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 <sub>A1/2</sub> mit ECOG 0/1	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
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%	