

# F A Q ' s zum

## Erhebungsbogen für Sarkomzentren Modul im Onkologischen Zentrum

**Sprecher der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. P. Hohenberger, Prof. Dr. L. Lindner

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: 18.10.2021

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

Erhebungsbogen Sarkome	Version D1	18.10.2021
Datenblatt Sarkome	Version D1.1	18.10.2021

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	1.2.4	Vorstellung Tumorkonferenz	29.11.2019
2.1 Sprechstunde	2.1.3	Erfassung Wartezeiten	18.10.2021
	2.1.6	Familiäres Krebsrisiko	18.04.2019
3 Radiologie	3.2	Fachärzte	18.04.2019
5 Operative Onkologie	5.2.1	Fachärzte	11.09.2019
	5.2.2 a)	Operativer Standort Sarkomchirurgie	18.04.2019
	5.2.2 a)	Chirurgische Expertise	18.10.2021
	5.2.2 a)	Kooperationspartner Orthopädie/ Unfallchirurgie	17.11.2021
	5.2.2 b)	Eingriffe Sarkompat. <18 Jahren	18.10.2021
	5.2.2 b)	Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie	18.10.2021
	5.2.2 b)	Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie	18.10.2021
	5.2.4 a)	Operative Einheit plastische Chirurgie	18.04.2019
8 Pathologie	8.3	Expertise	18.04.2019
	8.11	Histologischer Tumortyp	18.10.2021

### Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle GIST	18.04.2019
2b	Prätherapeutische Tumorkonferenz	17.11.2021
6	Anteil Studienpat.	18.10.2021
11	Risikogerechte adjuvante Therapie GIST	18.04.2019

**FAQ's - Erhebungsbogen Sarkome**

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.4	<p><b>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prätherapeutische Fallvorstellung:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstzertifizierung      <math>\geq 90\%</math></li> <li>nach 1 Jahr              <math>\geq 95\%</math></li> </ul> </li> <li>Postoperative Fallvorstellung:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstzertifizierung      <math>\geq 90\%</math></li> <li>nach 1 Jahr              <math>\geq 95\%</math></li> </ul> </li> </ul>	<p><u>FAQ 29.11.2019</u></p> <p>Müssen Pat. mit gyn. Sarkomen neben der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums zusätzlich in der Tumorkonferenz des Sarkomzentrums vorgestellt werden?</p> <p>Antwort: Nein. Die Zertifizierungskommission für Gynäkologische Krebszentren merkt für Pat. mit gyn. Sarkomen, die in Kooperation mit dem lokalen zertifizierten Sarkomzentrum behandelt werden an: Vorstellung in <u>einer</u> der beiden Tumorkonferenzen (GZ oder Sarkomzentrum) ist ausreichend. Eine kooperative Beteiligung beider Vertreter in der jeweiligen Tumorkonferenz ist dabei zu gewährleisten und die Prozesse dafür sind lokal zu definieren. Die Fachexperten für die Sarkomzentren werden entsprechend informiert (Auszug aus Protokoll Gyn 2019).</p>

**2.1 Sprechstunde**

Kap.	Anforderungen	
2.1.3	<p><b>Wartezeiten während der Sprechstunde</b> Anforderung: &lt; 60 Min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: 5 Werktage (Sollvorgabe)</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>	<p><u>FAQ 18.10.2021</u> In welcher Form sollen die Wartezeiten erfasst/ ausgewertet werden?</p> <p>Antwort Die Festlegung soll innerhalb des Qualitätszirkels einheitlich für das Zentrum getroffen werden.</p>
2.1.6	<p><b>Familiäres Krebsrisiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Das genetische Risiko sollte mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Pat. mit Weichgewebetumoren“ erfasst werden. Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Beratungsgespräch (z.B. durch den behandelnden Facharzt) über mögliche erbliche Ursachen für die Erkrankungen gemacht werden.</li> <li>[...]</li> </ul>	<p><u>Frage Checkliste</u> Wurden bei Ihrem Pat. mit malignem Weichgewebetumor mind. zwei weitere Krebserkrankungen, davon mind. eine vor dem 51. Lebensjahr diagnostiziert?</p> <p><u>FAQ 18.04.2019</u> Gibt es Krebserkrankungen die ausgeschlossen werden sollten?</p> <p>Antwort: Basaliome sollten <u>nicht</u> berücksichtigt werden.</p> <p><u>FAQ 18.04.2019</u> Sollen Pat.im Alter von 50 Jahren hier gezählt werden?</p> <p>Antwort: Gemeint ist der Zeitraum vor Beginn des 51. Lebensjahres (<math>\leq 49</math> Jahre + 364 Tage).</p> <p><u>Frage Checkliste</u> Wurde bei Ihrem Pat. mit malignem Weichgewebetumor noch mindestens eine weitere Sarkom-Entität diagnostiziert?</p> <p><u>FAQ 18.04.2019</u> Welche Sarkom-Entitäten können hier gezählt werden?</p> <p>Antwort: Es ist zu kompliziert zu benennen, welche Entitäten explizit eingeschlossen werden sollen, zumal sich die WHO Klassifikation jedes Mal deutlich verändert. Im Zweifel sollte das Angebot zur genetischen Beratung ausgesprochen werden.</p> <p><u>Frage Checkliste</u> Wurde in der Familie des Pat. (1. und 2. gradige Verwandtschaft) mindestens eine weitere Sarkomerkrankung diagnostiziert?</p> <p><u>FAQ 18.04.2019</u> Wie ist die zweitgradige Verwandtschaft definiert?</p>

**2.1 Sprechstunde**

		Antwort: Geschwister, Großeltern, Enkel sind als zweit- gradige Verwandtschaft gemeint.	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	
3.2	<p><b>Fachärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR).</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.</li> </ul>	<p><u>FAQ 18.04.2019</u> Zur Erstzertifizierung muss pro Person mind. eine Anmeldung zur Qualifikation gemäß DRG Stufe II <u>oder</u> DGMSR Stufe II <u>oder</u> ESSR vorliegen. Nach 3 Jahren ist die abgeschlossene Qualifikation nachzuweisen.</p>

### 5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	
5.2.1	<p><b>Fachärzte</b></p> <p>Für die Fachdisziplinen muskuloskelettale Tumor Chirurgie (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie) sowie Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie ist jeweils mind. 1 Facharzt namentlich zu benennen. 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein. Eine bewährte Vertretungsregelung mit gleicher chirurgischer Expertise für Sarkome muss (ggf. in Kooperation) vorhanden sein.</p> <p>Bei der Erstzertifizierung gilt für den Vertreter (Viszeralchirurgie bzw. Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie): Es müssen mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren ist die geforderte Mindestexpertise von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachzuweisen.</p>	<p><u>FAQ 11.09.2019</u> Welche Expertise muss der Vertreter des benannten Operateurs nachweisen?</p> <p>Antwort: Jeder benannte Operateur pro Fachdisziplin muss mind. 50 Tumorresektionen bei Sarkomen als Life-Time-Expertise nachweisen und 15 Tumorresektionen bei Sarkomen pro Jahr. Der Vertreter muss zur Erstzertifizierung mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen als Life-Time-Expertise nachweisen und nach 3 Jahren ist die geforderte Mindestexpertise von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen nachzuweisen. Für den Vertreter gibt es keine Vorgaben an die Expertise pro Kalenderjahr.</p>

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	
5.2.2 a)	<p><b>Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen.</li> <li>• Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss definiert sein (z.B. SOPs) und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</li> <li>• Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Pat.nachzuweisen.</li> <li>• Für die Sarkomchirurgie (kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/ unfallchirurgische und ggf. plastisch-chirurgische Abteilungen an 1 Standort) gilt: Es müssen gemeinsam mind. mind. 50 Tumorresektionen/ Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.</li> <li>• Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Tumorresektionen/ Standort/ Jahr durchgeführt werden. Diese können Teilmenge der 50 Tumorresektionen sein.</li> </ul>	<p><u>FAQ 18.10.2021</u> Ist die Versorgung von Knochentumoren ein Muss-Kriterium?</p> <p>Antwort: Nur Zert WGT ist möglich, auch wenn &lt; 10 Knochentumoren am Standort operativ versorgt werden.</p> <p><u>FAQ 18.10.2021</u> Können bei der chirurgischen Expertise die Resektionen der Sarkom-Metastasen mitgezählt werden? Oder zählen allein die Resektionen von Primärtumoren und Lokalrezidiven?</p> <p>Antwort: Zählbar sind alle Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive). Resektionen bei Sarkom-Metastasen zählen nicht.</p> <p><u>FAQ 17.11.2021</u> Kann ein Sarkomzentrum ohne einen Kooperationspartner Orthopädie/ Unfallchirurgie bestehen, wenn an dem Sarkomzentrum keine Knochentumoren behandelt werden, oder muss der Kooperationspartner Orthopädie/ Unfallchirurgie grundsätzlich vorhanden sein? Gilt dies dann auch entsprechend für die Expertise der Operateure Orthopädie/ Unfallchirurgie erfüllt?</p> <p>Antwort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Fachabteilung Orthopädie/Unfallchirurgie als Hauptkooperationspartner ist zwingend gefordert.</li> <li>• Im Netzwerk Chirurgie sind auch bei alleiniger Zertifizierung für Weichgewebesarkome mindestens die 2 resezierende Fachabteilungen Viszeralchirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie anzugeben. Dementsprechend gelten für diese beiden Fachdisziplinen die Anforderungen an die jährliche (15/Jahr) und die Lifetime-Expertise (50).</li> <li>• Die operative Expertise der Plastischen Chirurgie (gemäß Kap. 5.2.2. b und c) ist nachzuweisen, sofern diese Tumorresektionen durchführt.</li> <li>• Wenn im Zentrum Knochentumorresektionen durchgeführt werden, ist zusätzlich die „Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen“ zwingend nachzuweisen.</li> </ul>

**5 Operative Onkologie**

Kap.	Anforderungen	
5.2.2 b)	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur.</li> <li>• In Kooperation durchgeführte Eingriffe können für beide Hauptoperateure gezählt werden.</li> <li>• Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden.</li> </ul> <p><b>Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen</b> Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).</p>	<p><u>FAQ 18.04.2019</u> Über welchen Zeitraum gilt die Anforderung für viszeralchirurgische/ orthopädische/ plastisch-chirurgische Operateure?</p> <p>Antwort: Der Erfassungszeitraum ist jeweils das letzte Jahr.</p> <p><u>FAQ 18.04.2019</u> Wie kann Gleichwertigkeit für die Qualifikation benannter Operateure für Knochen-Tumorresektionen festgestellt werden?</p> <p>Antwort: Die Bewertung der Gleichwertigkeit erfolgt mittels Einzelfallprüfung durch die Fachgesellschaft.</p> <p><u>FAQ 18.10.2021</u> Können Eingriffe bei Sarkompat. unter 18 Jahren für die Operateure als Eingriffe zählen?</p> <p>Antwort: Ja, Eingriffe bei Pat. &lt;18 Jahre können bei der Expertise im Tabellenblatt „Netzwerk Chirurgie“ gezählt werden. Eine Anrechnung von Pat. &lt;18 Jahren bei den Zentrumsfällen ist nicht möglich.</p> <p><u>FAQ 18.10.2021</u> Können in Kooperation durchgeführte Eingriffe für beide Hauptoperateure gezählt werden?</p> <p>Antwort: Wenn 2 Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Orthopädie und Viszeralchirurgie) zusammen operieren, kann die Operation beiden Operateuren angerechnet werden.</p> <p><u>FAQ 18.10.2021</u> Müssen alle benannten Operateure über die tumororthopädische Qualifikation gemäß DGOU/DGOOC oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung) verfügen?</p> <p>Antwort: Ja, jedoch ist zur Erstzertifizierung pro Person mind. eine Anmeldung zur Qualifikation gemäß DGOU/DGOOC ausreichend. Nach 3 Jahren ist die abgeschlossene Qualifikation nachzuweisen bzw. die positive Einzelfallprüfung.</p>

## 5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	
5.2.4 b)	<p><b>Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr durchgeführt werden.</li> <li>Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Pat. können jeweils gezählt werden.</li> <li>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-058.4, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden.</li> </ul>	<p><u>FAQ 18.04.2019</u> 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe bei Pat. mit Sarkom ist eine unrealistische Anforderung</p> <p>Antwort: Die Anforderung bezieht sich nicht spezifisch auf Sarkompat.. Hier können alle Operationen unabhängig von der Diagnose gezählt werden.</p>

## 8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	
8.3	<p>Pro Institut/ Abteilung Pathologie müssen pro Jahr mindestens 100 Histologien von Sarkomen gemäß Versorgungsumfang (Diagnosenliste laut Datenblatt) begutachten, dokumentierte Doppelbefundung wird anerkannt.</p>	<p><u>FAQ 18.04.2019</u> Welche Anforderungen gelten bei der Befundung von Dermatosarkomen durch Dermatopathologen?</p> <p>Antwort: Die Beurteilung soll in Kooperation mit den benannten Pathologie-Fachärzten des Sarkomzentrums erfolgen.</p>
8.11	<p>Pathologieberichte Pathologieberichte für Weichgewebetumoren außer GIST müssen zusätzlich folgende Angaben enthalten (Abweichungen sind zu begründen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumorkalisation (klinische Angabe ist Verantwortlichkeit des Klinikern);</li> <li>Makroskopische Tumorgöße;</li> <li>Histologischer Tumortyp nach WHO-Klassifikation;</li> <li>Histologischer Tumorgrad nach FNCLCC (sofern anwendbar);</li> <li>Tiefenlokalisierung;</li> <li>Lokal infiltrierte Strukturen;</li> <li>Klassifikation pT: Angaben zu befallenen Bezirken und Unterbezirken, infiltrierte anatomischen Strukturen sind Verantwortlichkeit des Klinikern (TNM-Klassifikation kann auch interdisziplinär festgelegt werden, z.B. postoperative Tumorkonferenz);</li> <li>R-Status und Sicherheitsabstände in mm;</li> <li>bei Zustand nach neoadjuvanter Therapie: Angabe zum Anteil der Tumornekrose/ Tumorregression</li> </ul>	<p><u>FAQ 18.10.2021</u> Ist bei der Forderung „Histologischer Tumortyp nach WHO-Klassifikation“ tatsächlich die ICD-O Klassifikation gemeint?</p> <p>Antwort Histologischer Tumortyp soll nach WHO-Klassifikation angegeben werden, mit Angabe der ICD-O-M Klassifikation (wo verfügbar).</p>

FAQ's - Datenblatt Sarkome

	Basisdaten	Zeilen 28/29	Stadieneinteilung GIST	<p><u>FAQ 18.04.2019</u> Wo werden Pat. mit "no risk" nach Miettinen eingetragen?</p> <p>Antwort: Tumoren, die in der Diagnosenliste aufgeführt sind, aber mit "no risk" eingestuft werden, sollten in der "low risk"-Kategorie dokumentiert werden.</p>
2b	Prätherapeutische Tumorkonferenz	Zähler	Zentrumsfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<p><u>FAQ 17.11.2021</u> Wie sind Pat. zu zählen, die auswärts anoperiert wurden und erst sekundär im Zentrum vorgestellt werden?</p> <p>Antwort: Wenn extern anoperierte Pat. im Sarkomzentrum operiert und prätherapeutisch vorgestellt werden, zählen diese Pat. für die Kennzahl mit.</p>
		Nenner	Zentrumsfälle mit Operationen	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
6	Anteil Studienpat.	Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	<p><u>FAQ 18.10.2021</u> Welche Pat. können für den Zähler der Kennzahl berücksichtigt werden?</p> <p>Antwort: Zählbar sind alle Pat. mit Sarkom (aktuelle oder ehemalige Zentrumsfälle), die in diesem Jahr in eine Studie eingeschlossen wurden. Es muss ein Ethikvotum vorliegen (außer reine Biobank-sammlungen) – dies schließt lokale eigene Projekte z.B. zur Lebensqualität mit ein.</p>
		Nenner	Primärfälle	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
11	Risikogerechte adjuvante Therapie GIST	Zähler	Operative Primärfälle GIST, bei denen eine risikogerechte adjuvante Therapie mit Imatinib eingeleitet wurde	<p><u>FAQ 18.04.2019</u> Bei Pat. mit Wildtyp-GIST bzw. PDGF-Rezeptor-Mutation ist die adjuvante Imatinib-Therapie nicht indiziert. Die Anzahl der Pat. mit GIST bzw. PDGF-Rezeptor-Mutation sollte im Datenfeld „Begründung/Ursache“ zur Kennzahl angegeben werden.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle GIST mit hohem Risiko	
		Sollvorgabe	≥ 85%	