

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen Uroonkologische Zentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Sprecher der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M. Burchardt, Prof. Dr. J. Fichtner

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: 27.04.2022

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

Erhebungsbogen UZ	Version M1	10.09.2021
Datenblatt PZ	Version M1.1	08.03.2022
Datenblatt MB	Version M1.1	10.09.2021
Datenblatt MN	Version M1.1	10.09.2021

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Prostata: Anzahl Fälle im Zentrum	29.09.2017
	1.2.1	Niere: Anzahl Fälle Zentrum	17.12.2018
	1.2.5	Alle: Tumorkonferenz	05.06.2018
	1.2.5	Prostata: Tumorkonferenz	14.07.2016
	1.2.8	Alle: Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen	29.10.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation	20.08.2018
	1.4.8	Dokumentation und Evaluation	21.07.2016
1.8 Pflege	1.8.2	Alle: Zuständigkeiten / Aufgaben	30.05.2018
2.2 Diagnostik	2.2.9	Prostata: Biopsien	12.04.2016
5 Operative Onkologie	5.2.1	Niere: Operative Expertise Zentrum	19.06.2018
	5.2.1	Harnblase: Operative Expertise Zentrum	29.10.2018
	5.2.1	Harnblase: Weißlicht-Zystoskopie	29.10.2018
	5.2.8	Prostata / Harnblase: Operateure	30.05.2018
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.1	Ärztliche Qualifikation	18.06.2019
7 Radioonkologie	7.3	Expertise Strahlentherapie	26.04.2017
	7.11	Expertise Brachytherapie	14.07.2016
8 Pathologie	8.11	Befundbericht Stanzbiopsie	29.09.2017

Datenblatt Prostata

Bei einer Überschreitung der R1-Rate bei pT2 c/pN0 oder Nx M0 wurde durch die Zertifizierungskommission in der Sitzung Prostata am 18.06.2019 eine Vorgehensweise festgelegt: siehe Seite 7.

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Kennzahl 10	Vorgehen bei Überschreitung der Kennzahl	18.06.2019
Kennzahl 14	Befundbericht Stanzbiopsie	27.04.2022
Kennzahl 19	Unerwünschte Wirkung nach Strahlentherapie	27.04.2022
Matrix-Ergebnisqualität	Anzahl Primärfälle (posttherapeutisch tumorfrei)	27.04.2022

Weitere Auslegungen hinsichtlich der Kennzahlen Prostata 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/ProstataZentren>

Datenblatt Harnblase

Tabellenblatt		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Dokumentation Vorstufen	12.06.2018
	Zählweise Harnblase	12.06.2018
Kennzahlenbogen	Nr. 2b) Vorstellung Tumorkonferenz	26.08.2019

Datenblatt Niere

Tabellenblatt		letzte Aktualisierung
Kennzahlenbogen	Nr. 7 Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Histologie vor systemischer Therapie.	05.05.2020

FAQ's - Erhebungsbogen Uroonkologische Zentren

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1 - Alle -	<p>Anzahl Fälle im Zentrum Definition Zentrumsfall</p> <ul style="list-style-type: none"> alle Pat. mit Erstdiagnose, lokalisiert und/oder metastasiert, sowie alle Pat. mit Rezidiv oder sekundärer Metastasierung, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie (Operation, Strahlentherapie, Systemische Th., watchful waiting, Active surveillance o.ä.) erhalten Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen Pat. kann als Zentrumsfall nur für 1 Zentrum gezählt werden Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. Interdisziplinärer Therapieplan muss vorliegen Prostata: Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der (Erst-) Vorstellung im Zentrum, für die anderen Entitäten gilt: Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes) Histologischer Befund muss vorliegen Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem <p>Definition Primärfall (Teilmenge Zentrumsfall): Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1)</p>	<p><u>Prostata-spezifisch</u> <u>FAQ (14.07.2016)</u> Sind Pat., die weder in der prätherapeutischen noch postoperativen Tumorkonferenz vorgestellt wurden, Primärfälle (fehlender interdisziplinärer Behandlungsplan)?</p> <p>Antwort: Diese sind als Primärfälle zu zählen, jedoch kann dies bei den Kennzahlen zur Tumorkonferenz zu einer Abweichung führen.</p> <p><u>FAQ (29.09.2017)</u> Können Pat., die keine leitliniengerechte Therapie erfahren (z.B. HIFU-Pat.) als Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: Insofern dies im Rahmen von interventionellen Studien geschieht, dürfen die Pat. gezählt werden.</p>
- Niere -	<p>Das Zentrum muss jährlich 35 Pat. mit der Diagnose eines Nierenzellkarzinoms (ICD-10 C64) behandeln</p>	<p><u>FAQ (17.12.2018)</u> Kann ein Pat. mit einem Nierenkarzinom mehrfach als Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: <u>Je Seite kann jeweils 1 Primärfall gezählt werden.</u></p>
1.2.5 a) - Alle -	<p>Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Tumorkonferenz muss wöchentlich bzw. 1x/Monat (Prostata) auf Facharzzebene zum Zweck der Therapieplanung erfolgen. Die Verantwortungen für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung sind festzulegen Teilnahmequote der Fachrichtungen > 95 % 	<p><u>FAQ (05.06.2018)</u> Muss die Tumorkonferenz immer in dem genannten Turnus erfolgen oder kann diese auch mal ausfallen?</p> <p>Antwort: Wenn keine Pat. für die Tumorkonferenz angemeldet sind, kann diese entfallen</p>
- Prostata -	<p>Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Urologie Strahlentherapie Hämatologie/Internistische Onkologie Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie 	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Sind auch Pat. mit Rezidiv bzw. Fernmetastasierung vorzustellen, die ihre Primärbehandlung nicht im Zentrum erfahren haben?</p> <p>Antwort: Ja (siehe Definition Zentrumsfälle).</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie • Vorzustellen sind: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Primärfälle mit diskussionswürdiger Histologie (>pT3a, R1, pN+); i.d.R. keine verbindliche Verpflichtung bei sonstigen primär strahlentherapierten Pat. bzw. bei kurativ operierten Pat. ○ Alle Pat. mit Rezidiven oder Metastasen ○ Mind. 10 Pat. mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom/Jahr 		
1.2.8 - Alle -	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz. • Konferenz kann terminlich mit der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz gekoppelt werden. • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • M&M-Konferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf (z.B. ≥ Grad3 CTC). Postoperativ/-interventionell verstorbene Pat. sind in jedem Fall zu besprechen. • M&M-Konferenzen sind zu protokollieren. 	<p><u>FAQ (29.10.2018)</u> Wie ist die Anforderung „Postoperativ/-interventionell verstorbene Pat. sind in jedem Fall zu besprechen“ auszulegen? Welcher Zeitraum liegt hier vor?</p> <p>Antwort: Die entsprechenden Pat. sind in der nächsten M&M-Konferenz zu besprechen. Da die M&M-Konferenz 2x im Jahr zu erfolgen hat, kann dadurch das Kennzahlenjahr i.d.R. gut abgedeckt werden. Alle innerhalb des Kalenderjahres (Auditvorjahr) postoperativ/-interventionell verstorbenen Pat. sind zu besprechen.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1 - Alle -	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, • 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 (20.08.2018)</u> 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 Zentrums
	<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>	
1.4.2 - Alle -	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>	<p><u>FAQ (21.07.2016)</u></p> <p>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>

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.2 - Alle -	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <p>Pat.bezogene Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen • Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Zentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2) ist wünschenswert • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; 	<p><u>FAQ (30.05.2018)</u></p> <p>Müssen pro zertifiziertem Zentrum/Modul 12 Pflegevisiten durchgeführt werden?</p> <p>Antwort: Die geforderten 12 Pflegevisiten gelten für das gesamte Uroonkologische Zentrum, d.h. Pflegevisiten aller Module können gesammelt betrachtet werden.</p>

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen		
	<p>Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen</p> <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Prostatakrebs-/Uroonkologischen Zentrum Berücksichtigung finden. • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Prostatakrebs-/Uroonkologischen Zentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3)</p>		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.2.9 - Prostata -	<p>Biopsien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die korrekte Indikation zur TRUS Biopsie der Prostata muss aufgezeigt werden. • Mindestens 20% der Pat. mit Stanzbiopsien müssen positiv sein. • Es müssen mindestens 10 Stanzbiopsiezylinder von je mind. 1 cm Länge entnommen werden. <p>Eine Auswertung muss vorgelegt werden.</p>	<p>FAQ (12.04.2016) Wie ist es, wenn aus der Region mehrere Stanzbiopsien entnommen werden, weil keine 1 cm lang war. Zusammen aber 1,0 cm ergeben? Zählt das als Stanze über 1cm Länge?</p> <p>Antwort: Ja, zählt.</p>	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
5.2.1 - Niere -	<p>Operative Expertise Zentrum</p> <p>Operative Expertise Niere</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 30 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien (OPS 5-553, 5-554) bei Nierenkarzinom/ Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64) 	<p>FAQ (29.10.2018) Zum Nachweis der operativen Expertise werden nur Operationen beim Nierenkarzinom gezählt. Warum können Operationen bei einem im Präparat nachgewiesenen benignen Befund nicht berücksichtigt werden, wenn es exakt dieselbe Operation wie bei einem malignen Befund ist?</p>	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
	<p style="text-align: center;">Kennzahlenbogen Niere (Excel-Vorlage; Basisdaten)</p>	<p>Antwort: Der Erhebungsbogen Niere ist in allen quantitativen und qualitativen Anforderungen auf das Nierenkarzinom abgestimmt. Die Hinzunahme von benignen Diagnosen zum Nachweis der operativen Expertise würde dazu führen, dass die notwendige Mindestmenge erhöht werden müsste. Daraus würde sich kein Vorteil ergeben.</p>	
- Harnblase -	<p>Operative Expertise Harnblase</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 Zystektomien (OPS 5-576) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67) • Ebenso zählen vordere Exenterationen (OPS 5-687.0) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67). <p style="text-align: center;">Kennzahlenbogen Harnblase (Excel-Vorlage; Basisdaten)</p>	<p>FAQ (29.10.2018) Warum werden Blasenteilresektion OPS-Code 5-575 nicht berücksichtigt?</p> <p>Antwort: Die OPS 5-575 (= Partielle Harnblasenresektion) kann im Basisdatenblatt unter „Sonstige OP“ eingetragen werden, wenn eine entsprechende OP durchgeführt wurde. Sie kann jedoch nicht für den Nachweis der operativen Expertise genutzt werden. Mit der Anforderung an die „Operative Expertise“ soll die Expertise für komplexe Eingriffe erfasst werden. Die Blasenteilresektion wird nicht zu den komplexen Eingriffen gezählt.</p> <p>FAQ (19.06.2018) Kann auch die vordere Exenteration für die operative Expertise gezählt werden?</p> <p>Antwort: Bei Pat. mit Harnblasenkarzinom kann die vordere Exenteration (OPS 5-687.0) für die operative Expertise angerechnet werden.</p>	
- Harnblase -	<p>Weißlicht-Zystoskopie</p> <p>Anforderung Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FA für Urologie <p>Folgende Diagnostik ist zu ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexible oder rigide Zystoskopie • Fluoreszenz-assistierte Zystoskopie (Hexylaminolaevulinat) (siehe auch Kap. 5) • Biopsie <p>Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluoreszenzassistierte TUR-B (mit Hexylaminolaevulinat) ist zu ermöglichen • Im Rahmen einer transurethralen Blasenresektion sollen folgende Befunde im OP-Bericht beschrieben werden: geschätzte Größe des Tumors (in cm), Lokalisation und Anzahl der Tumoren, Erscheinungsbild des Tumors sowie das Vorhandensein weiterer Schleimhautauffälligkeiten 	<p>FAQ (29.10.2018) Können auch andere Verfahren als die Weißlicht-/Fluoreszenz-Zystoskopie anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Alternativ zu den etablierten Verfahren der Weißlicht-/Fluoreszenz-Zystoskopie kann auch die Zystoskopie im Narrow Band Imaging (NBI)-Verfahren anerkannt werden.</p>	
5.2.8 - Prostata -	<p>Prostata-Operateure</p> <p>Expertise pro Operateur</p>	<p>FAQ (30.05.2018) Wenn ein benannter Prostataoperateur eine Radikale Zystoprostatektomie bei Prostatakarzinom durchführt, kann diese Operation auch für die</p>	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeder Prostataoperateur muss mindestens jährlich 25 Prostatektomien oder 75 Prostatektomien in 5 Jahren nachweisen. Bei Erstzertifizierung muss diese Anzahl im Jahr vor der Erstzertifizierung nachgewiesen sein (Auszug aus dem Klinikinformationssystem). • Beschreibung der speziellen Qualifikation (Ausbildung) der Prostata-Operateure über Curricula. <ul style="list-style-type: none"> • Radikale Prostatektomie (retropubisch, perineal oder laparoskopisch) • Nerverhaltende radikale Prostatektomie • Ausräumung der pelvinen Lymphknoten (inkl. „extended-field“ Lymphadenektomie) • Transurethrale Palliativ-Therapie des Prostatakarzinoms (v.a. TUR-Prostata) • Beherrschung von Komplikationen nach erfolgter Operation • Metastasenchirurgie • Jährlich mind. 1 prostataspezifische Weiterbildung pro Operateur (Dauer > 0,5 Tage) <p>Namentliche Benennung Operateure in Tabelle Prostataoperateure (am Ende des Kapitels)</p>	<p>operative Expertise der Harnblase gezählt werden?</p> <p>Antwort: Wenn ein Operateur für beide Module benannt ist, darf die Durchführung von Zystoprostatektomien sowohl für die operative Expertise Prostata (Prostatektomie) als auch Harnblase (Zystektomie) gezählt werden.</p>	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1 - Alle -	<p>Ärztliche Qualifikation Der durchführende Arzt muss folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder • FA für Strahlentherapie oder • FA für Urologie <p>Anforderungen an Facharzt für Urologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie; alternativ: Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen in der regionalen Umsetzung und • 5 Jahre Erfahrung in der medikamentösen Tumorthherapie uroonkologischer Erkrankungen (Nachweis) <p>Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse Tumorthherapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p>	<p><u>FAQ (18.06.2019)</u></p> <p>Muss der Facharzt für Urologie die Anforderung an die Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie weiterhin erfüllen?</p> <p>Antwort: Entsprechend der Musterweiterbildungsordnung 2018 ist die Qualifikation Medikamentöse Tumorthherapie zukünftig bereits integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung Urologie. Insofern ist für Ärzte, die nach der neuen Musterweiterbildungsordnung (2018) ausgebildet werden, der Erwerb der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie nicht mehr erforderlich.</p>	

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	
7.3	<p>Expertise Strahlentherapie Prostatakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> Definitive oder postoperative (adjuvante oder Salvage) Strahlentherapie: mindestens 50 Fälle/Jahr; Bei 25-49 Fällen/Jahr gilt: mind. 75 def. o. postoperative Strahlenth. in den letzten 5 Jahren vor dem Audit Voraussetzung: Im Auditbericht Empfehlung zur Erteilung/Aufrechterhaltung des Zertifikats ohne Einschränkung <p>Verbundstruktur siehe Abschnitt „7.4 Verbund“</p>	<p><u>FAQ (26.04.2017)</u> Wie wird eine Salvage-Strahlentherapie von einer adjuvanten Strahlentherapie unterschieden?</p> <p><u>Antwort:</u> Eine Strahlentherapie ist eine Salvagetherapie,</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn die Strahlentherapie bei persistierendem PSA-Wert oder wenn die Strahlentherapie nach Diagnose eines biochemischen Rezidivs oder wenn die Strahlentherapie > 6 Monate nach der OP <p>durchgeführt wird.</p>
7.11	<p>Expertise Brachytherapie (optional)</p> <ul style="list-style-type: none"> LDR-Brachytherapie (permanente Seedimplantation) HDR-Brachytherapie <p>Expertise LDR/HDR muss gemäß G-BA Beschluss vom 18.06.2015 nachgewiesen werden (Richtwert ohne Berücksichtigung Sonderregelungen sind einmaliger Nachweis von mind. 100 durchgeführten Therapien innerhalb der letzten 5 Jahren).</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Die Durchführung der Brachytherapie ist optional – warum ist es notwendig, eine Expertise zu formulieren?</p> <p><u>Antwort:</u> <u>Wenn</u> ein Brachytherapie angeboten wird, muss auch die entsprechende Expertise vorliegen.</p>

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	
8.11	<p>Befundbericht Stanzbiopsie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Ergebnis der präoperativen Histologie liegt innerhalb von 5 Werktagen vor. Positionen müssen entsprechend den klinischen Angaben gekennzeichnet sein. Verarbeitung unter Beibehaltung der Positionskennzeichnung. Anzahl u. Lokalisation Karzinom-positiver Gewebeprobe Abschätzung des Prozentsatzes der Gesamtkarzinomfläche /Gesamtstanzzyylinderfläche. Gleason Grading entsprechend der von der ISUP 2005 konsentierten Modifikationen. Angabe für jede tumorbefallene Stanze separat. Lymphgefäß- (L) und Venen- (V) Invasion (L0 oder L1, V0 oder V1). Perineurale Infiltration (Pn0 oder Pn1), wenn beurteilbar, sollen eine Kapselinfiltration, ein kapselüberschreitendes Wachstum und eine Samenblaseninfiltration angegeben werden. 	<p><u>FAQ 29.09.2017</u> Auf was bezieht sich die prozentuelle Angabe der Gesamtkarzinomfläche/Gesamtstanzzyylinderfläche: auf alle Stanzzyylinder zusammen oder auf den jeweiligen Stanzzyylinder.</p> <p><u>Antwort:</u> Für den Pathologiebericht: Es bezieht sich auf den jeweiligen Stanzzyylinder.</p>

FAQ's - Datenblatt Prostata

10	Erfassung der R1 Resektionen bei pT2 c/pN0 oder Nx M0	Zähler	R1-Operationen bei Primärfällen mit pT2 c/pN0 oder Nx M0	<p>FAQ (18.06.2019): Wie wird mit einer Überschreitung der Sollvorgabe umgegangen?</p> <p>Antwort:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zentren mit Überschreitung der Sollvorgabe haben ihre R1-Fälle differenziert nach Breite (\leq / $>$ 3 mm) und Auftreten (unifokal / multifokal) der R1-positiven Schnittränder für das Audit darzulegen. Zentren, die <u>mehrheitlich R1-Fälle mit positiven Schnitträndern $>$ 3mm aufweisen und/oder mehrheitlich multifokale R1-Fälle vorlegen</u>, erhalten eine <u>Abweichung</u> und maximal eine <u>Zertifikatsverlängerung von 12 Monaten</u>. <u>Bei Mehrzahl der R1-Fälle \leq 3 mm und Mehrzahl der R1-Fälle fokal</u> entscheidet der Auditor in Abhängigkeit von der Situation vor Ort (u.a. ergriffene Maßnahmen, Pat.kollektiv des Zentrums etc.) über das weitere Vorgehen.
		Nenner	Operationen bei Primärfällen mit pT2 c/pN0 oder Nx M0	
		Sollvorgabe	$\geq 15\%$	
14	Befundbericht Stanzbiopsie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> Lokalisation und Anzahl Karzinom-positiver Gewebeproben im Verhältnis zu den entnommenen Stanzen Semiquantitative Abschätzung der Tumorausdehnung (in Prozent und/oder mm) Gleason- Score gemäß ISUP 2014 und WHO 2026 	<p>FAQ (27.04.2022): Für das Auditjahr 2023 wird im Nachgang zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Prostatakrebszentren der Zähler der Kennzahl angepasst: Semiquantitative Abschätzung der Tumorausdehnung pro Stanze (in Prozent und/oder mm).</p>
		Nenner	Primärfälle mit Stanzbiopsie	
		Sollvorgabe	$\geq 80\%$	
19	Unerwünschte Wirkung nach Strahlentherapie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit unerwünschte Wirkungen CTCAE Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach Strahlentherapie	<p>FAQ (27.04.2022): Aktuell wird bei der Kennzahl eine Sollvorgabe von $\leq 3\%$ gefordert. Für das Auditjahr 2023 wird die Sollvorgabe im Nachgang zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Prostatakrebszentren auf $\leq 3,5\%$ erhöht. Bei Quoten zwischen 3% und 3,5% wird keine Abweichung ausgesprochen.</p>
		Nenner	Primärfälle mit definitiver Strahlentherapie (aus Vorkennzahlenjahr)	
		Sollvorgabe	$\leq 3\%$	
Matrix		<p>FAQ (27.04.2022): Frage: Welche Primärfälle gelten als posttherapeutisch tumorfrei?</p> <p>Antwort:</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit R0-Resektion nach radikaler Prostatektomie/Zystoprostatektomie, ohne Metastasen • Patienten mit R1-Resektion nach radikaler Prostatektomie/Zystoprostatektomie und adjuvanter Radiatio und mind. 1 Follow-up im Vorkennzahlenjahr (= dem Kennzahlenjahr vorausgehenden Kalenderjahr) ohne Rezidiv und ohne Metastasen. • Patienten mit definitiver Radiatio und mind. 1 Follow-up im Vorkennzahlenjahr (= dem Kennzahlenjahr vorausgehenden Kalenderjahr) ohne Rezidiv und ohne Metastasen. <p>Ein Rezidiv nach definitiver oder adjuvanter Radiatio liegt dann vor, wenn der PSA-Wert im Verlauf der Nachsorge um 2ng/ml gegenüber dem Nadir (tiefster Wert) angestiegen ist (Phoenix-Definition).</p>
--	---

FAQ's - Datenblatt Harnblase

Basisdaten	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Vorstufen (Carcinoma in situ ("flat tumour")) und von Papillomen und nichtinvasiven papillären Karzinomen unter "0 a/is" <p><u>Zählweise Harnblase</u> 1) Pat. mit TUR-B auswärts und Vorstellung im Zentrum z. B. wegen auffälliger Histologie (>T1, Cis etc.) --> Pat. wird in der Tumorkonferenz vorgestellt, Primärfall für das Zentrum. Zählung ist unabhängig von der Empfehlung der Tumorkonferenz (z. B. Intervention versus reine Beobachtung). 2) Pat. mit TUR-B auswärts und Vorstellung im Zentrum zur/nach Re-TUR-B --> Rezidiv, Pat. zählt als Zentrumsfall</p> <p>Fußnote 2) 2) Jeder Pat. kann pro Kalenderjahr nur 1 Therapieform zugeordnet u. für diese gezählt werden (z.B. Zystektomie nach TUR-B im Kalenderjahr: Zählung für Zystektomie). Der Pat. wird jeweils der führenden Therapie zugeordnet. <i>→ Bei Pat. mit TUR-B vor Radiochemotherapie und anschließender erneuter TUR-B zur Therapieerfolgskontrolle zählt für den Pat. die Radiochemotherapie als führende Therapie und der Pat. ist in der Spalte "Sonstige Therapien" einzutragen.</i></p>
-------------------	---

Datenblatt Harnblase				
2b)	Vorstellung Tumorkonferenz	Zähler	Pat. des Nenners, die in der TK vorgestellt wurden	<p><u>FAQ (26.08.2019)</u> Ein Pat. hatte in der Vergangenheit einen oberflächlichen Tumor (<T1 high grade ohne CIS), wurde mit einer TUR-Blase behandelt, erhielt eine Nachresektion ohne Tumor oder nur geringen Tumoranteilen o.g. Klassifikation und wird dann nachgesorgt. In einer zystoskopischen Kontrolle im Verlauf hat er dann ein Rezidiv. In der erneut durchgeführten TUR-B zeigt sich dann ein erneut ein <T1 high grade ohne CIS [...]. Lt. Kennzahl 2b wäre er formal ein Rezidiv. Für uns ist nun unklar, ob diese Fälle auch besprochen werden müssten.</p> <p>Antwort: Für Kennzahl 2b gilt: Rezidive nach TUR-B wegen V.a. Rezidiv in der zystoskopischen</p>
		Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b) + Primärfälle mit M1	
		Sollvorgabe	≥ 95%	

				Kontrolle müssen vorgestellt werden, wenn im histolog Befund mind. T1 high-grade u/o Cis nachweisbar ist (= also die histologischen Voraussetzungen, die auch für die Vorstellung von Primärtumoren gelten). Alle anderen Pat. mit (V.a.) Rezidiv und/oder sekundärer Fernmetastasierung müssen unabhängig vom Befund in der TK vorgestellt werden.
--	--	--	--	---

FAQ's - Datenblatt Niere

Datenblatt Niere				
7	Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Histologie vor systemischer Therapie	Zähler	Pat. des Nenners mit Histologie vor systemischer Therapie	FAQ (05.05.2020) Ist auch bei primär metastasierten Pat. eine histologische Sicherung der Metastase(n) erforderlich, wenn eine Nephrektomie geplant ist? Antwort: Grundsätzlich ist eine histologische Sicherung vor Einleitung einer ausschließlich systemischen Therapie anzustreben. Das gilt insbesondere bei sekundärer Metastasierung. Eine Ausnahme stellen primär metastasierte Pat. dar, wenn eine Nephrektomie durchgeführt wird bzw. wurde.
		Nenner	Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie	
		Sollvorgabe	≥ 90%	