

# F A Q ' s zum

## Erhebungsbogen für Neuroonkologische Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

**Vorsitzende der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. Uwe Schlegel, Prof. Dr. W. Stummer

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: 11.10.2022

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

Erhebungsbogen Neuro	Version G1	31.08.2022
Datenblatt Neuro	Version G1.1	31.08.2022

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
1.1 Struktur des Netzwerkes	1.1.2	Hauptkooperationspartner	14.07.2016
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.2	Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz	29.07.2020
	1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	19.07.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.4	Neuropsychologie	31.08.2022
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	---	Selbsthilfegruppen	29.07.2020
1.7 Studienmanagement	1.7.4	Anteil Studienpat.	31.08.2022
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.3a	Operative Primärfälle	31.08.2022
	5.2.3b	Biopsien	
	5.2.4	Qualifikation Operateure	
8 Pathologie	8.6.1	Befundung Schnellschnitt	19.07.2018
10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität	10.2	Kaplan-Meier-Kurven	19.07.2018
		Follow-up	19.07.2018

### Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
---	Basisdaten	31.08.2022
2a	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	14.07.2016
2b	Prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechungen	31.08.2022
3	Psychoonkologisches Distress-Screening	19.07.2018
4	Beratung Sozialarbeit	19.07.2018
7a	Revisionsoperationen	14.07.2016

## FAQ's - Erhebungsbogen Neuro

### 1.4 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	
1.1.2	<p>Kooperationsvereinbarungen Hauptkooperationspartner Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie, Hämatologie und Onkologie und Medikamentöse Onkologie</p> <p>Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Pathologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Kinder Hämatologie und Onkologie, Ergotherapie, Augenheilkunde, Endokrinologie und Logopädie</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Neurologie und Neurochirurgie müssen an einem Standort sein.</p>

### 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.2	<p>Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Teilnehmer: Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuropathologe, Strahlentherapeut, internistischer Onkologe*. Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die Tumorkonferenz einzuladen</p> <p>*Hämato-/Onkologe Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Neuroonkologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.</p>	<p><u>FAQ (29.07.2020)</u> Grundsätzlich ist die Teilnahme eines Hämato-Onkologen zu fordern. In Ausnahmefällen kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen und qualifizierten Neurologen oder Neurochirurgen vertreten werden.</p>
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz Alle Primärfallpat. sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden: Elektivpat.: präinterventionell, Notfallpat.: mind. postinterventionell (Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden).</p> <p>Umfang der besprochenen Primärfälle <math>\geq 95\%</math></p>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Alle Primärfälle sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Wann immer möglich, soll die Vorstellung aller Pat. präinterventionell erfolgen. Mindestens ist jedoch zu gewährleisten: Elektivpat. präinterventionell und Notfallpat. (mind.) postinterventionell. Jeder Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden.</p>

#### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.4	<p>Neuropsychologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation).</li> <li>• Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im Betrachtungszeitraum dargestellt werden.</li> <li>• Folgende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien der Pat.vorstellung,</li> <li>• Kommunikation innerhalb des Zentrums,</li> <li>• Einbindung in Veranstaltungen, Qualitätszirkel, Tumorkonferenz o.ä. des Zentrums.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FAQ (31.08.2022)</p> <p>Müssen im Neuroonkologischen Zentrum alle Psychologen gleichzeitig Neuropsychologen sein?</p> <p>Antwort: Nein, 1 Psychologe muss über die Zusatzweiterbildung Klinische Neuropsychologie GNP verfügen. Darüber hinaus können weitere Psychologen ohne die Zusatzweiterbildung für das NOZ tätig sein.</p>	

#### 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen		
1.6	Selbsthilfegruppen	<p>FAQ (29.07.2020)</p> <p>Falls keine regionalen Hirntumor-Selbsthilfegruppen bestehen, sollten auch überregionale Selbsthilfeinitiativen (z.B. Deutsche Hirntumorhilfe) berücksichtigt und einbezogen werden.</p>	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
1.7.4	<p>Anteil Studienpat.</p> <p>1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss <math>\geq 1</math> Pat. in Studien eingebracht worden sein.</p> <p>2. nach 1 Jahr: mind. 5% der malignen Primärfallzahl (ICD C70-72, C75.1-3)</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt, alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. 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 Studien.</li> <li>• Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden.</li> <li>• Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden.</li> </ul>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Pat. des Zentrums A kann an Studien in anderer Klinik/ Zentrum teilnehmen und für die Studienquote des Zentrums A gezählt werden. Pat. kann <b>nur</b> für Studienquote des Zentrums A gezählt werden, keine Doppelzählung.</p> <p>FAQ (31.08.2022) Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden?</p> <p>Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme des Pat. nicht möglich ist.</p>

5.2.3	<p>5.2.3a Operative Primärfälle</p> <p>Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operators zu operieren. (Als 1. oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision).</p> <p>Definition operative Therapie: OPS-Schlüssel: 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1, 5-035, 5-075</p> <p>5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510.; 1-511.; 1-512.; 1-514.; 1-515</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 08.09.2021</p>	<p>FAQ (31.08.2022) Der OPS-Code 5-016.0 steht nicht für einen bestimmten Eingriff, sondern stellt eine Art Überschrift/ einen Rumpf dar. Müsste er an achter Stelle noch um eine 0, 1, 2 oder 3 ergänzt werden?</p> <p>Antwort: Subsumierte Codes sind jeweils miteingeschlossen.</p>
5.2.4	<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro Operateur Nachweis von mind. 25 offenen neuroonkologischen Operationen/ Jahr (als 1.Operateur oder als 2. Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure).</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen.</li> </ul> <p>OPS-Schlüssel 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1; 5-035; 5-075</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## 8 (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.6.1	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alle Schnellschnitte/ Präparate sind durch Neuropathologen zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen &gt;45km sind zu begründen).</li> <li>In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.</li> </ul>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u></p> <p>Alle Präparate und Schnellschnitte müssen durch einen Facharzt für Neuropathologie befundet werden. Dieser soll in der Regel vor Ort im Zentrum sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In begründeten Einzelfällen ist eine Distanz zwischen Zentrum und Neuropathologie von &gt;45 km zulässig.</li> <li>Falls kein Neuropathologe vor Ort verfügbar ist, kann in Ausnahmefällen der FA für Pathologie den Zuschnitt des Schnellschnittpräparates durchführen und die histologische Begutachtung telemedizinisch durch den Neuropathologen erfolgen.</li> </ul>	

**10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.2	<p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.</li> <li>• Die Pat. mit Neuroonkologische Tumoren müssen in <u>einem</u> Tumordokumentationssystem erfasst werden.</li> </ul> <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum</p> <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Müssen durch das Zentrum Kaplan-Meier-Kurven mit den Pat. des Neuroonkologischen Zentrums erstellt werden?</p> <p>Antwort: Darstellung von Kaplan-Meier-Kurven sind für die NOZ nicht verpflichtend. Die Darstellung des klinischen Verlaufs, d.h. der Ergebnisqualität, ist Aufgabe der Krebsregister.</p> <p><u>FAQ (19.07.2018)</u> Müssen durch das Zentrum Follow-up-Daten für die Pat. des Neuroonkologischen Zentrums erhoben werden?</p> <p>Antwort: Nein, Follow-up-Daten müssen nicht erhoben werden. Die Darstellung des klinischen Verlaufs, d.h. der Ergebnisqualität, ist Aufgabe der Krebsregister.</p>	

**FAQ's - Datenblatt Neuro**

Basisdaten		<p>FAQ (31.08.2022) Können auch periphere neurologische Tumoren und periphere Kavernome gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, diese Tumoren können nicht gezählt werden. Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt.</p>		
		<p>FAQ (14.07.2016) Es scheint unplausibel, dass der gleiche Pat. mit zunächst z.B. Astrozytom WHO Grad II oder III und dann Glioblastom nicht zweimal als Primärfall erfasst werden kann.</p> <p>Antwort: Grundsätzlich Zählung gemäß der Verfahrensanweisung 1x als Primärfall, im gleichen Jahr zusätzlich 1x bei Erstdiagnose Rezidiv/ Metastasierung zählbar, ansonsten 1x jährlich mit Rezidiv/ Metastase.</p>		
		<p>FAQ (26.06.2019) Es wurde bei einigen Pat. ein intrakraniell gelegenes Epidermoid (histologisch gesichert) diagnostiziert. Können diese Tumoren als Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: Intrakranielle Epidermoid-Zysten dürfen nicht als Primärfälle für das Neuroonkologische Zentrum gezählt werden.</p>		
2a	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	Zähler	Primärfälle des Nenners (Elektivpat.: präinterventionell, Notfallpat.: postinterventionell), die in der TK vorgestellt wurden	FAQ (14.07.2016) Jeder Pat. (= elektiv u Notfall) kann nur 1x für den Zähler gezählt werden, unabhängig von der Anzahl der Vorstellungen.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
2b	Prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechungen	Zähler	Primärfälle des Nenners, die präinterventionell in der TK vorgestellt wurden	FAQ (31.08.2022) Eine Biopsieentnahme zählt bereits als Intervention. Muss der Pat. bereits vor einer Biopsieentnahme vorgestellt werden?
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
3	Psychoonkologisches Distress-Screening	Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv / Progress (= Kennzahl 1b)	
		Sollvorgabe	≥ 65%	
4	Beratung Sozialarbeit	Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch Sozialdienst beraten wurden	FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv / Progress (= Kennzahl 1b)	



		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
7a	Revisionsoperationen	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von postoperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Revisionsoperationen sind durch die Dokumentation eines OPS-Codes definiert.
		Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 6a)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Nachresektionen sollen nicht für den Zähler gezählt werden. Postoperative Liquoristeln werden jedoch gezählt.
		Sollvorgabe	≤ 10%	