

# 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.

**Stand FAQ: 07.11.2024**

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

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	1.2.1	Anzahl Primärfälle	07.11.2024
	1.2.2	Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz	29.07.2020
	1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	19.07.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Dokumentation und Evaluation	16.08.2024
	1.4.4	Neuropsychologie	31.08.2022
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	---	Selbsthilfegruppen	29.07.2020
	1.6.5	Veranstaltung für Pat.	16.08.2024
1.7 Studienmanagement	1.7.4	Anteil Studienpat.	16.08.2024
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.3.a	Operative Primärfälle	31.08.2022
	5.2.3.b	Biopsien	
	5.2.4	Qualifikation Operateure	
8 Pathologie	8.6.1	Befundung Schnellschnitt	16.08.2024
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

### 1.1 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	
1.2.1	<p>Anzahl Primärfälle Das Zentrum muss jährlich 100 Pat. mit der Primärdiagnose eines neuroonkologischen Tumors behandeln. Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt.</p> <p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Primärfallliste am Ende des Erhebungsbogens.</li> <li>• Histologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen (z.B. Akustikusneurinom, Meningeome, etc.).</li> <li>• Pat. mit Ersterkrankung.</li> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboardbeschluss bei histologisch nicht-gesicherten Tm (z.B. Akustikusneurinom, Meningeom, etc.).</li> </ul> <p>Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. (siehe auch 5.2.3 Operative Primärfälle)</p>	<p><u>FAQ (07.11.2024)</u> Wie sollen Meningeome kodiert werden - in der aktuellen Version der WHO-Klassifikation ist nur die 9530/0 aufgeführt?</p> <p>Antwort: Aktuell besteht in der WHO-Klassifikation (Blue Book, 5th Edition, 2021) eine Kodierungslücke für die Meningeome. Um weiterhin eine Erfassung der unterschiedlichen Dignitäten der Meningeome sicherzustellen, sollen die Meningeome wie folgt erfasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle WHO- Grad 1 Meningeome (benigne) →9530/0</li> <li>• alle WHO- Grad 2 Meningeome (unsicheres biologisches Verhalten) →9530/1</li> <li>• alle WHO- Grad 3 Meningeome (maligne) →9530/3</li> </ul>
1.2.2	<p>Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Teilnehmer:</p>	<p><u>FAQ (29.07.2020)</u> Grundsätzlich ist die Teilnahme eines Hämatonkologen zu fordern. In Ausnahmefällen kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen und qualifizierten Neurologen oder Neurochirurgen vertreten werden.</p>

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuro-pathologe, 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 diese durch den für die Chemotherapie zuständige Fachärztin/-arzt (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2 OZ) 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		
1.4.2	<p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p>	<p><u>FAQ (16.08.2024)</u> Wie ist der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. und die weitere psychoonkologische Versorgung darzustellen?</p> <p>Antwort: Es ist darzustellen, wie viele gescreente Pat. einen überschwelligem Test aufgewiesen haben.</p> <p>Die Prozesse der psychoonkologischen Versorgung sind zu beschreiben; die Anzahl an durchgeführten Betreuungen sollte vorgehalten werden.</p> <p>Siehe separates FAQ-Dokument Psychoonkologie.</p>	
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><u>FAQ (31.08.2022)</u> 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	<u>FAQ (29.07.2020)</u> Falls keine regionalen Hirntumor-Selbsthilfegruppen bestehen, sollten auch überregionale Selbsthilfeinitiativen (z.B. Deutsche Hirntumorhilfe) berücksichtigt und einbezogen werden.
1.6.5	Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	<u>FAQ (16.08.2024)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen?  Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/ Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Pat. darlegen.

## 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. (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument)</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><u>FAQ (31.08.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden?  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> <p><u>FAQ (28.08.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden?</p>

## 1.7 Studienmanagement

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für Pat. des Neuroonkologischen Zentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt.</li> </ul>	<p>Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen.</p>	
--	--	--	--

## 5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
5.2.3.a	<p>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><u>FAQ (31.08.2022)</u> 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>	
5.2.3.b	<p>Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510.; 1-511; 1-512.; 1-514; 1-515</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> <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 Fachärzte für Neuropathologie 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</li> </ul>	<p><u>FAQ (19.07.2018)</u> 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> </ul>	

**8 (Neuro-) Pathologie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.	- 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.

**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		FAQ (31.08.2022) Können auch periphere neurologische Tumoren und periphere Kavernome gezählt werden?		Antwort: Nein, diese Tumoren können nicht gezählt werden. Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt.
		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.		
		FAQ (26.06.2019) Es wurde bei einigen Pat. ein intrakraniell gelegenes Epidermoid (histologisch gesichert) diagnostiziert. Können diese Tumoren als Primärfall gezählt werden?		
		FAQ (16.08.2024) Wo werden Pat. mit einer ausschließlichen Dexamethason-Therapie eingruppiert?		
Antwort: Intrakranielle Epidermoid-Zysten dürfen nicht als Primärfälle für das Neuroonkologische Zentrum gezählt werden.		Antwort: Bei Nicht-interventionellen/ nicht-operativen Primärfällen.		
2a	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (TK)	Zähler	Elektive Primärfälle, die vor Intervention (= u.a. Biopsie, BSC) in der TK vorgestellt wurden	FAQ (16.08.2024) Können Pat. mit z.B. Befund Biopsie u. nachfolgender OP 2x für den Zähler gezählt werden, wenn sie 2x in der TK vorgestellt wurden?
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
2b		Zähler	Primärfälle mit histologischem/molekularpathologischem Befund, die (ggf. erneut) in der TK vorgestellt wurden	Antwort: Nein, jede/r Pat. wird nur 1x für den Zähler gezählt.
	Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)		
	Sollvorgabe	≥ 95%		
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>
		Sollvorgabe	≤ 10%	Nachresektionen sollen nicht für den Zähler gezählt werden. Postoperative Liquorzysten werden jedoch gezählt.