



Fragen zu den Kennzahlenbögen

Onkologie im Dialog, 11.12.2024

Martin Utzig, Berlin

Allgemeine/übergreifende Fragen: Onkologische Zentren

Warum werden die VK nur nach zertifizierten Zentren/Modulen berechnet und nicht insgesamt für alle C-Diagnosen? Da seit längerem eine längerem eine grundsätzliche Meldepflicht aller C-Diagnosen besteht.

10.6	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).
------	---

Antwort:

- Anforderungen in den EB sind Richtwerte für die Bereitstellung von Ressourcen „Tumordokumentation“
- Allgemeingültig formuliert, so dass nicht nur auf Organkrebszentren/Modul „angewendet“ werden kann, auch wenn Erhebungsbogen primär Anforderungen für die Zertifizierung definiert

Onkologische Zentren: Schwerpunkt 4 (endokrine Malignome)

Ab wann ist der Übergang zu einem Modul geplant? Warum sind Thymuskarzinome nicht im Schwerpunkt (oder dem HAEZ) enthalten (je nach Morphologie)?

1.	Schwerpunkt 4: Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)
----	---

Antwort:

Basis für ein Organkrebszentrum/Modul ist immer eine S3-LL, d.h. Überführung der Entität „Schilddrüsenkarzinom“ aus dem Schwerpunkt in ein Modul frühestens nach Veröffentlichung der Leitlinie „Schilddrüsenkarzinom“

Thymuskarzinom:

- Thymus = lymphatische Drüse, daher nicht im Schwerpunkt endokrine Malignome
- Chirurgische Therapie der Thymuskarzinome fordert Expertise Thoraxchirurgie, die nicht Behandlungspartner im System HAEZ ist

Allgemeine/übergreifende Fragen: Psychoonkologisches Distress-Screening

Werden hier Pat. ohne Screening aber mit einer Beratung (> 1min) als gescreent gezählt?

KN	EB/LL	Kennzahl- definition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)
3 <i>Angabe- optional</i>		Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an psychoonkologischem Distress- Screening	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv (Lokal, regionale LK- Metastasen) und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)

behandelt werden. Psychoonkologische Versorgung soll jedoch *bedarfsorientiert* erfolgen. Die Grundgesamtheit ist somit korrekterweise die Anzahl der versorgungsbedürftigen (psychisch belasteten) Patient:innen, die es mittels Distress-Screening zu identifizieren gilt. Das Distress-Screening erfasst routinemäßig das Ausmaß der psychischen Belastung der Patient:innen und sollte zusätzlich den

<https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Erhebungs-und-Kennzahlenbogen/SOP%20Distress%20Screening/FAQ%20Distress%20Screening%20231208.pdf&cid=116695>

Antwort:

Nein, es dürfen nur Pat. gezählt werden, die mittels Selbstbeurteilungsfragebogen o. klinische Fragen gescreent wurden.

Neuroonkologische Zentren (NOZ)

KeZa 3: in den Nenner gehen u.U. auch Meningeome mit geringem Progress unter "watch and scan ein", so gewünscht?
In anderen Entitäten Nenner eher angepasst an Schwere der Erkrankung z.B. Malignes Melanom Hautkrebszentrum

3	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an psychoonkologischem Distress-Screening	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv/ Progress (= Kennzahl 1b)	≥ 65%	Zähler	
						Nenner	0
						%	n.d.

Antwort:

aktuell fließen (mit Ausnahme HZ) Entitäten-überschreitend alle Primärfälle in die KeZa „Psychoonkologisches Distress-Screening“ ein.

Neuroonkologische Zentren (NOZ)

KeZa 1b: Def. bei Meningeom - watch and scan, ab wann als Progress zählen?

1b		Pat. mit Rezidiv/ Progress	-----	Pat. mit Rezidiv/ Progress	-----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	
----	--	-------------------------------	-------	----------------------------	-------	--	---------------------------	--	--------	--

Antwort:

eindeutige/substantielle Größenprogredienz, die zur Wiedervorstellung in Tumorkonferenz führt, bzw. neu aufgetretene Symptomatik

Neuroonkologische Zentren (NOZ)

KeZa 1c: dürfen Prognose oder Wiederauftreten von Hirnmetastasen (also Metastasen von anderen Primärtumoren) jedes Jahr auch max. 1 gezählt werden?

Antwort:
siehe SOP Fallzählung

V. Fernmetastase und Fernmetastase (inkl. Wiederauftreten nach kompl. Remission) im gleichen Kennzahlenjahr → 1 Zentrumsfall

Pat. wird 1x/Jahr mit neuer Lokalisation der Fernmetastase gezählt (unabhängig von der Anzahl und den Lokalisationen weiterer neuer Fernmetastasen in 1em Kennzahlenjahr)

Bsp: März 2020 Lungenmetastasen; September 2020 Knochenmetastasen = Pat. wird 1x gezählt

Bsp: März 2020 Lungenmetastasen; September 2020 Progress der bestehenden Lungenmetastasen = Pat. wird 1x gezählt

Bsp: März 2020 Lungenmetastasen; Juni 2020 Metastasen nach Therapie nicht mehr nachweisbar; September 2020 erneut Herde der Lungenmetastasen = Pat. wird 1x gezählt

VI. Fernmetastase mit Progress in verschiedenen Kennzahlenjahren → 1 Zentrumsfall (im Jahr der Erstmanifestation der Fernmetastase)

Ein Progress einer bereits bestehenden Fernmetastasierung wird nicht neu gezählt.

Bsp: März 2019 Lungenmetastasen; Februar 2020 neue Herde der Lungenmetastasen = Pat. wird 1x 2019 gezählt, Pat. wird nicht 2020 gezählt

VII. Fernmetastase mit kompl. Remission und Wiederauftreten in gleicher Lokalisation in verschiedenen Kennzahlenjahren → 2 Zentrumsfälle (1x im Jahr der Erstmanifestation der Fernmetastase und 1x im Jahr des Wiederauftretens)

Zentren für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)

KeZa 12: Darf hier auch das neue Therapieschema BrECADD gezählt werden oder wird dies künftig mit aufgenommen?

Kennzahlziel entspricht nicht mehr Therapiestandard / Aktualisierung LL Hodgkin Lymphom

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Nenner	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	
12	LL-Hodgkin	BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom	Bei möglichst vielen Pat. Behandlung mit BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom	Primärfälle des Nenners mit BEACOPPeskaliert	Primärfälle Hodgkin-Lymphom Stadium III / IV und ≤ 60-Jahre		≥ 70%		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Antwort:

aktuell Überarbeitung der LL Hodgkin-Lymphom, daher KeZa 11 u. 12 (Interim-PET/CT und BEACOPP-Schema) aus dem KeZa-Set gestrichen

Kopf-Hals-Tumor-Zentren (KHT)

KeZa 13: Was ist unter einer "Unterbrechung" der Strahlentherapie zu verstehen: Die Strahlentherapie (egal ob kurativ oder adjuvant/additiv intendiert) muss innerhalb von 11 Wochen beendet sein? Oder bezieht sich die Kennzahl NUR auf postoperative Bestrahlungen und die Strahlentherapie muss 11 Wochen nach OP beendet sein?

13	LL QI MHK	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Möglichst häufig ohne Unterbrechung der Strahlentherapie	Primärfälle des Nenners ohne Unterbrechung der Strahlentherapie	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und Strahlentherapie	<70%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 80%	Zähler	
								Nenner	
								%	n.d.

8.27.	Evidenzbasierte Empfehlung	geprüft 2020
Empfehlungsgrad A	Eine Unterbrechung der Strahlentherapie führt zu einer Verschlechterung der Tumorkontrolle und soll vermieden werden.	

Antwort:

Die Empfehlung 8.27 bezieht sich m.E. zunächst auf die primäre Radiatio und nicht auf die adjuvante (postoperative Strahlentherapie)

FAQ (10.09.2019)
 Wie ist „ohne Unterbrechung der Strahlentherapie“ definiert?
 Antwort:
 Von einer nicht-unterbrochenen Strahlentherapie ist auszugehen, wenn die tatsächliche Bestrahlungsdauer die geplante Bestrahlungsdauer um nicht mehr als 1 Kalenderwoche überschreitet.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren (KHT)

KeZa 13: Was ist unter einer "Unterbrechung" der Strahlentherapie zu verstehen: Die Strahlentherapie (egal ob kurativ oder adjuvant/additiv intendiert) muss innerhalb von 11 Wochen beendet sein? Oder bezieht sich die Kennzahl NUR auf postoperative Bestrahlungen und die Strahlentherapie muss 11 Wochen nach OP beendet sein?

16 Angabe optional	LL QI MHK	Beginn Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Möglichst häufig Beginn der postoperativen Strahlentherapie innerhalb von 6 Wochen (42d) nach Tumorresektion	Primärfälle des Nenners mit Beginn der Strahlentherapie innerhalb von 6 Wochen (42d) nach Tumorresektion	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und postoperative Strahlentherapie	< 60%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Antwort:

Für die postoperative/adjuvante Radiatio gilt in Anlehnung an das LarynxCa und die modifizierte KeZa 20 (jetzt KeZa21), dass die Strahlentherapie innerhalb von 6 Wo postOP begonnen werden muss

Speiseröhrenkrebszentren (MS)

KeZa 16: Es ist richtig zu sagen, dass im Zähler alle Anastomoseninsuffizienzen zählen, die NICHT konservativ behandelt werden, z.B auch die, die mit endoluminaler Vakuum-Therapie mit dem Endo-SPONGE behandelt werden? Oder zählen nur die, die operativ behandelt werden?

16	LL GI	Anastomoseninsuffizienz	Möglichst niedrige Rate an Re-Interventionen aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz nach elektiven Eingriffen am Ösophagus	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	< 0,01%	≤ 15%	Zähler		Unvollständig
								Nenner	0	
								%	n.d.	

Leberkrebszentren/biliäre Karzinome (ML)

Warum sind die extrahepatischen Gallengänge C24.0 aus dem Schwerpunktbogen Gastrointestinal verschwunden? Sie sind nicht in das Modul Leber aufgenommen worden, obwohl sie in der S3-Leitlinie " S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und der biliären Karzinome“, Kapitel ab 4.1 enthalten sind. Wohin mit den Karzinomen C24.1 Ampulla Vateri? Die würden wir auch mit in den Schwerpunktbogen aufnehmen.



Antwort:







da die operative Therapie beim distalen extrahepatischen Gallengangkarzinom / Karzinom der Ampulla vateri in der Regel in einer Pankreasresektion besteht u. somit Überschneidungen der operativen Expertise „Pankreas“ zählen diese Karzinome im Modul Leber/biliäre Karzinome nicht als Primärfälle

Leberkrebszentren/biliäre Karzinome (ML)

KeZa 2a: Wenn Pat. Diagnose mit histologischer Sicherung im Kennzahlenjahr im nachfolgenden Jahr erst operiert wird, wird er hier als Operative Expertise gezählt?

Antwort:
operative Expertise bezieht sich auf das Kalenderjahr.

Primärfälle gesamt	
Primärfälle HCC ICD-10 C22.0	 
davon nicht operative Primärfälle	

Operative Expertise - Anzahl Operationen bei Primärfällen ¹⁾					
Resektion					Transplan- tation
OPS: 5-501.0*	OPS: 5-501.2*	OPS: 5-502*	OPS: 5-511*	OPS: 5-515*	OPS: 5-504*
					

Leberkrebszentren/biliäre Karzinome (ML)

KeZa 12b: Hier sind maligne Tumore der Leber, Lebermetastasen gemeint. Was ist mit Infiltration in die Leber durch andere Karzinome, z.B. Gallengangsresektat mit einem gering differenzierten perihiliären Cholangiokarzinom (Bismuth 1) mit Infiltration des benachbarten Weichgewebes sowie kleinfokal des mitresezierten Leberparenchyms?

12	b	5.2.4	Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber	-----	Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen <u>in der Leber</u>	-----	Derzeit keine Vorgaben	Anzahl	0
----	---	-------	---	-------	--	-------	------------------------	--------	---

Antwort:

Definition der KeZa setzt Tumormanifestation **in** der Leber voraus. Extrahepatische Gallengangskarzinome sind explizit nicht im Geltungsbereich des Zert.-Systems und würden bei Anerkennung für die operative Expertise „hintenherum“ dann doch gezählt werden.

Lungenkrebszentren (LZ)

KeZa 21: Bei einer neoadjuvanten Therapie gilt das klinische Stadium (cTNM) für die Therapieentscheidung, im Nenner werden aber nur Patienten mit IIIA Robinson-Klassifikation 1/2 aufgeführt (Nachweis eines Befalls von mediastinalen Lymphknoten intraoperativ oder postoperativ) und nicht die Patienten mit einem klinisch nachgewiesenen Befall von mediastinalen Lymphknoten. Ist die Kennzahl wirklich so gedacht?

21 Angabe optional	Perioperative Systemtherapie	Möglichst häufig neoadjuvante, adjuvante od. perioperative Systemtherapie im Stadium II-III _{A1/2} und operablen Stadium III _B (N2)	Primärfälle des Nenners mit neoadjuvanter, adjuvanter oder perioperativer Systemtherapie	R0- und LK-resezierte NSCLC-Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion Stad. II-III _{A1/2} III _B (N2) mit ECOG 0/1	< 15%	Derzeit keine Vorgaben	> 70%	Zähler	
								Nenner	
								%	n.d.

Antwort:

KeZa berücksichtigt zukünftig nur Pat. mit prätherapeutischem/klinischem Stadium II/III_A und neoadjuvanter bzw. perioperativer Systemtherapie (präoperativ plus postoperativ)

21 Angabe optional	Neoadjuvante oder perioperative Systemtherapie im prätherapeutischen/ klinischen Stadium IIB-III _A	Möglichst häufig neoadjuvante oder perioperative Systemtherapie im prätherapeutischen/ klinischen Stadium IIB -III _A	Primärfälle des Nenners mit neoadjuvanter oder perioperativer Systemtherapie	Operative Primärfälle im prätherapeutischen/ klinischen Stadium IIB -III _A		Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
								Nenner	
								%	n.d.

Prostatakrebszentren (PZ)/Nierenkrebszentren (MN)

KeZa PZ-19: Pat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie. Was sind hier die Patienten und Zähldatum? Wenn der Pat. mit Erstvorstellung 2024 im Zentrum als Rezidivfall, aber seit 2017 Denosumab als Therapie hat. Zählt er hier?
KeZa MN-9: Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie Zentrumsfälle, die im Kennzahlenjahr die Therapie erhalten haben oder was ist hier genau gemeint?

Antwort:

Pat. dürfen gezählt werden, wenn Bisphosphonat-/Denosumab-Therapie im KeZa-Jahr eingeleitet wird.

Nierenkrebszentren (MN)

Warum C65 und C66 tauchen im Schwerpunktbogen Urologie oder dem Modul Niere oder Blase nicht auf? Wenn doch 90% der C65 Nierenbeckenkarzinome eigentlich Nierenzellkarzinome sind, hätten sie eine Berechtigung in die Leitlinie Nierenkarzinome und dann in Modul Niere aufgenommen zu werden.

Antwort:

Tumore des Nierenbeckens sind in 90% papilläre Urothelkarzinome und nicht Nierenzellkarzinome und werden daher in der LL-Nierenzellkarzinome und somit auch als Primärfälle im Zertifizierungssystem nicht berücksichtigt.

Aber Anerkennung von C65 (maligne Tumore des Nierenbeckens) bei der operativen Expertise (Anzahl der Nephrektomien bei bösartigen Tumoren) ab dem Auditjahr 2025.

Blasenkrebszentren (MB)

KeZa 1a: Wenn innerhalb von 4 Monaten ein Dignitätswechsel stattfindet, erst eine TUR-B und nach 3 Monaten eine Zystektomie, die dann eine andere Dignität hat. Muss dann eine neue Tumorerkrankung angelegt werden oder wird die höchste Malignität dokumentiert.

schätzung der behandelnden Kliniker und Pathologen (IACR/IARC 2004). Treffen mehrere Meldungen zu Tumoren mit gleichartiger Histologie und Lokalisation aber verschiedenen Diagnosezeitpunkten und ggf. unterschiedlicher Dignität ein, so sind sie bei einer Zeitdifferenz von bis zu drei Monaten (92 Tage) zur Beschreibung eines Primärtumors mit der höchsten Dignität zu verwenden. Diese Zeitspanne erscheint für die flächendeckende und sektorenübergreifende Krebsregistrierung angemessen.

Antwort:

bei Dignitätswechsel innerhalb von 3 Monate wird die höchste Dignität angegeben; bei einem Zeitraum ≥ 3 Monate muss ein Rezidivtumor angelegt werden.

Gynäkologische Krebszentren (GZ)

Basisdaten Ovar: Können NET Ovar als Primärfall fürs Gynäkologische Krebszentrum gezählt werden?

FAQ (10.05.2023)

Zählt ein **neuroendokrines Karzinom des Ovars** (large cell neuroendokrines Karzinom, 8013/3) für das Gynäkologische Krebszentrum?

Antwort:

Ja, es zählt zu den „Sonstigen Fällen“.

Antwort:

Neuroendokrine Karzinome des Ovars können als Primärfall gezählt werden

Gynäkologische Krebszentren (GZ)

KeZa 23: Ist eine L1CAM-Testung zwingend notwendig bei einem Endometriumkarzinom Stadium pT1b?

QI 7: Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (neu 2022)

Zähler

Patientinnen des Nenners mit postoperativer alleiniger vaginaler Brachytherapie

Nenner

Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Endometriumkarzinom Stadium pT1b, G1 oder G2 pNX/0, p53-wt, L1CAM negativ, ohne extensive LVSI mit OP

Empfehlung 7.5

Im Stadium pT1b, G1 oder G2 pNX/0 und im Stadium pT1a (mit Myometriumbefall), G3 pNX/0, endometrioides Endometriumkarzinom (Typ I), p53-wt, L1CAM negativ **oder nicht bestimmt**, keine extensive LVSI soll postoperativ die alleinige vaginale Brachytherapie durchgeführt werden.

EG A, LoE 2 Qualitätsziel:
Möglichst häufig alleinige vaginale Brachytherapie

Gynäkologische Krebszentren (GZ)

KeZa 24: was versteht man unter dem PORTEC 3-Schema?

24	LL Endometrium QI	Endometriumkarzinom: Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3-Schema)	Möglichst häufig simultane Chemotherapie (PORTEC 3- Schema)	Primärfälle des Nenners mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3-Schema)	Primärfälle mit endometrioidem (Morphologie-Code: 8380/3) Endometriumkarzinom pT1b o. pT2, p53-abn, POLE-wt M0 u. perkutaner Strahlentherapie	< 60%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Antwort:

unter dem PORTEC-3 Schema versteht man ein postoperatives multimodales Therapiekonzept beim EndometriumCa (PORTEC = Postoperative radiation therapy in endometrial cancer) bestehend aus:

Perkutaner Bestrahlung (48,5 Gy) ± Brachytherapie

+ 2x Cisplatin (50mg/m²) gefolgt von 4x Carboplatin (AUC 5) + Paclitaxel (175mg/m²)

Brustkrebszentren (BZ)

bei endokriner Induktion 3-4 Wochen präop: yTNM, oder pTNM postoperativ?

8.11. Pathologieberichte

Die Verwendung des Kürzels y beinhaltet sowohl kurze endokrine Gaben zur Testung der Sensitivität als auch die Durchführung einer neoadj. systemischen Therapie. Um hier eine bessere Unterteilung erreichen zu können, beschließt die Kommission, dass mit der Pathologie ein Vorschlag erstellt, dem Gremium zur Kenntnisnahme vorgelegt und dann bei der TNM-Kommission eingegeben werden soll.

Antwort:

aktuell erfolgt die Klassifikation nach endokriner Induktion als yTNM, auch wenn dies eine Unterscheidung zwischen Testung und neoadjuvanter Systemtherapie nicht zulässt.



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kontaktdaten:

Dr. med. Martin Utzig

Bereich Zertifizierung

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

utzig@krebsgesellschaft.de