Fragen zu den Kennzahlenbögen

Onkologie im Dialog, 02.12.2025

Martin Utzig, Berlin

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifizierung

Allgemeine/übergreifende Fragen

Ab wann findet das TNM 9 in den Kennzahlen Anwendung? Wie ist mit Jahresübergreifenden Fällen umzugehen?

Antwort:

- Dokumentation nach 9. Auflage der TNM-Klassifikation nach Veröffentlichung der deutschen Auflage bzw. ab dem 01.01.2026
- Ab Auditjahr 2027 Darstellung der Basisdaten und der Kennzahlen nach TNM 9.

Allgemeine/übergreifende Fragen

Die Gallenwege wurden aus dem Schwerpunkt 1 gestrichen und sind auch nicht im Modul Leber berücksichtigt.

Antwort:

Ab Auditjahr werden die Karzinome des extrahepatischen Gallengangs (ICD10 C24) wieder im Schwerpunkt 1 geführt.

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Onkologische Zentren
Definition Schwerpunkte

1.	**Schwerpunkt 1:** Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren, extrahepat. Gallengang
2.	Tumorkonferenz (TK) Turnus: wöchentlich Teilnehmer: Gastroenterologie, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Viszeralchirurgie, fakultativ Nuklearmedizin Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes: Nuklearmedizin (obligat), Endokrinologie (obligat) Präinterventionell: immer für alle Stadien, dort Festlegung der weiteren TK-Vorstellungen in Abhängigkeit von der geplanten weiteren Diagnostik und Therapie
3.	Zusätzlich an Diagnostik und Therapie beteiligte Fachdisziplinen: • Ernährungsberatung
4.	Definition Studienquote: Teilnahme an Studienprojekten/ Versorgungsforschung der speziellen Fachrichtung muss erfolgen
5.	Ggf. zusätzliche Untersuchungstechniken/ Apparative Voraussetzungen: • Endosonographie (obligat) • Spezielle nuklearmedizinische Diagnostik (Somatostatin-basierte Bildgebung obligat bei neuroendokrinen Tumoren) • PET • Endoskopie + Stenteinlage
6.	Qualitätsindikatoren: • 30d-Letalität • Anastomoseninsuffizienzrate • Qualitätsindikatoren der vorhandenen S3-Leitlinie müssen berücksichtigt werden
7.	Stadieneinteilung: Entsprechend internationalen Klassifikationen (z.B. TNM) und Leitlinien

Ad 3: Die genannten Fachrichtungen müssen zusätzlich zu den per se in einem Onkologischen Zentrum beteiligten Fachrichtungen wie Hämatologie/ Onkologie, Operative Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Nuklearmedizin, Psychoonkologie, Sozialarbeit, Pflege, Palliativmedizin vertreten sein. Keine obligate Teilnahme an Tumorkonferenzen, sofern nicht explizit unter Punkt 2 genannt.

Ad 5: Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen für OZ (DKG) aufgeführten apparativen Voraussetzungen

System-übergreifend: Histologie-Codes

DKG 125 JAHRE KREBSGESELLSCHAFT

Welche Histologie-Codes werden im Auditjahr 2026 bei den Zertifizierungssystemen BZ, DZ, MM, MP und LZ anerkannt? Dürfen auch GIST u. NET in das Magenkrebszentrum/Pankreaskarzinomzentrum gezählt werden?

Mammakarzinom (BZ)

Kap.	Anforderungen
1.2.0.a	Anzahl Primärfälle Mammakarzinom pro Jahr: ≥ 100 Primärfälle inv. Ca und DCIS

→ Definition über C50 bzw. D05.1
(keine Einschränkung auf ICD-O3-Morphologie-Codes)

Kolorektales Karzinom (DZ)

- Maligne Diagnose (Adenokarzinom) muss vorliegen

→ Definition über C18 bzw. C20 und Einschränkung auf Adenokarzinome
(keine Einschränkung auf ICD-O3-Morphologie-Codes)

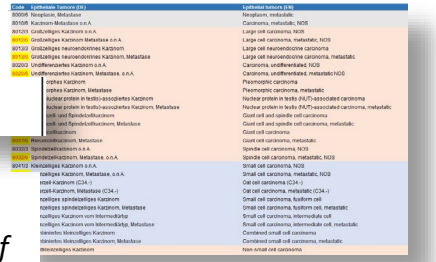
Pankreaskarzinom (MP)

- gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; nicht gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien)

→ Definition über C25 und Einschränkung auf Adenokarzinome u. NET
(keine Einschränkung auf ICD-O3-Morphologie-Codes)

Lungenkarzinom (LZ)

- Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9)



→ aktuell Definition über C34
(in OncoBox zukünftig Restriktion auf ICD-O3 Morphologie-Codes)

https://www.xml-oncobox.de/de/Zentren/LungeZentren

Magenkarzinom (MM)

Das Zentrum muss jährlich 30 Pat. mit der Primärdiagnose eines Adenokarzinoms des Magens und des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C 16.0[1], 16.1-16.9) behandeln. Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, können die ICD-10 C 15.2 und 15.5 und 16.0[2] in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden.

→ Definition über ICD 10
(Adenokarzinom, aber keine Einschränkung auf ICD-O3-Morphologie-Codes)
keine Anerkennung von GIST
(s. FAQ vom 14.07.2016)

Gynäkologische Krebszentren:
Basisdaten – Operative Eingriffe bei höhergradigen Dysplasien

DKG 125 JAHRE KREBSGESELLSCHAFT

Wenn mehrere OPs durchgeführt werden, dürfen dann die OPs gezählt werden oder pro Diagnose nur eine OP?

Anzahl operative Eingriffe bei höhergradigen Präkanzerosen				Gesamt
Vulva (= VIN 3)	Vagina (= VaIN 3)	Zervix (= CIN 3)	Endometrium (= endometriale intraepitheliale Neoplasie)	
				0

Antwort:
Jede Patientin kann im Kennzahlenjahr 1x pro Gruppe (VIN, VaIN, CIN bzw. Endometrium) gezählt werden.

HAEZ: R-CHOP bei Erstdiagnose <80J (DLBCL) (KeZa 15) u. Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall (DLBCL) (KeZa 16)

DKG 125 JAHRE KREBSGESELLSCHAFT

Zählweise? Datum der Erstdiagnose oder Datum des Therapiebeginns?

15 ~~Angabe optional~~	LL QI DLBCL	R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	Möglichst häufig R-CHOP oder R-CHOP-ähnliches Protokoll bei Erstdiagnose DLBCL ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	Pat. des Nenners mit Immun-chemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Pred-nison) oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll	Pat. mit Erstdiagnose eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention		Derzeit keine Vorgaben		Zähler
									Nenner
									% / n.d.
16 ~~Angabe optional~~	LL QI DLBCL	Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie	Möglichst häufig Bestrahlung bei Erstdiagnose und PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie	Pat. des Nenners mit Bestrahlung	Pat. mit Erstdiagnose DLBCL (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) inkl. genetisch definierter Subgruppen (DLBCL/ High-grade B-Zell-Lymphom mit Translokation von MYC, BCL2 und/ oder BCL6) und abgeschlossener Erstlinien-Immunchemotherapie und PET-positivem Restbefall im Abschluss-Staging		Derzeit keine Vorgaben		Zähler
									Nenner
									% / n.d.

Antwort: In den Zähler fließen alle Pat. ein, bei denen im KeZa-Jahr ein DLBCL gestellt wurde. Im Zähler werden alle Pat. des Nenners berücksichtigt, bei denen unabhängig vom Datum des Therapiebeginns (KeZa-Jahr bzw. Jahr nach KeZa-Jahr) eine Therapie durchgeführt wurde.

HAEZ: R-CHOP bei Erstdiagnose <80J (DLBCL) (KeZa 15) u. Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall (DLBCL) (KeZa 16)

DKG 125 JAHRE KREBSGESELLSCHAFT

Soll die Berechnung der KeZa analog zum QI erfolgen (Subtypen des DLCBL)?

15 ~~Angabe optional~~	LL QI DLBCL	R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	Möglichst häufig R-CHOP oder R-CHOP-ähnliches Protokoll bei Erstdiagnose DLBCL ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	Pat. des Nenners mit Immun-chemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Pred-nison) oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll	Pat. mit großzelli B-Zell-Ly C83.3, C und kura
16 ~~Angabe optional~~	LL QI DLBCL	Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie	Möglichst häufig Bestrahlung bei Erstdiagnose und PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie	Pat. des Nenners mit Bestrahlung	Pat. mit (ICD-10 C85.2) ir Subgrup Zell-Lym MYC, BC abgesch Immunch positiver Staging

Antwort:
In den Nenner fließen die Pat. nach Definition des QI ein.

QI 2: R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (neu 2022)

Qualitätsziel: Möglichst häufig R-CHOP oder ähnliches Protokoll bei Erstdiagnose DLBCL ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention

Anmerkung: R-CHOP-ähnlich = Rituximab; Cyclophosphamid; Doxorubicin, andere Anthrazykline, Mitoxanthron; Vincristin, Polatuzumab Vedotin; Prednison, andere Glukokortikosteroide; Etoposid

Zähler Pat. des Nenners mit Immunchemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll **Nenner** Alle Pat. mit Erstdiagnose eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms* (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	Empfehlung 6.3 Bei allen jungen Patient*innen (≤ 60 Jahre) ohne Einschränkung der Behandlungsfähigkeit soll außerhalb von klinischen Studien in kurativer Intention eine Immunchemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP ähnlichem Protokoll durchgeführt werden. Empfehlung 6.24 Analog zu jüngeren Patient*innen soll auch bei Patient*innen im Alter von 61-80 Jahren ohne Einschränkung der Behandlungsfähigkeit eine potentiell kurative Immunchemotherapie nach dem R-CHOP- (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP-ähnlichem Schema erfolgen. Empfehlung 7.4 Double Expressor DLBCL stellen eine morphologische Subgruppe von DLBCL, NOS dar und sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden.	Empfehlungsgrad A, Hohe bis moderate (DLBCL, NOS) bzw. moderate bis geringe (analog DLBCL, NOS) Qualität. *inkl Double Expressor DLBCL; DLBCL mit alleiniger MYC Translokation; DLBCL/High-grade B-Zell Lymphome mit MYC Translokation und BCL2 und/oder BCL6 Translokation; primär mediastinales B-Zell-Lymphom; extranodales DLBCL; primär testikuläres DLBCL, gastrointestinales DLBCL ohne indolente Komponente; primäres DLBCL des Knochens; primär extranodales DLBCL der Mamma; DLBCL vom Bein-Typ; follikuläres Lymphom Grad 3B u. Erstdiagnose des follikulären Lymphoms bei gleichzeitiger Di. DLBCL; lymphomatoide Granulomatose Grad 3; intravaskuläres großzelliges B-Zell-Lymphom

Kopf-Hals-Tumor-Zentren – Basisdaten: Strahlentherapie

Nur als wirklich "definitiv" bezeichnete Therapien oder auch z.B. palliat. RCT, piRT, Induktion+RCT,...(i.S. v. "nicht primär chirurgische Therapie mit RT"). Adjuvant +/- additiv?

	Definitiv	Adjuvant	Gesamt
Strahlentherapie bei Zentrumspat. am Standort/ kooperierende Strahlentherapie			0
Strahlentherapie bei Zentrumspat. Extern			0
Strahlentherapie bei Zentrumspat.	0	0	0

Antwort:
Als „definitiv“ werden alle Bestrahlungen der Primärlokalisation in kurativer Intention verstanden.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren – Basisdaten: Strahlentherapie

Angabe Anzahl der Fälle, für die eine Durchführung externer adjuvanter RT etc. nicht objektiviert werden konnte?
(z.B: keine Wiedervorstellung, keine vorliegenden Briefe)

	Definitiv	Adjuvant	Gesamt
Strahlentherapie bei Zentrumspat. am Standort/ kooperierende Strahlentherapie			0
Strahlentherapie bei Zentrumspat. Extern			0
Strahlentherapie bei Zentrumspat.	0	0	0

Antwort:
Therapien, von denen es keine Informationen über die Durchführung gibt (keine Wiedervorstellung, keine vorliegende Dokumentation/Briefe), können nicht gezählt werden.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren – KeZa 25 (???):

Maximaler Abstand zum Diagnosedatum? (Meist PET-CT bzw. erst postther. im Verlauf)?

25 ~~Angabe optional~~	LL QI Oro-/Hypopharynx	Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen bei Oro-/Hypopharynxkarzinom	Möglichst häufig Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen	Primärfälle des Nenners mit Bildgebung[1] zum Ausschluss von Lebermetastasen [1] Sonographie, Abdomen-CT, Thorax-CT mit Oberbauch, MRT, PET in Kombination mit KM-unterstützter Schnittbildgebung	Primärfälle Oro-/ Hypopharynxkarzinom	< 80%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Bei einem bereits bei der Erstdiagnose fernmetastasierten Tumorleiden muss man eine strenge Abwägung der begrenzt kurativen Therapiemöglichkeiten und der sehr eingeschränkten Prognose im interdisziplinären Tumorboard diskutieren. Die Behandlungsangebote werden unter dem Oberbegriff der palliativmedizinischen Behandlung subsummiert (siehe auch Kap. 9). Da die Prinzipien in diesen

S3-LL Oro-Hyppharynx.: Kapitel 8.3 (Oropharynx UICC IV M1 (p16+) bzw. IV C (p-), Kapitel 8.5 Hypopharynx IV

Antwort:
Eine etwaige Fernmetatasierung beeinflußt maßgeblich das Therapiekonzept; daher muss Bildgebung im Rahmen der Primärdiagnostik erfolgen

Kopf-Hals-Tumor-Zentren – KeZa 29: postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion

DKG 125 JAHRE KREBSGESELLSCHAFT

CIS und alle UICC-Stadien im Nenner inkludiert?

29 ~~Angabe optional~~	LL QI Oro-/Hypopharynx	Postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion bei Oro-/Hypopharynxkarzinom	Möglichst häufig postoperative-/therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion	Primärfälle des Nenners mit postoperativer/-therapeutischer Untersuchung der Schluckfunktion[2] [2] FEES (Fiberoptisch endoskopische Evaluation des Schluckens)	Primärfälle Oro-/Hypopharynxkarzinom	< 60%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Antwort:
In den Nenner fließen unabhängig vom UICC-Stadium alle Primärfälle = alle Pat. mit Erstdiagnose eines CIS/invasiven Karzinoms des Oro-/Hypopharynx´ ein.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren – KeZa 16, 21, 30: Beginn Strahlentherapie

DKG 125 JAHRE KREBSGESELLSCHAFT

Zweizeitige Neck Dissection (ohne z.B. Nachresektion im Primärtumorgebiet) zählt als letzter Eingriff i.R. der Resektion für die Berechnung des Zeitintervalls?

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.
21 ~~Angabe optional~~	LL QI Larynx	Beginn Strahlentherapie bei Larynxkarzinom	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 Larynxkarzinom und postoperative Strahlentherapie	< 60%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.
30 ~~Angabe optional~~	LL QI Oro-/Hypopharynx	Beginn Strahlentherapie bei Oro-/Hypopharynxkarzinom	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 Oro-/ Hypopharynxkarzinom und postoperative Strahlentherapie	< 60%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Antwort: Bei zweitzeitigen OPs ist Beginn des Zeitintervalls von max. 6 Wo (42d) das OP-Datum der zweiten Operation; bei Revisionen aufgrund von Komplikationen zählt das OP-Datum der Tumorresektion.

Modul Magen

Darf ein Pat. als Primärfall gezählt werden, wenn nach Diagnosestellung und Tumorkonferenzvorstellung im Zentrum die operative Therapie außerhalb des Zentrums erfolgt?

- **Primärfälle**
  = Patienten mit Erstdiagnose, die im Zentrum behandelt wurden
  - Inkl. primär M1 zum Zeitpunkt der Erstdiagnose
  - Zählzeitpunkt = höchste Diagnosestufe entsprechend „Tumor_Diagnosesicherung“[1] → erste histologische Sicherung; organspezifische Vorgaben in Kapitel 2 aufgeführt
  - Grundsätzlich kann jeder Patient in einem Zertifizierungssystem nur 1x als Primärfall gezählt werden (abweichende organspezifische Vorgaben möglich, vgl. Tabelle)
  - Pat. mit Tumoren unterschiedlicher Zertifizierungssysteme können in den jeweiligen Systemen jeweils 1x als Primärfall gezählt werden
  - Vorstellung nur zur Zweitmeinung oder nur konsiliarisch zählt nicht als Primärfall

Antwort:
Nein, als Primärfälle werden nur Pat. mit Erstdiagnose anerkannt, bei denen eine Behandlung (bzw. der wesentliche Anteil einer Behandlung) im Zentrum erfolgt ist

https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zertifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente?file=files/content/unsere-themen/zertifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente/sop-fallzaehlung/aktuell/zaehlweise-faelle-im-zertifizierungssystem-c2-240717.pdf

Modul Leber: Tabelle Interventionen

Gilt hier die selbe Vorgabe, wie bei den Operateuren? D.h Intervention darf nur durch einen benannten Interventionalisten durchgeführt werden u. die Interventionen ohne benannten Interventionalist müssen begründet werden?

Anlage EB Version P1.1 (Auditjahr 2026 / Kennzahlenjahr 2025)

Tabelle Interventionen

Bearbeitungshinweis: Sofern die Interventionalisten keine Interventionen im Betrachtungszeitraum durchgeführt haben, ist „0" einzutragen.

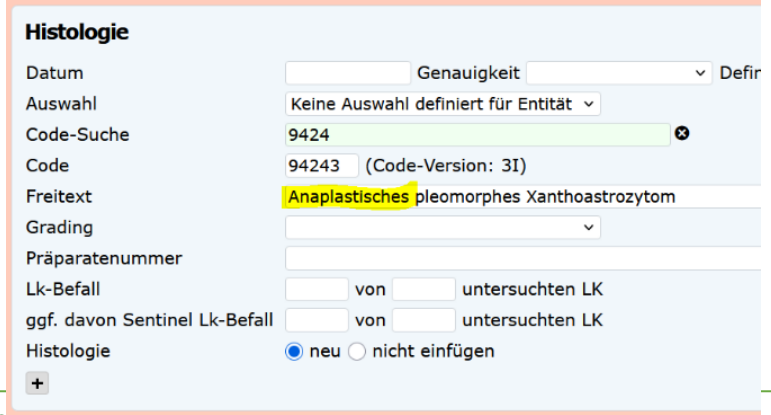
Titel, Name, Vorname	Status Interventionalist	Untersuchende Einheit (Praxis/ Klinikabteilung)	Zeitraum von … bis im Kennzahlenjahr	Anzahl Interventionen ≥ 10 pro Jahr	Begründung/ Ursache

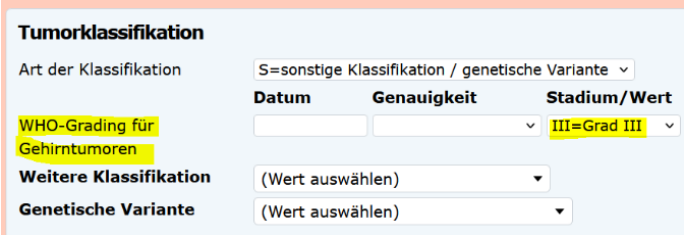
Antwort:
Ja, TACE/TAE/perkutane Ablationen sollen durch benannte Interventionalisten durchgeführt werden
(Anforderungen: ≥ 60 viszeralvaskuläre Interventionen bei Malignomen u. ≥20 perkutane Leber-Ablationen in den letzten 3 Jahre/Interventionalist)

Neuroonkologische Zentren (NOZ)

In der Klassifikation WHO 2021 (ZNS) gibt es keine Unterscheidung mehr zwischen Hypophysenadonom u. Hypophysen-karzinom, beides wird laut BlueBook als 8272/3 verschlüsselt. Beide haben demnach eine C-Diagnose. In der Histologie-liste im Datenblatt ist der Code 9272/0 noch gelistet. Sollen die Hypohpysenadenome weiterhin als 9272/0 (D-Diagnose) kodiert werden oder als 9272/3 (C-Diagnose)?

Antwort: Primärfälle im Zert-System NOZ können gezählt werden, wenn sie einen Topographie-Code gemäß ICD-O-3-Code UND einen Morphologie-Code gemäß WHO-Blue-Book aus der im Datenblatt veröffentlichten Liste haben. Ausnahme stellen die ALK-negativen anaplastischen großzelligen Lymphome sowie die Hypophysenadenome dar, für die ein Topographie UND Morphologie-Code gemäß ICD-O-3 kodiert werden soll, da der WHO-Code das biologische Verhalten nichtrichtig abbildet. Für die im Datenblatt mit „*“-markierten Tumore mit Kodierungslücke soll daher eine Codierung gemäß WHO Blue Book und Ergänzung um den ICD-O3-Code erfolgen (s. FAQ).





Neuroonkologische Zentren (NOZ)

Dürfen in der Kennzahl 6b auch Primärfälle in den Zähler gezählt werden, deren vorgängige interne Biopsie keinem zählbaren Morphologie-Code zuzuordnen war?

6b	5.2.3b	Biopsie	-----	Biopsien bei Primärfallen Def. gemäß 5.2.3b	-----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	

Antwort:
In den Zähler der KeZa fließen unabhängig vom Ergebnis der Biospie alle Primärfälle ein, bei denen eine Biopsie durchgeführt wurde.

Modul Pankreas: Primärfälle

Bei neuroendokrinen Tumoren werden manchmal nur Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas Exzision (OPS 5-521*) durchgeführt. Als operierter Primärfall dürfen nur Fälle mit OPS Code 5-524* oder 5-525* gezählt werden. Können diese Fälle dann als nicht-operierter Primärfall gezählt werden ?

Primärfälle Pankreaskarzinom Def. gemäß EB 1.2.0	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
	T1-N0-M0	T2-N0-M0	T3-N0-M0	T1-N1-M0 T2-N1-M0 T3-N1-M0	T4-Jedes N-M0 T1/T2/T3-N2- M0	Jedes T-Jedes N-M1	
Primärfälle Pankreaskarzinom = Karzinome des exokrinen Pankreas							
davon Operative Primärfälle Pankreaskarzinom (Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525*)							

Primärfälle Neuroendokrine Tumoren (NET) und Neuroendokrine Karzinome (NEC)	
davon operative Primärfälle NET und NEC (Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525*)	

Primärfälle Neuroendokrine Tumoren (NET) und Neuroendokrine Karzinor	
davon operative Primärfälle NET und NEC (Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525*)	

Antwort: Pat. mit Erstdiagnose eines neuroendokrinen Tumors dürfen als Primärfall (*nicht-operativ + operativ:* Zeile 34, *operativ [in Komb. mit OPS –Code 5-524*, 5-525*]:* Zeile 35) gezählt werden.

Modul Speiseröhre:
HER2-/PD-L1-Testung vor Systemtherapie (KeZa 21)

Wie genau ist vor Einleitung/ vor Beginn der Therapie definiert? Bei Darm (KeZa 10) gilt folgende Regelung vor Beginn= Datum Mutationsbestimmung + 15d von Datum Beginn Therapie. Gilt diese Reglung auch für andere Entitäten (in dem Fall Speiseröhre)?

21	LL QI	HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	Möglichst häufig Testung HER2 und PD-L1 CPS bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus und palliativer Systemtherapie	Pat. des Nenners mit Testung HER2 und PD-L1 CPS vor Einleitung der Systemtherapie	Primärfälle mit Adenokarzinom des Ösophagus (C15, C16.0) und M1 und palliativer Systemtherapie		Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Antwort:

- Datum der Testung muss vor Einleitung der Systemtherapie liegen.
- Festlegung „zu Beginn = Datum Mutationsbestimmung max. +15d von Datum Beginn Erstlinientherapie“ bei Update der LL kolorektales Karzinom (Version 3.0, 09/2025) gestrichen

Prostatakrebszentren (PZ)

Der Wechsel von Überwachung zu aktiver Therapie kann bei ProstataCa erneut als Primärfall gezählt werden. Wie fliessen diese in die Follow up-Zahlen ein? Müssen Follow-up 5 Jahre nach Diagnosedatum oder 5 Jahre nach Zähldatum erfasst werden? Beispiel: ED 2019 mit AS, 2024 Wechsel auf aktive Therapie. Verlängert sich hier die FU-Pflicht bis 2029?

		Angabe Primärfälle	Follow-Up-Meldungen		DFS		OAS	
B	C	D	F	G	I	J	L	M
Relevante Nachsorgejahre	Angabe Jahr Primärfälle	Anzahl Primärfälle* (posttherapeutisch tumorfrei) *exklusive Pat. mit Zufallsbefund eines Prostatakarzinoms nach RZE	Pat. mit Follow-Up 1)	Follow-Up Quote in % (F / D)	DFS (Disease Free Survival) absolut 2)	DFS (Disease Free Survival) in %	OAS (Overall Survival) absolut	OAS (Overall Survival) in %
nicht relevant	2019							
nicht relevant	2020							
nicht relevant	2021							
nicht relevant	2022							
nicht relevant	2023							

Ø Follow-Up Quote der Jahre 2021-2023 ----- ?

Antwort:

Follow-up bezieht sich auf posttherapeutisch tumorfreie Primärfälle, d.h. Zeitraum d. FU beginnt mit aktiver Therapie.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kontaktdaten:
Dr. med. Martin Utzig
Abteilung Zertifizierung
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
utzig@krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifizierung