



Onkologie ~ Dialog

Beantwortung von Fragen zu Kennzahlenbögen

30.11.2020

Jumana Mensah, DKG

Fragen von Krebsregistern



Onkologische Zentren



Zertrechner:

Was ist der Hintergrund zur neuen Angabe Rezidive/neue Metastasen/Nicht Primärfälle?

Tumorentitäten	Krebsneuer-krankungen ²⁾	Anteil in %	Nachweisstufe/ Mindestprimärfälle / Mindestzentrumsfälle / Mindestpatientenfälle				Angabe Zentrum (letztes Kalenderjahr)					
			Z	M	S	T	Nachweisstufe Z, M, S, T, V, n	Primärfälle letztes Kalenderjahr	Rezidive/ Fernmetastasen/ Nicht Primärfälle	Zentrumsfälle/ Patientenfälle/ Gesamtfälle letztes- Kalenderjahr	Geltungs- bereich OZ ohne V	
1 Darm	65.390	16,27%	50			25						
2 Pankreas	14.960	3,72%		25		13				0		
3.1 Magen	15.870	3,95%		30		15				0		
3.2 HCC	8.020	2,00%		30		15				0		
4 Speiseröhre	6.180	1,54%		20		10				0		
5 Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S1) (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren)	3.300	0,82%			---	³⁾						
6 Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)	5.870	1,46%			---	³⁾						



Organübergreifende gesonderte Erfassung/Betrachtung von Patient*innen mit Rezidiv u/o sekundären Fernmetastasen

Organübergreifend

-  Primärfalldefinitionen müssen für alle Entitäten genauer definiert werden. "Haupttherapie" oder "wesentliche Teile der Therapie" sind sehr schwammige Begriffe, die jedes Klinikum anders interpretieren und auslegen kann.
-  • Genaue Definitionen für die meisten Entitäten anhand von ICD-10 oder ICD-O3-Codes vorgegeben
- Zentrale Aspekte sind die interdisziplinäre Falldiskussion in der Tumorkonferenz und die Falldokumentation im Tumordokumentationssystem des Zentrums
- Ansonsten gilt (siehe organspezifische EB 1.2):
- Es zählen Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen
 - Histologischer Befund muss vorliegen (**organspezifische Vorgaben beachten!**)
 - Pat. mit Ersterkrankung.
 - Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung
 - Zweitmeinungs- und Konsilfälle bleiben unberücksichtigt.

Organübergreifend



Ansonsten die generelle Anfrage, ob nicht die OPS-Codes für die Operativen Expertisen vorgegeben werden können



- Die Vorgaben für die operative Expertise wird organspezifisch durch die Zertifizierungskommissionen definiert
- Wo möglich, werden OPS-Codes vorgegeben und regelmäßig auf Aktualität überprüft
- Für einige Entitäten ist die Vorgabe von OPS-Codes nicht sinnvoll

Organübergreifend



Gib es eine zeitliche Begrenzung bis wann eine Tumorkonferenz gezählt werden darf, z.B. 3 Monate nach der Therapie? Bitte für jede Entität definieren.



- Die Vorgaben zu Tumor- und Fallkonferenzen sind **organspezifisch** definiert
- In der Regel ist eine interdisziplinäre Fallbesprechung vorgesehen
 - **Prätherapeutisch** = nach erfolgtem Staging/ vor Beginn der Therapie
 - **Postoperativ** = nach erfolgter Primäroperation/ Tumorresektion, vor Beginn der adjuvanten Therapie

Organübergreifend



wie sollen sich die Zentren aufstellen, die Corona bedingt weniger Primärfälle in 2020 haben?



Sitzung Sprecher 09.11.2020

Für das **Auditjahr 2021** gilt:

Erstzertifizierung: wenn Primär-/Zentrumsfälle nicht erfüllt werden
→ Nachweis 2019 erfüllt u Werte 2020 max. 20% unter der geforderten Mindestvorgabe; alle anderen qualitativen Vorgaben sind wie gewohnt zu erfüllen

Überwachungsaudit: Unterschreitung der Fallzahlen ist grundsätzlich möglich.
Auch die 10%-Regel bei GZ wird ausgesetzt.

Wiederholaudit: wenn die quantitativen Mindestvorgaben im Kennzahlenjahr 2020 nicht erreicht werden, wird der Durchschnitt der letzten 3 Jahre betrachtet
=> Primär-/Zentrumsfälle 2019 + 2018 + 2017 : 3; wenn Durchschnitt nicht erreicht: keine Verlängerung Zertifikat

COVID-19

Covid-19-Sonderregularien



Die **Covid-19-Sonderregularien** sind für alle Zertifizierungsverfahren innerhalb des DKG-Zertifizierungssystems relevant. Ggf. werden zu diesen Regularien noch erweiterte Details definiert, die dann als „Covid-19-Ausführungsbestimmungen“ hinterlegt sind. Alle sonstigen Regelungen für die Zertifizierung behalten ihre Gültigkeit.

Schwerpunkt der „Covid-19-Sonderregularien“ ist die Durchführung des Redzyks (Reduzierter Auditzyklus) anstelle von Vor-Ort-Audits. Hierbei wird unterschieden zwischen dem bereits etablierten „Redzyk (unverändertes Vorgehen)“ und dem sogenannten „Sonder-Redzyk Covid“ nachfolgend als „Sonder-Redzyk“ bezeichnet.

Bewertung Durchführbarkeit von terminierten Audits	Sowohl Kliniken als auch Fachexperten können dies eigenständig für sich bewerten. OnkoZert spricht keine Empfehlung für oder gegen die Aufrechterhaltung eines Audittermins aus.
Reduktion Auditteam	Bei Audits, bei denen das Auditteam planmäßig aus mehr als einem Fachexperten besteht, kann das Audit auch mit einem Fachexperten stattfinden, ohne dass dies einer Bewilligung durch den Ausschuss Zertifikaterteilung bedarf.
Verschiebung bestehender Audittermine	Eine Verschiebung eines bereits vereinbarten Audittermins innerhalb der Frist ist möglich, wenn der neue Audittermin mit dem bereits bestimmten Auditteam durchführbar ist.
Auslöser Sonder-Redzyk	<ul style="list-style-type: none"> • Formlose Antragstellung durch Zentrum • Festlegung durch OnkoZert z.B. weil Auditteam nicht besetzt werden kann (Zentrum kann nicht auf Audit vor Ort bestehen) <p>Mit dem Verweis auf Covid-19 ist keine weitergehende Zulassungsprüfung REDZYK erforderlich. Dies bedeutet, dass jedes zertifizierte Zentrum Zugang zu dem Bewertungsverfahren Sonder-Redzyk hat.</p>
Zeitraum Sonder-Redzyk	Der Sonder-Redzyk unterliegt den ident. Fristen wie die Terminierung normaler Audits. Die Zentren haben sich spätestens bis zum Stichtag zu entscheiden, ob der Sonder-Redzyk angewendet werden soll.
Ablauf Bewertung	Das Bewertungsverfahren für den Sonder-Redzyk ist mit Ausnahme der Antragstellung identisch wie das aktuelle Redzyk-Bewertungsverfahren. Ggf. sind <ol style="list-style-type: none"> 1. weitere Stellungnahmen durch das Zentrum einzureichen, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Auflagen Ausschuss Zertifikaterteilung Vorjahr • Strukturelle/personelle Änderungen • Auffälligkeiten EB/Datenblatt 2020 (Ergebnisse Auditcheck) 2. (Web-) Telkos zwischen Zentrum und Fachexperte notwendig (ggf. verbunden mit Zusatzgebühren bedingt durch erweiterten Bewertungsumfang)
Kriterien Sonder-Redzyk	Die für den Redzyk geltenden Zulassungskriterien kommen beim Sonder-Redzyk nicht zur Anwendung (z.B. Leitungswechsel ist Ausschlusskriterium für die Inanspruchnahme Sonder-Redzyk).
Überwachungsaudits	Anwendung Sonder-Redzyk möglich.
Wiederholaudits	Anwendung Sonder-Redzyk möglich. Verlängerung des Zertifikats max. um 1 Jahr. Die Entscheidung über die Verlängerung trifft der Ausschuss Zertifikaterteilung.
Erstzertifizierung	Der Sonder-Redzyk kann bei Erstzertifizierung nicht angewendet werden.
Vor-Ort-Audits	Vor-Ort-Audits sind möglich, wenn die in dem Dokument „Bestätigung Schutzmaßnahmen Covid-19“ definierten Voraussetzungen erfüllt werden und schriftliche Bestätigungen seitens des Zentrums und des Fachexperten vorliegen.

www.onkoziert.de

Neuroonkologische Zentren



Patienten mit gesamter Diagnostik und TuK-Empfehlung "Verlaufskontrolle", noch ohne weitere Therapie: Primärfall ??



- Ja, Patient*innen mit Betreuung wie reiner Verlaufsbeobachtung oder Best Supportive Care zählen mit
- Als Primärfälle zählen die neuroonkologischen Primär Diagnosen, die einem ICD-O-Topographie-Code **und** einem ICD-O-Morphologie-Code aus der Diagnosenliste im Datenblatt entsprechen

EB NOZ 1.2.1

Pat. mit Ersterkrankung.

- Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboardbeschluss bei histologisch nicht-gesicherten Tm (z.B. Akustikusneurinom, Meningeom, etc.).

Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden. bleiben unberücksichtigt.

Wichtig:

Pat. müssen in der **Tumorkonferenz** besprochen werden!

Viszeralonkologische Zentren



wie mit Operativen Expertisen aus anderen Zentren umzugehen ist . z:B. Patient Magenkarzinom und einer Whipple OP. Wo soll der Fall gezählt werden?. Als Primärfall Magen UND als Operative Expertise für Pankreas?

9	5.2.4	Operative Expertise Pankreas gesamt	Siehe Sollvorgabe	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	----	≥ 20	
---	-------	-------------------------------------	-------------------	---	------	------	--



Ja, die/der Patient*in kann als Primärfall für das Magenkrebszentrum und für die operative Expertise des Pankreaskrebszentrums gezählt werden

Darmkrebszentren



KeZa 10/ 27 - Follow up (FU)

Ich wünsche mir bei beiden KZen unten eine Tabelle wie bei Psych, Soz und Studie mit der Auflistung der eigenen Primärfallpatienten



Das ist aktuell nicht vorgesehen

Darmkrebszentren



Wir haben einen Patienten im Notfall mit V.a. Blinddarmentzündung mit 5-455.27 operiert. Dabei ist der Zufallsbefund C18.1 pT4bN0M0 herausgekommen. Staging und Histologie sind also bei uns gewesen. Danach hat ein anderes Krankenhaus ihn wegen T4b mit HIPEC behandelt und dabei ihn mit einer 5-455.41 entsprechend der Leitlinie nachreseziert. Dürfen wir ihn zählen, oder steht die 5-455.41 über der 5-455.27? In den Spezifikationen steht nur 5-455.*.



Zählung des Patienten im Zentrum, das die primäre Operation durchgeführt hat, wenn dort auch die Tumorkonferenzvorstellung erfolgt ist

Darmkrebszentren

-  Wann gilt eine Fernmetastase als neu bzw. wann wird gezählt?
-  • Zählzeitpunkt ist das Diagnosedatum der Fernmetastase. Dokumentiert wird das Datum der höchsten Diagnosesicherheit gemäß IARC-IACR/Onkologischer Basisdatensatz (wie bei Primärfällen). Ist kein entsprechendes Datum vorhanden, zählt das Datum der ersten Vorstellung der Pat. mit sek. Fernmetastasen im Zentrum.
- **Fernmetastase und Fernmetastase (inkl. Wiederauftreten nach kompl. Remission) im gleichen Kennzahlenjahr → 1 Zentrumsfall**

Beispiel 1:

März 2014 Lungenmetastasen; September 2014 Knochenmetastasen = Pat. wird 1x gezählt

Beispiel 2: März 2014 Lungenmetastasen; September 2014 Progress der bestehenden Lungenmetastasen = Pat. wird 1x gezählt

Darmkrebszentren



Frage 1: Ist es richtig, dass ein Patient mit KolonCa und RektumCa im selben Jahr in das FU aber nicht in den DFS/OAS zählt?

Frage 2: Und ist es richtig, dass aber ein Patient mit KolonCa und einem nichtkolorektalen malignen Tumor z.B. LungenCa im selben Jahr weder zum FU noch zum DFS/OAS zählt?



A	B	Angaben Primärdiagnose					Follow-Up-Meldungen											Auswertungen ⁸⁾			
		C	D	E	F	G	I	J	K	L	M	O	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Relevante Nachsorgejahre	Jahr der Erstdiagnose	Anzahl Primärpatienten	UICC I ¹⁾	UICC II ¹⁾	UICC III ¹⁾	UICC IV ¹⁾	Patienten „im Follow-Up“ (aus Grundsamtheit Primärpat.) ³⁾	Follow-Up-Daten vom Krebsregister ^{3) 4) 5) 6)}	Follow-Up-Daten vom Zentrum (bzw. Quelle nicht bekannt) ^{3) 4)}	Keine Rückmeldung ³⁾	Follow-Up Quote in % = (J + K) / I	Patienten tumorfrei	Patienten mit mindestens 1 der Ereignisse in Spalte R bis T ⁷⁾	Pat. mit lokoregionärem Rezidiv	Pat. mit Lymphknotenrezidiv	Pat. mit Fernmetastasen	Diagnose Zweitmalignom im Verlauf	Tumorbedingt gestorben (bezüglich jeder Tumorartität)	Nicht tumorbedingt gestorben bzw. Todesursache unbekannt	DFS nach Kaplan-Meier (Disease Free Survival) in %	OAS nach Kaplan-Meier (Overall Survival) in %
nicht relevant	2014	0																			
nicht relevant	2015	0																			

³⁾ Pat., die in dieser Darstellung (Spalte I - W) nicht berücksichtigt werden dürfen, sind: primäre UICC IV-Pat. (auch kurativ therapiert) und Patienten mit vorausgegangenem Tumor (alle Entitäten, inkl. Darm).

Darmkrebszentren



Frage 1: Ist es richtig, dass ein Patient mit KolonCa und RektumCa im selben Jahr in das FU aber nicht in den DFS/OAS zählt?

Frage 2: Und ist es richtig, dass aber ein Patient mit KolonCa und einem nichtkolorektalen malignen Tumor z.B. LungenCa im selben Jahr weder zum FU noch zum DFS/OAS zählt?



- Synchrone Doppelkarzinome werden wie Patienten betrachtet, die eine vorangegangene Krebsvorerkrankung zum Zeitpunkt der Primärtherapie aufweisen.
- Grundsätzlich ist für alle Patienten ein Follow-Up zu erheben. Für die Matrix werden aber die genannten Patienten (sowohl Follow-Up-Quote als auch Überlebenswertung) nicht berücksichtigt (siehe Fußnote 3)
- **Zu Frage 2:** hängt davon ab, ob Bronchialkarzinom vor bzw. parallel zur Darmkrebserkrankungen auftritt.
 - **Vor/parallel:** Lungenkarzinom **gilt als vorausgegangener Tumor**
 - **Danach:** Betrachtung im Follow-Up als **Zweitumor** im Verlauf

Darmkrebszentren



Fragen zur HIPEC: Ist die HIPEC eine Chemotherapie?



HIPEC (Hypertherme IntraPERitoneale Chemotherapie) ist ein Verfahren, bei dem die Bauchhöhle mit warmer **Chemotherapie** gespült wird. Die HIPEC ist eine **lokale/intraperitoneale**, aber keine systemische Chemotherapie (im Sinne des Datenblattes)



Brauche ich für sie wegen der KZ 10 eine BRAF-Bestimmung?
Wird diese dafür gemacht?



Eine Mutationsanalyse (RAS/BRAF) soll bei allen Patient*innen mit **metastasiertem** Kolorektalem Karzinom und **Erstlinientherapie** erfolgen

10	LL QI	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Möglichst häufig KRAS- und BRAF-Bestimmung vor Erstlinientherapie	Patienten des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	Patienten mit metastasiertem KRK und Erstlinientherapie	< 50%	Derzeit keine Vorgaben
----	-------	--	---	--	---	-------	------------------------

HIPEC = keine systemische Chemotherapie, sondern eine lokale Therapie. Daher **keine** RAS/BRAF-Bestimmung bei reiner HIPEC-Behandlung.

Darmkrebszentren



Und ist die HIPEC eine Kombinationstherapie und zählt bei KZ 27?

25	LL QI	Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Möglichst häufig Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Patienten des Nenners mit Kombinationschemotherapie	Patienten mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	50%	Derzeit keine Vorgaben
----	-------	--	---	---	--	-----	------------------------



HIPEC ist keine systemische (=intravenöse) Therapie und zählt für KeZa 25 (früher 27) **nicht**

Leberkrebszentren

-  Wie genau ist die Mehrfachnennung gemeint?
Anzahl Zählungen: Darf ein Patient mit 1. TACE, 2. Resektion und 3. Transplantation zweimal bei der operativen Expertise aufgeführt werden und einmal bei der interventionellen Expertise? Darf ein Patient mit 2x TACE auch zweimal in der operativen Expertise aufgeführt werden?
Zählzeitraum: Wie lang darf eine Intervention gezählt werden wenn bspw. die Erstdiagnose im November 2019 war und die Intervention im Folgejahr?



Primärfälle = ICD-10 C22.0	Operative Expertise - Anzahl Operationen bei Primärfällen ¹				Interventionelle Expertise - Anzahl Interventionen bei Primärfällen ¹			Nicht operative Primärfälle
	Resektion			Transplantation	mit hochfrequenzinduzierter Thermotherapie		TACE/TAE	
	OPS: 5-501.0	OPS: 5-501.2	OPS: 5-502*	OPS: 5-504*	OPS: 5-501.50/51/52 (RFA, Mikrowelle)	OPS: 5-501.53 (RFA, Mikrowelle)		
	Operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (OPS: 5-502* o. 5-504*)							

1) Die Mehrfachangabe ist möglich, wenn z.B. ein Pat. mit Erstdiagnose eine TACE und nachfolgend eine Resektion erhalten hat.

Leberkrebszentren



Wie genau ist die Mehrfachnennung gemeint?

Anzahl Zählungen: Darf ein Patient mit 1. TACE, 2. Resektion und 3. Transplantation zweimal bei der operativen Expertise aufgeführt werden und einmal bei der interventionellen Expertise? Darf ein Patient mit 2x TACE auch zweimal in der operativen Expertise aufgeführt werden?

Zählzeitraum: Wie lang darf eine Intervention gezählt werden wenn bspw. die Erstdiagnose im November 2019 war und die Intervention im Folgejahr?



- Der/die beschriebenen Pat. kann für TACE und Resektion und Transplantation gezählt werden (= 3 Angaben).
- Unabhängig von der Anzahl der TACE-Zyklen kann er jedoch nur 1x für TACE gezählt werden
- Primärfall zählt für das Kennzahlenjahr der Erstdiagnose, Eingriff zählt im Kennzahlenjahr der Operation zur operativen Expertise

Leberkrebszentren



KeZa 8

Im Zähler wird die Typisierung nach WHO verlangt. Nun stellt sich die Frage, ob es ausreichend ist, dass ein Morphologie-Code vorliegt oder ob nur bestimmte Codes für den Zähler in Frage kommen.



Es ist ausreichend, dass ein Morphologie-Code vorliegt

Speiseröhrenkrebszentren



Kennzahl 9

Inhalt Pathobericht Biopsie → werden hierzu auch Primärfälle mit externen Pathoberichten gezählt?

9	Q11LL	Inhalt Pathologiebericht Biopsie	Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte bei Biopsien	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe <ul style="list-style-type: none"> • der Art der neoplastischen Läsion (LGD/LGIEN, HGD/HGIEN, Karzinom) • bei HGD/HGIEN: Tis Klassifikation nach UICC, • WHO-hist. Typ (insbesondere Unterscheidung Plattenepithel vs Adenokarzinom), • bei invasiven Adenokarzinomen Grading nach aktueller WHO-Klassifikation, • Bei Biopsie aus dem distalen Ösophagus: becherzellhaltige Barrettmukosa? 	Primärfälle mit Biopsie	< 40%	Derzeit keine Vorgaben	
---	-------	----------------------------------	---	---	-------------------------	-------	------------------------	--



- Alle Primärfälle mit Biopsie zählen mit, also auch Pat. mit externem Pathologiebericht
- Unvollständige externe Befunde können im Kommentarfeld erläutert werden

Brustkrebszentren



KeZa 20 a+b:

cT Angabe bei Nodalstatus (im postoperativen TNM) wird von OncoBox nicht anerkannt-weshalb?



- cT bezieht sich auf die prätherapeutische Größe/Ausdehnung des Tumors
- Der postoperative Nodalstatus muss im Format „pN“ angegeben werden

Lungenkrebszentren



Zählweise Primärfälle

„zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome [...]“
→ welche Situation fällt in die genannte Beschreibung, gerne Bsp.



Im neuen Erhebungsbogen spezifiziert:

- Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome, wenn diese auf verschiedenen Seiten auftreten (nicht als zweiter Primärfall gezählt wird das Auftreten in verschiedenen Lappen derselben Seite)

Lungenkrebszentren



KeZa 9

Anregung - Zählweise von operativen Primärfällen: OP aus dem KZ-Jahr mit ED aus dem Vorjahr, da Überhangs-OPs im neuen Jahr nur teilweise in den Kennzahlen erfasst werden → Abgabe/Auswertung der KZ aus dem Vorjahr zur Zertifizierung bereits Anfang des Jahres, alle späteren operativen Fälle, die eigentl. nach aktueller Zählweise hinzugezählt werden sollten werden hierdurch nicht mehr berücksichtigt



- Es ist ein Problem bei Zentren, welche sehr früh im Jahr das Audit haben. Beispiel: ED Dez 2019 - Audit März 2020 - OP April 2020.
- Operativer PF kann dann nicht abgebildet werden. Operative Expertise bildet aber das Kalenderjahr ab.
- Situation bei frühem Audit im Jahr aber aktuell nicht änderbar.

Lungenkrebszentren



KeZa 14

Warum wurden für 2020 Revisionsoperationen gestrichen?

14	525	Revisionsoperationen	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen	Primärfälle des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen	Operative Primärfälle pro Abteilung (= Kennzahl 9a)	< 0,01%	≤ 10%	
----	-----	----------------------	---	--	---	---------	-------	--



- Die Kennzahl wurde gestrichen wegen unterschiedlicher Auslegung in den Zentren und damit fehlender Vergleichbarkeit (z.B. Zählung rein diagnostischer Revisionseingriffe)
- Bestehende Kennzahlen 12 (30d-Letalität nach Resektion) und 13 (postoperative Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz) decken bereits wesentliche Komplikationen ab.

Lungenkrebszentren



KeZa 27/28

PD-L1-Testung → werden Kleinzeller (ICD-O-3: 8041/3; 8042/3; 8043/3; 8044/3; 8045/3) im Nenner hinzugezählt?



27 Angabe optional	PD-L1-Testung bei NSCLC im Stadium III mit Radiochemotherapie	Möglichst häufig PD-L1-Testung vor Beginn der Radio-Chemotherapie	Primärfälle des Nenners mit PD-L1-Testung vor Beginn der Radio-Chemotherapie	<u>Primärfälle NSCLC Stadium III mit Radio-Chemotherapie</u>	≥ 75%
28 Angabe optional	PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig PD-L1-Testung	Primärfälle des Nenners mit PD-L1-Testung	<u>Primärfälle NSCLC Stadium IV</u>	≥ 75%

Für den Nenner werden **nur Nicht-Kleinzeller** berücksichtigt.

Sarkomzentren

-  Wie erfasst man GIST Tumore ohne Risikoklassifikation nach Miettinen (z.B. nur Biopsie (keine Risikobestimmung an Biopsien möglich), Tumore mit einer SDH Defizienz) in den Basisdaten?

-  Erfassung basiert auf Risikoklassifikation, bei nicht operierten Patienten ggf. in Tumorkonferenz Risikogruppe interdisziplinär definieren (Mitoserate durch Biopsie bekannt, Lokalisation ebenfalls, ggf. Tumorgröße behelfsweise anhand von Bildgebung beurteilen) → **Behelfslösung!!**

Prostatakrebszentren



Perkutane RT mit HDR-Boost, zählen diese als perkutane RT?

Zentrumspatient Prostatakarzinom ¹⁾	nicht interventionell ²⁾		interventionell ²⁾								Gesamt	
	Active Surveillance	Watchful Waiting	lokale Behandlung der Prostata									
			RPE	RZE aufgrund von PCa	Zufallsbefund nach RZE	Definitive perkutane Strahlentherapie	LDR-Brachytherapie	HDR-Brachytherapie	andere lokale Therapie ³⁾	ausschließliche systemische Behandlung ⁴⁾		andere Behandlung ⁵⁾



- Zählt als perkutane Strahlentherapie

Prostatakarzinom

 Im letztem "Onkologie im Dialog" war die Fragen auch nach PDRBrachytherapie besprochen. Wo findet man die Antwort dazu?



Fragen von Krebsregistern: Prostatakrebszentrum

Prostata-Ca mit perk. **und** HDR-Brachytherapie zählt zur welcher Behandlung?

Antwort:

Die OncoBox wertet die Therapie zur Brachytherapie.

Fragen von Krebsregistern: Prostatakrebszentrum

- Entspricht PDR auch HDR-Therapie?

Antwort:

Pulsed Dose Rate. Ist nicht in der LL Prostata aufgeführt, deswegen Zählung unter: "andere lokale Therapie"

Harnblasenkrebszentren



Kennzahl 6/7

Wo findet man die Angaben bzw. wo sollen sie eingegeben werden

KIS/ TuDok-System
= Pat. mit
Lymphknotenbefall

6	LL QI	Inhalt Befundbericht	Möglichst häufig Befundbericht mit vollständiger Angabe der genannten Parameter	Patienten des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: - Lokalisation - Zahl der nachgewiesenen/befallenen Lymphknoten - Kapselüberschreitendes Wachstum (j/n) - max. Metastasengröße (mm, eindimensional)	Zentrumspatienten mit Erstdiagnose pN+	≥ 90%
7	LL QI	Aussage zu Detrusor Muskulatur in Befundbericht	Möglichst häufig Aussage im Befundbericht, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	Patienten des Nenners mit Pathologiebericht mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	Primärfälle Stadium I und ausschließlich TUR-B	≥ 90%

Wird aus den Basisdaten übertragen



- Das sind Angaben des Pathologen → Pathologiebefund

Kopf-Hals-Tumorzentren



Diagnosecodes Larynx

Frage 1: In der ICD-Liste sind unter Berücksichtigung des diesbezüglich eindeutigeren Vorversion des EHB -.C13.0,C13.1, C13.8, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9 berücksichtigt, nicht aber C12, C13, C13.2, C13.9, C32.

Frage 2: Im aktuellen „Kennzahlenbogen_mkht-E2-2_daten_191013“ fehlt abweichend von der Vorversion im Tabellenblatt „ICD-Liste“ die Spalte mit Markierung („X“) für die Zählung von ICD-Codes für Larynx-Kennzahlen, die grüne Markierung der Zellen besteht jedoch weiterhin.



Aktuelles Datenblatt für 2021 veröffentlicht!

- Die Zuordnung der Diagnosecodes zu den Entitäten erfolgt durch die Experten der Zertifizierungskommission und wird interdisziplinär abgestimmt.
- Die Codes C12, C13, C13.2, C13.9 stehen für bösartige Neubildungen des Rachens, C32 codiert für das Larynxkarzinom

Kopf-Hals-Tumorzentren



In der ICD-Liste sind Entitäten (z.B. C13.8) grün markiert. Fürs Kennzahlenjahr 2018 war dies Markierung für Larynxkarzinom. Warum zählen diese nicht mehr dazu (es geht um große Karzinome, über mehrere Bereiche) und was bedeutet diese grüne Markierung?



- **Aktuelles Datenblatt für 2021 veröffentlicht!**
- Diagnosecodes für Larynx sind regulär aufgenommen u daher nicht mehr farbig gekennzeichnet

Kopf-Hals-Tumorzentren



Kennzahl 7: Revisionsoperationen

Zählen mikrochirurgische Defektrekonstruktion zu den Revisionsoperationen?
Was ist mit Wundheilungsstörungen nach Lappenplastik? Oder
Wundheilungsstörungen an der Entnahmestelle (z.B. Oberarm)?
Maximaler Zeitraum bis Auftreten von Komplikationen

7	5.9	Revisionsoperationen	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Revisions-OP's	Primärfälle des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von postoperativen Komplikationen	Operative Primärfälle			≤ 15%
---	-----	----------------------	--	--	-----------------------	--	--	-------



- Postoperative Komplikationen, die einer **operativen Versorgung** mit **OPS-Code** bedürfen, zählen für den Zähler der KeZa (zB auch lokale Wundheilungsstörungen)
- Betrachtungszeitraum 30 Tage nach Primäreingriff

Kopf-Hals-Tumorzentren



Kennzahl 9: Bildgebung für Feststellung N-Kategorie
 Werden im Nenner und Zähler auch Tis berücksichtigt?

9	LL QI MHK	Bildgebung bei Mundhöhlenkarzinom für Feststellung N-Kategorie	Möglichst häufig CT/MRT Schädelbasis bis obere Thoraxapertur	Primärfälle des Nenners mit Untersuchung der Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit CT oder MRT zur Feststellung der N-Kategorie	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom	≥ 90%
---	--------------	--	--	--	--------------------------------	-------



- Ja, in situ Tumoren der Mundhöhle zählen mit
- Der Nenner wird automatisch aus den Basisdaten übertragen

Primärfälle Kopf-Hals-Tumoren Def. Gemäß EB 1.2.1; Automatischer Übertrag "Anzahl / Zähler / Nenner" in Kennzahlenbogen	"in situ"	I	II	III	IV			Gesamt
					IVA	IVB	IVC	
Mundhöhle operativ				i	i	i	i	i
Mundhöhle nicht operativ				i	i	i	i	i

Kopf-Hals-Tumorzentren



Kennzahl 13: Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom

Ist hier auch Radiochemotherapie gemeint? Wird hier auch Induktionstherapie eingeschlossen?

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	
----	--------------	--	--	--	--	-------	---------------------------	--



- Die konservative, kurativ intendierte Behandlung des Mundhöhlenkarzinoms besteht aus der Strahlentherapie oder aus der Kombination von Strahlentherapie und Chemotherapie.

Eindeutig nachgewiesen ist es, dass eine Verlängerung der Behandlungszeit, etwa durch Unterbrechung der Bestrahlung aufgrund von Komplikationen im Krankheitsverlauf, zu einer Verschlechterung der lokalen Tumorkontrolle führt [390, 391].

Kopf-Hals-Tumorzentren



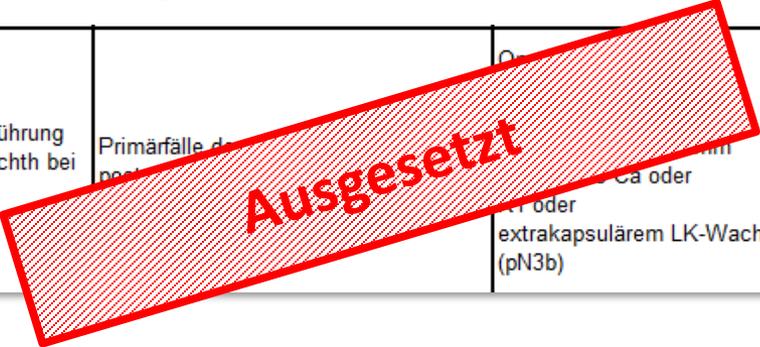
Kennzahl 18 postoperative RCT bei Larynxkarzinom

LL: „Eine postoperative Radio- oder Radiochemotherapie soll bei pT3-Karzinomen und pT4a-Karzinomen, bei Karzinomen mit knappen oder positiven Resektionsrändern, perineuraler Invasion, Gefäßinvasion (Lymphgefäßinvasion und/oder Veneninvasion) bei mehr als einem befallenen Lymphknoten und bei einem befallenen Lymphknoten mit extrakapsulärem Tumorwachstum erfolgen [238-241].“

Frage: Sollen hier wirklich alle Larynxkarzinome (auch Tis und T1) mit den angegebenen Kriterien gezählt werden?

Sollen nur Fälle mit pT3, pT4a und pT4b gezählt werden oder alle pT-Status (außer pTis)?

18	LL QI Larynx	Postoperative Radiochemotherapie bei Larynxkarzinom	Leitliniegerechte Durchführung der postoperativen Radiochth bei Larynxkarzinom	Primärfälle d post	Ca oder extrakapsulärem LK-Wachstum (pN3b)	nicht- <50%	Derzeit keine Vorgaben
----	--------------	---	--	--------------------	---	----------------	------------------------



- Zu berücksichtigen sind die in der Nennerdefinition genannten Stadien/ Konstellationen
- Spezifikation der LL-Anforderung ausstehend → **KeZa vorläufig ausgesetzt**

Kopf-Hals-Tumorzentren



Kennzahl 20: Beratung durch Logopäden

In welchem Umfang und zu welchem Zeitpunkt sollte Beratung stattfinden?

20	LL QI Larynx	Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom	Möglichst häufig Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler	Primärfälle des Nenners mit Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom	Primärfälle Larynxkarzinom und Therapie	<70%	Derzeit keine Vorgaben	
----	-----------------	---	---	---	---	------	------------------------	--



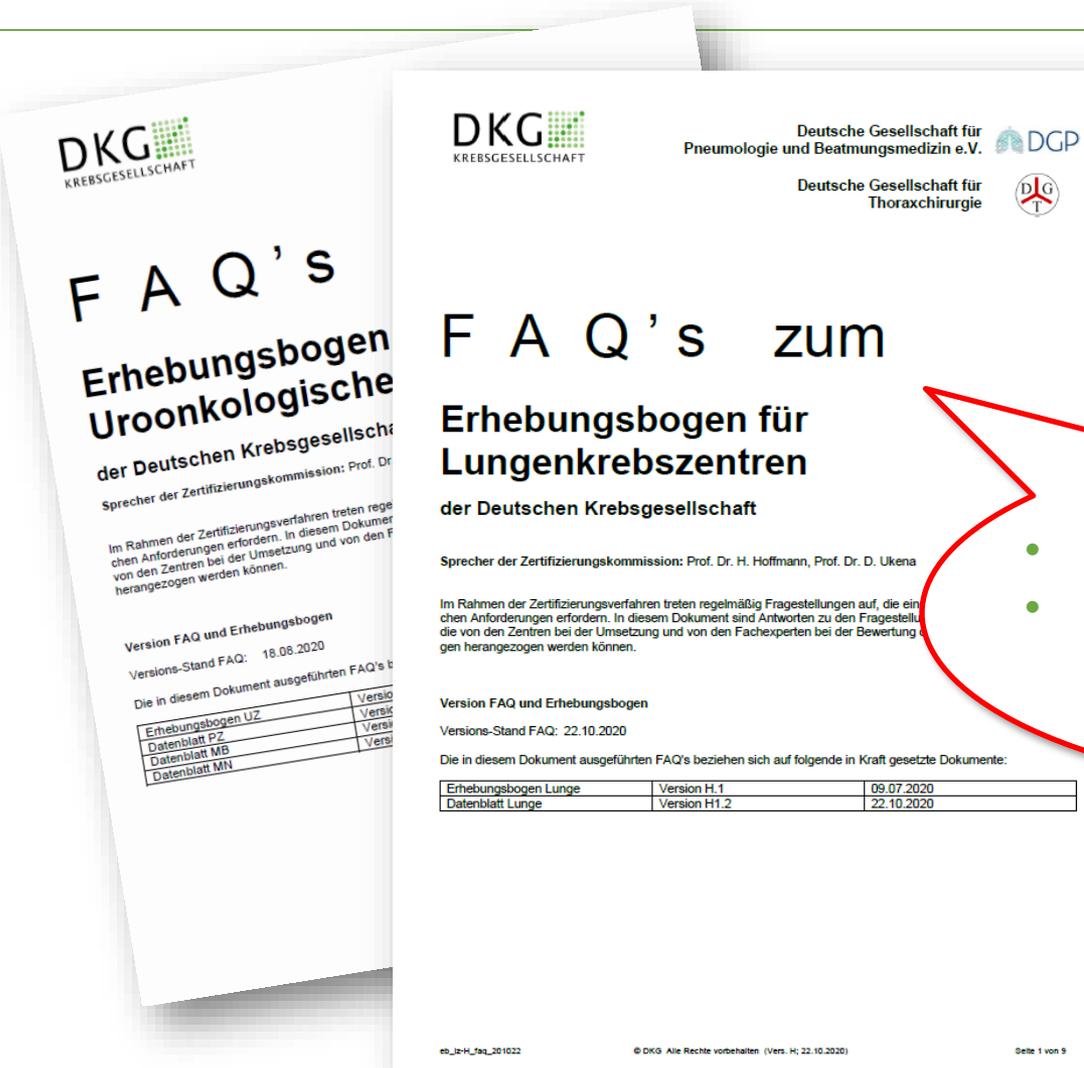
• S3-LL Larynx:

7.69.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	<p>Schon vor Beginn der Tumor-Therapie soll die spätere Stimmfunktion bedacht werden.</p> <p>Die Patienten sollten über die verschiedenen Reha-Möglichkeiten unter Einbeziehung von Logopäden und Patientenbetreuern der Selbsthilfegruppen informiert werden.</p>

- Der Umfang richtet sich nach dem Inhalt und der emotionalen Situation von Patient*in und Angehörigen: Themen können z.B. sein Kommunikationsstrategien nach dem Eingriff, das vorübergehende Tragen einer Trachealkanüle, kurzzeitige künstliche Ernährung etc.

Weitere Infos

Frequently Asked Questions



- Liste häufiger Fragen
- Auf der Webseite der DKG/ OnkoZert für alle Tumorentitäten abrufbar!

- Aktuelle OncoBox-Versionen für Auditjahr 2021 veröffentlicht

Neu 02.11.2020

OncoBox Brust K1.1.1, Darm K1.1.1 und Prostata L1.1.1

Aufgrund der Anpassungen der Datenblätter (EXCEL) für das Auditjahr 2021 wurden Anpassungen an der Spezifikation und an den OncoBoxen notwendig. Die Änderungen in den Datenblättern, die bereits auf der [OnkoZert-Website](#) dargestellt sind, werden hier nicht erneut dargelegt, da diese weder eine Auswirkungen auf die Dokumentation noch auf die Exportschnittstelle haben. Bitte beachten Sie, dass bei Darm neue Ausprägungen im Datenfeld <Grading> möglich sind (Export prätherapeutische Grading nach Neoadjuvanz möglich).

In der nachfolgenden Tabelle können Sie überprüfen, inwieweit sich etwas an der Dokumentationspraxis bzw. am Export geändert hat:

	Algorithmus OncoBox*	Dokumentation Zentrum	Export aus Tudokusystem
Brust	---	---	---
Darm	Tabellenblatt: Datenfelder Differenzierung OPS Codes (TVE) (Feld F2)	---	---
Darm	Tabellenblatt: Datenfelder Neue Ausprägungen (Feld H4)	---	neue Ausprägungen exportieren
Darm	Tabellenblatt: KB-1 (neuauf.Rezidiv Fernmeta) Keine Berechnung der neuen Kennzahl	---	---
Darm	Tabellenblatt: KB -15 (Operative PF Rektum)	---	---
Darm	Tabellenblatt: KB-23 (Lebermetastasenresek.) Keine Berechnung der reformulierten Kennzahl	---	---
Darm	Tabellenblatt: KB-27 (Befundbericht) Zulassung neue Ausprägungen für Zähler	---	---
Darm	Tabellenblatt: KB 30 (MTL22-Indikator) Keine Berechnung der neuen Kennzahl	---	---
Prostata	Neue Auffälligkeiten und Dokufdefizite (nur PCO-Studienpatienten)	ggf. Bearbeitung der Auffälligkeiten	---
Prostata	Tabellenblatt: XML-Datafields c/p N1mi nicht mehr zulässig	ggf. Dokumentation	ggf. Einschränkung Export

- Wann und ob wird die Mamma-OncoBox verpflichtend sein?
→ Antwort: Wird in der Zert.kommissionssitzung 2021 besprochen
- Sind weitere "Boxen" in der Entwicklung ?
→ Antwort: Bisher nicht



ZERTIFIZIERUNG

ZERTIFIZIERUNG

- _ Das Zentrenmodell
- _ Erhebungsbögen

Durch ihr Zertifizierungssystem möchte die Deutsche Krebsgesellschaft die Betreuung onkologischer Patienten verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert.

Zertifizierungskommissionen, Sitzungen und Protokolle

ZERTIFIZIERUNG

- _ Das Zentrenmodell
- _ Erhebungsbögen
- _ Onkologische Zentren
- _ Uroonkologische Zentren
- _ Viszeralonkologische Zentren
- _ Organkrebszentren
- _ (Haupt-)Kooperationspartner
- _ Praxen
- _ Dokumente im Überblick
- _ Zentrumssuche
- _ Kommissionen
- _ Zertifizierung
- _ Archiv Zentren
- _ Jahresberichte
- _ Individuelle
- _ Kommentare
- _ Präsentationsmaterial für Zentren
- _ DKG-Zweitmeinungsprojekt
- _ Versorgungsforschung
- _ Laufende Projekte

Sitzungen und Protokolle

Erhebungsbögen werden von interdisziplinär erstellt, die aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft Krebsgesellschaft, der Berufsverbände, der Patientenvertretern bestehen.

Mitglieder

Die Zusammensetzung ist auf der [Webseite](#) Kommissionen, Mandatsträger, Stimmrechte Fachgesellschaften sowie Selbsthilfegruppen

Protokolle der Sitzungen

- Zertifizierungskommission Kinderonkologie
- Zertifizierungskommission Neuroonkologie

Fachartikel

PUBLIKATIONEN

- _ FORUM Aktuell
- _ FORUM 2020
- _ FORUM 2019
- _ FORUM 2018
- _ FORUM 2017
- _ FORUM 2016
- _ Dokumentationen
- _ **Fachartikel**
- _ Bücher

In diesem Bereich finden Sie Originalpublikationen unter der Beteiligung der Deutschen Krebsgesellschaft in Fachjournalen und Herausgeberbänden.

2020

Scheibe M, Herrmann A, Schmitt J, Einhart N, Sedlmayr B, Kowalski C. (2020). Implementation of patient-reported outcome assessment in routine cancer care – a systematic review of multicentric programs in Europe. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.08.001.

Volltext

Klinkhammer-Schalke M, Geraedts M, Hauptmann K, Kowalski C, Mugele K, O Wesselmann S, Bierbaum versorgungsnaher Date 82(08/09): 716-722. D

Veröffentlichungen aus dem Zertifizierungssystem

Jahresberichte

ZERTIFIZIERUNG

- _ Das Zentrenmodell
- _ Erhebungsbögen
- _ Onkologische Zentren
- _ Uroonkologische Zentren
- _ Viszeralonkologische Zentren
- _ Organkrebszentren
- _ (Haupt-)Kooperationspartner
- _ Praxen
- _ Dokumente im Überblick
- _ Zentrumssuche
- _ Kommissionen und Sitzungen
- _ Zertifizierungs-News aktuell
- _ Archiv Zertifizierungs-News
- _ **Jahresberichte**
- _ Individueller Jahresbericht

Jahresberichte Organkrebszentren

Die vorliegenden Jahresberichte bieten einen Überblick über die Qualität der Krebsversorgung an den DKG-zertifizierten Organkrebszentren im jeweiligen Berichtsjahr. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist der Erhebungsbogens (Kriterienkatalog)

Jahresberichte der Zentren

- Darmkrebszentren
- Gynäkologische Krebszentren
- Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunden/-Einheiten
- Hautkrebszentren



Ist noch etwas offen oder unklar geblieben?



Vielen Dank!

Jumana Mensah
Ärztliche Referentin Zertifizierung
mensah@krebsgesellschaft.de