



Onkologie im Dialog

Fragen zu den Kennzahlenbögen

Johannes Rückher, Berlin

Agenda

- Allgemeine/übergreifende Fragen
- Lungenkrebszentren
- Gynäkologische Krebszentren
- Neuroonkologische Zentren
- Darmkrebszentren
- Kopf-Hals-Tumorzentren
- Zentren für Hämatologische Neoplasien
- Brustkrebszentren
- Hautkrebszentren
- Prostatakrebszentren
- Nierenkrebszentren
- Kinderonkologische Zentren
- Sarkomzentren

Allgemeine/übergreifende Fragen

In Ihrem eigenen Interesse wäre es gut, den Zählzeitpunkt generell auf den Zeitpunkt des Aufschlags im Zentrum bzw. Therapiebeginn bzw. OP-Datum im Zentrum zu legen. Dann wären Audits auch wieder ab April / Mai denkbar. Bei aktueller Auslegung kommt es nicht selten vor, dass Primärfälle des Vorjahres erst im Mai/Juni des Folgejahres operiert werden.

Antwort:

Hinweis ist nachvollziehbar, allerdings wären **dann unterschiedliche Zählzeitpunkte** - je nach Therapie - zu definieren, was die Faldefinition weiter verkomplizieren würde.

Daher:

- (zentrumsbezogener) Zählzeitpunkt Primärfall = **Datum histologische Diagnosesicherung**;
- (arztbezogener) Zählzeitpunkt operative Expertise = OP-Datum.

Wenn Fall des Vorjahres zum Auditzeitpunkt noch nicht operiert: keine Zählung für das laufende Audit möglich (allerdings für den 3-Jahres-Schnitt).

Allgemeine/übergreifende Fragen

In Bayern wird die Zertifizierungsunterstützung durch das Tumorregister München unterbunden und auch das Bayerische Krebsregister will zukünftig keine Zertifizierungsunterstützung für seine meldenden Zentren anbieten. Fortschritt?!

Siehe vorangegangene Diskussion

Lungenkrebszentren

Frage: Was gilt als wesentlicher Teil der Behandlung? Wenn bei einem Lungenkarzinom mit symptomatischen Hirnmetastase (Hemiparese etc.) im Zentrum A die Metastasen entfernt und/oder bestrahlt werden und anschließend die systemische Therapie im Zentrum B stattfindet, wer darf den Fall als Primärfall zählen?

Antwort:

- Sofern **Metastase im NOZ** operiert bestrahlt wird, ist **keine Zählung** im NOZ möglich (hier nur Zählung primärer Hirntumoren).
- Wenn es sich in beiden Fällen um **LZ** handelt, ist es – **sofern nicht unmittelbar eindeutig – Vereinbarungssache**: Z.B. Zählung in LZ A, da hier primäre Therapie und in LZ B „nur“ adjuvante Systemtherapie

Definition Primärfall Lungenkrebs des Zentrums:

- alle Pat. mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten

Gynäkologische Krebszentren

Frage zu KeZa 18: Bezieht sich der Nenner auch auf regionäre Lymphknoten und Fernmetastasen? Oder ausschließlich auf ein Lokalrezidiv?

18 Angabe optional	LL Zervix QI	Histologische Sicherung Lokalrezidiv	Möglichst häufig histologische Sicherung bei Pat. mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms	Pat. des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Sicherung	Pat. mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidivs	< 50%	Derzeit keine Vorgaben	
-----------------------	--------------	--------------------------------------	--	--	--	-------	------------------------	--

Antwort:

- Lokalrezidiv umfasst ein **lokales Rezidiv des Primärtumors und/oder der regionalen Lymphknoten**, nicht aber Fernmetastasen
- Vgl. auch Leitfaden zur Zählung von Fällen im Zertifizierungssystem unter <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

Gynäkologische Krebszentren

Frage zu KeZa 24: Was bedeutet cN0/pN0. Muss es beides vorliegen, d.h. weder klinisch noch pathologisch bef. LK? Oder bedeutet es: cN0 oder pN0? Was ist mit Kombinationen: cN0 und pN1 oder cN1 und pN0?

24	LL Endometrium Q1	Adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a/b G1 cN0/pN0 o. pT1a/b G2 cN0/pN0	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	Primärfälle Typ-I-Endometriumkarzinom (ICD-O: 8380/3, 8570/3, 8263/3, 8382/3, 8480/3) pT1a/b G1 cN0/pN0 o. pT1a/b G2 cN0/pN0		≤ 5%	
----	-------------------------	---	--	--	--	--	------	--

Antwort:

Es handelt sich um eine **oder-Verknüpfung**: cN0 oder pN0. Wenn sowohl c-Status als auch p-Status vorliegen, ist der p-Nodalstatus ausschlaggebend für die Berücksichtigung im Nenner.

Gynäkologische Krebszentren

Frage zu KeZa 25b: Kritisch betrachtet bewirkt diese Kennzahl, dass keine operierten Patientinnen mehr von außerhalb am Zentrum aufgenommen werden, um die Quote nicht zu verschlechtern. Können Sie bitte erläutern, was hinter dieser Kennzahl steckt? Inwiefern ist das Zentrum verpflichtet, externe "Fehler" zu begründen und zu vermeiden?

25a <i>Angabe optional</i>	LL Sarkom Q1	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (im Zentrum)	Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcellement (im Zentrum)	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	Im Zentrum operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie	< 90%	Derzeit keine Vorgaben	
25b <i>Angabe optional</i>	LL Sarkom Q1	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (außerhalb des Zentrums)	Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcellement (außerhalb des Zentrums)	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	Außerhalb des Zentrums operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie	< 90%	Derzeit keine Vorgaben	

Gynäkologische Krebszentren

Antwort:

Die Splittung der Kennzahl hat mit den nicht zu beeinflussenden OP-Ergebnissen bei Patientinnen außerhalb eines Zentrums zu tun. **Sie dient dazu, die eigenen OP-Ergebnisse korrekt dazustellen.** Eine Unterschreitung der Plausi-Grenze bei den externen Hysterektomien kann dem Zentrum nicht als Qualitätsdefizit angelastet werden.

Neuroonkologische Zentren

Frage zu KeZa 1a: Darf in einem anderen Jahr ein zweiter Primärfall dokumentiert werden, wenn es sich um einen neuen Tumor mit einer komplett anderen Histologie und Lokalisation handelt?

1a	1.2.1	Primärfälle	Siehe Sollvorgabe	Primärfälle Def. gemäß 1.2.1	-----		≥ 100	
----	-------	-------------	-------------------	---------------------------------	-------	--	------------	--

Antwort:

Neuroonkologische Tumoren werden in 1 Gruppe zusammengefasst, daher keine erneute Zählung als Primärfall auch bei anderer Lokalisation bzw. anderer Histologie (vgl. Richtlinie Zählung von Fällen im Zertifizierungssystem)

Neuroonkologische Zentren

Frage zu KeZa 1a/1b: Es gibt keine Einschränkung auf Patienten >18 Jahre, werden auch pädiatrische Fälle gezählt? Falls ja, ist eine Doppelzählung (Neuro + Kinderonkologie) möglich?

Antwort:

- Organspezifische Zertifizierungssysteme beziehen sich auf Erwachsene, Kinder werden in Kinderonkologischen Zentren behandelt (in EB KIO geregelt, s.u.).
- Keine Doppelzählung möglich.

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von onkologischen Krankheiten von Pat. im Alter von 0 bis einschließlich 17 Jahren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Neuroonkologische Zentren

Frage zu KeZa 1c: Was heißt betreut wurden? Auch Patienten in Nachsorge? Ist Diagnose, Erstvorstellung im Zentrum, oder Vorstellung im Zentrum als Zählzeitpunkt?

1c	Zerebrale Metastasierung	Erfassung der Pat. mit zerebraler Metastasierung, die im Kennzahlenjahr im NOZ betreut wurden	Pat. mit zerebraler Metastasierung, die im NOZ betreut wurden (tumorspezifische Diagnostik und/oder Therapie)	-----		Derzeit keine Vorgaben	
----	--------------------------	---	--	-------	--	------------------------	--

Antwort:

- Wurde für die Auditvorlagen 2023 präzisiert: Es bedeutet **tumorspezifische Diagnostik und/oder Therapie**. Darunter fällt nicht z.B. Psychoonkologie, Nachsorge.
- **Zählzeitpunkt ist Vorstellung im Zentrum** (z.B. auch im Rahmen der Tumorkonferenz), keine Beschränkung auf Erstvorstellungen

Neuroonkologische Zentren

Frage zu KeZa 6b: Es wäre gut im KZB den Zähler genauer zu definieren resp. auszuschreiben, denn es handelt sich um Biopsien von Primärfällen.

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

Antwort:

- Begrenzung auf Primärfälle in EB Kap. 5.2.3b festgelegt
- Auditvorlagen für 2023 schon final, wird aber für 2024 redaktionell klargestellt.

Darmkrebszentren

Frage zu KeZa 23a: Gibt es eine Liste mit leberspezifischen Chemotherapie? Zählt hier neoadjuv. Chemotherapie bei einem Rektum-Ca auch als leberspezifischen Chemotherapie?

23a 22a	Lebermetastasenresektion	Möglichst häufig Lebermetastasenresektion	Pat. des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	Pat. des Zentrums mit metastasiertem KRK und 1. ausschließlicher Lebermetastasierung (primär oder im Kennzahlenjahr neuaufgetreten) ohne leber- spezifische Chemotherapie (Zählzeitpunkt: Diagnosedatum Lebermetastase) oder 2. ausschließlicher Lebermeta- stasierung, die eine Chemotherapie wegen der Lebermetastasierung erhalten haben (Zählzeitpunkt: Ende CHTH im Kennzahlenjahr)	< 20%	Derzeit keine Vorgaben
------------	--------------------------	--	--	--	-------	------------------------------

Antwort:

- **Spezifische Liste existiert nicht**, weil Definition im Einzelfall bzw. Aktualität schwierig wäre. Abgrenzung zu neoadjuvanter Chemo in Bezug auf Primarius dürfte zudem schwierig sein.
- **Maßgeblich ist Intention der Tumorkonferenz**: Wird mit der neoadjuvanten Chemo (auch) die mögliche Resektion der Lebermetastasen bezweckt (also nicht: palliativ)?

Darmkrebszentren

Frage zu KeZa 15: Durch gutes Ansprechen nach neoadjuvanter Therapie wird ein ycTON0 erreicht und man entscheidet sich für ein abwartendes Vorgehen und ggf. spätere OP, um dem Pat. eine bessere Lebensqualität zu erhalten. Wie wird dieser Fall gezählt (Änderung Einschlusskriterien für operative Primärfälle)?

15 14	5.2.4	Operative Primärfälle Rektum	Siehe Sollvorgabe	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	-----		≥ 20	
---------------------	-------	------------------------------	-------------------	---	-------	--	------	--

Darmkrebszentren

Primärfälle Darmkrebs Def. gemäß EB	Operativ ¹⁾			Endoskopisch (außer TVE) ¹⁾	Nicht operativ		Gesamt
	Elektiv ²⁾		Notfall ²⁾		palliativ ¹⁾	Watch and Wait (nicht endoskopisch kurativ) ^{1) 4)}	
	Resektion	Transanale Vollwand- exzision (TVE)					
Primärfälle							
Kolon ³⁾							
Rektum ³⁾							

Antwort:

- **Zählbar als Watch&wait.** Ab Auditjahr 2023 können bis zu 3 W&W-Fälle für operative Mindestmenge angerechnet werden.
- Sofern dann später OP (**Salvage-OP**):
 - Salvage-OP gleiches Kalenderjahr: Zählung als operativer Primärfall
 - Salvage-OP nachfolgendes Kalenderjahr: Jahr 1 Watch&wait-Primärfall, Jahr 2 operativer Primärfall

Darmkrebszentren

Frage zu KeZa 10 und 25: In der Oncobox findet man ganz unten einen Extrakasten mit den Kennzahlen 4b, 5b und 6b (nur Primärfälle). So hätte ich das gerne auch bei den beiden Kennzahlen 10 und 25! Vielen Dank!

Nenner Datenfelder:

Denominator for data fields:

Feld Field	Beschreibung Description	Ausprägung Characteristic	Notwendige Bedingungen Necessary conditions	Be C
C1 Grundgesamtheit - Kategorisierung des Tudoku-Systems C1 Basic statistical population — categorisation of the tumour documentation system		C1 1 = operativer Primärfall 2 = endoskopischer Primärfall / TVE 3 = nicht operierter (palliativer) Primärfall 4 = Watch & Wait (ehemals nicht operierter (kurativer) / nicht endoskopisch Primärfall) 5 = kein Primärfall C1 1 = surgical primary case 2 = endoscopic primary case / transanal full-thickness resection (TVE) 3 = nonsurgical (palliative) primary case 4 = Watch & Wait (previously non-surgical (curative)/ non-endoscopic primary case) 5 = not a primary case	1 2 3 4	

Antwort: Anregung wurde an OnkoZert weitergeleitet

Darmkrebszentren

Frage zu KeZa 1/2b: Zählen hier nur die Patienten, die am Zentrum mit einem Rezidiv/Metastase vorstellig wurden, oder auch Patienten wo die Information über das FU kommt?

1		Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	-----	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	-----		Derzeit keine Vorgaben	
---	--	---	-------	---	-------	--	------------------------	--

Antwort:

Es zählen **nur Patienten, die im Zentrum vorstellig werden**. Rezidive aus dem Follow-up werden in Matrix Ergebnisqualität gelistet.

Darmkrebszentren

Frage zu KeZa 27: Hier sollte auch RX mitgezählt werden (z.B. bei Peritonealmetastasierung), wenn so vom Pathologen angegeben ist

27 26	LL QI	Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK	Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach vollständiger Resektion	Pat. des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: • Tumortyp nach WHO-Klassifikation und • Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation) und • Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation) und • Anzahl der untersuchten Lymphknoten und • Grading und • Abstand von den Resektionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell) und • R-Klassifikation	Pat. mit KRK und operativer Resektion		≥ 95%	
----------	-------	---	---	--	---------------------------------------	--	-------	--

Antwort:

RX ist nach Möglichkeit zu vermeiden und zählt daher **bewusst nicht als „vollständige R-Angabe“**. Sofern begründet RX, kann dies fürs Audit als Begründung angegeben werden.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren

Frage zu Basisdaten: Zählen hier auch C76.0 unbekannter Primärtumor mit Metastasen der Halslymphknoten als Primärfall / Zentrumsfall?

Antwort:

Nein, keine Zählung möglich

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								
Mundhöhle nicht operativ								
Nasenhaupt- und Nasennebenhöhle operativ								
Nasenhaupt- und Nasennebenhöhle nicht operativ								
Rachen operativ								
Rachen nicht operativ								
Larynx operativ								
Larynx nicht operativ								
Tumoren ohne Stadieneinteilung (ICD10- C30.1, C31.2, C31.3) operativ								

Kopf-Hals-Tumor-Zentren

Frage zu KeZa 8, 9, 10, 13 (Mundhöhle): Tis der Parotis hat Diagnose D00.0 und zählt nach ICD-Liste somit zur Mundhöhle. Ist es korrekt oder soll Zählung nach Lokalisation ICD-O erfolgen?

8	LL QI MHK	R0-Situation nach kurativer Operation bei Mundhöhlenkarzinom	Möglichst häufig R0-Ergebnis nach kurativ intendierter Resektion	Primärfälle des Nenners mit R0 als Ergebnis der operativen Therapie	Operative Primärfälle Mundhöhlenkarzinom mit kurativer Intention	<80%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 80%	
---	--------------	--	---	--	--	------	------------------------------------	--

Antwort

- Zählung unter Speicheldrüsentumoren
- D0.00 ist CIS der Lippe, Mundhöhle und auch des Pharynx; Tis der Speicheldrüsen **fallen nicht unter Mundhöhlenkarzinome**

Speicheldrüsen operativ	i
Speicheldrüsen nicht operativ	i
Primärfälle gesamt	i

Kopf-Hals-Tumor-Zentren

Frage zu KeZa 13/14 (Mundhöhle): Zählen hier auch Tis der Mundhöhle?

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	
14	LL QI MHK	Postoperative Radio- o. Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Leitliniengerechte Indikation zur Postoperativen Radio- o. Radiochemotherapie	Primärfälle des Nenners mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom - T3/T4-Kategorie und/oder - knappen ($\leq 3\text{mm}$) oder positiven Resektionsrändern - und/oder perineuraler oder Gefäßinvasion - und/oder pos. LK	< 40%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 60%	

Antwort:

Nein, nur invasive Mundhöhlenkarzinome

Kopf-Hals-Tumor-Zentren

Frage zu KeZa 7: Zählen hier nur Revisionsoperationen in Intubationsnarkose? Z.B. sollte eine Revisionsoperation der OP-Komplikation (als solche durch zuständigen Facharzt bewertet), welche in Lokalanästhesie behandelt wurde, gezählt werden oder nicht?

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

überarbeitete Antwort (14.02.2023):

Gezählt werden alle verschlüsselbaren (5er OPS-Code) Revisions-OPs, die in Intubationsnarkose und als Folge der vorausgegangen Operation durchgeführt werden.

Zentren für Hämatologische Neoplasien

Frage zu KeZa 2: Welche Bedingungen müssen zur Zählung erfüllt sein? Nur Im Rahmen der Initial- und Rezidivdiagnostik? Einmal im Jahr oder auch im Verlauf? Jede Verlaufskontrolle? Laut OPS nicht durch Dritte - nach FAQ mögliche Zählung.

2	Anzahl komplexe Diagnostiken bei Leukämie/MDS-myeloischen und lymphatischen Neubildungen	-----	Anzahl komplexe Diagnostiken bei Leukämie/MDS myeloischen und lymphatischen Neubildungen (Prozeduren analog des OPS: 1-941)	-----	Derzeit keine Vorgaben
---	--	-------	---	-------	------------------------

Antwort:
Zählung, sofern OPS durch Zentrum erbracht, keine Beschränkung auf Primär-/Rezidivfälle, mehrfache Zählung möglich

Brustkrebszentren

Frage zu Basisdaten: Lt. OnkoZert-Vorgabe darf die präoperative Therapie mittels Tamoxifen bzw. AI zum Downstaging des Ki67 nicht als neoadjuvante Therapie gewertet werden. Das Krebsregister weist jedoch darauf hin, dass nach Therapien, die präoperativ begonnen werden, ein ypTNM-Stadium zu melden ist. Wie sollte die Dokumentation erfolgen, damit sie zertifizierungsgerecht und gleichzeitig ADT/Gekid-Basisdatensatz-konform ist?.

Operierte Primärfälle										i
Mit BET ³⁾		i	i	i	i	i				
Mit Mastektomien ³⁾										i
davon operierte Primärfälle mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie*										

Antwort: Die präoperative endokrine Therapie kann als neoadjuvante Therapie gezählt werden (= y). Wenn die Gabe lediglich kurzzeitig (3 Wo) erfolgt mit dem Ziel, das Ansprechen einer endokrinen Therapie vorherzusagen, wird die Gabe nicht als neoadjuvante Therapie gewertet.

(= * Die kurzzeitige (3 Wo) präoperative Gabe von Tamoxifen oder AI zur Testung einer endokrinen Sensitivität wird nicht als neoadjuvante Therapie gewertet)

Brustkrebszentren

Frage zu KeZa 7: Dürfen/sollen hier Patienten die sich noch in der neoadj. Therapie befinden in den Nenner gezählt werden?

7	LL QI	Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund ¹	Endokrine Therapie bei möglichst vielen steroidrez. pos. Primärfällen	Primärfälle des Nenners, bei denen eine endokrine Therapie empfohlen wurde	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit steroidrez. positivem Befund (ohne primär M1 Pat.)		≥ 95%	
---	-------	--	---	--	--	--	-------	--

Antwort:

Ja, alle Patientinnen, die die Kriterien des Nenners erfüllen, werden dort gezählt (kein Ausschluss bei neoadjuvanter Chemo)

Brustkrebszentren

Frage zu KeZa 14b: Die Kennzahl sagt "ohne primär M1", schließt das auch Patienten mit primär M1 aus den Vorjahren aus, die nun eine weitere FM haben, oder werden nur primär M1-Patienten aus dem aktuellen KN-Jahr ausgeschlossen?

14b	Pat. mit neuauftretenem (Lokal-) Rezidiv und/oder Fernmetastasen (ohne primär M1 Pat.)	-----	Pat. mit neuauftretenem (Lokal-) Rezidiv und/oder Fernmetastasen (ohne primär M1 Pat.)	-----	Derzeit keine Vorgaben
-----	--	-------	--	-------	------------------------

Antwort:

- Ja, **Ausschluss primärer M1-Patientinnen aus dem Kalenderjahr**, weil diese als Primärfälle zählen.
- Die Zählung jeweils neuauftretener Fernmetastasen ist aber für mehrere Kalenderjahre möglich, unabhängig davon, ob die Patientin primär M1 war oder nicht.

Brustkrebszentren

Frage zu KeZa 13: Zählen hier auch Biopsien ohne Tumornachweis? z.B. Stanze nicht maligne- FEA (B3 Läsion)

13	LL QI	Prätherapeutische histologische Sicherung	Möglichst häufig prätherapeutische histologische Sicherung	Primärfälle des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	Primärfälle mit Ersteingriff und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS		≥ 90%	
----	-------	---	--	---	---	--	-------	--

Antwort:

Patientinnen, die prätherapeutisch in der in der Biopsie keinen Tumornachweis hatten (= B3-Läsion), können nicht für den Zähler gezählt werden

Hautkrebszentren

Frage zu Basisdaten Zelle 6a: Was gilt als andere Lokalisation? Muss es ein anderer ICD-O-Code (Topographie) sein?

Invasive Maligne Melanome	HAUT							
	mit Primärtumor							
	IA ¹⁾	IB ¹⁾	IIA ¹⁾	IIB ¹⁾	IIC ¹⁾	IIIA ¹⁾	IIIB ¹⁾	IIIC ¹⁾
5.²⁾ a) Pat. mit Primärerkrankung (= Pat. mit erster Diagnose MM)								
b) Anzahl der Fälle bei Primärerkrankung (= Im Kalenderjahr treten synchron/metachron weitere Diag. MM anderer Lokalisation auf, kein Rezidiv, kein Stadienshift)								
6. a) Pat. mit Zweit-/Dritt-Melanom andere Lokalisation (= Pat. hatte bereits Diag. MM in einem vorherigen Kalenderjahr; jetzt: 2./3. MM an anderer Stelle)								

Antwort:

Nein, es genügt ein Abweichen von der Primärlokalisation.

Prostatakrebszentren

Frage zu KeZa 20: In welcher Form ist die Empfehlung? Muss es eine Tumorkonferenz-Empfehlung sein? Oder reicht auch eine Aktennotiz? Ist die Empfehlung oder Durchführung hier ausschlaggebend?

20	LL QI	Zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie	Möglichst häufig Empfehlung der zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie	Pat. des Nenners mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie	Pat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie		≥ 90%	
----	-------	--	--	--	---	--	-------	--

Antwort:

Keine Empfehlung durch TK erforderlich, bei Empfehlung ist Zählung im Zähler möglich (zahnärztliche Untersuchung muss nicht zwingend stattgefunden haben)

Prostatakrebszentren

Frage zu KeZa 5: Es handelt sich um Patienten, die nicht operiert werden, sondern sie werden perkutan bestrahlt und sollen zusätzlich eine Hormontherapie bekommen. OncoBox akzeptiert hier Ausprägungen N/A/C/U d.h. N=neoadjuvant, A=adjuvant, C=begleitend, U=sonstige/unbekannt. Eine definitive /ohne Bezug zu einer operativen Therapie wird hier nicht berücksichtigt. Wird adjuvant/neoadjuvant allgemein nicht nur in Bezug auf Operation gesehen, sondern auch für die Strahlentherapie? Oder handelt sich beim Prostata-Ca um eine Ausnahme?

5	LL QI	Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko	Möglichst hoher Anteil an Pat. mit hohem Risikoprofil u. perkutaner Strahlen- + Hormontherapie	Primärfälle des Nenners mit zusätzlicher neo- und / oder adjuvanter hormonablativer Therapie	Primärfälle mit Prostatakarzinom T1-2 N0 M0 mit hohem Risiko (PSA >20ng/ml o. Gleason-Score ≥ 8 o.cT-Kategorie 2c) und perkutaner Strahlentherapie		$\geq 70\%$	
---	-------	--	--	--	---	--	-------------	--

Antwort:

- Die Angabe neoadjuvant/adjuvant erfasst den **Zeitpunkt der hormonablativen Therapie** im Verhältnis zur Strahlentherapie (hier nicht: Bezug zu einer OP)
- „Definitiv“ bezieht sich hier auf die alleinige hormonablativen Therapie (nicht: Strahlentherapie)

Prostatakrebszentren

Frage zu Basisdaten: Wenn Prostata-Ca als Zufallsbefund beim Rektumkarzinom (bei einer Operation) entdeckt wurde (keine Biopsie davor, kein PSA, kein cTNM), kann dieser Fall trotzdem als Primärfall gewertet werden?

Antwort:

Zählung grundsätzlich möglich, sofern auch Behandlung im PZ

Zentrumspat. Prostatakarzinom ¹⁾	nicht interventionell ²⁾		interventionell ²⁾									Gesamt
	Active Surveillance	Watchful Waiting	lokale Behandlung der Prostata							ausschließliche systemische Behandlung ⁴⁾	andere Behandlung ⁵⁾	
			RPE	RZE aufgrund von PCa	Zufallsbefund nach RZE	Definitive perkutane Strahlentherapie	LDR-Brachytherapie	HDR-Brachytherapie	andere lokale Therapie ³⁾			
a) Primärfall-Pat. ¹⁾												
lokal begrenzt (T1/2 N0-M0)	niedrigem Risiko ⁶⁾											
	mittlerem Risiko ⁶⁾											
	hohem Risiko ⁶⁾											
lokal fortgeschritten (T3/4-N0-M0)												
fortgeschritten (N1, M0)												
fortgeschritten (N0/1, M1)												
nicht zuzuordnen ⁷⁾												
Primärfallpat. gesamt												
davon Pat. mit Historie "AS/WW"												

Nierenkrebszentren

Frage zu KeZa 7: Muss auch eine Fernmetastase histologisch gesichert sein oder reicht es, wenn Nieren-Ca histologische gesichert ist/war?

7	LL QI	Histologie vor systemischer Therapie	Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Histologie vor systemischer Therapie	Pat. des Nenners mit Histologie vor systemischer Therapie	Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie		≥ 90%	
---	-------	--------------------------------------	---	---	--	--	-------	--

Antwort:

- Alle Zentrumsfälle (also auch sekundäre Metastasen) müssen bei ausschließlich systemischer Therapie zuvor gesichert werden.
- Einzelfälle (bewusster Verzicht auf Sicherung) müssen im Audit begründet werden.

Nierenkrebszentren

Frage zu KeZa 1a: Gilt als sonstige Therapie auch Active Surveillance von Nierenzellkarzinom-Metastasen?

	T1-T4-N1-M0)						
	Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)						
Primärfallpat. gesamt		i	i	i			i
Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen im Kalenderjahr (ICD-10 C64)							i

Antwort:

- **Ja, Zählung möglich, aber nur bei primärem M1** und sonst keiner weiteren Therapie.
- Sekundäre M1 werden unter „Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen“ gezählt

Kinderonkologische Zentren

Frage zu Basisdaten: Was heißt 'Erstvorstellung mit Rezidiv' - kann ein Rezidiv, das im Vorjahr bereits PF fürs Zentrum war nicht gezählt werden?

Antwort:

Doch, Zählung möglich, siehe Erläuterung in den Basisdaten

Erstvorstellung mit Rezidiv	Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der Vorstellung im Zentrum. Pro Tumor-Hauptgruppe kann 1 Rezidiv pro Pat. pro Kalenderjahr gezählt werden. Mehrfachnennung pro Pat. bei verschiedenen Tumor-Hauptgruppen ist möglich.
-----------------------------	---

Sarkomzentren

Frage zu KeZa 9: Zählen hier auch Biopsien oder Tumornachweis? Z.B. CT-gesteuerte Punktion, histologisch spärlich myxoide interstitielle Veränderungen mit hyperchromatischen spindelförmigen Zellen. Der Befund ist nicht aussagekräftig

9		Prätherapeutische histologische Sicherung	Möglichst häufig prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Primärfälle des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Sicherung (Stanzbiopsie oder CT-gesteuerte Biopsie oder Inzisionsbiopsie)	Primärfälle WGT ohne GIST und Primärfälle Knochentumore		≥ 90%	
---	--	---	--	---	---	--	-------	--

Antwort:
Nein, Histo muss zu Sicherung des Sarkoms führen

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kontaktdaten:

Dr. med. Johannes Rückher, M.Sc.
Bereich Zertifizierung
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
rueckher@krebsgesellschaft.de

