



Onkologie im Dialog

Fragen zu den Kennzahlenbögen

Martin Utzig, Berlin

Allgemeine/übergreifende Fragen

Fragen zur Kennzahl Beratung Sozialdienst/Psychoonkologisches Distress-Screening:
 Im Zähler werden Patienten gezählt, im Nenner Fälle. Das hat Auswirkungen auf den Quotienten (Da Patienten im Nenner mehrfach vorkommen können). Im Nenner auch Patienten oder im Zähler Fälle?

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

Antwort:

für jedes Ereignis im Nenner kann für den Pat. ein zu diesem Zeitpunkt durchgeführtes Screening gezählt werden

Allgemeine/übergreifende Fragen

Frage zum Psychoonkologisches Distress-Screening:
Wann gilt ein Patient als gescreent?

FAQ zur Kennzahl Distress-Screening

Was passiert, wenn ein Patient/ eine Patientin das Screening ablehnt?

Das psychoonkologische Screening erfolgt selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Patient:innen dürfen das Ausfüllen eines Screeningbogens oder die Beantwortung von Screeningfragen ablehnen. Allerdings wird ein abgelehntes Screening nicht als durchgeführtes Screening gewertet. Dies bedeutet, dass nur Screeningbögen, die von Patient:innen selbst beantwortet wurden, für den Zähler der Kennzahl herangezogen werden. Abgelehnte Screenings sollen als solche erfasst werden. Daten zur Häufigkeit abgelehnter Distress-Screenings können hilfreich sein, um beispielsweise Abweichungen von der im Erhebungsbogen geforderten Screeningquote zu begründen.

Antwort:

Pat. gilt als gescreent, wenn Bedarf einer psychoonkologischen Betreuung mithilfe eines validierten Screeningbogens erfasst worden ist.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren - Mundhöhlenkarzinom

Frage zur KeZa 11 („Vollständigkeit des Befundberichtes“): Gibt es Vorgaben für die Form der Angaben "Tumorlokalisierung", "lokal infiltrierte Strukturen", "Angabe befallener Bezirke und infiltrierter Strukturen"? Für die Kennzahl 16 ist dies genauer definiert bzw. eingegrenzt.

11	LL QI MHK	Vollständiger Befundbericht bei Mundhöhlenkarzinom	Möglichst häufig vollständiger Befundbericht	Primärfälle des Nenners, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorlokalisierung, makroskopische Tumorgöße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angabe befallener Bezirke und infiltrierter Strukturen, R-Status; minimaler Sicherheitsabstand in mm, pN- Klassifikation extrakapsuläres Wachstum LK Ja/Nein	Operative Primärfälle Mundhöhlenkarzinom	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)
							<ul style="list-style-type: none"> Pat. des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> • Tumorlokalisierung (ICD-O-3 Topographie) und -größe (in mm), • histologischer Tumortyp (WHO-Klassifikation), • lokale Tumorausdehnung u infiltrierte Strukturen (cT/pT), • Lymphknotenmetastasen (cN/pN) nach Level und Seite getrennt: <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der untersuchten LK, • Anzahl der befallenen LK, • größter Durchmesser der LK-metastasen • kapselüberschreitendes Tumorwachstum • Lymph-/Veneninvasion und perineurale Invasion (L, V, Pn), • Vorhandensein einer in situ Komponente (cTis/pTis, mit mm-Größe), • Differenzierung des Tumors G1-4 • Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzränder sowie für die invasive und die in situ-Komponente (Angabe zu in-situ: ja/nein) 	Operative Primärfälle Larynxkarzinom mit Lymphknotenentfernung
16	LL QI Larynx	Vollständiger pathologischer Befundbericht bei Larynxkarzinom	Möglichst häufig vollständige pathologischer Befundberichte nach Tm-Resektion u LK-entfernung					

Kopf-Hals-Tumor-Zentren - Mundhöhlenkarzinom

Frage zur KeZa 11 („Vollständigkeit des Befundberichtes“): Gibt es Vorgaben für die Form der Angaben "Tumorlokalisierung", "lokal infiltrierte Strukturen", "Angabe befallener Bezirke und infiltrierter Strukturen" ? Für die Kennzahl 16 ist dies genauer definiert bzw. eingegrenzt.

7.4.	Evidenzbasierte Empfehlung	geprüft 2020
Empfehlungsgrad A	<p>Der histopathologische Befund soll in Kommunikation mit dem Kliniker die genaue Lokalisation einer ggf. vorliegenden R+-Situation beschreiben.</p> <p>Das Tumorpräparat soll mit klarer Bezeichnung der anatomischen Topographie an den Pathologen geschickt werden. Hierzu kann eine Faden- oder Farbmarkierung erfolgen.</p> <p>Der histopathologische Befund soll umfassen:</p> <p>Tumorlokalisierung, makroskopische Tumorgroße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angaben zu befallenen Bezirken und infiltrierten Strukturen, R-Status.</p>	

Antwort: Definition des Zählers basiert auf LL-QI 4 /Empfehlung 7.4

Kopf-Hals-Tumor-Zentren - Mundhöhlenkarzinom

Frage zur KeZa 13 (Radiotherapie bei Mundhöhlenkarzinom): Im Falle adjuvanter Therapien extern: Wird in den Briefen keine Unterbrechung erwähnt, darf die Bestrahlung als ununterbrochen gewertet werden?

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert Ausfüllen	
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		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Kopf-Hals-Tumor-Zentren - Mundhöhlenkarzinom

Frage zur KeZa 13 (Radiotherapie bei Mundhöhlenkarzinom): Im Falle adjuvanter Therapien extern: Wird in den Briefen keine Unterbrechung erwähnt, darf die Bestrahlung als ununterbrochen gewertet werden?

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

Ergänzenden Anmerkungen: Definition „Unterbrechung“: Eine Unterbrechung liegt vor, wenn sich dadurch der empfohlene Zeitraum bis zum Abschluss von 11 Wochen verzögert

Antwort:

Leitlinien empfiehlt ununterbrochene Strahlentherapie, daher ist eine Unterbrechung der Radiatio ein Ereignis, das im Behandlungsbericht erwähnt werden sollte. Im Umkehrschluss kann davon ausgegangen werden, dass Therapie nicht unterbrochen wurden, wenn diese nicht erwähnt wird, es sei denn, dass Therapie länger als 11 Wochen gedauert hat.

Prostatakrebszentren

Die operative Expertise im Kennzahlenbogen bezieht sich auf die Primärfälle, d.h. ist jahresübergreifend. Beispiel: Pat. ED und Vorstellung TK November 2023 (Zählzeitpunkt), OP erfolgt Januar 2024. Im EHB Kap. 5.2.1 bezieht sich die operative Expertise allerdings auf das Jahr und Zentrumsfälle. Wie soll man das auseinander halten bzw. schlüssig darstellen?

Datenblatt:

Zentrumspat. Prostatakarzinom ¹⁾	nicht interventionell ²⁾		lokale Beha		
	Active Surveillance	Watchful Waiting	RPE	RZE aufgrund von PCa	Zufallsbefund nach RZE
a) Primärfall-Pat. ¹⁾					
Minimum Daten ⁶⁾					

Operative Expertise (Grundlage für EB 5.2.1)	RPE (Summe aus F40 + F47)				
	RZE aufgrund von PCa (Summe aus G40 + G47)				
	Zufallsbefund nach RZE (Summe aus H40 + H47)				

nicht zuzuordnen ⁷⁾					
Primärfallpat. gesamt					
davon Pat. mit Historie "AS/WW"					

b) Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen im Kalenderjahr					
Pat. mit neuauftretendem Rezidiv					
Pat. mit neuauftretener Fernmetastase					
Pat. gesamt (ohne Mehrfachnennung)					

Erhebungsbogen:

Kap.	Anforderungen
5.2.1	<p>Operative Expertise Prostata Anzahl Prostatektomien im Rahmen von uroonkologischen Operationen/Jahr/Zentrum (nicht auf Primärfälle und Pat. mit neuauftretendem Rezidiv bezogen)</p> <ul style="list-style-type: none"> 50-74 Prostatektomien: Sofern nur 1 Operateur benannt, dann Benennung eines 2. Operators bis zum nächsten Audit notwendig (Qualifikation EB 5.2.6) ≥ 75 Prostatektomien => Benennung von mind. 2 Operateuren

Prostatakrebszentren

Die operative Expertise im Kennzahlenbogen bezieht sich auf die Primärfälle, d.h. ist jahresübergreifend. Beispiel: Pat. ED und Vorstellung TK November 2023 (Zählzeitpunkt), OP erfolgt Januar 2024. Im EHB Kap. 5.2.1 bezieht sich die operative Expertise allerdings auf das Jahr und Zentrumsfälle. Wie soll man das auseinander halten bzw. schlüssig darstellen?

FAQ:

Kap.	Anforderungen		
5.2.1	Operative Expertise Zentrum		
- Prostata -	<p>Operative Expertise Prostata</p> <p>Anzahl Prostatektomien im Rahmen von <u>uroonkologischen Operationen/Jahr/Zentrum</u> (auf Primärfälle und Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv bezogen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-74 Prostatektomien: Sofern nur 1 Operateur benannt, dann Benennung eines 2. Operators bis zum nächsten Audit notwendig (Qualifikation EB 5.2.6) • ≥ 75 Prostatektomien => Benennung von mind. 2 Operateuren <p>Prostatektomien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radikale Prostatektomie (Primärintervention) • Radikale <u>Zystoprostatektomie</u> bei Blasenkarzinom UND <u>PCa</u> (Primärintervention) • Radikale <u>Zystoprostatektomie</u> bei Prostatakarzinom (Primärintervention) • Radikale Prostatektomie (<u>Rezidivtherapie</u>) - <u>Salvageprostatektomie</u> 	<p><u>FAQ (06.06.2023)</u></p> <p>Warum kann es zu einer Diskrepanz zwischen der operativen Expertise im Datenblatt und im Erhebungsbogen kommen?</p> <p>Antwort: Die operative Expertise im Datenblatt bezieht sich auf Zentrumsfälle im Kennzahlenjahr (Zählzeitpunkt Primärfälle = Datum Vorstellung im Zentrum), die Angabe der <u>OP's</u> im Erhebungsbogen durch die benannten Operateure wird jedoch i.d.R. auf das OP-Datum bezogen. Diskrepanzen sind im Audit zu erläutern.</p>	

Prostatakrebszentren

Die Vorschau der KN wird mit O1 gekennzeichnet, wird hier eine Anpassung der OncoBox erfolgen, oder entspricht N1.2 = O1 ?

Aktuell gültiges Datenblatt:

eb_jrz-N1-1_daten_221123-3....

Vorschau Datenblatt 2024:

Anlage EB Version O1.1 (Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023)
Basisdaten Prostata

Antwort:

Nein, es erfolgt eine Anpassung der OncoBox Prostata. Release der OncoBox O1 steht bevor u. wird über die Homepage <https://www.xml-oncobox.de/> bekannt gegeben.

Prostatakrebszentren

Sind Gesundheitszustand und Lebensqualität der Prostata immer noch in der Abfrage zwingend erforderlich ?

1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fall DKG-Fragebogen Lebensqualität	0 (=sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 (=ausgezeichnet) (Angabe als natürliche Zahl) 100 = unbekannt	Ergebnis der Patientenbefragung: Wie würden Sie insgesamt Ihre <u>Lebensqualität</u> während der letzten Woche einschätzen?	<LifeDKGQuestionnaire>	Pat.befragung	Case Questionnaire Quality of Life
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fall DKG-Fragebogen Gesundheitszustand	0 (=sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 (=ausgezeichnet) (Angabe als natürliche Zahl) 100 = unbekannt	Ergebnis der Patientenbefragung: Wie würden Sie insgesamt Ihren <u>Gesundheitszustand</u> während der letzten Woche einschätzen?	<HealthDKGQuestionnaire>	Pat.befragung	Case Questionnaire State of Health

Antwort:

Nein, diese Angaben sind nicht zwingend erforderlich.

Brustkrebszentren

Warum unterscheidet sich KB von ÄK Zert NRW und DKG?

Homepage der ÄK Westfalen-Lippe

Krankenhausplanung bislang 51 Brustzentren anerkannt. Ziel der Ausweisung von Brustzentren ist die Verbesserung der Versorgung der Frauen mit Brustkrebs in NRW durch die Zentralisierung der Behandlung in Zentren.

Das Land NRW hat sich mit der Beauftragung der Ärztekammer, eine Zertifizierungsstelle einzurichten, für einen unabhängigen öffentlich-rechtlichen Träger entschieden. AKZert®

<https://www.aekwl.de/fuer-aerzte/qualitaetssicherung/zertifizierungsstelle-aekzert/>

Antwort:

DKG- und ÄKZert®-Zertifizierungen sind zwei von einander unabhängige Zertifizierungssysteme; daraus resultieren Unterschiede bzgl. einiger Sollvorgaben/Plausibilitätsgrenzen. Aktuell nehmen 26 ÄKZert®-Zentren am gemeinsamen Datenmanagement teil.

ÄKZert®-Zertifizierung ist nur in NRW möglich; zusätzl. Länderspezifische KeZa (wie z.B. Meldung beim KKR) sowie zur Erfassung von Wartezeiten

Brustkrebszentren

Warum fordert DKG Follow up Darstellung? Wenn LKR Gesetz besagt, dass FU meldet derjenige, der die Leistung erbracht hat und die Krebsregister keine Rückmeldung zum Stand FU machen können, weil sie keine Daten haben, weil die niedergelassene Ärzte ihrer Pflicht nicht nachkommen...

Datenblatt ab 2024:

Reg.-Nr.	<input type="text"/>	(Muster Zertifikat)
Zentrum	<input type="text"/>	
Standort	<input type="text"/>	
Ansprechpartner	<input type="text"/>	Erstelldatum <input type="text"/>
		Datum Erstzertifizierung <input type="text"/>
		Kennzahlenjahr <input type="text" value="2023"/>

Bei den „rot“ gekennzeichneten Angaben handelt es sich um Neuerungen im Auditjahr 2024 (Änderungen gegenüber Auditjahr 2023).
Redaktionelle Änderungen sind „grün“ gekennzeichnet (u.a. bedingt durch organübergreifende Anpassungen der Formulierungen).

Bundesland / Land	Welche Daten erhalten Sie vom Krebsregister (§65c)?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tumordokumentationssystem	XML-OncoBox Brust Nein

Primärfälle Mammakarzinom	Tis (= DCIS) (N0, M0)	T1 (N0, M0)
Def. gemäß EB 1.2.0; automatischer Übertrag "Anzahl / Zähler / Nenner" in den Kennzahlenbogen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primärfälle ⁴⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onerierte Primärfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bundesland / Land	Welche Daten erhalten Sie vom Krebsregister (§65c)?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
XML-OncoBox	Keine Daten für Berechnung von Kennzahlen und kein Follow-up/ Matrix
Noch nicht vorhanden	Keine Daten für Berechnung von Kennzahlen, aber teilweise Follow-up/ Matrix (z.B. nur Vitalstatus) Keine Daten für Berechnung von Kennzahlen, aber vollständiges Follow-up/ Matrix Daten für Berechnung von Kennzahlen und teilweise Follow-up/ Matrix (z.B. nur Vitalstatus) Daten für Berechnung von Kennzahlen und vollständiges Follow-up/ Matrix Keine Auswahl zutreffend

Brustkrebszentren

Warum fordert DKG Follow up Darstellung? Wenn LKR Gesetz besagt, dass FU meldet derjenige, der die Leistung erbracht hat und die Krebsregister keine Rückmeldung zum Stand FU machen können, weil sie keine Daten haben, weil die niedergelassene Ärzte ihrer Pflicht nicht nachkommen...

Kap.	Anforderungen
10.4	funktionierenden externen Lösung. Sofern das zuständige 65c-Krebsregister die Follow-up-Daten nicht liefern kann, sollen Krebsregister und Zentrum schriftlich begründen, warum eine Lieferung nicht erfolgen kann (siehe 10.10).

10.10	Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix). Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. des BZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (siehe 10.4).
-------	---

Matrix Follow-up:

Bearbeitungshinweise:

Für Brustkrebszentren ist die Matrix EQ optional zu bearbeiten (bei funktionierendem Krebsregister und bei „Reduktion des Auditzyklus“ verbindlich).

Antwort:

- Passives Follow-up durch die Krebsregister erfüllt die Anforderungen
- Matrix in Abhängigkeit von Datenübermittlung bzw. bei RED-ZYK

Brustkrebszentren

Sitzungsprotokoll 20.05.21: "Die kurzzeitige (3 Wo) präoperative Gabe von Tamoxifen o. A1 zur Testung einer endokrinen Sensitivität wird nicht als neoadjuvante Therapie gewertet." Dem Protokoll vom 12.09.23 ist zu entnehmen, dass auch die Fälle mit kurzen endokrine Gaben zur Testung der Sensitivität mit dem Präfix "y" im TNM zu dokumentieren sind u. eine Abstimmung mit der TNM-Kommission erfolgen soll. Ist es dann so zu verstehen, dass nach erfolgter Zustimmung der TNM-Kommission die Regelung bzgl. der Nicht-Kennzeichnung als "neoadjuvant" wieder aufgehoben wird? Falls nicht, stellt sich die Frage, was im Merkmal "Stellung zur operativen Therapie" zu dokumentieren ist.

Antwort:

Präfix y lässt in TNM keine Unterscheidung zw. endokriner Testung u. neoadjuvanter Systemtherapie zu; formal ist TNM nach endokriner Testung auch mit y zu codieren. Ziel der Eingabe an TNM-Kommission ist Einführung eines zusätzl. Präfix, z.B. ye, dass eine Unterscheidung möglich macht; Stellung der Therapie wäre damit als präoperativ erkennbar.

Brustkrebszentren

Frage zu KeZa 5: Warum wird, im Vgl. zu KeZa 4, bei DCIS die Durchführung der Strahlentherapie abgefragt, während bei invasivem Ca nur die Empfehlung der Strahlentherapie?

Nr.	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	
4	LL QI	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom	Adäquate Rate an Bestrahlungen von Primärfällen mit inv. Mammakarzinom und BET	Primärfälle des Nenners, bei denen eine Radiatio empfohlen wurde	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom und BET (ohne primär M1 Pat.)		≥ 90%		Zähler	
									Nenner	0
									%	n.d.
5		Strahlentherapie nach BET bei DCIS	Adäquate Rate an Bestrahlungen von Primärfällen mit DCIS und BET	Primärfälle des Nenners, bei denen eine Radiatio begonnen wurde	Primärfälle mit DCIS und BET	< 80%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.

Brustkrebszentren

Frage zu KeZa 5: Warum wird, im Vgl. zu KeZa 4, bei DCIS die Durchführung der Strahlentherapie abgefragt, während bei invasivem Ca nur die Empfehlung der Strahlentherapie?

4.105.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Postoperative Chemotherapie und Radiotherapie sollen sequentiell erfolgen. Hinweis: die Überlegenheit einer speziellen Sequenz (erst Chemotherapie bzw. erst Radiotherapie) ist nicht belegt. Für die klinische Praxis hat sich die Sequenz von Chemotherapie mit nachfolgender Radiotherapie etabliert.

Antwort:

Aufgrund der vorgeschalteten adjuvanten System-/Chemotherapie späterer Beginn der Strahlentherapie bei Pat. mit invasivem Karzinom; deshalb Erfassung der Strahlentherapie (insbesondere bei externer Behandlung) erschwert.

Bei kleinerem Pat.-Kollektiv und frühzeitigem Beginn der Radiotherapie Erfassung der begonnenen Therapie bei Pat. mit DCIS

Brustkrebszentren

Frage zu KeZa 2: Die Sollvorgabe von 40% für präth. Vorstellung: was wird erwartet, welche Pat. sollten präth. vorgestellt werden? (neben palliativen und neoadjuvanten)

Nr.	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	
									Nenner	Ist-Wert
2	1.2.2	Prätherapeutische Fallbesprechung	Adäquate Rate an prätherapeutischen Fallbesprechungen	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Primärfälle		≥ 40%			0
									%	n.d.

1.2.2.b Im BZ durchgeführte Vakuum- und Stanzbiopsien sollten möglichst alle innerhalb der präoperativen TK besprochen werden. Zumindest sollten Vakuum- und Stanzbiopsien mit BIRADS 4 und 5 und iVm pathologisch B1- B4 besprochen werden.

1.2.2.c Zusätzlich sollten Pat. mit einer geplanten Mastektomie in der präoperativen TK vorgestellt werden (siehe „Verfahrensanleitung zum ...“)

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kontaktdaten:

Dr. med. Martin Utzig
Bereich Zertifizierung
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
utzig@krebsgesellschaft.de

DKG  **Zertifizierung**
KREBSGESELLSCHAFT



CERTIFIED ☆