



---

# Beantwortung von Fragen zu Kennzahlenbögen

Onkologie im Dialog am 07.12.2021

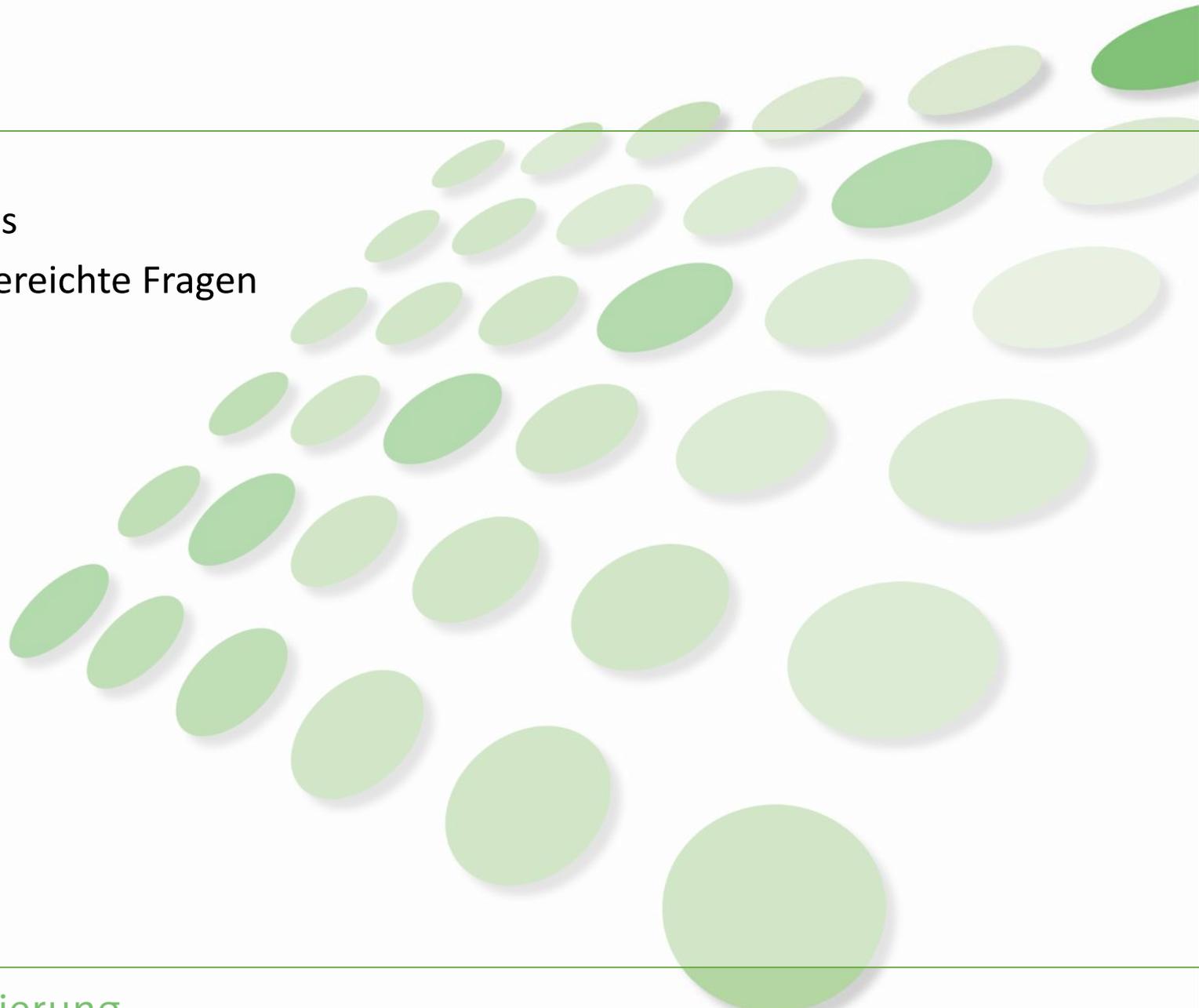
Johannes Rückher, Berlin

---

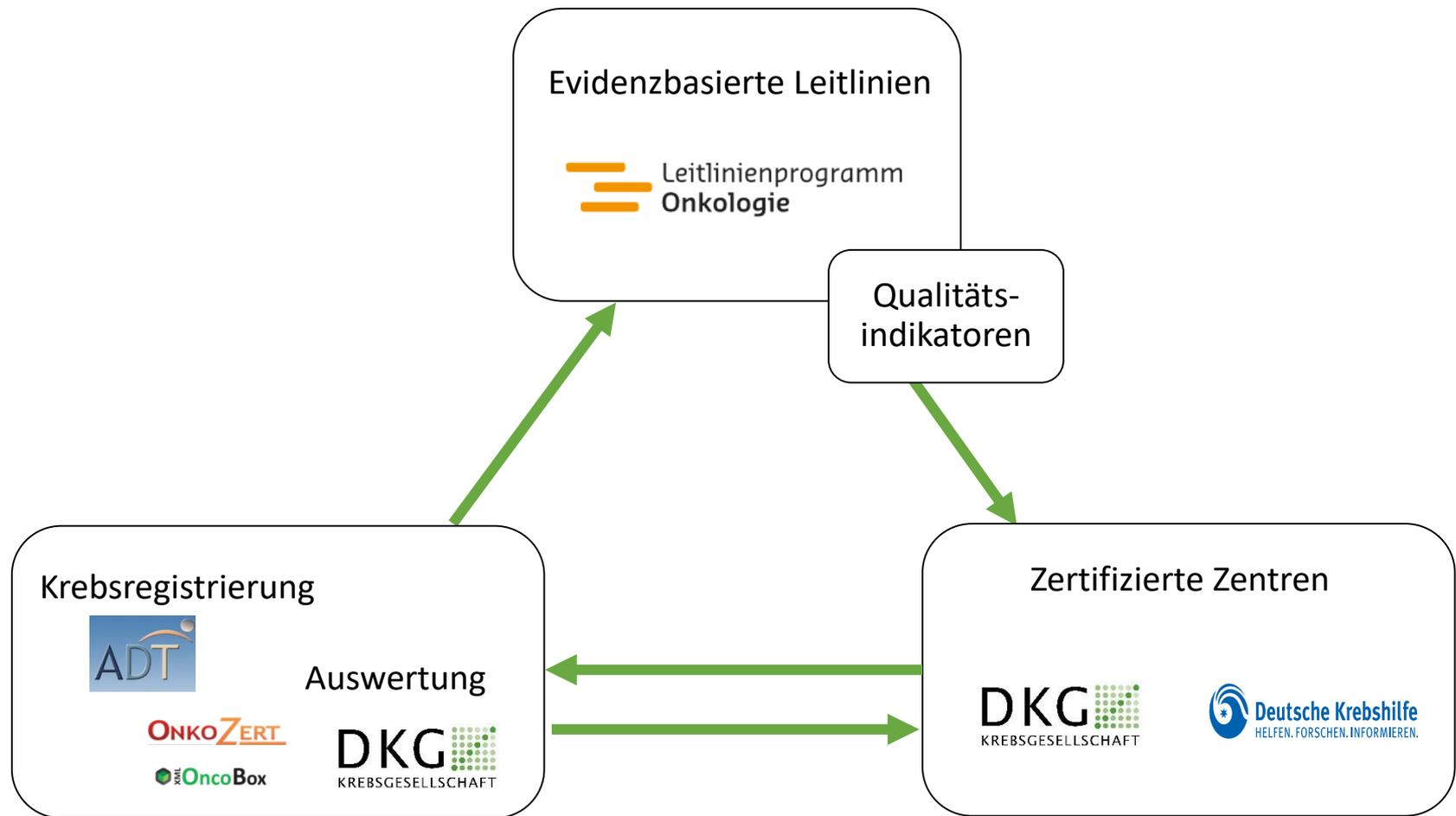
# Agenda

---

- Allgemeines
- Vorab eingereichte Fragen



# Das Zertifizierungssystem der DKG



# Matrix Ergebnisqualität

Schreiben der Sprecher der §65c-Plattform an die DKG vom 15.09.2020:

Sehr geehrte Frau Dr. med. Wesselmann,

die KFRG-Krebsregister können als zuständiges Behandlungsortregister für die Region den Organkrebszentren und onkologischen Zentren, nach Übersendung einer Primärfallliste (mit der jeweiligen auf die Meldestelle bezogenen Referenznummer), die Informationen auf Basis des ADT/GEKID Basisdatensatzes, soweit vorliegend, zur Generierung der Ergebnismatrix durch das Zentrum für das Audit durch DKG/OnkoZert zur Verfügung stellen.

Umsetzung lässt bisher leider noch zu wünschen übrig...

# Vorab eingereichte Fragen zu den Kennzahlenbögen



# Entitätenübergreifend - Tumorkonferenz

---

## Frage:

„Ist eine Tumorkonferenz nach PE mit Ergebnis R0 als prätherapeutisch oder postoperativ zu werten?“

## Antwort:

Dieser Fall tritt immer wieder einmal auf. Da auf die R0-PE in der Regel keine Therapie mehr folgt, ist die **Vorstellung in 1 Tumorkonferenz** ausreichend:

- Eine Zählung unter „**postoperativer** Tumorkonferenz“ ist **unkritisch**, da diese nach der PE erfolgte.
  - Eine Zählung unter „**prätherapeutischer** Tumorkonferenz“ ist **nicht möglich**, da die Therapie dann bereits abgeschlossen ist. Trotzdem wird der Patient (z.B. als Primärfall) häufig dem Nenner der Kennzahl zugeordnet. Wird aufgrund eines solchen Falles die Sollvorgabe verfehlt, geben die Zentren dies in den Begründungen an.
- Wir werden hier nach einer **besseren Lösung suchen** (z.B. Ausschluss vom Nenner „Prätherapeutische Tumorkonferenz“)

# Entitätenübergreifend – Zählweise Rezidive/Metastasen

## Frage:

1. Erst Hirnmetastase links, später neue Hirnmetastase rechts → Progress oder neu aufgetreten?
2. Erst Hirnmetastase, später neue Lungenmetastase → Progress oder neu aufgetreten?

## Antwort:

- Primär metastasierter Patient und sekundäre Fernmetastase im gleichen Jahr: 2 Zentrumsfälle
- Fernmetastase und Fernmetastase (inkl. Wiederauftreten nach kompletter Remission) im **gleichen Jahr**: 1 Zentrumsfall
- Fernmetastase mit Progress in **verschiedenen Kennzahlenjahren** → 1 Zentrumsfall (im Jahr der Erstmanifestation der Fernmetastase)
- Fernmetastase mit kompl. Remission und **Wiederauftreten in gleicher Lokalisation in verschiedenen Kennzahlenjahren** → 2 Zentrumsfälle (1x im Jahr der Erstmanifestation der Fernmetastase und 1x im Jahr des Wiederauftretens)
- Fernmetastase und Fernmetastase **anderer Lokalisation in verschiedenen Kennzahlenjahren** (unabhängig von Remission der ersten Fernmetastase) → 2 Zentrumsfälle (1x im Jahr der ersten Fernmetastase und 1x im Jahr zweiten Fernmetastase)

# Entitätenübergreifend – Zählweise Rezidive/Metastasen

---

## Frage:

1. Erst Hirnmetastase links, später neue Hirnmetastase rechts → Progress oder neu aufgetreten?
2. Erst Hirnmetastase, später neue Lungenmetastase → Progress oder neu aufgetreten?

Unabhängig von der Lokalisation im selben bzw. in verschiedenen Organen gilt:

- **1 Zentrumsfall**, sofern die beiden Metastasen im **gleichen Kennzahlenjahr** auftreten
- **2 Zentrumsfälle**, sofern die beiden Metastasen in **verschiedenen Kennzahlenjahren** auftreten

# Entitätenübergreifend – Zählweise Rezidive/Metastasen

**Weitere Informationen** (z.B. zur Zählweise von Rezidiven und sekundären Metastasierungen) finden Sie im **Leitfaden zur Zählung von Fällen** im Zertifizierungssystem: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

## Zählung der Fälle im Zertifizierungssystem

Stand: 11.05.2021

### 1. Allgemeine Regeln zur Zählweise von Fällen im Zertifizierungssystem

- **Primärfälle**  
= Patienten mit Erstdiagnose, die im Zentrum behandelt wurden
  - Inkl. primär M1 zum Zeitpunkt der Erstdiagnose
  - Zählzeitpunkt = höchste Diagnosestufe entsprechend „Tumor\_Diagnosesicherung“<sup>1</sup> → erste histologische Sicherung; organspezifische Vorgaben in Kapitel 2 aufgeführt
  - Grundsätzlich kann jeder Patient nur 1x als Primärfall gezählt werden (abweichende organspezifische Vorgaben möglich, vgl. Tabelle)
  - Vorstellung nur zur Zweitmeinung oder nur konsiliarisch zählt nicht als Primärfall
- **Zentrumsfälle**  
= Primärfälle + Patienten mit (lokoregionalem) Rezidiv + Patienten mit sekundärer Fernmetastasierung
- Besonderheit Hämatologische Neoplasien: **Patientenfall** = Patienten mit Erstdiagnose sowie Patienten mit Rezidiv/Fernmetastasierung, die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz erstmalig vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie (systemische Therapie, Stammzelltransplantation, Active surveillance/ Watchful waiting) erhalten
  - Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der erstmaligen Vorstellung im Zentrum
  - Patienten dürfen unabhängig vom Kalenderjahr nur 1 Mal für das Zentrum gezählt werden (auch bei späterer Diagnose einer anderen hämatologischen Neoplasie)

# Sarkome – Netzwerk Chirurgie

Für die **Sarkomchirurgie** gilt: es müssen gemeinsam 50 Tumorresektionen pro Standort und Jahr bei Patienten mit Sarkomen (Primärfälle/Rezidive) nachgewiesen werden!

Zählt man dort alle Patienten mit Primärfall/Rezidiv rein, die die Hauptoperation in dem Kennzahlenjahr bekommen haben, egal in welchem Jahr der Patient ein Primärfall/Rezidiv war

oder

zählt man nur die Operationen von den Primärfällen/Rezidiven, die auch im Kennzahlenjahr im Datenblatt als Patienten stehen, rein.

Beispiel: Kennzahlenjahr 2021; Patient Primärfall 2020, aber Operation erst im Jahr 2021 durchgeführt. Wo zählt dieser Operation rein? Hintergrund ist: wir müssen den Kennzahlenbogen im März abgeben und haben teilweise Patienten, die im Kennzahlenjahr im Dezember histologisch gesichert wurden und neoadj. Therapie erst bekommen und meistens im April erst operiert werden und somit die OP nicht im Kennzahlenjahr bekommen. Fallen die Operationen quasi unter dem Tisch oder können diese für das nächste Kennzahlenjahr für die Operateure mitgezählt werden?

# Sarkome – Netzwerk Chirurgie

2020	2021
Diagnosestellung, Diagnostik, Therapieplanung, neoadjuvante Therapie usw.	Operation

EB Kap. 1.2.1 a)

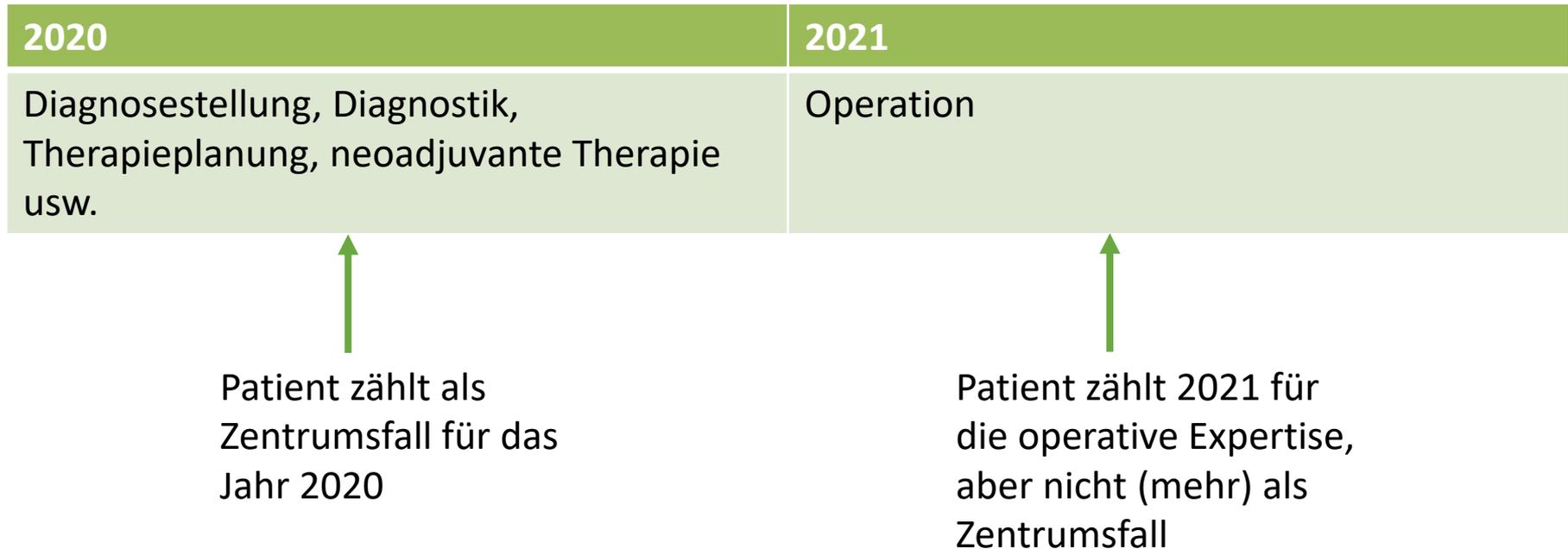
„Mind. **50** Zentrumsfälle mit Sarkomen [...] Definition **Zentrumsfall**: [...] **Zählzeitpunkt** ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des **histologischen Befundes**).“

EB Kap. 5.2.2 a)

Für die Sarkomchirurgie [...] gilt: Es müssen gemeinsam mind. **50** Tumorresektionen/ Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.

# Sarkome – Netzwerk Chirurgie

Beispiel aus Frage: Dezember 2020 histologische Sicherung und neoadj. Therapie, Operation im April 2021



# Speiseröhre – Basisdaten

## Frage:

Bei **Stenosen durch Tumorbefall** kann kein **cT** angegeben werden. Wie machen das andere Kliniken?

## Antwort:

Bildgebung (und damit auch Angabe cT) sollte möglich sein.

		HGIEN/HG D (ICD-10 D00.1)	Adeno- und Plattenepithel-Ca des Ösophagus (ICD-10 C15*, C16.0 <sup>1)</sup> )					Summe
			T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	
<b>Primärfälle</b>								
<b>Operativ</b>	Endoskopisch <sup>2)</sup>							
	Chirurgisch elektiv <sup>3)</sup>							
	Chirurgisch Notfall <sup>3)</sup>							
davon operative Primärfälle mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie								
<b>Nicht operative Primärfälle</b>								
<b>Rezidive/Metastasen</b>								

# Speiseröhre – prätherapeutische Tumorkonferenz

## Frage:

Patient wird häufig **zur Resektion erst in die Klinik überwiesen**. Stellenweise keine Angabe in externen Befunden zur präth. Konferenz. Kennen andere die Situation auch? Kann hierfür auch die Konferenz **nach neoadj. Therapie (präoperativ) gezählt** werden?

## Antwort:

- Grundsätzlich müssen Patienten **prätherapeutisch** (nicht präoperativ) in der Tumorkonferenz besprochen werden, damit sie im Zähler gezählt werden können.
- Wenn extern neoadjuvant vorbehandelt:
  - Sofern Kooperationspartner: **Auf Vorstellung hinwirken**
  - Sofern kein Einfluss auf prätherapeutische Vorstellung: Ggf. in **Erläuterungen** angeben und im Audit besprechen

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar
2	LL Q1	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Primärfälle Ösophaguskarzinom	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a)		≥ 95%	

# Übergreifend – postoperative Tumorkonferenz

---

## Frage:

Beispiel 1: OP, 1. TUK, STR, 2. TUK, SYS, 3. TUK -> 1. TUK postoperativ und 2. und 3. TUK posttherapeutisch?

Beispiel 2: OP, STR, TUK -> TUK postoperativ oder posttherapeutisch?

## Antwort:

- Die Begriffe „postoperativ“ und „posttherapeutisch“ haben Schnittmengen (insbesondere dann, wenn OP einzige Therapie ist).
- Das Ende der letzten Therapie steht oft (noch) nicht fest (z.B. bei inkompletter Remission).
- Beispiel 1: 1. TUK postoperativ und 2./3. posttherapeutisch (und gleichzeitig postoperativ)
- Beispiel 2: TUK ist sowohl postoperativ als auch posttherapeutisch

# Hämatologische Neoplasien – Anzahl Blockchemotherapien

Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei den oben aufgeführten Diagnosen (OPS: 8-544)

## Frage:

Welche Zählweise? Pro Patient nur eine Blockchemo? Nur im Kennzahlenjahr? Oder alle Blockchemotherapien, die der Patient insgesamt erhalten hat (auch außerhalb des Kennzahlenjahres, soweit bereits bekannt)?

## Antwort:

- Gezählt werden **Prozeduren und nicht Patienten**.
- Bezugsmenge ist im gesamten Datenblatt das **jeweilige Kennzahlenjahr**.

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

**Kontakt Daten:**

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



**CERTIFIED** ☆