



Rückmeldung, die hilft: Was die Zentren wirklich brauchen

26. Netzwerktagung für Qualität und Versorgung in der Onkologie, Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin

Mittwoch, 17. September 2025

Martin Utzig, Berlin

Warum ist die Behandlung in einem zertifizierten Krebszentrum so wichtig?

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER.

Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) - Erkenntnisse zur Ergebnisqualität und Erfolg des Datenlinkage

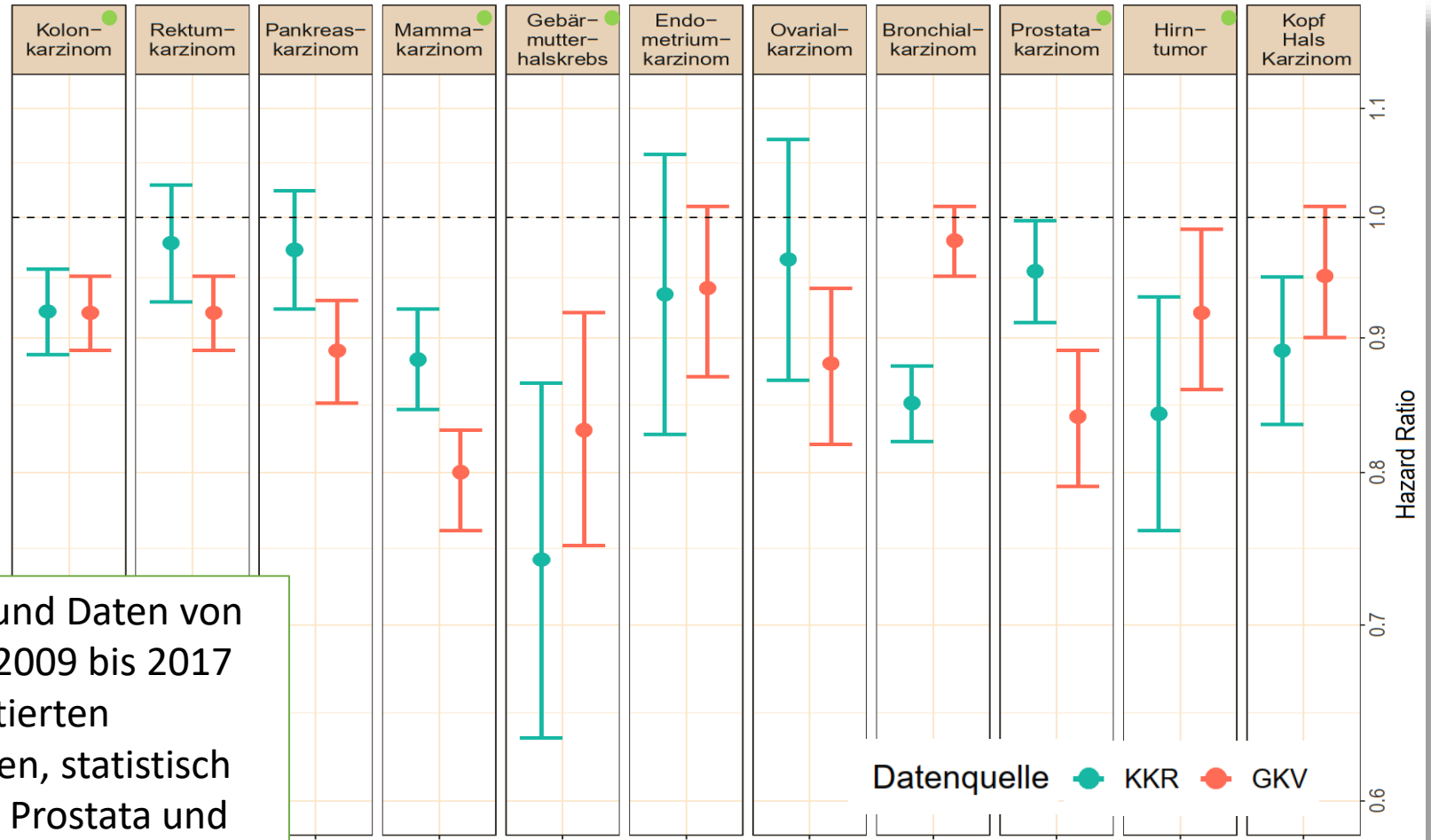
Prof. Dr. J. Schmitt¹, Dr. O. Schoffer¹, Prof. Dr. M. Klinkhammer-Schalke^{2,3}
C. Bobeth¹, Dr. M. Roessler¹, Dr. V. Bierbaum¹, Dr. M. Gerken², K. Kleihues van Tol³, P. Dröge⁴, C. Günster⁴
1) ZEGV, 2) TZR, 3) ADT, 4) WiDO

Gefördert durch
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss
Förderkennzeichen: 01VSF17020

ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Wido Wissenschaftliches Institut der AOK

Tumorzentrum Regensburg



- **Datenbasis:** AOK-Abrechnungsdaten und Daten von 4 klinischen Krebsregistern der Jahre 2009 bis 2017
- **Überlebensvorteil** in allen risikoadjustierten Modellierungen in beiden Datenquellen, statistisch **signifikant** für Kolon, Mamma, Zervix, Prostata und neuroonkologische Tumoren

• Datenquellen-übergreifend signifikanter Überlebensvorteil

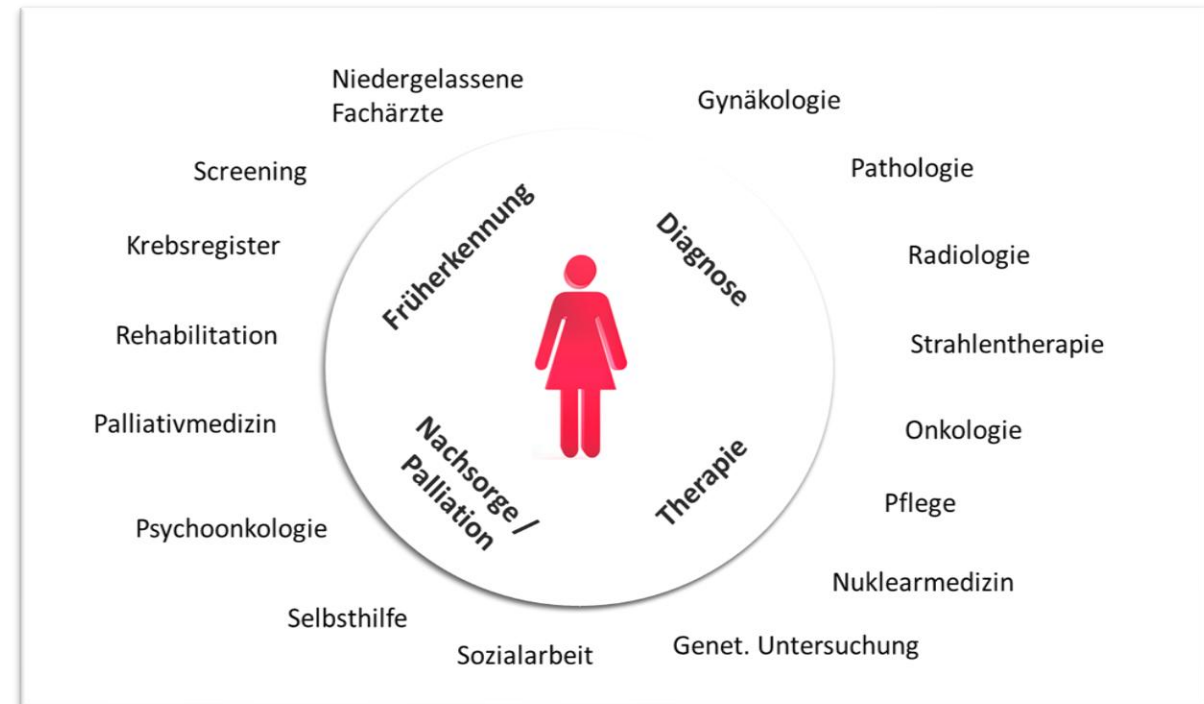
Was ist ein Zentrum?

Definition entsprechend des Nationalen Krebsplans

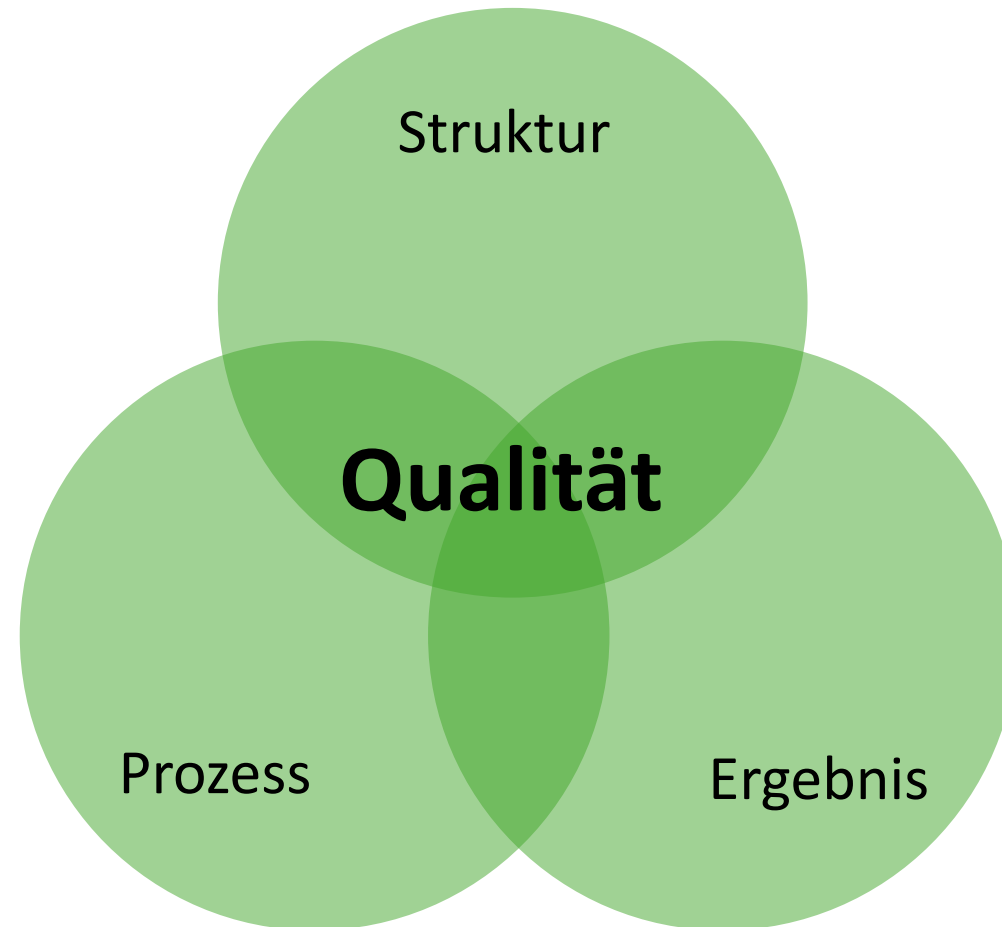
„Ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, interdisziplinären und transsektoralen [...] Einrichtungen, die [...] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden [...]“

► **Interdisziplinäre und multi-professionelle Zusammenarbeit**

Beispiel Brustkrebszentrum:



Dimensionen des Qualitätsmodells nach Donabedian



Strukturqualität: Erhebungsbogen



Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren und Mesotheliomeinheiten der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Lungenkrebszentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. H. Hoffmann, Prof. Dr. N. Reinmuth

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
 Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
 Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
 Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
 Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
 Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
 Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
 Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
 Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
 Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
 Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
 Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
 Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
 Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
 Bundesverband Deutscher Pathologen (BDP)
 Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BDP)
 Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. (BSL)
 Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO)
 Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
 Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
 Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
 Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
 Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
 Deutsche Thoraxchirurgie (DGT)
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
 Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
 Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
 Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
 Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)
 Vertreter S3-Leitlinie Lungenkarzinom

- Hauptbehandlungspartner des LZ sind Pneumologe, Thoraxchirurg, Internistischer Onkologe/ Hämatoonkologe o. Pneumologe mit entsprechender Expertise, Strahlentherapeut, Pathologe, Radiologe
- Die Disziplin Pneumologie wird durch eine pneumologische Abteilung (o. Bereich mit Schwerpunkt) mit ≥ 2 in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Pneumologie vertreten.
- Die Disziplin Thoraxchirurgie wird durch eine thoraxchirurgische Abteilung (o. Bereich mit Schwerpunkt) mit ≥ 2 in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie vertreten. Folgende Parameter müssen erfüllt werden:
 - Führen der Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie
 - ≥ 100 selbstständig durchgeführte anatom. Lungenresektionen mit systematischer Lymphadenektomie nach dem Facharzt,
- Onkologische Fachpflegekräfte: Am Zentrum muss mind. 1 VK onkologische Fachpflegekraft im Tagdienst tätig sein.
- [...]

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

Primärfälle Lungenkarzinom automatischer Übertrag "Anzahl / Nenner" in den Kennzahlenbogen	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVB	Gesamt
	T1mi-T1c, N0, M0	T2a-N0-M0	T2b-N0-M0	T1a-c N1 M0 T2a-b N1 M0 T3-N0-M0	T1a-c/T2a-b N2-M0 T3-N1/M0 T4-N0/N1-M0	T1a-c/T2a-b-N3-M0 T3/T4-N2-M0	T3/T4-N3-M0	Jedes T- Jedes N- M1a/M1b	Jedes T- Jedes N-M1c	
Primärfälle (ICD-10 C34-alle Histologien) Def. gemäß EB 1.2.1								z	z	z
Operative Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion (OPS: 5-323 bis 5-328) ¹⁾	z	z	z	z	z	z	z			z
Nicht-operative Primärfälle ²⁾										
Teilmenge Primärfälle - nichtkleinzellige Tumoren (optionale Angabe) ³⁾										
Operative Expertise - Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328 bei ICD-10 C34.0 - .9, C78.0) ¹⁾									z	z

Basisdaten_Lunge

Expertise_Lunge

Expertise_TCH_mehrst. LZ

OPS-Codes KN 12_Lunge

Studien_Lunge

KB_Lunge

Datendefizite_KB_Lunge

Matrix_Lunge

Datendefizite_Matrix_Lunge

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

Anlage EB Version J1.1 (Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024)

Expertise Lunge



Reg.-Nr. Zentrum

Expertise kooperierende Behandlungseinheit

Daten zentrumsübergreifend: dies bedeutet, dass sämtliche Fälle einer Behandlungseinheit gezählt werden. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn eine Behandlungseinheit Kooperationspartner mehrerer Zentren ist (z.B. Pathologie: Kooperation mit 2 eigenständigen Lungenkrebszentren). Bei diesen Kennzahlen steht die Expertise der Behandlungseinheit im Vordergrund und nicht die Kennzahl.

KN	EB	Kennzahl- definition	Definition Anzahl	Soll- vorgabe	Leistungserbringer / Kooperationspartner					Anzahl	Daten- qualität pro PNEU/STR/PAT	Anzahl gesamt	Daten- qualität gesamt
					Klinik-, Praxis-, Einrichtungsname	Straße Hausnummer	PLZ	Ort					
8a	2.2.3.b	Flexible Bronchoskopie	Flexible Bronchoskopien je Leistungserbringer	≥ 500	Pneumologie 1	Klinik für Innere Medizin I, Pneumologie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	800	i.o.	1350	i.o.
					Pneumologie 2	Dr. Lunge	Gesundheitsstraße 1	33333	Musterstadt	550	i.o.		
					Pneumologie 3								
					Pneumologie 4								
8b		EBUS mit TBNA	Endobronchialer Ultraschall mit TBNA - je Leistungserbringer	≥ 50	Pneumologie 1	Klinik für Innere Medizin I, Pneumologie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	420	i.o.	475	i.o.
					Pneumologie 2	Dr. Lunge	Gesundheitsstraße 1	33333	Musterstadt	55	i.o.		
					Pneumologie 3								
					Pneumologie 4								

Basisdaten_Lunge **Expertise_Lunge** Expertise_TCH_mehrst. LZ OPS-Codes KN 12_Lunge Studien_Lunge KB_Lunge Datendefizite_KB_Lunge Matrix_Lunge Datendefizite_Matrix_Lunge

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

KN	EB	Kennzahl-definition	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi	Soll-vorgabe	Leistungserbringer / Kooperationspartner				Anzahl/ Zähler	Nenner	Quote	Daten-qualität pro TCH	Quote gesamt	Daten-qualität gesamt	
							Klinik-, Praxis-, Einrichtungsname	Straße Hausnummer	PLZ	Ort							
11a	5.2.2	Lungenresektionen	Operative Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion (OPS: 5-323 bis 5-328, 6-stellig, ausschließlich mit ICD-10 C34)	-----		Derzeit keine Vorgaben	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	90			I.O.	168	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	78			I.O.		
							Thoraxchirurgie 3										
11b	5.2.2	Lungenresektionen	Operative Expertise Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328 bei ICD-10 C34.0 -.9, C78.0)	-----		≥ 75	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	100			I.O.	175	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	75			I.O.		
							Thoraxchirurgie 3										
12		Verhältnis Broncho-/Angioplastischen Operationen zu Pneumonektomien	Primärfälle des Nenners mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	Primärfälle mit Pneumonektomien und Primärfälle mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	< 50%	Derzeit keine Vorgaben	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	12	15	80,00%	I.O.	68,00%	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	5	10	50,00%	I.O.		
							Thoraxchirurgie 3							n.d.			
13		Videothorakoskopische (VATS) und/ oder Roboter-assistierte (RATS) anatomische Resektionen	Operationen des Nenners, die videothorakoskopisch (VATS) und/ oder Roboter-assistiert (RATS) anatomische Resektionen durchgeführt wurden	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11a)		Derzeit keine Vorgaben	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	75	90	83,33%	I.O.	45,45%	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	0	75	0,00%	I.O.		
							Thoraxchirurgie 3							n.d.			

Basisdaten_Lunge

Expertise_Lunge

Expertise_TCH_mehrst. LZ

OPS-Codes KN 12_Lunge

Studien_Lunge

KB_Lunge

Datendefizite_KB_Lunge

Matrix_Lunge

Datendefizite_Matrix_Lunge

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Zählbare OPS-Codes für Kennzahl 12
 („Verhältnis Broncho-/ Angioplastischen Operationen zu Pneumonektomien“)
 Für Kennzahl 12 („Verhältnis Broncho-/ Angioplastischen Operationen zu Pneumonektomien“) können die in der nachfolgenden Liste aufgeführten OPS-Codes bei Primärfällen gezählt werden:

KN	EB	Kennzahl-definition	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi	Soll-vorgabe
11a			Operative Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion (OPS: 5-323 bis 5-328, 6-stellig, ausschließlich mit ICD-10 C34)	-----		Derzeit keine Vorgaben
11b	5.2.2	Lungenresektionen	Operative Expertise Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328 bei ICD-10 C34.0 -.9, C78.0)	-----		≥ 75
12		Verhältnis Broncho-/ Angioplastischen Operationen zu Pneumonektomien	Primärfälle des Nenners mit Broncho-/ Angioplastischen Operationen	Primärfälle mit Pneumonektomien und Primärfälle mit Broncho-/ Angioplastischen Operationen	< 50%	Derzeit keine Vorgaben
13		Videothorakoskopische (VATS) und/ oder Roboter-assistierte (RATS) anatomische Resektionen	Operationen des Nenners, die videothorakoskopisch (VATS) und/ oder Roboter-assistiert (RATS) anatomische Resektionen durchgeführt wurden	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11a)		Derzeit keine Vorgaben

OPS-Codes	
5-324 Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	
5-324.22	Bilobektomie ohne radikale Lymphadenektomie
5-324.23	Bilobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.32	Bilobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.33	Bilobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit angioplastischer Erweiterung
5-324.34	Bilobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit angioplastischer Erweiterung
5-324.62	Lobektomie, einseitig ohne radikale Lymphadenektomie, thorakoskopisch, mit bronchoplastischer und Erweiterung
5-324.72	Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.73	Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.74	Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch, mit angioplastischer angioplastischer Erweiterung
5-324.a2	Lobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit bronchoplastischer und Erweiterung
5-324.a3	Lobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.a4	Lobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit angioplastischer angioplastischer Erweiterung
5-324.b2	Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit bronchoplastischer und Erweiterung
5-324.b3	Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.b4	Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch, mit angioplastischer angioplastischer Erweiterung
5-324.x2	Sonstige, mit bronchoplastischer Erweiterung
5-324.x3	Sonstige, mit angioplastischer Erweiterung
5-324.x4	Sonstige, mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung

Quote gesamt	Daten-qualität gesamt
168	I.O.
175	I.O.
68,00%	I.O.
45,45%	I.O.

5-325 Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	
5-325.1	Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung
5-325.2	Lobektomie mit angioplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette)
5-325.3	Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Gefäßmanschette)
5-325.4	Lobektomie mit Bifurkationsresektion

Basisdaten_Lunge Expertise_Lunge **Expertise_TCH_mehrst. LZ** OPS-Codes

zitate_Matrix_Lunge

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

KN	EB	Kennzahl-definition	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi	Soll-vorgabe	Leistungserbringer / Kooperationspartner				Anzahl/Zähler	Nenner	Quote	Daten-qualität pro TCH	Quote gesamt	Daten-qualität gesamt	
							Klinik-, Praxis-, Einrichtungsname	Straße Hausnummer	PLZ	Ort							
11a	5.2.2	Lungenresektionen	Operative Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion (OPS: 5-323 bis 5-328, 6-stellig, ausschließlich mit ICD-10 C34)	-----		Derzeit keine Vorgaben	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	90			I.O.	168	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	78			I.O.		
							Thoraxchirurgie 3										
11b	5.2.2	Lungenresektionen	Operative Expertise Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328 bei ICD-10 C34.0 -.9, C78.0)	-----		≥ 75	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	100			I.O.	175	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	75			I.O.		
							Thoraxchirurgie 3										
12		Verhältnis Broncho-/Angioplastischen Operationen zu Pneumonektomien	Primärfälle des Nenners mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	Primärfälle mit Pneumonektomien und Primärfälle mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	< 50%	Derzeit keine Vorgaben	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	12	15	80,00%	I.O.	68,00%	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	5	10	50,00%	I.O.		
							Thoraxchirurgie 3							n.d.			
13		Videothorakoskopische (VATS) und/ oder Roboter-assistierte (RATS) anatomische Resektionen	Operationen des Nenners, die videothorakoskopisch (VATS) und/ oder Roboter-assistiert (RATS) anatomische Resektionen durchgeführt wurden	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11a)		Derzeit keine Vorgaben	Thoraxchirurgie 1	Klinik für Thoraxchirurgie	Robert-Koch-Str. 1	33333	Musterstadt	75	90	83,33%	I.O.	45,45%	I.O.
							Thoraxchirurgie 2	Klinik für Allgemein-, Viszeral u. Thoraxchirurgie	Sauerbruch-Str. 1	33311	Musterhausen	0	75	0,00%	I.O.		
							Thoraxchirurgie 3							n.d.			

Basisdaten_Lunge

Expertise_Lunge

Expertise_TCH_mehrst. LZ

OPS-Codes KN 12_Lunge

Studien_Lunge

KB_Lunge

Datendefizite_KB_Lunge

Matrix_Lunge

Datendefizite_Matrix_Lunge

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

Anlage EB Version J1.1 (Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024)

Liste der Studien

Gesamt:

Bearbeitungshinweis: Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Lungenkrebszentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/ Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/ Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden.

Diese Regelung gilt nicht für Pat. die innerhalb eines mehrst. LZ an einen anderen Standort geschickt werden.

Verantwortlicher Kooperationspartner	Name der Studie	Anzahl Studienpat., die im Kennzahlenjahr			
		am eigenen Standort in eine Studie eingeschlossen wurden (obligat für alle LZ)	an einem anderen Standort des eigenen Zentrums in eine Studie eingeschlossen wurden (obligat für mehrst. LZ)	von anderen Zentren/ Kliniken in eine Studie im eigenen Zentrum eingeschlossen wurden (fakultativ)	in anderen Zentren/ Kliniken in eine Studie eingeschlossen wurden (fakultativ)

Basisdaten_Lunge

Expertise_Lunge

Expertise_TCH_mehrst. LZ

OPS-Codes KN 12_Lunge

Studien_Lunge

KB_Lunge

Datendefizite_KB_Lunge

Matrix_Lunge

Datendefizite_Matrix_Lunge

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

2a	1.2.6.3	Prätherapeutische Tumorkonferenz	Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	≥ 90%	Zähler	550	I.O.
							Nenner	560	
							%	98,21%	
2b	1.2.6.3	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u/o Fernmetastasen in Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung in der Tumorkonferenz	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (Definition s. EB LZ 1.2.6.a) (= Kennzahl 1b)	≥ 90%	Zähler	70	I.O.
							Nenner	75	
							%	93,33%	
3	1.2.7	Tumorkonferenz nach operativer Therapie von Primärfällen Stad. IB-IIIb	Möglichst häufig Vorstellung von Primärfällen im Stad. IB-IIIb in Tumorkonferenz nach operativer Therapie	Primärfälle des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Operative Primärfälle Stad. IB-IIIb mit anatomischer Lungenresektion	≥ 90%	Zähler	132	I.O.
							Nenner	138	
							%	95,65%	

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

23	LL Q1	Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie bei NSCLC im Stadium III	Möglichst häufig Erhaltungstherapie mit PD-L1 Antikörper Durvalumab nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress und PD-L1-Expression $\geq 1\%$ auf Tumorzellen	Primärfälle des Nenners mit begonnener Durvalumab-Therapie	Primärfälle mit NSCLC Stadium III nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress und mit PD-L1-Expression von $\geq 1\%$ auf Tumorzellen	Derzeit keine Vorgaben	Zähler	60	i.o.
							Nenner	80	
							%	75,00%	
27	LL Q1	Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC (Limited disease)	Möglichst häufig prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 und Remission	Primärfälle des Nenners mit prophylaktischer Schädelbestrahlung nach Ende Chemo-Strahlentherapie	Primärfälle mit SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 (Limited disease) und Remission nach Chemo-Strahlentherapie	Derzeit keine Vorgaben	Zähler	15	i.o.
							Nenner	20	
							%	75,00%	

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

Übertragung erfolgt automatisch aus Kennzahlenbogen (Ist-Werte, Begründungen und Aktionen)

KN	Kennzahldefinition	Vorgaben Datenqualität			Ist-Werte			Datenqualität 1), 2), 3)	Verifizierung Zentrum		
		Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Zähler / Anzahl	Nenner	Quote		Begründung / Ursache	Eingeleitete / geplante Aktionen	
23	LL Q1 Erhaltung definitive bei NSCL	7	Anteil Studienpat.	---	≥ 5%	---	20	560	3,57%	Sollvorgabe nicht erfüllt	---
27	LL Q1 Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC (Limited disease)		Schädelbestrahlung bei SCLC T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 und Remission		Schädelbestrahlung nach Ende Chemo-Strahlentherapie					und Remission nach Chemo- Strahlentherapie	% 75,00%

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Datenblatt („Kennzahlbogen“)

Datenqualität Matrix

In Ordnung	Plausibilität unklar 0	Sollvorgabe nicht erfüllt 0	Inkorrekt 0	Unvollständige Jahre 0
------------	---------------------------	--------------------------------	----------------	---------------------------

A	B	Angaben Primärdiagnose										Follow-Up-Meldungen										Auswertungen ⁷⁾		
		C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	N	O	P	Q	R	T	V	W	X	Y	Z	AB	AC
Relevante Nachsorgejahre	Jahr der Erstdiagnose	Anzahl Primärpat.	UICC IA ¹⁾	UICC IB ¹⁾	UICC IIA ¹⁾	UICC IIB ¹⁾	UICC IIIA ¹⁾	UICC IIIB ¹⁾	UICC IIIC ¹⁾	UICC IVA (IV bis 2016) ¹⁾	UICC IVB ¹⁾	Pat. „im Follow-Up“ (aus Grundgesamtheit Primärpat.) ²⁾	Follow-Up-Daten vom Krebsregister ²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾	Follow-Up-Daten vom Zentrum (bzw. Quelle nicht bekannt) ²⁾⁽³⁾	Keine Rückmeldung ²⁾	Follow-Up Quote in % = (O + P) / N	Pat. tumorfrei ⁶⁾⁽⁹⁾ - ohne Ereignis -	Pat. tumorfrei ⁶⁾ - mit Ereignis (Rezidive, Fernmetastasen) -	Pat. nicht tumorfrei ⁶⁾ - ohne Progress -	Pat. nicht tumorfrei ⁶⁾ - mit Progress u. / o. mit Fernmetastasen -	Tumorbedingt gestorben (bezüglich jeder Tumorentität)	Nicht tumorbedingt gestorben bzw. Todesursache unbekannt	DFS nach Kaplan-Meier (Disease Free Survival) in %	OAS nach Kaplan-Meier (Overall Survival) in %
nicht relevant	2018	0																						
nicht relevant	2019	0																						
nicht relevant	2020	0																						
nicht relevant	2021	0																						
nicht relevant	2022	0																						
nicht relevant	2023	0																						
nicht relevant	2024 ⁸⁾	0																						

Ø Follow-Up Quote der Jahre 2020-2022

Wo liegen die Schwierigkeiten?

- **Identifizierung** von Zentrumspatienten
- Zahlreiche, **unterschiedliche Datenquellen**: Tumordokumentationssystem, KIS, zusätzliche Datenbanken, wie z.B. Pathologie-Systeme, Krebsregister
- Kennzahlen, die durch **mehrere (bzw. Weiter-) Behandler** beeinflusst werden
- Kennzahlen und Feldspezifikation der OncoBox, die **nicht oBDS-konform** sind
- **Vollständigkeit** der Meldung durch §65c-KR; Krebsregister kann nur die Daten rückmelden, die es erhält:
 - **lückenhafte, verspätete** Meldungen
 - **fehlender Meldeanlass**: z.B. Diagnostik, unauffälliges Follow-up

Welche Rückmeldungen brauchen die Zentren?

- Parameter der Strukturqualität liegen in der Regel vor
- Zentren sind auf **Informationen zu externen Prozessen** (Diagnostik, Behandlung) angewiesen
- **Ereignisse** (Rezidiv, Metastasierung, Zweitkarzinom), die außerhalb von Zentrumsstrukturen auftreten
- **Überlebensdaten** (commitment der Krebsregister zu Vitalstatusinformationen)



Vitalstatusinformationen

Schnittstellenspezifikation 1.0 vom 18.07.2022 | Plattform § 65c Beschluss 2022/54/21
<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/VIT/pages/48594948/Vitalstatusinformationen>
 Stand: 05.10.2023

Für Einrichtungen in der onkologischen Versorgung kann es wichtig sein, Vitalstatusangaben zu ihren (an das Krebsregister gemeldeten) Patientinnen und Patienten zu bekommen. Sobald eine Patientin oder Patient nicht mehr in der eigenen Einrichtung behandelt wird, ist es schwierig, an Informationen über den weiteren Verlauf, beispielsweise für die Berechnung von Überlebenszeiten zu kommen. Sofern durch die Einrichtung selbst ein aktives Follow-up betrieben wird, führen unnötige Anfrage zu bspw. mittlerweile verstorbenen Patientinnen und Patienten bei weiterbetreuenden Ärzten oder gar Angehörigen zu Irritationen.

Bei Vitalstatusinformationen aus den Krebsregistern geht es sowohl um die Übermittlung von Sterbeinformation als auch der letzten beobachteten Lebt-Information, sofern die Person noch nicht verstorben ist. Dabei wird die beste Information aus allen vorliegenden Informationen (Best-of) übermittelt. Also die gegebenenfalls zusammengefasste Information aus unterschiedlichen Quellen: klinische Meldungen, Melderegister, Leichenschauschein, registerübergreifender Datenaustausch).

Solche Anfragen werden von allen Krebsregistern beantwortet. Um den insbesondere den Herstellern von meldenden Systemen/Primärsystemen/Tumordokumentationssystemen die Möglichkeit zu geben, die Vitalstatusangaben der Krebsregister standardisiert einheitlich zu verarbeiten, wurde ein definiertes Format zwischen allen Krebsregistern im Austausch mit den anfragenden Einrichtungen festgelegt.

Abgrenzung

Es geht hier um patientenbezogene Informationen zum Vitalstatus. Krankheitsbezogene Rückmeldungen wie zum Beispiel Tumorstatusinformationen können grundsätzlich ebenfalls von den Krebsregistern abgefragt werden. Die Art und Weise, wie die Krebsregister diese Informationen bereitstellen, ist noch sehr unterschiedlich. Eine Harmonisierung wird seitens der Krebsregister angestrebt.

Format

Encoding der Daten

- CSV mit Semikolon als Feldtrenner und doppelten Anführungszeichen als Einschusszeichen für Zeichenfelder, die Feldtrenner enthalten können

<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/VIT/pages/48594948>