Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren

21.05.2025, 10:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Dr. Mayerle, Prof. Dr. Reißfelder

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Utzig, Sabet/DKG)

Die Vorsitzenden und die DKG-Geschäftsstelle begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Viszeralonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Aktualisierung Geschäftsordnung

Die in den letzten Sitzungen der Vorsitzenden vorgeschlagenen Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten z.B. die Benennung 1 Mitglieds und 1 Stellvertretung pro Tumorentität, eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen, die Regelung der Instanzen für Beschlüsse sowie redaktionelle Änderungen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Viszeralonkologischen Zentren (Baltes/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2024 gab es 172 Viszeralonkologische Zentren (174 Standorte), davon 10 im Ausland.

Ende 2024 gab es 166 zertifizierte **Pankreaskarzinomzentren** an 168 Standorten. 16 Zentren nutzten im Jahr 2024 die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus (REDZYK). 2024 wurden 15 Zertifikate neu erteilt, 3 Zertifikate wieder eingesetzt und 4 Zertifikate beendet. 15 Zertifikate (9 Erstaudits, 2 Überwachungsaudits und 4 Wiederholaudits) wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt.

Ende 2024 gab es 49 zertifizierte **Speiseröhrenkrebszentren** an 50 Standorten. Im Auditjahr 2024 wurden in 52 Audits insgesamt 2 Abweichungen in 3 Zentren ausgesprochen. 4 Zentren nutzten im Jahr 2024 die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus (REDZYK). 2024 wurden 6 Zertifikate neu erteilt und 1 Zertifikat beendet. 3 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt.

Ende 2024 gab es 45 zertifizierte **Magenkrebszentren**. 3 Zentren nutzten im Jahr 2024 die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus (REDZYK). 2024 wurden 4 Zertifikate neu erteilt, 1 Zertifikat wieder eingesetzt und 3 Zertifikate beendet. 3 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt.

Ende 2022 gab es 33 zertifizierte **Leberkrebszentren**. 1 Zentrum nutzte im Jahr 2024 die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus (REDZYK). 2024 wurden 3 Zertifikate neu erteilt und 2 Zertifikate beendet. 1 Zertifikat wurde mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt.

Aktuell gibt es für die Viszeralonkologischen Zentren 105 aktive Fachexpertinnen/Fachexperten (FE), davon 20 Ausschussmitglieder. Die Ressourcen werden aktuell als ausreichend angesehen. Ein FE-Lehrgang wird vom 22.-24.05.2025 stattfinden. Im Nachgang zur Sitzung ist ein Fachexperten-Update mit aktuellen Themen aus der Sitzung und den Änderungen der Zertifizierungsanforderungen geplant.

TOP 3 Vorstellung der Jahresberichte der Pankreaskarzinom-, Leberkrebs-, Magenkrebs- und Speiseröhrenkrebszentren (Utzig, Sabet/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) des Auditjahres 2024 werden berichtet.

Kennzahlenauswertung Pankreas

In den Jahresbericht gingen 154 Zentren (Vorjahr: 148; +4,1 %) mit insgesamt 7.943 behandelten Primärfällen (PF) (+9,2% im Vergleich zum Vorjahr) ein. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:
Auf die Inzidenz der Neuerkrankungen in Deutschland 2022 bezogen (18.738 Neuerkrankungen C25; Quelle: RKI) wurden im aktuellen Kennzahlenjahr 42,4 % aller Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca in einem zertifizierten Zentrum behandelt. Die Zahl operativ behandelter PF (KeZa 8) sowie die operative Expertise (KeZa 9) nahmen im Vergleich zum Vorjahr deutlich zu (+13,2% und +12,5%). Im aktuellen Kennzahlenjahr blieb die 30-Tage-Mortalität mit 4,3 % stabil (KeZa 12a). Erstmals wurde auch die 90-Tage-Mortalität (KeZa 12b) erhoben (Gesamt 6,3%, Median 5,3%). Die Revisionsrate stieg im Vergleich zum Vorjahr leicht an und beträgt aktuell knapp 11 % (KeZa 10). Die Rate primärer Resektionen bei metastasiertem Tumorleiden sinkt seit Beginn der Erfassung kontinuierlich und liegt derzeit bei 5% (KeZa 18). 30 Zentren, die oberhalb der Plausibilitätsgrenze lagen, begründeten die Eingriffe mit individualisierten Therapiekonzepten bei Oligometastasierung oder mit intraoperativen Zufallsbefunden. Positiv hervorzuheben sind zudem die steigende Studienquote (KeZa 6) sowie das erstmals erhobene psychoonkologische Distress-Screening (Median: 67,1 %, 60 % der Zentren erfüllten die Sollvorgabe) (KeZa 4).

Kennzahlenauswertung Leber

Für den Jahresbericht wurden, wie im Vorjahr 32 Zentren berücksichtigt. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:
Erstmals wurden im aktuellen Jahresbericht auch biliäre Karzinome in die Auswertung einbezogen, wodurch die Vergleichbarkeit der Fallzahlen mit den Vorjahren eingeschränkt ist. Insgesamt wurden 2.424 PF erfasst, davon 1.615 PF HCC (Vorjahr: 1.604) und 809 PF biliäre Karzinome. Alle 32 Zentren erfüllten die neue Sollvorgabe von ≥ 40 PF (KeZa 1). Die operative Expertise (KeZa 12a) umfasste 1.951 komplexe Eingriffe (Median: 48). Zusätzlich wurden 1.042 atypische Leberresektionen (KeZa 12b) dokumentiert (Median: 28, Range: 1–148); hiervon durften maximal 15 pro Zentrum auf die kombinierte OP-Expertise angerechnet werden (Median: 60, Range: 40–219, KeZa 12c). Die 30-Tage-Mortalität (KeZa 14) nach Resektion ist im Vergleich zum Vorjahr (3,2 %) auf aktuell 4% leicht angestiegen. Auch die lokale R0-Resektionsrate zeigt im Vergleich zum Vorjahr eine rückläufige Tendenz. Die Zentren führen dies vor allem auf einen höheren Anteil fortgeschrittener biliärer Karzinome zurück.
Insgesamt wurden 533 interventionelle Verfahren bei HCC durchgeführt sowie 22 bei biliären Karzinomen- jeweils mit niedrigen Komplikationsraten. Die Studienquote lag wie im Vorjahr bei knapp 40%. Eine Bridgingtherapie erfolgte bei 80,1 % der geeigneten Pat. (Median: 100 %).

Kennzahlenauswertung Magen

Für den Jahresbericht wurden 43 Zentren berücksichtigt, in denen 2.020 PF (Vorjahr 1.858, +8,7%) behandelt wurden. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:
Die Zahl der Zentrumsfälle stieg auf 2.420, davon 109 endoskopisch reseziert. Die operative Expertise (Kennzahl 11) mit Zählzeitpunkt OP-Datum wurde im ersten Jahr in dieser Form erfasst. Zuvor galt die Zählung der operativen PF mit Zählzeitpunkt der histologischen Diagnose. Insgesamt wurden 1.329 Eingriffe durchgeführt (Vorjahr: 1.073); 95,4% der Zentren erreichten die SV. Die Rate an Anastomoseninsuffizienzen Grad III (KeZa 12) ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen, ebenso die postoperative Mortalität (KeZa 15), die nun bei knapp 4 % liegt (Vorjahr 3%, Sollvorgabe ≤10%). Die Erhebung des Ernährungsstatus (KeZa 17) wird von den Zentren sehr gut umgesetzt und liegt insgesamt bei fast 84 %. Die präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (KeZa 19) und bei Tumoren des ösophagogastralen Übergangs (KeZa 20) bleibt auf stabilem Niveau.

Kennzahlenergebnisse Speiseröhre

Für den Jahresbericht wurden 49 Zentren (Vorjahr 41, +19,5%) berücksichtigt, in denen 3.019 PF (Vorjahr 2.359, +28%) behandelt wurden. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:
Die Zahl der Zentrumsfälle (KeZa 1c) ist im Vergleich zum Vorjahr um mehr als 25% angestiegen. Auch die operative Expertise (KeZa 12) zeigt einen deutlichen Anstieg – mit einem Plus von über 30 % gegenüber dem Vorjahr. Nahezu alle Zentren erreichen die Sollvorgabe (48 von 49 Zentren) von ≥ 20 Eingriffen und 40 von 49 Zentren erfüllen die G-BA-Mindestmenge von 26 OPs. Bei den postoperativen Komplikationen ist sowohl die Rate der Anastomoseninsuffizienzen (KeZa 16) als auch die Mortalität (KeZa 17a) leicht angestiegen. Die präoperative (Radio-)Chemotherapie (KeZa 18/19) wird weiterhin gut umgesetzt. Die HER2-/PD-L1 Bestimmung beim metastasierten Adenokarzinom des Ösophagus (KeZa 20) und die PD-L1 Bestimmung beim metastasierten Plattenepithelkarzinom (KeZa 21) wurden erstmals erfasst. In den Zentren, die hierzu Angaben gemacht haben, zeigte sich in beiden KeZa bereits eine sehr gute Umsetzung.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblättern (Vorsitzende, Utzig, Sabet/DKG)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) allgemein:

- Während der Sitzung wurde der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.2.0.b Anzahl Primärfälle Zentrum - Pankreaskarzinom

In einer Eingabe wird auf potenzielle Unvollständigkeiten bei der Pat.erfassung in den Zentren hingewiesen. In einzelnen Audits wurde berichtet, dass insbesondere verstorbene Pat. nicht immer akkurat angegeben würden. Nach Rücksprache mit OnkoZert kann dieser Eindruck im Allgemeinen nicht bestätigt werden und kommt nur in Einzelfällen vor. Es wird vorgeschlagen, das Thema im nächsten Auditmerkblatt allgemein aufzugreifen. Fachexperten (FE) sollen bei begründetem Verdacht im Audit einen Auszug aus dem Controlling anfordern und ggf. eine Abweichung formulieren können. Dieser Vorschlag wird von der Kommission angenommen.

1.2.3.b Vorstellung Tumorkonferenz - Pankreas, Leber, Magen, Speiseröhre

Die Entitäten überschreitende Aufnahme des Einschubs, dass die „Empfehlungen des molekularen Tumorboards (MTB) (inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde) den zuweisenden Zentren zur Verfügung“ gestellt werden, wird in der Sitzung angenommen.

1.5.1 Qualifikation Sozialdienst (VZ)

Aufgrund zunehmender Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung im Sozialdienst wird in einer Eingabe angeregt, die Qualifikationsanforderungen zu erweitern. Die aktuellen Anforderungen (Studienabschlüsse in Sozialpädagogik oder Sozialer Arbeit) würden den Bewerberkreis erheblich einschränken. Vorgeschlagen wird, auch andere soziale Studiengänge wie Fachwirte im Gesundheitswesen oder Pflegefachkräfte mit

mehrjähriger Erfahrung und Kompetenzen im Umgang mit onkologisch erkrankten Pat. zuzulassen. Da es sich hierbei um eine entitätenübergreifende Fragestellung handelt, wird beschlossen, diese an die Kommission der Onkologischen Zentren (OZ) einzugeben.

1.6.1.b Beteiligung Patientinnen und Patienten – Rücklaufquote Pat.befragung (VZ)

Die Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden 2024, die Rücklaufquote der Pat.befragung auf 30% zu harmonisieren, wird (inklusive DZ) angenommen.

1.9.2.d Ernährungsberatung – Magen, Speiseröhre

Die Fachgesellschaften DGEM, VDD und VDOE sowie die AG PRIO bringen eine gemeinsame Eingabe mit dem Ziel ein, die ernährungstherapeutischen Empfehlungen der S3-Leitlinien zu den Entitäten Magen, Speiseröhre, Pankreas und Leber stärker im Erhebungsbogen zu verankern. In der Diskussion unterstützt die Kommission das Anliegen, betont jedoch, dass der Wortlaut der Anforderungen mit dem der jeweiligen Leitlinie (LL) übereinstimmen muss und die Empfehlungsstärke nicht überschritten werden darf. Somit wird die Empfehlung der prätherapeutischen Beratung von Ernährungsfachkräften (Diätassistenten/Ökotrophologen/Ernährungswissenschaftler) für Magen als SOLL- und für Speiseröhre entsprechend der LL als SOLLTE-Empfehlung formuliert. Für beide Entitäten wird ergänzt, dass vor Entlassung eine Ernährungstherapie – und nicht wie bisher eine diätetische Beratung – durchgeführt und dokumentiert werden muss. Die Kommission nimmt die Änderungsvorschläge an.

1.9.2.e Ernährungsberatung – Pankreas

Hierbei handelt es sich um eine Fortsetzung der Eingabe von 1.9.2.d. Für das Modul Pankreas werden die Empfehlungen zur Ernährungstherapie in eine mit den Modulen Magen und Speiseröhre harmonisierte Form überführt. Entsprechend der S3-LL Pankreaskarzinom ist die prätherapeutische Beratung von Ernährungsfachkräften eine SOLL-Empfehlung. Die Kommission stimmt den Änderungen zu.

1.9.2.f Ernährungsberatung – Leber

Fortsetzung der Eingabe 1.9.2.d. Da die ernährungstherapeutischen Empfehlungen in der S3-LL Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome nicht in der gleichen Stärke formuliert sind wie in den LL für Pankreas, Magen und Speiseröhre, wurde die Anforderung „Die umgesetzten Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen und im Entlassbrief zu dokumentieren“ nur um den Einschub „ernährungstherapeutische Maßnahmen“ ergänzt. Die Kommission stimmt den Änderungen zu.

2.1.13.c Sprechstunde – Expertise Untersucher – Pankreas

- In einer Eingabe wird vorgeschlagen, die bisherige Anforderung von mindestens 10 Feinnadelpunktionen (FNP) pro Untersucher zu streichen, da diese Fallzahl in den Audits häufig nicht erreicht werde. Nach Diskussion in der Sitzung beschließt die Kommission aktuelle keine Änderungen vorzunehmen, da zunächst eine Auswertung der Angabe zur FNP pro Untersucher erfolgen soll. Eine belastbare Auswertung war bislang nicht möglich, da die entsprechenden Angaben nur im Erhebungsbogen erfasst wurden. Erst seit dem Auditjahr 2025 (Kennzahlenjahr 2024) werden sie im xlsx-Format erfasst, sodass nun erstmals eine systematische Auswertung erfolgen kann.

- In einer Eingabe wurde angeregt, die Formulierung „Jede der Untersuchungen (ERCP/Endosonographie/FNP) muss durch einen Untersucher durchgeführt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann“ um „bzw. beaufsichtigt werden“ zu ergänzen, um die endoskopische Weiterbildung zu ermöglichen bzw. nicht zu beschränken. Die Kommission folgt dem Vorschlag.
- In einer Eingabe wird darauf hingewiesen, dass bislang keine Qualifikationsanforderungen für Untersucher im Bereich ERCP und Endosonographie bestehen und solche Kriterien daher aufgenommen werden sollten. Die Kommission folgt diesem Vorschlag. Künftig müssen Untersucher die FA-Anerkennung für Innere Medizin, für Innere Medizin und Gastroenterologie oder Viszeralchirurgie vorweisen. Je Zentrum sind mindestens 2 qualifizierte FÄ namentlich zu benennen; eine Mehrfachbenennung für verschiedene viszeralonkologische Module ist möglich. Zusätzlich wird eine Zulassungsqualifikation mit einer kumulativen 3-Jahres-Expertise eingeführt (mindestens 100 interventionelle ERCPs, 60 Endosonographien und 20 FNP).

2.1.13.f Sprechstunde – Expertise Untersucher - Magen

2.1.13.m Sprechstunde – Expertise Untersucher – Speiseröhre

Die Eingaben von 2.1.13.c gelten analog auch für 2.1.13.f bzw. 2.1.13.m und werden von der Kommission angenommen.

3.2 Radiologie – RTAs der Radiologie

Während der Sitzung wird von Vertretern der DeGIR/DRG/ABO eingebracht, dass aufgrund des zunehmenden Mangels an RTAs die Qualifikationsanforderung angepasst werden sollte. Vorgeschlagen wird, künftig zu fordern: „Mindestens zwei qualifizierte Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.“ Da es sich jedoch um eine entitätenübergreifende Anforderung handelt, wird die Eingabe an die Sitzung OZ weitergeleitet.

3.8.1 Radiologie – Interventionelle Radiologie – Leber

Die DeGIR weist darauf hin, dass die Qualifikationsanforderung für FÄ der Radiologie ausschließlich das DeGIR-Zertifikat umfassen soll. Die bisherige Nennung des DGNR-Zertifikats entfällt. Die Kommission nimmt die Eingabe an.

3.8.3. Radiologie - Leber

In einer Eingabe wird angemerkt, dass unklar ist, ob der Nachweis von mindestens 60 TACE/TAE und 20 perkutanen Ablationen über 3 Jahre ausschließlich zur Neuzulassung von Interventionalisten gilt oder jährlich erneut zu erbringen ist. Die DKG schlägt vor, diesen Nachweis als einmalige Qualifikation zur Neuzulassung zu verstehen und ergänzend eine bisher fehlende Jahresexpertise in den Kennzahlenbogen aufzunehmen, die ≥10 Interventionen bei malignen Tumorerkrankungen der Leber pro Jahr vorsieht. Die Kommission schließt sich dem Vorschlag an.

3.9. Radiologie - Speiseröhre

Die DeGIR bringt eine Eingabe zur Korrektur der bestehenden Qualifikationsanforderung ein. Künftig soll gefordert werden, dass während der Arbeitszeit ein FA/FÄ für Radiologie mit Nachweis mindestens des DeGIR-Stufe-1-Zertifikats anwesend ist. Eine Vertretung mit gleicher Qualifikation, ggf. in Kooperation, muss gewährleistet sein. Die Kommission nimmt die Eingabe an.

5.2.4.d Operative Expertise - Leber

Nach Integration der biliären Karzinome und Anpassung der Sollvorgabe erreichen alle 32 Zentren sowohl die geforderte Gesamtanzahl von mindestens 40 Leberresektionen als auch die Sollvorgabe für komplexe Resektionen (≥25). Zur Erfüllung der Gesamtvorgabe dürfen maximal 15 atypische Resektionen (OPS 5-501.0/5-501.2) angerechnet werden. Die Auswertung zeigt, dass nahezu alle Zentren pauschal 15 atypische Resektionen angeben – obwohl diese zur Erreichung der Sollvorgabe von 40 in vielen Fällen nicht erforderlich wären.

5.2.5.c Operateure – Pankreas, Leber

Eine Eingabe schlägt vor, dass auch die europäische Qualifikation EBSQ Surgical Oncology (ACO) in Kombination mit dem FA für Allgemeinchirurgie für alle Entitäten des VZ anerkannt wird.

Die Kommission stellte fest, dass das zugrunde liegende Curriculum inhaltlich mit den Anforderungen an den FA für Viszeralchirurgie bzw. an den Schwerpunkt Spezielle Viszeralchirurgie vergleichbar ist. Zwar werden im Rahmen des EBSQ Surgical Oncology keine operativen Mindestmengen gefordert, diese werden jedoch durch die bereits bestehenden Anforderungen des Zertifizierungssystems abgedeckt. Die Eingabe wird angenommen und die Anforderung in das Kapitel 5.2.5.a eingefügt.

5.2.5.-l Operateure – Leber

Eine Eingabe weist darauf hin, dass im Modul Leber bislang lediglich Anforderungen zur Neuzulassung benannter Operateure bestehen, jedoch keine Vorgaben zur jährlichen operativen Expertise. Dies erschwere eine transparente Bewertung im Audit, insbesondere bei ungleicher Verteilung der Eingriffe zwischen den benannten Operateuren. Die Kommission beschließt daher, analog zu Darm eine Liste der Operateure im Datenblatt einzuführen und eine jährliche Mindestmenge von mind. 12 komplexen Resektionen bei malignen Tumoren der Leber pro Operateur festzulegen.

5.2.11.a Endoskopische Resektion – Magen, Speiseröhre

Die eingegebene Klarstellung, dass endoskopische Resektionen eines Zentrums von benannten Endoskopikern (oder unter deren Aufsicht) des Hauptkooperationspartners erbracht werden müssen und dass dieser Hauptkooperationspartner Teil der Zentrumsleitung sein muss, wird von der Kommission angenommen.

6.2.1 Ärztliche Qualifikation (VZ)

Die Eingabe, dass Chemotherapien auch von FÄ für Viszeralchirurgie/Allgemeinchirurgie mit der Zusatzbezeichnung "medikamentöse Tumortherapie" durchgeführt werden dürfen, wird von der Kommission angenommen.

10.1 Anforderungen Tumordokumentation (VZ)

Die Eingabe zur Korrektur der Formulierung zur Datensatznutzung im Erhebungsbogen wird von der Kommission angenommen: Die bisherige Bezeichnung GEKID wird entsprechend der Umbenennung in DKR angepasst.

Datenblätter Module Pankreas, Leber, Magen, Speiseröhre -

- *KeZa – Beratung Sozialdienst*

  Eine Eingabe macht darauf aufmerksam, dass die derzeit in unterschiedlichen Zertifizierungssystems hinterlegten Plausibilitätsgrenzen zur sozialdienstlichen Beratung uneinheitlich und insgesamt zu niedrig angesetzt seien. Die Bedeutung der sozialdienstlichen Betreuung werde dadurch nicht adäquat abgebildet. Da es sich um eine entitätenübergreifende Anforderung handelt, wird die Eingabe in die Sitzung der OZ verwiesen, mit dem Ziel einer Harmonisierung der Vorgaben.

- *KeZa Neu- Ernährungsstatus*

  Die gemeinsame Eingabe der Fachgesellschaften DGEM, AG PRIO, VDD und VDOE schlägt vor, ergänzend zu den vorgeschlagenen Änderungen im Erhebungsbogen eine KeZa zur Erfassung des NRS analog zur bestehenden KeZa im Datenblatt Magen aufzunehmen – und dies einheitlich für alle Entitäten (Sollvorgabe ≥ 50%). Die Kommission nimmt die Eingabe an.

- *KeZa – Inhalt Pathologiebericht*

  Eine Eingabe macht darauf aufmerksam, dass die Sollvorgabe zur Qualität pathologischer Befunde in den Modulen des VZ uneinheitlich sind und zwischen 70 % und 95 % variieren. Dies sei inhaltlich nicht nachvollziehbar. Die Kommission beschließt eine Harmonisierung der Sollvorgabe auf ≥ 90 % für alle Module.

- *KeZa – 90d-Mortalität postoperativ*

  Eine Eingabe weist darauf hin, dass die 30-Tage-Mortalität postoperative Verläufe nur unzureichend abbildet, während die 90-Tage-Mortalität fachlich geeigneter, aber dokumentationsaufwendig ist. Als Kompromiss wird die Krankenhausmortalität vorgeschlagen. Die Kommission diskutiert die Eingabe, lehnt die Einführung der Krankenhausmortalität jedoch aufgrund fehlender internationaler Vergleichbarkeit ab. Stattdessen wird beschlossen, die 90d-Mortalität in allen viszeralonkologischen Modulen einzuführen.

  Die DKG weist darauf hin, dass sich der Betrachtungszeitraum der 90d-Mortalität auf das Vor-Kennzahlenjahr beziehen muss, da bei Operationen zum Jahresende und einem frühen Audittermin im 1. oder 2. Quartal sonst das Risikos besteht, dass einige Todesfälle nicht erfasst und damit nicht gezählt würden. Die Kommission stimmt dem Vorschlag zu. Weiterhin wird der Titel der KeZa redaktionell angepasst.

- *KeZa – MTL30-Indikator (Mortalität, Transfer, postoperative Liegedauer)*

  Eine Eingabe schlägt die Einführung eines MTL30-Indikators für Pankreaseingriffe vor, bestehend aus Tod innerhalb von 30 Tagen postoperativ, Verlegung in ein anderes Akutkrankenhaus oder stationärem Aufenthalt > 30 Tage. Ab einer Quote > 25 % soll eine Begründung im Audit erfolgen. Der Vorschlag findet Zustimmung in der Kommission, die Aufnahme des Indikators wird für alle Entitäten beschlossen.

Datenblatt Pankreas

- *KeZa Neu – Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen*

  Eine Eingabe weist darauf hin, dass die KeZa zur prätherap. Fallvorstellung Rezidive/metachrone Metastasen bislang in mehreren Modulen des VZ (mit teils Unterschieden in der Nennerdefinition) erhoben wird, im Modul Pankreas jedoch nicht. Zur Harmonisierung innerhalb des VZ wird angeregt, die KeZa auch dort zu integrieren und insgesamt zu harmonisieren. Die Kommission nimmt die Eingabe an.

- *KeZa 11 – Postoperative Wundinfektion*

  Es hat sich gezeigt, dass die KeZa zur Erfassung der postoperativen Wundinfektionen, zu denen auch Wunddehiszenzen, Sekundärnähte und Wundöffnungen am Bett zählen, in der Praxis schwierig ist und vermutlich regelmäßig unterdokumentiert wird. Die Kommission diskutiert die Aussagekraft der Datenerhebung und kommt zu dem Schluss, die in den Modulen Magen und Pankreas verankerte KeZa in beiden KeZa-Sets zu streichen.

- *KeZa 12 a – 30d-Mortalität postoperativ*

  Eine Eingabe weist darauf hin, dass in der Tumordokumentation Fälle mit zwei aufeinanderfolgenden Pankreasresektionen (z. B. primär partielle Resektion, dann Revision mit totaler Pankreatektomie) in KeZa 12a/b doppelt gezählt werden, wenn es zu einem tödlichen Verlauf kommt. Dies führt zu einer verzerrten Darstellung der Mortalität. Die Kommission stimmt der Anpassung des Nenners zur Behebung des Problems zu.

- *KeZa 14 – Lymphknotenentfernung (LL QI)*

  die bisherige Sollvorgabe von 60 % wird von den Zentren bereits sehr gut erfüllt wird. Die Kommission erachtet daher eine Anhebung auf 80 % als angemessen und beschließt diese.

Datenblatt Leber

- *Basisdaten*

  Für die Basisdaten Leber wurden mehrere Änderungen vorgeschlagen. So sollen die Tabellenüberschriften und -beschriftungen eindeutiger gefasst werden: Die bislang einheitlich als „operative Expertise“ bezeichneten Tabellen sollen künftig in „Anzahl Operationen/Interventionen bei Primärfällen“ und „operative Expertise“ unterteilt werden. Zudem wird angeregt klarzustellen, dass ausschließlich die Anzahl an Operationen – nicht jedoch einzelne Prozeduren – gezählt werden dürfen; zweizeitige Operationen sollen dabei anrechenbar sein.

  Darüber hinaus wird eine Eingabe berücksichtigt, die darauf hinweist, dass der OPS-Code 5-511 – der derzeit auch bei Begleitcholezystektomien (z. B. im Rahmen anatomischer Leberresektionen) in den Basisdaten erfasst werden kann – zugleich in den Nenner der KeZa 9b (histologischer Befund inkl. Staging/Grading) eingeht. Da dies bei Begleitcholezystektomien nicht zielführend ist, wird festgelegt, dass der OPS 5-511 nur bei der Diagnose C23 (Gallenblasenkarzinom) gezählt werden kann. In diesen Fällen kann er – analog zu den atypischen Resektionen – in die operative Expertise einfließen (insgesamt max. 15 atypische Leberresektionen oder Cholezystektomien bei C23). Die Kommission nimmt die Änderungen der Tabellen in den Basisdaten wie beschrieben an. In der nächsten Sitzung soll

jedoch geprüft werden, ob an der bisherigen Anforderung von 40 Resektionen im Rahmen der operativen Gesamtexpertise festgehalten wird oder ggf. eine Rückkehr zur alleinigen Anforderung von 25 komplexen Interventionen pro Zentrum und Jahr erfolgt.

Darüber hinaus wird die Eingabe diskutiert, die Mikrowellenablation (MWA) bei Lebertumoren künftig als gleichwertig zur Operation anzuerkennen, um keine Fehlanreize zur Durchführung operativer Eingriffe zu setzen. Die Kommission spricht sich dagegen aus, da die MWA typischerweise von der interventionellen Radiologie durchgeführt wird und ihre Berücksichtigung bereits im Rahmen der interventionellen Expertise innerhalb der Basisdaten erfolgt. Da das Thema konkurrierender Verfahren und potenzieller Fehlanreize bei grenzwertigen Fallzahlen jedoch auch in anderen Entitäten relevant ist, wird vereinbart, die Fragestellung in die Sitzung OZ einzubringen.

- *Tabelle Interventionen/Tabelle Operateure*

  Entsprechend der unter „3.8.3. Radiologie“ bzw. „5.2.5.c Operateure – Leber“ gefassten Beschlüssen werden Tabellen zur Erfassung der jährlichen interventionellen bzw. operativen Expertise eingeführt.

- *KeZa 3a und b – Postoperative Vorstellung (LL QI)*
  Die Kommission nimmt redaktionelle Änderungen vor und modifiziert den Nenner der KeZa (s. Protokollpunkt „Datenblatt Leber-Basisdaten“).

- *KeZa 10 – mRECIST-/EASL-/LI-RADS-TR-Klassifikation nach TACE/TAE (LL QI)*

  Entsprechend der Empfehlung der S3-LL HCC und biliäre Karzinome wurde die LI-RADS-TR-Klassifikation ergänzend zu mRECIST/EASL in die Beurteilung der Remission nach TACE/TAE bei HCC aufgenommen. Die Kommission stimmt der Ergänzung in der KeZa zu. Da die Klassifikationen bei jeder Bildgebung und nicht nur einmal pro Patient angewendet werden sollen, wird die Bezeichnung des Nenners der KeZa entsprechend angepasst.

- *KeZa 11 a und b – Komplikationen nach TACE/TAE bzw. nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation*

  Auch bei den Kennzahlen zu Komplikationen nach TACE/TAE sowie nach perkutaner RFA und MWA wird der Nenner redaktionell angepasst: es werden alle einzelnen Interventionen erfasst, also auch wenn bei einem Patienten mehrere Eingriffe durchgeführt wurden.

- *KeZa NEU – Vorstellung von HCC Pat. in einer Transplantationskonferenz*

  Eine Eingabe schlägt vor, eine neue KeZa zur Erfassung der Vorstellung von HCC-Pat. vor Therapiebeginn in einer Transplantationskonferenz einzuführen. Ziel ist es, eine adäquate Vorstellungsrate insbesondere von potenziell für eine Lebertransplantation geeigneten Pat. in Transplantationszentren sicherzustellen. Die KeZa dient zunächst ausschließlich der Erfassung; eine Sollvorgabe oder Plausibilitätsgrenze ist derzeit nicht vorgesehen. Die Eingabe wird von der Kommission angenommen.

Datenblatt Magen

- *KeZa 3 – Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen*

  Siehe Protokollpunkt „Datenblatt Pankreas- prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen“. Die Kommission stimmt der Harmonisierung/Aufnahme der KeZa in allen Modulen VZ zu.

- *KeZa 8-10 – Endoskopische en-bloc Resektionen / Komplikationen / R0-Resektion (LL QIs)*

  Eine Eingabe macht darauf aufmerksam, dass PF mit einer R1-Situation nach endoskopischer Resektion und anschließender operativer Resektion gemäß der geltenden Zählregel nicht mehr als endoskopische, sondern definitionsgemäß als operative PF gezählt und überschrieben werden. Da auf eine endoskopische R1-Resektion in der Regel immer eine operative Resektion folgt, stünden im Nenner der entsprechenden KeZa nur die endoskopisch R0-resezierten Fälle, sodass Zähler und Nenner häufig identisch wären. Da dies nicht zielführend zur Messung der Qualität der Endoskopie ist, wird eine Änderung des Nenners vorgeschlagen. Dieser bezieht sich jetzt ausschließlich auf Pat. mit Erstdiagnose eines Magenkarzinoms und endoskopischer Resektion.
  Die Eingabe wird von der Kommission für KeZa 8-10 angenommen. Zudem wird eine FAQ aufgenommen, die die Zählweise erläutert.

  FAQ:
  Frage: Welche Pat. fließen in den Nenner der Kennzahlen 8-10 ein?
  Antwort: Im Nenner sind alle Pat. mit Erstdiagnose eines Magenkarzinoms und endoskopischer Resektion zu erfassen – unabhängig davon ob nachfolgend operiert wurde (bei R1).
  Ziel ist es, den Anteil endoskopischer en-bloc-Resektionen/Komplikationen/R0-Resektionen korrekt abzubilden. Auch bei nachfolgender OP zählen diese Fälle weiterhin zum Nenner, da die Ersttherapie endoskopisch erfolgte.

- *KeZa 12 – Anastomoseninsuffizienz Grad II/III*

  In den bestehenden QI der S3-LL Magenkarzinom wurden im Update auch die Grad II Anastomoseninsuffizienzen integriert. Die Kommission stimmt der Anpassung der KeZa entsprechend des geänderten QIs zu.

- *KeZa 14 – Postoperative Wundinfektion*

  Die Kommission streicht die Kennzahl zur Erfassung der postoperativen Wundinfektionen (s. Protokollpunkt „Datenblatt Pankreas- KeZa 11“)

- *KeZa 15 – 30d-Mortalität postoperativ*

  Die AG QI des S3-LL-Updates Magenkarzinom schlägt vor, die SV für die 30-Tage-Mortalität entsprechend internationaler Literatur auf 5 % zu senken. Die Kommission VZ lehnt dies ab, da in Zentren mit niedrigen Fallzahlen bereits 1–2 Todesfälle zur Überschreitung der SV führen würden.

- *KeZa 19* – Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9)

  Im bestehenden QI der S3 LL Magenkarzinom zur präoperativen Chemotherapie bei lokalisiertem Magenkarzinom wurde im Update der Nenner modifiziert in „≥cT3 und/oder ≥N1 und M0“ (*vormals „cT3 o. cT4, M0“*). Die Kommission stimmt der Angleichung der entsprechenden KeZa zu.

- *KeZa 21* – Bestimmung HER-2- und PD-L1-Status (CPS) und des MSI-Status vor palliativer Tumortherapie

  Im bestehenden QI der S3-LL Magenkarzinom zur HER-2-Bestimmung wurden im Update der PD-L1-Status (CPS) und der MSI-Status in den Zähler aufgenommen. Die Kommission stimmt der Angleichung der entsprechenden KeZa zu.

- *KeZa NEU –Helicobacter-pylori-Testung vor oder nach endoskopischer Resektion* (LL-QI)

  Die Kommission diskutiert und beschließt die Aufnahme des neuen QIs zur H. pylori Testung vor bzw. nach endoskopischer Resektion. Eine SV wird hierfür zunächst nicht festgelegt.

Datenblatt Speiseröhre

- *Basisdaten*

  Aufgrund von Rückfragen zur korrekten TNM-Angabe in den Basisdaten – insbesondere bei neoadjuvant behandelten Pat. – wird eine Klarstellung vorgeschlagen: Bei operativen PF ist das pTNM, bei nicht-operativen PF das cTNM anzugeben. Pat. mit neoadjuvanter Therapie sollen mit dem prätherapeutischen cTNM dokumentiert werden - analog zur Regelung in den Lungenkrebszentren. Die Kommission beschließt die Aufnahme einer entsprechenden FAQ zur eindeutigen Regelung der TNM-Angabe.

- *KeZa 11 – Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat*
  Zur KeZa 11 wurde die Frage aufgeworfen, wie Gx zu erfassen sei. Aktuell wird Gx nicht in den Zähler einbezogen, sondern muss im Begründungsfeld plausibilisiert werden. Die Thematik soll an das Update der S3-LL Ösophaguskarzinom weitergeleitet werden. Analog zu QI 1 der S3-Leitlinie Magenkarzinom könnte auch hier ein Asterisk mit dem Hinweis „*entfällt bei kompletter Remission“ aufgenommen werden.

- *KeZa 14 – Endoskopische R0-Resektion*

  Es wurde die Frage gestellt, ob in KeZa 14 auch pT1 sm1-Tumoren (<500um Tiefeninvasion, L0,V0, G1/2, <20mm, keine Ulcerationen) oder ausschließlich pT1 m1–3Tumoren berücksichtigt werden dürfen. Der QI ist an dieser Stelle zur Empfehlung in der Leitlinie diskrepant. Die Kommission beschließt, die Eingabe an die Leitliniengruppe weiterzugeben, die KeZa jedoch zunächst dem QI anzupassen und auch submukosale sm1-Tumoren mit endoskopischer Resektion zu erfassen.

Weitere Eingaben:

- Eine Eingabe schlägt vor, das Pankreasmodul aus dem VZ herauszulösen und als eigenständige Entität zu zertifizieren. Die Thematik wird diskutiert, findet jedoch keine Zustimmung in der Kommission, da der Zeitpunkt im Kontext des KHVVG als ungünstig eingeschätzt wird. Eine erneute Diskussion kann erfolgen, sobald die Strukturreform bundesweit greift.

TOP 5 Verschiedenes (Utzig, Sabet/DKG)

Coaching Pankreas – Auswertung

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet zum Coaching Pankreas. 2024 wurden 13 Zentren für ein Coaching ausgewählt; 7 Coachings sind bereits erfolgt, 6 stehen zum Zeitpunkt der Sitzung noch aus. In allen Fällen wurden konkrete Verbesserungsmaßnahmen vereinbart. Geplante Nachverfolgung: 5× Reevaluation im Regelaudit, 1× in 6 Monaten, 1× Wiederholcoaching empfohlen.

Aktuelle gesundheitspolitische Themen: Krankenhausreform

Herr Dr. Utzig (Abt.-Leiter Zertifizierung/DKG) berichtet über aktuelle politische Entwicklungen im Kontext der Krankenhausreform und deren Bedeutung für die onkologische Versorgung.
Im Fokus steht die Einführung bundesweit einheitlicher Leistungsgruppen im Rahmen des KHVVG. Kritisch ist anzumerken, dass die Onkologie – mit wenigen Ausnahmen wie Senologie oder Ovarialkarzinom – nicht

als eigenständige Leistungsgruppe abgebildet ist. Die bestehenden Gruppen decken häufig nur sehr spezifische Indikationsbereiche ab; das Initiativrecht zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen liegt ausschließlich bei Bund und Ländern. Eine weitere Regelung, § 40 Krankenhausfinanzierungsgesetz, bezieht sich hingegen ausschließlich auf die Spezialisierung der onkochirurgischen Leistungen und sieht vor, dass die im Bezugsjahr 2023 Indikationsbezogen leistungsschwächsten Krankenhausstandorte und in Summe <15% aller onkochirurgischen Eingriffe eines Indikationsbereichs durchgeführt haben, ab 2027 keine Vergütung mehr für diese Leistungen erhalten sollen. Die konkrete Umsetzung und die Auswirkungen dieser Regelung auf die Zentren und Versorgungsstrukturen sind derzeit noch unklar.

Projekte Versorgungsforschung

Frau Schellack (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Es wird diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hingewiesen. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmern für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 16:20 Uhr beendet.

Berlin, 21.05.2025

Protokoll: Sabet, Utzig, Vogt

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.2.3.b - VZ	Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.	Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) (inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde) wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.
1.6.1.b - VZ	Die „Rücklaufquote Pat.befragung“ sollte über 50% betragen.	Die „Rücklaufquote Pat.befragung“ sollte über 3050% betragen.
1.9.2.d - MM, MS	• Die umgesetzten Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. • prätherapeutisch sollte eine Beratung mit Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern, durchgeführt und dokumentiert werden. • nach Ösophagektomie/Gastrektomie: vor Entlassung dokumentierte diätetische Beratung (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Enterostomiesonden. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassbrief dokumentiert werden.	~~• Die umgesetzten Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen.~~ ~~• prätherapeutisch sollte eine Beratung mit Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern, durchgeführt und dokumentiert werden.~~ ~~• nach Ösophagektomie/Gastrektomie: vor Entlassung dokumentierte diätetische Beratung (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Enterostomiesonden. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassbrief dokumentiert werden.~~ Modul Magen • Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. • prätherapeutisch soll eine Beratung von Ernährungsfachkräften (Diätassistenten/ Ökotrophologen/Ernährungswissenschaftlern, durchgeführt und dokumentiert werden. • nach Ösophagektomie/Gastrektomie: vor Entlassung Durchführung von Ernährungstherapie (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Enterostomiesonden. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassbrief dokumentiert werden. Modul Speiseröhre: • Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. • prätherapeutisch sollte eine Beratung von Ernährungsfachkräften(Diätassistenten / Ökotrophologen /

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
		Ernährungswissenschaftlern), durchgeführt und dokumentiert werden. • nach Ösophagektomie/Gastrektomie: vor Entlassung Durchführung von Ernährungstherapie (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Enterostomiesonden. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassbrief dokumentiert werden.
1.9.2.e - MP	• Die umgesetzten Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. • nach Pankreatektomie: Dokumentierte diätetische Beratung (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Pankreas-enzymen und Enterostomiesonden vor Entlassung. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassungsbrief dokumentiert werden. • nach Pankreatektomie: Schulung durch qualifizierte Diabetesberatung und Dokumentation im Entlassbrief.	• Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. • prätherapeutisch soll eine Beratung von Ernährungsfachkräften (Diätassistenten / Ökotrophologen /Ernährungswissenschaftlern), durchgeführt und dokumentiert werden. • nach Pankreatektomie: ~~Dokumentierte~~ Durchführung von Ernährungstherapie ~~diätetische Beratung~~ (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Pankreas-enzymen und Enterostomiesonden vor Entlassung. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassungsbrief dokumentiert werden. • nach Pankreatektomie: Schulung durch qualifizierte Diabetesberatung und Dokumentation im Entlassbrief.
1.9.2.f - ML	Die umgesetzten Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen und im Entlassbrief zu dokumentieren.	Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen und im Entlassbrief zu dokumentieren.
2.1.13.c - MP	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis von mind. 30 Endosonographien/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelbiopsie im Abdomen (nicht ausschließlich Pankreaspunktionen gefordert): Nachweis von mind. 10/Untersucher/Jahr • Interventionelle ERCP: Nachweis von mind. 50/Untersucher/Jahr Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Namentliche Nennung in Tabelle „Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs" im Datenblatt (Excel-Vorlage)	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis von mind. 30 Endosonographien/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelbiopsie im Abdomen (nicht ausschließlich Pankreaspunktionen gefordert): Nachweis von mind. 10/Untersucher/Jahr • Interventionelle ERCP: Nachweis von mind. 50/Untersucher/Jahr Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt bzw. beaufsichtigt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Dies ist im Befund zu dokumentieren. Qualifikation Endoskopie/Endosonographie • Facharzt für Innere Medizin oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder • Facharzt für Viszeralchirurgie Mindestens 2 Fachärzte

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
		• Fachärzte sind namentlich zu benennen • Die Untersucher können für mehrere viszeralonkologische Module gleichzeitig benannt werden. Zulassung neuer Untersucher • In den letzten 3 Jahren mind. 100 interventionelle ERCPs und 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in Tabelle „Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs" im Datenblatt (Excel-Vorlage)
2.1.13.f - MM	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis ≥ 30/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration: Nachweis ≥ 10/Untersucher/Jahr (nicht auf Magen begrenzt) Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Namentliche Nennung in „Tabelle Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs" im Datenblatt (Excel-Vorlage)	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis ≥ 30/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration: Nachweis ≥ 10/Untersucher/Jahr (nicht auf Magen begrenzt) Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt bzw. beaufsichtigt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Dies ist im Befund zu dokumentieren. Qualifikation Endoskopie/Endosonographie • Facharzt für Innere Medizin oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder • Facharzt für Viszeralchirurgie Mindestens 2 Fachärzte • Fachärzte sind namentlich zu benennen • Die Untersucher können für mehrere viszeralonkologische Module gleichzeitig benannt werden. Zulassung neuer Untersucher • In den letzten 3 Jahren mind. 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in „Tabelle Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs" im Datenblatt (Excel-Vorlage)
2.1.13.m - MS	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis ≥ 30/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration: Nachweis ≥	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis ≥ 30/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration: Nachweis ≥

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	10/Untersucher/Jahr (nicht auf Ösophagus begrenzt) Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Namentliche Nennung in „Tabelle Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs" im Datenblatt (Excel-Vorlage)	10/Untersucher/Jahr (nicht auf Ösophagus begrenzt) Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt bzw. beaufsichtigt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Dies ist im Befund zu dokumentieren. Qualifikation Endoskopie/Endosonographie • Facharzt für Innere Medizin oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder • Facharzt für Viszeralchirurgie Mindestens 2 Fachärzte • Fachärzte sind namentlich zu benennen • Die Untersucher können für mehrere viszeralonkologische Module gleichzeitig benannt werden. Zulassung neuer Untersucher • In den letzten 3 Jahren mind. 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in „Tabelle Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs" im Datenblatt (Excel-Vorlage)
3.8.1 - ML	Interventionelle Radiologie Fachärzte Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/DGNR-Stufe 2-Zertifikates	Interventionelle Radiologie Fachärzte Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR~~/DGNR~~-Stufe 2-Zertifikates
3.8.3 - ML	Folgende Verfahren müssen mit Prozessbeschreibungen unter Nennung der Verantwortlichen vorgehalten werden: - TACE/TAE (60 viszeral- vaskuläre Interventionen in den letzten 3 Jahren/Interventionalist bei Malignomen) - Perkutane Ablationen (20 perkutane Leber-Ablationen in den letzten 3 Jahren/Interventionalist)	Folgende Verfahren müssen mit Prozessbeschreibungen unter Nennung der Verantwortlichen vorgehalten werden: - TACE/TAE** - Perkutane Ablationen* Expertise Interventionalist: • mind. 10 Interventionen bei Malignomen pro Jahr */** Zulassung neuer Interventionalist: • TACE/TAE: mind. 60 viszeral- vaskuläre Interventionen in den letzten 3 Jahren bei Malignomen** • Perkutane Ablationen: mind. 20 perkutane Leber-Ablationen in den letzten 3 Jahren*

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
		* OPS: 5-501.93/.a3 bei malignen Tumorerkankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7) **TACE/TAE bei malignen Tumorerkankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7)
3.9 - MS	Erreichbarkeit/Bereitschaft und Umgang mit Komplikationen • Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/DGNR-Stufe 1-Zertifikates während der Arbeitszeit, eine Vertretung mit gleicher Qualifikation ggf. in Kooperation muss gewährleistet sein • 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten eines Facharztes für Radiologie (einschließlich Wochenenden und Feiertage) • Die Möglichkeit der CT-gesteuerten Drainage muss 24h/7d bestehen	Erreichbarkeit/Bereitschaft und Umgang mit Komplikationen • Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie mit Nachweis mind. des DeGIR/~~DGNR-~~Stufe 1-Zertifikates während der Arbeitszeit, eine Vertretung mit gleicher Qualifikation ggf. in Kooperation muss gewährleistet sein • 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten eines Facharztes für Radiologie (einschließlich Wochenenden und Feiertage) • Die Möglichkeit der CT-gesteuerten Drainage muss 24h/7d bestehen
5.2.5.a - VZ	Operateure • Basisqualifikation Operateure Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.	Operateure • Basisqualifikation Operateure Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO oder Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Surgical Oncology (ACO). Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.
5.2.5.l - ML	Leber-Operateur • Mind. 2 Leber-Operateure sind namentlich zu benennen (Leberoperateur kann auch Darm-, Pankreas-, Magen-, Speiseröhren-, Analkarzinom-Operateur sein) • Zulassung neuer Leber-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 chirurgische Leberinterventionen als Erstoperateur (nicht ausschließlich HCC): typ. Leberresektionen (5-502*), Lebertransplantation (5-504*)	Leber-Operateur • Mind. 2 Leber-Operateure sind namentlich zu benennen (Leberoperateur kann auch Darm-, Pankreas-, Magen-, Speiseröhren-, Analkarzinom-Operateur sein) Expertise pro Leber-Operateur: mind. 12 komplexe Interventionen (OPS Codes 5-504 bzw. 5-502* bei malignen Tumorekrankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7)) pro Jahr Zulassung neuer Leber-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 chirurgische Leberinterventionen als Erstoperateur (nicht ausschließlich HCC): typ. Leberresektionen (5-502*), Lebertransplantation (5-504*) Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure" im Datenblatt (Excel-Vorlage)

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
5.2.11.a - MM, MS	Die Endoskopische Resektion (endoskopische Submukosadissektion (ESD)/ endoskopische Mukosaresektion (EMR)/ Vollwandexzision) • soll fakultativ bei Magen-Ca T1a, N0, M0 im Sinne einer en-bloc-Resektion angeboten werden. • soll bei HGIEN o. mukosalem Karzinom (L0, V0, G1/2, ohne Ulzerationen) im Barrett-Ösophagus als endoskopisch komplette Resektion erfolgen • sollte bei HGIEN o. mukosalem Karzinom (L0, V0, keine Ulzerationen, G1/2, sm1/m2) im Plattenepithel als endoskopische en-bloc-Resektion erfolgen Für das Ösophagus-Modul ist die Möglichkeit der endoskopischen Therapie obligat vorzuhalten, für das Magen-Modul fakultativ. Für die Durchführung gilt: Facharzt für • Gastroenterologie • Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010) bez. FA für Visceralchirurgie nach älterer MWBO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie nach MWbO 2010 oder später.	Die Endoskopische Resektion (endoskopische Submukosadissektion (ESD)/ endoskopische Mukosaresektion (EMR)/ Vollwandexzision) • soll fakultativ bei Magen-Ca T1a, N0, M0 im Sinne einer en-bloc-Resektion angeboten werden. • soll bei HGIEN o. mukosalem Karzinom (L0, V0, G1/2, ohne Ulzerationen) im Barrett-Ösophagus als endoskopisch komplette Resektion erfolgen • sollte bei HGIEN o. mukosalem Karzinom (L0, V0, keine Ulzerationen, G1/2, sm1/m2) im Plattenepithel als endoskopische en-bloc-Resektion erfolgen Für das Ösophagus-Modul ist die Möglichkeit der endoskopischen Therapie obligat vorzuhalten, für das Magen-Modul fakultativ. Die Anforderung muss von den benannten Endoskopikerndes Hauptkooperationspartners (oder unter deren Aufsicht) erbracht werden. Der Hauptkooperationspartner muss Teil der Zentrumsleitung sein. Für die Durchführung gilt: Facharzt für • Innere Medizin und Gastroenterologie • Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010) bez. FA für Visceralchirurgie nach älterer MWBO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie nach MWbO 2010 oder später.
6.2.1 - VZ	Ärztliche Qualifikation FA für Innere Medizin und Hämatologie u. Onkologie oder FA für Innere Medizin und Gastroenterologie oder FA für Strahlentherapie Der Radioonkologe kann im Rahmen radiochemotherapeutischer Therapiekonzepte die Chemotherapie durchführen. Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse Tumortherapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	Ärztliche Qualifikation FA für Innere Medizin und Hämatologie u. Onkologie oder FA für Innere Medizin und Gastroenterologie oder FA für Strahlentherapie oder FA für Viszeralchirurgie/Allgemeinchirurgie mit der Zusatzbezeichnung "medikamentöse Tumortherapie" Der Radioonkologe kann im Rahmen radiochemotherapeutischer Therapiekonzepte die Chemotherapie durchführen. Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse Tumortherapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
10.1 - VZ	Anforderungen Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält. Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister u./o. Zentrum: Es muß ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.	Anforderungen Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält. Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister u./o. Zentrum: Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) e.V., des Deutschen Krebsregister DKR) e. V. und der Plattform §65c~~Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID)~~ verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.