

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

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

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Stand FAQ: 01.09.2025

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerkes	1.1.1.i	Voraussetzungen für mehrstandortige Kooperationsmodelle - Fallzählung	13.05.2022
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1.a	Definition Primärfall synchrone vs. metachrone Behandlung Therapieabbrüche	13.07.2021
	1.2.3.b	Teilnehmer Tumorkonferenz (Nuklearmedizin)	14.05.2024
	1.2.6.b	Indikationskonferenz	14.07.2016
	1.2.12	Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung	14.05.2024
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Angebot und Zugang Dokumentation und Evaluation Umfang der Versorgung	28.08.2023
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	1.5.1	Qualifikation Sozialarbeit	13.07.2018
1.6 Beteiligung Pat.	1.6.6	Veranstaltung für Pat.	21.07.2022
1.7 Studienmanagement	1.7.5.b	Anteil Studienpat.	28.08.2023
2.2. Diagnostik	2.2.3.f	Expertise für die endoskopischen / interventionellen Verfahren (transbronchiale Lungenbiopsien)	05.08.2019
6.2 Medikamentöse onkologische Therapie	6.2.4.a	Qualifikation der jeweiligen Behandlungseinheit (Fallzahlen)	28.06.2024
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.4	Zusammenarbeit mit Krebsregister	14.05.2024

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Prä- und posttherapeutischer Tumorstatus Primärfallzählung	13.05.2022
1b	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	01.09.2025
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u./o. Fernmetastasen in Tumorkonferenz	01.09.2025
4	Zeitdauer abschließender Tumorkonferenzbeschluss bis Therapiebeginn	14.05.2024
8a	Flexible Bronchoskopien	13.05.2022
9	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	14.07.2016
11b	Lungenresektionen (Operative Expertise – Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328 bei ICD-10 C.34.0 - .9, C78.0)	12.09.2017
12	Verhältnis Broncho-/Angioplastische Operationen zu Pneumonektomien	13.05.2022
19	Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität	06.07.2023
20	Pathologische Begutachtungen	13.05.2022
21	Perioperative Systemtherapie	24.06.2020
29	CTCAE Grad V unter Systemtherapie	13.05.2022
31	PD-L1-Testung bei NSCLC im Stadium III mit Radiochemotherapie	22.10.2020

FAQ's - Erhebungsbogen Lunge

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1.i	Voraussetzung für mehrstandortige Kooperationsmodelle: - Mind. 1x/Monat eine gemeinsame Tumorkonferenz. In den anderen Wochen standortspezifische TK, bei der alle Anforderungen an die TK zu erfüllen sind (= u.a. alle Hauptbehandlungspartner entsprechend EB 1.2 anwesend). - Die Fachlichen Anforderungen und Leistungskennzahlen müssen für jeden Standort einzeln erfüllt und nachgewiesen werden - bei Zentralisierung einzelner Leistungen an einem o. mehreren Standorten muss die Leistungsfähigkeit des Standortes für die Versorgung der anderen Standorte (inkl. ausreichende apparative und personelle Ressource) nachgewiesen werden - gemeinsames Tumordokumentationssystem - Pat. müssen an dem Standort vollständig dokumentiert werden bzw. dem Standort zugeordnet werden, der für die Vorstellung in der Tumorkonferenz verantwortlich ist - Vorherige Strukturbewertung durch den Ausschuss Zertifikatserteilung erforderlich	<u>FAQ (13.05.2022)</u> Wie ist folgender Fall zu zählen? Standort A hat eine Thoraxchirurgie und eine Pneumologie, Standort B nur eine Pneumologie. Der Fall wird an Standort B diagnostiziert und in die gemeinsame Tumorkonferenz eingebracht, anschließend an Standort A operiert. Die Nachbetreuung/Chemotherapie erfolgt wieder an Standort B. Wird der Fall Standort A oder Standort B zugeordnet? Antwort: Er wird Standort B zugeordnet, aber die OP kann für die operative Expertise von Standort A gezählt werden.

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1.a	Das Lungenkrebszentrum muss jährlich mindestens 200 Pat. mit der Primärdiagnose „Lungenkrebs“ behandeln, und zwar im Zentrum. Definition Primärfall des Zentrums: - alle Pat. mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten - Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Pat. oder Pat. zur Zweitmeinung werden nicht gezählt - Pat. (nicht Aufenthalte, nicht OPs) - Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem - Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9) - Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der pathologischen Diagnosesicherung - Pat. ohne pathologische Diagnosesicherung dürfen gezählt werden, wenn (alle Punkte müssen erfüllt sein): - Solitärer malignomsuspekter Lungenherd - FDG-PET-positiv	Angabe in Kennzahlenbogen: Basisdaten / Kennzahl 1 (Excel-Vorlage) <u>FAQ (14.07.2016)</u> In der Erläuterung steht, dass hier alle im Datenjahr erstdiagnostizierten und operierten Primärfälle des Zentrums gezählt werden dürfen. Was ist jedoch mit den Überliegern, d.h. Pat., die Ende Dezember eines Jahres diagnostiziert und im Januar oder später operiert werden? Antwort: Zählzeitpunkt ist das Datum der Erstdiagnose, auch wenn die OP erst im darauffolgenden Kalenderjahr erfolgt ist. <u>FAQ (14.07.2016)</u> Zählen früh versterbende Pat. mit pathologischer Diagnosesicherung, aber vor Einleiten spezifischer Therapie als Primärfall? Antwort: Best supportive care zählt auch als Behandlung.

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	○ Dokumentierte Größenprogredienz im Verlauf (mind. 8 Wochen) ○ Hohes Risiko für Pat. durch pathologische Sicherung ○ Vorstellung Tumorkonferenz und Indikationsstellung zur Radiotherapie ohne pathologische Sicherung ○ Zählzeitpunkt ist Datum der Vorstellung Tumorkonferenz • Ein Primärfall bei synchroner Behandlung der Bronchialkarzinome (unabhängig von der Seiten- bzw. Lappenlokalisation) • Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome, wenn diese auf verschiedenen Seiten auftreten (nicht als zweiter Primärfall gezählt wird das Auftreten in verschiedenen Lappen derselben Seite) • Synchron auftretender Tm einer anderen Tm-entität kann als Primärfall für jede Tm-entität gezählt werden	<u>FAQ (13.07.2021)</u> Handelt sich bei folgendem Fall um 1 Primärfall oder um 2 Primärfälle? Bei der Erstdiagnose sind 2 Tumorherde in der rechten und linken Lunge vorhanden. Zunächst erfolgt eine Tumorresektion links und zu einem späteren Zeitpunkt die Resektion des rechten Tumorherdes. Antwort: Die beiden Tumorherde werden bei der Diagnose Lungenkarzinom gleich entdeckt, insofern wird die Therapie auch unter Berücksichtigung beider Tumorherde geplant und durchgeführt. Es handelt sich hier mehr um einen zweizeitigen Eingriff denn um eine metachrone Behandlung. Insofern wäre hier nur 1 Primärfall zu zählen. <u>FAQ (13.07.2021)</u> Wenn 1 Lungenherd z.B. 3 Monate nach Resektion des 1. Lungenherdes auf der gegenüberliegenden Seite entdeckt wird und dieser daraufhin behandelt wird, können dann beide Herde als eigenständige Primärfälle gezählt werden? Antwort: Hier wurde zunächst nur 1 Lungenherd entdeckt und unter dieser Prämisse therapiert, anschließend wird zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Rundherd in der anderen Lunge entdeckt und dann wiederum therapiert. Somit können 2 Primärfälle gezählt werden. Bei metachroner Behandlung von 2 Bronchialkarzinomen derselben Seite kann nur 1 Primärfall gezählt werden.	
	Therapieabbrüche: • Im Falle einer Erstbehandlung als Primärfall anrechenbar. • Sind im Tumordokumentationssystem anzugeben. • Anzahl der Pat. ist anzugeben. • Keine Anerkennung, wenn Pat. das Zentrum nach der Diagnosestellung bzw. vor Therapiebeginn wechselt	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist ein „Therapieabbruch“ definiert? Antwort: Wenn die ursprünglich geplante Therapie nicht in vollem¹⁾ Umfang erfolgt ist. Siehe ADT-Bogen: Feld Abbruch ¹⁾ Muss durch Leistungserbringer definiert werden.	
1.2.3.b	Teilnehmer Tumorkonferenz Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen an jeder Tumorkonferenz teil. Die Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden.	<u>FAQ (14.05.2024)</u> Müssen Nuklearmediziner obligat an der wöchentlichen Tumorkonferenz teilnehmen?	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon mind. 1x pro Monat an der Tumorkonferenz teilzunehmen. Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen. Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologie, Pflege) und andere Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.	Antwort: Nein. Die Anwesenheit eines Nuklearmediziners ist bei Bedarf (z.B. Notwendigkeit der Diskussion Lungenszintigraphie) zu ermöglichen.	
1.2.6.b	Indikationskonferenz - In Zentren mit >500 Primärfällen kann die prätherapeutische TK als Indikationskonferenz durchgeführt werden - Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe; Thoraxchirurg, Radiologe. Optional: Strahlentherapeut, Palliativmedizin	<u>FAQ (14.07.2016)</u> - Pat. mit Stad. IV müssen in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden - Pat. mit Stad. I können in Form einer Tischvorlage für die TK vorbereitet werden.	
1.2.12	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 die Gruppe der Pat. mit absehbar begrenzter Lebenserwartung sollte im Zentrum ein schriftliches, strukturiertes Konzept der Betreuung und Kommunikation entwickelt und beim Audit vorgelegt werden. Unter Berücksichtigung des Kapitels Advanced Care Planning der S3-LL Lunge bzw. Palliativ. (Gruppen mit absehbar begrenzter Lebenserwartung: u.a. M1-Pat. SCLC/NSCLC ohne therapiefähige molekulare Alteration und Progression nach Versagen der ersten Linie der Systemtherapie)	<u>FAQ (14.05.2024)</u> Müssen für die Definition des Pat.-Kollektives alle geforderten Kriterien erfüllt sein? Antwort: Ja, alle Bullet-points müssen erfüllt werden.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) durchzuführen und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Umfang der Versorgung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.	<u>FAQ (21.07.2016)</u> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen? Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren. <u>FAQ (28.08.2023)</u> Wie ist der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. und die weitere psychoonkologische Versorgung darzustellen? Antwort: Es ist darzustellen, wie viele gescreente Pat. einen überschwelligen Test aufgewiesen haben. Die Prozesse der psychoonkologischen Versorgung sind zu beschreiben; die Anzahl an durchgeführten Betreuungen sollte vorgehalten werden. Siehe separates Dokument FAQ Distress-Screening.

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.5.1	Qualifikation Sozialarbeit • Sozialarbeiter/Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen. Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen. Organisationsplan: Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	<u>FAQ (13.07.2018)</u> Wie sind die geforderten personellen Ressourcen zu berechnen/nachzuweisen? Antwort: Die personellen Ressourcen sind auf Basis der tatsächlich beratenen Pat. des Zentrums zu berechnen. Berechnungsgrundlage ist der Zähler der Kennzahl der Kennzahl Nr. 5, Beratung Sozialdienst (Pat., die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden – bezogen auf das im Nenner der Kennzahl definierte Pat.kollektiv). 1 Pat., der mehrfach beraten wurde, zählt nur 1x.

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.6	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich vom Zentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. und/oder Interessierte durchzuführen. Wenn möglich in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Sofern Pat.veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	<u>FAQ (21.07.2022)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen? Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Pat. darlegen.

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.7.5.b	Alle in Studien eingebrachten Pat. mit Lungenkrebs können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien, zu denen ein gültiges Ethikvotum vorgelegt werden kann. Einschluss in Studien, deren alleiniges Ziel die Materialsammlung (Biobanking) ist, zählt nicht. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Zentrums (LZ bzw. Mesotheliom), 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 - siehe auch Excelvorlage Datenblatt. • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien • Pat. die in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden	<u>FAQ (24.06.2020)</u> Welche Studien dürfen gezählt werden? Antwort: Es zählen Studien mit Ethikvotum, in die im auditrelevanten Kalenderjahr Zentrums pat. eingeschleust wurden. Ausgenommen sind Studien, deren alleiniges Ziel die <u>Materialsammlung</u> (Biobanking) ist. Anrechenbar sind dagegen interventionelle und Beobachtungsstudien mit konkreter Fragestellung wie z.B. die CRISP-Studie. <u>FAQ (10.02.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden? Antwort: Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme der Pat. nicht möglich ist. <u>FAQ (28.08.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom

		ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen.	
--	--	--	--

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
2.2.3.f	Transbronchiale Lungenbiopsien (1430.2)	<u>FAQ (05.08.2019)</u> Dürfen hier auch die transösophagealen Lungenbiopsien mitgezählt werden? Antwort: Ja, die transösophagealen Lungenbiopsien dürfen mitgezählt werden.	

6.2 Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.4.a	Qualifikation der jeweiligen Behandlungseinheit (klinische Abteilung oder niedergelassene Kooperationspartner) a) 150 medikamentöse Tumorthérapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Lungenkarzinompat. oder b) 50 medikamentöse Tumorthérapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Primärfällen des Zentrums oder 200 medikamentöse Tumorthérapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) insgesamt (verschiedene Tumorentitäten). - Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie). Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. 1 Therapie pro Pat. = 1 Therapielinie pro Erkrankung pro Pat. - Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen).	<u>FAQ (28.06.2024)</u> Wie ist die Zahlweise einer „abgeschlossenen systemischen/ zytostatischen/ targeted Therapie“ definiert? Antwort: „abgeschlossen“ beinhaltet auch den Beginn einer Therapie, wenn diese z.B. in der Ambulanz bzw. in der Ambulanz eines Kooperationspartners weitergeführt wird.	

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
10.4	Zusammenarbeit mit Krebsregister - Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de). (...)	<u>FAQ (14.05.2024)</u> Muss die Musterkooperationsvereinbarung der ADT verwendet werden? Antwort: Die Verwendung der Kooperationsvereinbarung ist nicht zwingend.	

FAQ's - Kennzahlenbogen Lunge

----	Basisdaten	Spalten B-J	UICC / TNM (prä-/posttherapeutischer Tumorstatus)	<u>FAQ (12.09.2017)</u> Ist es korrekt, dass Pat. mit ypT0 in den Basisdaten nicht berücksichtigt werden können oder sollen diese Pat. mit dem prätherapeutischen Tumorstatus abgebildet werden? Antwort: nach neoadjuvanter und operativer Therapie: grundsätzlich Angabe cT. <u>FAQ (12.09.2017)</u> Wie ist bei Änderung des Stadiums zu verfahren? Z.B. initiales Stadium III, postoperatives Stadium IA, adjuvante Therapie, finales Stadium 0? Antwort: Nach neoadjuvanter Therapie +/- OP: c-Stadium Nach alleiniger OP: p-Stadium <u>FAQ (13.05.2022)</u> Zählen neuroendokrine Tumoren der Lunge als Primärfälle? Antwort: Ja.
1b	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zähler	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (Definition s. EB LZ 1.2.6.a)	<u>FAQ (01.09.2025)</u> Welche Pat. fließen in die KeZa1b und den Nenner der KeZa 2b ein? Antwort: Pat. mit kurativer anatom. R0-Resektion oder stereotaktischer Bestrahlung und loko-regionärem Rezidiv werden als „Rezidiv“ gezählt.
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

				Als Pat. mit „neuer Fernmetastasierung“ werden Pat. mit Initialstadium I-III u. 1. Fernmetastasierung gezählt.
2b	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u/o Fernmetastasen in Tumorkonferenz	Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Müssen Pat., die bei ED kurativ behandelt wurden, im Krankheitsverlauf jedoch dann palliativ behandelt werden und im Kennzahlenjahr eine Metastase/Rezidiv bekommen, für diese Kennzahl gezählt werden? Antwort: Ja. Diese Pat. müssen (für die Kennzahl) beim Übergang von kurativ zu palliativ vorgestellt werden, also bei der ersten palliativen Therapie. <u>FAQ (13.07.2018)</u> Wie ist das Kennzahlenziel zu verstehen? Antwort: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv oder einer Fernmetastasierung sind nur dann prätherapeutisch in der Tumorkonferenz zu besprechen, wenn sie sich zur Behandlung im Zentrum vorstellen. Pat., die heimatnah außerhalb der Zentrumsstruktur versorgt werden, fallen nicht unter diese Regelung. <u>FAQ (01.09.2025)</u> Welche Pat. fließen in die KeZa1b und den Nenner der KeZa 2b ein? Antwort: Pat. mit kurativer anatom. R0-Resektion oder stereotaktischer Bestrahlung und loko-regionärem Rezidiv werden als „Rezidiv“ gezählt. Als Pat. mit „neuer Fernmetastasierung“ werden Pat. mit Initialstadium I-III u. 1. Fernmetastasierung gezählt.
		Nenner	Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen (Definition s. EB LZ 1.2.6.a = Kennzahl 1b)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
4	Zeitdauer abschließender Tumorkonferenzbeschluss bis Therapiebeginn	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Zeitspanne < 14d zwischen TK-Beschluss und Beginn Therapie	<u>FAQ (14.05.2024)</u> Welche Art der Therapie ist hier gemeint?

		Nenner	Primärfälle NSCLC Stad I-III mit abschließender, prätherapeutischer TK-Empfehlung zur Therapie	Antwort: In den Nenner fließen alle Primärfälle (Stadium I-III) ein – unabhängig von der Intention und Modalität der Therapie.
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
8a	Flexible Bronchoskopie	Zähler	Flexible Bronchoskopie je Leistungserbringer	<u>FAQ (13.05.2022)</u> Werden grundsätzlich alle Pat. gezählt, bei denen eine flexible Bronchoskopie durchgeführt wurde? Also unabhängig davon, ob eine C34-Diagnose vorliegt oder nicht? Antwort: Ja.
9	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	Zähler	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen (Thermische Verfahren u. Stenteinlage) je Leistungserbringer (OPS: 5-319.14, 5-319.15, 5-320.0)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Dürfen bei den interventionellen bronchoskopischen Eingriffen auch Kryotherapien (Tumorabtragung mit Kryo-Sonde) mit gezählt werden? Antwort: Ja, jedoch keine Kryobiopsien, da diese keine interventionellen Verfahren sind.
		Nenner	---	
		Sollvorgabe	≥ 10	
11b	Lungenresektionen	Zähler	Operative Expertise – Anzahl anatomische Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei ICD10 C34.0 -.9 und C78.0)	<u>FAQ (12.09.2017)</u> Wie ist die neue Zählweise bei den anatomischen Resektionen genau zu verstehen? Antwort: Es sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen bei Lungenkarzinom ICD10 C34 oder Lungenmetastasen ICD10 C78.0 nachzuweisen. Ziel der modifizierten Anforderung ist, dass Kliniken, die die bisherige Vorgabe von 75 operierten Primärfällen mit anatomischer Lungenresektion knapp nicht erreicht haben, sich künftig auch der Zertifizierung/Qualitätssicherung unterziehen können.
		Sollvorgabe	≥ 75	
12	Verhältnis Broncho-/Angioplastische Operationen zu Pneumonektomien	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	<u>FAQ (13.05.2022)</u> Können Primärfälle, bei denen zunächst eine broncho-/angioplastische OP und anschließend eine Pneumonektomie erfolgte, im Nenner gezählt werden? Antwort: Nein, diese können nicht gezählt werden. Erfolgt im Anschluss an eine bron-
		Nenner	Primärfälle mit Pneumonektomien und Primärfälle mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

				cho-/angioplastische Operation aufgrund von Residualtumor oder einer Komplikation eine Rest-/ Salvage-Pneumonektomie so werden die Primärfälle nicht für die Kennzahl gezählt.
19	Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität	Zähler	Primärfälle des Nenners mit stereotaktischer Strahlentherapie	<u>FAQ (21.07.2022)</u> Welche Anforderungen gelten für die Stereotaxie? Antwort: In Anlehnung an die Konsultationsfassung der LL-Lungenkarzinom (Version 2.01, Mai 2022) und das Positionspapier der DEGRO/DGMP (Guckenberger et al., 2020) wird die Körperstereotaxie (SBRT) zur Behandlung des NSCLC wie folgt definiert: • Perkutane Applikation einer hohen Bestrahlungsdosis mit hoher Präzision • Definition des Zielvolumens mittels bildgebender Kontrolle der Atemexkursion des Tumors durch atem-getriggerte 4D-CT-Serien in Bestrahlungsposition • Anwendung von Dosis-konzepten mit wenigen (max. 12) Fraktionen mit Einzeldosen von mind. 5 Gy <u>FAQ (06.07.2023)</u> Können stereotaktische Therapien bei funktionell inoperablen Pat. ohne histologische Sicherung (trotzdem Primärfall nach Definition) in der Kennzahl erfasst werden? Antwort: Nein, stereotaktische Therapien bei funktionell inoperablen Pat. ohne histologische Sicherung werden nicht erfasst. Der Nenner dieser Kennzahl weist explizit auch in Übereinstimmung mit dem Qualitätsindikator 11 der Leitlinie NSCLC aus, was eine histologische Sicherung impliziert.
		Nenner	Primärfälle NSCLC Stadium I/IIA mit Tumorkonferenz-Empfehlung gegen eine Resektion	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

20	Pathologische Begutachtungen	Zähler	Begutachtete maligne Lungenfälle	<u>FAQ (13.07.2018)</u> Dürfen für den Nachweis der pathologischen Begutachtungen auch Biopsien und Zweitbegutachtungen gezählt werden? Antwort: Ja, Biopsien dürfen gezählt werden. Zweitbegutachtungen nur, sofern es sich um Referenzpathologien und nicht um Doppelbefundungen handelt. <u>FAQ (13.05.2022)</u> Zählen molekularpathologische Begutachtungen ebenfalls für die Kennzahl? Antwort: Nein.
			≥ 200 maligne Lungenfälle (je Facharzt 100 L.)	
21	Perioperative Systemtherapie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit neoadjuvanter, adjuvanter oder perioperativer Systemtherapie	<u>FAQ (24.06.2020)</u> Können im Nenner auch Karzinoide gezählt werden? Antwort: Nein.
		Nenner	R0- und LK-resezierte NSCLC- Primärfälle mit anatomischer Lungenresektion Stad. II-III A1/2 IIIB (N2) und ECOG 0/1	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
29	CTCAE Grad V unter Systemtherapie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit CTCAE Grad V unter Systemtherapie	<u>FAQ (13.05.2022)</u> Bezieht sich der Nenner ausschließlich auf nicht operierte Primärfälle? Antwort: Nein. Die Erfassung der Nebenwirkungen unter Systemtherapie erfolgt unabhängig von der Therapiestellung (definitive Systemtherapie, neo-/adjuvante (postoperative) Systemtherapie, palliativ)
		Nenner	Primärfälle Stadium III oder IV mit Systemtherapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
31	PD-L1-Testung bei NSCLC im Stadium III mit Radiochemotherapie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit PD-L1-Testung vor Beginn der Radio-Chemotherapie	<u>FAQ (22.10.2020)</u> Muss das Testergebnis auf PD-L1 abgewartet werden, bevor mit der Radiochemotherapie begonnen wird? Antwort: Der Beginn der Radiochemotherapie soll nicht verzögert werden, nur weil das Ergebnis der Testung noch nicht vorliegt.
		Nenner	Primärfälle NSCLC Stadium III mit Radio-Chemotherapie	
		Sollvorgabe	≥ 75%	