

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. N. Reinmuth, PD Dr. S. Welter

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: 26.08.2026

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
	1.2.6.b	Indikationskonferenz	14.07.2016
	1.2.12	Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung	14.05.2024
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
8 Pathologie	8.13	Angabe zu den Resektionsrändern	26.08.2026
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.5.1	Patient-reported outcome measures	26.08.2026
	10.9.2	§65c-Krebsregister – Abgleich Patientenkollektiv	26.08.2026

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Prä- und posttherapeutischer Tumorstatus Primärfallzählung	13.05.2022
1b	Pat. mit neu aufgetretenem Lokalrezidiv	26.08.2026
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
18	Thorakale Bestrahlungen	26.08.2026
19	Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität	06.07.2023
20	Pathologische Begutachtungen	13.05.2022
21	Neoadjuvante oder perioperative Systemtherapie im prätherapeutischen/ klinischen Stadium IIB-IIIA	24.06.2020
24	Molekularpathologische Untersuchung bei kurativer Tumorsektion	26.08.2026
28	PD-L1-Testung bei NSCLC im Stadium III mit Radiochemotherapie	22.10.2020

FAQ's - Erhebungsbogen Lunge

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	
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 Tumoresektion 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.	
1.2.1.b	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.	
1.2.6.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 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
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.

1.5 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		
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		
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 Studien • 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 audit-relevanten Kalenderjahr Zentrums pat. eingeschleust wurden. Ausgenommen sind Studien, deren alleiniges Ziel die Materialsammlung (Biobanking) ist. Anrechenbar sind dagegen interventio-nelle 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		
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		
6.2.4.a	Qualifikation der jeweiligen Behandlungseinheit (klinische Abteilung oder niedergelassene Kooperationspartner) a) 150 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Lungenkarzinompat. oder b) 50 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Primärfällen des Zentrums oder 200 medikamentöse Tumorthapien (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.	

8.13 Resektions-/Sicherheitsabstand

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen Pathologie	
	Angabe des Pathologen zu den Resektionsrändern hat grundsätzlich zu erfolgen (Abweichungen sind zu begründen).		
	Organspezifische Besonderheiten		
LZ		<u>FAQ (26.08.2026)</u> Sind bei der Angabe des Residualstatus die Deskriptoren R0(uncertain) bzw. R1(uncertain) zu berücksichtigen? Antwort: Mit der 9. Version der TNM-Klassifikation wurden neue R-Deskriptoren eingeführt: R0(un) und R1(un). Für das Jahr 2026 werden weiterhin nur R0, R1 und R2 erfasst. Dabei gilt: R0(un) wird dem Status R0 zugeordnet, R1(un) entsprechend dem Status R1.	

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen		
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	<u>FAQ (26.08.2026)</u> Wie werden Patient-reported outcome measures (PROMs) definiert? Antwort: In Abgrenzung zu einem klinischen Assessment durch Fachkräfte im Gesundheitswesen sind Patient-reported outcome measures (PROMs) validierte Fragebögen bzw. Befragungsinstrumente, die von Pat. selbst ausgefüllt werden. Mit PROMs werden Patient-reported outcomes (PROs) erfasst, also pat.-berichtete Ergebnisse. Dadurch kann die individuelle Perspektive der Pat. systematisch in die Versorgung einbezogen werden. Beispiele für PROMs sind der EORTC-QLQ-C30, die PRO-CTCAE und das NCCN-Distress-Thermometer. In Kapitel 10.5.1 ist anzugeben, welche PROMs im Zentrum eingesetzt werden.	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden.	<u>FAQ (26.08.2026)</u> Wie kann der Abgleich des Pat.-Kollektivs zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen? Antwort: Der Abgleich des Pat.-Kollektivs soll sicherstellen, dass alle Zentrumspat. durch das Krebsregister erfasst und alle dem Krebsregister dem Zentrum zugeordneten Pat. auch im Zentrum dokumentiert sind. Dies kann z.B. über eine xlsx-Datei o.ä. erfolgen.	

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 Lokalrezidiv	Zähler	Pat. mit neu aufgetretenem Lokalrezidiv (Definition s. EB LZ 1.2.6.a)	<u>FAQ (26.08.2026)</u> Müssen Pat. mit neu aufgetretenem Lokalrezidiv und/oder Fernmetastasen weiterhin in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden, auch wenn die zugehörige Kennzahl gestrichen wurde? Antwort: Ja, Pat. mit neu aufgetretenem Lokalrezidiv und/oder Fernmetastasen sind unverändert in der Tumorkonferenz vorzustellen (s. EB 1.2.4).
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
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)

		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	ein – unabhängig von der Intention und Modalität der Therapie.
8a	Flexible Bronchoskopie	Zähler	Flexible Bronchoskopie je Leistungserbringer	FAQ (13.05.2022) Werden grundsätzlich alle Pat. gezählt, bei denen eine flexible Bronchoskopie durchgeführt wurde? Also unabhängig davon, ob eine C34-Diagnose vorliegt oder nicht? Antwort: Ja.
		Nenner	---	
		Sollvorgabe	≥ 500 ≥ 250 an jd. pneumol. Standort bei mehrst. Zentren	
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, 5-339.04, 5-339.05, 5-339.06, 5-339.07, 5-339.08, 5-339.09, 5-339.0a, 5-339.0b)	FAQ (14.07.2016) Dürfen bei den interventionellen bronchoskopischen Eingriffen auch Kryotherapien (Tumorabtragung mit Kryo-Sonde) mitgezählt werden? Antwort: Ja, jedoch keine Kryobiopsien, da diese keine interventionellen Verfahren sind.
		Nenner	---	
		Sollvorgabe	≥ 10 Bei mehrst. Zentren Erfüllung SV an mind. 1 Standort	
12	Verhältnis Broncho-/Angioplastische Operationen zu Pneumonektomien	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	FAQ (13.05.2022) 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 broncho-/angioplastische Operation aufgrund von Residualtumor oder einer Komplikation eine Rest-/ Salvage-Pneumonektomie so werden die Primärfälle nicht für die Kennzahl gezählt.
		Nenner	Primärfälle mit Pneumonektomien und Primärfälle mit Broncho-/Angioplastischen Operationen	
		Plausibilitäts-grenze	<60%	
18	Thorakale Bestrahlungen	Zähler	Anzahl Pat. mit Lungenkarzinom und erster thorakaler Bestrahlung (keine Beschränkung auf Primärfälle des Zentrums)	FAQ (26.08.2026) Wie ist die Kennzahlendefinition zu verstehen? Antwort: Unter „thorakalen Bestrahlungen“ sind jene an intrapulmonalen Läsionen (Primärtumor und/oder Metastasen von Lungentumoren) sowie an mediastinalen Lymphknotenmetasta-
		Nenner	---	
		Sollvorgabe	≥50	

				sen zu verstehen. Knochenmetastasen im Bereich des knöchernen Thorax zählen explizit nicht dazu.
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	
		Plausibilitäts-grenze	<50%	
20	Pathologische Begutachtungen	Zähler	Begutachtete maligne Lungenfälle	<u>FAQ (13.07.2018)</u> Dürfen für den Nachweis der pathologischen Begutachtung
			≥ 200 maligne Lungenfälle (je Facharzt 100 L.)	

				gen 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.
21	Neoadj. oder perioperative Systemtherapie im präth./klin. Stadium IIB-IIIA	Zähler	Primärfälle des Nenners mit neoadjuvanter oder perioperativer Systemtherapie	<u>FAQ (24.06.2020)</u> Können im Nenner auch Karzinoide gezählt werden? Antwort: Nein.
		Nenner	Operative Primärfälle im präth./klin. Stadium IIB-IIA	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
24	Molekularpathologische Untersuchung bei Pat. NSCLC Stadium IV	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Untersuchung von mind. EGFR-Mutationen in den Exonen 18-21 und BRAF V600-Mutationen und ALK-Fusionen und ROS1-Fusionen und RET-Fusionen und NTRK 1-3 Fusionen u. Fusionen KRAS-Mutationen (insbesondere KRAS-G12C-Mutation), MET-Exon 14-Skipping-Mutationen, NRG1-Fusionen u. HER2 (ERBB 2)-Mutationen in den Exonen 8, 18, 19, 20 u. 21)	<u>FAQ (26.08.2026)</u> Müssen alle aufgezählten Mutationen analysiert worden sein, damit ein Primärfall im Zähler berücksichtigt werden darf? Antwort: Damit ein Primärfall im Zähler berücksichtigt werden kann, müssen alle aufgezählten Genloci auf das Vorliegen einer Mutation untersucht worden sein. Aus Gründen der Praktikabilität reicht es, wenn das Zentrum nachweist, dass das regelhaft zur Untersuchung angeforderte Gen-Panel die im Zähler angeführten Loci umfasst und dieses Panel auf Fallebene zur Untersuchung angefordert worden ist.
		Nenner	Primärfälle mit NSCLC Stadium IV	
		Sollvorgabe	≥75%	
28	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%	