

F A Q s zum

Erhebungsbogen für Viszeralonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M. Quante, Prof. Dr. C. Reißfelder

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: 21.08.2026

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
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.0.b	Pankreas: Anzahl Primärfälle Zentrum	03.05.2023
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.0.c	Magen: Anzahl Primärfälle Zentrum	22.04.2021
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.0.e	Speiseröhre: Anzahl Primärfälle Zentrum	10.07.2018
1.6 Beteiligung von Patientinnen und Patienten	1.6.6	Veranstaltung für Pat.	20.06.2024
1.7 Studienmanagement	1.7.6.a	Anteil Studienpat.	26.09.2024
1.7 Studienmanagement	1.7.6.b	Zählweise Studienpatienten	20.06.2024
1.8 Pflege	1.8.5	Darm: Stomatherapie - Personal	30.11.2018
1.8 Pflege	1.8.6	Darm: Stomatherapie - Definition der Aufgaben	28.08.2019
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche	1.9.2.a	Ernährungsberatung	03.05.2023
2.1 Sprechstunde	2.1.6.b	Darm: Höhenlokalisierung Rektum	26.11.2020
2.1 Sprechstunde	2.1.13.c	Pankreas: Expertise Untersucher	22.01.2026
3 Radiologie	3.8.3	Leber: Expertise Interventionalist	22.06.2026
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.4.b	Pankreas: Operative Expertise Pankreas	22.04.2021
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.4.c	Magen: Operative Expertise Magen	22.04.2021
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.4.d	Leber: Operative Expertise	22.04.2021
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.4.e	Speiseröhre: Operative Expertise Ösophagus	22.04.2021
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.11.b	Magen/ Speiseröhre: Expertise pro Endoskopiker	22.04.2021
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.4.a	Fallzahlen pro Behandlungseinheit	20.06.2024
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.8	Schemata für systemische Therapien	06.05.2026
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.5.1	Patient-reported outcome measures	21.08.2026
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.9.2	§65c-Krebsregister – Abgleich Patientenkollektiv	21.08.2026

Übersicht der FAQ's

Datenblatt (=Excel-Vorlage)

Kennzahl		letzte Aktualisierung
6	Pankreas: Anteil Studienpat.	29.09.2022
7a / b	Pankreas: Endoskopie Komplikationen	14.07.2016
15	Pankreas: Inhalt Pathologieberichte	14.07.2016
7	Magen: Anteil Studienpat.	29.09.2022
8	Magen: Endoskopische En-bloc Resektionen	16.09.2025
9	Magen: Komplikationen endoskopische En-bloc- Resektion	16.09.2025
10	Magen: R0-Resektionen (Endoskopie)	16.09.2025
3a	Leber: Postoperative Vorstellung	03.04.2019
3b	Leber: Postinterventionelle Vorstellung	03.04.2019
7	Leber: Anteil Studienpat.	29.09.2022
11b	Leber: Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation	05.10.2017
12a	Leber: Anzahl komplexe operative Interventionen	03.04.2019
Basisdaten Speiseröhre	Änderungen des Tumorstadiums	16.09.2025
8	Speiseröhre: Anteil Studienpat.	29.09.2022
3	Analkarzinom: Psychoonkologisches Distress-Screening	16.08.2022
5	Analkarzinom: Anteil Studienpat.	29.09.2022
7	Analkarzinom: Anzahl Radio(chemo)therapien bei Pat. mit Analkarzinom (mit kompletten Bestrahlungsserien)	22.10.2024

Auslegungen hinsichtlich der Kennzahlen Darm sind in diesem Dokument nicht abgebildet, da die FAQ's zu diesem Organ in dem Spezifikationsdokument hinterlegt sind.

Download: <http://www.xml-oncobox.de/de/Zentren/DarmZentren>

Farblegende

- „schwarz“ für alle Organe relevant
- nur relevant für „Darm“
- nur relevant für „Pankreas“
- nur relevant für „Magen“
- nur relevant für „Leber“
- nur relevant für „Speiseröhre“
- nur relevant für „Analkarzinom“

FAQ's - Erhebungsbogen Viszeral

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.0.b - Pank -	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ICD-10 C 25.-) behandeln Definition: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; nicht gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien) • Histologischer / Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) aus Primärtumor oder Metastase bei gleichzeitigem Vorliegen eines Pankreastumors in der Schnittbildgebung. • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt.	<u>FAQ (05.10.2017)</u> Zählt das Karzinosarkom des Pankreas als Primärfall? Antwort: Ja. <u>FAQ (03.05.2023)</u> Können solid pseudopapilläre Neoplasien des Pankreas (Frantz-Tumor) als Primärfall gezählt werden? Antwort: Solid pseudopapilläre Neoplasien des Pankreas (Frantz-Tumoren) zählen nicht als Primärfall, können bei operativer Therapie jedoch für die operative Expertise berücksichtigt werden.	
1.2.0.c - Magen -	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 30 Pat. mit der Primärdiagnose eines Adenokarzinoms des Magens und des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C 16.0¹, 16.1-16.9) behandeln. Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, können die ICD-10 C 15.2 und 15.5 und 16.0² in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden. Definition: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Histologischer / Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.	<u>FAQ (06.07.2020)</u> Zählt das Plattenepithelkarzinom im unteren Drittel (C15.5) bzw. im abdominalen Anteil (C15.2) des Ösophagus zum Magenkarzinomzentrum? Antwort: Die ICD-10 C15.2 und 15.5 können nur dann in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden, wenn es sich um ein Adenokarzinom handelt (keine Anerkennung von Plattenepithelkarzinomen) und kein zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum vorhanden ist. Bei parallel zertifiziertem Magen- und Speiseröhrenkrebszentrum zählen die ICD-10 C15.2 und C15.5 nur für das Speiseröhrenkrebszentrum. <u>FAQ (14.07.2016)</u> Werden auch Pat. mit einem GIST als Primärfall anerkannt? Antwort: Pat. mit einem GIST werden nicht als Primärfälle anerkannt. GIST ist eine andere Tumorentität und nicht mit den Adenokarzinomen des Magens zu vermengen. In der S3-Leitlinie Magenkarzinom wird die Tumorentität GIST nicht abgedeckt. Die Behandlung von GIST-Pat. eines Zentrums	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.	wird jedoch in den Basisdaten dokumentiert, ohne dass diese Fälle in die Primärfallzählung eingehen. <u>FAQ (05.10.2017)</u> In den Befunden wird meistens von cm ab Zahnreihe berichtet. Beginnt der abdominale Anteil des Ösophagus unterhalb des Zwerchfells? Antwort: Ja. Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt. <u>FAQ (05.10.2017)</u> Zählen distale Ösophaguskarzinome, welche nicht in den ösophagogastralen Übergang hineinreichen, als Primärfälle oder werden ausschließlich AEG-Tumoren und Magenkarzinome berücksichtigt? Antwort: Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist. <u>FAQ (10.07.2018)</u> Welche Karzinome des gastro-ösophagealen Übergangs (= AEG-Tumoren) werden dem Magen und welche der Speiseröhre zugeordnet? Antwort: Entsprechend der klinischen Klassifikation Siewert I-III, werden Siewert I und II-Karzinome der Speiseröhre zugeordnet, Karzinome Typ Siewert III dem Magen (vor neoadjuvanter Therapie Festlegung durch Endoskopiker erforderlich). <u>FAQ (22.04.2021)</u> Dürfen ein „gemischtes adeno-neuroendokrines Karzinom (8244/3)“ und ein „adenosquamöses Karzinom des Magens (8560/3)“ als Primärfall für das Magenkrebszentrum gezählt werden. Antwort: Ja, sofern ein Anteil Adenokarzinom nachgewiesen werden kann, ist eine Zählung als Primärfall möglich.	
1.2.0.e - Speiseröhre -	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 40 Pat. mit der Diagnose einer hochgradigen Dysplasie (HGIEN,	<u>FAQ (10.07.2018)</u>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
	HGD) oder eines invasiven Plattenepithel- bzw. Adenokarzinoms des Ösophagus behandeln (= Zentrumsfälle). Davon mind. 20 Pat. mit Primärdiagnose (ICD-10 C15, 16.0², D00.1 (HGD, HGIEN)) Definition Primärdiagnose: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen/bildgebenden Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt ² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.	Welche Karzinome des gastro-ösophagealen Übergangs (= AEG-Tumoren) werden dem Magen und welche der Speiseröhre zugeordnet? Antwort: Entsprechend der klinischen Klassifikation Siewert I-III, werden Siewert I und II-Karzinome der Speiseröhre zugeordnet, Karzinome Typ Siewert III dem Magen (vor neoadjuvanter Therapie Festlegung durch Endoskopiker erforderlich).

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	
1.6.6 - VZ	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich vom Zentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. und / oder Interessierte durchzuführen (kann zusammen mit 1.6.9 betrachtet werden). Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	<u>FAQ (20.06.2024)</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 Ausparung der Industrieausstellung/Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Patienten darlegen.

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
1.7.6.a - VZ	Anteil Studienpat. 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein 2. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl Die Anforderung gilt pro Tumorentität.	<u>FAQ (26.09.2024)</u> Gilt die Vorgabe „1 Pat. bei Erstzertifizierung“ auch für die Module des Viszeralonkologischen Zentrums? Antwort: Wenn bei der Erstzertifizierung der Module Pankreas, Magen, Leber und Ösophagus kein Pat. in Studien eingeschlossen ist, muss das Zentrum

Kap.	Anforderungen		
	Angabe Datenblätter (Excel-Vorlagen) Darm / Pankreas / Magen / Leber / Speiseröhre / Anal	seine Aktivität für den Studieneinschluss nachweisen und gleichzeitig die Studienquote für das Darmkrebszentrum erfüllen. Eine Zertifikatserteilung ist nur unter Auflagen möglich (reduzierte Gültigkeit). Bis zum 1. Überwachungsaudit muss 1 Pat. pro Modul in Studien eingeschlossen sein. FAQ (20.06.2024) Gelten die Vorgaben „1 Pat. bei Erstzertifizierung“ bzw. „nach 1 Jahr: mind. 5% d. Primärfälle“ auch für die Zertifizierung eines Analkarzinomzentrums? Antwort: Wenn bei der Zertifizierung (unabhängig von der Auditphase) eines Analkarzinomzentrums kein Pat. in eine Studie eingeschlossen ist, muss das Zentrum seine Aktivität für den Studieneinschluss nachweisen. Wenn es keine relevanten Studien gibt, muss es die Studienquote für das Darmkrebszentrum erfüllen.	
1.7.6.b - VZ	Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle / diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt). Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen. Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument). • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Zentrums (je Entität), 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. • Es können Pat. für kolorektale Präventionsstudien gezählt werden. • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Pat. im Follow-up einer Studie zählen nicht mehr für die Studienquote.	<u>FAQ (16.08.2022)</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 des Pat. nicht möglich ist. <u>FAQ (03.05.2023)</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. <u>FAQ (20.06.2024)</u> Ist die alleinige Teilnahme an der EDIUM-Studie ausreichend? Antwort:	

Kap.	Anforderungen	
	Besonderheit Darmkrebszentren: Die Study-Box Darm ist für die Berechnung der Studienquote verbindlich (www.studybox.de). Dies bedeutet, dass Studien, die nicht akkreditiert sind bzw. für die keine Akkreditierung beantragt wurde, nicht für die Studienquote angerechnet werden können. Die Liste der akkreditierten und somit für die Studienquote anrechenbaren Studien ist unter www.studybox.de abgebildet.	Die EDIUM-Studie darf nicht die einzige im Darmkrebszentrum durchgeführte Studie sein. Die EDIUM-Patient*innen als Studienpatient*innen dürfen nur dann für die Studienquote gezählt werden, wenn diese oder andere Patient*innen in mindestens einer weiteren Studie eingebracht wurden. Wenn bei Erstzertifizierung Pat. ausschließlich in die EDIUM-Studie eingeschlossen sind, ist eine Zertifikatserteilung mit Auflagen und reduzierter Gültigkeit für 18 Monate möglich. Zum 1. ÜA müssen dann Studienpat. in mind. einer weiteren Studie nachgewiesen werden.

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	
1.8.5 - DZ	Stomatherapie - Personal Qualifikation Leitung Stomatherapie Anerkannte Ausbildung Stomatherapie: Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin/Pflegeexperten für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720 h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen. Für Stomatherapeuten, welche vor dem 01.01.2019 in den Zentren benannt waren, gilt folgender Bestandschutz: Weiterbildungsumfang mind. 400 h zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie „Curriculum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde“ der FgSKW exkl. Abschnitte Inkontinenz und Wunde). Eine qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen. Das Personal ist namentlich zu benennen. Sofern die Stomatherapie von extern erbracht wird, ist eine Kooperationsvereinbarung zu schließen.	<u>FAQ (30.11.2018)</u> Auf wen bezieht sich der Bestandschutz für die anerkannten Ausbildungen zur Stomatherapie? Auf den Stomatherapeuten oder auf das Zentrum, in dem der Stomatherapeut tätig ist? Antwort: Es handelt sich um einen personenbezogenen Bestandschutz, der für alle Stomatherapeuten gilt, welche vor dem 01.01.2019 ihre Ausbildung zur Stomatherapie nach den bis zum 31.12.2018 gültigen Kriterien abgeschlossen oder begonnen haben.
1.8.6 - DZ	Stomatherapie - Definition der Aufgaben - Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung (insbesondere Aufklärung LARS) und Schulung von Pat. und Angehörigen - Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch) - Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde Ambulante Weiterversorgung nach Entlassung bei Stomatherapie ist zu beschreiben incl. Informationsbereitstellung für Pat.	<u>FAQ (28.08.2019)</u> Muss die präoperative Anzeichnung des Stomas immer durch die Stomatherapie erfolgen? Antwort: Nein. Die Anzeichnung der Stomaposition kann auch durch den Operateur / Chirurg erfolgen. Es ist jedoch darauf zu achten, dass mindestens bei den elektiven Operationen mit Stomaanlage die Anzeichnung der Stomaposition präoperativ stattfindet.

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen	
1.9.2.a - VZ	Ernährungsberatung	<u>FAQ (03.05.2023)</u>

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen	
	- Qualifizierte Ernährungsberatung (durchgeführt von Diätassistenten/Ökotrophologen/Ernährungswissenschaftlern oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin) muss Bestandteil des Zentrums sein - Zusammenarbeit ist über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln - Eine qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen. - Bedarf für Ernährungsberatung ist pat.bezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen. Dies gilt insbesondere während der postoperativen Phase. Der Prozess ist auf Basis von Pat.akten nachzuweisen. - Eine SOP für das Ernährungsmanagement sollte schriftlich hinterlegt sein.	Erfüllen auch Ernährungsberater die Qualifikationsvoraussetzungen eines Ernährungswissenschaftlers? Antwort: Nein. Es ist ein Studium der Ernährungswissenschaften nachzuweisen.

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	
2.1.6.b - DZ	Höhenlokalisierung Rektum - Für die Höhenlokalisierung können die starre Rektoskopie, die flexible Endoskopie oder die MRT-Untersuchung zur Anwendung kommen. - Im Befundbericht muss die Höhenlokalisierung sowie die verwendete Methode angegeben sein.	<u>FAQ (26.11.2020)</u> Frage: Wie erfolgt die Höhenlokalisierung eines Rektumkarzinoms mittels MRT-Untersuchung? Antwort: Hierfür ist der Abstand zwischen dem distalen Ende des Tumors und der Junctio anorectalis anzugeben. Der Analrand ist (im Gegensatz zur starren Rektoskopie) als Messpunkt bei der Höhenlokalisierung mittels MRT aufgrund der geringeren Zuverlässigkeit bei der Messung weniger geeignet.
2.1.13. c - MP	Expertise Untersucher: - Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis von mind. 30 Endosonographien/Untersucher/Jahr - Endosonographisch gesteuerte Feinnadelbiopsie im <u>Abdomen</u> (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	<u>FAQ (22.01.2026)</u> Muss ein Untersucher die komplette endoskopische Expertise persönlich abdecken (ERCP UND Endosonographie/endosonographisch gestützte Punktionen)? Antwort: Nein. Es ist nicht erforderlich, dass ein einzelner Untersucher sowohl interventionelle ERCPs als auch Endosonographien/endosonographisch gesteuerte Punktionen persönlich erbringt. Die endoskopische Expertise kann auf unterschiedliche Untersucher verteilt werden, mit Zuordnung zu Endosonographie UND endosonographisch gestützten Punktionen (30 Endosonographien/Jahr UND 10 FNP/Jahr bzw. bei der Neuzulassung 60 Endosonographien UND 20 endosonographisch gestützte Punktionen in den letzten 3 Jahren) ODER

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	
	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. 100 interventionelle ERCPs und 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in Tabelle „Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs“ im Datenblatt (Excel-Vorlage)	interventionellen ERCPs (50 interventionelle ERCPs/Jahr bzw. bei Neuzulassung 100 interventionelle ERCPs in den letzten 3 Jahren). Wenn die Expertise auf mehrere Untersucher aufgeteilt wird, muss für die jeweiligen Verfahren eine klare Vertreterregelung etabliert sein. Diese Regelung muss dokumentiert und im Rahmen des Audits einsehbar sein. Untersucher können auch alle Verfahren gleichzeitig abdecken (ERCP und Endosonographie/Punktion). Auch hier gilt dann weiterhin, dass 2 Untersucher pro Zentrum benannt sein müssen.

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.8.3 - ML	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* *OPS: 5-501.93/.a3 bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7) **TACE/TAE bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7)	<u>FAQ (22.06.2026)</u> Frage: Werden alle Interventionen pro Interventionalist einzeln gezählt oder nur der gesamte Zyklus mit der ersten Intervention? Antwort: Es wird 1 Intervention pro Sitzung gezählt, nicht Prozeduren innerhalb einer Sitzung. I.d.R. finden mehrere Sitzungen statt.

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen		
5.2.4.b - MP	Operative Expertise Pankreas - Mind. 20 Pankreasresektionen / Jahr - Mind. 12 operative Primärfälle Pankreaskarzinome / Jahr Definitionen - Primärfälle - gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; <u>nicht</u> gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien); vollständige Definition siehe EB 1.2.0 - operative Primärfälle - Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525* = Adeno-Ca, Neuroendokrines Ca, KEIN IPMN - Pankreasresektionen - benigne + maligne ICD's, auch IPMN's; relevant ist nur OP-Art (=Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie; OPS: 5-524*, 5-525*)	<u>FAQ (05.10.2017)</u> Sind für eine Zertifikatserteilung/-verlängerung alle 3 folgenden Kriterien zu erfüllen oder nur eines davon? 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ICD-10 C 25.-) (EB 1.2.0) 20 Pankreasresektionen / Jahr (EB 5.2.4) 12 operative Primärfälle Pankreas (EB 5.2.4) Antwort: Für die Zertifikatserteilung/-verlängerung sind gemäß der „Bewertungsrichtlinie Primärfälle/Fallzahlen“ die 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms sowie die 20 Pankreasresektionen nachzuweisen. <u>FAQ (22.04.2021)</u> Welcher Zählzeitpunkt gilt für die Erhebung der operativen Expertise? Antwort: Maßgeblich ist das OP-Datum.	
5.2.4.c - MM	Operative Expertise Magen - Mind. ≥ 20 operative Resektionen Magen /AEG (Abd. Gastrektomien, subtotale Magenresektionen u./o. transhiatale /abdominothorakale erweiterte Gastrektomien bei Pat. mit Magen-Ca oder AEG) unabhängig vom Primärfallstatus Definition operative Resektion Magen/AEG: - ICD-10 C16.0¹, 16.1-16.9, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438* Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, dann können auch Resektionen bei ICD-10 C15.2 und 15.5 und 16.0² gezählt werden (siehe auch Kapitel 1.2.0). ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom Ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der Ösophagogastrale Übergang einbezogen ist. ² Tumoren, die den Ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des Ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Können ESD- und laparoskopische Resektionen (Sleeve-resection 5.434.51) als operative Primärfälle gezählt werden? Antwort: Nein. <u>FAQ (22.04.2021)</u> Welcher Zählzeitpunkt gilt für die Erhebung der operativen Expertise? Antwort: Maßgeblich ist das OP-Datum.	
5.2.4.d - ML	Operative Expertise Leber 40 chirurgisch operative Interventionen bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (Resektionen/Transplantationen)/Zentrum/Jahr	<u>FAQ (22.04.2021)</u> Welcher Zählzeitpunkt gilt für die Erhebung der operativen Expertise? Antwort: Maßgeblich ist das OP-Datum.	

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen		
	- Definition Resektion/Transplantation: 5-502*, 5-504* - Bei diesen 40 Operationen können bis zu 15 atypische Leberresektionen (OPS 5-501.0*; 5-501.2*) angerechnet werden.		
5.2.4.e - MS	Operative Expertise Ösophagus - Mind. 20 komplexe Operationen am Ösophagus/Jahr (nicht auf C15/C16.0² beschränkt, inkl. benignen Diagnosen) - Definition komplexe Operationen: OPS: 5-423*, 5-424*, 5-425*, 5-426*, 5-438.0 u. 1 u. x ² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.	FAQ (22.04.2021) Welcher Zählzeitpunkt gilt für die Erhebung der operativen Expertise? Antwort: Maßgeblich ist das OP-Datum.	
5.2.11. b - MM, MS	Expertise pro Endoskopiker: - Endoskopische En-bloc-Resektionen Magen bzw. Endoskopische Resektion Ösophagus ≥ 30 Resektionen kumulativ gesamt und 3 endoskopische En-bloc-Resektionen bzw. endoskopische Resektionen an Ösophagus/Magen/Jahr (Nachweis anhand OP-/Endoskopie-Berichte, als Erstoperaeur o. Assistenz als Ausbilder; keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren/Endoskopikern) - Stationäre Nachüberwachung nach endoskopischer en-bloc-Resektion - Nachsorge nach endoskopischer En-bloc-Resektion bei pT1a, N0, M0 entsprechend LL	FAQ (22.04.2021) Können für die 30 geforderten endoskopischen Resektionen sowohl En-bloc-Resektionen Magen als auch Endoskopische Resektionen des Ösophagus anerkannt werden, wenn z.B. im Geltungsbereich des Viszeralonkologischen Zentrums nur ein Magenkrebszentrum enthalten ist? Antwort: Für die Expertise des Endoskopikers werden sowohl En-bloc-Resektionen des Magens als auch Endoskopische Resektionen des Ösophagus anerkannt.	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen		
6.2.4.a - VZ	Fallzahlen pro Behandlungseinheit • 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). Mind. 200 medikamentöse Tumorthérapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich oder	<u>FAQ (20.06.2024)</u> Wie ist die Zählweise 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.	
6.2.4.b - DZ	mind. 50 Pat. mit spezifischer Indikation (Kolon/Rektum)		
6.2.4.c - MP	mind. 20 Pat. mit spezifischer Indikation (Pankreas)		
6.2.4.d - MM	mind. 20 Pat. mit Indikation Magenkarzinom/AEG-Tumor		
6.2.4.e - MS	mind. 20 Pat. mit Indikation Ösophagus-Ca		
6.2.8 - VZ	a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien • Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen. • Im speziellen bei hoch-emetogenen/ moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33 • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata soll die Expertise der Apotheker eingeholt werden. • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. b) Individueller Therapieplan • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. • Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.	<u>FAQ (06.05.2026)</u> Welche Schemata sind hier gemeint? Antwort: Es sind die „Standardprotokolle“ gemeint und nicht die pat.-spezifischen Dokumente.	

	c) Freigabe/ Gabe der Therapie Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren.		
--	---	--	--

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	<u>FAQ (21.08.2026)</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 (21.08.2026)</u> Wie kann der Abgleich des Pat.-Kollektivs zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen? Antwort: Der Abgleich des Pat.-Kollektivs soll sicherstellen, dass alle Zentrums-pat. 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 - Datenblatt Darm (=Excel-Vorlage)

Auslegungen hinsichtlich der Kennzahlen Darm sind in diesem Dokument nicht abgebildet, da die FAQ's zu diesem Organ in dem Spezifikationsdokument hinterlegt sind.

Download: <http://www.xml-oncobox.de/de/Zentren/DarmZentren>

FAQ's - Datenblatt Pankreas (=Excel-Vorlage)

6	Anteil Studienpat.	Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	<u>FAQ (29.09.2022)</u> Bedeutet das Qualitätsziel „Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien“, dass Pat. möglichst in mehreren Studien eingeschlossen werden sollen? Antwort: Nein. Ziel ist, möglichst vielen Pat. Zugang zu geeigneten Studien zu ermöglichen. Ein Einschluss in mehrere Studien ist möglich und kann in diesem Fall auch mehrfach im Zähler gezählt werden. Gezählt werden hier also Studieneinschlüsse.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
7a	Endoskopie Komplikationen	Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist die Zählweise bei dieser Kennzahl: Die Anzahl an tatsächlichen Untersuchungen oder die Anzahl an Pat. oder die Anzahl an Fällen? Antwort: Die Zählweise ist auf die Anzahl der Untersuchungen bezogen. <u>FAQ (14.07.2016)</u> Werden Pat. sowohl im Zähler 7a als auch 7b gezählt, wenn sie beide Arten von Komplikationen hatten? Antwort: Ja.
		Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	
		Sollvorgabe	≤ 10%	
7b		Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	
		Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
14	Inhalt Pathologieberichte	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorggrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist die Zählweise bei dieser Kennzahl: Die Anzahl an Befundberichten (gesamt) oder die Anzahl an Pat. mit mind. einem Befundbericht oder die Anzahl an Fällen mit mind. einem Befundbericht? Antwort: Operative Primärfälle mit dem finalen Befundbericht, der die aufgeführten Angaben enthalten soll.
		Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC	
		Sollvorgabe	≥ 80%	

FAQ's - Datenblatt Magen (=Excel-Vorlage)

7	Anteil Studienpat.	Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	FAQ (29.09.2022) Bedeutet das Qualitätsziel „Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien“, dass Pat. möglichst in mehreren Studien eingeschlossen werden sollen? Antwort: Nein. Ziel ist, möglichst vielen Pat. Zugang zu geeigneten Studien zu ermöglichen. Ein Einschluss in mehrere Studien ist möglich und kann in diesem Fall auch mehrfach im Zähler gezählt werden. Gezählt werden hier also Studieneinschlüsse.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
8	Endoskopische En-bloc Resektionen	Zähler	Primärfälle des Nenners mit En-bloc Resektion	FAQ (16.09.2025) 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.
		Nenner	Endoskopische Primärfälle + Operative Primärfälle mit vorausgegangener endoskopischer En-bloc-Resektion	
		Sollvorgabe	≥ 60%	
9	Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	
		Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	
		Sollvorgabe	≤ 10%	
10	R0-Resektionen (Endoskopie)	Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	
		Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	
		Sollvorgabe	≥ 60%	

FAQ's - Datenblatt Leber (=Excel-Vorlage)

3a	Postoperative Vorstellung	Zähler	Operationen des Nenners, die postoperativ in der TK vorgestellt wurden	FAQ (03.04.2019) Ersetzt die postoperative Vorstellung transplantierte Pat. in der Transplantationsambulanz die Vorstellung in der Tumorkonferenz?
		Nenner	Anzahl Operationen bei Primärfällen	
		Sollvorgabe	≥ 95%	

				Antwort: Nein. Auch transplantierte Pat. müssen postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.
3b	Postinterventionelle Vorstellung	Zähler	Interventionen des Nenners, die 4-12 Wochen nach Intervention in der TK vorgestellt wurden	FAQ (03.04.2019) Wann soll die postinterventionelle Vorstellung der Pat. mit TACE erfolgen? Antwort: Die Vorstellung soll einmalig am Ende des Gesamtzyklus erfolgen.
		Nenner	Anzahl Interventionen bei Primärfällen	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
7	Anteil Studienpat.	Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	FAQ (29.09.2022) Bedeutet das Qualitätsziel „Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien“, dass Pat. möglichst in mehreren Studien eingeschlossen werden sollen? Antwort: Nein. Ziel ist, möglichst vielen Pat. Zugang zu geeigneten Studien zu ermöglichen. Ein Einschluss in mehrere Studien ist möglich und kann in diesem Fall auch mehrfach im Zähler gezählt werden. Gezählt werden hier also Studieneinschlüsse.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
		Sollvorgabe	≥ 75%	
11b	Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation	Zähler	Interventionspflichtige Komplikationen innerhalb von 7 Tagen nach Abschluss: Blutung (T81.0), Gefäßverletzung (T81.2), Non-target-Embolisationen (T81.7), Abszess intrahepatisch (T81.4), Verletzung anderer Organe (T81.2), Leberversagen (K91.9) nach perkutaner RFA + Mikrowellenablation	FAQ (05.10.2017) Kann „high intensity focused ultrasound“ zusätzlich berücksichtigt werden? Antwort: Keine Berücksichtigung von „high intensity focused ultrasound“.
		Nenner	Anzahl perkutane RFA + Mikrowellenablation (OPS: 5-501.93/.a3, 5-513.42/43) bei Primärfällen	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
12a	Anzahl komplexe operative Interventionen	Zähler	Komplexe operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (OPS: 5-502* o. 5-504*)	FAQ (05.10.2017) Kann „high intensity focused ultrasound“ zusätzlich berücksichtigt werden? Antwort:
		Nenner	-----	
		Sollvorgabe	≥ 25	

				„High intensity focused ultrasound“ kann nicht für die Berechnung der Kennzahl berücksichtigt werden. <u>FAQ (03.04.2019)</u> Welche Erkrankungen sind mit „maligne Tumorerkrankungen in der Leber“ gemeint? Antwort: Zum Nachweis der operativen Expertise können hier Resektionen/ Transplantationen (OPS: 5-502* o. 5-504*) gezählt werden, die bei primären oder sekundären (= z.B. Metastasen) malignen Tumorerkrankungen der Leber durchgeführt wurden. Nicht gezählt werden Adenome, Hämangiome, FNH oder der V.a. ein z.B. Gallenblasenkarzinom, der in der Histologie nicht bestätigt wurde.
--	--	--	--	--

FAQ's - Datenblatt Speiseröhre (=Excel-Vorlage)

	Basisdaten	Zeilen E26 – J26	Stadieneinteilung	<u>FAQ (16.09.2025)</u> Wie werden Pat. mit neoadjuvanter Therapie in den Basisdaten berücksichtigt (z. B. ypT0)? Antwort: Nach neoadjuvanter Therapie und operativer Resektion erfolgt die Dokumentation grundsätzlich anhand des prätherapeutischen Stadiums (cTNM). <u>FAQ (16.09.2025)</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: prätherapeutisches Stadium (cTNM) Nach alleiniger OP: p-Stadium.
8	Anteil Studienpat.	Zähler Nenner Sollvorgabe	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden Primärfälle (= Kennzahl 1a) ≥ 5%	<u>FAQ (29.09.2022)</u> Bedeutet das Qualitätsziel „Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien“, dass Pat. möglichst in mehreren Studien eingeschlossen werden sollen?

				Antwort: Nein. Ziel ist, möglichst vielen Pat. Zugang zu geeigneten Studien zu ermöglichen. Ein Einschluss in mehrere Studien ist möglich und kann in diesem Fall auch mehrfach im Zähler gezählt werden. Gezählt werden hier also Studieneinschlüsse.
--	--	--	--	---

FAQ's - Datenblatt Analkarzinom (=Excel-Vorlage)

3	Psychoonkologisches Distress-Screening	Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	FAQ (16.08.2022) 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 BestPractice (Stengel A et al. Best Practice: psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers. Forum 2021;36:278-283) oder S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspat.) und das Ergebnis zu dokumentieren.
		Nenner	Primärfälle Gesamt (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	
		Sollvorgabe	≥ 65%	
5	Anteil Studienpat.	Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	FAQ (29.09.2022) Bedeutet das Qualitätsziel „Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien“, dass Pat. möglichst in mehreren Studien eingeschlossen werden sollen? Antwort: Nein. Ziel ist, möglichst vielen Pat. Zugang zu geeigneten Studien zu ermöglichen. Ein Einschluss in mehrere Studien ist möglich und kann in diesem Fall auch mehrfach im Zähler gezählt werden. Gezählt werden hier also Studieneinschlüsse.
		Nenner	Primärfälle Gesamt (= Kennzahl 1a)	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
7	Anzahl Radio(chemo)therapien bei Pat. mit Analkarzinom (mit kompletten Bestrahlungsserien)	Zähler	Anzahl Radio(chemo)therapien bei Pat. mit Analkarzinom (mit kompletten Bestrahlungsserien)	FAQ (22.10.2024) Werden nur kurativ intendierte Radiochemotherapien für diese Kennzahl gezählt? Antwort: Es werden unabhängig von der Behandlungsintention (kurativ/palliativ) alle Pat. mit Analkarzinom erfasst, die eine komplette Bestrahlungsserie erhalten haben.
		Nenner	-----	
		Sollvorgabe	≥ 6	