

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M.W. Beckmann

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.

Version FAQ und Erhebungsbogen

Versions-Stand FAQ: **13.01.2017**

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's beziehen sich auf folgende in Kraft gesetzte Dokumente:

Erhebungsbogen Gyn. Krebszentren	Version E1	14.07.2016
Kennzahlenbogen Gyn. Krebszentren	Version E1.1	14.07.2016

Änderung gegenüber Version vom 25.07.2016

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.3	Gyn. Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden	13.01.2017
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall	14.07.2016
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.1	2. Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie	14.07.2016
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.10	Erfassung Follow-up	14.07.2016

Kennzahlenbogen

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle	14.07.2016
Basisdaten	Sonstige Karzinome	14.07.2016
8	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	14.07.2016
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	25.07.2016
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	14.07.2016
17	Kombinationstherapie bei platin-geeignetem Rezidiv	14.07.2016
18	Keine adjuvante Therapie BOT	14.07.2016
22	Zytologisches/histologisches LK-staging	14.07.2016
23	Cisplatinhaltige Radiochemotherapie	14.07.2016
25	Histologische Sicherung	14.07.2016
26	Ausbreitungsdiagnostik beim Lokalrezidiv	14.07.2016

FAQ's - Erhebungsbogen Gyn

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	
1.1.3	<p>Gynäkologische Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden</p> <ul style="list-style-type: none"> Die gesonderte Zertifizierung der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden kann durch das Gynäkologische Krebszentrum bzw. durch einen seiner Kooperationspartner entsprechend dem Erhebungsbogen „Gynäkologische Dysplasie“ durchgeführt werden. http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm Kooperationen mit zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden sollen angestrebt werden müssen vorhanden sein und sind namentlich aufzuführen. Bei Nicht-Erfüllung gesonderte Begründung. 	<p>FAQ (13.01.2017): Wie ist die Anforderung nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Sofern eine Kooperation nicht nachgewiesen werden kann, sind im Audit die Gründe darzulegen. Bei nachvollziehbarer Begründung entsteht keine Abweichung.</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1	<p>Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum</p> <p>Anzahl Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals (keine Präkanzerosen) und Borderlinetumoren d. Ovars) pro Jahr: ≥ 75 Fälle (= Gesamtfallzahl), davon ≥ 50 Primärfälle</p> <p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Primärfall umfasst alle Aufenthalte und Therapien (Operationen, Radio(chemo)therapie) einer Patientin im Rahmen einer Erkrankung Rezidiv/Metastase einer Patientin ist ein neuer Fall, kein Primärfall Histologischer Befund, Arztbrief und ggf. Therapie-/ Operationsbericht sollte vorliegen <p>Therapieplanung-/ durchführung über das Gynäkologische Krebszentrum. Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose bzw. der Zeitpunkt für das Rezidiv/Metastase</p>	<p>FAQ (14.07.2016): Ist es richtig, dass bei gynäkologischen Tumoren als Erstdiagnosedatum erst das Datum der postoperativen Histologie „zählt“, also nicht Befund des Abstrichs/Pipelle de Cornier/bildgebende Verfahren?</p> <p>Antwort: Der Zählzeitpunkt richtet sich nach der Untersuchungsmethode, die als erstes die definitive Diagnose gibt. Das kann ein Abstrich sein, aber auch erst die operative Histologie.</p>

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2	<p>Angebot und Zugang Jeder Patientin muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>		
	<p>Dokumentation und Evaluation Grundsätzlich sind sowohl die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, als auch Häufigkeit, Dauer und Inhalt der Gespräche zu erfassen. 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.</p>	<p><u>FAQ (21.07.2016):</u> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen?</p> <p>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.</p>	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	<p>Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum. • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. <p>Erstzertifizierung Mind. 1 Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie. Ein zweiter Facharzt für Gynäkologie sollte sich in der Weiterbildung für die Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie befinden. Diese muss im Zeitraum vor der Re-Zertifizierung (nach 3 Jahren) erfolgreich abgeschlossen sein und gemeldet werden.</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie ist bei Weggang/Ausfall des 2. Schwerpunktinhabers zu verfahren?</p> <p>Antwort: Wenn nach der Re-Zertifizierung kein 2. Schwerpunktinhaber für das Zentrum zur Verfügung steht (z.B. Weggang/Ausfall), dann muss die Nachbesetzung innerhalb von 12 Monaten ab Zeitpunkt Weggang/Ausfall erfolgen.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie ist zu verfahren, wenn zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung kein 2. Schwerpunktinhaber nachgewiesen werden kann?</p> <p>Antwort: Es muss nachgewiesen werden, dass nach der Erstzertifizierung Aktivitäten zur Etablierung eines 2. Schwerpunktinhabers erfolgten (z.B. Neueinstellung, Ausbildung, ...).</p> <p>Von Seiten des Zentrums sind die Gründe für einen fehlenden 2. Schwerpunktinhabers in einer schriftlichen Stellungnahme im Vorfeld der Re-Zertifizierung darzustellen. Anhand dieser Stellungnahme wird entschieden, ob eine Zulassung zum Audit möglich ist.</p> <p>Allgemein gilt, dass bei einem fehlenden 2. Schwerpunktinhaber das Zertifikat lediglich um 12 Monate verlängert werden kann (Nachweis 2. Schwerpunktinhaber Voraussetzung für Verlängerung).</p>	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix) Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Für jede im Tumordokumentationssystem erfasste Patientin sind mind. 1 x jährlich die Nachsorgedaten einzuholen. [...]</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Müssen Follow-up-Daten von anderen Tumorentitäten als Zervix von dem Zentrum eingeholt werden? Antwort: Nein. Die Darstellung der Matrix Ergebnisqualität für das Zervixkarzinom ist ausreichend.</p>	

FAQ's - Kennzahlenbogen Gyn

----	Basisdaten	Spalten D-H	Nicht vollständige OP (Ovar/Tuben/Peritoneal/BOT)	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Ist die Primärtherapie das operative Lymphknotenstaging + die Chemotherapie der Gynäkologen oder die Radiatio der Strahlentherapeuten?</p> <p>Antwort: Als Primärtherapie wird die Radio(chth) gezählt.</p>
			Definitive OP – Staging-OP (Ovar/Tuben/Peritoneal/BOT)	
			Ausschließlich Staging-OP / nicht vollständige OP (Zervix, Endometrium, Vulva, Vagina, Sonstige)	
			Definitive OP (ggf. inkl. Staging-OP) (Zervix, Endometrium, Vulva, Vagina, Sonstige)	
----	Basisdaten	Spalten A-C	Nicht operierte Primärfälle	
----	Basisdaten	Spalten A-C	Sonstige Karzinome	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Zählen Dysgerminome des Ovars und Sarkome zu den sonstigen Karzinomen?</p> <p>Antwort: Ja.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Was zählt zu den Nicht-Karzinomen Ovar?</p> <p>Antwort: Keimzelltumoren und Keimstrangstromatumoren.</p>
8	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Zähler	<p>Operative Primärfälle mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA und operativem Staging mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Laparotomie •Peritonealzytologie •Peritonealbiopsien •Adnexextirpation beidseits •Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen •Omentektomie mind. infrakolisch •Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie 	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Auch bei makroskopisch unauffälligem Peritoneum sind Peritonealbiopsien durchzuführen. Das makroskopisch unauffällige Peritoneum ist keine ausreichende Begründung für das Nicht-Durchführen von Biopsien. In diesen Fällen soll eine Abweichung ausgesprochen werden.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	

10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV mit makroskopisch vollständiger Resektion	<p><u>FAQ (25.07.2016):</u> Was bedeutet „makroskopisch vollständige Resektion“?</p> <p>Antwort: Das endgültige operative Ergebnis ist < R2, also R0 oder R1.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Bezieht sich die makroskopisch vollständige Resektion bei mehrzeitigen OP's auf die 1. tumorspezifische Operation oder auch auf die letzte tumorspezifische OP am Tumor?</p> <p>Antwort: Entscheidend ist die makroskopisch vollständige Resektion, unabhängig von der Anzahl der Operationen.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkologen durchgeführt wurde	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Die Operationen wurden durch einen Gynäkologen als Ausbildungsassistent durchgeführt. Der Hauptoperateur war kein Gynäkologe. Dürfen die OPs dennoch im Zähler abgebildet werden?</p> <p>Antwort: Ja.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
18	Keine adjuvante Therapie BOT	Zähler	Primärfälle Borderlinetumor Ovar (BOT) mit adjuvanter Therapie	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Für den Zähler zählen nur adjuvante Therapien, die mit der Indikation BOT eingeleitet wurden. Adjuvante Therapien bei BOT und simultanem Karzinom jeglicher Entität werden nicht gezählt.</p>
		Nenner	Primärfälle Borderlinetumor Ovar (BOT)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
22	Zytologisches/histologisches LK-staging	Zähler	„Gesamtfälle“ mit zytologischem/histologischem LK-staging	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Im Zähler können sowohl Pat. mit zytolog./histolog. LK-Staging im Rahmen der Diagnostik als auch Pat. mit therapeutischer LNE im Rahmen der operativen Therapie berücksichtigt werden.</p>
		Nenner	„Gesamtfälle“ mit Zervixkarzinom FIGO Stadium ≥ IA2-IVA	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	

23	Cisplatinhaltige Radiochemotherapie	Zähler	Primärfälle mit cisplatinhaltiger Radiochemotherapie	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Im Nenner sind nur Pat. zu berücksichtigen, die eine Radiochemotherapie erhalten haben. Im Zähler werden dann die Pat. mit CIS-PLATINhaltiger Chemotherapie gezählt.
		Nenner	Primärfälle mit Zervixkarzinom (ohne Hysterektomie, aber ggf. mit Staging) und primärer Radiochemotherapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
25	Histologische Sicherung	Zähler	„Nicht Primärfälle“ mit prätherapeutischer histologischer Sicherung	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Ist mit Lokalrezidiv einzig und allein das Primärtumor-Rezidiv gemeint oder dürfen lokoregionäre LK-Metastasen hier auch zählen? Antwort: Lokoregionäre LK-Metastasen zählen ebenfalls.
		Nenner	„Nicht Primärfälle“ mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidiv	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
26	Ausbreitungsdiagnostik beim Lokalrezidiv	Zähler	„Nicht Primärfälle“ mit bildgebender Diagnostik (CT-Thorax u. Abdomen u. Skalenus-Ultraschall) zum Ausschluss von Fernmetastasen	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Ist mit Lokalrezidiv einzig und allein das Primärtumor-Rezidiv gemeint oder dürfen lokoregionäre LK-Metastasen hier auch zählen? Antwort: Lokoregionäre LK-Metastasen zählen ebenfalls.
		Nenner	„Nicht Primärfälle“ mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	