

# F A Q ' s zum

# Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

**Sprecher der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. M.W. Beckmann, Prof. Dr. C. Dannecker

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: 11.09.2019

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

Erhebungsbogen Gyn. Krebszentren	Version G1	11.09.2019
Datenblatt Gyn. Krebszentren	Version G1.1	11.09.2019

## Übersicht der FAQ's

### Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.3	Gyn. Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden	27.08.2019
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall	14.07.2016
	1.2.6	Strahlentherapie – Pat. mit Zervixkarzinom und Radiochemotherapie – Vorstellung in einem Zentrum	12.10.2017
1.4 Psychoonkologie	1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation	24.10.2018
	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.1	2. Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie	12.10.2017
	5.2.6	Anzahl Operationen pro benanntem Operateur	15.05.2019
6.2 Organspezifische med. onkologische Therapie	6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit/-partner	12.10.2017
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.10	Erfassung Follow-up	14.07.2016

### Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle / Gesamtfälle	27.08.2019
Basisdaten	Sonstige Karzinome	27.08.2019
Basisdaten	Borderline Ovar	12.10.2017
9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	14.07.2016
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	25.07.2016
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkologen	14.07.2016
13	First-Line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	28.05.2019
15	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Zervixca.)	12.10.2017
17	Zytologisches/histologisches LK-Staging (Zervixca.)	14.07.2016
19	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Vulvaca.)	12.10.2017
20	Angaben in Befundbericht bei Lymphonodektomie (Vulvaca.)	27.08.2019
21	Durchführung inguinofemorales Staging	12.10.2017

## 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"> <li>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. <a href="http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm">http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm</a></li> <li>Kooperationen mit zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden <del>sollen angestrebt werden</del> müssen vorhanden sein und sind namentlich aufzuführen. Bei Nicht-Erfüllung gesonderte Begründung.</li> </ul>	<p><u>FAQ (27.08.2019):</u> Wie ist die Anforderung nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Sofern eine Kooperation nicht nachgewiesen werden kann, sind im Audit die Gründe darzulegen. Bei nachvollziehbarer Begründung (z.B. keine zertifizierte Dysplasie-Sprechstunde/-Einheit im Umkreis von &gt;45km vorhanden oder regional bedingte fehlende Inzidenz etc.) 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"> <li>Der Primärfall umfasst alle Aufenthalte und Therapien (Operationen, Radio(chemo)therapie) einer Patientin im Rahmen einer Erkrankung</li> <li>Rezidiv/Metastase einer Patientin ist ein neuer Fall, kein Primärfall</li> <li>Histologischer Befund, Arztbrief und ggf. Therapie-/ Operationsbericht sollte vorliegen</li> </ul> <p>Therapieplanung-/ durchführung über das Gynäkologische Krebszentrum. Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose bzw. der Zeitpunkt für das Rezidiv/Metastase</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> 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>
1.2.6	<p>Sofern eine Strahlentherapie mit mehreren Kliniken kooperiert, dann sollen alle Primärfallpatientinnen mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller bei ihr vorgestellten Patientinnen, in der eine Zentrums-Zuordnung erfolgt (Zentrum zertifiziert, Zertifizierung in Vorbereitung, kein Zentrum). Die Vorstellungsquote von 90% ist in allen kooperierenden Zentren se-</p>	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Wie ist die Anforderung auszulegen, dass alle Primärfallpatientinnen mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden sollen?</p> <p>Antwort: Patientinnen, die primär in der Radioonkologie gesehen werden, sollen systematisch in die Tumorkonferenz eingebracht werden. Um die lückenlose Vorstellung dieser Patientinnen und die</p>

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	parat zu erzielen. Diese Zuordnung der Patientinnen hat auch Relevanz für die Tumordokumentation.	Überprüfbarkeit im Audit zu erleichtern, wurde eine entsprechende Anforderung in den Erhebungsbogen aufgenommen (Kap. 1.2.6.). Ziel soll sein, dass die Patientinnen in einem zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrum vorgestellt werden.	

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.1	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen oder</li> <li>• Ärzte</li> </ul> <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung. Als Fortbildung anerkannt werden: Von PSO oder dapo durchgeführte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von &gt; 100 Unterrichtseinheiten. Der Nachweis ist über ein spezielles Ausbildungscurriculum zu erbringen.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p>	<p><u>FAQ (24.10.2018)</u> Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.</p>	
1.4.2	<p>Angebot und Zugang</p> <p>Jeder Patientin muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>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.</p> <p>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 <b>standardisiertes</b> 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"> <li>• Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum.</li> <li>• Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</li> </ul> <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> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Gemäß Kap. 5.2.1 des Erhebungsbogens sind 2 Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie im Stellenplan bezogen auf die Tätigkeit im Gynäkologischen Krebszentrum nachzuweisen. Wie ist die Vorgabe „gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum“ zu verstehen? Welcher Tätigkeitsumfang ist nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Diese Formulierung bedeutet, dass eine regelmäßige Tätigkeit beider Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum gegeben sein muss, die auch Vertretungsregelungen berücksichtigt (Richtwert: 0,5 VK/Facharzt mit Schwerpunkt für das Gyn.zentrum). Eine stundenweise Stellvertretung ist nicht ausreichend. Für eine positive Bewertung ist eine konkrete Darstellung der Tätigkeit des Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung (namentliche Benennung im Erhebungsbogen)</p>

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
		gen) erforderlich. Zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung ist die Einbindung des zweiten Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung über mindestens 3 Monate nachzuweisen.
5.2.6	<p>Definition der operativen Onkologie Stadiengerechte operative Behandlung einschließlich organübergreifender und rekonstruktiver Maßnahmen</p> <p>Anzahl operierter Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals und Borderline Tumore des Ovars (BOT)) pro Jahr: 40</p> <p>Anzahl Operationen pro benanntem Operateur: 20 Operationen pro Jahr, auch als Ausbildungsassistenz möglich</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Wie sind die OPs für die Operateure zu zählen?</p> <p>Antwort: Alle OPs, die für die Umsetzung der Kennzahl 7 (operierte Fälle mit Genitalmalignom) gerechnet werden, können 1 Operateur zugeordnet werden.</p> <p><u>FAQ (15.05.2019):</u> Wer kann als Operateur benannt werden?</p> <p>Antwort: Ein Facharzt für Gynäkologie mit Erfüllung der quantitativen Anforderungen (mind. 20 OPs/Jahr) und mind. in Weiterbildung zum Schwerpunktinhaber befindlich (Nachweis Expertise: Bescheinigung durch Zentrumsleiter).</p>

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.3	<p>Qualifikation Behandlungseinheit /-partner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mind. 50 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. bei Patientinnen mit gynäkologischen / senologischen Krebserkrankungen oder</li> <li>mind. 200 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. (bei unterschiedlichen Tumorarten)</li> <li>Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Patientin (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen)</li> <li>Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden</li> </ul>	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Können Patientinnen, die sowohl eine Chemo- als auch eine AK-Therapie erhalten, 2x für die Expertise der Behandlungseinheit gezählt werden?</p> <p>Antwort: Bei paralleler Gabe einer Chemo- und AK-Therapie kann die Patientin nicht 2x gezählt werden.</p>

**10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.10	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. [...]	<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.

**FAQ's - Datenblatt 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 und die Chemotherapie der Gynäkologen oder die Radiotherapie der Strahlentherapeuten?</p> <p>Antwort: Als Primärtherapie wird die Radio(chth) gezählt.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Müssen operierte Patientinnen mit Ovarialkarzinom ohne R0-Resektion in Spalte D „Nicht vollständige OP“ abgebildet werden?</p> <p>Antwort: Nein. Patientinnen mit definitiver OP und R1-Resektion sind in der Spalte E „Definitive OP = Staging OP“ abzubilden. In Spalte D „Nicht vollständige OP“ werden nur jene Patientinnen abgebildet, die sich während des operativen Eingriffs als inoperabel erweisen.</p> <p><u>FAQ (14.11.2017):</u> Können primäre Peritonealkarzinome (ICD-10 C48) als Primärfälle gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja.</p> <p><u>FAQ (02.07.2019):</u> Können Mesotheliome des Peritoneums für das Gyn. Krebszentrum gezählt werden?</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)	
			Nicht operierte Primärfälle	

				<p>Antwort: Ja. Mesotheliome des Peritoneums (mit: Histologieschlüssel: M9050/3, ICD-10-Code: C45.1, Lokalisationschlüssel: C48.1) zählen als Peritonealkarzinome.</p> <p><u>FAQ (27.08.2019):</u> Ist es ausreichend, wenn das Rezidiv eines Ovarialkarzinoms ausschließlich über einen wiederangestiegenen Tumormarker u. bildgebenden Verdacht auf ein Rezidiv gestellt wird oder ist immer auch eine histologische Sicherung erforderlich?</p> <p>Antwort: Beim Ovarialkarzinom sind Bildgebung und/oder Tumormarker ausreichend, es ist nicht obligat eine histologische Sicherung notwendig.</p> <p><u>FAQ (27.08.2019):</u> Können Patientinnen mit STIC (Seröses Tubares Intraepitheliales Carcinom, Synonym: Tubares Carcinoma in situ) für das Gyn. Krebszentrum gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, nicht-invasive Vorstufen können nicht zu den Fällen im Gyn. Krebszentrum gezählt werden.</p>
		Spalten J-K	Nicht Primärfälle	<p><u>FAQ (24.05.2016):</u> Können zu den Nicht Primärfällen auch Progresse gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, Progresse können nicht gezählt werden.</p>
----	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></p>



				<p>Was zählt zu den Nicht-Karzinomen Ovar?</p> <p>Antwort: Keimzelltumoren und Keimstrangstromatumoren.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Zählt ein Karzinosarkom des Ovars zu den Ovariakarzinomen oder zu den Sonstigen Tumoren?</p> <p>Antwort: Zu den Sonstigen Tumoren.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Zählt ein malignes Melanom der Vulva als Primärfall für das Gyn. Krebszentrum?</p> <p>Antwort: Nein, es kann nicht gezählt werden.</p> <p><u>FAQ (21.08.2018):</u> Zählt ein Basalzellkarzinom der Vulva zu den Vulvakarzinomen?</p> <p>Antwort: Ja, es zählt zu den Vulvakarzinomen. Nur bei Kennzahl 26 (inguinofemorales Staging) wird es gemäß der Kennzahldefinition nicht mitgezählt.</p> <p><u>FAQ (21.08.2018):</u> Zählen Dermoidzysten des Ovars (ICD-O-M 9084/0) als Primärfälle für das Gyn. Krebszentrum?</p> <p>Antwort Nein, diese können nicht gezählt werden.</p> <p><u>FAQ (27.08.2019):</u> Zählt der maligne Müllersche Misch tumor zu den sonstigen Karzinomen?</p> <p>Antwort: Ja.</p>
--	--	--	--	---

----	Basisdaten	Spalten A-C	Borderline Ovar	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Zählen zu den Borderlinetumoren des Ovars auch solche mit der Dignität „unsicheres Verhalten (ICD-10 D39.1)?</p> <p>Antwort: Ja, diese werden als BOT gezählt.</p>
9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Zähler	<p>Primärfälle des Nenners mit operativem Staging mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Laparotomie</li> <li>•Peritonealzytologie</li> <li>•Peritonealbiopsien</li> <li>•Adnexextirpation beidseits</li> <li>•Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen</li> <li>•Omentektomie mind. infrakolisch</li> <li>•Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie</li> </ul>	<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 Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion	<p><u>FAQ (25.07.2016):</u> Was bedeutet „makroskopisch vollständige Resektion“?</p> <p>Antwort: Das endgültige operative Ergebnis ist &lt; 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	≥ 30%	
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen	Zähler	Primärfälle des Nenners, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkologen durchgeführt wurde	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Die Operationen wurden durch einen Gynäkoonkologen als Ausbildungsassistentz durchgeführt. Der Hauptoperateur war kein Gynäkoonkologe. 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	
13	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit 6 Zyklen First-Line Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m2	<p><u>FAQ (30.11.2018):</u> Müssen die 6 Zyklen im Anschluss an die Operation gegeben werden?</p>

		Nenner	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	<p>Antwort: Ja. Ausgenommen sind Patientinnen, bei denen aufgrund einer Studienteilnahme ein anderes Schema zur Anwendung kommt (Chemotherapie prä- u postoperativ).</p> <p><u>FAQ (28.05.2019).</u> Kann alternativ ein Therapieschema mit Paclitaxel weekly angewandt werden?</p> <p>Antwort: Nach Rücksprache mit der AG QI Ovar stellt das Therapieschema mit Paclitaxel weekly keine Standardoption dar und soll Ausnahmefällen vorbehalten bleiben.</p>
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
15	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	<p>Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• histologischer Typ nach WHO</li> <li>• Grading</li> <li>• Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status)</li> <li>• Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status)</li> <li>• Staging (pTNM und FIGO) bei konisierten Patientinnen unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes</li> <li>• Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2</li> <li>• dreidimensionale Tumorgöße in cm (ab pT1b1)</li> <li>• minimaler Abstand zu den Resektionsrändern</li> </ul>	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Sind Patientinnen mit Konisation hier auch zu erfassen?</p> <p>Antwort: Nein. Diese Kennzahl umfasst Patientinnen nach operativer Tumorresektion.</p>
		Nenner	„Operative Primärfälle“ Zervixkarzinom und Tumorresektion	
		Sollvorgabe	≥ 80%	
17	Zytologisches/histologisches LK-staging	Zähler	Primärfälle des Nenners mit zytologischem/histologischem LK-staging	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Im Zähler können sowohl Primärfälle mit zytolog./histolog. LK-Staging im Rahmen der Diagnostik als auch Primärfälle mit therapeutischer Lymphknotenentfernung im Rahmen der</p>
		Nenner	Primärfälle Zervixkarzinom FIGO Stadium ≥ IA2-IVA	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	

				operativen Therapie berücksichtigt werden.  <u>FAQ (12.10.2017):</u> Kann ein rein bildgebendes LK-Staging für die Kennzahl gezählt werden?  Antwort: Nein, ein solches zählt nicht für die Kennzahl.
19	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: •histologischer Typ nach WHO, •Grading, •Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V- Status), •Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status), •Staging (pTNM), •Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a, dreidimensionale Tumorgroße in cm (ab pT1b), •metrische Angabe des minimalen Abstandes des Karzinoms und der VIN zum vulvären Resektionsrand im histologischen Präparat; •bei erfolgter Resektion des vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen Überganges und ggf. der Urethra metrische Angabe des minimalen Abstandes zum vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen, ggf. urethralen Resektionsrand; •metrische Angabe des minimalen Abstandes zum Weichgewebsresektionsrand (basaler Rand)	<u>FAQ (12.10.2017):</u> Muss das pTNM (Staging) vollständig sein?  Antwort: In der Kennzahl geht es um den Inhalt des pathologischen Befundberichtes. Wenn keine Lymphknotenentfernung gemacht wurde, kann kein pN angegeben werden. cN kann kein Ersatz sein, weil dieses nicht durch den Pathologen bestimmt wurde.  <u>FAQ (12.10.2017):</u> Wird hier jeweils vom invasiven Karzinom und der VIN ein getrennter Resektionsrand erwartet?  Antwort: Ja, getrennte Angabe des Resektionsrandes von inv. Karzinom und VIN.  <u>FAQ (12.10.2017):</u> Sind zur VIN III-Läsionen zu berücksichtigen oder fließen auch VIN I und VIN II ein?
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Tumorresektion	Antwort: Die Leitlinie schreibt ausschließlich VIN, somit sind VIN I-III gemeint.
		Sollvorgabe	≥ 80%	
20	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe zu: • Zahl der befallenen Lymphknoten im Verhältnis zur Zahl der entfernten Lymphknoten in Zuordnung zur Entnahmelokalisation (inguinal/pelvin)	<u>FAQ (27.08.2019):</u> Werden Patientinnen mit ausschließlicher Sentinel-Lymphonodektomie (ohne konventionelle LNE) hier berücksichtigt?  Antwort: Nein.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der Lymphknotenmetastase u/o Nachweises von Lymphgefäßeinbrüchen im perinodalen Fettgewebe und/oder der Lymphknotenkapsel (<math>\geq pN2c</math>)</li> <li>• Größte Ausdehnung der Metastasen (über pN-Angabe)</li> </ul>	
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Lymphonodektomie	
		Sollvorgabe	$\geq 80\%$	
21	Durchführung inguinofemorales Staging	Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging (systematische Lymphonodektomie und Sentinel Verfahren) der inguinofemorale Lymphknoten	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Welche Operationschlüssel sind für diese Kennzahl zu dokumentieren?</p> <p>Antwort: Es geht um das Lymphknoten-Staging, das i.d.R. mit einer eigenen OPS kodiert wird. Es gibt mehrere OPS, die dafür in Frage kommen, abhängig von der durchgeführten OP. Zuständig für die Eingabe dieser OPS sind die Operateure, ggf. in Absprache mit dem Controlling.</p>
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom $\geq pT1b$ (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	
		Sollvorgabe	$\geq 90\%$	