

Reg.-Nr.  (Muster Zertifikat)

Zentrum

Standort

Ansprechpartner  Erstelldatum

Datum Erstzertifizierung

Kennzahlenjahr

Bundesland / Land	Zusammenarbeit mit KFRG-Krebsregister <input type="text"/>
Tumordokumentationssystem	XML-OncoBox <input type="text"/>
	Noch nicht vorhanden

Bei den „rot“ gekennzeichneten Angaben handelt es sich um Neuerungen im Auditjahr 2022 (Änderungen gegenüber Auditjahr 2021).

Gesamtfallzahl Def. gemäß EB 1.2.1; automatischer Übertrag "Anzahl / Nenner" in den Kennzahlenbogen	Primärfälle (Def. EB 1.2.1)						Nicht Primärfälle		Gesamtfallzahl (Def. EB 1.2.1)		
	operiert <sup>2)</sup>						nicht operiert	operiert	nicht operiert	operiert (Def. EB 5.2.6)	nicht operiert
	Nicht vollständige OP ** (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC)	Definitive OP = Staging OP *** (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC)	davon mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie (Ovar/Tuben/Peritoneal)	Ausschließlich Staging OP / Nicht vollständige OP (Zervix, Endometrium, Vulva, Vagina, Sonstige)	Definitive OP (ggf. inkl. Staging-OP) (Zervix, Endometrium, Vulva, Vagina, Sonstige)						
Ovarialkarzinom/ Tuben-Ca/ Peritoneal-Ca <sup>1)</sup>	FIGO IA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nicht auszufüllen							
	FIGO IB	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	FIGO IC	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	FIGO IIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	FIGO IIB	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	FIGO IIIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	FIGO IIIB	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	FIGO IIIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	FIGO IV	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Gesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Borderline Ovar / Seröses Tubares Intraepitheliales Carcinom (STIC)											
Zervixkarzinom *	FIGO IA1 (= T1a1)	nicht auszufüllen						<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	FIGO IA2 (= T1a2)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IB1 (= T1b1)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IB2 (= T1b2)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IIA (= T2a)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IIB (= T2b)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IIIA (= T3a)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IIIB (= T3b)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IVA (= T4)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	FIGO IVB (= M1)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Gesamt		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Endometriumkarzinom											
Vulvakarzinom											
Vaginalkarzinom											
Sonstige (u.a., Sarkome, Nicht-Karzinome Ovar, Chorionkarzinome etc.)											
							<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2021~~0~~ (DIMDI) sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (DIMDI) (Morphologie) 2019 und die OPS-Klassifikation OPS 2021~~0~~ (DIMDI) dar.

\* Hinweis Zervixkarzinom: Die Klassifikation der Zervixkarzinome erfolgt auf Basis der FIGO-Klassifikation VOR 2018, die mit der 8. Auflage des TNM abgestimmt ist. Es erfolgt keine Berücksichtigung der FIGO-Klassifikation 2018.

\*\* Nicht vollständige OP bei inoperablen Pat.

\*\*\* Entsprechend Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“

#### **Bearbeitungshinweise:**

1) Tuben- und Peritonealkarzinome sind dem Ovarialkarzinom zuzuordnen (gemäß S3-Leitlinie identische Therapie). Die QI für das Ovarialkarzinom umfassen dementsprechend alle 3 Tumorentitäten.

2) Pro Pat. kann entweder 1 definitive OP oder 1 „Nicht-vollständige“ bzw. „ausschließlich Staging-OP“ gezählt werden.

Die Felder stehen teilweise in Abhängigkeit voneinander, daher sollte jede Zeile vollständig von links nach rechts und fortlaufend von oben nach unten bearbeitet werden. Graue Felder müssen bearbeitet werden. Die Bearbeitung des Datenblattes sollte mit Microsoft Office 2010 oder einer der Folgeversionen erfolgen. Microsoft Office 2007 ist mit Einschränkungen nutzbar (u.a. werden Info-Buttons nicht angezeigt). Vorversionen von Microsoft Office 2007 sind für die Bearbeitung des Datenblattes nicht geeignet. Alle Zahlen und Texte müssen manuell eingegeben werden (nicht über copy-/paste-Funktion; Ausnahme sind Daten, die von der OncoBox eingelesen werden). Jede Änderung an den Basisdaten zieht eine Änderung des Kennzahlenbogens nach sich. In dem Dokument „Bestimmungen Datenqualität“ sind die wesentlichen Grundlagen für die Datenbewertung im Rahmen des Auditprozesses festgelegt. Insbesondere ist der Umgang mit Kennzahlen mit unterschrittener Sollvorgabe beschrieben (Download unter [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de); Abschnitt Hinweise).

## Kennzahlenbogen Gynäkologie

Zentrum

Reg.-Nr.  Erstellungsdatum

Bei den „rot“ gekennzeichneten Angaben handelt es sich um Neuerungen im Auditjahr 2022 (Änderungen gegenüber Auditjahr 2021).  
 Die für das Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021 optionalen Kennzahlen sind im Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022 verbindlich abzubilden.

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität
									Zähler	Nenner	
1	1.2.3	Vorstellung Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung der Pat. mit Genitalmalignom in der Tumorkonferenz	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
								Nenner	0		
								%	n.d.		
2		Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch ≥ 25 Min.)	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	< 15%	Derzeit keine Vorgaben	>95%	Zähler		Unvollständig
								Nenner	0		
								%	n.d.		
3		Beratung Sozialdienst	Adäquate Rate an Beratung durch Sozialdienst	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär durch den Sozialdienst beraten wurden	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	<30% <50%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
								Nenner	0		
								%	n.d.		

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Daten- qualität
4	1.7.5	Anteil Studienpat.	Einschleusung von möglichst vielen Pat. in Studien	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	Primärfälle (= Kennzahl 6a)		≥ 5%	> 65%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
5	1.2.1	<u>Gesamtfallzahl</u>	Siehe Sollvorgabe	<b>Gesamtfallzahl</b>	----		≥ 75		Anzahl	0	Unvollständig
6a	1.2.1	<u>Primärfälle</u>	Siehe Sollvorgabe	<b>Primärfälle</b>	----		≥ 50		Anzahl	0	Unvollständig
6b	1.2.1	<u>Nicht Primärfälle</u>	----	<b>Nicht Primärfälle</b>	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	0	Unvollständig

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität
7	5.2.6	<b>Operative</b> Fälle	Siehe Sollvorgabe	<b>Operative</b> Fälle	-----		≥ 40		Anzahl	0	Unvollständig
8	LL Ovar QI	Angebot zur genetischen Testung	Möglichst häufig Angebot zur genetischen Testung	Primärfälle des Nenners mit Angebot genetische Testung	Primärfälle Ovarialkarzinom		Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
								Nenner	0		
								%	n.d.		
9	LL Ovar QI	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Möglichst vollständiges operatives Staging	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging mit: •Laparotomie •Peritonealzytologie •Peritonealbiopsien •Adnexektomie beidseits •Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen •Omentektomie mind. infrakolisch •Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	< 20%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
								Nenner	0		
								%	n.d.		
10	LL Ovar QI	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion	Primärfälle des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV		≥ 30%	> 90%	Zähler		Unvollständig
								Nenner	0		
								%	n.d.		

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität
11	LL Ovar QI	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen	Möglichst häufig operative Therapie durch Gynäkoonkologen (Facharzt/ Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie = Gynäkologischer Onkologe/ Gynäkologische Onkologin)	Primärfälle des Nenners, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkologen durchgeführt wurde	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie	<50%	Derzeit keine Vergaben ≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
12	LL Ovar QI	Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig postoperative Chemotherapie bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom und Chemotherapie	Primärfälle des Nenners mit postoperativer Chemotherapie	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIAB - IV und Chemotherapie	<30%	Derzeit keine Vergaben ≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
13	LL Ovar QI	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig 6-Zyklen First-Line Chemotherapie mit Carboplatin AUC-5 u. Paclitaxel 175mg/m2 bei Erstdiagnose Ovarialkarzinom ≥ FIGO IIAB	Primärfälle des Nenners mit 6-Zyklen-First-Line Chemotherapie mit Carboplatin AUC-5 u. Paclitaxel 175mg/m2	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIAB - IV	< 20%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
14	LL Zervix QI	Vorstellung in Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung der Patientinnen in Tumorkonferenz	Patientinnen des Nenners mit Vorstellung in der Tumorkonferenz	Primärfälle + Nicht-Primärfälle Zervixkarzinom		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität
45 14	LL Zervix QI	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Tumorresektion	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: <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 Pat. unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes</li> <li>• Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2</li> <li>• dreidimensionale Tumorgroße in cm (ab pT1b1)</li> <li>• minimaler Abstand zu den Resektionsrändern</li> </ul>	Operative Primärfälle Zervixkarzinom und Tumorresektion		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
46 15	LL Zervix QI	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Operative Fälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahl befallener LK im Verhältnis zu entfernten LK</li> <li>• Zuordnung zur Entnahmelokalisation (pelvin/paraaortal)</li> <li>• Angabe der größten Ausdehnung der größten LK-metastase in mm/cm</li> <li>• Angabe des Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der LK-metastase.</li> </ul>	Operative Fälle Zervixkarzinom und Lymphonodektomie		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
47 16	LL Zervix QI	Zytologisches/histologisches LK-staging	Möglichst häufig zytologisches/histologisches LK-Staging	Primärfälle des Nenners mit zytologischem/histologischem LK-staging	Primärfälle Zervixkarzinom FIGO Stadium ≥ IA2-IVA	< 0,01%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 60%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität
18 17		Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie	Möglichst häufig Brachytherapie als Bestandteil der primären Radio(chemo)therapie	Primärfälle des Nenners, bei denen eine Brachytherapie als Bestandteil der primärer Radio(chemo)therapie durchgeführt wurde	Primärfälle mit Zervixkarzinom und primärer Radio(chemo)therapie, ohne prim. Fernmetastasen	<75%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
18 NEU Angabe optional	LL Zervix QI	Histologische Sicherung Lokalrezidiv	Möglichst häufig histologische Sicherung bei Pat. mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms	Pat. des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Sicherung	Pat. mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidivs	< 50%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		optional - Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
19	LL Vulva QI	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Resektion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>•histologischer Typ nach WHO,</li> <li>•Grading,</li> <li>•Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V- Status),</li> <li>•Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status),</li> <li>•Staging (pTNM),</li> <li>•Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a, dreidimensionale Tumorgroße in cm (ab pT1b),</li> <li>•metrische Angabe des minimalen Abstandes des Karzinoms und der VIN zum vulvären Resektionsrand im histologischen Präparat;</li> <li>•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;</li> <li>•metrische Angabe des minimalen Abstandes zum Weichgewebsresektionsrand (basaler Rand)</li> </ul> </li> </ul>	Primärfälle Vulvakarzinom mit Tumorresektion		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	



KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Daten- qualität
20	LL Vulva QI	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	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) • Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der Lymphknotenmetastase u/o Nachweises von Lymphgefäßeinbrüchen im perinodalen Fettgewebe und/oder der Lymphknotenkapsel (≥pN2c) • Größte Ausdehnung der Metastasen (über pN-Angabe)	Primärfälle Vulvakarzinom mit Lymphonodektomie		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
21	LL Vulva QI	Durchführung inguinofemorales Staging	Möglichst häufig inguinofemorales Staging bei Vulvakarzinom ≥ pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging (systematische Lymphonodektomie und/oder Sentinel Verfahren) der inguinofemorales Lymphknoten	Primärfälle Vulvakarzinom ≥ pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)		≥ 90%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
22	LL Vulva QI	Sentinel Lymphknoten Biopsie	Möglichst häufig Vorhandensein der beschriebenen Merkmale bei durchgeführter Sentinel-OP	Primärfälle des Nenners mit folgenden Merkmalen: • Klinische Tumorgröße < 4 cm u. • Unifokaler Tumor (= keine multiplen Tm; TNM m-Symbol) u. • Klinisch unauffällige Lymphknoten (cN0) u. • Pathohistologisches Ultrastaging der Lymphknoten (= entsprechend LL), nur wenn in der HE-Färbung alle Sentinel-Lymphknoten tumorfrei sind	Primärfälle Vulvakarzinom und Sentinel-Lymphknotenbiopsie		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität
23	LL Endometrium QI	Systematische Lymphadenektomie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine systematische Lymphadenektomie (LNE) bei Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a, G1/2, cN0	Primärfälle des Nenners mit systematischer LNE	Primärfälle Typ-I-Endometriumkarzinom (ICD-0: 8380/3, 8570/3, 8263/3, 8382/3, 8480/3) pT1a, G1/2, cN0		≤ 5%		Zähler		Unvollständig
								Nenner			
								%	n.d.		
24	LL Endometrium QI	Adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a/b G1 cN0/pN0 o. pT1a/b G2 cN0/pN0	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	Primärfälle Typ-I-Endometriumkarzinom (ICD-0: 8380/3, 8570/3, 8263/3, 8382/3, 8480/3) pT1a/b G1 cN0/pN0 o. pT1a/b G2 cN0/pN0		≤ 5%		Zähler		Unvollständig
								Nenner			
								%	n.d.		
25a NEU Angabe optional	LL Sarkom QI	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (im Zentrum)	Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcellement (im Zentrum)	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	Im Zentrum operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie		Derzeit keine Vorgaben	> 0,01%	Zähler		optional - Unvollständig
								Nenner			
								%	n.d.		

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität
25b NEU Angabe optional	LL Sarkom Qi	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom <b>(außerhalb des Zentrums)</b>	Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcellement <b>(außerhalb des Zentrums)</b>	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	Außerhalb des Zentrums operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie		Derzeit keine Vorgaben	> 0,01%	Zähler Nenner %	optional - Unvollständig  n.d.

### Datenqualität Kennzahlen

In Ordnung	Plausibel	0,00% (0)	0,00% (0)	Bearbeitungsqualität 0,00% (0)
	Plausibilität unklar	0,00% (0)		
Sollvorgabe nicht erfüllt			0,00% (0)	
Fehlerhaft	Inkorrekt	0,00% (0)	100,00% (24)	
	Unvollständig	100,00% (24)		

### Bearbeitungshinweise:

Die jeweilige Eingabe oder Änderung "Anzahl / Zähler / Nenner" (gepunktete Felder) ist nur im Tabellenblatt "Basisdaten" möglich, die Übertragung erfolgt automatisch. Der Zähler ist immer eine Teilmenge des Nenners (Ausnahme: Kennzahl 4 - Anteil Studienpat.).

#### 1) Plausibilität unklar

Der angegebene Kennzahlenwert stellt im Vergleich zu anderen Zentren einen außergewöhnlichen Wert dar. Die Einstufung „Plausibilität unklar“ bedeutet nicht automatisch eine negative Bewertung. Der Kennzahlenwert ist aufgrund seiner Außergewöhnlichkeit auf Korrektheit zu überprüfen. Im Einzelfall kann ein positiver Kennzahlenwert bei einer detaillierten Betrachtung auch eine negative Versorgungssituation darstellen (z.B. Überversorgung). Das Ergebnis dieser Überprüfung ist durch das Zentrum im Kennzahlenbogen in der Spalte „Begründung /Ursache“ näher zu erläutern. Ggf. sollten entsprechend dem Vorgehen „Sollvorgabe nicht erfüllt“ zum Zwecke der Verbesserung gezielte Aktionen definiert und durchgeführt werden.

#### 2) Sollvorgabe nicht erfüllt

Die betroffenen Kennzahlen sind zu analysieren. Das Ergebnis ist im Feld "Begründung/ Ursache" zu dokumentieren. Ergeben sich aus der Ursachenanalyse konkrete Aktionen zur Verbesserung des Kennzahlenwertes, sind diese in Spalte "Eingeleitete/geplante Aktionen" zu beschreiben.

#### 3) Unvollständig

Sofern Kennzahlen den Status „unvollständig“ haben, sind diese entweder nachzuliefern oder es ist eine eindeutige Aussage über die Möglichkeit der zukünftigen Darlegung zu treffen („unvollständige Kennzahlen“ stellen grundsätzlich eine potentielle Abweichung dar).

### Anmerkung:

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.

Zentrum

Reg.-Nr.  Erstelldatum

**Datenqualität Matrix**

In Ordnung	Plausibilität unklar 0	Sollvorgabe nicht erfüllt 0	Inkorrekt 0	Unvollständige Jahre 0
------------	---------------------------	--------------------------------	----------------	---------------------------

Bei den „rot“ gekennzeichneten Angaben handelt es sich um Neuerungen im Auditjahr 2022 (Änderungen geg

A	B	Angaben Primärdiagnose <sup>1)</sup>										Follow-Up-Meldungen										Auswertungen										
		C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	O	P	Q	R	S	U	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AE	AF	AG				
		FIGO IA (= T1a1)		FIGO IB (= T1a2)		FIGO II (= T1b1)		FIGO IB2 (= T1b2)		FIGO IIA (= T2a)		FIGO IIB (= T2b)		FIGO IIIA (= T3a)		FIGO IIIB (= T3b)		FIGO IVA (= T4)		FIGO IVB (= M1)												Optional <sup>6)</sup>
Relevante Nachsorgejahre	Jahr der Erstdiagnose	Anzahl Primärpat. (Zervix)	FIGO IA1 (= T1a1)	FIGO IA2 (= T1a2)	FIGO IB1 (= T1b1)	FIGO IB2 (= T1b2)	FIGO IIA (= T2a)	FIGO IIB (= T2b)	FIGO IIIA (= T3a)	FIGO IIIB (= T3b)	FIGO IVA (= T4)	FIGO IVB (= M1)	Pat. „im Follow-Up“ (aus Grundgesamtheit Primpat.) <sup>2)</sup>	Follow-Up-Daten vom Klinischen Krebsregister <sup>3), 4), 5)</sup>	Follow-Up-Daten vom Zentrum <sup>4)</sup>	Keine Rückmeldung	Follow-Up Quote in % = (P + Q) / O	Pat. tumorfrei	Pat. mit mindestens 1 der Ereignisse in Spalte X, Y und Z	Pat. mit Lokalrezidiv	Pat. mit Lymphknotenrezidiv	Pat. mit Fernmetastasen	Diagnose Zweitumor im Verlauf <sup>8)</sup>	Tumorbedingt gestorben	Nicht tumorbedingt gestorben bzw. Todesursache unbekannt	Lokalrezidiv-Quote = X / (P + Q)	DFS nach Kaplan-Meier (Disease Free Survival) in %	OAS nach Kaplan-Meier (Overall Survival) in %				
nicht relevant	2015	0																														
nicht relevant	2016	0																														
nicht relevant	2017	0																														
nicht relevant	2018	0																														
nicht relevant	2019	0																														
nicht relevant	2020 <sup>7)</sup>	0																														
nicht relevant	2021 <sup>7)</sup>	0																														

Ø Follow-Up Quote der Jahre 2017-2019

- 1) Bei (y)pT ist die Pat. nach dem klinischen Befund zu kodieren.
  - 2) Pat., die in dieser Darstellung des Follow-Up nicht berücksichtigt werden dürfen: primär FIGO IV diagnostizierte Pat., Pat. mit vorausgegangenem Tumor (alle Entitäten) und posttherapeutisch nicht tumorfreie Pat.
  - 3) Die Daten müssen beim Audit pat.bezogen rückverfolgbar sein.
  - 4) In der Regel werden die Follow-Up-Daten entweder extern (Krebsregister) oder durch das Zentrum eingeholt. Eine Kombination ist jedoch möglich (keine doppelte Zuordnung!).
  - 5) Krebsregister können in der Regel keine Follow-Up-Daten zu Pat. außerhalb des Einzugsgebietes einholen.
  - 6) DFS und OAS sind nicht direkt aus dieser Matrix abzuleiten und können deshalb nach eigener Berechnung hier manuell eingetragen werden.
  - 7) Ausgelöst durch die Follow-Up-Strukturen der Krebsregister (Latenzzeit Vollzähligkeit der Registrierung von Zielereignissen) ist es für die letzten beiden Kalenderjahre ausreichend, die aufgeschlüsselten Primärfälle (Spalte D-M) anzugeben.
- <sup>9)</sup> Basaliome (= Basalzellneoplasien, C44, ICD-O3 809-811 Histologie) werden nicht als Zweittumor gezählt.

#### Bearbeitungshinweise:

Für Gynäkologische Krebszentren ist die Matrix Ergebnisqualität obligat zu bearbeiten.

Für die Bewertung der Matrix gelten folgende Regelungen:

- a) Alle Pat. ab dem Folgejahr der EZ sind im Follow-Up zu berücksichtigen; alle relevanten Nachsorgejahre sind zu bearbeiten, abhängig vom Datum der Erstzertifizierung.
- b) Nachsorgejahr "relevant" (Spalte A) => Sämtliche „hellgrau“ hinterlegte Felder sollten vollständig bearbeitet werden; dies gilt auch für Nullwerte (=0).
- c) Ausnahmen sind die optional anzugebenden Felder OAS und DFS (Spalten AF und AG). Dezimaltrennzeichen ist das Komma (nicht der Punkt). Rundung erfolgt auf zwei Nachkommastellen .
- d) Bei den „hellrot“ hinterlegten Feldern liegt eine Falscheingabe vor, diese ist zu korrigieren.
- e) Zahlen müssen manuell eingegeben werden, diese dürfen nicht kopiert werden.
- f) „Hellgrün“ hinterlegte Felder weisen auf Unplausibilitäten hin. Diese Werte sind zu analysieren und das Ergebnis ist auf dem Folgeblatt „Datendefizite\_Matrix“ darzulegen.

#### Anmerkungen:

In dieser Excel-Vorlage sind die nachfolgend skizzierten Plausibilitätsabfragen hinterlegt.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

Von Seiten des Fachexperten können weitere Unplausibilitäten bzw. Inkorrektheiten identifiziert und im Rahmen des Auditergebnisses dargestellt werden.

#### Tabelle Plausibilitätsabfragen:

Spalte / Zelle	Bedingung Wert	Datenqualität	Erläuterung
Matrix	nicht relevant		Zellen müssen nicht ausgefüllt werden
Matrix	relevant		Nicht ausgefüllte Zellen von relevanten Nachsorgejahren
A	leere Zellen	Unvollständige Jahre	Alle relevanten Nachsorgejahre sind zu bearbeiten, abhängig vom Datum der Erstzertifizierung
O	Spalte C - L - M	Inkorrekt	Werte Spalte O "Pat. im Follow-Up" müssen kleiner gleich sein als Spalte L und M subtrahiert von Spalte C; siehe Fußnote 2
U	U < 0	Inkorrekt	Werte Spalte U "Pat. tumorfrei" dürfen keine negativen Werte annehmen
X, Y, Z	W < Max (X bis Z)	Inkorrekt	Die einzelnen Werte in den Spalten X, Y, und Z dürfen den Wert in Spalte W nicht übersteigen
S31	S31 < 80%	Sollvorgabe nicht erfüllt	Follow-Up Quote der Jahre 2017-2019
S25 - S27	S < 70%	Plausibilität unklar	Geringe Follow-Up Quote der Nachsorgejahre
S31	S31 > 95%	Plausibilität unklar	Follow-Up Quote der Jahre 2017-2019 (positive Unplausibilität)
AF	----	----	Für OAS und DFS sind keine Plausibilitätsabfragen hinterlegt, dies liegt daran, dass die einzelnen Kollektive der Kohortenjahre in der Regel zu wenige Pat. umfassen
AG	----	----	