

# Erhebungsbogen Senologische Praxen und Gynäkologisch-Onkologische Praxen

## Anlage zum Erhebungsbogen für Brustkrebszentren und/oder Gynäkologische Krebszentren

In den Erhebungsbögen für Brustkrebszentren u./o. Gynäkologische Krebszentren sind die fachlichen Anforderungen zusammengefasst, die die Basis für Zertifizierungen von Brustkrebszentren u./o. Gynäkologische Krebszentren darstellen. Die vorliegende Anlage zum Erhebungsbogen ist von jeder als Kooperationspartner registrierten Senologischen u./o. Gynäkologisch-Onkologischen Praxis (Registrierung gemäß OnkoZert-Stammblatt) vollständig zu bearbeiten und im Vorfeld der jährlichen Audits zu aktualisieren.

Dieses Dokument stellt auch gleichzeitig die gemäß Erhebungsbogen geforderte Vereinbarung zwischen den Kooperationspartnern eines Brustkrebszentrums u./o. Gynäkologischen Krebszentrums dar. Weitergehende Vereinbarungen sind daher nicht erforderlich.

Brustkrebszentrum /  
Gynäkologisches Krebszentrum \_\_\_\_\_

Leitung des Zentrums \_\_\_\_\_

Praxis \_\_\_\_\_

Vertreter Praxis \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_

### Erstellung /Aktualisierung

Erstelldatum  Letzte Aktualisierung

### QM-Systemzertifizierung

QM-Standard  ISO 9001  KTQ  QEP

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 06.10.2021 wurde gegenüber der Vorversion vom 15.08.2011 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2022 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

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.

**A Ärztliche Expertise**

Name, Vorname	Qualifikation (Facharzt für ...)	Weiterbildungen (Schwerpunktbezeichnung etc.)	Tätigkeit in Praxis seit

**B Anforderungen**

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis	
B.1	<p><b>Qualitätsmanagement</b>  Ein zertifiziertes QM-System sollte vorhanden sein bzw. eingeführt werden.  Norm und Zertifizierungsinstitut sind zu nennen.  Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 15.08.2011</p>		
B.2	<p><b>Fachärzte</b></p> <p><b>Gynäkologisch-Onkologische Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Fachärzte (FÄ) mit gynäkologischen Tätigkeitsschwerpunkt in kooperativer Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum</li> <li>• FA/FÄ sind namentlich zu benennen.</li> </ul> <p><b>Senologische Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl FÄ mit senologischen Tätigkeitsschwerpunkt in kooperativer Tätigkeit für das Brustkrebszentrum</li> <li>• FA/FÄ sind namentlich zu benennen.</li> </ul>		
B.3	<p><b>Anzahl Pat.</b></p> <p><b>Gynäkologisch-Onkologische Praxis</b>  Mind. 15 Pat. mit invasiven Neoplasien d. Genitals inkl. Borderlinetumore und seröse tubare intraepitheliale Carcinome (STIC)/Jahr (primär u./o. palliativ) mit Diagnostik, Therapie u./ o. Nachsorge (entsprechend den Nachsorgeempfehlungen bis 5 J. nach Erstdiagnose)</p> <p>Kennzahl: Anzahl Pat. mit invasiven Neoplasien d. Genitals inkl. BOT und STIC  Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 15.08.2011</p> <p><b>Senologische Praxis</b>  Mind. 30 Pat. mit Mammakarzinom/Jahr (primär u./o. palliativ) mit Diagnostik, Therapie u./ o. Nachsorge (entsprechend den Nachsorgeempfehlungen bis 10 J. nach Erstdiagnose)</p> <p>Kennzahl: Anzahl Pat. mit Mammakarzinom</p>	<b>Angabe unter C. Kennzahlenbogen</b>	

**B Anforderungen**

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis	
	<p>Wenn intravenöse medikamentöse Therapie in der Praxis durchgeführt wird, sind die Anforderungen der entsprechenden Kapitel in dem Erhebungsbogen für Brustkrebszentren u./o. Gynäkologische Krebszentren zu erfüllen</p>		
B.4	<p><b>Fort-/ Weiterbildung</b> Der unter B.2 genannte FA muss eine kontinuierliche Fortbildung in Bezug auf die gynäkologisch-onkologische und senologische Diagnostik u. Therapie nachweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. zwei Fortbildungen mit gynäkologischem bzw. senologischem Schwerpunkt pro Jahr</li> <li>• anerkannt werden u.a. zertifizierte Fortbildungen der DKG, AGO, DGS und DGGG</li> </ul>		
B.5	<p><b>Diagnostik</b> Folgende Möglichkeiten müssen gegeben sein:</p> <p><b>Gynäkologisch-Onkologische Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolposkopie, PAP-Abstrich entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA (Stand 11/2008)</li> <li>• Abdominal- und Vaginalsonographie</li> </ul> <p>Anforderung Durchführung Sonographie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparative Ausstattung Schallkopf: Abdominal: Linear-Array u./o. Curved-Array mit Radius <math>\geq 2\text{cm}</math> u. <math>\geq 3\text{ MHz}</math> Vaginalsonde: <math>\geq 5\text{ MHz}</math> oder Erfüllen der Anforderungen der KV-Ultraschallvereinbarung vom 23.06.09</li> <li>• Ultraschallgeräte entsprechen der DIN EN 61157 (Nachweis beilegen)</li> </ul> <p><b>Senologische Praxis</b> Möglichkeit der Mammasonographie sollte gegeben sein. Anforderung Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis des Mammasonographie Grund-, Aufbau- und Abschlußkurs plus 200 B-Modus-Sonographien der Mamma mit Befunddokumentation oder Erfüllen der Anforderungen der KV-Ultraschallvereinbarung vom 23.06.09</li> <li>• standardisierte Befunddokumentation laut S3-Leitlinie (z.B. Verwendung der US BI RADS Klassifikation),</li> <li>• für die Brustdiagnostik sind ausschließlich Ultraschallgeräte mit einer Frequenz von <math>\geq 7,5\text{ MHz}</math> einzusetzen,</li> <li>• Ultraschallgeräte entsprechen der DIN EN 61157.</li> </ul>		

**B Anforderungen**

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis	
B.6	<p><b>Wartezeiten bei Karzinomverdacht</b> Termin zur Sprechstunde &lt; 2 Wochen Vorstellung Brustkrebszentrum bzw. Gynäkologisches Krebszentrum &lt; 2 Wochen</p> <p>Insgesamt darf der Zeitraum zwischen Karzinomverdacht und Abklärung mit Therapieempfehlung nicht länger als 4 Wochen betragen. Die Wartezeiten auf einen Termin sind jährlich stichprobenartig (Mindestumfang 4 Wochen) zu erheben.</p>		
B.7	<p><b>Tumorkonferenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der unter B.2 benannte Facharzt muss mind. einmal im Quartal an der interdisziplinären Tumorkonferenz des Brustkrebszentrums bzw. Gynäkologischen Krebszentrums teilnehmen. Nachweis durch Unterschrift auf Teilnehmerliste.</li> </ul> <p><u>Kennzahl:</u> Teilnahme Tumorkonferenz Brustkrebszentrum u./o. Gynäkologisches Krebszentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mind. 1 Pat. der Senologischen bzw. Gynäkologischen Praxis ist pro Quartal (<math>\geq 4</math> Pat./Jahr) in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen (hier ist auch die Vorstellung von Pat. mit Komplikationen nach Primärtherapie oder Beschwerden in Rahmen der Nachsorge möglich)</li> </ul> <p><u>Kennzahl:</u> Vorstellung Tumorkonferenz Brustkrebszentrum u./o. Gynäkologisches Krebszentrum</p>		
B.8	<p><b>Therapieplan</b> (= Ergebnis interdisziplinäre Tumorkonferenz) Die Behandlung der Pat. hat gemäß dem vom Brustkrebszentrum bzw. Gynäkologischen Krebszentrum erstellten interdisziplinären Therapieplan zu erfolgen. Abweichungen von Seiten der Praxis sind mit Begründung schriftlich an das Zentrum zu melden und ggf. in der interdisziplinären Tumorkonferenz zur Diskussion zu stellen.</p>		
B.9	<p><b>Studienteilnahme</b> Pat. der Praxis sollten in klinische Studien eingebracht sein bzw. mit betreut werden. (Anforderung Studie: siehe EB BZ bzw. GZ). Das Zentrum soll beim Screening/Rekrutierung geeigneter Pat. unterstützt werden.</p> <p><u>Kennzahl:</u> Dokumentation Studienteilnahme Brustkrebszentrum u./o. Gynäkologisches Krebszentrum</p>		

**B Anforderungen**

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis	
B.10	<p><b>Tumordokumentation/ Nachsorge</b> Die Nachsorge der Pat. der Praxis ist entsprechend den Leitlinien durchzuführen.</p> <p>Für das Zentrum sind jährlich die aktuellen Daten über Life-Status und Rezidivsituation der Pat. des Zentrums in Nachsorge bereitzustellen. Das Verfahren hierzu ist zu beschreiben.</p> <p><u>Kennzahl:</u> Meldung Nachsorgedaten Brustkrebszentrum u./o. Gynäkologisches Krebszentrum: &gt; 95 %</p>		
B.11	<p><b>Verfahrensbeschreibungen/ SOPs</b> Für folgende Verfahren müssen schriftliche Regelungen erstellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leitliniengerechte Nachsorge</li> <li>• Beschwerdemanagement</li> <li>• Einweisung / Kommunikation innerhalb des Zentrums (Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenzen, Organisation Veranstaltungen)</li> </ul> <p><b>Gynäkologisch-Onkologische Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zervixkarzinomfrüherkennung (Durchführung, Information Pat. usw.)</li> <li>• Algorithmus für das Vorgehen bei V.a. familiäres Mamma-, Ovarial- und Kolonkarzinom</li> <li>• Diagnostik (Stanzbiopsie, Ultraschall Genital usw.) incl. Befundmitteilung</li> </ul> <p><b>Senologische Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mammadiagnostik incl. Befundmitteilung</li> <li>• Mammographie-Screening</li> <li>• Algorithmus für das Vorgehen bei V.a. familiäres Mammakarzinom</li> </ul>		

**C Kennzahlen**

Kalenderjahr

**1. Kennzahlen Gynäkologisch-Onkologische Praxis**

Kap.	Kennzahldefinition	Sollvorgabe	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)		Ist-Wert
B.3	Anzahl Pat. mit invasiven Neoplasien d. Genitals inkl. BOT (= Borderlinetumore) und STIC (=seröse tubare intraepitheliale Carcinome)	≥ 15 Pat.	Anzahl Pat. mit invasiven Neoplasien d. Genitals inkl. BOT und STIC (=seröse tubare intraepitheliale Carcinome)	-----	Zähler	
B.7	Vorstellung Tumorkonferenz	≥ 1Pat./Quartal	Anzahl vorgestellter Pat. in TK	-----	Zähler	
B.7	Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz	Min. 1x/Quartal Teilnahme an Tumorkonferenz	Anzahl Teilnahme Tumorkonferenz	-----	Zähler	
B.9	Betreuung Studienpat.	Pat. sollten in Studien eingebracht sein	Anzahl Pat. in klinischen Studien	-----	Zähler	
B.10	Meldung Nachsorgedaten	> 95 % der Pat. des GZ mit Nachsorgedaten müssen 1x/Jahr gemeldet werden	Anzahl Pat. des GZ mit jährlicher Meldung des Follow-Up an das Gynäkologisches Krebszentrum (Life-Status, Rezidiv)	Anzahl Pat. des GZ in leitliniengerechter Nachsorge	Zähler:	
					Nenner:	
					%	

Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 15.08.2011

**2. Kennzahlen Senologische Praxis**

Kap.	Kennzahldefinition	Sollvorgabe	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)		Ist-Wert
B.3	Anzahl Pat. mit Mammakarzinom	≥ 30 Pat.	Anzahl Pat. mit Mammakarzinom (Def. B.3)	-----	Zähler	
B.7	Vorstellung Tumorkonferenz	≥ 1Pat./Quartal	Anzahl vorgestellter Pat. in TK	-----	Zähler	
B.7	Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz	Min. 1x/Quartal Teilnahme an Tumorkonferenz	Anzahl Teilnahme Tumorkonferenz	-----	Zähler	
B.9	Betreuung Studienpat.	Pat. sollten in Studien eingebracht sein	Anzahl Pat. in klinischen Studien	Anzahl Pat. mit Mammakarzinom (Def. B.3)	Zähler:	
					Nenner:	
					%	
B.11	Meldung Nachsorgedaten	> 95 % der Pat. des BZ mit Nachsorgedaten müssen 1x/Jahr gemeldet werden	Anzahl Pat. des BZ mit jährlicher Meldung des Follow-Up an das Brustkrebszentrums (Life-Status, Rezidiv)	Anzahl Pat. des BZ in leitliniengerechter Nachsorge	Zähler:	
					Nenner:	
					%	

**D Individuelle Vereinbarungen**

Sofern zwischen dem Brustkrebszentrum u./o. Gynäkologischen Krebszentrum und der Praxis spezielle Vereinbarungen bestehen, können diese nachfolgend dargestellt werden bzw. es kann ein Verweis auf ein weiterführendes Dokument gemacht werden, in dem diese Vereinbarungen beschrieben sind.

---



---



---



---



---



---

**E Allgemeine Vereinbarungen**

Allgemeine Regelungen zum Umgang mit Zertifikat und Zertifikatssymbol

Für jedes DKG-zertifizierte Brustkrebszentrum und/oder Gynäkologische Krebszentrum wird von OnkoZert ein so genanntes „Stammblatt“ geführt, in dem u.a. die kooperierenden Senologischen bzw. Gynäkologisch-Onkologischen Praxen registriert sind. Diese registrierten Praxen dürfen sich offiziell als Teil des zertifizierten Brustkrebszentrums u./o. Gynäkologischen Krebszentrums bezeichnen. Voraussetzung für die Registrierung ist die Erfüllung der in diesem Dokument festgelegten Anforderungen sowie deren Bestätigung im Rahmen eines OnkoZert-Audits.

Senologische bzw. Gynäkologisch-Onkologische Praxen, die nicht in diesem Stammblatt aufgeführt sind, gelten nicht als Teil des zertifizierten Zentrums und dürfen somit Zertifikat und Zertifikatssymbol weder direkt noch indirekt benutzen. Das Zertifikatssymbol darf nur in Verbindung mit dem Namen des zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrums bzw. Brustkrebszentrums verwendet werden.



Mit der Unterzeichnung dieses Dokumentes wird die Korrektheit der hier gemachten Angaben sowie der enthaltenen Bestimmungen im vollen Umfang bestätigt.

Datum	Unterschrift Leitung Brustkrebszentrum	Unterschrift Leitung Gynäkologisches Krebszentrum	Unterschrift Vertreter Senologische Praxis	Unterschrift Vertreter Gynäkologisch-Onkologische Praxis
-------	---	--	--	--