

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitzende 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: 31.08.2022

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

Erhebungsbogen Gyn. Krebszentren	Version H2	31.08.2022
Datenblatt Gyn. Krebszentren	Version H2.1	31.08.2022

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
1.1 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	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpat.	10.02.2022
2.1 Sprechstunde	2.1.7	Erbliche Belastung	17.08.2021
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
8. Pathologie	8.4	Fachärzte – Expertise	17.08.2021
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.10	Erfassung Follow-up	14.07.2016

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle / Gesamtfälle	17.08.2021
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 Gynäkoonkologen	14.07.2016
13	First-Line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	17.08.2021
14	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Zervixca.)	12.10.2017
16	Zytologisches/histologisches LK-Staging (Zervixca.)	14.07.2016
17	Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie (Zervixca.)	17.08.2021
19	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Vulvaca.)	17.08.2021
20	Angaben in Befundbericht bei Lymphonodektomie (Vulvaca.)	27.08.2019
21	Durchführung inguinofemorales Staging (Vulvaca.)	12.10.2017
22	Sentinel Lymphknoten Biopsie (Vulvaca.)	17.08.2021
25a 25b	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (25a: im Zentrum, 25b: außerhalb des Zentrums)	26.04.2022

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 müssen vorhanden sein und sind namentlich aufzuführen. Bei Nicht-Erfüllung gesonderte Begründung. 	<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 >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), Borderlinetumoren d. Ovars u. seröses tubares intraepitheliales Carcinom (STIC) 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 Pat. im Rahmen einer Erkrankung Rezidiv/Metastase einer Pat. ist ein neuer Fall, kein Primärfall Histologischer Befund, Arztbrief und ggf. Therapie-/ Operationsbericht sollte vorliegen Therapieplanung-/durchführung über das Gynäkologische Krebszentrum. Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose bzw. der Zeitpunkt für das Rezidiv/Metastase 	<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 Primärfallpat. mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller bei ihr vorgestellten Pat. in der eine Zentrums-Zuordnung erfolgt (Zentrum zertifiziert, Zertifizierung in Vorbereitung, kein Zentrum). Die Vorstellungsquote von 90% ist in allen kooperierenden Zentren separat zu erzielen.</p>	<p><u>FAQ (12.10.2017)</u> Wie ist die Anforderung auszulegen, dass alle Primärfallpat. mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden sollen?</p> <p>Antwort: Pat., die primär in der Radioonkologie gesehen werden, sollen systematisch in die Tumorkonferenz eingebracht werden. Um die lückenlose Vorstellung dieser Pat. und die Überprüfbarkeit im</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

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

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2	Angebot und Zugang Jeder Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
	Dokumentation und Evaluation Grundsätzlich sind sowohl die Anzahl der Pat., 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.	<u>FAQ (21.07.2016)</u> 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 S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums	
1.7.5	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle / diagnostische Studien werden anerkannt). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.	<u>FAQ (28.01.2022)</u> Zählen Pat. mit gyn. Tumoren, die in die HerediCaRe-Studie eingeschleust wurden, für die Studienquote des Gynäkologischen Krebszentrums? Antwort: Für die Zählung von HerediCaRe-Pat. (Nachweis Studienteilnahme notwendig), ist eine ausschließliche Anwendung der Checkliste und Überweisung der Pat. an ein FBREK-Zentrum nicht ausreichend.	
	Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: <ul style="list-style-type: none"> • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.-einwilligung • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für Pat. 	<u>FAQ (10.02.2022)</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 der Pat. nicht möglich ist.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums
	des Gynäkologischen Krebszentrums durchgeführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden	<p><u>FAQ (25.07.2022)</u> Dürfen Studien mit Ethikvotum aber ohne Einwilligung der Pat. – z.B. Pat.umfragen – gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, diese können nicht gezählt werden.</p>

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.7	<p>Erbliche Belastung</p> <p>Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden.</p> <p>Checklisten für die Erfassung einer erblichen Belastung sind anzuwenden bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit Mamma-/Ovarial-Ca (V.a. familiärer Brust-/Eierstockkrebs) • Pat. mit Endometrium-Ca (EC) (V.a. HNPCC/Lynch-Syndrom) <p>Die aktuellen Checklisten und der Algorithmus sind unter diesem Link unter dem Punkt Gynäkologische Krebszentren herunterladbar.</p>	<p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Führt die Nichterfüllung der Anforderung „Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FREBK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden.“ zu einer Abweichung?</p> <p>Antwort: Sofern eine Zusammenarbeit nicht nachgewiesen werden kann, sind im Audit die Gründe darzulegen. Bei für den Auditor nachvollziehbarer Begründung (z.B. Entfernung) wird keine Abweichung formuliert.</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</p> <p>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>

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
		<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) erforderlich. Zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung ist die Einbindung des zweiten Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung über mindestens 3 Monate nachzuweisen.</p>	
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, Borderline Tumore des Ovars (BOT) u. seröse tubare intraepitheliale Carcinome (STIC)) 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>	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
		<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"> • mind. 50 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. bei Pat. mit gynäkologischen / senologischen Krebserkrankungen oder • mind. 200 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. (bei unterschiedlichen Tumorarten) • Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) • Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden 	<p><u>FAQ (12.10.2017)</u> Können Pat., 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 der Pat. nicht 2x gezählt werden.</p>

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.4	Fachärzte – Expertise 20 Histologien/Jahr pro benanntem Facharzt (inkl. PE)	<u>FAQ (17.08.2021)</u> Welche Histologien können gezählt werden? Antwort: Es können nur Histologien von invasiven Neoplasien des weiblichen Genitals, Borderline Tumoren des Ovars (BOT) und serösen tubaren intraepithelialen Carcinomen (STIC) gezählt werden, keine Histologien von Präkanzerosen.

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-I	Nicht vollständige OP (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Ist die Primärtherapie das operative Lymphknotenstaging und die Chemotherapie der Gynäkologen oder die Radiatio der Strahlentherapeuten? Antwort: Als Primärtherapie wird die Radio(chth) gezählt.
			Definitive OP = Staging-OP (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC)	
			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	
				<u>FAQ (12.10.2017)</u> Müssen operierte Pat. mit Ovarialkarzinom ohne R0-Resektion in Spalte D „Nicht vollständige OP“ abgebildet werden? Antwort: Nein. Pat. 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 Pat. abgebildet, die sich während des operativen Eingriffs als inoperabel erweisen. <u>FAQ (14.11.2017)</u>

				<p>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> <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 (29.06.2020)</u> Können Pat. mit SEIC (seröses endometrioides intraepitheliales Karzinom) für das Gyn. Krebszentrum gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja, sie können gezählt werden.</p> <p><u>FAQ (02.07.2020)</u> Kann der extramammäre Morbus Paget an der Vulva als Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, er kann nicht gezählt werden.</p> <p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Zählt ein Struma-Karzinoid des Ovars (Morphologie-Schlüssel:</p>
--	--	--	--	--

				<p>9091/1) zu den „sonstigen Fällen“?</p> <p>Nein, es zählt nicht, da es benigne ist.</p> <p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Wie ist ein beidseitiges muzinöses Ovarialkarzinom, eines davon mit einem Anteil eines Borderline-Tumors, im Datenblatt zu dokumentieren?</p> <p>Antwort: Der Pat. wird trotz beidseitigem Auftreten als 1 Primärfall gewertet. Maßgeblich für den Eintrag in das Datenblatt ist das FIGO-Stadium des muzinösen Ovarialkarzinoms und nicht der Borderline-Tumor.</p> <p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Zählt ein Granulosazelltumor der Ovarien zu den Primärfällen?</p> <p>Antwort: Ein Granulosazelltumor mit der ICD-O-M 8620/1 zählt nicht, lediglich der maligne Granulosazelltumor mit der ICD-O-M 8620/3. Letzterer zählt zu den „sonstigen Fällen“.</p> <p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Zählt der extramammäre Morbus Paget an der Vulva als Primärfall für das Gyn. Krebszentrum?</p> <p>Antwort: Nein, er zählt nicht.</p> <p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Zählt ein Angiomyxom der Vulva als Primärfall?</p> <p>Antwort: Nein, es können nur inv. Neoplasien des weiblichen Genitals (inkl. BOT u. STIC) 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:</p>

				Nein, Progresse können nicht gezählt werden.
----	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> <p><u>FAQ (12.10.2017)</u> Zählt ein Karzinosarkom des Ovars zu den Ovarialkarzinomen 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>

				Antwort: Ja.
----	Basisdaten	Spalten A-C	Borderline Ovar	FAQ (12.10.2017) Zählen zu den Borderlinetumoren des Ovars auch solche mit der Dignität „unsicheres Verhalten (ICD-10 D39.1)? Antwort: Ja, diese werden als BOT gezählt.
9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging mit: •Laparotomie •Peritonealzytologie •Peritonealbiopsien •Adnexextirpation beidseits •Hysterektomie, ggf. extra-peritoneales Vorgehen •Omentektomie mind. infrakolisch •Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie	FAQ (14.07.2016) 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.
		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	FAQ (25.07.2016) Was bedeutet „makroskopisch vollständige Resektion“? Antwort: Das endgültige operative Ergebnis ist < R2, also R0 oder R1. FAQ (14.07.2016) Bezieht sich die makroskopisch vollständige Resektion bei mehrzeitigen OP's auf die 1. tumorspezifische Operation oder auch auf die letzte tumorspezifische OP am Tumor? Antwort: Entscheidend ist die makroskopisch vollständige Resektion, unabhängig von der Anzahl der Operationen.
		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	FAQ (14.07.2016) Die Operationen wurden durch einen Gynäkoonkologen als Ausbildungsassistentz durchgeführt. Der Hauptoperateur war kein Gynäkoonkologe. Dürfen die OPs dennoch im Zähler abgebildet werden?
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie	

		Sollvorgabe	≥ 80% optionale Erfüllung Sollvorgabe im Auditjahr 2022	Antwort: Ja.
13	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit First-Line Chemotherapie mit Carboplatin u. Paclitaxel	<u>FAQ (17.08.2021)</u> Können Pat., die – im Rahmen einer Studie – <u>zusätzlich</u> eine weitere Immuntherapie/PARP-Inhibitor (bzw. ein Placebo) erhalten im Zähler gezählt werden? Antwort: Ja, diese können gezählt werden.
		Nenner	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIA-IV	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
14	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: • histologischer Typ nach WHO • Grading • Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status) • Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status) • Staging (pTNM und FIGO) bei konisierten Pat. unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes • Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2 • dreidimensionale Tumorgroße in cm (ab pT1b1) • minimaler Abstand zu den Resektionsrändern	<u>FAQ (12.10.2017)</u> Sind Pat. mit Konisation hier auch zu erfassen? Antwort: Nein. Diese Kennzahl umfasst Pat. nach operativer Tumorresektion.
		Nenner	Operative Primärfälle Zervixkarzinom und Tumorresektion	
		Sollvorgabe	≥ 80%	
16	Zytologisches/histologisches LK-staging	Zähler	Primärfälle des Nenners mit zytologischem/histologischem LK-staging	<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 operativen Therapie berücksichtigt werden. <u>FAQ (12.10.2017):</u> Kann ein rein bildgebendes LK-Staging für die Kennzahl gezählt werden? Antwort:
		Nenner	Primärfälle Zervixkarzinom FIGO Stadium ≥ IA2-IVA	
		Sollvorgabe	≥ 60%	

				Nein, ein solches zählt nicht für die Kennzahl.
17	Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie	Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen eine Brachytherapie als Bestandteil der primären Radio(chemo)therapie durchgeführt wurde	<p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Was ist unter <u>primärer</u> Radio(chemo)therapie zu verstehen?</p> <p>Antwort: Für die Zählung für den Nenner ist die Intention primäre Radio(chemo)therapie (= Radiochth als erste und einzige Therapie geplant) ausschlaggebend. In Ausnahmefällen kann u.U. eine sog. sekundäre (eben nicht primär geplante) Hysterektomie oder sog. erweiterte Chemotherapie erfolgen, aber letztendlich ist das irrelevant für den Nenner, weil diese Pat. auch gezählt werden können.</p> <p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Können auch Brachytherapie-Äquivalente wie Cyberknife oder Boost gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, diese können nicht gezählt werden.</p>
		Nenner	Primärfälle mit Zervixkarzinom und primärer Radio(chemo)-therapie, ohne prim. Fernmetastasen	
		Sollvorgabe	≥ 80%	
19	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	<p>Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 	<p><u>FAQ (12.10.2017)</u> Muss das pTNM (Staging) vollständig sein?</p> <p>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.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017)</u> Wird hier jeweils vom invasiven Karzinom und der VIN ein getrennter Resektionsrand erwartet?</p> <p>Antwort: Ja, getrennte Angabe des Resektionsrandes von inv. Karzinom und VIN.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017)</u></p>

			bzw. vulvo-analen, ggf. urethralen Resektionsrand; •metrische Angabe des minimalen Abstandes zum Weichgewebsresektionsrand (basaler Rand)	Sind nur VIN III-Läsionen zu berücksichtigen oder fließen auch VIN I und VIN II ein? Antwort: Die Leitlinie schreibt ausschließlich VIN, somit sind VIN I-III gemeint.
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Tumorresektion	
		Sollvorgabe	≥ 80%	<u>FAQ (17.08.2021)</u> Wie ist die dreidimensionale Tumorgroße anzugeben? Antwort: Dreidimensionale Tumorgroße in cm = Länge in cm (horizontale Ausdehnung) x Breite in cm (vertikale Ausdehnung) x Tiefe in cm (Infiltrationstiefe). Aber es sind nicht die Kubikzentimeter gefragt, sondern das Ausmaß der Ausdehnung, also jeweils cm.
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) • 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)	<u>FAQ (27.08.2019)</u> Werden Pat. mit ausschließlicher Sentinel-Lymphonodektomie (ohne konventionelle LNE) hier berücksichtigt? Antwort: Nein.
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Lymphonodektomie	
		Sollvorgabe	≥ 80%	
21	Durchführung inguinofemorales Staging	Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging (systematische Lymphonodektomie und/oder Sentinel Verfahren) der inguinofemorale Lymphknoten	<u>FAQ (12.10.2017)</u> Welche Operationsschlüssel sind für diese Kennzahl zu dokumentieren? 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
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom ≥= pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

				dieser OPS sind die Operateure, ggf. in Absprache mit dem Controlling.
22	Sentinel Lymphknoten Biopsie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit folgenden Merkmalen: • Klinische Tumorgroße < 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	<p><u>FAQ (17.08.2021)</u> Was ist das pathohistologische Ultrastaging?</p> <p>Antwort: Ein Ultrastaging, also die immunhistochemische Untersuchung der LK mit einem Pan-Zytokeratinantikörper, wird durchgeführt, wenn in der HE-Färbung alle Sentinel-LK neg. sind. Wenn die LK in der konventionellen Färbung (= HE) pos. sind, wird kein Ultrastaging gemacht.</p>
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom und Sentinel-Lymphknotenbiopsie	
		Sollvorgabe	≥ 80%	
25a 25b	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (25a: im Zentrum, 25b: außerhalb des Zentrums)	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	<p><u>FAQ (19.11.2021)</u> Welche Morphologie-Codes zählen?</p> <p>Antwort: Es zählen die Morphologie-Codes 8930/3 (high grade endometriales Stromasarkom) und 8931/3 (low grade endometriales Stromasarkom)</p> <p><u>FAQ (26.04.2022)</u> Was bedeutet „außerhalb des Zentrums operierte Primärfälle“?</p> <p>Antwort: Damit sind z.B. Pat gemeint, die außerhalb des Zentrums eine Hysterektomie erhalten haben, in der Histologie den Nachweis eines Sarkoms haben und die dann in das Zentrum kommen und Primärfälle des Zentrums sind, weil dieses die Therapie und weitere Betreuung der Pat. übernimmt.</p>
		Nenner	25a: Im Zentrum operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie 25b: Außerhalb des Zentrums operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	