

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren

06.05.2025, 10:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Beckmann, Prof. Dannecker (entschuldigt)

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Gynäkologischen Krebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Änderung der Geschäftsordnung

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgeschlagenen Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems Gynäkologische Krebszentren und Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden (Bischofberger/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems Gynäkologische Krebszentren wird berichtet: Ende 2024 gab es 193 zertifizierte Gynäkologische Krebszentren (GZ) an 193 Standorten, davon 18 Standorte im Ausland. 2024 wurden 6 Zertifikate neu erteilt, 3 Zertifikate wiedereingesetzt und 5 Zertifikate ausgesetzt/beendet. Im 1. Quartal 2025 gab es bereits 4 Zertifizierungsanfragen; 9 laufende Erstzertifizierungen und 3 Zertifikatsaussetzungen sind zu verzeichnen.

Im Auditjahr 2024 wurden in 22 von 166 Audits 32 Abweichungen ausgesprochen, im Durchschnitt 1,4 Abweichungen pro Audit bei Zentren mit Abweichungen. 34 Gynäkologische Krebszentren nutzten im Jahr 2024 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK). 5 Zentren erhielten das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer.

Aktuell gibt es für die Gynäkologischen Krebszentren 78 aktive Fachexpertinnen/Fachexperten (FE), davon 11 Ausschussmitglieder. Die Ressourcen werden gegenwärtig als ausreichend angesehen. Im letzten Jahr fand im Dezember eine FE-Schulung statt, wo 12 Teilnehmende für GZ geschult wurden (11 in Hospitation, 1 Wiederholung der Lehrgangsprüfung). Eine sehr aktive Fachexpertin (ca. 30 Audits/Jahr) wird Anfang 2026 ruhestandsbedingt ausscheiden, dies wird eine große Lücke hinterlassen. Im Nachgang zur Sitzung ist für Ende des Jahres 2025 ein Fachexperten-Update mit aktuellen Themen aus der Sitzung und den Änderungen der Zertifizierungsanforderungen geplant.

Der aktuelle Stand der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden wird berichtet: Ende 2024 gab es 45 zertifizierte gyn. Dysplasie-Einheiten und 312 zertifizierte gyn. Dysplasie-Sprechstunden, insgesamt 357. Im Auditjahr 2024 wurden 2 Dysplasie-Einheiten erstmals zertifiziert, diese erhielten jeweils ein Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer; 13 Einheiten wurden erfolgreich re-zertifiziert (2 Zertifikate mit reduzierter Gültigkeitsdauer). Im Auditjahr 2024 wurden 29 Dysplasie-Sprechstunden erstmals zertifiziert, davon erhielten 3 das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer; 68 Einheiten wurden erfolgreich re-zertifiziert (1 Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer).

Aktuell stehen 10 aktive FE zur Verfügung. Die Ressourcen werden als ausreichend angesehen.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichtes der Gynäkologischen Krebszentren durch die Vertreter der LL (Vertretende LL, Vorsitzende, Klages/Utzig DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2024 werden durch die LL-Koordinatoren bzw. die DKG vorgestellt. In dem Jahresbericht sind 186 der 193 zertifizierten Zentrumsstandorte berücksichtigt, in denen 17.833 Primärfälle behandelt wurden.

Folgende Ergebnisse aus dem Jahresbericht 2025 (Kennzahlenjahr 2023) sind hervorzuheben:

KeZa 1 (Vorstellung in der Tumorkonferenz): die Kennzahl weist einen sehr hohen Erfüllungsgrad auf. Auch nach Anheben der Sollvorgabe von $\geq 80\%$ auf $\geq 90\%$ erfüllen alle Standorte die Anforderung. An ca. 38% der Zentren ($n=70$) werden 100% der Gesamtfallzahl in der Tumorkonferenz vorgestellt.

KeZa 2 (Psychoonkologisches Distress-Screening): Zum Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) erfolgte die Umstellung der Kennzahl „Psychoonkologische Betreuung“ auf das „Psychoonkologische Distress-Screening“ mit einer Sollvorgabe $\geq 65\%$. Die Kennzahl wurde zunächst noch optional erhoben. Die Umstellung stellte die Zentren noch vor organisatorische Herausforderungen beim Umstellungsprozess (Wechsel von Auswertung Betreuung zu Screening, Identifikation der Zielpopulation, ausbleibender Rücklauf).

KeZa 8 (Ovarialkarzinom, Angebot zur genetischen Testung): Die Kennzahl zeigt seit der Einführung eine sehr gute Entwicklung mit stetiger Zunahme des Medians und Erreichen der Sollvorgabe durch die Zentren.

KeZa 9 (Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)): Im Zusammenhang mit dieser Kennzahl wird in der Kommission über den Einbezug der Expertise anderer Fachdisziplinen bei organübergreifenden Operationen diskutiert und im EB 5.2.2 die fachliche Anforderung für die Viszeralchirurgie um „Spezielle Viszeralchirurgie“ ergänzt.

KeZa 15 (Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie): Die Kommission betont den Stellenwert der Brachytherapie als Bestandteil der Therapie.

KeZa 17 (Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion) und KeZa18 (Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie): Die Kennzahlen zum Vulva-Karzinom werden seit Jahren gut durch die zertifizierten Zentren erfüllt und könnten perspektivisch durch etwaige neue QI der anstehenden S3-LL Vulva ersetzt werden (keine Änderung für 2026). Die Kennzahlen 19 und 20 werden beibehalten.

Die Kennzahlen 21-25 für das Endometriumkarzinom wurden alle im betrachteten Kennzahlenjahr erstmalig - noch optional - erhoben.

Kennzahl 21 (Immunhistochemische Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine): die Kennzahl zur Immunhistochemischen Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine wurde bereits im ersten Jahr der Erhebung durch die zertifizierten Zentren gut erfüllt.

Die Kennzahlen 26a und 26b (Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränkten Sarkomen) werden wegen konstant hoher Erfüllungsquoten aus dem Kennzahlenset gestrichen. Die Information der LL-Koordination wird über die DKG erfolgen. Die Kommission folgt in der Diskussion des Jahresberichts den Empfehlungen der LL-Vertretenden, dass die in das Zertifizierungssystem übernommenen QIs der LL Zervix-, Endometrium- und Ovarialkarzinom als Kennzahl fortgeführt werden sollen.

Der Jahresbericht wird im Nachgang der Sitzung auf den Internetseiten der DKG veröffentlicht.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungsbogen (EB) und das Datenblatt der Gynäkologischen Krebszentren (Vorsitzende, Klages/DKG)

Allgemeine Anmerkungen:

Da der EB Gynäkologische Krebszentren Teil eines Systems von 20 weiteren Zentrumsarten ist, sind Abschnitte des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems bzw. der Onkologischen Zentren angepasst. Das betrifft z.B. das Inhaltsverzeichnis, die einheitliche Definition von (Haupt-) Kooperationspartnern sowie viele Entitäten überschreitende Anforderungen.

Während der Sitzung werden die im Vorfeld versandten Dokumente mit den Änderungseingaben beraten. Das Ergebnis der Sitzung sind die konsentierten Dokumente (EB und DS) inkl. der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.5. Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin/ 1.2.4. (neu)

Sowohl Anforderungen zur Zusammenarbeit/Kooperationsvereinbarung mit einem ZPM als auch Definition des Pat.-kollektives, das in einem Zentrum für Personalisierte Medizin vorgestellt werden sollte, werden von der Kommission aus dem EB OZ übernommen.

1.2.1. Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum

Die Kommission geht auf die Frage, ob die Behandlung von Ovarial-Ca eine Voraussetzung zum Erhalt eines Zertifikats für ein Gynäkologisches Zentrum sei, ein. Die Kommission stellt klar, dass es weder für die Gesamtfallzahl (≥ 75) noch für die Primärfallzahl (≥ 50) Entitäten-spezifischen Anforderungen gibt.

1.2.6. Fertilitätserhalt

Die Eingabe, dass der Fertilitätserhalt bei gynäkologischen Tumoren nur in Ausnahmesituationen und auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin möglich sei und eine Differenzierung bei unterschiedlichen Karzinomen diskutiert werden solle, wird in der Kommission beraten. Keine Änderungen im Erhebungsbogen.

1.4.6.b Psychoonkologie - Aufgaben

Die kommissionsübergreifende Eingabe, dass die Psychoonkologie ihre Arbeit im Zentrum, z.B. in der Tumorkonferenz und/oder dem Qualitätszirkel vorstellen soll, wird angenommen.

1.6.1. Selbsthilfegruppen

Die Eingabe zur Präzisierung des Kapitels 1.6.1., von „Zugang zu Selbsthilfegruppen“ in „Zugang zu den Angeboten von Selbsthilfegruppen“, wird in der Sitzung angenommen.

1.8.2. Pflege – Pat.-bezogene Aufgaben:

Eine Eingabe zur Harmonisierung der Anforderung von „nachweislich mindestens 12 Fallbesprechungen/Pflegevisiten pro Jahr und Zentrum“ in eine „regelmäßige Fallbesprechung/Pflegevisite“ wird in der Kommission diskutiert. Die Kommission kommt zu der Einschätzung, dass der Begriff „regelmäßig“ zu vage, ein qualitativer Rückschritt und eine numerische Vorgabe wünschenswert sei, diese Mindestzahl jedoch harmonisiert für alle Zertifizierungssysteme Gültigkeit haben solle.

In der Kommission wird sich gegen „regelmäßig“ entschieden, stattdessen 1x/Quartal festgelegt und eine Eingabe an die Sitzung der Onkologischen Zentren für diesen Punkt beschlossen.

2.1.1.a Sprechstunde – Information/ Dialog mit Pat.

6.2.14 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie – Information/ Dialog mit Pat.

Die übergreifende Eingabe, dass Zentren bei der Einholung von Zweitmeinungen unterstützen sollen (bislang Vermittlung), wird von der Kommission angenommen.

2.1.7. Sprechstunde – Erbliche Belastung

Die Eingabe zur Anforderung, dass die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung schriftlich, in Anlehnung an FBREK-Kooperationsvertrag des vdek nachgewiesen werden müsse, die Zentren mitunter vor Herausforderungen stelle und ob es möglich sei, den Open-House-Vertrag des vdek niederschwellig zugänglich zu machen bzw. konkrete Anforderungen daraus direkt im EB zu formulieren, wird in der Kommission besprochen. Die Kommission beschließt die Aufnahme eines Hinweises, dass sich Zentren mit vertraglichen Problemen an die Geschäftsstelle des deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs dk-fbrek@uk-koeln.de wenden können.

4.1. Nuklearmedizin - Fachärzte

Zur Harmonisierung der Anforderungen für die Entitäten, in denen nuklearmedizinische Verfahren aktuell nicht Teil der Behandlungsregime sind, war aus der Sitzung der Vorsitzenden in die letzte Sitzung (2023) eine Eingabe zur Überarbeitung des Kapitels eingebracht worden. Diese wurden in der Sitzung dieser Kommission angenommen, jedoch in der Sitzung der Zert.-Kommission der Brustkrebszentren (2023) abgelehnt. Im Nachgang der letzten Sitzung wurden daher die bereits genehmigten Änderungen für GZ nochmals ausgesetzt und nochmals Rücksprache mit der Dt. Gesellschaft für Nuklearmedizin gehalten. Die Eingabe, dass FÄ für Radiologie mit Zusatzweiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik, nicht jedoch Ärzte mit Fachkunde die Disziplin Nuklearmedizin vertreten können, wird nochmals diskutiert. Da die Disziplin Nuklearmedizin in der Sitzung nicht zugegen war und letztlich Unklarheiten bzgl. Qualifikation „Fachkunde“ resultieren, vertagt die Kommission eine Entscheidung auf die nächste Sitzung.

5.2.2. Organspezifische operative Therapie - Organübergreifende Operationen

In der Zertifizierungssitzung wird eine Präzisierung für das Kapitel 5.2.2 beschlossen und für die Viszeralchirurgie ergänzt, dass bei organübergreifenden OPs Kooperationen mit der Urologie und der Viszeralchirurgie mit mind. 1 FA/FÄ für Spezielle Viszeralchirurgie bestehen sollen.

5.2.6.b Organspezifische operative Therapie

Die Kommission berät sich zur Eingabe, dass eine klare Regelung wünschenswert sei, wie Operationen gezählt werden, bei Pat., die zweimal operiert werden („z.B. LSK mit Befund Malignom, dann Komplettierungs-OP“) und wem diese OP zuzuordnen sei. Die Kommission weist darauf hin, dass für die Eintragung ins Basisdatenblatt bereits eine Regelung bestehe und auf dem Basisdatenblatt auch festgehalten ist, dass je Pat. nur 1 OP eingetragen werden dürfe. Korrekt sei es hier die Komplettierungs-OP einzutragen. Für die operative Expertise (EB 5.2.6) dürfen beide Eingriffe gezählt werden. Hierzu war bereits 2023 eine FAQ formuliert worden.

10.3. Anforderungen an die Tumordokumentation

Nach Umbenennung der GEKID in Deutsche Krebsregister (DKR) e.V. passt die Kommission den Namen des zu verwendenden Datensatzes im Erhebungsbogen an.

10.4. Zusammenarbeit mit Krebsregister

In Harmonisierung mit dem Erhebungsbogen der Brustkrebszentren wird eine Änderung im Kapitel 10.4. beschlossen, dass, sofern das zuständige 65c-Krebsregister die Follow-up-Daten nicht liefern

kann, die Krebsregister und Zentren schriftlich begründen sollen, warum eine Lieferung nicht erfolgen kann (anstelle von zuvor vom Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen sind).

Erhebungsbogen Pathologie

8.14 Externe Qualitätssicherung (GZ)

Die Eingabe, dass es analog zum Kapitel für die BZ im EB Pathologie weitere Vorgaben zur Frequenz der Ringversuche für immunhistochemische Marker für die GZ geben solle, beschließt die Kommission nach der Diskussion keine Änderung des Kapitels. Aus Sicht der Kommission sind die Vorgaben ausreichend.

Datenblatt

Basisdaten

Die Eingabe der DKG zur Präzisierung bei den Bearbeitungshinweisen Nr. 3) „kurativ intendierter“ OP zu ergänzen, wird angenommen.

Im Vorfeld der Sitzung war von der DKG an die LL-Koordinatoren eine Anfrage zur Prüfung der im Basisbogen angegebenen Klassifikation/Stadien je Entität und ggf. Anpassung erfolgt.

Für die Zervixkarzinome gilt weiterhin: „die Klassifikation der Zervixkarzinome erfolgt auf Basis der FIGO-Klassifikation vor 2018, die mit der Auflage des TNM abgestimmt ist. Es erfolgt keine Berücksichtigung der FIGO-Klassifikation 2018.“ Keine Änderung im Basisdatenblatt.

Die Kommission bespricht die Eingabe zur Kennzahl 9 beim Ovarialkarzinom. Der Zähler wird dafür aus der Spalte „definitive OP - Staging OP“ der Basisdaten übernommen und fordert festgelegte definierte Schritte. Das Zentrum fragt an, welche Pat. in der Spalte „definitive OP = Staging OP“ erfasst werden sollen und ob es sich nur um jene mit kompletter stadiengerechter OP (beim frühen Ovarialkarzinom „Staging-OP“) handle? Die Kommission bestätigt, dass dort nur Pat. zu erfassen seien, die eine komplette stadiengerechte OP hatten; s. S3 LL-Ovarialkarzinom.

Daran schließt sich inhaltlich eine weitere Eingabe an, ob beim Ovarialkarzinom eine definitive Operation = Staging Operation in jedem FIGO-Stadium dieselbe sei, also dieselben Eingriffe gemacht werden müssten oder es je nach FIGO-Stadium unterschiedliche Operationsschritte gäbe, um eine OP als „komplette“/definitive“ OP zu werten. Die Kommission bestätigt, dass sich dies zwischen den FIGO-Stadien unterscheide und beschließt die Aufnahme einer FAQ, in der tabellarisch dargestellt ist, welche OP-Schritte erfolgt sein müssen, um eine OP als komplett/definitiv zu werten.

FAQ Kennzahlen 9-10:

Frage: Welche operierten Pat. sollen in die Spalte F des Basisdatenblatts unter definitive OP = Staging OP (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC) eingetragen werden?

Antwort: Hier sind die Pat. einzutragen mit kompletter, stadiengerechter OP laut S3-LL Ovar.

Frage: Welche Operationsschritte umfassen eine „Staging“- oder komplette OP gemäß LL?

Antwort:

Ovar definitive Operation	FIGO IA-IIB	FIGO IIIA-IV	BOT
Laparotomie	x	x	

Peritonealzytologie	x	x	x
Peritonealbiopsien	x	x	x
Adnexexstirpation bds	x	x	x
Hysterektomie	x	x	
Omentektomie	x	x	x
Lymphonodektomie bds (pelvin, paraaortal)	x		

Die Eingabe, ob eine Unterteilung für das Ovarialkarzinom in FIGO IVA und IVB sinnvoll sei, wird von der Kommission befürwortet. Im Basisdatenblatt wird eine entsprechende Zeile aufgenommen.

Die Kommission beschließt die Anzahl operativer Eingriffe bei höhergradigen Präkanzerosen über neue Datenfelder im Basisdatenblatt zu erfassen. Eine Verlagerung aus dem Erhebungsbogen ins Datenblatt war bereits in der Sitzung 2023 beschlossen worden. Der erarbeitete Vorschlag wird angenommen. Als höhergradige Präkanzerosen zählen: VIN3, VaIN3, CIN3 und endometriale intraepitheliale Neoplasien.

Kennzahlen

KeZa 9: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL QI Ovar)

Die DKG-GS informiert über das Ergebnis einer im Nachgang der Sitzung 2023 an die LL-Kommission gestellten Anfrage, ob ein endoskopischer Ansatz für ein korrektes Staging ausreichend sei. Dies wurde verneint, da das endoskopische Vorgehen die Ausbreitung bis zu 60% unterschätze.

KeZa 10: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL QI Ovar)

Die Eingabe, dass im Nenner des der Kennzahl zugrunde liegenden LL-QI, „Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom $\geq$ FIGO IIB und operativer Tumorentfernung ohne vorherige Chemotherapie“, in der Kennzahl aber auch Pat. mit vorheriger Chemotherapie betrachtet werden, wird diskutiert. Gemäß Rücksprache mit der LL-Koordination OvarialCa. müsse diese Untergruppe korrekterweise aus dem Nenner ausgeschlossen werden.

Die Änderungseingabe wird in der Sitzung angenommen, die im Datenblatt hinterlegten Rechenregeln werden im Nachgang der Sitzung geprüft.

KeZa 13: First-Line Chemotherapie (LL Ovar QI)

Bezugnehmend auf eine Eingabe betont die Kommission für diese Kennzahl, dass es hierbei um die postoperative Chemotherapie gehe sowie um die Erfassung mit den beiden genannten Chemotherapeutika (Carboplatin und Paclitaxel). Analog zur Zählweise in anderen Zertifizierungsentitäten können für diese Kennzahl Pat. gezählt werden, bei denen die Chemotherapie begonnen wurde. Die alleinige Empfehlung in der Tumorkonferenz reicht nicht aus.

Die Fälle aus den Spalten D und J des Basisdatenblatts (D= Neoadjuvante o. präoperative systemische Therapie mit geplanter OP und J= nicht operiert u. keine OP geplant) sind nicht für diese Kennzahl zu berücksichtigen.

Die Kommission beschließt, die Plausibilitätsgrenze zu streichen, eine Sollvorgabe von $\geq 60\%$ festzusetzen und eine FAQ zur Erläuterung mehrerer Teilaspekte aufzunehmen:

Frage: Geht es um eine postoperative Chemotherapie? Antwort: ja, es geht um die postoperative Chemotherapie.

Frage: Geht es um die Substanzen, die zur First-line-Chemotherapie eingesetzt werden? Antwort: Ja, gemäß der LL-Empfehlung sollen Carboplatin und Paclitaxel als First-Line Chemotherapie eingesetzt werden. Im Zähler sind nur Pat. mit dieser Chemotherapie zu zählen.

Frage: wenn die adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel bereits begonnen, kann der Fall trotzdem für den Zähler gezählt werden? Antwort: ja, kann gezählt werden.

KeZa 14: Zytologisches/ histologisches LK-Staging (LL Zervix QI)

Eine Eingabe mit Bitte um Klarstellung durch die Kommission zur Frage, ob das zytologische/histologische Staging durch Bildgebung (MRT/PET) ersetzt werden könne, wird erörtert. Die Kommission stellt klar, dass ein bildgebendes Staging nicht ausreichend ist, sondern nach aktueller Datenlage am operativen Staging festzuhalten ist.

KeZa 15: Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie

In der Sitzung 2023 wurde in der Kommission vereinbart, dass Pat. mit ZervixCa und primärer Radiochemotherapie nach erfolgtem LK-Staging als operative Fälle gezählt werden. In einer Eingabe wurde darauf hingewiesen, dass mitunter von Tumordokumentationssystemen nicht alle dieser Pat. erfasst bzw. ausgeschlossen werden. Die Kommission spricht sich dafür aus, die 2023 festgelegte Regelung zur Zählweise für diese Pat. nicht zu ändern. Im Basisdatenblatt können diese Fälle als „operierte Fälle“ in Spalte H aufgeführt werden. Für die Kennzahl 15 sind diese Fälle im Nenner anzugeben.

KeZa 16: Histologische Sicherung Lokalrezidiv (LL Zervix QI)

Die Kommission beschließt die Plausibilitätsgrenze zu streichen und die Sollvorgabe auf $\geq 50\%$ festzusetzen.

KeZa 19: Vulvakarzinom: Durchführung inguinofemorales Staging (LL Vulva QI)

Im Nachgang der Sitzung 2023 war eine Anfrage aus der Zertifizierungskommission an die LL-Kommission Vulvakarzinom herangetragen worden, ob die in der Kennzahl angeführten operativen Verfahren (systematische Lymphadenektomie u./o. Sentinel-Lymph-Node) die zutreffende Vorgehensweise bei „auffälligen“ Lymphknoten widerspiegeln, oder ob ggf. die Exzision dieser LK ausreichend sei. Folgende Antwort wird zurückgemeldet: bei klinisch unauffälligen LK, die intraoperativ makroskop. auffällig sind oder sog. „bulky nodes“, sei die Exzision dieser LK ausreichend.

KeZa 20: Vulvakarzinom: Sentinel Lymphknoten Biopsie LL Vulva QI)

Zur Kennzahl 20 wurden verschiedene Eingaben, die das Verständnis der Kennzahl betreffen, an die Zertifizierungskommission herangetragen. Die Kommission stellt klar, dass im Nenner nur Primärfälle mit alleiniger Sentinel Lymphknotenbiopsie und nicht mit Sentinel Lymphknotenbiopsie und zusätzlicher Lymphonodektomie gezählt werden.

Es wird sich für die Formulierung einer FAQ ausgesprochen:

Frage: Zählen im Nenner nur Primärfälle mit alleiniger Sentinel Lymphknotenbiopsie (SNB) oder müssen auch Primärfälle mit SNB und zusätzlicher Lymphonodektomie (LNE) gezählt werden?

Antwort: Nein, hier zählen im Nenner nur die Primärfälle, bei denen eine reine SNB erfolgte und nicht zusätzlich eine LNE.“

KeZa 22: Endometriumkarzinom: POLE-Untersuchung (LL Endometriumkarzinom QI)

Verschiedene Eingaben zum Verständnis des Nenners der Kennzahl 22 waren eingebracht worden. Die Kommission stellt klar, dass der Nenner der Kennzahl so zu verstehen ist, dass hier jeweils „und/oder-Verknüpfungen“ bestehen, d.h. bereits das Vorliegen eines der aufgeführten Kriterien zum Einschluss in den Nenner führt. Es wird die Aufnahme einer FAQ beschlossen. *a.) Frage: Wie ist der Nenner der Kennzahl 22 zu verstehen? Antwort: Im Nenner stehen die genannten Kriterien mit einer und/oder-Verknüpfung aufgelistet. D.h. Primärfälle sind im Nenner zu zählen, wenn sie ein Primärfall Endometrium Ca. sind und beispielsweise alle weiteren Kriterien zutreffen oder nur mind. eines der genannten Kriterien zutrifft.*

Beispiel nur 1 Kriterium

- Primärfall Endometrium Ca.
- UND Typ 2 (serös, klarzellig, Karzinosarkom)

Beispiel alle Kriterien:

- Primärfall Endometrium Ca.
- UND >pT1a
- UND G3
- UND p53-abn
- UND LVSI pos.
- UND MSI/MMR pos.
- UND Erstdiagnose Typ 2-Endometriumkarzinom (serös, klarzelliges, Karzinosarkom)

b.) Frage: Warum sind ICD-O-Morphologie-Kodes für Typ 1 und Typ 2 Endometriumkarzinome im Nenner gelistet? Antwort: Im Nenner sind ICD-O-Kodes für Typ 1 und Typ 2 Endometriumkarzinome gelistet, weil eines der genannten Kriterien das Vorliegen eines Typ 2 Endometriumkarzinoms ist (dazu gehören die entsprechenden Codes für die „Typ 2-Endometriumkarzinome“) und somit bei allen Primärfällen mit Typ 2-Karzinom eine POLE-Untersuchung indiziert ist. Bei Typ 1-Endometriumkarzinom (ICD.O 8380/3) muss mind. 1 weiteres Kriterium erfüllt sein.

KeZa 23: Endometriumkarzinom: Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (LL Endometriumkarzinom QI)
Die dem LL-QI/Kennzahl zugrundeliegende Empfehlung schließt Pat. „L1CAM negativ“, aber auch „L1CAM nicht bestimmt“ ein. Im Nenner des QI/KeZa ist die letzte Option jedoch nicht inkludiert. Die Kommission beschließt, eine Anfrage an die LL-Kommission zu stellen. Keine Änderung für das Auditjahr 2026.

Die Kommission verweist zur Definition „extensive LVSI“ auf die LL-Empfehlung 4.27 und nimmt zur weiteren Erläuterung des Nenners eine FAQ auf.

KeZa 24: Endometriumkarzinom: Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (LL Endometriumkarzinom QI)

Da die QIs und Kennzahlen von einem multiprofessionellen Personenkreis bearbeitet werden (Tumordokumentationsherstellung, Tumordokumentation, medizinisches Personal etc.) und gehäuft Anfragen an Onko-Zert/DKG-GS zur Definition des PORTEC-3-Schemas gestellt wurden, beschließt die Kommission die Aufnahme einer FAQ: *Frage: Was ist das PORTEC-3-Schema? Percutaneous Radiation 48.5 Gy ± brachytherapy + 2 × cisplatin 50 mg/m2 followed by 4 × carboplatin AUC 5 + paclitaxel 175 mg/m2.*

KeZa 26a Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (im Zentrum) und 26b Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (außerhalb des Zentrums)

Die Kommission beschließt, bei sehr guter Erfüllungsrate die beiden Kennzahlen aus dem Kennzahlenset zu streichen.

TOP 5 Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden

A. Vorstellung Jahresbericht der Einheiten/-Sprechstunden (Vorsitzende, Klages/Utzig/DKG)

2024 wurden 81 von 312 Dysplasie-Sprechstunden auditiert und im Jahresbericht berücksichtigt. Im Jahresbericht der Dysplasie-Einheiten sind 44 der 44 Einrichtungen berücksichtigt. Die Vorstellung der Pat. in der Tumorkonferenz durch die Sprechstunden/Einheiten gelingt weiterhin sehr gut; die Einheiten nehmen regelmäßig an der Tumorkonferenz teil und sowohl bei den Sprechstunden als auch den Einheiten liegen die Vorstellungsquoten der vorzustellenden Pat. bei 98,9%.

Nach Beschluss in der Kommission 2023 werden erstmalig ab 2024 die bis dahin nur fakultativ erhobenen KeZa 4 bis 9 in den Sprechstunden, die Exzision durchführen, verpflichtend ausgewiesen und zeigen sehr gute Ergebnisse. Die Ergebnisse für diese Kennzahlen sind, wie in den Vorjahren, auf hohem Niveau stabil. Bei annähernd allen Patientinnen mit Exzision wurde präoperativ eine Abklärungskolposkopie durchgeführt (8.030 von 8.135 Patientinnen; ca. 99%). 2 Einheiten unterschreiten die Sollvorgabe. Bei einer Einheit wurde das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer und Auflagen erteilt.

KeZa 7. Anteil R0-Exzisionen bei CIN 3:

Etwa 95% der Dysplasie-Einheiten erfüllen für diese Kennzahl die Sollvorgabe. Zwei Einheiten haben (wiederholt) die geforderte R0-Resektionsrate unterschritten und es erfolgten Einzelfallprüfungen. Begründungen waren u.a. ein hoher Anteil an jungen Frauen mit Kinderwunsch sowie nach endocervikal randbildende Läsionen. Ein Zertifikat wurde mit Auflagen und reduzierter Gültigkeitsdauer ausgesprochen.

51 von 81 Sprechstunden haben im betrachteten Kennzahlenjahr Exzisionen durchgeführt: 48 Sprechstunden haben d. Sollvorgabe $\geq 80\%$ erfüllt. In ca. 89% (Median) der Exzisionen wurde eine R0-Resektion erzielt.

Der Jahresbericht wird im Nachgang der Sitzung auf den Internetseiten der DKG veröffentlicht.

B. Änderungseingaben für die Erhebungsbögen und die Datenblätter (Vorsitzende, Klages/DKG)

Dysplasie-Einheiten (EB)

Die Kommission nimmt redaktionelle Änderungen (gendergerechte Sprache) in B.2, B.10, B12 und C sowie die Umbenennung des Kapitels C („Kennzahlen“ statt „Qualitätsindikatoren“) vor.

In den Basisdaten werden folgende inhaltliche Änderungen in der Tabelle A.2 „Ärztliche Expertise“ durch die Kommission konsentiert:

- Die Kategorie „Sonstige Ärzte“ wird durch „Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung“ ersetzt, um die Weiterbildung zu stärken. Ein Kolposkopie-Diplom ist für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung verpflichtend vorzuweisen.
- Bei den Interventionen werden zukünftig neben den Exzisionen auch die Laservaporisationen erfasst. Analog dazu wird entsprechend in der Tabelle B Anforderungen unter B.5 die Laservaporisation ergänzt und die Fußnote 4) angepasst.

B.12 Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Aufgrund der Eingabe, dass die Tumorkonferenzen mitunter ausschließlich als Web-/ Videokonferenzen stattfinden und keine Möglichkeit zur Hybrid-Veranstaltung gegeben sei, stellt die Kommission klar, dass die zwei geforderten „persönlichen Teilnahmen“ „vor Ort“ oder „in Medienpräsenz“ stattfinden können.

Die Eingabe, dass nicht nachvollziehbar sei, dass Pat. mit bereits abgeklärter CIN, die nur zur Konisation von extern in die DYS-Einheit geschickt werden, dort nochmals eine Abklärungskolposkopie erhalten und im Datenblatt der Einheit gezählt würden, wird in der Kommission besprochen. Die Kommission stellt klar, dass eine nochmalige histologische Sicherung nicht erforderlich sei, aber eine nochmalige Kolposkopie. Jede Pat., die operiert würde, müsse auch aus juristischen Gründen zur Indikationsstellung vorher untersucht werden. Keine Änderung in EB o. DS.

Zur Eingabe, dass ein standardisierter Prozess etabliert werden sollte, wie ein zuvor benannter Untersucher einer Dysplasie-Einheit ohne den üblichen Zertifizierungsprozess nachfolgend für eine Dysplasie-Sprechstunde zertifiziert werden könne, wird Folgendes beschlossen: Keine Sonderbewertung, die Unterlagen müssen eingereicht werden. Die Expertise kann mit den Fällen aus der Einheit dargelegt werden, aber alle weiteren Anforderungen müssen dargestellt werden.

Dysplasie-Sprechstunden (EB)

Das Gremium nimmt in Analogie zum EB Dysplasie-Einheit die redaktionellen Änderungen (gendergerechte Sprache) in A.2, B.10, B.11 und B.12, die Ergänzung der „Laservaporisation“ in der Tab. A2 sowie die Umbenennung des Kapitels C an.

B.7 Pat.information

Aufgrund einer Eingabe hinsichtlich einer Harmonisierung der Erhebungsbögen der Dysplasie-Einheiten und Sprechstunden wird in der Kommission beschlossen unter Kapitel B.7. folgenden Passus neu aufzunehmen: „Den Pat. ist Informationsmaterial zu primärpräventiven Maßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung zu stellen“ und als Hinweis für die Sprechstunden „Welche Art der Information stellen sie zur Verfügung?“

Datenblatt

Datenblatt Dysplasie-Einheit

Im Datenblatt werden redaktionelle Änderungen durch die Kommission beschlossen. U.a. die Änderung der Schreibweise von CIN III in CIN 3 bei der Kennzahl 7 (Anteil R0-Exzisionen bei CIN III)

TOP 6 Vorstellung Publikation (Hillemanns)

In der Kommissionsitzung 2023 war beschlossen worden, die Ergebnisse der Dysplasie-Einheiten und Sprechstunden zu veröffentlichen. Die Ergebnisse der daraus entstandenen Publikation von Steinkasserer et al. (Quality assurance using quality indicators for prevention and early detection of cervical cancer in certified gynaecological dysplasia units and consultancies) werden vorgestellt. Auch weitere Publikationen sind aus dem Zertifizierungskontext der Gynäkologischen Krebszentren in den letzten 2 Jahren entstanden und werden angesprochen (Stübs et al. (Implementation and update of guideline-derived quality indicators for cervical cancer in gynecological cancer centers certified by the German Cancer Society (DKG)) und Stübs et al.

Implementation of quality indicators for vulvar cancer in gynaecological cancer centres certified by the German Cancer Society (DKG)).

Die Kommission betont die Wichtigkeit die Ergebnisse der Qualitätssicherung und qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Publikationen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

TOP 7 Verschiedenes (Utzig/Sibert DKG)

- Es werden aktuelle gesundheitspolitische Themen erörtert. Schwerpunkt der Diskussion sind die Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und den ersten Erfahrungen mit der Zuteilung von Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen. Im Zusammenhang mit diesem Tagesordnungspunkt werden auch vorab eingereichte Eingaben zum Thema „Leistungsgruppen“ diskutiert. Wie z.B. mit zertifizierten Zentren umzugehen sei, die selbst den Zuschlag für die LG Ovarialkarzinome nicht erhalten hätten und wie Kooperationsmodelle mit beachtet werden könnten. Von der Kommission wird betont, dass sich für die Herausnahme des Ovarialkarzinoms aus der gynäkologischen Onkologie keine medizinische Begründung nachvollziehen lässt. Sowohl von Seiten der Fachgesellschaften als auch der DKG sind entsprechend Stellungnahmen herangetragen worden, dies nochmals zu prüfen und zu überarbeiten. Die Kommission möchte die weiteren Entwicklungen in anderen Bundesländern vorerst abwarten.
- Es werden aktuelle Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vorgestellt. Es wird diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hingewiesen. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmenden für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 15:15 Uhr beendet.

Berlin, 06.05.2025

Protokoll: Klages, Utzig, Vogt

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.1.5		Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.4). Wenn das ZPM u. das GZ unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort sind, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.2 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).
1.2.4		Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, • die alle leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) (inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde) wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.
1.4.6.b	Empfohlen wird außerdem: • die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte) • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst und der Selbsthilfe Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 1 x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz od. Qualitätszirkel vorstellen.	Empfohlen wird außerdem: • die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte) • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst und der Selbsthilfe Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 1x jährlich im Zentrum vorstellen, z.B. im Rahmen der Tumorkonferenz od. Qualitätszirkel vorstellen.
1.6.1	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen / Betroffenen Gruppen, mit denen das Gynäkologische Krebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und die folgenden Punkte beinhalten:	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen / Betroffenen Gruppen, mit denen das Gynäkologische Krebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und die folgenden Punkte beinhalten:

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, Nachsorge...) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des Gynäkologischen Krebszentrums) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am Gynäkologischen Krebszentrum für Gespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psycho-Onkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin (optional) • Persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Gynäkologischen Krebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren • Ein Ansprechpartner (vorzugsweise von der Pflege) muss für die Selbsthilfe benannt sein. • Mitwirkung ärztliche Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe • Die formulierten Aufgaben können ausschließlich durch Betroffene erfüllt werden	• Zugang zu den Angeboten von Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, Nachsorge...) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des Gynäkologischen Krebszentrums) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am Gynäkologischen Krebszentrum für Gespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psycho-Onkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin (optional) • Persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Gynäkologischen Krebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren • Ein Ansprechpartner (vorzugsweise von der Pflege) muss für die Selbsthilfe benannt sein. • Mitwirkung ärztliche Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe • Die formulierten Aufgaben können ausschließlich durch Betroffene erfüllt werden
1.8.2	Pat.bezogene Aufgaben: • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen • Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Gynäkologischen Krebszentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend dem Konzept auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2) • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind mind.	Pat.bezogene Aufgaben: • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen • Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Gynäkologischen Krebszentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend dem Konzept auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2) • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind mind.

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Gynäkologischen Krebszentrum Berücksichtigung finden. • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Gynäkologischen Krebszentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen	1x/Quartal 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Gynäkologischen Krebszentrum Berücksichtigung finden. • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Gynäkologischen Krebszentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen
2.1.1.a	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung und Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard
2.1.7	Erbliche Belastung Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss schriftlich, in Anlehnung an FBREK-Kooperationsvertrag des vdek nachgewiesen werden. Checklisten für die Erfassung einer erblichen Belastung sind anzuwenden bei: • Pat. mit Mamma-/Ovarial-Ca (V.a. familiärer Brust-/Eierstockkrebs) • Pat. mit Endometrium-Ca (EC) (V.a. HNPCC/Lynch-Syndrom) Die aktuellen Checklisten und der Algorithmus sind unter diesem Link unter dem Punkt Gynäkologische Krebszentren herunterladbar. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Erbliche Belastung Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss schriftlich, in Anlehnung an FBREK-Kooperationsvertrag des vdek nachgewiesen werden. Checklisten für die Erfassung einer erblichen Belastung sind anzuwenden bei: • Pat. mit Mamma-/Ovarial-Ca (V.a. familiärer Brust-/Eierstockkrebs) • Pat. mit Endometrium-Ca (EC) (V.a. HNPCC/Lynch-Syndrom) Die aktuellen Checklisten und der Algorithmus sind unter diesem Link unter dem Punkt Gynäkologische Krebszentren herunterladbar. Bei vertraglichen Problemen bitte an die Geschäftsstelle des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs unter dk-fbrek@uk-koeln.de wenden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
5.2.2	Organübergreifende Operationen - Für organübergreifende OPs müssen Kooperationen mit Urologen und Viszeralchirurgen bestehen - Die Zusammenarbeit ist an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen	Organübergreifende Operationen - Für organübergreifende OPs müssen Kooperationen mit der Urologie und der Viszeralchirurgie (mind. 1 FA Spez. Viszeralchirurgie) Urologen und Viszeralchirurgen bestehen - Die Zusammenarbeit ist an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen
5.2.6.b	Anzahl Operationen pro benanntem Operateur: 20 Operationen pro Jahr, auch als Ausbildungsassistenz möglich. Alle operativen Fälle des GZ müssen durch benannte Operateure operiert werden (Erstoperateur oder als Ausbildungsassistenz). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	a) für das Basisdatenblatt gilt, dass je Pat. nur 1 OP eingetragen werden kann, =>Komplettierungs-OP. b) für die operative Expertise dürfen beide Eingriffe gezählt werden; siehe auch FAQ 26.5.2023 "Wie sind die OPs für die Operateure zu zählen? Für den Nachweis der Operationen pro benanntem Operateur zählen alle im Kennzahlenjahr durchgeführte Operationen (als Erstoperateur o. als Ausbildungsassistenz). Ein ggf. bestehende Differenz zwischen der Summe der "Operationen pro benanntem Operateur" und der Kennzahl "Operative Fälle" muss dabei erklärt werden (z.B. Überhang aus Jahr vor Kennzahlenjahr)"
6.2.14	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Vermittlung Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.
10.3	Anforderungen an die Tumordokumentation Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung und -eingabe zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.	Anforderungen an die Tumordokumentation Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) e.V., des Deutschen Krebsregisters (DKR) e.V. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) und der Plattform §65c verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung und -eingabe zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
10.4	Zusammenarbeit mit Krebsregister - Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de). - Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. - Die Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität sollte über das Krebsregister gewährleistet sein. - Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.	Zusammenarbeit mit Krebsregister - Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de). - Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. - Die Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität sollte über das Krebsregister gewährleistet sein. Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung. - Sofern das zuständige 65c-Krebsregister die Follow-up-Daten nicht liefern kann, sollen Krebsregister und Zentrum schriftlich begründen, warum eine Lieferung nicht erfolgen kann (siehe 10.10).