

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Sarkomzentren Modul im Onkologischen Zentrum

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. P. Hohenberger, Prof. Dr. L. Lindner

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.

Stand FAQ: 25.09.2025

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

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
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.4	Vorstellung Tumorkonferenz	29.11.2019
1.7 Studienmanagement	1.7.4.a	Anteil Studienpat.	31.08.2022
	1.7.4.c	Anteil Studienpat.	15.05.2023
2.1 Sprechstunde	2.1.3	Erfassung Wartezeiten	18.10.2021
3 Radiologie	3.2	Fachärzte	18.04.2019
5 Operative Onkologie	5.2.1	Operativer Standort Sarkomchirurgie	18.04.2019
	5.2.2.b	Jährliche Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion)	25.09.2025
	5.2.2.c	Qualifikation für Zulassung neuer Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion)	15.05.2023
	5.2.4.c	Operative Einheit plastische Chirurgie	18.04.2019
8 Pathologie	8.2	Fallzahlen pro Pathologisches Institut	18.04.2019
	8.11.a	Pathologieberichte	18.10.2021

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
2b	Prätherapeutische Tumorkonferenz	17.11.2021
10	Risikogerechte adjuvante Therapie GIST	18.04.2019

FAQ's - Erhebungsbogen Sarkome

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.4	Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz • Prätherapeutische Fallvorstellung: Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95% • Postoperative Fallvorstellung: Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95% Angabe im Datenblatt	<u>FAQ (29.11.2019)</u> Müssen Pat. mit gyn. Sarkomen neben der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums zusätzlich in der Tumorkonferenz des Sarkomzentrums vorgestellt werden? Antwort: Nein. Die Zertifizierungskommission für Gynäkologische Krebszentren merkt für Pat. mit gyn. Sarkomen, die in Kooperation mit dem lokalen zertifizierten Sarkomzentrum behandelt werden an: Vorstellung in <u>einer</u> der beiden Tumorkonferenzen (GZ oder Sarkomzentrum) ist ausreichend. Eine kooperative Beteiligung beider Vertreter in der jeweiligen Tumorkonferenz ist dabei zu gewährleisten und die Prozesse dafür sind lokal zu definieren. Die Fachexperten für die Sarkomzentren werden entsprechend informiert (Auszug aus Protokoll Gyn 2019).	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.4.a	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle	<u>FAQ (31.08.2022)</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 des Pat. nicht möglich ist.
1.7.4.c	Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument), 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 Studie für Pat. des Sarkomkrebszentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt.	<u>FAQ (15.05.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
2.1.3	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: < 60 Min. (Sollvorgabe) Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: 5 Werktage (Sollvorgabe) Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	<u>FAQ (18.10.2021)</u> In welcher Form sollen die Wartezeiten erfasst/ ausgewertet werden? Antwort: Die Festlegung soll innerhalb des Qualitätszirkels einheitlich für das Zentrum getroffen werden.	

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen		
3.2	Fachärzte • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR). • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.	<u>FAQ (18.04.2019)</u> Zur Erstzertifizierung muss pro Person mind. eine Anmeldung zur Qualifikation gemäß DRG Stufe II <u>oder</u> DGMSR Stufe II <u>oder</u> ESSR vorliegen. Nach 3 Jahren ist die abgeschlossene Qualifikation nachzuweisen.	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
5.2.1	Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie • Tumorresektionen bei Sarkomen umfassen folgende Bereiche: - Weichgewebesarkome viszeral/retroperitoneal - Weichgewebesarkome muskuloskelettal - Knochensarkome • Tumorresektionen bei Sarkomen in den oben genannten Bereichen sind von einem benannten Operateur bzw. von einer benannten Vertretung durchzuführen. • Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. • Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. • Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Pat. nachzuweisen.	<u>FAQ (18.10.2021)</u> Ist die Versorgung von Knochentumoren ein Muss-Kriterium? Antwort: Nur Zert. WGT ist möglich, auch wenn < 10 Knochentumoren am Standort operativ versorgt werden.	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
	- Für die Sarkomchirurgie Weichgewebesarkome gilt: Es müssen gemeinsam mind. 50 Weichgewebesarkomresektionen/ Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) nachgewiesen werden. - Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Knochensarkomresektionen/ Standort/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) durchgeführt werden. - Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen - Mind. 1 FA für Thoraxchirurgie ist namentlich zu benennen		
5.2.2.b	Jährliche Expertise benannte <u>Operateure Sarkomchirurgie (Tumorsektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.1)</u> - Mind. 15 Tumorsektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur (siehe Kap. 5.2.2c). - Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als 1. Operateur mind. 10 Fälle im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein. - In interdisziplinärer Kooperation durchgeführte Eingriffe bei komplexen Fällen können für beide Hauptoperateure gezählt werden. - Eine benannte Vertretung (siehe Kap. 5.2.2c) muss mind. 10 Tumorsektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) nachweisen können. - Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden.	<u>FAQ (18.04.2019)</u> Über welchen Zeitraum gilt die Anforderung für viszeralchirurgische/ orthopädische/ plastisch-chirurgische Operateure? Antwort: Der Erfassungszeitraum ist jeweils das letzte Kalenderjahr. <u>FAQ (18.10.2021)</u> Können Eingriffe bei Sarkompat. unter 18 Jahren für die Operateure als Eingriffe zählen? Antwort: Ja, Eingriffe bei Pat. <18 Jahre können bei der Expertise im Tabellenblatt „Netzwerk Chirurgie“ gezählt werden. Eine Anrechnung von Pat. <18 Jahren bei den Zentrumsfällen ist nicht möglich. <u>FAQ (18.10.2021)</u> Können in Kooperation durchgeführte Eingriffe für beide Hauptoperateure gezählt werden? Antwort: Wenn 2 Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Orthopädie und Viszeralchirurgie) bei komplexen Fällen zusammen operieren, kann die Operation beiden Operateuren angerechnet werden. <u>FAQ (25.09.2025)</u> Können (Mikro-) GIST, die erst postoperativ als Zufallsbefund (Inzidentalom) diagnostiziert wurden, für die jährliche Expertise der benannten	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
		Operateure angerechnet werden? Antwort: Ein (Mikro-) GIST kann nur gezählt werden, wenn er • präoperativ bekannt war <i>oder</i> intraoperativ entdeckt wird • <i>und</i> das operative Vorgehen entsprechend angepasst werden muss. (Mikro-)GIST, die intraoperativ nicht bemerkt und erst postoperativ im Pathologiebefund als Inzidentalom diagnostiziert werden, sind nicht anrechenbar.	
5.2.2.c	Qualifikation für Zulassung neuer Operateure Sarkomchirurgie (Tumorsektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.1) Zulassung neuer benannter Operateure Weichgewebesarkome: • Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorsektionen bei Weichgewebesarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). • Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als Hauptoperateur mind. 25 Operationen im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein Knochensarkome: • Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführten Tumorsektionen bei Knochensarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) Zulassung neuer Stellvertreter • Bei Erstzertifizierung Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorsektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) (Vorlage OP-Berichte) • Nach 3 Jahren Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorsektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich müssen mind. 25 im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein	<u>FAQ (15.05.2023)</u> Wie ist die Zählweise für Operateure von Weichgewebesarkomen, die sowohl Resektionen im viszeralen/ retroperitonealen als auch im muskuloskelettalen Bereich durchführen? Antwort: Ein Operateur kann sowohl im viszeralen/ retroperitonealen als auch im muskuloskelettalen Bereich Weichteilsarkomresektionen durchführen. Bedingung ist nur, dass er mind. 50% der genannten Mindestmengen als Life-Time-Expertise sowie 10 Resektionen/ Bereich als jährliche Resektionsleistung im jeweiligen Bereich absolviert hat. Bei notwendiger extremitätenerhaltender Knochenresektion bei Weichteilsarkomresektionen gelten die Voraussetzungen der Knochen-sarkome. Sarkome im Bereich des Beckens können ggf. als retroperitoneal oder muskuloskelettal gezählt werden.	
5.2.4.a	Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)	<u>FAQ (18.04.2019)</u> 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe bei Pat. mit Sarkom ist eine unrealistische Anforderung	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
	- Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr (keine Beschränkung auf Sarkompatienten) durchgeführt werden. - Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Pat. können jeweils gezählt werden. - Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden.	Antwort: Die Anforderung bezieht sich nicht spezifisch auf Sarkompat. Hier können alle Operationen unabhängig von der Diagnose gezählt werden.	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen		
8.2	Jährl. mind. 100 Histologien von Sarkomen gemäß Versorgungsumfang (Diagnosenliste laut Datenblatt); dokumentierte Doppelbefundung wird anerkannt.	<u>FAQ (18.04.2019)</u> Welche Anforderungen gelten bei der Befundung von Dermatosarkomen durch Dermatopathologen? Antwort: Die Beurteilung soll in Kooperation mit den benannten Pathologie-Fachärzten des Sarkomzentrums erfolgen.	
8.11.a	Pathologieberichte Pathologieberichte für Weichgewebetumoren außer GIST müssen zusätzlich folgende Angaben enthalten (Abweichungen sind zu begründen): - Tumorkalisation (klinische Angabe ist Verantwortlichkeit des Kliniklers); - Makroskopische Tumorgroße; - Histologischer Tumortyp nach WHO-Klassifikation; - Histologischer Tumorgad nach FNCLCC (sofern anwendbar); - Tiefenlokalisation; - Lokal infiltrierte Strukturen; - Klassifikation pT: Angaben zu befallenen Bezirken und Unterbezirken, infiltrierte anatomischen Strukturen sind Verantwortlichkeit des Kliniklers (TNM-Klassifikation kann auch interdisziplinär festgelegt werden, z.B. postoperative Tumorkonferenz); - R-Status und Sicherheitsabstände in mm; - bei Zustand nach neoadjuvanter Therapie: Angabe zum Anteil der Tumornekrose/ Tumorregression	<u>FAQ (18.10.2021)</u> Ist bei der Forderung „Histologischer Tumortyp nach WHO-Klassifikation“ tatsächlich die ICD-O Klassifikation gemeint? Antwort Histologischer Tumortyp soll nach WHO-Klassifikation angegeben werden, mit Angabe der ICD-O-M Klassifikation (wo verfügbar).	

FAQ's - Datenblatt Sarkome

2b	Prätherapeutische Tumorkonferenz	Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<u>FAQ (17.11.2021)</u> Wie sind Pat. zu zählen, die auswärts anoperiert wurden und erst sekundär im Zentrum vorgestellt werden? Antwort: Wenn extern anoperierte Pat. im Sarkomzentrum operiert und prätherapeutisch vorgestellt werden, zählen diese Pat. für die Kennzahl mit.
		Nenner	Zentrumspat. mit neuauftretendem (Lokal-) Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
10	Risikogerechte adjuvante Therapie GIST	Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen eine risikogerechte adjuvante Therapie mit Imatinib eingeleitet wurde	<u>FAQ (18.04.2019)</u> Bei Pat. mit Wildtyp-GIST bzw. PDGF-Rezeptor-Mutation ist die adjuvante Imatinib-Therapie nicht indiziert. Die Anzahl der Pat. mit GIST bzw. PDGF-Rezeptor-Mutation sollte im Datenfeld „Begründung/Ursache“ zur Kennzahl angegeben werden.
		Nenner	Operative Primärfälle GIST mit hohem Risiko	
		Sollvorgabe	≥ 85%	