

Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M.W. Beckmann, Prof. Dr. C. Dannecker

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie -Ovar, -Uterus, -Uterus/Zervix, -Vulva
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radioonkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie/ Dysplasie (AG CPC/Dysplasie)
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen e.V. (BDP)
Bundesarbeitsgemeinschaft Leit. Ärztinnen u. Ärzte in der Frauenheilkunde u. Geburtshilfe (BLFG)
Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Bundesverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. -Endometrium, -Ovar, -Vulva/ Vagina, -Zervix
Bundesverband Frauenselbsthilfe Krebs (FSH)
Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe/ Dysplasie (DGGG/Dysplasie)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (OPH)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Fachexpert*innen
Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
S2k-Leitlinie Vulva
S3-Leitlinie Endometrium/ Zervix Prävention/ Zervix Therapie/Ovar
Ständige Gäste:

- OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

Der hier vorliegende Erhebungsbogen inkl. Anlagen ist für alle Zentren verbindlich anzuwenden.

Auditjahr: **2027**

Version: **K2**

Stand: **20.08.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich **grün** gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2025 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2026 durchgeführten Audits gültig.

Der Erhebungsbogen des Auditjahres 2026 kann, sofern ggf. enthaltene Jahreszahlen durch das Zentrum angepasst werden, auch im Auditjahr 2027 weiterhin verwendet werden.

Da das Kapitel 10 grundsätzlich überarbeitet wurde, wurde auf Änderungsmarkierungen verzichtet.

Eingearbeitet wurden:

- S3-Leitlinien: Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren; Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom; Endometriumkarzinom
- S2k-Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (Topographie und Morphologie), 2. Revision 2019 (BfArM) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) dar.

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.

Angaben zum Gynäkologischen Krebszentrum

Zentrumsname	
Leitung des Zentrums	
Zentrumskoordination	
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammbblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammbblattes zu benennen. Das Stammbblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...) (Nicht belegt)
2. Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik (Nicht belegt)
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)
 - 6.2 Medikamentöse Tumorthherapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Das Inhaltsverzeichnis ist für alle Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft einheitlich. Die nicht relevanten Kapitel sind als "Nicht belegt" gekennzeichnet.

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1	Mit den Hauptkooperationspartnern sind schriftliche Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zu schließen, wenn sie unter verschiedener Trägerschaft stehen. Die Vereinbarungen sind jährlich im Gynäkologischen Krebszentrum auf Aktualität zu überprüfen. Ist das Zentrum unter einer Trägerschaft beziehungsweise einem Klinikstandort, sind diese nicht notwendig. Die Verpflichtung relevante Ablaufprozesse zu definieren sowie sonstige erforderliche Regelungen zu treffen, bleibt hiervon unberührt. Dies kann z.B. über ein allg. Handbuch abgedeckt werden. Hauptkooperationspartner sind aus den Bereichen: Operative Onkologie, Pathologie, Medikamentöse Onkologie (Gyn. Onkologie und Hämatologie u. Intern. Onkologie), Strahlentherapie, Radiologie In den Vereinbarungen mit den Hauptkooperationspartnern sind folgende Punkte zu regeln: • Teilnahme an der Tumorkonferenz von Gynäkologischer Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie, Radiologie und in beratender Funktion Hämatologie u. Intern. Onkologie • Sicherstellung der Verfügbarkeit • Beschreibung der für das Gynäkologische Krebszentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einverständniserklärung des Behandlungspartners öffentlich als Teil des Gynäkologischen Krebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner u.a. für Notfallinterventionen: Operateur, Radiologe (außer Kooperation MRT), medikamentöse onkologische Therapie (Gynäkologe oder /und Internist), Strahlentherapeut.	
1.1.2	Vereinbarungen mit sonstigen Behandlungspartnern: Für folgende Behandlungspartner sind schriftliche Vereinbarungen zu treffen, in denen die	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird • Anästhesiologie, Intensivmedizin • Nuklearmedizin • Genetische Beratung Genanalysen, Familienanamnese (BRCA-1, BRCA-2, HNPCC) und Genetische Beratung • Palliativmedizinische Versorgung • Labor (mit Ringversuchszertifikat) • Physiotherapie/Krankengymnastik • Psycho-Onkologie • Selbsthilfe • Sozialdienst • Stomaversorgung • Transfusionsmedizin Die Vereinbarungen mit den Behandlungspartnern können z.B. folgende Punkte regeln: Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Beschreibung von Zusammenarbeit und Schnittstellen • Art der gegenseitigen Kommunikation • Einhaltung der Schweigepflicht	
1.1.3	Gynäkologische Dysplasie-Einheiten und – Sprechstunden • 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. (Link) • Kooperationen mit zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden müssen vorhanden sein und sind namentlich aufzuführen. Bei Nicht-Erfüllung gesonderte Begründung. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.1.4	Ansprechpartner des Gynäkologischen Krebszentrums Die Ansprechpartner des Gynäkologischen Krebszentrums am Klinikstandort sowie für die einzelnen Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und bekannt zu geben (z.B. im Internet). In ärztlichen Bereichen müssen die Verantwortlichkeiten auf Facharztniveau definiert sein.	
1.1.5	Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin - Onkologie Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.4). Wenn das ZPM u. das GZ unter einer	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum Anzahl Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals (keine Präkanzerosen), Borderlinetumoren d. Ovars u. seröse tubare intraepitheliale Carcinome (STIC)) pro Jahr: ≥ 75 Fälle (= Gesamtfallzahl), davon ≥ 50 Primärfälle Definition Primärfall: • 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 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.2.a	Zyklus Die Tumorkonferenz hat planmäßig mindestens 1x wöchentlich stattzufinden. Web/Online-Konferenz • Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperationspartner eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann. Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind nicht zulässig.	
1.2.2.b	Teilnehmer Tumorkonferenz Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz verbindlich und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen: • Operateur	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Radiologe • Pathologe • Strahlentherapeut • Internistischer Onkologe • Gynäkologischer Onkologe (sofern Systemtherapie von der Gynäkologie durchgeführt wird, Qualifikationen gemäß Kapitel 6.2) Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz in Ausnahmefällen nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Gynäkologischen Onkologen (Qualifikationen gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.	
1.2.2.c	Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachgruppen (z.B. Psychoonkologie, Pflege) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.	
1.2.2.d	Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). • Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon mind. 1 x pro Monat an der Tumorkonferenz teilzunehmen. • Einer der beteiligten Ärzte soll die Pat. persönlich kennen.	
1.2.2.e	Vorbereitung Tumorkonferenz Die wesentlichen Pat.daten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbetrachtung von geeigneten Studienpat. ist vorzunehmen.	
1.2.2.f	Demonstration Bildmaterial Pat.bezogenes Bildmaterial (radiologisch / pathologisch) muss bei der Tumorkonferenz verfügbar sein. Es muss eine geeignete techn. Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.	
1.2.2.g	Protokoll Tumorkonferenz • Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“). • Das Protokoll Tumorkonferenz muss Teil der Pat.akte sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen. • Die Verteilung des Behandlungsplanes an die einzelnen Behandlungspartner (inkl. Einweiser) ist sicherzustellen. • Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden.	
1.2.3	Fallbesprechung Alle Pat., die sich mit Erstmanifestation oder neu	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	aufgetretenem Rezidiv/Metastasen im Zentrum vorstellen, sollen in der Tumorkonferenz vorgestellt werden Anforderung: $\geq 90\%$ Bei Änderung des festgelegten Behandlungskonzeptes durch Partner des Zentrums muss eine erneute Fallbesprechung des Pat. erfolgen. Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
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 - Onkologie 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.	
1.2.5	Behandlungsplan Für alle Pat. ist ein interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen. Dies betrifft auch Pat., die keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden.	
1.2.6	Fertilitätserhalt Allen Pat. <40. Lj mit einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, System. Therapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden. - Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen. - SOP Fertilitätserhalt: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	
1.2.7	Therapieabweichung - Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz für die Partner des Zentrums bindend. - Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Wird eine Therapie auf Wunsch der Pat. (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.8	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. Diese Zuordnung der Pat. hat auch Relevanz für die Tumordokumentation.	
1.2.9	Qualitätszirkel - Es sind mind. 2 x jährlich Qualitätszirkel des Zentrums mit Hauptkooperationspartnern und Einweisern durchzuführen - Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan - Qualitätszirkel sind zu protokollieren	
1.2.10	Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenzen (MM-Konferenzen) - Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser - Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden - Besprochen werden Fälle von Pat. nach Abschluss der Primärtherapie, die sich in der Nachsorge befinden, besprochen werden alle peritherapeutisch verstorbenen Pat. - Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen Morbiditätskonferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. - MM-Konferenzen sind zu protokollieren	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1	Kooperierende Einweiser Es ist eine Liste der kooperierenden Haupteinweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Gynäkologischen Krebszentrums zu informieren. Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen, während deren Pat. vorgestellt werden bzw. eigene Pat. vorzustellen.	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.2	Bereitstellung von Unterlagen • Dem Einweiser sind folgende Unterlagen zeitnah bereitzustellen: • OP-Bericht • Histologie • Tumorkonferenzprotokoll / Behandlungsplan • Arztbrief / Entlassungsbrief • Änderungen der Therapie	
1.3.3	Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen / Fragen der Haupteinweiser einzurichten.	
1.3.4	Fortbildungen Es sind mindestens 1x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Gynäkologische Krebszentrum anzubieten. Inhalte / Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	
1.3.5	Einweiserzufriedenheitsermittlung • Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zur Rezertifizierung (3 Jahre nach Erstzertifizierung) vorliegen. • Die Rücklaufquote sollte dokumentiert werden	
1.3.6	Tumordokumentation / Follow-up • Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben. • Die Anforderungen hierzu sind unter „10. Tumordokumentation“ abgebildet.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen und psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt). Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben. Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut) Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.	
1.4.2.a	Angebot und Zugang Jeder Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.	
1.4.2.b	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening") und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".	
1.4.3	Psychoonkologie-Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	
1.4.4	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.4.5	Organisationsplan Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.	
1.4.6.a	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung: • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening • Vorbeugung / Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)	
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 1x jährlich im Zentrum vorstellen, z.B. im Rahmen der Tumorkonferenz od. Qualitätszirkel vorstellen.	
1.4.7	Fort- / Weiterbildung / Supervision • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr) • Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
------	---------------	----------------------------

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	Qualifikation Sozialdienst: • Sozialarbeiter / Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich	
1.5.2	Sozialdienst - Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	
1.5.3	Angebot und Zugang Jeder Pat. muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.	
1.5.4	Umfang Pat.betreuung Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	
1.5.5	Räumlichkeiten Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.5.6	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.5.7	Inhalte der Beratung unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patienten durch Soziale Arbeit) • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen Rehammaßnahmen (auch bei prophylaktischer Mastektomie/Ovarektomie bei Mutationsträgerinnen), • Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile uvam.) • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten u. Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Intervention bei Notfällen	
1.5.8	Dokumentation und Evaluation	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu dokumentieren (z.B. Care SD, KIS) und zu evaluieren.	
1.5.9	Weitere Aufgaben: • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision • Interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.	
1.5.10	Fort-/Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). Angebot von Supervision.	
1.5.11	Pat.bezogene Auswahl Reha-Einrichtungen Allen Pat. soll bei bestehender Indikation eine onkologische Reha im Gespräch angeboten werden. (siehe auch 1.5.7)	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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: • 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	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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	
1.6.2.a	Pat.befragungen - Allen Pat. muss die Möglichkeit gegeben sein, an der Pat.befragung teilzunehmen - Die Befragung ist mind. alle 3 Jahre über einen Zeitraum von mind. 3 Monaten durchzuführen	
1.6.2.b	- Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten) - Tumorspezifische Fragestellungen sind zu berücksichtigen	
1.6.3	Auswertung Pat.befragung - Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen - Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Gynäkologischen Krebszentrums zu beziehen - Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen - Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen, an denen alle (Haupt-) Kooperationspartner beteiligt sein sollten	
1.6.4	Pat.information (allgemein) - Das Gynäkologische Krebszentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Pat.mappe, über die Homepage). - Die Kooperations-/ Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. - Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen - Zur Verfügung gestellte Informationen: u.a. Pat.leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie (http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Pat.leitlinien.8.0.html)	
1.6.5	Entlassungsgespräch Mit jeder Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen werden: z.B. Krankheitsstatus, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z.B. Reha, Sanitätshaus, psychosoziales Angebot).	
1.6.6	Ergebnis Tumorkonferenz Die Pat. muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden. Die Entscheidung der Pat. muss dokumentiert werden. Pat.information (fallbezogen)	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Pat. erhält folgende Dokumente: • Tumorkonferenzprotokoll / Behandlungsplan • Arztbrief / Entlassungsbrief • Nachsorgeplan / Nachsorgepass • Ggf. Studienunterlagen	
1.6.7	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich von dem Gynäkologischen Krebszentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. durchzuführen. Sofern Pat.veranstaltungen von der Industrie (mit-)finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.8	Beschwerdemanagement Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Pat. erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Zugang zu Studien Den Pat. muss der Zugang zu Studien mit Ethikvotum möglich sein. Die am Gynäkologischen Krebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten. Diese Liste ist den Pat. mit einer kurzen Beschreibung der Studien zugänglich zu machen.	
1.7.2	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen Studienassistent / Study nurse • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.3	Studienassistent - Aufgaben Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen-/ Funktionsbeschreibung) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen: • Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt • Pat.betreuung während der Studie und in der Nachsorge • Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation • Erhebung und die Dokumentation aller	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	studienrelevanten Daten - Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen - Die Tätigkeit der Studienassistenten kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.	
1.7.4	Prozessbeschreibung: Für die Aufnahme / Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien sind die Prozesse inkl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.: - Auswahl neuer Studien inkl. Freigabeentscheidung - Interne Bekanntgabe neuer Studie (Aktualisierung Studienliste, ...) - Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpat., Doku., ...) - Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Pat.)	
1.7.5.a	Anteil Studienpat. 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein 2. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl	
1.7.5.b	- Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. - Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle / diagnostische Studien werden anerkannt).	
1.7.5.c	Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: - Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung - Es können alle Pat. des Zentrums gezählt werden - Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden - Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entscheidende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Gynäkologischen Krebszentrums 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 - Registerstudien können bei Vorliegen eines Ethikvotums und eines Studienplans mit definierter Fragestellung gezählt werden - Präventions-/Screeningstudien der eigenen Dysplasie-Sprechstunde/-Einheit können für	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	das eigene Gyn. Krebszentrum gezählt werden Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Onkologische Fachpflegepersonen - Am Gynäkologischen Krebszentrum muss mind. 1 onkologische Fachpflegeperson aktiv im Tagdienst tätig sein. - Onkologische Fachpflegeperson sind namentlich zu benennen. In Bereichen, in denen Pat. mit gynäkologischen Krebserkrankungen versorgt werden, ist jeweils die Umsetzung der übergeordneten Tätigkeiten (siehe unten) einer onkologischen Fachpflegeperson nachzuweisen. Die Aufgabenwahrnehmung/ Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegeperson ist die - Weiterbildung onkologische Fachpflegeperson gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung - oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) - oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im Gynäkologischen Krebszentrum	
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	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Fachpflegepersonen 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. 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	
1.8.3	Fort- und Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.	
1.8.4	Einarbeitungskonzept Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegeperson zu erfolgen.	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...) (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Gynäkologische Krebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...) (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Anforderungen hinterlegt.	

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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 und Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard	
2.1.1.b	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen / Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
2.1.1.c	Der Pat. soll angeboten werden, den Partner/die Partnerin oder Angehörige in das Gespräch einzubeziehen.	
2.1.1.d	Die Art der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Pat. soll/sollte möglichst frühzeitig nach den Grundprinzipien einer pat.zentrierten Kommunikation, die eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht, erfolgen.	
2.1.1.e	Die Pat. soll über alle in den Leitlinien beschriebenen u. für sie relevanten Therapieoptionen, deren Erfolgsaussichten und deren mögliche Auswirkungen informiert werden. Insbesondere soll auf die Auswirkungen auf ihr körperliches Erscheinungsbild, ihr Sexualleben, ihre Harn- und Stuhlkontrolle (Inkontinenz) und Aspekte des weiblichen Selbstverständnisses (Selbstbild, Fertilität) eingegangen werden.	
2.1.2	Ambulante Versorgung im Gynäkologischen Krebszentrum Die Möglichkeiten zur vor-/ nachstationären Versorgung bzw. ambulanten Vorstellung sollte möglich sein und folgende Themen abdecken: • Diagnostik und Therapieplanung • Spezielle Nachsorgeprobleme Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden (z.B. gynäkologische Dysplasie) abgedeckt werden.	
2.1.3	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: < 60 min (Sollvorgabe) Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: < 2 Wochen	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	
2.1.4	Folgende Leistungen sind sicherzustellen: • Kolposkopie • Gewebeentnahme zur Histologie • Ultraschalluntersuchung (vaginal und abdominal)	
2.1.5	Diagnosemitteilung • Mitteilung der Diagnose durch den Arzt im persönlichen Gespräch • Zeit bis zur abschließenden Diagnose (Mitteilung histologisches Ergebnis an Pat.): < 2 Wochen	
2.1.6	Wiedervorstellung bei Therapienebenwirkungen ist organisatorisch zu regeln.	
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. 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.	
2.1.8	Erfassung Risiko für HNPCC/Lynch-Syndrom • Der unter 2.1.7 beschriebene Algorithmus für das Vorgehen bei V.a. Lynch ist umzusetzen und mit Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. • Nach Einwilligung der nach Gendiagnostikgesetz aufgeklärten Pat. immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine bei Pat. mit EC mit pos. Checkliste und/oder Pat. mit EC vor dem 60. Lj. (2.1.7)	
2.1.9	Hereditäre Erkrankung Pat. mit der Diagnose eines Ovarialkarzinoms sollen über das Risiko einer hereditären Erkrankung aufgeklärt und eine genetische Testung angeboten werden.	

2.2 Diagnostik (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Gynäkologische Krebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Fachärzte • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
3.2	MTR der Radiologie Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
3.3	Konventionelle Röntgendiagnostik Der Zugang für Röntgen-Untersuchungen (z.B. Rö-Thorax, Mammographie) ist sicherzustellen.	
3.4	CT, MRT, Hybridbildgebung (PET-CT) Der Zugang zu diesen Untersuchungen ist sicherzustellen. Sofern diese nicht direkt am Standort des Zentrums möglich sind, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln.	
3.6	Interventionelle Radiologie (IR) Der Zugang zu Verfahren der IR (z.B. Embolisation, Drainage, bildgeführte Biopsie) ist sicherzustellen. Sofern diese nicht direkt am Standort des Zentrums möglich sind, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln.	
3.7	Fort- und Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal (MTR) vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 gyn.-onk. Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Fachärzte	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- mind. 1 Facharzt - ein qualifiziertes Ausfallkonzept ist nachzuweisen - Qualifizierte Fachärzte sind namentlich zu benennen - Als Facharzt werden auch Ärzte mit Fachkunde Nuklearmedizin im Rahmen einer Einzelfallprüfung anerkannt	
4.2	MTR der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
4.3	PET Der Zugang zum PET ist zu beschreiben.	
4.4	Nachweis Detektionsrate Der Anteil der nachgewiesenen Wächterlymphknoten im Verhältnis der durchgeführten Untersuchungen: Sentinel Node-Biopsie-Sondenmessung ≥ 90% Sentinel Node-Szintigraphie (fakultativ, wenn durchgeführt, dann:) ≥ 90% Die Detektionsrate ist 1 x jährlich zu betrachten und bei Unterschreitung interdisziplinär zu besprechen.	
4.5	Fort- und Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal (MTR) vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 gyn.-onk. Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Gynäkologische Krebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
------	---------------	----------------------------

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum - Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum. - Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Erstzertifizierung 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. Ein Konzept für die Ausbildung von Schwerpunktinhabern Gynäkologische Onkologie muss vorliegen. Zusätzlich sollen die in Ausbildung befindlichen Ärzte (+ Nachweis Logbuch) genannt werden. Abweichungen sollen begründet werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.2	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	
5.2.3	Stationäre Versorgung Betten für gynäko-onkologische Pat. müssen verfügbar sein.	
5.2.4	Die Wartezeit zwischen Diagnosestellung und dem OP-Termin sollte eine ausreichende Bedenk- und Beratungszeit berücksichtigen und nicht länger als 4 Wochen sein.	
5.2.5	OP-Kapazität Eine ausreichende OP-Kapazität ist zur Verfügung zu stellen.	
5.2.6.a	Definition der operativen Onkologie Stadiengerechte operative Behandlung einschließlich organübergreifender und rekonstruktiver Maßnahmen. 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. Angabe in Datenblatt	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(Excel-Vorlage)	
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.	
5.2.8	Fort- und Weiterbildung Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Gynäkologische Krebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.0	Die Anforderungen an die "Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie" können alternativ in dem „Erhebungsbogen Ambulante internistische Onkologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Behandlungseinheit für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen „Ambulante internistische Onkologie“ eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen. Der Erhebungsbogen "Ambulante internistische Onkologie" ist unter http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartn er.htm downloadbar.	
6.2.1	Qualifikation Facharzt - Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie oder - Facharzt für Gynäkologie mit der	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder - Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie Beherrschung und Durchführung - endokriner Behandlungsverfahren - immunologischer Behandlungsverfahren - neo-/ adjuvanter Therapiekonzepte - palliativer Therapiekonzepte - supportiver Therapiekonzepte - Behandlung von Nebenwirkungen (z.B. Konzept für Paravasate) Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	
6.2.2	Fachpflegeperson/ MFA Voraussetzungen für die Fachpflegeperson/ MFA, die eine Chemotherapie verantwortlich entsprechend Therapieprotokoll appliziert: - Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapien von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegeperson stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie - mind. 50 Chemotherapieapplikationen (bei der Erstertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen) - Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Fachpflegepersonen) - Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen - Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.	
6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit /-partner - mind. 50 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. bei Pat. mit gynäkologischen / senologischen Krebserkrankungen oder - mind. 200 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien,	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.4	Medikamentöse onkologische Therapie ambulant / stationär Es muss die Möglichkeit bestehen, die medikamentöse onkologische Therapie sowohl ambulant als auch stationär (ggf. in Kooperation, dafür müssen die qualitativen und quantitativen Anforderungen des Kapitels erfüllt werden) anzubieten.	
6.2.5	Anzubietende Möglichkeiten • Zytostatika-Therapie • Antihormontherapie • Antikörpertherapie, Bisphosphonattherapie Allgemeines Systemtherapie • Zytostatikaarbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig • fachgerechte Abfallentsorgung • ständige Rufbereitschaft	
6.2.6	Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie • Beschreibung Räumlichkeiten für ambulante medikamentöse Therapie • Anzahl der Plätze (mind. 2)	
6.2.7	Prozessbeschreibungen • Das Verfahren für die Chemo- und zielgerichteten Therapien ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieende) zu beschreiben. • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen, das Erkennen von Nebenwirkungen und das Festlegen von Maßnahmen, sind für alle Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren	
6.2.8	Schemata für systemische Therapie • Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. Therapiepläne • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.	
6.2.9	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, Anämie, Neutropenie, Emese, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.	
6.2.10	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
6.2.11	Medikamentöse Therapie in der metastasierten Situation - Die Verfahren für die Versorgung (Diagnose / Therapie) von Pat. mit Lokalrezidiv / Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade) - Eine regelmäßige Toxizitätsbeurteilung der Therapie hat anhand ausgewählter u. dokumentierter Messparameter (Symptome o.ä.) zu erfolgen. - Eine Evaluierung des Therapieeffektes muss alle 3 Monate pat.bezogen dokumentiert werden.	
6.2.12	Schmerztherapie - Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen - Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben - Bei Ausführung über externe Kooperationspartner ist ein Kooperationsvertrag zu vereinbaren	
6.2.13	Supportive / palliative Therapie Beschreibung der Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie (Prozessbeschreibung / Algorithmus).	
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 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.	
6.2.15	Fort- und Weiterbildung Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 gynäko-onkologische Fort-/ Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.onkozeit.de.	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.onkozeit.de	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1	Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen. - Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfad für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 1, S. 47) unter Nennung aller Beteiligten zu beschreiben. - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. - Die Gruppe der Pat. mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren z.B. in der TK. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). (S3-Leitlinie Palliativmedizin). - Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. - Die Anzahl der z.B. in der TK festgelegten Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0	Die Darlegungen der Daten im gesamten Erhebungsbogen sowie im Datenblatt umfassen grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B. wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...).	
10.1.1	Geltungsbereich Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet werden, dann sind die Tumordokumentations-Einheiten zu benennen (inkl. Aufteilung Zuständigkeiten für die Tumorentitäten, ggf. Organigramm). Im Erhebungsbogen sind ggf. spezifische dezentrale Regelungen ergänzend zu den zentralen Regelungen auszuführen.	
10.1.2	Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3	Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	qualitätsgesichert zu liefern. Organspezifische Anforderungen an die Datendarlegung und deren Umfang (Basisdaten, Kennzahlen, Ergebnisqualität, ...) sind in dem jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung rückverfolgbar sein.	
10.1.4	Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden. Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5	Gesetzliche Krebsregistrierung Die gesetzlichen Anforderungen an die Krebsregistrierung sind nachweislich zu erfüllen. Für die Erhebung/ Darlegung der Krebsregisterdaten muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c verwendet werden.	
10.2.1	Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter pro Zertifizierungssystem bzw. Organgruppe zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Der Dokumentationsbeauftragte ist namentlich zu benennen (inkl. Funktion im Klinikum).	
10.2.2	Aufgaben Dokumentationsbeauftragter • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation • Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung • Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf	
10.2.3	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.	
10.2.4	Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).	
10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK). Kriterien für höheren Ressourcenbedarf • Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien • Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen • Unterstützung bei der Tumorkonferenz	
10.2.6	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1	Auswahl Tumordokumentationssystem (TDS) Die Art des Tumordokumentationssystems (TDS) ist dem Zentrum freigestellt (z.B. Eigenentwicklung, externer Anbieter, im KIS integriert oder über das §65c-Krebsregister).	
10.3.2	Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden: • Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge) • TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) • Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie, ...) • Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweittumoren und Sterbefälle) • Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)	
10.4.1	Nutzung OncoBox • Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Darm: Nutzung OncoBox verbindlich • Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem): Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.5.2	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend) Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden. Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) • Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0	Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.	
10.7.1	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a	Ergebnisqualität Brust Die Einreichung der Matrix Ergebnisqualität ist nur für die Brustkrebszentren verpflichtend, die über ein funktionierendes Krebsregister verfügen. Standorte, die einen Antrag auf Reduktion des Auditzyklus stellen bzw. bei denen auf Grundlage einer positiven Bewertung des Antrags keine Vorort-Begehung stattfindet, sind weiterhin verpflichtet, die Matrix Ergebnisqualität (Follow-up Quote $\geq 70\%$) einzureichen.	
10.7.2.b	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen. Die Tumordokumentation/ Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts), zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP).	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	
10.7.2.c	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Definition biochemisches Rezidiv: - Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf > 0,2 ng/ml - Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. 2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) 3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
10.8	Parameter Ergebnisqualität / Kaplan-Meier-Kurve Sofern die Kaplan-Meier Kurven aus der OncoBox bzw. aus dem TDS generiert werden können, sind diese jährlich zu erstellen und auszuwerten. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten. - Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ - Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP - Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ - Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ - Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ - Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP - Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH - Gesamtüberleben (OAS)	
10.9.1	Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren - Übermittlung patientenbezogener Follow-up Daten an das §65c-Krebsregister Die Follow-up Daten sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vom Zentrum an das §65c-Krebsregister übermittelt werden. - Anfrage patientenbezogene Follow-up Daten beim §65c-Krebsregister Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Die Follow-up Daten sollten mind. 1x pro Jahr durch das Zentrum beim §65c-Krebsregister angefragt werden. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich).	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.9.3.a	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata • ≥ 80% - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung • 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...) • < 60% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben	
10.9.3.b	Follow-up Quote Lunge • Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: ≥ 80% • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d	Erfassung Follow-up FBREK • Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP • Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

Datenblatt

Für die Darlegung der Basisdaten, Kennzahlen und weiteren Zentrumsdaten steht ein Datenblatt (EXCEL-Vorlage) zur Verfügung. Das Datenblatt ist eine Anlage zum Erhebungsbogen.

Das Datenblatt ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar.