

# Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren

## der Deutschen Krebsgesellschaft

In diesem Erhebungsbogen sind die Fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren festgelegt. Diese Anforderungen stellen die Basis für Zertifizierungen von Gynäkologischen Krebszentren dar.

**Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. M.W. Beckmann**

**Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren  
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):**

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)  
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)  
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)  
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)  
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)  
Arbeitsgemeinschaft Radioonkologie (ARO)  
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (ASORS)  
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)  
Bundesarbeitsgemeinschaft Leit. Ärztinnen u. Ärzte in der Frauenheilkunde u. Geburtshilfe (BLFG)  
Bundesverband Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. (FSH)  
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie-Viszeralchirurgie (CAO-V)  
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe (DGGG)  
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 e. V. (DRG)  
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)  
Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)

**Inkraftsetzung durch den Vorstand der DKG am 20.10.2010**

Eingearbeitet wurden die evidenzbasierten Leitlinien:  
S2-Zervixkarzinom, S2-Vulvakarzinom, S2-Ovarialkarzinom, S2-Endometriumkarzinom, S1-Trophoblasttumore

In Kooperation mit der Zertifizierungskommission für Brustzentren  
der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS)

**Angaben zum Gynäkologischen Krebszentrum**

Zentrum \_\_\_\_\_

Leiter Zentrum \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

Standort (Klinikum/Ort) \_\_\_\_\_

Dieser Erhebungsbogen ist gültig für

**QM-Systemzertifizierung**

QM-Standard in Vorbereitung  ISO 9001  KTQ  JCI  
Nachweis zur Re-Zertifizierung

Zertifizierungsstelle QM \_\_\_\_\_

**Änderungen (Haupt-) Kooperationspartner:**

Bezeichnung Kooperationspartner / Anschrift (Straße / PLZ / Ort)	Datum Zugang	Datum Abgang

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei Zertifizierungsstelle OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt registriert. Dieses Stammblatt kann bei OnkoZert angefragt werden. An dieser Stelle sind lediglich Kooperationen in den Bereichen Operative Onkologie, Radiologie, Pathologie, Medikamentöse Onkologie und Strahlentherapie zu betrachten.

**Erstellung /Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des Zentrums. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

## Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Gynäkologischen Krebszentrum
  - 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 Patientenbeteiligung
  - 1.7 Studienmanagement
  - 1.8 Pflege
  - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik
  - 2.1 Sprechstunde
  - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
  - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
  - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Internistische / Medikamentöse Onkologie
  - 6.1 Hämato-/Onkologie
  - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

## 1. Allgemeine Angaben zum Gynäkologischen Krebszentrum

### 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.1.1	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Hauptkooperationspartner sind aus den Bereichen: Operative Onkologie, Pathologie, Medikamentöse Onkologie (Gyn. Onkologie und Hämatologie u. Intern. Onkologie), Strahlentherapie, Radiologie</p> <p>In den Vereinbarungen mit den Hauptkooperationspartnern sind folgende Punkte zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an der Tumorkonferenz von Gynäkologischer Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie, Radiologie und in beratender Funktion. Hämatologie u. Intern. Onkologie</li> <li>• Sicherstellung der Verfügbarkeit</li> <li>• Beschreibung der für das Gynäkologische Krebszentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen</li> <li>• Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien</li> <li>• Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation</li> <li>• Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits</li> <li>• Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten</li> <li>• Einverständniserklärung des Behandlungspartners öffentlich als Teil des Gynäkologischen Krebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. homepage)</li> </ul>		
1.1.2	<p>Vereinbarungen mit weiteren Kooperationspartnern:</p> <p>Für folgende Kooperationspartner sind schriftliche Vereinbarungen zu treffen, in denen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird</p> <p>Ist das Zentrum unter einer Trägerschaft beziehungsweise einem Klinikstandort, sind diese Vereinbarungen nicht notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anästhesiologie, Intensivmedizin</li> <li>• Genetische Beratung Genanalysen, Familienanamnese (BRCA-1, BRCA-2, HNPCC) und Genetische Beratung</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativmedizinische Versorgung</li> <li>• Labor (mit Ringversuchszertifikat)</li> <li>• Ambulanter Pflegedienst</li> <li>• Physiotherapie/Krankengymnastik</li> <li>• Psycho-Onkologie</li> <li>• Selbsthilfe</li> <li>• Sozialdienst</li> <li>• Stomaversorgung</li> <li>• Transfusionsmedizin</li> </ul> <p>Die Vereinbarungen mit den Behandlungspartner können z.B. folgende Punkte regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Beschreibung von Zusammenarbeit und Schnittstellen</li> <li>• Art der gegenseitigen Kommunikation</li> <li>• Einhaltung der Schweigepflicht</li> </ul>		
1.1.3	<p>Gynäkologische Früherkennung</p> <p>Die gesonderte Zertifizierung der Gynäkologischen Früherkennung kann durch das Gynäkologische Krebszentrum bzw. durch einen seiner Kooperationspartner entsprechend dem Erhebungsbogen „Gynäkologische Früherkennung durchgeführt werden</p>		
1.1.4	<p>Ansprechpartner des Gynäkologischen Krebszentrums</p> <p>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.</p>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.1	<p>Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum</p> <p>Anzahl Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals (keine Präkanzerosen) und Borderlinetumoren d. Ovars) pro Jahr: &gt; 75 Fälle, davon &gt; 50 Primärfälle</p> <p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Primärfall umfasst alle Aufenthalte und Operationen einer Patientin im Rahmen einer Erkrankung</li> <li>• Rezidiv/Metastase einer Patientin ist ein neuer Fall, kein Primärfall</li> <li>• Histologischer Befund, Arztbrief und ggf. Operationsbericht sollte vorliegen</li> </ul>	<p>Kennzahl</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieplanung-/durchführung über das Gynäkologische Krebszentrum</li> </ul> <p>Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose</p>		
1.2.2	<p>Zyklus</p> <p>Die Tumorkonferenz hat planmäßig mindestens 1 x wöchentlich stattzufinden.</p> <p>Videokonferenz</p> <p>In Ausnahmefällen können Videokonferenzen die persönliche Anwesenheit ersetzen. Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind nicht zulässig.</p>		
a)	<p>Teilnehmer Tumorkonferenz</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz verbindlich und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operateur</li> <li>• Radiologe</li> <li>• Pathologe</li> <li>• Strahlentherapeut</li> <li>• Internistischer Onkologe</li> <li>• Gynäkologischer Onkologe (sofern Systemtherapie von der Gynäkologie durchgeführt wird)</li> </ul> <p>Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachgruppen (z.B. Psychoonkologe, Pflege) die Tumorkonferenz einzubeziehen.</p> <p>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</p>		
b)	<p>Vorbereitung Tumorkonferenz</p> <p>Die wesentlichen Patientinnendaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbetrachtung von geeigneten Studienpatienten ist vorzunehmen (Anforderung in Orientierung nach dem DKG-Standardprotokoll Tumorkonferenz)..</p>		
c)	<p>Demonstration Bildmaterial</p> <p>Patientinnenbezogenes Bildmaterial (radiologisch/pathologisch) muss bei der Tumorkonferenz verfügbar sein. Es muss eine geeignete techn. Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.</p>		
d)	<p>Protokoll Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“).</li> <li>• Das Protokoll Tumorkonferenz muss Teil der Patientenakte sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen.</li> </ul>		
e)			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verteilung des Behandlungsplanes an die einzelnen Behandlungspartner (incl. Einweiser) ist sicherzustellen</li> <li>Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden.</li> </ul>		
1.2.3	<p>Fallbesprechung Alle Patientinnen, die sich mit Erstmanifestation oder neu aufgetretenen Rezidiv/Metastasen im Zentrum vorstellen, sollen bei Therapierelevanz in der Tumorkonferenz vorgestellt werden Anforderung: 80%</p> <p>Bei Änderung des primär festgelegten Behandlungskonzeptes muss eine erneute Vorstellung d. Pat. erfolgen</p>	Kennzahl	
1.2.4	<p>Behandlungsplan Für alle Patienten ist ein interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen. Dies betrifft auch Patienten, die keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden.</p>		
1.2.5	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend.</li> <li>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.</li> <li>Wird eine Therapie auf Wunsch der Patientin (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.</li> </ul>		
1.2.6	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es sind mind. 2 x jährlich Qualitätszirkel des Zentrums mit Hauptkooperationspartnern und Einweisern durchzuführen</li> <li>Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>Qualitätszirkel sind zu protokollieren</li> </ul>		
1.2.7	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (MM-Konferenzen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser</li> <li>Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden</li> <li>Besprochen werden Fälle von Patientinnen nach Abschluss der lokalen Primärtherapie, die sich in der Nachsorge befinden, besprochen werden alle perioperativ verstorbenen Pat.</li> <li>Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. Morbiditätskonferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen.</li> <li>MM-Konferenzen sind zu protokollieren.</li> </ul>		

1.2.8	Therapieempfehlung Zervixcarcinom Wenn die Indikation zu einer Radiotherapie besteht (primär oder adjuvant), dann soll diese als simultane Radio-Chemotherapie mit Cisplatin durchgeführt werden Anforderung: 80%	Kennzahl	
-------	---	----------	--

### 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 Patientinnen vorgestellt werden bzw. eigene Patientinnen vorzustellen.		
1.3.2	Bereitstellung von Unterlagen Dem Einweiser sind folgende Unterlagen zeitnah bereitzustellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• OP-Bericht</li> <li>• Histologie</li> <li>• Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan</li> <li>• Arztbrief / Entlassungsbrief</li> <li>• Änderungen der Therapie</li> </ul>		
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 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Gynäkologische Krebszentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie der Teilnahme sind zu protokollieren.		
1.3.5	Einweiserzufriedenheitsermittlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren.</li> <li>• Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zur Rezertifizierung (3 Jahre nach Erstzertifizierung) vorliegen.</li> <li>• Die Rücklaufquote sollte dokumentiert werden</li> </ul>		
1.3.6	Tumordokumentation / Follow-up <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben.</li> <li>• Die Anforderungen hierzu sind unter „9. Tumordokumentation“ abgebildet.</li> </ul>		

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen oder</li> <li>• Ärzte</li> </ul> <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung. Als Fortbildung anerkannt werden: von PSO oder dapo durchgeführte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von &gt; 100 Unterrichtseinheiten. Der Nachweis ist über ein spezielles Ausbildungscurriculum zu erbringen.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p>		
1.4.2	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Grundsätzlich sind sowohl die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, als auch Häufigkeit und Dauer der Gespräche zu erfassen. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs wird empfohlen, ein Screening zu psychosozialen Belastungen durchzuführen (z.B. Screeningverfahren in der Psychoonkologie, P. Herschbach, J.Weis, Berlin 2010, DKG e.V.). Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>	Kennzahl	
1.4.3	<p>Psychoonkologie- Ressourcen</p> <p>Bezogen auf 150 onkologische Fälle sollte mind. 0,5 VK zur Verfügung stehen (namentliche Benennung).</p>		
1.4.4	<p>Räumlichkeiten</p> <p>Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>		
1.4.5	<p>Organisationsplan</p> <p>Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>		
1.4.6	<p>Psychoonkologie - Aufgaben</p> <p>Die psychoonkologische Betreuung von Patienten ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen</li> </ul>		

	<p>Folgeproblemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>• Erhalt der Lebensqualität</li> <li>• Berücksichtigung des sozialen Umfeldes</li> <li>• Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit (Patientenveranstaltung o.ä.)</li> </ul> <p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter</li> <li>• eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich</li> <li>• die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte).</li> <li>• regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen</li> <li>• enge Kooperation mit dem Sozialdienst und der Selbsthilfe</li> <li>• Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.</li> </ul>		
1.4.7	<p>Fort-/Weiterbildung/Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</li> <li>• Externe Supervision ist regelmässig zu ermöglichen</li> </ul>		

## 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	<p>Jedem Patienten 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.</p> <p>Die Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden, ist zu erfassen.</p>	Kennzahl	
1.5.2	<p>Inhalte der Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen</li> <li>• Einleitung von medizinischen Rehammaßnahmen</li> <li>• Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvo-</li> </ul>		

	<p>raussetzungen, Eigenanteile uvam.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung bei Antragsverfahren</li> <li>• Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten u. Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten</li> <li>• Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration</li> <li>• Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern</li> <li>• Intervention bei Notfällen</li> </ul>		
1.5.3	<p>Weitere Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit</li> <li>• Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen, Supervision, Fortbildungen</li> <li>• interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.</li> <li>• Dokumentation der Tätigkeit</li> </ul>		
1.5.4	<p>Qualifikation Sozialdienst: Sozialarbeiter/Sozialpädagoge</p> <p>Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p> <p>Ressourcen: Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung.</p> <p>Organisationsplan: Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche oder Standorte fungiert, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>		

## 1.6 Patientinnenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.6.1	<p>Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen/Betroffenen Gruppen mit denen das Gynäkologische Krebszentrum aktiv zusammenarbeitet sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ....)</li> <li>• Ein Ansprechpartner für die Selbsthilfe muss benannt sein</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüre, Homepage des Gynäkologischen Krebszentrums)</li> <li>• Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am Gynäkologischen Krebszentrum für Gespräche</li> <li>• Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psycho-Onkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin (optional).</li> <li>• 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.</li> <li>• Mitwirkung ärztliche Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe,</li> <li>• Die formulierten Aufgaben können ausschließlich durch Betroffene erfüllt werden</li> </ul>		
1.6.2	<p>Patientinnenbefragungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationären Patientinnen muss die Möglichkeit gegeben sein, an der Patientinnenbefragung teilzunehmen</li> <li>• Die Rücklaufquote sollte über 50 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten)</li> <li>• Die Befragung kann während oder nach dem stationären Aufenthalt erfolgen. Tumorspezifische Fragestellungen sind zu berücksichtigen</li> </ul>	Kennzahl	
1.6.3	<p>Auswertung Patientinnenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen</li> <li>• Die Auswertung hat sich auf die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums zu beziehen</li> <li>• Eine protokollierte Auswertung hat mindestens 1 x pro Jahr zu erfolgen</li> <li>• Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen, an denen alle (Haupt-) Kooperationspartner beteiligt sein sollten</li> </ul>		
1.6.4	<p>Patientinneninformation (allgemein)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Gynäkologische Krebszentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Patientinnenmappe, über die Homepage).</li> <li>• Die Kooperations-/Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben.</li> <li>• Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen</li> </ul>		
1.6.5	<p>Entlassungsgespräch</p> <p>Mit jeder Patientin 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).</p>		
1.6.6	Ergebnis Tumorkonferenz		

	<p>Patientin muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden und den Empfehlungen zustimmen (Dokumentation in Akte);</p> <p>Patientinneninformation (fallbezogen) Die Patientin erhält folgende Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan</li> <li>• Arztbrief / Entlassungsbrief</li> <li>• Nachsorgeplan / Nachsorgepass</li> <li>• Ggf. Studienunterlagen</li> </ul>		
1.6.7	<p>Veranstaltung für Patientinnen Es ist mind. 1 x jährlich von dem Gynäkologischen Krebszentrum eine Informationsveranstaltung für Patientinnen durchzuführen.</p>		
1.6.8	<p>Beschwerdemanagement Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Patienten erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.</p>		
1.6.9	<p>Behandlungsfehler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei gerichtlich und außergerichtlich festgestellten Behandlungsfehlern sind dem Zertifizierer im Vorfeld der Zertifizierung die entsprechenden Unterlagen vorzulegen.</li> <li>• Die Re-/Aktionen des Zentrums die aus den Verfahren resultieren, sind beim Folgeaudit durch den Zertifizierer zu betrachten.</li> <li>• Darstellungszeitraum ist das für das Audit relevante Kalenderjahr.</li> <li>• Eine Nichterfüllung wird als Abweichung gewertet.</li> </ul>		

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.7.1	<p>Therapiestudien Zugang zu Therapiestudien Den Patientinnen muss der Zugang zu Therapiestudien möglich sein. Die am Gynäkologischen Krebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten. Diese Liste ist den Patientinnen mit einer kurzen Beschreibung der Therapiestudie zugänglich zu machen.</p>		
1.7.2	<p>Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen</p> <p>Studienassistentz/Study nurse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen.</li> <li>• Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.</li> </ul>		
1.7.3	<p>Studienassistentz - Aufgaben Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen-/Funktionsbeschreibung) und</p>		

	<p>kann u.a. folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt</li> <li>• Patientenbetreuung während der Studie und in der Nachsorge</li> <li>• Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation</li> <li>• Erhebung und die Dokumentation aller studienrelevanten Daten</li> <li>• Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen</li> <li>• Die Tätigkeit der Studienassistenten kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.</li> </ul>		
1.7.4	<p>Prozessbeschreibung: Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien sind die Prozesse incl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahl neuer Studien incl. Freigabeentscheidung</li> <li>• Interne Bekanntgabe neuer Studie (Aktualisierung Studienliste, ...)</li> <li>• Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpatienten, Doku., ...)</li> <li>• Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Patienten)</li> </ul>		
1.7.5	<p>Anteil Studienpatientinnen Es müssen Patientinnen in Studien eingebracht werden, soweit ein nationales Angebot an Studien besteht. Anforderung: <math>\geq 5\%</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</li> <li>• Abweichung bei Nicht-Erfüllen; Zentrum muss Begründung für Nichterfüllung sowie seine Initiative für eine Studienteilnahme darstellen.</li> <li>• Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum</li> </ul> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung</li> <li>• Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien</li> </ul>	Kennzahl	

**1.8 Pflege**

	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Gynäkologischen Krebszentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein.</li> <li>• Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> </ul> <p>Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegekraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es wird empfohlen während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Onkologische Fachpflegekraft nachzuweisen.</p> <p>Ausbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweilige landesrechtliche Regelung bzw. akademisch ausgebildete Fachpflegekraft (Master of Oncology).</p>		
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegerische Beratung der Betroffenen und Angehörigen im Sinne eines pflegerischen Case-Managements bzw. Überleitungspflege (Netzwerk ambulante Versorgung)</li> <li>• Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen.</li> <li>• Kollegiale Beratung im Sinne einer Fortbildung (theoretisch/praktisch) in der Kollegenschaft</li> <li>• Planung des Fortbildungsbedarfs der onkologischen Fachpflegekräfte</li> <li>• Umsetzung der neuesten (pflege-) wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis</li> <li>• gemeinsame onkologische Pflegevisite</li> </ul>		
1.8.3	<p>Pflegekonzept</p> <p>Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Spezifika der onkologischen Pflege Berücksichtigung finden.</p>		
1.8.4	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr) , sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.</li> </ul>		
1.8.5	<p>Einarbeitungskonzept</p> <p>Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat</p>		

	nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept zu erfolgen.		
--	---	--	--

## 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

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

## 2 Organspezifische Diagnostik

### 2.1 Sprechstunde

2.1.1	<p>Information / Dialog mit Patientin</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> <li>• Entlassungsgespräche als Standard</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientinnenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
2.1.2	<p>Ambulante Versorgung im Gynäkologischen Krebszentrum</p> <p>Die Möglichkeiten zur vor-/nachstationären Versorgung bzw. ambulanten Vorstellung sollte möglich sein und folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Therapieplanung</li> <li>• Spezielle Nachsorgeprobleme</li> <li>• Beratung familiärer Malignomerkrankungen mit der Genetik</li> </ul> <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden abgedeckt werden.</p>		
2.1.3	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde</p> <p>Anforderung: &lt; 60 min (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin</p> <p>Anforderung: &lt; 2 Wochen</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung:</p>		

	Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).		
2.1.4	Folgende Leistungen sind sicherzustellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolposkopie</li> <li>• Gewebeentnahme zur Histologie</li> <li>• Ultraschalluntersuchung</li> </ul>		
2.1.5	Diagnosemitteilung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung der Diagnose durch den Arzt im persönlichen Gespräch</li> <li>• Zeit bis zur abschließenden Diagnose (Mitteilung histologisches Ergebnis an Patientin): &lt; 2 Wochen</li> </ul>		
2.1.6	Wiedervorstellung bei Therapienebenwirkungen ist organisatorisch zu regeln.		

## 2.2 Diagnostik

	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	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Facharzt für Radiologie</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
3.2	<p>RTAs der Radiologie</p> <p>Mind. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein</p>		
3.3	<p>Konventionelle Röntgendiagnostik</p> <p>Der Zugang für Röntgen-Untersuchungen (z. B. Rö-Thorax, iv.-Pyelogramm, Mammographie) ist sicherzustellen.</p>		
3.4	<p>CT, MRT</p> <p>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.</p>		
3.5	<p>PET</p> <p>Der Zugang zum PET ist zu beschreiben</p>		
3.6	<p>Sonografie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transvaginalsonografie: Es sind Transvaginalsonden mit einer Frequenz von <math>\geq 5</math> MHz einzusetzen</li> <li>• Transabdominalsonografie: Es sind Sonden von <math>\geq 3,5</math> MHz einzusetzen.</li> <li>• Mammasonografie: Es sind ausschließlich Ultraschallgeräte mit einer Frequenz von <math>\geq 7,5</math> MHz einzusetzen.</li> </ul>		
3.7	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal (RTA's) vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 gyn.-onk. Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer &gt; 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.</li> </ul>		

### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1 Facharzt</li> <li>• eine qualifiziertes Ausfallkonzept ist nachzuweisen</li> <li>• Qualifizierte Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> <li>• Als Facharzt werden auch Ärzte mit Fachkunde Nuklearmedizin im Rahmen einer Einzelfallprüfung anerkannt</li> </ul>		
4.2	<p>MTAs der Nuklearmedizin:</p>		

	Mind. 2 qualifizierte MTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.		
4.3	<p>Nachweis Detektionsrate Der Anteil der nachgewiesenen Wächterlymphknoten im Verhältnis der durchgeführten Untersuchungen:</p> <p>Sentinel Node-Biopsie-Sondenmessung Bei Erstzertifizierung: &gt; 80 % Nach 3 Jahren: &gt; 90 %</p> <p>Sentinel Node-Szintigraphie (fakultativ) Bei Erstzertifizierung: &gt; 80 % Nach 3 Jahren: &gt; 90 %</p> <p>Die klinische Detektionsrate ist einer regelmäßigen Qualitätskontrolle (mind. 1 x jährlich) in einer interdisziplinären Runde zu betrachten (Blaulösung und Radioaktivität).</p>		
4.4	<p>Apparative Qualitätskontrolle Die SONDENSYSTEME und die Gammakameras sind einer regelmäßigen Qualitätskontrolle zu unterziehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitstägliche protokollierte Konstanzprüfungen (Null-Effekt, Ausbeute)</li> <li>• Weitere Qualitätskontrollen gemäß Herstellerangaben (i.d.R. halbjährlich)</li> </ul>		
4.5	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal (RTA's) vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 gyn.-onk. Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer &gt; 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.</li> </ul>		

## 5 Operative Onkologie

### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

	<p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Gynäkologische Krebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p>		
--	--	--	--

### 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	<p>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.</p>		
5.2.2	<p>Organübergreifende Operationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für organübergreifende OP's müssen Kooperationen mit Urologen und Viszeralchirurgen bestehen</li> <li>• Die Zusammenarbeit ist an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen</li> </ul>		
5.2.3	<p>Stationäre Versorgung Betten für gynäko-onkologische Patientinnen müssen verfügbar sein.</p>		
5.2.4	<p>Die Wartezeit zwischen Diagnosestellung und dem OP-Termin sollte eine ausreichende Bedenk- und Beratungszeit berücksichtigen und nicht länger als 4 Wochen sein.</p>		
5.2.5	<p>OP-Kapazität Eine ausreichende OP-Kapazität ist zur Verfügung zu stellen.</p>		
5.2.6	<p>Definition der operativen Onkologie Stadiengerechte operative Behandlung einschließlich organübergreifender und rekonstruktiver Maßnahmen</p> <p>Anzahl operierter Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals und Borderline Tumore des Ovars (BOT)) pro Jahr: 40</p> <p>Anzahl Operationen pro Operateur: 20 Operationen pro Jahr, auch als Ausbildungs-</p>	Kennzahl	

	assistenz möglich		
5.2.7	<p>Kennzahlen Morbidität/Mortalität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen</li> <li>• Perioperative Mortalität (-60 Tage) in der eigenen Einrichtung (tumorspezifisch für Zervix, Vulva, Ovar aufzuführen) Anforderung: möglichst &lt;5%</li> </ul>	Kennzahl	
5.2.8	<p>Wie viele Eingriffe bei Genitalmalignomen werden pro Jahr insgesamt durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präkanzerosen (VIN, VAIN, CIN, atypische Hyperplasie)</li> <li>• Primärfälle</li> <li>• Rezidive</li> </ul> <p>Die Anzahl der Eingriffe ist für die Tumorentitäten Ovar, Zervix, Endometrium und Vulva gesondert aufzuführen.</p>		
5.2.9	<p>Kennzahlen Resektion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operierte Ovarialkarzinome</li> </ul> <p>Angabe detailliert in Prozent für FIGO IIB – IV als:</p> <p>a. makroskopischer Tumorrest oder b. makroskopische Tumorfreiheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe pathologischer Tumorrest in Prozent bei invasiven Neoplasien der Zervix, Vulva, Endometrium: Unterteilt in R0, R1 u. R2-Resektion</li> </ul>		
5.2.10	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <p>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</p>		

## 6 Internistische / Medikamentöse Onkologie

### 6.1 Hämato-/Onkologie

	<p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Gynäkologische Krebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p>		
--	--	--	--

### 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1	<p>Qualifikation Facharzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie oder</li> <li>• Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbe-</li> </ul>		

	<p>zeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> </ul> <p>Beherrschung und Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• endokriner Behandlungsverfahren</li> <li>• immunologischer Behandlungsverfahren</li> <li>• neo-/adjuvanter Therapiekonzepte</li> <li>• palliativer Therapiekonzepte</li> <li>• supportiver Therapiekonzepte</li> <li>• Behandlung von Nebenwirkungen (z.B. Konzept für Paravasate)</li> </ul> <p>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.</p>		
6.2.2	<p>Pflegefachkraft</p> <p>Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich entsprechend Therapieprotokoll appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• mind. 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.)</li> <li>• Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte)</li> <li>• Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> <li>• Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.</li> </ul>		
6.2.3	<p>Qualifikation Behandlungseinheit/-partner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 50 Chemo-/AK-therapien jährl. bei Patientinnen mit gynäkologischen/senologischen Krebserkrankungen</li> <li>• Zählweise: abgeschlossene Chemo-Antikörpertherapie pro Patientin (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen)</li> <li>• Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden</li> </ul>		
6.2.4	<p>Medikamentöse onkologische Therapie ambulant/stationär</p> <p>Es muss die Möglichkeit bestehen, die medikamentöse onkologische Therapie sowohl ambulant als auch stationär anzubieten.</p>		

6.2.5	<p>Anzubietende Möglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zytostatika-Therapie</li> <li>• Antihormontherapie</li> <li>• Antikörpertherapie, Biphosphonattherapie</li> </ul> <p>Allgemeines Systemtherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zytostatikaarbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig</li> <li>• fachgerechte Abfallentsorgung</li> <li>• ständige Rufbereitschaft</li> </ul>		
6.2.6	<p>Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung Räumlichkeiten für ambulante medikamentöse Therapie</li> <li>• Anzahl der Plätze (mind. 2)</li> </ul>		
6.2.7	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Verfahren für die Chemotherapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieende) zu beschreiben.</li> <li>• Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren</li> </ul>		
6.2.8	<p>Schemata für systemische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen</li> <li>• Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen</li> <li>• die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</li> </ul> <p>Therapiepläne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen.</li> <li>• Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben</li> </ul>		
6.2.9	<p>Harmonisierung Standards Begleit- und Folgeerkrankungen</p> <p>Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.</p>		
6.2.10	<p>Harmonisierung Notfallbehandlung</p> <p>Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.</p>		
6.2.11	<p>Schmerztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen</li> <li>• Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben</li> <li>• Bei Ausführung über externe Kooperationspartner ist ein Kooperationsvertrag zu vereinbaren</li> </ul>		
	<p>Supportive/palliative Therapie</p> <p>Beschreibung der Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie (Prozessbe-</p>		

	schreibung/Algorithmus).		
6.2.12	<p>Information / Dialog mit Patientin Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> <li>• Entlassungsgespräche als Standard</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientinnenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
6.2.13	<p>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 &gt; 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.</p>		

## 7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
7.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 2 Fachärzte</li> <li>• Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> </ul> <p>Qualifikation der Fachärzte ist bezogen auf die Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum</p> <p>Bei kombinierten Therapien (perkutane Bestrahlung/Brachytherapie) darf die medizinische und medizin-physikalische Verantwortlichkeit nicht wechseln. Die Patientin sollte in einem einzigen Gynäkologischen Krebszentrum behandelt werden</p>		
7.2	<p>Medizinisch Technische Röntgen AssistentInnen (MTRA)</p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein</p>		
7.3	<p>Technische Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hochenergetische Röntgenstrahlen und schnelle Elektronen für perkutane Strahlentherapie</li> <li>• Intrakavitäre und interstitielle Brachytherapie</li> <li>• der Zugang zu einem Planungs-CT ist sicherzustellen</li> <li>• der Zugang zu einem NMR, insbesondere für die Brachytherapieplanung sollte sichergestellt</li> </ul>		

	<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3D-Bestrahlungsplanung für die perkutane Strahlentherapie obligat</li> <li>• 3D-Bestrahlungsplanungssystem für die intrakavitäre Brachytherapie sollte vorhanden sein</li> </ul> <p>Beschreibung der technische Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestrahlungsgeräte für die perkutane Bestrahlung (Art/Anzahl): z.B. Linearbeschleuniger, etc.</li> <li>• Strahlenart und –energie: z.B. Photonen, Elektronen, etc.</li> <li>• Brachytherapiegerät (Art/Anzahl): z.B. Ir192, HDR, etc.</li> <li>• CT-Simulation oder Therapiesimulation: z.B. Therapiesimulator etc.</li> <li>• Bestrahlungsplanungssystem/e</li> </ul> <p>Sonstige Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung des Ausfallkonzeptes bei Geräteausfall</li> <li>• Minimalanforderungen von TÜV- / DIN-Vorschriften</li> </ul>		
7.4	Beschreibung der Bestrahlungstechniken Dokumentation entsprechend der Leitlinien, bzw. der gesetzlichen Grundlagen		
7.5	Dokumentation/Tumorkontrolle und Begleitreaktion) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die bestrahlungsrelevanten Daten (z.B. Dosis- und Volumenkonzept) sind entsprechend von Leitlinien und der gesetzlichen Grundlagen zu dokumentieren</li> <li>• Begleitreaktionen (akut, subakut und spät) sind entsprechend standardisierter Nebenwirkungsscores (z.B. CTC, Lent-soma, WHO) zu dokumentieren</li> </ul>		
7.6	Patientinneninformation Schriftliche Patienteninformationen über Verhaltensmaßnahmen während und nach der Strahlentherapie werden bereitgestellt.		
7.7	Nachsorge Die tumorspezifische Nachsorge, sofern diese nicht durch den niedergelassenen Kollegen erfolgt ist allgemein zu regeln. Die fachspezifische Nachsorge erfolgt entsprechend der Richtlinien „Strahlenschutz in der Medizin“ und ist in der Akte zu dokumentieren.		
7.8	Fort- und Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 gyn.-onk. Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter/in (Dauer &gt; 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Gynäkologische Krebszentrum wahrnimmt.</li> </ul>		
7.9	Anzuwendende Leitlinien		

	fachspezifische Leitlinien der ARO, DEGRO (Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie), AGO, DGGG, DKG		
--	--	--	--

## 8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.1	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 2 Fachärzte für Pathologie</li> <li>• Die Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
8.2	Qualifikation Facharzt Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Befundung von Histologien gynäkologischer Tumore und Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Befundung von Zytologien gynäkologischer Tumore		
8.3	MTA's Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA's muss zur Verfügung stehen		
8.4	Fallzahlen Pathologisches Institut <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährlich mind. 100 Routinehistologien von gynäko-onkologischen Fällen</li> <li>• Jährlich über 5000 histologische Untersuchungen (Nachweis über Journal-Nr., basierend auf Fällen)</li> </ul>		
8.5	Vorzuhaltende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immunhistochemie</li> <li>• In-situ-Hybridisierung</li> <li>• Molekularpathologie</li> </ul> <p>Die Delegation dieser Spezialleistungen darf nur an pathologische Institute erfolgen, die mit Vorlage einer Kooperationsvereinbarung zu benennen sind. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen.</p>		
8.6	Obduktionen Es muss die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen bestehen. Ein Obduktionsraum ist nachzuweisen.		
8.7	Schnellschnitte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für Schnellschnitte müssen gegeben sein</li> <li>• Betriebsbereitschaft Kryostat muss sichergestellt sein</li> </ul>		
8.8	Aufbewahrungszeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivierung Paraffinblöcke <math>\geq 10</math> Jahre,</li> <li>• Aufbewahrung Feuchtmaterial <math>\geq 4</math> Wochen.</li> <li>• Die Möglichkeit zur Kryopräservierung sollte gegeben sein</li> </ul>		
8.9	Externe Qualitätssicherung Regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen bsp. QUIP insbesondere Ringversuchen alle 2 Jahre oder PEER-		

	<p>Review-Verfahren</p> <p>Konsiliarische Zweitbefundung Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch Klinik oder Patient erbeten bzw. eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist.</p> <p>Die externe Abnahme eines QM-Systems wird empfohlen</p>		
8.10	<p>Parameter Schnellschnitte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitbedarf in min. gemessen ab Eingang Pathologie bis Durchsage Ergebnis (Richtwert max. 30 min)</li> <li>• Auswertung Zeitbedarf: Min./Max./Range-Wert</li> </ul>		
8.11	<p>Pathologieberichte</p> <p>Pathologieberichte müssen für den makroskopischen Bericht, die mikroskopische, immunhistochemische und molekularebiologische Untersuchung zu 100% die in der Leitlinie geforderten Angaben enthalten.</p>		
8.12	<p>Angabe pT, pN oder FIGO bei invasivem Ca &gt; 95 %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeit des Pathologen</li> <li>• hat grundsätzlich zu erfolgen, wenn klinische und technische Voraussetzungen erfüllt sind. Abweichungen sind zu begründen</li> </ul>		
8.13	<p>Lymphknoten (LK)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle im Operationspräparat enthaltenen Lymphknoten sind zu untersuchen</li> <li>• Die Untersuchung der Lymphknoten hat gemäß den Leitlinien zu erfolgen</li> </ul>		
8.14	<p>Resektions-/Sicherheitsabstand</p> <p>Angabe des Pathologen zu den Resektionsrändern und minimalen Sicherheitsabstand hat grundsätzlich zu erfolgen; (Abweichungen sind wenn sinnvoll, zu begründen).</p>		
8.15	<p>Klinisch-pathologische Konferenz</p> <p>In regelmäßigen klinisch-pathologischen Konferenzen werden Problemfälle auch anhand des histologischen/zytologischen Befundes demonstriert und diskutiert. Protokoll und Teilnehmerliste sind vorzulegen.</p>		
8.16	<p>Fortbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und nichtärztliche Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>		

## 9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Versorgungskonzepte unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben. Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten ambulanten Palliative-Care (SAPV)-</li> </ul>		

	<p>Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen (wenn vorhanden).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin sollte für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. Ein Kooperationspartner muss benannt sein.</li> <li>• Die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Hospiz – und Palliativversorgung ist schriftlich festzulegen</li> <li>• Die Zugangswege und die palliativmedizinische Versorgung sind zu beschreiben (SOP, Struktur und Prozess).</li> <li>• Die palliativmedizinische Versorgung und die Zusammenarbeit mit den vorgenannten Institutionen sind an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen. Hauseigene Standards für die Begleitung von Sterbenden und ethische Leitlinien sind zu beschreiben und zu beachten.</li> </ul>		
--	---	--	--

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.1	<p>Tumordokumentationssystem</p> <p>Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung ein Tumordokumentationssystem bestehen, in dem für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten eingepflegt sind.</p> <p>Name des Tumordokumentationssystem:</p>		
10.2	<p>Darstellungszeitraum der Daten</p> <p>Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.</p>		
10.3	<p>Anforderungen an die Tumordokumentation</p> <p>Die Datensätze haben den Dokumentationsgrundlagen der Leitlinien zu entsprechen. Es sollte ein Datensatz entsprechend des Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) verwendet werden.</p>		
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. Das kann alleinige Dokumentationsquelle sein, solange die Dokumentationsanforderungen erfüllt sind.</li> <li>• Die Anforderungen zur Ergebnisqualität und Tumordokumentation können/sollen auch über das Krebs-/Tumorregister abgedeckt sein.</li> <li>• Solange das zuständige klinische 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.</li> </ul>		
10.5	<p>Dokumentationsbeauftragter</p> <p>Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter zu</p>		

	<p>benennen, der die Verantwortung für das Tumordokumentationssystem trägt. Name/Funktion: Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen und korrekten Erfassung der Patientinnendaten</li> <li>• Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals</li> <li>• Regelmäßige Erstellung von Auswertungen</li> </ul>		
10.6	<p>Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten sollten mind. 0,25 Stellenäquivalente pro Gynäkologisches Krebszentrum bereitgestellt werden.</p>		
10.7	<p>Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen in dem Tumordokumentationssystem gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jahrgang</li> <li>• Pat.-ID</li> <li>• Diagnosen/Tumorstadium</li> <li>• Therapieformen</li> <li>• Datum des Rezidives/Metastasierung</li> <li>• Überlebensdaten</li> </ul>		
10.8	<p>Indikatoren zur Ergebnisqualität sollen erhoben werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ereignisfreie Überlebenszeit (DFS)</li> <li>2. Gesamtüberleben der Jahreskohorten (OAS)</li> <li>3. Kaplan-Meier-Kurven für progressionsfreie Zeit (POS) und für Überleben (OAS) insgesamt</li> </ol> <p>Das POS und das OAS müssen bei jeder Rezertifizierung vorliegen (alle 3 Jahre, fortlaufend)</p>		
10.9	<p>Verwendung der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Daten in dem Tumordokumentationssystem sind mind. 1 x jährlich auszuwerten. Erforderlich ist, dass klinikspezifische und klinikvergleichende Auswertungen und eine Bewertung zugänglich sind.</li> <li>• Die Datenkonsistenz mit anderen Berichtssystemen der Institutionen ist zu prüfen</li> <li>• Die Auswertungen sind durch das Gynäkologische Krebszentrum zu analysieren.</li> <li>• Aus der Analyse sind gegebenenfalls konkrete Aktionen abzuleiten (bei QM-Systemen nach ISO 9001 z.B. im Rahmen der jährl. QM-Bewertung).</li> <li>• Die Ergebnisse (Analyse, Bewertung, Aktionen) sind von Seiten des Gynäkologischen Krebszentrums zusammenzufassen und zu archivieren. Die Zusammenfassung ist z.B. möglich in Form eines Qualitätsberichtes</li> <li>• Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen.</li> <li>• Die Diskussion der Ergebnisse sollte zusammen mit den Hauptkooperationspartnern einzeln und im Verbund von Gynäkologischen Krebszentren</li> </ul>		

	<p>erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnahme an zukünftigen Benchmarkingsystemen ist anzustreben</li> </ul>				
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden Für jeden im Tumordokumentationssystem erfassten Patient sind mind. 1 x jährlich die Nachsorgedaten einzuholen.</p> <p>Erfassung der Daten über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einwohnermeldeamt</li> <li>• Klinisches/epidemiologisches Krebsregister</li> <li>• Nachsorge <ul style="list-style-type: none"> <li>- am Klinikum</li> <li>- bei Kooperationspartnern</li> <li>- von Einweisern</li> <li>- Nachsorgeleitstellen</li> </ul> </li> <li>• Anschreiben an Patientinnen Mortalität muss vor einem Anschreiben an die Patienten ermittelt werden (Rücksicht auf Angehörige)</li> </ul> <p>Auswertung/Aufbereitung der Daten Die erforderlichen Daten können durch verschiedene Verfahren erfasst werden. Für die Zertifizierung muss das Zentrum auch eine zusammenfassende Auswertung der Follow-up Daten vorlegen können.</p>				
10.11	Anforderungen an das Follow-up	Bis 31.12.2010	01.01.2011 - 31.12.2011	Ab 01.01.2012	
	Rücklaufquote nach 3 Jahren (Rezertifizierung)				
	Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung.	≥ 50 %	≥ 60 %	≥ 80 %	
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...)	30 – 49 %	45 – 59 %	60 – 79 %	
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben.	< 30 %	< 45 %	< 60 %	

**Kennzahlenbogen**

Nr	EB	Kennzahl	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe		Angabe
1.	1.2.3	Vorstellung Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung der Pat. mit Genitalmalignom in der TK	Alle Pat. mit einem Genitalmalignom, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Gesamtfallzahl (Def. 1.2.1)	≥ 80%	Zähler: Nenner: %:	
2.	1.2.8	Radiochemotherapie Zervixcarcinom	Möglichst häufig Radiochemoth. mit Cisplatin bei Ind. zur Radioth. bei Zervix-Ca	Anzahl Pat. mit Zervix-Ca und simultaner Radio-Chemotherapie mit Cisplatin	Anzahl Pat. mit Zervix-Ca und Indikation zur Radiotherapie	≥ 80%	Zähler: Nenner: %:	
3.	1.4.2	Psychoonkologische Betreuung (= Gespräch ≥ 30 min)	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Anzahl der Patientinnen (=Fälle, Def. 1.2.1), die psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch > 30min.)	Gesamtfallzahl (Def. 1.2.1)	Derzeit keine Vorgaben	Zähler: Nenner: %:	
4.	1.5.1	Beratung Sozialdienst	Adäquate Rate an Beratung durch Sozialdienst	Anzahl der Patientinnen (=Fälle, Def. 1.2.1), die durch den Sozialdienst beraten wurden	Gesamtfallzahl (Def. 1.2.1)	Derzeit keine Vorgaben	Zähler: Nenner: %:	
5.	1.6.2	Rücklaufquote Patientinnenbefragung	Möglichst hohe Rücklaufquote	Anzahl der zurückerhaltenen Antworten	Gesamtfallzahl (Def. 1.2.1) während des Befragungszeitraumes	Derzeit keine Vorgaben	Zähler: Nenner: %:	
6.	1.7.5	Anteil Studien Patientinnen	Einschleusung von möglichst vielen Patientinnen in Studien	Alle Patientinnen, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	Gesamtfallzahl (Def. 1.2.1)	≥ 5	Zähler: Nenner: %:	
7.	1.2.1	<b>Gesamtfallzahl</b> Pat. mit Genitalmalignom	siehe Sollvorgabe	<b>Gesamtfallzahl</b> mit Genitalmalignom (Def. 1.2.1)	-----	≥75	Anzahl	
8.	1.2.1	<b>Primärfälle</b> mit Genitalmalignom	siehe Sollvorgabe	<b>Primärfälle</b> mit Genitalmalignom (Def. 1.2.1)	-----	≥ 50	Anzahl	
9.	5.2.6	<b>Operative</b> Fälle mit Genitalmalignom	siehe Sollvorgabe	<b>Operative Fälle</b> mit Genitalmalignom (Def. 5.2.6)	-----	≥ 40	Anzahl	
10.	5.2.7	Revisionsoperationen	Möglichst niedrige Rate an Revisions-OP's	Revisions-OP's infolge von intra- u. postoperativen Komplikationen	Anzahl Operative Fälle	Derzeit keine Vorgaben	Zähler: Nenner: %:	
11.	5.2.7	Mortalität perioperativ	Möglichst niedrige Rate an perioperativ verstorbenen Patientinnen	Gesamtanzahl der perioperativ verstorbenen Pat. innerhalb von 60d nach OP	Gesamtanzahl Operative Fälle	≤ 5%	Zähler: Nenner: %:	
				Anzahl der perioperativ verstorbenen Pat. mit <b>Zervix-Ca</b> innerhalb von 60d nach OP	Anzahl Operative Fälle mit Zervix-Ca		Zähler: Nenner: %:	

**Kennzahlenbogen**

Nr	EB	Kennzahl	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe	Angabe	
				Anzahl der perioperativ verstorbenen Pat. mit <b>Vulva-Ca</b> innerhalb von 60d nach OP	Anzahl Operative Fälle mit Vulva-Ca		Zähler:	
				Anzahl der perioperativ verstorbenen Pat. mit <b>Ovarial-Ca</b> innerhalb von 60d nach OP	Anzahl Operative Fälle mit Ovarial-Ca		Nenner:	
							:%:	
							Zähler:	
							Nenner:	
							:%:	
12.	10.11	Ergebnisqualität	Erfassung der follo-up-Daten in eigenständigen Dokument „Ergebnisqualitätsmatrix.xls“					