

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

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

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Version FAQ und Erhebungsbogen

Versions-Stand FAQ: 12.02.2018

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

Erhebungsbogen Gyn. Krebszentren	Version F1	11.01.2018
Datenblatt Gyn. Krebszentren	Version F1.1	12.10.2017

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.3	Gyn. Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden	13.01.2017
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall	14.07.2016
	1.2.6	Strahlentherapie – Pat. mit Zervixkarzinom und Radiochemotherapie – Vorstellung in einem Zentrum	12.10.2017
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.1	2. Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie	12.10.2017
	5.2.6	Anzahl Operationen pro benanntem Operateur	12.10.2017
6.2 Organspezifische med. onkologische Therapie	6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit/-partner	12.10.2017
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.10	Erfassung Follow-up	14.07.2016

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle / Gesamtfälle	14.11.2017
Basisdaten	Sonstige Karzinome	12.10.2017
Basisdaten	Borderline Ovar	12.10.2017
8	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	14.07.2016
9	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	25.07.2016
10	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	14.07.2016
17	Keine adjuvante Therapie BOT	14.07.2016
19	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Zervixca.)	12.10.2017
21	Zytologisches/histologisches LK-Staging (Zervixca.)	14.07.2016
23	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Vulvaca.)	12.10.2017
25	Lokale radikale Exzision (Vulvaca.)	12.10.2017
26	Durchführung inguinofemorales Staging	12.10.2017
27	Sentinel Lymphknoten Biopsie	12.02.2018

FAQ's - Erhebungsbogen Gyn

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen		
1.1.3	<p>Gynäkologische Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden</p> <ul style="list-style-type: none"> Die gesonderte Zertifizierung der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden kann durch das Gynäkologische Krebszentrum bzw. durch einen seiner Kooperationspartner entsprechend dem Erhebungsbogen „Gynäkologische Dysplasie“ durchgeführt werden. http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm Kooperationen mit zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden sollen angestrebt werden müssen vorhanden sein und sind namentlich aufzuführen. Bei Nicht-Erfüllung gesonderte Begründung. 	<p><u>FAQ (13.01.2017):</u> Wie ist die Anforderung nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Sofern eine Kooperation nicht nachgewiesen werden kann, sind im Audit die Gründe darzulegen. Bei nachvollziehbarer Begründung entsteht keine Abweichung.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1	<p>Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum</p> <p>Anzahl Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals (keine Präkanzerosen) und Borderlinetumoren d. Ovars) pro Jahr: ≥ 75 Fälle (= Gesamtfallzahl), davon ≥ 50 Primärfälle</p> <p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Primärfall umfasst alle Aufenthalte und Therapien (Operationen, Radio(chemo)therapie) einer Patientin im Rahmen einer Erkrankung Rezidiv/Metastase einer Patientin ist ein neuer Fall, kein Primärfall Histologischer Befund, Arztbrief und ggf. Therapie-/ Operationsbericht sollte vorliegen <p>Therapieplanung-/ durchführung über das Gynäkologische Krebszentrum. Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose bzw. der Zeitpunkt für das Rezidiv/Metastase</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Ist es richtig, dass bei gynäkologischen Tumoren als Erstdiagnosedatum erst das Datum der postoperativen Histologie „zählt“, also nicht Befund des Abstrichs/Pipelle de Cornier/bildgebende Verfahren?</p> <p>Antwort: Der Zählzeitpunkt richtet sich nach der Untersuchungsmethode, die als erstes die definitive Diagnose gibt. Das kann ein Abstrich sein, aber auch erst die operative Histologie.</p>	
1.2.6 neu	<p>Sofern eine Strahlentherapie mit mehreren Kliniken kooperiert, dann sollen alle Primärfallpatientinnen mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller bei ihr vorgestellten Patientinnen, 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 Patientinnen hat auch Relevanz für die Tumordokumentation.</p>	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Wie ist die neue Anforderung auszulegen, dass alle Primärfallpatientinnen mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden sollen?</p> <p>Antwort: Patientinnen, die primär in der Radioonkologie gesehen werden, sollen systematisch in die Tumorkonferenz eingebracht werden. Um die lückenlose Vorstellung dieser Patientinnen und die Überprüfbarkeit im Audit zu erleichtern, wurde</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
		eine entsprechende Anforderung in den Erhebungsbogen aufgenommen (Kap. 1.2.6.). Ziel soll sein, dass die Patientinnen in einem zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrum vorgestellt werden.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2	Angebot und Zugang Jeder Patientin muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
	Dokumentation und Evaluation Grundsätzlich sind sowohl die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, als auch Häufigkeit, Dauer und Inhalt der Gespräche zu erfassen. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.	<u>FAQ (21.07.2016):</u> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen? Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum <ul style="list-style-type: none"> Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum. Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 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.	<u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie ist bei Weggang/Ausfall des 2. Schwerpunktinhabers zu verfahren? Antwort: Wenn nach der Re-Zertifizierung kein 2. Schwerpunktinhaber für das Zentrum zur Verfügung steht (z.B. Weggang/Ausfall), dann muss die Nachbesetzung innerhalb von 12 Monaten ab Zeitpunkt Weggang/Ausfall erfolgen. <u>FAQ (14.07.2016):</u> Wie ist zu verfahren, wenn zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung kein 2. Schwerpunktinhaber nachgewiesen werden kann? Antwort: Es muss nachgewiesen werden, dass nach der Erstzertifizierung Aktivitäten zur Etablierung eines 2. Schwerpunktinhabers erfolgten (z.B. Neueinstellung, Ausbildung, ...). Von Seiten des Zentrums sind die Gründe für einen fehlenden 2. Schwerpunktinhabers in einer schriftlichen Stellungnahme im Vorfeld der Re-	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
		<p>Zertifizierung darzustellen. Anhand dieser Stellungnahme wird entschieden, ob eine Zulassung zum Audit möglich ist.</p> <p>Allgemein gilt, dass bei einem fehlenden 2. Schwerpunktinhaber das Zertifikat lediglich um 12 Monate verlängert werden kann (Nachweis 2. Schwerpunktinhaber Voraussetzung für Verlängerung).</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Gemäß Kap. 5.2.1 des Erhebungsbogens sind 2 Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie im Stellenplan bezogen auf die Tätigkeit im Gynäkologischen Krebszentrum nachzuweisen. Wie ist die Vorgabe „gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum“ zu verstehen? Welcher Tätigkeitsumfang ist nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Diese Formulierung bedeutet, dass eine regelhafte Tätigkeit beider Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum gegeben sein muss, die auch Vertretungsregelungen berücksichtigt (Richtwert: 0,5 VK/Facharzt mit Schwerpunkt für das Gyn.zentrum). Eine stundenweise Stellvertretung ist nicht ausreichend. Für eine positive Bewertung ist eine konkrete Darstellung der Tätigkeit des Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung (namentliche Benennung im Erhebungsbogen) erforderlich. Zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung ist die Einbindung des zweiten Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung über mindestens 3 Monate nachzuweisen.</p>	
5.2.6	<p>Definition der operativen Onkologie Stadiengerechte operative Behandlung einschließlich organübergreifender und rekonstruktiver Maßnahmen</p> <p>Anzahl operierter Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals und Borderline Tumore des Ovars (BOT)) pro Jahr: 40</p> <p>Anzahl Operationen pro benanntem Operateur: 20 Operationen pro Jahr, auch als Ausbildungsassistenz möglich</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Wie sind die OPs für die Operateure zu zählen?</p> <p>Antwort: Alle OPs, die für die Umsetzung der Kennzahl 7 (operierte Fälle mit Genitalmalignom) gerechnet werden, können 1 Operateur zugeordnet werden.</p>	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	
6.2.3	<p>Qualifikation Behandlungseinheit /-partner</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 50 Chemo- / AK-therapien jährl. bei Patientinnen mit gynäkologischen / senologischen Krebserkrankungen • Zählweise: abgeschlossene Chemo-Antikörpertherapie pro Patientin (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) • Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden 	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Können Patientinnen, die sowohl eine Chemo- als auch eine AK-Therapie erhalten, 2x für die Expertise der Behandlungseinheit gezählt werden?</p> <p>Antwort: Bei paralleler Gabe einer Chemo- und AK-Therapie kann die Patientin nicht 2x gezählt werden.</p>

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.10	<p>Erfassung Follow-up</p> <p>Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix)</p> <p>Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar.</p> <p>[...]</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Müssen Follow-up-Daten von anderen Tumorentitäten als Zervix von dem Zentrum eingeholt werden?</p> <p>Antwort: Nein. Die Darstellung der Matrix Ergebnisqualität für das Zervixkarzinom ist ausreichend.</p>

FAQ's - Datenblatt Gyn

----	Basisdaten	Spalten D-H	Nicht vollständige OP (Ovar/Tuben/Peritoneal/BOT)	<u>FAQ (14.07.2016):</u> Ist die Primärtherapie das operative Lymphknotenstaging + die Chemotherapie der Gynäkologen oder die Radiatio der Strahlentherapeuten?
			Definitive OP – Staging-OP (Ovar/Tuben/Peritoneal/BOT)	Antwort: Als Primärtherapie wird die Radio(chth) gezählt.
			Ausschließlich Staging-OP / nicht vollständige OP (Zervix, Endometrium, Vulva, Vagina, Sonstige)	
			Definitive OP (ggf. inkl. Staging-OP) (Zervix, Endometrium, Vulva, Vagina, Sonstige)	
			Nicht operierte Primärfälle	<u>FAQ (12.10.2017):</u> Müssen operierte Patientinnen mit Ovarialkarzinom ohne R0-Resektion in Spalte D „Nicht vollständige OP“ abgebildet werden? Antwort: Nein. Patientinnen mit definitiver OP und R1-Resektion sind in der Spalte E „Definitive OP = Staging OP“ abzubilden. In Spalte D „Nicht vollständige OP“ werden nur jene Patientinnen abgebildet, die sich während des operativen Eingriffs als inoperabel erweisen. <u>FAQ (14.11.2017):</u> Können primäre Peritonealkarzinome (ICD-10 C48) als Primärfälle gezählt werden? Antwort: Ja.
----	Basisdaten	Spalten A-C	Sonstige Karzinome	<u>FAQ (14.07.2016):</u> Zählen Dysgerminome des Ovars und Sarkome zu den sonstigen Karzinomen? Antwort: Ja. <u>FAQ (14.07.2016):</u> Was zählt zu den Nicht-Karzinomen Ovar? Antwort: Keimzelltumoren und Keimstrangstromatumoren. <u>FAQ (12.10.2017):</u>

				<p>Zählt ein Karzinosarkom des Ovars zu den Ovarialkarzinomen oder zu den Sonstigen Tumoren?</p> <p>Antwort: Zu den Sonstigen Tumoren.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Zählt ein malignes Melanom der Vulva als Primärfall für das Gyn. Krebszentrum?</p> <p>Antwort: Nein, es kann nicht gezählt werden.</p>
-----	Basisdaten	Spalten A-C	Borderline Ovar	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Zählen zu den Borderlinetumoren des Ovars auch solche mit der Dignität „unsicheres Verhalten (ICD-10 D39.1)?</p> <p>Antwort: Ja, diese werden als BOT gezählt.</p>
8	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Zähler	<p>Operative Primärfälle mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA und operativem Staging mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Laparotomie •Peritonealzytologie •Peritonealbiopsien •Adnexextirpation beidseits •Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen •Omentektomie mind. infrakolisch •Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie 	<p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Auch bei makroskopisch unauffälligem Peritoneum sind Peritonealbiopsien durchzuführen. Das makroskopisch unauffällige Peritoneum ist keine ausreichende Begründung für das Nicht-Durchführen von Biopsien. In diesen Fällen soll eine Abweichung ausgesprochen werden.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
9 40	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV mit makroskopisch vollständiger Resektion	<p><u>FAQ (25.07.2016):</u> Was bedeutet „makroskopisch vollständige Resektion“?</p> <p>Antwort: Das endgültige operative Ergebnis ist < R2, also R0 oder R1.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Bezieht sich die makroskopisch vollständige Resektion bei mehrzeitigen OP's auf die 1. tumorspezifische Operation oder auch auf die letzte tumorspezifische OP am Tumor?</p>
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	

				Antwort: Entscheidend ist die makroskopisch vollständige Resektion, unabhängig von der Anzahl der Operationen.
10 44	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkologen durchgeführt wurde	<u>FAQ (14.07.2016):</u> Die Operationen wurden durch einen Gynäkologen als Ausbildungsassistenten durchgeführt. Der Hauptoperateur war kein Gynäkologe. Dürfen die OPs dennoch im Zähler abgebildet werden? Antwort: Ja.
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
17 48	Keine adjuvante Therapie BOT	Zähler	Primärfälle Borderlinetumor Ovar (BOT) mit adjuvanter Therapie	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Für den Zähler zählen nur adjuvante Therapien, die mit der Indikation BOT eingeleitet wurden. Adjuvante Therapien bei BOT und simultanem Karzinom jeglicher Entität werden nicht gezählt.
		Nenner	Primärfälle Borderlinetumor Ovar (BOT)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
19	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	„Operative Primärfälle“ Zervixkarzinom mit Befundberichten mit Angaben zu: <ul style="list-style-type: none"> • histologischer Typ nach WHO • Grading • Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status) • Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status) • Staging (pTNM und FIGO) bei konisierten Patientinnen unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes • Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2 • dreidimensionale Tumorgöße in cm (ab pT1b1) • minimaler Abstand zu den Resektionsrändern 	<u>FAQ (12.10.2017):</u> Sind Patientinnen mit Konisation hier auch zu erfassen? Antwort: Nein. Diese Kennzahl umfasst Patientinnen nach operativer Tumorresektion.
		Nenner	„Operative Primärfälle“ mit Zervixkarzinom und Tumorresektion	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
21 22	Zytologisches/histologisches LK-staging	Zähler	„ Gesamtfälle “ Primärfälle mit zytologischem/histologischem LK-staging	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Im Zähler können sowohl Pat. mit zytolog./histolog. LK-Staging im Rahmen der Diagnostik als auch Pat. mit therapeutischer
		Nenner	„ Gesamtfälle “ Primärfälle mit Zervixkarzinom FIGO Stadium \geq IA2-IVA	

		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	<p>peutischer Lymphknotenentfernung im Rahmen der operativen Therapie berücksichtigt werden.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Kann ein rein bildgebendes LK-Staging für die Kennzahl gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, ein solches zählt nicht für die Kennzahl.</p>
23	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	<p>Patientinnen mit Befundberichten mit Angaben zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> •histologischer Typ nach WHO, •Grading, •Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V- Status), •Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status), •Staging (pTNM), •Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a, dreidimensionale Tumorgröße in cm (ab pT1b), •metrische Angabe des minimalen Abstandes des Karzinoms und der VIN zum vulvären Resektionsrand im histologischen Präparat; •bei erfolgter Resektion des vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen Überganges und ggf. der Urethra metrische Angabe des minimalen Abstandes zum vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen, ggf. urethralen Resektionsrand; •metrische Angabe des minimalen Abstandes zum Weichgewebsresektionsrand (basaler Rand) 	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Muss das pTNM (Staging) vollständig sein?</p> <p>Antwort: In der Kennzahl geht es um den Inhalt des pathologischen Befundberichtes. Wenn keine Lymphknotenentfernung gemacht wurde, kann kein pN angegeben werden. cN kann kein Ersatz sein, weil dieses nicht durch den Pathologen bestimmt wurde.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Wird hier jeweils vom invasiven Karzinom und der VIN ein getrennter Resektionsrand erwartet?</p> <p>Antwort: Ja, getrennte Angabe des Resektionsrandes von inv. Karzinom und VIN.</p> <p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Sind zur VIN III-Läsionen zu berücksichtigen oder fließen auch VIN I und VIN II ein?</p>
		Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom und Tumorresektion	Antwort: Die Leitlinie schreibt ausschließlich VIN, somit sind VIN I-III gemeint.
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
25	Lokale radikale Exzision	Zähler	Patientinnen mit lokaler Resektion im Gesunden	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Dürfen Patientinnen mit radikaler Vulvektomie im Zähler abgebildet werden?</p> <p>Antwort:</p>
		Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom \geq pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	

		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	Nein, für den Zähler können nur die Patientinnen berücksichtigt werden, bei denen eine „lokale Resektion in Gesunden“ (auch als „wide local excision“ bzw. „radikale lokale Resektion“ bzw. partielle Vulvektomie bezeichnet) durchgeführt wurde. Patientinnen mit radikaler/totaler Vulvektomie zählen nicht. Dies verdeutlicht das Ziel der Kennzahl, im Sinne der LL-Empfehlung die reduzierte operative Radikalität für dieses Patientenkollektiv zu erfassen. Der Name des Verfahrens "... im Gesunden" eröffnet die Denkmöglichkeit, dass nach R0 gefragt werde. Es geht hier aber um das Verfahren als solches, das indiziert wurde und auf dem OP-Bericht steht - unabhängig von der histologischen Beurteilung.
26	Durchführung inguinofemorales Staging	Zähler	Patientinnen mit operativem Staging der inguinofemorale Lymphknoten	<p><u>FAQ (12.10.2017):</u> Welche Operationsschlüssel sind für diese Kennzahl zu dokumentieren?</p> <p>Antwort: Es geht um das Lymphknoten-Staging, das i.d.R. mit einer eigenen OPS kodiert wird. Es gibt mehrere OPS, die dafür in Frage kommen, abhängig von der durchgeführten OP. Zuständig für die Eingabe dieser OPS sind die Operateure, ggf. in Absprache mit dem Controlling.</p>
		Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom \geq pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	
26	Sentinel Lymphknoten Biopsie	Zähler	Patientinnen mit folgenden Merkmalen: <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Tumorgroße < 4 cm u. • Unifokaler Tumor (= keine multiplen Tm; TNM m-Symbol) u. • Klinisch unauffällige Lymphknoten (cN0) u. • Pathohistologisches Ultrastaging der Lymphknoten (= entsprechend LL) 	<p><u>FAQ (12.02.2018):</u> Wann ist ein pathohistologisches Ultrastaging der Lymphknoten durchzuführen?</p> <p>Antwort: Wenn in der HE-Färbung (Hämatoxylin-Eosin, HE) alle Sentinel-Lymphknoten tumorfrei sind.</p>
		Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose invasives Vulvakarzinom und Sentinel-Lymphknotenbiopsie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Sollvorgabe	