



UniversitätsKrebszentrum  
Göttingen (G-CCC)

## **Qualitätsoffensive CCC Niedersachsen**

### **Qualitätsindikatoren in der Versorgung der Patientinnen mit Ovarialkarzinom – von den S3-Leitlinien zu Kennzahlen**

Onkologische Versorgungsrealität  
Niedersachsen

Qualitätskonferenz  
18.09.2024

# Was sind Qualitätsindikatoren ?

## 16 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind Messgrößen, deren Erhebung der Beurteilung der Qualität der zugrunde liegenden Strukturen, Prozesse bzw. Ergebnisse dient [727].  
Qualitätsindikatoren sind ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements. Ziel ihres Einsatzes ist die stetige Verbesserung der Versorgung indem die Ergebnisse der Versorgung dargestellt, kritisch reflektiert und wenn nötig verbessert werden. Die vorliegende Auswahl von Qualitätsindikatoren wurde gemäß der Methodik des Leitlinienprogramms Onkologie erstellt [728]. Für den Ableitungsprozess konstituierte sich eine „Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren“ (AG QI). Diese erstellte das finale Set der Qualitätsindikatoren auf Grundlage der bereits bestehenden Qualitätsindikatoren in der Leitlinie Ovarialkarzinom, der neuen starken Empfehlungen („soll“) der aktualisierten Version der Leitlinie, der Ergebnisse der bestehenden Qualitätsindikatoren aus den zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft sowie der Ergebnisse der Recherche nach bestehenden nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren. Die genaue Vorgehensweise und die Zusammensetzung der AG QI sind im Leitlinienreport dargelegt.

Leitlinienprogramm  
Onkologie

### Konsultationsfassung Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren

Version 6.01 – Januar 2024  
AWMF-Registernummer: 032-0350L

Bei der Konsultationsfassung handelt es sich NICHT um die endgültige von den beteiligten Personen und Organisationen autorisierte Fassung der Leitlinie. Die Konsultation dient allein der Kommentierung durch die (Fach)Öffentlichkeit. Eine Verbreitung der Inhalte der Konsultationsfassung durch Dritte z.B. im Rahmen von Fortbildungs- oder Marketingmaßnahmen ist ausdrücklich NICHT gestattet.

### Leitlinie (Langversion)

Bitte senden Sie Kommentare, Hinweise und Verbesserungsvorschläge zur Leitlinie unter Verwendung des [Kommentierungsbogens](mailto:ovarialkarzinom@leitlinienprogramm-onkologie.de) bis zum 02.02.2024 an:  
[ovarialkarzinom@leitlinienprogramm-onkologie.de](mailto:ovarialkarzinom@leitlinienprogramm-onkologie.de)

DKG Deutsche Krebsgesellschaft Deutsche Krebshilfe SELVA FACHVEREIN KREBSHILFE AWMF

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

Qualitätsindikator	Referenz-Empfehlung	Evidenzgrundlage / weitere Informationen
--------------------	---------------------	--

QI 3: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (seit 2013)

<b>Zähler</b> Patientinnen des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion  <b>Nenner</b> Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom $\geq$ FIGO IIB und operativer Tumorentfernung ohne vorherige Chemotherapie	<b>Empfehlung 7.9</b> Das Ziel der Primäroperation bei einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom soll eine makroskopisch vollständige Resektion sein.	<b>**EK** **Qualitätsziel:**</b> Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion
--	--	---

## 7.4 Operative Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms

### 7.4.1 Operationsziel

7.9	Konsensbasierte Empfehlung	geprüft 2023
<b>EK</b>	Das Ziel der Primäroperation bei einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom soll eine makroskopisch vollständige Resektion sein.	
	Starker Konsens	

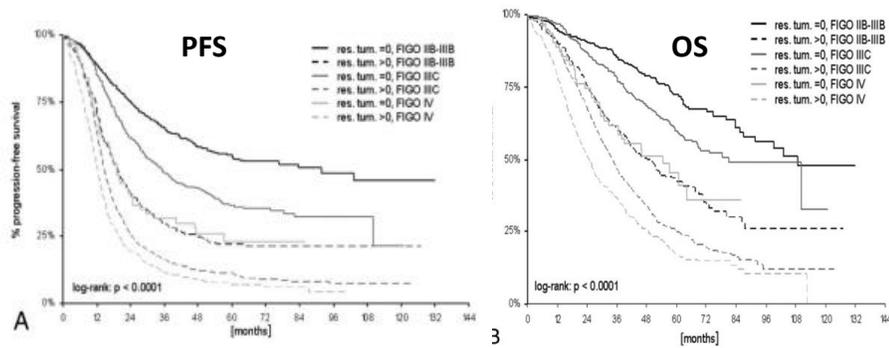
**Die vollständige Entfernung aller makroskopisch sichtbaren Tumormanifestationen ist mit einem längeren Überleben assoziiert.** In einer Metaanalyse an mehr als 3000 Patientinnen, die mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom in klinischen Phase-III-Studien behandelt wurden, konnte gezeigt werden, dass eine makroskopische Komplettresektion das mediane Gesamtüberleben von Patientinnen mit Stadium FIGO IIB–IIIB um ca. 60 Monate verlängerte, im Stadium FIGO IIIC um ca. 47 Monate und selbst im Stadium FIGO IV 30 Monate gewonnen werden konnten.

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

## Cancer

### Role of Surgical Outcome as Prognostic Factor in Advanced Epithelial Ovarian Cancer: A Combined Exploratory Analysis of 3 Prospectively Randomized Phase 3 Multicenter Trials

By the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO)



**FIGURE 2.** (A) Overall and (B) progression-free survival according to Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) stage and size of residual tumor.

3126 analysierte Pat. (FIGO IIB-IV)  
aus 3 randomisierten prospektiven Phase III Studien (1995-2002)

du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, Harter P, Ray-Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer*. 2009 Mar 15;115(6):1234-44. doi: 10.1002/cncr.24149. Erratum in: *Cancer*. 2024 Sep 1;130(17):3043-3045. doi: 10.1002/cncr.35344. PMID: 19189349.

Gynecologic Oncology 140 (2016) 215-220



Contents lists available at ScienceDirect

Gynecologic Oncology

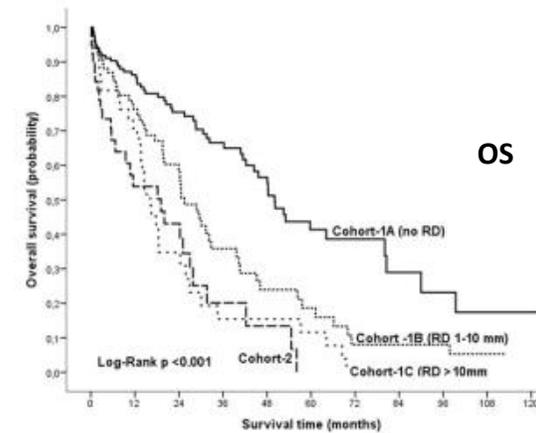
journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ygyno](http://www.elsevier.com/locate/ygyno)



### Prognostic impact of debulking surgery and residual tumor in patients with epithelial ovarian cancer FIGO stage IV



Beyhan Ataseven<sup>a,\*</sup>, Christoph Grimm<sup>a,b</sup>, Philipp Harter<sup>a</sup>, Florian Heitz<sup>a</sup>, Alexander Traut<sup>a</sup>, Sonia Prader<sup>a</sup>, Andreas du Bois<sup>a</sup>



**Fig. 1.** Overall survival in patients with stage IV epithelial ovarian cancer. Patients undergoing cytoreductive surgery are distributed to residual tumor.

236 analysierte Pat. (FIGO IV)  
Single-center, retrospektiv (2000-2014)

Ataseven B, Grimm C, Harter P, Heitz F, Traut A, Prader S, du Bois A. Prognostic impact of debulking surgery and residual tumor in patients with epithelial ovarian cancer FIGO stage IV. *Gynecol Oncol*. 2016 Feb;140(2):215-20. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.12.007. Epub 2015 Dec 12. PMID: 26691222.



# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

Anlage EB Version I1.1 (Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023)

## Kennzahlenbogen Gynäkologie

Reg.-Nr.

Zentrum



KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Datenqualität	
									Zähler	Nenner		
10	LL Ovar QI	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion	Primärfälle des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV		≥ 30%	> 90%		0	n.d.	Unvollständig

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

Qualitätsindikator	Referenz-Empfehlung	Evidenzgrundlage / weitere Informationen
--------------------	---------------------	--

## QI 1: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (seit 2013)

Zähler	Empfehlung 7.4	**EK** **Qualitätsziel:** Möglichst vollständiges operatives Staging beim frühen Ovarialkarzinom
<p>Patientinnen des Nenners mit operativem Staging mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Laparotomie</li> <li>· Peritonealzytologie</li> <li>· Peritonealbiopsien</li> <li>· Adnexektomie beidseits</li> <li>· Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen</li> <li>· Omentektomie mind. infrakolisch</li> <li>· bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie</li> </ul> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom FIGO I-IIIa</p>	<p>Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Längsschnittlaparotomie,</li> <li>• Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle,</li> <li>• Peritonealzytologie,</li> <li>• Biopsien aus allen auffälligen Stellen,</li> <li>• Peritonealbiopsien aus unauffälligen Regionen,</li> <li>• Adnexektomie beidseits,</li> <li>• Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen,</li> <li>• Omentektomie mind. infrakolisch,</li> <li>• Appendektomie (bei muzinösem/unklarem Tumortyp),</li> <li>• bds. pelvine und paraaortale Lymphonodektomie.</li> </ul>	

7.4	Konsensbasierte Empfehlung	geprüft 2023
<b>EK</b>	<p>Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Längsschnittlaparotomie,</li> <li>• Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle,</li> <li>• Peritonealzytologie,</li> <li>• Biopsien aus allen auffälligen Stellen,</li> <li>• Peritonealbiopsien aus unauffälligen Regionen,</li> <li>• Adnexektomie beidseits,</li> <li>• Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen,</li> <li>• Omentektomie mind. infrakolisch,</li> <li>• Appendektomie (bei muzinösem/unklarem Tumortyp),</li> <li>• bds. pelvine und paraaortale Lymphonodektomie.</li> </ul>	
	Starker Konsens	

**Patientinnen mit frühem Ovarialkarzinom und komplettem operativen Staging haben ein besseres progressionsfreies (PFS) und Gesamtüberleben (OS) im Vergleich zu Patientinnen mit inkomplettem Staging: 5-Jahres-PFS 79 % vs. 61 %, 5-Jahres-OS 89 % vs. 71 %**

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

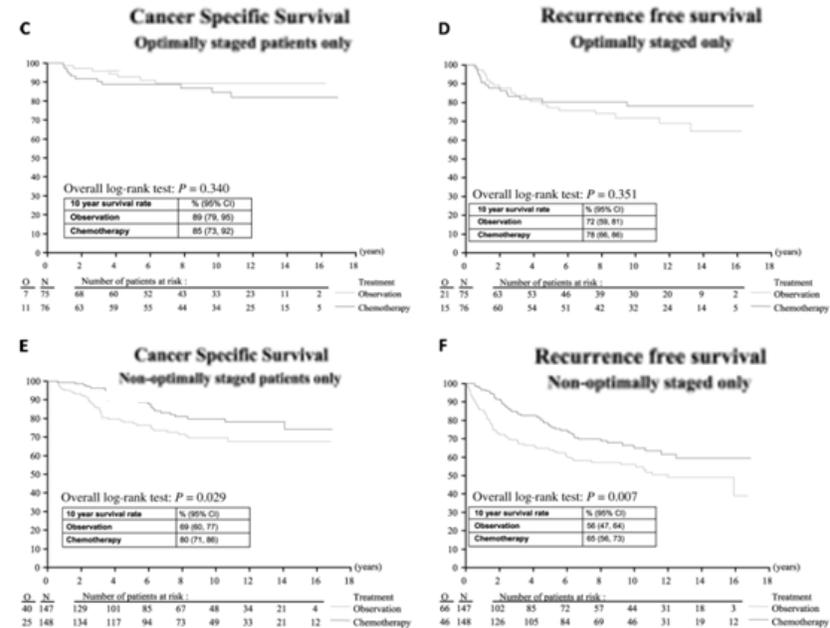
## Surgical Staging and Treatment of Early Ovarian Cancer: Long-term Analysis From a Randomized Trial

Baptist Trimbos, Petra Timmers, Sergio Pecorelli, Corneel Coens, Koen Ven, Maria van der Burg, Antonio Casado

Manuscript received July 20, 2009; revised March 12, 2010; accepted April 6, 2010

**Correspondence to:** Baptist Trimbos, MD, PhD, Department of Gynecology, Leiden University Medical Center, POB 9600, 2300RC Leiden, the Netherlands (e-mail: j.b.m.z.trimbos@lumc.nl).

**A long-term follow-up analysis of the randomized clinical trial Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Neoplasm (ACTION) from the European Organization for Research and Treatment of Cancer was undertaken to determine whether the orig-**



- 10-Jahres Follow-up der prospektiven multizentrischen EORTC Studie ACTION (adj. Chemo vs. w&w)
- 1990 – 2000
- 448 analysierte Pat. (FIGO Ia-IIa)
- Optimales operatives Staging als unabhängiger prognostischer Marker für PFS und OS bestätigt

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

9	LL Ovar QI	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Möglichst vollständiges operatives Staging	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging mit: •Laparotomie •Peritonealzytologie •Peritonealbiopsien •Adnexextirpation beidseits •Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen •Omentektomie mind. infrakolisch •Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	≥ 40%		Zähler		Unvollständig
								Nenner	0	
								%	n.d.	

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

## QI 2: Angebot zur genetischen Testung (seit 2019)

<b>Zähler</b>	<u><a href="#">Empfehlung 5.1</a></u>	<b>**EG A, LoE 2+**</b>
Patentinnen des Nenners mit Angebot zur genetischen Testung	Patientinnen mit der Diagnose eines Ovarialkarzinoms sollen über das Risiko einer hereditären Erkrankung aufgeklärt und eine genetische Testung angeboten werden.	<b>**Qualitätsziel:**</b> Möglichst häufig Angebot zur genetischen Testung
<b>Nenner</b>		
Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom		

## 5.1 Genetik

5.1	Evidenzbasierte Empfehlung	geprüft 2023
Empfehlungsgrad <b>A</b>	Patientinnen mit der Diagnose eines Ovarialkarzinoms sollen über das Risiko einer hereditären Erkrankung aufgeklärt und eine genetische Testung angeboten werden.	
Level of Evidence <b>2+</b>	<u><a href="#">[87]</a></u>	
	Starker Konsens	

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden



RESEARCH ARTICLE

## Prevalence of deleterious germline variants in risk genes including *BRCA1/2* in consecutive ovarian cancer patients (AGO-TR-1)

Philipp Harter<sup>1\*</sup>, Jan Hauke<sup>2,3</sup>, Florian Heitz<sup>1</sup>, Alexander Reuss<sup>4</sup>, Stefan Kommos<sup>5</sup>, Frederik Marme<sup>6</sup>, André Heimbach<sup>7</sup>, Katharina Prieske<sup>8</sup>, Lisa Richters<sup>2,3</sup>, Alexander Burges<sup>9</sup>, Guido Neidhardt<sup>2,3</sup>, Nikolaus de Gregorio<sup>10</sup>, Ahmed El-Balat<sup>11</sup>, Felix Hilpert<sup>12,13</sup>, Werner Meier<sup>14</sup>, Rainer Kimmig<sup>15</sup>, Karin Kast<sup>16,17,18</sup>, Jalid Sehouli<sup>19</sup>, Klaus Baumann<sup>20,21</sup>, Christian Jackisch<sup>22</sup>, Tjong-Won Park-Simon<sup>23</sup>, Lars Hanke<sup>24</sup>, Sandra Kröber<sup>2,3</sup>, Jacobus Pfisterer<sup>25</sup>, Heidrun Gevensleben<sup>26</sup>, Andreas Schnelzer<sup>27</sup>, Dimo Dietrich<sup>28</sup>, Tanja Neunhöffer<sup>29</sup>, Mathias Krockenberger<sup>30</sup>, Sara Y. Brucker<sup>5</sup>, Peter Nürnberg<sup>31,32,33</sup>, Holger Thiele<sup>32</sup>, Janine Altmüller<sup>31,32</sup>, Josefin Lamla<sup>34</sup>, Gabriele Elser<sup>34</sup>, Andreas du Bois<sup>1</sup>, Eric Hahnen<sup>2,3</sup>, Rita Schmutzler<sup>2,3</sup>

523 Pat. mit Ovarialkarzinom  
Multizentrische Analysen in 20 Deutschen AGO Studienzentren  
prospektiv (2015) mit Patientenzufriedenheitsbefragung  
Ziel: Risikofamilien erkennen

Table 3. Prevalence of deleterious variants within subgroups.

Subgroup	n	<i>BRCA1/2</i> positive n (%)	risk genes n (%)	any gene n (%)
All (%)	523	109 (20.8)	138 (26.4)	146 (27.9)
Age*				
< 60 years	268	81 (30.2)	89 (33.2)	94 (35.1)
≥ 60 years	254	27 (10.6)	48 (18.9)	51 (20.1)
Family history				
Positive	225	71 (31.6)	81 (36.0)	82 (36.4)
Negative	289	33 (11.4)	51 (17.6)	58 (20.1)
Histologic subtype*				
High grade serous (HGS)	406	94 (23.2)	118 (29.1)	123 (30.3)
other	108	11 (10.2)	16 (14.8)	18 (16.7)
Within subset of HGS				
Primary diagnosis	203	46 (22.7)	54 (26.6)	57 (28.1)
Relapse	203	48 (23.6)	64 (31.5)	66 (32.5)

\* Age class was missing for 1 patient; histologic subtype was missing for 9 patients.

## Conclusions

26.4% of all patients harbor at least one deleterious variant in established risk genes. The threshold of 10% mutation rate which is accepted for reimbursement by health care providers in Germany was observed in all subgroups analyzed and neither age at primary diagnosis nor histo-type or family history sufficiently enough could identify a subgroup not eligible for genetic counselling and testing. Genetic testing should therefore be offered to every patient with invasive epithelial ovarian cancer and limiting testing to *BRCA1/2* seems to be not sufficient.

# Wie Qualitätsindikatoren zu Kennzahlen werden

Anlage EB Version I1.1 (Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023)

## Kennzahlenbogen Gynäkologie

Reg.-Nr.

Zentrum



KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität						
8	LL Ovar QI	Angebot zur genetischen Testung	Möglichst häufig Angebot zur genetischen Testung	Primärfälle des Nenners mit Angebot genetische Testung	Primärfälle Ovarialkarzinom		≥ 70%		<table border="1"> <tr> <td>Zähler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>n.d.</td> </tr> </table>	Zähler		Nenner	0	%	n.d.	Unvollständig
Zähler																
Nenner	0															
%	n.d.															

# Checkliste zur Erfassung einer möglichen erblichen Belastung

## Checkliste zur Erfassung einer möglichen erblichen Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mammakarzinom inkl. DCIS, Ovarialkarzinom inkl. Borderline-Tumore (BOT), primäre Tuben- u. Peritonealkarzinome u. STIC

Name Patientin/Patient:  Geburtsdatum:



### A. Patient/in und deren Geschwister / Kinder

Auftreten bei Patientin/Patient	Anzahl	Gewichtung	Ergebnis
eines Mammakarzinoms bei der Patientin <b>vor</b> dem 36. Geburtstag		3	0
eines triple-negativen Mammakarzinoms bei der Patientin <b>vor</b> dem 60. Geburtstag*		3	0
eines unilateralen Mammakarzinoms bei der Patientin <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		2	0
eines bilateralen Mammakarzinoms bei der Patientin, das erste <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		3	0
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei der Patientin <b>nach</b> dem 51. Geburtstag		1	0
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei dem Patienten (männlich)*		3	0
eines Ovarialkarzinoms bei der Patientin <b>vor</b> dem 80. Geburtstag*		3	0
eines Ovarialkarzinoms bei der Patientin		2	0

### Auftreten bei Kindern, Geschwistern und deren Kindern

eines Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten <b>vor</b> dem 36. Geburtstag		3	0
eines unilateralen Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		2	0
eines bilateralen Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten, das erste <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		3	0
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten <b>nach</b> dem 51. Geburtstag		1	0
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei Brüdern/Söhnen/Neffen		2	0
eines Ovarialkarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten		2	0

**A** 0

### B. Mütterliche Linie (inkl. Mutter)

Auftreten	Anzahl	Gewichtung	Ergebnis
eines Mammakarzinoms bei einer Angehörigen <b>vor</b> dem 36. Geburtstag		3	0
eines unilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		2	0
eines bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen, das erste <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		3	0
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen <b>nach</b> dem 51. Geburtstag		1	0
eines Mammakarzinoms bei einem angehörigen Mann		2	0
eines Ovarialkarzinoms bei einer Angehörigen		2	0

Summe weitere mütterliche Linie **B** 0

### C. Väterliche Linie (inkl. Vater)

Auftreten	Anzahl	Gewichtung	Ergebnis
eines Mammakarzinoms bei einer Angehörigen <b>vor</b> dem 36. Geburtstag		3	0
eines unilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		2	0
eines bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen, das erste <b>vor</b> dem 50./51. Geburtstag		3	0
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen <b>nach</b> dem 51. Geburtstag		1	0
eines Mammakarzinoms bei einem angehörigen Mann		2	0
eines Ovarialkarzinoms bei einer Angehörigen		2	0

Summe väterliche Linie **C** 0

D. Der höhere Wert aus B und C **D** 0

E. Summe aus A und D = Risiko-Score **A+D** 0

### Ausfüllhinweis

Zunächst wird die Anzahl bekannter Erkrankungsfälle bei den Geschwistern und Kindern, einschließlich der aktuellen Erkrankung der Patientin sowie in der mütterlichen und väterlichen Linie erfragt.

Diese Zahlen werden mit den jeweiligen Gewichtungen multipliziert. Dann wird die Summe aus diesen Ergebnissen errechnet und in die Felder A und B und C eingetragen.

Der höhere der beiden Werte aus den Feldern B und C wird in Feld D eingetragen.

Der Gesamtscore errechnet sich dann aus der Summe der Felder A und D.

Eine Risikoberatung in den ausgewiesenen Zentren ist bei Scores  $\geq 3$  Punkten zu empfehlen.

\*Diese Einschlusskriterien gelten nur in Kooperation mit den zertifizierten FBREK-Zentren, die diese im Rahmen der Wissen generierenden Versorgung validieren. Die anderen Einschlusskriterien entsprechen den Vorgaben des EBM.

Version: 06. Januar 2023 (C)  
 Ärztekammer Westfalen-Lippe,  
 Deutsche Krebsgesellschaft,  
 Deutsche Gesellschaft für  
 Senologie,  
 Deutsches Konsortium für

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen
2.1.7	<p>Erbliche Belastung</p> <p>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.</p> <p>Checklisten für die Erfassung einer erblichen Belastung sind anzuwenden bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. mit Mamma-/Ovarial-Ca (V.a. familiärer Brust-/Eierstockkrebs)</li> <li>• Pat. mit Endometrium-Ca (EC) (V.a. HNPCC/Lynch-Syndrom)</li> </ul> <p>Die aktuellen Checklisten und der Algorithmus sind unter diesem <a href="#">Link</a> unter dem Punkt Gynäkologische Krebszentren herunterladbar.</p>

Erläuterungen des Zentrums
<p><b>FAQ (26.05.2023)</b></p> <p>Führt die Nichterfüllung der Anforderung „Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden.“ zu einer Abweichung?</p> <p>Antwort:                      Eine schriftliche Kooperation mit einem FBREK-Zentrum muss <u>verbindlich</u> nachgewiesen werden.</p>

# Risikoberatung in zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)



Oncomap: n = 23 FBREK Zentren in Deutschland (21.08.24)

**DKG** KREBSGESELLSCHAFT

**Zertifiziertes Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs**

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

**Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Göttingen**

im Universitätsmedizin Göttingen (UMG) Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

vertreten durch **Frau PD Dr. med. Yasmin Mehraein**

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Göttingen erhält daher die Auszeichnung

**Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.**

Erstzertifizierung: 13.10.2021  
 Rezertifizierung: 21.11.2022  
 Gültigkeitsdauer: 30.03.2026  
 Registrierungsnummer: FAF-2015

*Tannapfel*  
 Prof. Dr. A. Tannapfel  
 Vicepräsidentin  
 Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
 Kuno-Richter-Straße 8  
 10557 Berlin  
 Tel. (030) 309 93 10 0  
 E-Mail: service@krebsgesellschaft.de  
 www.krebsgesellschaft.de

**Comprehensive Cancer Center Niedersachsen**  
 UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN  
 UNIVERSITÄTSKREBSZENTRUM GÖTTINGEN II

**ERBLICH BEDINGTER FAMILIÄRER BRUST- UND EIERSTOCKKREBS**  
 Abklärung und Behandlung

DKG Zertifiziertes Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs  
 DKG Zertifiziertes Brustkrebszentrum  
 DKG Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

**BRCA-Netzwerk e.V.**  
 Hilfe bei familiären Krebserkrankungen

Janine Anna

Ansprechpartnerinnen:  
 Anna und Janine  
 gk-goettingen@brca-netzwerk.de  
 Tel.: 0151 / 64 82 81 08 (Janine)  
 Tel.: 0151 / 24 15 77 86 (Anna)

Ort: UMG Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen  
 Konferenzraum 1, Bettenhaus 1, Ebene 0, "Roter Salon"

Eine Anmeldung ist unter den o.g. Kontaktdaten erforderlich.

Termine

Telefon-Hotline: 0551 39 62411

E-Mail: [fbrek\(at\)med.uni-goettingen.de](mailto:fbrek(at)med.uni-goettingen.de)

## FBREK Zentrum der UMG

Quelle: OnkoZert <https://www.onkoZert.de/hinweise-dokumente/> (21.08.24)

[https://www.oncomap.de/centers?selectedOrgans=\[Famili%C3%A4rer%20Brust-%20und%20Eierstockkrebs\]&selectedCountries=\[Deutschland\]&selectedCerttypes=\[DKG\]&showMap=2](https://www.oncomap.de/centers?selectedOrgans=[Famili%C3%A4rer%20Brust-%20und%20Eierstockkrebs]&selectedCountries=[Deutschland]&selectedCerttypes=[DKG]&showMap=2)

<https://gcc.umg.eu/zentrum-fuer-familiaren-brust-und-eierstockkrebs/>

[https://www.brca-netzwerk.de/kontakt/gespraechskreise-bundesweit/detail?tx\\_nlgmap\\_gmap%5Baction%5D=show&tx\\_nlgmap\\_gmap%5Bcontroller%5D=Marker&tx\\_nlgmap\\_gmap%5Bmarker%5D=9&cHash=ac9e8b24178d074f0c38ec3ef24716fc](https://www.brca-netzwerk.de/kontakt/gespraechskreise-bundesweit/detail?tx_nlgmap_gmap%5Baction%5D=show&tx_nlgmap_gmap%5Bcontroller%5D=Marker&tx_nlgmap_gmap%5Bmarker%5D=9&cHash=ac9e8b24178d074f0c38ec3ef24716fc)



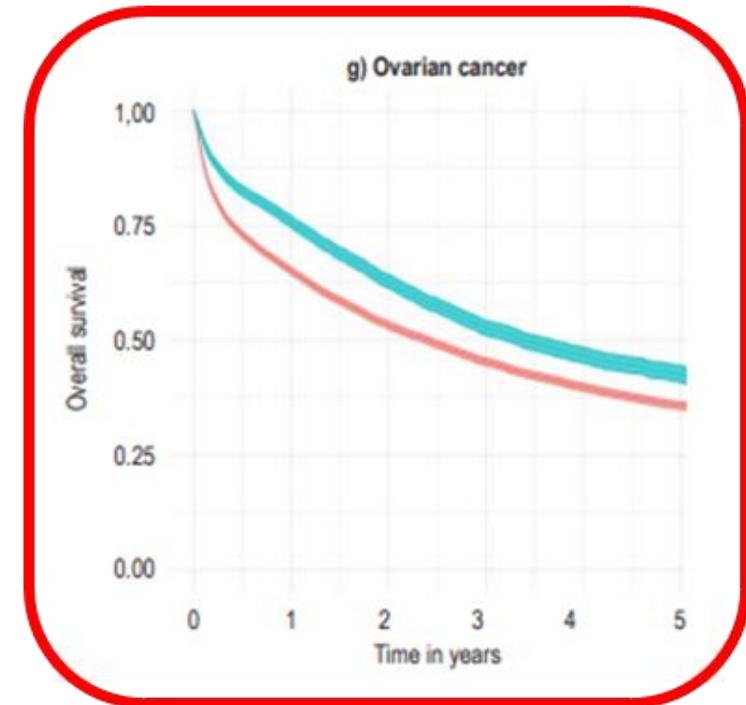
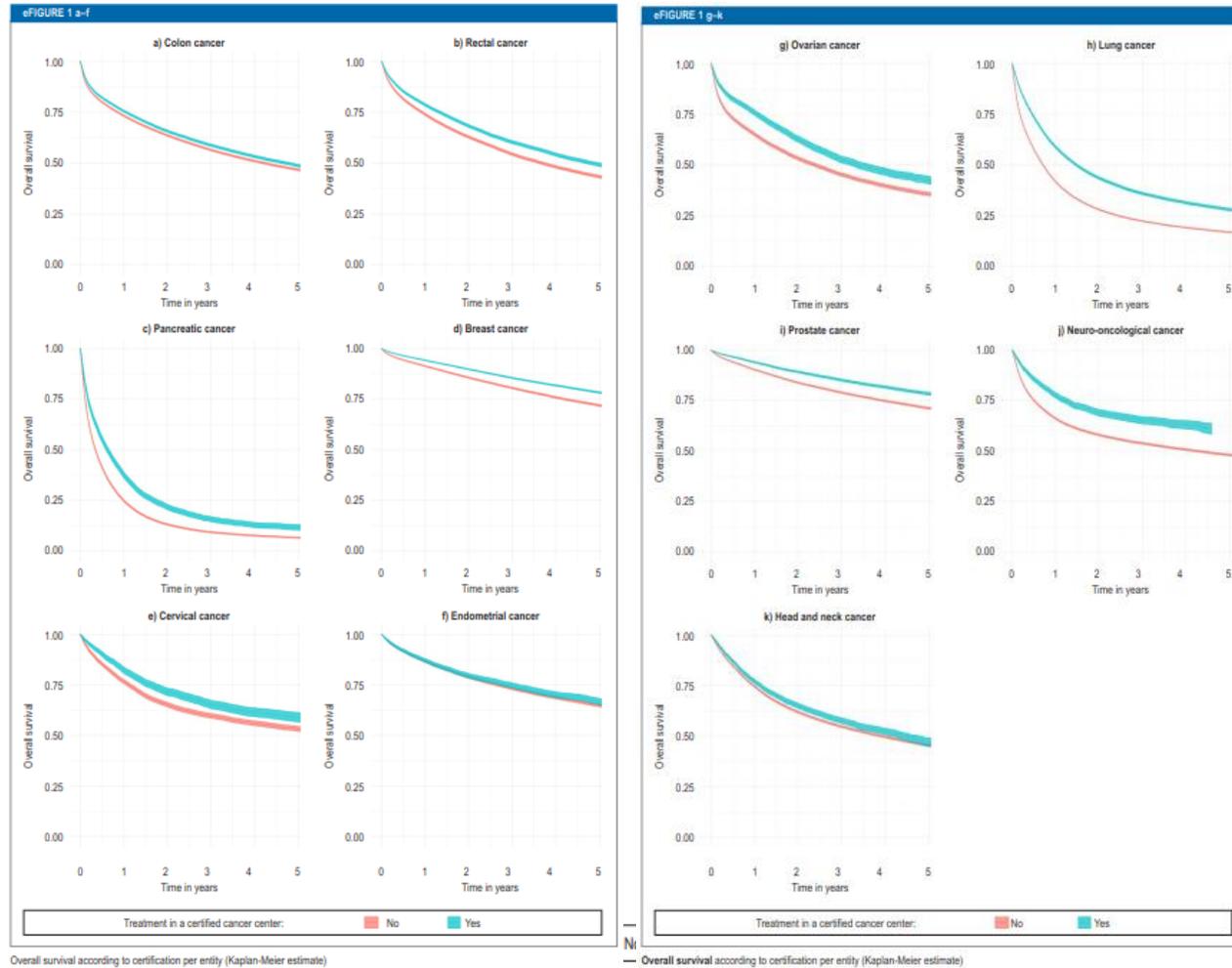
# Zusammenfassung

- Leitlinien sind die Basis für Qualitätsindikatoren
- Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen
- Zertifizierte Zentren müssen genau wie Landeskrebsregister regelmäßig Qualitätsindikatoren nachweisen
- In einem zertifizierten Zentrum wird jährlich die Umsetzung der Leitlinien überprüft.



Jahresbericht Onkologische Zentren 2023: <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>

# Und warum machen wir das alles?



Vielen Dank für Ihre  
**Aufmerksamkeit.**

# Save the Date



**Expertentreffen Lungenkrebs**

Mi., 23.10.24

**Versorgungsforschungssymposium CCC-N**

Mi., 06.11.24

**V. Wintersymposium des G-CCC**

Mi., 13.11.24

**Patientenforum G-CCC: Systemtherapie - Arten, Ablauf und Nebenwirkungen**

Di., 19.11.24

**KKN + CCC-N Qualitätskonferenz Niedersachsen: Lymphome**

Mi., 20.11.24

**7. Jahresupdate der viszeralmedizinischen Onkologie**

Mi., 04.12.24

**Adventssymposium der Frauenklinik 2024**

Mi., 04.12.24