

# Erhebungsbogen Gynäkologische Dysplasie- Sprechstunde

**Erhebungsbogen Auditjahr 2020 ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr**

Der vorliegende Erhebungsbogen beinhaltet die fachlichen Anforderungen für Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunden. Praxen oder Kliniken, die sich zertifizieren lassen, müssen für die Betreuung der invasiven Karzinome eine Kooperation mit einem Gynäkologischen Krebszentrum nachweisen.

Dieses Dokument stellt auch gleichzeitig die gemäß Erhebungsbogen geforderte Vereinbarung zwischen den Kooperationspartnern eines Gynäkologischen Krebszentrums dar. Weitergehende Vereinbarungen sind daher nicht erforderlich. Der vorliegende Erhebungsbogen ist vollständig zu bearbeiten und im Vorfeld der Audits zu aktualisieren.

<b>Praxis/Klinik - Leiter</b>	
Postanschrift	
	<b>Benannter Untersucher</b>
Titel, Nachname, Vorname	
e-mail	
Tel.	

## Erstellung / Aktualisierung Erhebungsbogen

Datum Erstellung / Aktualisierung (= ca. Einreichungsdatum bei OnkoZert)

## Abkürzungen / Erläuterungen

Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form der Berufsbezeichnungen verwendet. Gemeint sind in allen Fällen beide Geschlechter.

**AG-CPC** Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie  
**EFC** European Federation for Colposcopy  
**IFCPC** International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2018 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

## A Basisdaten

### A.1 Kooperation Gynäkologisches Krebszentrum

Gynäkologisches Krebszentrum <sup>1)</sup> (DKG zertifiziert; www.oncomap.de)	
Postanschrift	

- <sup>1)</sup> sofern Antragsteller nicht Teil eines DKG-zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrums ist, dann ist eine Kooperation nachzuweisen (u.a. für Erfüllung Anforderung B10 – Tumorkonferenz erforderlich). Das Gynäkologische Krebszentrum muss die DKG-Zertifizierung spätestens zur Rezertifizierung der Dysplasieeinheit/-sprechstunde nachweisen (Voraussetzung für Zertifikatsverlängerung nach 3 Jahren); das noch nicht DKG-zertifizierte Gyn. Krebszentrum muss zum Zeitpunkt der Antragstellung seine Bereitschaft für die DKG-Zertifizierung äußern und die geforderten 50 Primärfälle zu mind. 80% erfüllen (mind. 40 Primärfälle).

### A.2 Ärztliche Expertise (letztes Kalenderjahr in Bezug auf Auditdatum)

Benannter Untersucher Facharzt (Name, Vorname)	AGCPC- Kolpos- kopie- diplom	Schwer- punkt Gynäko- logische Onkologie	Alle Abklärungs- kolposkopien (Zervix, Vagina, Vulva)	Abklärungs- kolposkopien mit abnormen Kolposkopie- befunden an Zervix, Vagina und Vulva	Histologisch gesicherte intraepitheliale Neoplasien oder invasive Karzinome an Zervix, Vagina und Vulva nach WHO	Exzisionen Zervix, Vagina und Vulva im Sinne der kolposkopischen Nomenklatur RIO 2011
	<b>Pflicht</b>	optional		1) Mind. 100	1) 2) Mind. 30	1) 3) Keine Sollvorgabe
	Anforderung Kap. B.2	Anforderung Kap. B.2	---	Anforderung Kap. B.3	Anforderung Kap. B.4	Anforderung Kap. B.5

Die Fallzahlen sind ausnahmslos ausgehend vom Auditdatum aus dem zurückliegenden Kalenderjahr anzugeben (Auditjahr 2018 => Daten vollständiges Kalenderjahr 2017). Dies gilt auch für Erstzertifizierungen (unabhg. von Darlegung in Kap. „C“).

- 1) bei den Anforderungen B.3, B.4 und B.5 werden nur ärztliche Tätigkeiten gezählt, die in der betrachteten Dysplasie-Sprechstunde geleistet wurden (falls personenbezogene Expertise außerhalb erbracht wurde, ist diese bei Unterschreitung der Mindestfallzahlen unter dem jeweiligen Abschnitt B3 oder B4 zu erläutern); Schätzzahlen sind nicht gestattet
- 2) Histologien werden einmalig pro Patientin gezählt (entweder PE oder Exzision)
- 3) Exzisionen nach kolposkopischer Nomenklatur der Cervix uteri (IFCPC 2011) [siehe Quaas J et al., Geburtsh Frauenheilk 2013; 73: 904-907]; zu unterscheiden von reinen destruierenden therapeutischen Verfahren (z.B. Laservaporisation)

## B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis/Klinik
B.2	<b>Fachärzte</b> Mind. 1 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit AGCPC-Kolposkopiediplom	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.3	<b>Anzahl dokumentierter Abklärungskolposkopien mit abnormen Kolposkopiefunden an Zervix, Vagina und Vulva pro Jahr.</b> Min. 100 Fälle/Einheit u. Untersucher, kolposkopischer Befund mind. Skizze	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.4	<b>Anzahl dokumentierter histologisch gesicherter intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome an Zervix, Vagina und Vulva nach WHO pro Jahr.</b> Mindestens 30 Fälle/Einheit u. Untersucher	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.5	<b>Anzahl dokumentierter Exzisionen (=therapeutische Eingriffe an Zervix, Vagina und Vulva) im Sinne der RIO Klassifikation 2011; exkl. Biopsien) pro Jahr</b> Keine Sollvorgabe	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.6	<b>Qualitätssicherung</b> Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (Kapitel C)	Angabe in Excel-Vorlage (Datenblatt)
B.7	<b>Diagnostik</b> Die Diagnostik ist in Anlehnung an die nationalen OL/AWMF-Leitlinien durchzuführen.	
B.8	<b>Therapie</b> Die Therapie ist entsprechend den nationalen OL/AWMF-Leitlinien durchzuführen.	
B.9	<b>Fortbildung/ Weiterbildung</b> Die benannten Ärzte müssen eine kontinuierliche Fortbildung in Bezug auf Diagnostik und Therapie vulvärer, vaginaler und zervikaler Veränderungen nachweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens eine interdisziplinäre Fortbildung pro Jahr; anerkannt werden u.a. zertifizierte themenbezogene Fortbildungen der AG-CPC, DGGG, AGO, EFC, DKG, IFPCPC</li> </ul>	
B.10	<b>Interdisziplinäre Tumorkonferenz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der benannte Facharzt muss mind. 2 x pro Halbjahr an der interdisziplinären Tumorkonferenz u./o. Veranstaltungen des Gynäkologischen Krebszentrums teilnehmen (Nachweis Tumorkonferenzprotokoll/ Teilnahmebescheinigung).</li> <li>• Alle Pat. mit inv. Ca sind in der TK des Gynäkologischen Krebszentrums vorzustellen (hier ist auch die Vorstellung von Patientinnen mit Komplikationen nach Primärtherapie oder Beschwerden im Rahmen der Nachsorge möglich).</li> <li>• Video-/Telefonkonferenzen sind möglich, mind. 2 x/Jahr persönliche Anwesenheit, wenn</li> </ul>	Angabe in Excel-Vorlage (Datenblatt)

## B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis/Klinik
	ausschließlich Telefonkonferenzen durchgeführt werden.	
B.11	<b>Nachsorge/Dokumentation</b> Die Nachsorge der Patientinnen (ist in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Kollegen) entsprechend den nationalen OL/AWMF-Leitlinien durchzuführen.	

## C Qualitätsindikatoren / Kennzahlen

Grundsätzlich sind ausgehend vom Auditdatum die Daten aus dem zurückliegenden Kalenderjahr anzugeben (Auditjahr 2018 => Daten vollständiges Kalenderjahr 2017).

Bei einer Erstzertifizierung besteht die Möglichkeit, dass die Kennzahlen nicht für das vollständige zurückliegende Kalenderjahr, sondern für einen aktuellen Zeitraum von mind. 3 vollständigen Kalendermonaten dargelegt werden (Daten zum Zeitpunkt der Einreichung nicht älter als 6 Wochen). In diesem Fall ist der Darlegungszeitraum für alle Kennzahlendarlegungen identisch zu wählen. Diese Sonderregelung gilt nicht für A.2 (Ärztliche Expertise).

Betrachtungszeitraum bei Erstzertifizierung

von		bis	
-----	--	-----	--

Für die Abbildung der Kennzahlen steht eine EXCEL-Vorlage zur Verfügung, die ab dem Auditjahr 2017 durch die Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden verbindlich anzuwenden ist. Diese EXCEL-Vorlage beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität und ist unter <https://www.onkozert.de/praxen-kooperationspartner> abrufbar.

## Dysplasie-Sprechstunde - Bewertung durch Fachexperten

### Einzelergebnisse - Erhebungsbogen / Qualitätsindikatoren

Kap./ Kennzahl	Bewertungsergebnis	Hinweis 1)	n.i.O. 2)

### Fallbewertung

Fall	Bewertungsergebnis	Hinweis 1)	n.i.O. 2)

- 1) Hinweise stellen Verbesserungspotentiale oder Schwachstellen dar. Diese sind zu analysieren und ggf. sind von der Dysplasie-Sprechstunde Aktionen hieraus abzuleiten.
- 2) n.i.O = Abweichung; eine Zertifikatserteilung ist nur möglich, wenn keinerlei Abweichungen offen sind. Die Bewertung der Behebung einer Abweichung erfolgt durch den Fachexperten.

- Bewertungsergebnis
- Erteilung/Verlängerung Zertifikat (= Anforderungen erfüllt)
- Erteilung/Verlängerung Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer  
(= Anforderungen grundsätzlich erfüllt; Erteilung Zertifikat auf 18 Monate bzw. Verlängerung um 12 Monate; erneute Dokumentenbewertung in 1 Jahr)
- Momentan aufgrund offener Abweichungen nicht positiv bewertbar  
(Entscheidung Zertifikatserteilung/-verlängerung erfolgt nach Bewertung Behebung der Abweichung)
- Nicht erfüllt (keine Zertifikatserteilung)

Kommentierung Gesamtergebnis (optional)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Fachexperte-1

\_\_\_\_\_ Fachexperte-2