

Erhebungsbogen Gynäkologische Dysplasie- Sprechstunde

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.

Praxis/Klinik - Leitung	
Postanschrift	
	Benannter Untersucher
Titel, Nachname, Vorname	
e-mail	
Tel.	

Erstellung / Aktualisierung Erhebungsbogen

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

Abkürzungen / Erläuterungen

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

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2022 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2021 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

A Basisdaten

A.1 Kooperation Gynäkologisches Krebszentrum

Gynäkologisches Krebszentrum ¹⁾ (DKG zertifiziert; www.oncomap.de)	
Postanschrift	

- ¹⁾ 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
	Pflicht	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 2022 => Daten vollständiges Kalenderjahr 2021). 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 Pat. 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	Fachärzte Mind. 1 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit AGCPC-Kolposkopiediplom	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.3	Anzahl dokumentierter Abklärungskolposkopien mit abnormen Kolposkopiefunden an Zervix, Vagina und Vulva pro Jahr. Min. 100 Fälle/Einheit u. Untersucher, kolposkopischer Befund mind. Skizze	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.4	Anzahl dokumentierter histologisch gesicherter intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome an Zervix, Vagina und Vulva nach WHO pro Jahr. Mindestens 30 Fälle/Einheit u. Untersucher	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.5	Anzahl dokumentierter Exzisionen (=therapeutische Eingriffe an Zervix, Vagina und Vulva) im Sinne der RIO Klassifikation 2011; exkl. Biopsien) pro Jahr Keine Sollvorgabe	Angabe unter „A Ärztliche Expertise“
B.6	Qualitätssicherung Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (Kapitel C)	Angabe in Excel-Vorlage (Datenblatt)
B.7	Diagnostik Die Diagnostik ist in Anlehnung an die nationalen OL/AWMF-Leitlinien durchzuführen.	
B.8	Therapie Die Therapie ist entsprechend den nationalen OL/AWMF-Leitlinien durchzuführen.	
B.9	Fortbildung/ Weiterbildung 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"> • Mindestens eine interdisziplinäre Fortbildung pro Jahr; anerkannt werden u.a. zertifizierte themenbezogene Fortbildungen der AG-CPC, DGGG, AGO, EFC, DKG, IFPCPC 	
B.10	Interdisziplinäre Tumorkonferenz <ul style="list-style-type: none"> • Der benannte Facharzt muss mind. 2 x pro Halbjahr an der interdisziplinären Tumorkonferenz u./o. Veranstaltungen des Gynäkologischen Krebszentrums teilnehmen (Nachweis Tumorkonferenzprotokoll/ Teilnahmebescheinigung). • Alle Pat. mit inv. Ca. aus der Dysplasie-Sprechstunde sind in der TK des Gynäkologischen Krebszentrums vorzustellen (hier ist auch die Vorstellung von Pat. mit Komplikationen nach Primärtherapie oder Beschwerden im Rahmen der Nachsorge möglich). 	Angabe in Excel-Vorlage (Datenblatt)

Farbliegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 10.07.2020.

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis/Klinik
	<ul style="list-style-type: none"> Video-/Telefonkonferenzen sind möglich, mind. 2 x/Jahr persönliche Anwesenheit, wenn ausschließlich Telefonkonferenzen durchgeführt werden. 	
B.11	<p>Nachsorge/Dokumentation Die Nachsorge der Pat. (ist in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Kollegen) entsprechend den nationalen OL/AWMF-Leitlinien durchzuführen.</p>	

C Qualitätsindikatoren / Kennzahlen

Grundsätzlich sind ausgehend vom Auditdatum die Daten aus dem zurückliegenden Kalenderjahr anzugeben (Auditjahr 2022 => Daten vollständiges Kalenderjahr 2021).

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 verbindlich anzuwenden ist. Diese EXCEL-Vorlage 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