



Kennzahlenauswertung 2019

Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten und Gynäkologischen Dysplasie-Sprechstunden

Auditjahr 2018 / Kennzahlenjahr 2017

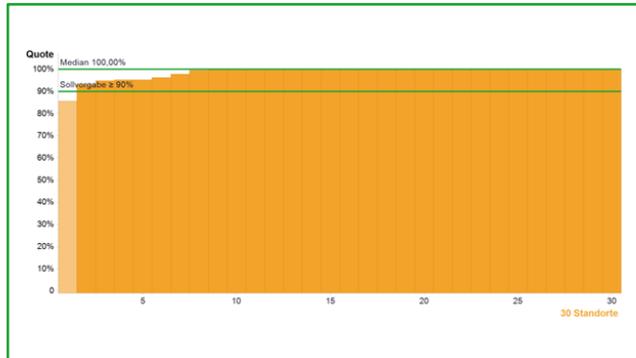


Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/ -Sprechstunden 2018	5
Berücksichtigte Standorte	6
Kennzahlenauswertungen Dysplasie-Einheiten	7
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz	7
Kennzahl Nr. 2: Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	8
Kennzahl Nr. 3: Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze	9
Kennzahl Nr. 4: Durchführung Abklärungskoloskopie	10
Kennzahl Nr. 5: Auffällige Befunde Exzision	11
Kennzahl Nr. 6: Angaben Befundbericht	12
Kennzahl Nr. 7: Anteil R0-Resektion bei CIN III	13
Kennzahl Nr. 8: Nachsorge nach Exzision	14
Kennzahl Nr. 9: Anteil Messerkonisation an Exzisionen	15
Kennzahlenauswertungen Dysplasie-Sprechstunden	16
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz.....	16
Kennzahl Nr. 2: Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz//Veranstaltung des Zentrums.....	17
Kennzahl Nr. 3: Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze.....	18
Impressum	19

Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl vorgestellter Pat. mit einem invasiven Karzinom in der TK des Gynäkologischen Krebszentrums	27*	5 - 228	1513
Nenner	Alle Pat. mit einem invasiven Karzinom	27*	5 - 228	1534
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	85,71% - 100%	98,63%**



Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf eine bestehende Einheit, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

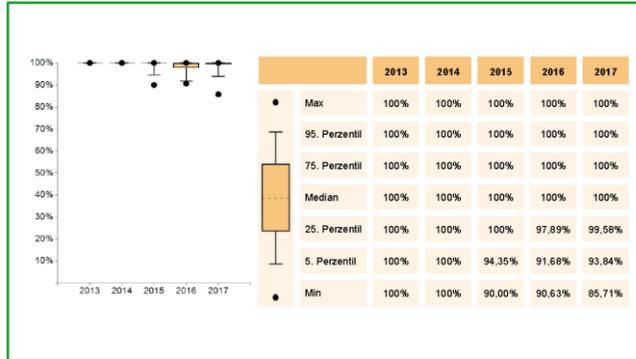
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Einheiten angegeben.

In der Spalte **Patienten Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Patienten sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

Diagramm:

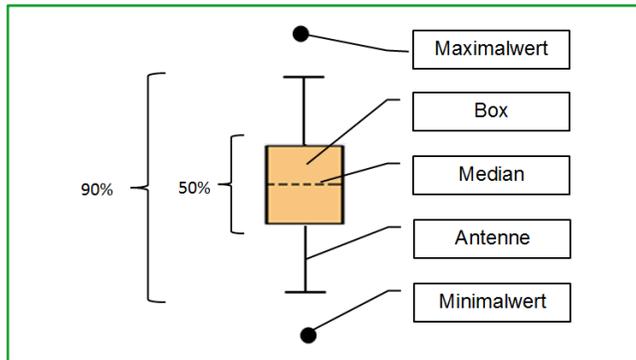
Die x-Achse gibt die Anzahl der Einheiten wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2013, 2014, 2015, 2016** und **2017** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Einheiten. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Einheiten. Die Antennen und die Box umfassen einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten

Gyn. Dysplasie-Einheit*	15.04.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014
Laufende Verfahren	3	2	3	2	---	---
Zertifizierte Gyn. Dysplasie-Einheiten	30	30	25	23	16	7

* nach den gemeinsamen Zertifizierungskriterien der DKG / AGCPC

Gyn. Dysplasie-Sprechstunde	15.04.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014
Gyn. Dysplasie-Sprechstunden gesamt**	140	125	157	140	130	135

** Änderungen der Gesamtzahl bedingt durch Bereinigungen von Doppelzertifikaten (Dysplasie-Einheit/-Sprechstunde) sowie Deaktivierung von AGCPC-Sprechstunden, die nach Ablauf des „alten“ Zertifikates keine Re-Zertifizierung nach den „neuen“ Kriterien der DKG/AGCPC beantragten.

Berücksichtigte Standorte

Dysplasie-Einheiten

Kennzahlenjahr	2017	2016	2015	2014	2013
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte – Gyn. Dysplasie-Einheiten	30 ¹⁾	25	22	15	7
entspricht	100%	100%	95,65%	93,75%	100%

1) Im Jahresbericht sind alle 30 zertifizierten Dysplasie-Einheiten enthalten (einschließlich 4 Einheiten mit Erstzertifizierung in 2018).

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im gemeinsamen Zertifizierungssystem der AG CPC, DKG, DGGG und AGO zertifizierten Gyn. Dysplasie-Einheiten.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2017.

Dysplasie-Sprechstunden

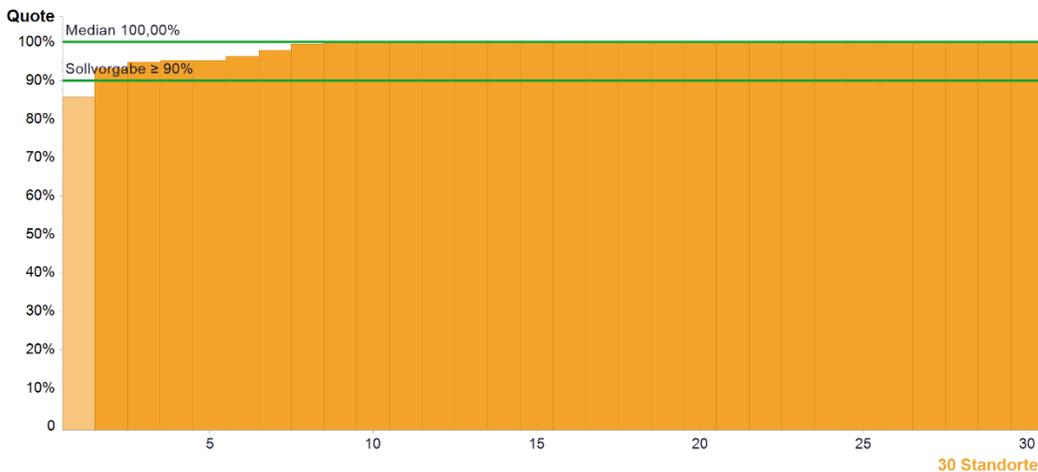
Kennzahlenjahr	2017	2016	2015	2014	2013
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte – Gyn. Dysplasie-Sprechstunden	48	Keine Auswertung	Keine Auswertung	10	Keine Pilotzertifizierungen
entspricht	92,3%			100%	

Im Jahresbericht sind 48 der 52 in 2018 erst- oder re-zertifizierten Dysplasie-Sprechstunden enthalten (48 Erstzertifizierungen und 4 Re-Zertifizierungen). Ausgenommen sind 4 Erstzertifizierungen mit Datendarlegung für das Kalenderjahr 2016 (Jahreswechsel zwischen Einreichung Unterlagen und Bewertung).

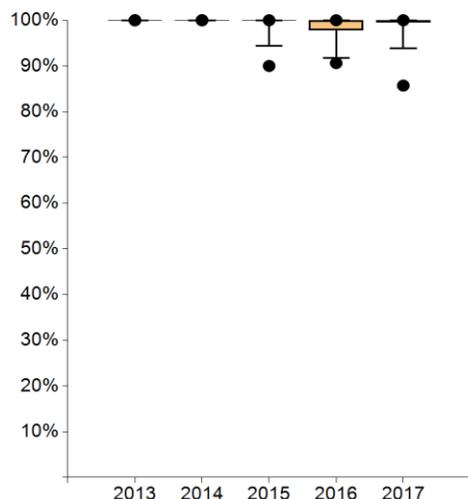
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im gemeinsamen Zertifizierungssystem der AG CPC, DKG, DGGG und AGO zertifizierten Gyn. Dysplasie-Sprechstunden.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2017.

1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl vorgestellter Pat. mit einem invasiven Karzinom in der TK des Gynäkologischen Krebszentrums	27*	5 - 228	1513
Nenner	Alle Pat. mit einem invasiven Karzinom	27*	5 - 228	1534
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	85,71% - 100%	98,63%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	97,89%	99,58%
5. Perzentil	100%	100%	94,35%	91,68%	93,84%
● Min	100%	100%	90,00%	90,63%	85,71%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	29	96,67%

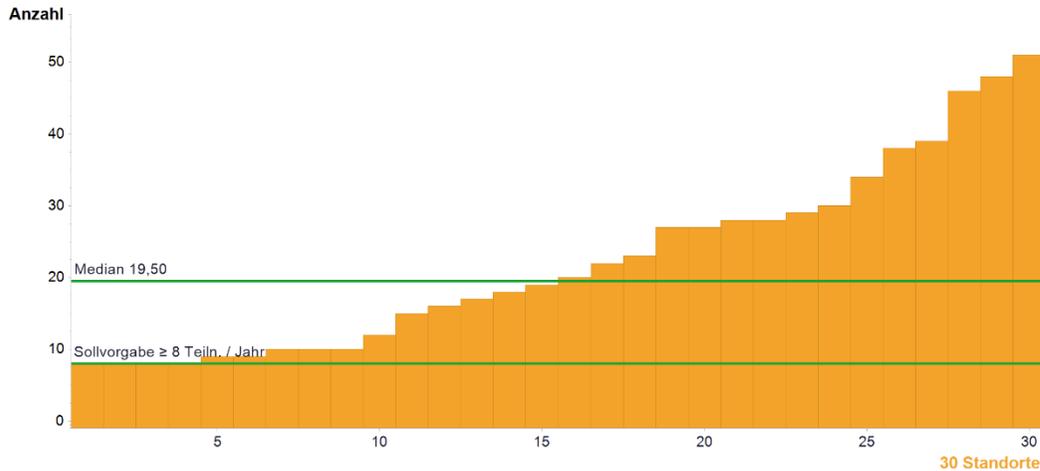
Anmerkungen:

Auch im Kennzahlenjahr 2017 erreichten alle Dysplasie-Einheiten die Sollvorgabe für die Vorstellungsrate von Patientinnen mit einem invasiven Karzinom in der Tumorkonferenz des kooperierenden Gynäkologischen Krebszentrums.

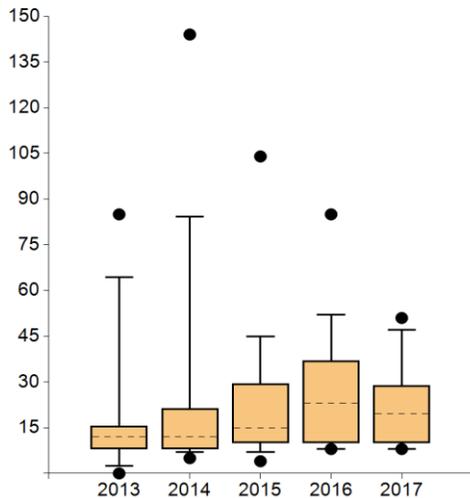
23 Einheiten konnten im Vergleich zum Vorjahr ihre Vorstellungsquote halten oder steigern, in 2 Einheiten war die Quote im Kennzahlenjahr 2017 rückläufig. In 22 Einheiten wurden 100% der Karzinom-Patientinnen in die Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums eingebracht.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

2. Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Anzahl Gesamt
Anzahl	Anzahl Teilnahme Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums	19,5	8 - 51	667
	Sollvorgabe ≥ 8 Teiln. / Jahr			



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	85,00	144,00	104,00	85,00	51,00
95. Perzentil	64,30	84,20	44,85	52,00	47,10
75. Perzentil	15,50	21,25	29,50	37,00	28,75
Median	12,00	12,00	15,00	23,00	19,50
25. Perzentil	8,00	8,00	10,00	10,00	10,00
5. Perzentil	2,40	6,95	7,05	8,00	8,00
● Min	0,00	5,00	4,00	8,00	8,00

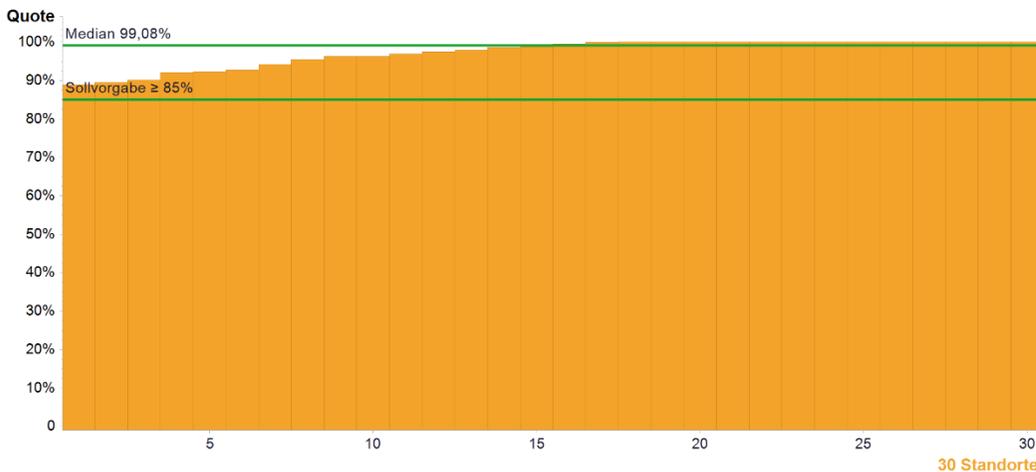
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	30	100,00%

Anmerkungen:

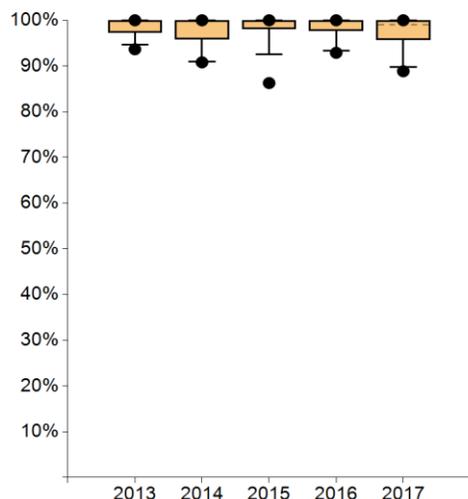
Im Zeitverlauf weiterhin sehr gute Umsetzung der Vorgabe mit rückläufigem Median und Maximalwert. In allen Einheiten wurden im Kennzahlenjahr 2017 gemäß Sollvorgabe mind. 8 Teilnahmen an der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums realisiert.

Neben den verpflichtenden Teilnahmen der benannten Untersucher nahmen regelmäßig auch weitere Ärzte der Dysplasie-Einheit an den Tumorkonferenzen teil.

3. Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit Koloskopie der Cervix uteri, bei denen die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (mind. Skizze) wurde	467*	153 - 1375	17526
Nenner	Alle Pat. mit Koloskopie der Cervix uteri	481*	153 - 1412	17904
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	99,08%	88,84% - 100%	97,89%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	99,08%
25. Perzentil	97,26%	95,85%	98,12%	97,68%	95,66%
5. Perzentil	94,62%	90,96%	92,53%	93,31%	89,79%
● Min	93,65%	90,79%	86,26%	92,88%	88,84%

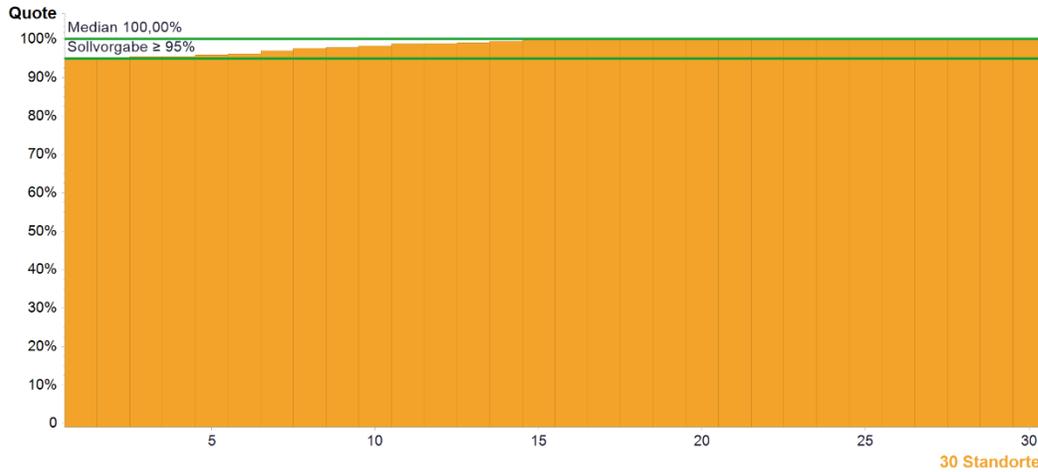
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	30	100,00%

Anmerkungen:

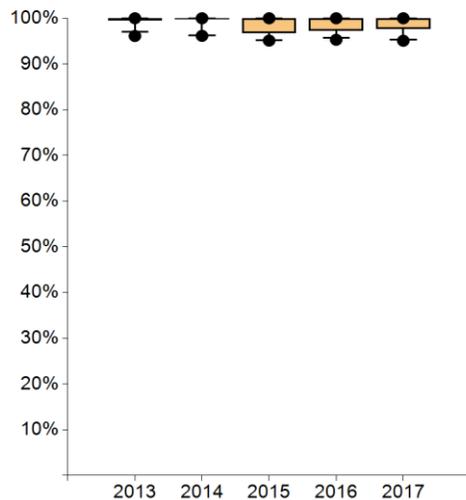
Auch im Kennzahlenjahr 2017 erreichen alle Dysplasie-Einheiten die Sollvorgabe für die Dokumentation der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze bei Koloskopien der Cervix uteri. In 13 Einheiten wurde die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze bei 100% der Patientinnen mit Koloskopie der Cervix uteri dokumentiert. Teilweise ist zudem die Fotodokumentation und Hinterlegung in der Patientenakte als Standard etabliert.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

4. Durchführung Abklärungskolposkopie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit einer Exzision, bei denen eine Abklärungskolposkopie präoperativ in der Dysplasie-Einheit durchgeführt wurde	154,5*	67 - 460	5289
Nenner	Alle Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	157*	67 - 460	5350
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	100%	95,08% - 100%	98,86%**



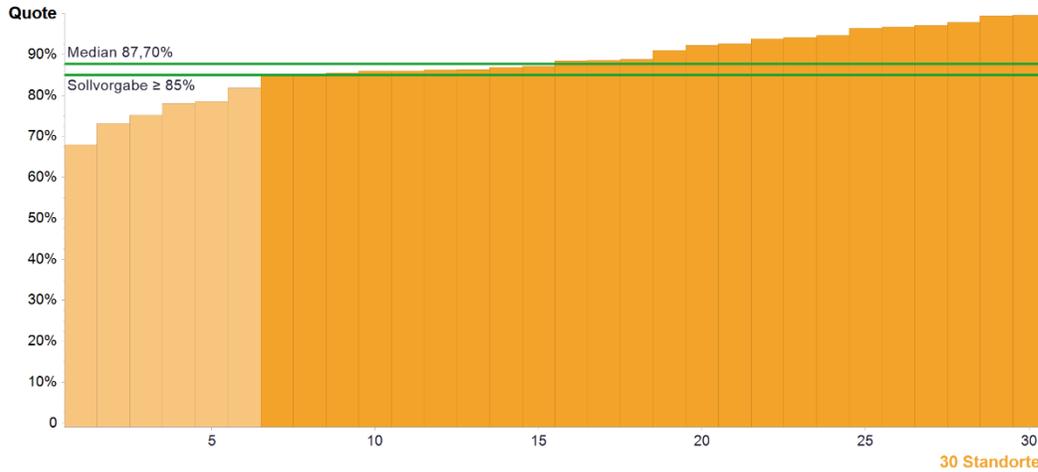
	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	99,61%	99,77%	96,76%	97,35%	97,65%
5. Perzentil	97,05%	96,30%	95,21%	95,71%	95,26%
● Min	96,12%	96,15%	95,11%	95,29%	95,08%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	30	100,00%

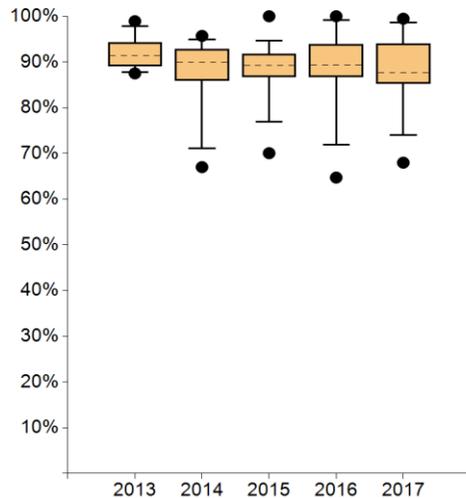
Anmerkungen:
 Alle Dysplasie-Einheiten erreichten im Kennzahlenjahr 2017 die Sollvorgabe für die Rate der Abklärungskolposkopien vor Exzision.
 In 16 Einheiten wurden bei 100% der Patientinnen vor einer Exzision an der Cervix uteri eine Abklärungskolposkopie durchgeführt (Vorjahr: 13 Einheiten mit 100%-Quote).

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

5. Auffällige Befunde Exzision



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit Exzision und führender Histologie ≥ CIN 2	149,5*	62 - 433	4716
Nenner	Alle Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	157*	67 - 460	5350
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	87,70%	67,97% - 99,46%	88,15%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	98,91%	95,70%	100%	100%	99,46%
95. Perzentil	97,88%	94,94%	94,65%	99,16%	98,64%
75. Perzentil	94,29%	92,78%	91,73%	93,90%	94,05%
Median	91,33%	89,87%	89,28%	89,32%	87,70%
25. Perzentil	89,07%	85,97%	86,70%	86,75%	85,30%
5. Perzentil	87,76%	71,05%	76,98%	71,93%	74,04%
● Min	87,50%	67,00%	70,05%	64,71%	67,97%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	24	80,00%

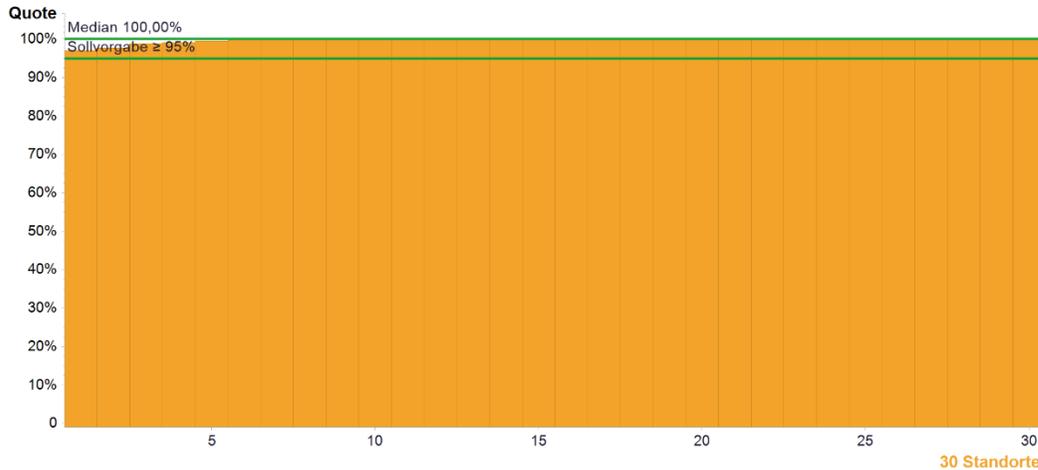
Anmerkungen:

Im Zeitverlauf weiterhin sehr gute Umsetzung der Vorgabe, mit leicht rückläufigem Median. 6 Einheiten verfehlten im Kennzahlenjahr 2017 die Sollvorgabe, darunter 2 Einheiten nach Erstzertifizierung. Bei 3 der Einheiten mit Sollunterschreitung war auch im Vorjahr bei <85% der Cervix-Exzisionen ein Befund ≥ CIN 2 nachweisbar. Niedrige Raten begründeten die Zentren mit der vollständigen Entfernung der ≥ CIN 2-Läsion in der präoperativen Biopsie, Wunsch der Patientinnen nach Resektion (z.B. bei einem länger bestehenden PAP III-D-Befund) und Patientinnen mit T3-Transformationszone/ Zervikalkanalstenose, bei denen die Konisation diagnostisch indiziert war. Die Angaben der Zentren wurden in den Audits anhand von Einzelfallanalysen überprüft und Hinweise zur Verbesserung ausgesprochen (z.B. gemeinsame Diskussion mit den Pathologen in Qualitätszirkeln). Der umgesetzte Maßnahmenplan als auch die Ergebnisse werden im Folgeaudit betrachtet.

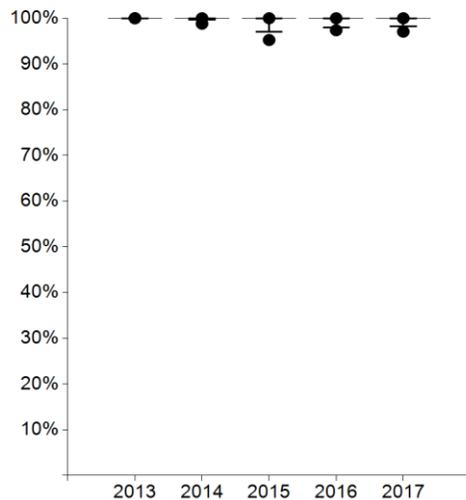
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

6. Angaben Befundbericht



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit Exzision und vollständiger, schriftlicher histologischer Beurteilung der Exzision (=Art u. Größe bei allen Läsionen (nicht metrisch), vertikale u. horizontale Ausdehnung bei invasiven Läsionen, Resektionsränder, Abstand Läsion zum endozervikalen Resektionsrand in mm)	187,5*	99 - 521	6805
Nenner	Alle Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri, Vulva, Vagina durchgeführt wurde	187,5*	100 - 521	6821
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	97,06% - 100%	99,77%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	100%	99,64%	97,10%	97,99%	98,22%
● Min	100%	98,80%	95,24%	97,37%	97,06%

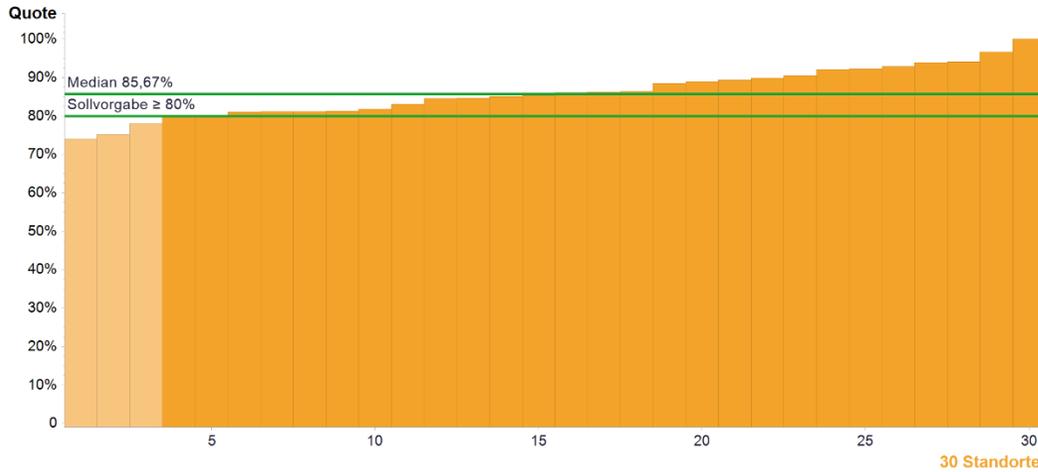
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	30	100,00%

Anmerkungen:

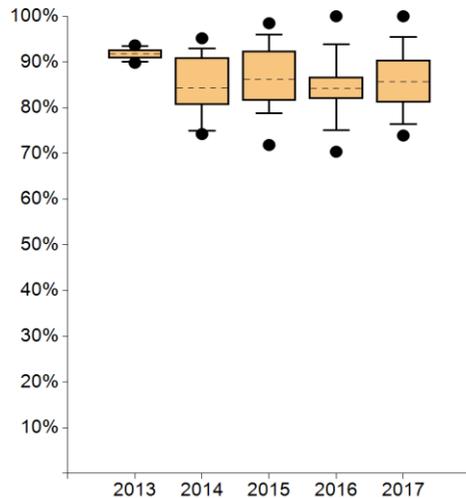
Wie in den Vorjahren erfüllten auch im Kennzahlenjahr 2017 alle Einheiten die Sollvorgabe zur Vollständigkeit der histologischen Befundberichte nach Exzisionen. In 25 Einheiten waren 100% der Befundberichte nach Exzisionen an der Cervix uteri, Vulva oder Vagina im Sinne der Vorgabe vollständig.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

7. Anteil R0-Resektion bei CIN III



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit R0-Resektion im histopathologischen Befund bei CIN III	87*	39 - 292	3134
Nenner	Alle Pat. mit Exzision und histolog. Befund CIN III	96*	48 - 302	3590
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	85,67%	73,91% - 100%	87,30%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	93,64%	95,18%	98,47%	100%	100%
95. Perzentil	93,45%	92,93%	96,01%	93,92%	95,47%
75. Perzentil	92,69%	90,99%	92,40%	86,76%	90,36%
Median	91,73%	84,34%	86,15%	84,24%	85,67%
25. Perzentil	90,78%	80,64%	81,49%	81,94%	81,18%
5. Perzentil	90,01%	74,99%	78,72%	75,03%	76,44%
● Min	89,82%	74,23%	71,84%	70,37%	73,91%

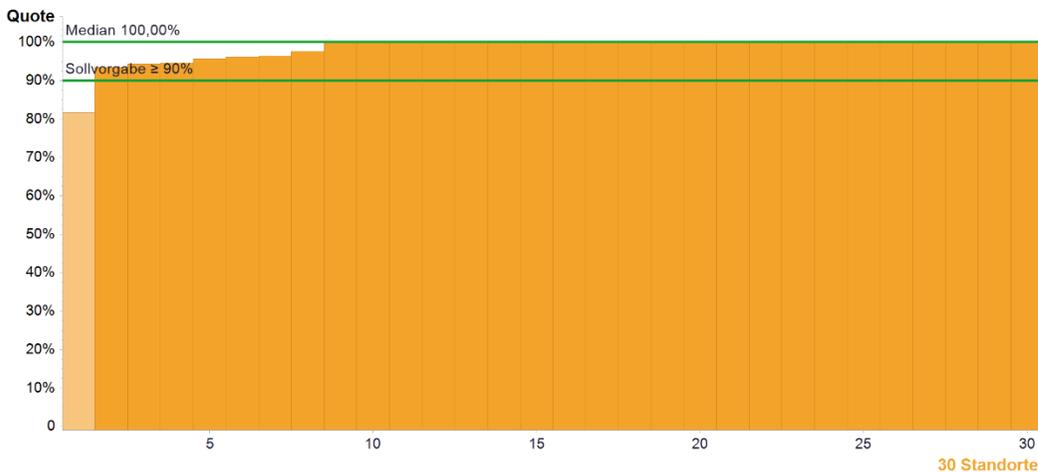
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	27	90,00%

Anmerkungen:

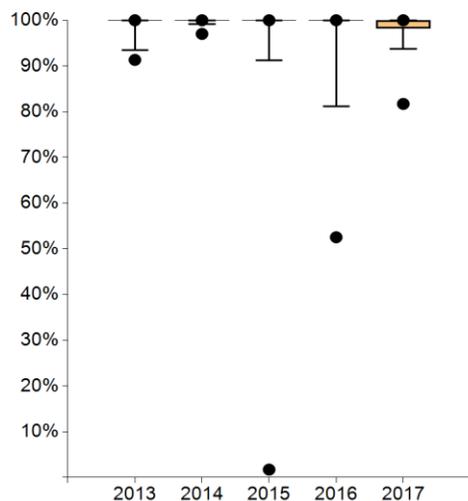
Weiterhin sehr gute Umsetzung der Vorgabe mit zum Vorjahr ansteigendem Median und Minimalwert. 3 Einheiten verfehlen im Kennzahlenjahr 2017 die Sollvorgabe von mindestens 80% R0-Rate bei Patientinnen mit CIN III und Exzision. Als Begründung für geringe R0-Raten geben die Einheiten insbesondere ein fertilitätsschonendes Vorgehen bei Patientinnen mit Kinderwunsch an. In diesen Fällen erfolgen strukturierte kolposkopische Nachkontrollen in den Einheiten. Als Strategien zur Steigerung der R0-Rate nennen die Einheiten die primäre endozervikale Nachresektion (im gleichen Eingriff) bei kolposkopisch ausgedehnten Befunden intraoperativ sowie die routinemäßige Nachevaporisation der Konisationsränder im Sinne eines "Cowboy Hat".

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

8. Nachsorge nach Exzision



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit Empfehlung zur Nachsorge einmalig 6-12 Mo. nach Exzision	156*	67 - 460	5282
Nenner	Alle Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	157*	67 - 460	5350
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	81,70% - 100%	98,73%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	98,19%
5. Perzentil	93,50%	99,10%	91,16%	81,15%	93,75%
● Min	91,33%	97,01%	1,71%	52,53%	81,70%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	29	96,67%

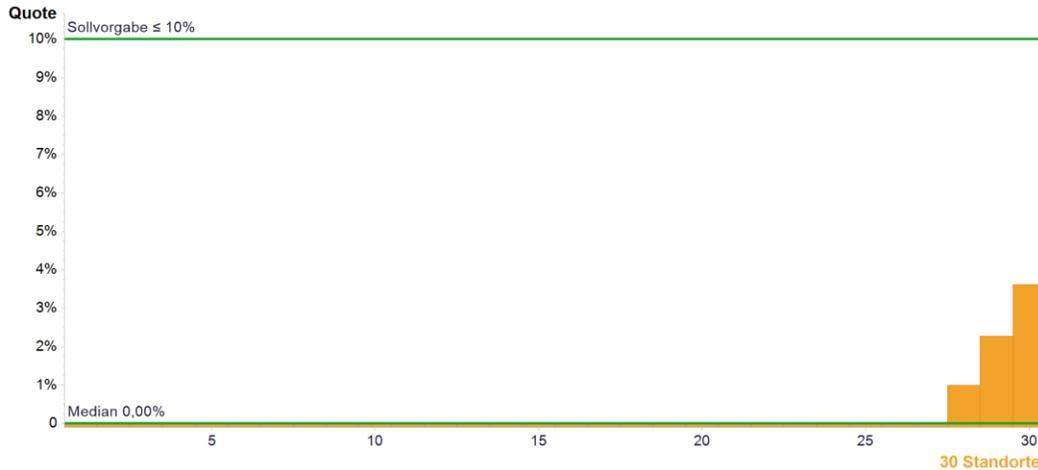
Anmerkungen:

Der Prozess der Empfehlung zur Nachsorge nach Exzision an der Cervix uteri ist in den Zentren im Zeitverlauf fest etablierter Standard. Im Vergleich zum Vorjahr Anstieg des Minimalwerts und 5. Perzentil im Kennzahlenjahr 2017.

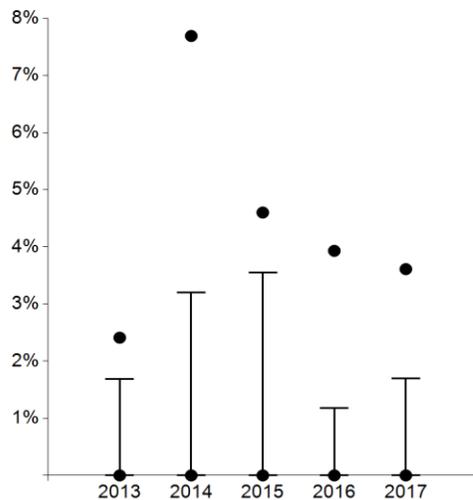
1 Einheit verfehlte die Sollvorgabe. In diesem Zentrum war im Kennzahlenjahr 2017 in Vorbereitung der Erstzertifizierung (Anfang 2018) der Prozess zur Nachsorgeempfehlung noch nicht vollständig implementiert. Zur Verbesserung der Empfehlungsquote wurde in dem Zentrum ein entsprechender Textbaustein für Arztberichte eingeführt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

9. Anteil Messerkonisation an Exzisionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit Messerkonisation	0*	0 - 3	6
Nenner	Alle Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	157*	67 - 460	5350
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 3,61%	0,11%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	2,41%	7,69%	4,60%	3,93%	3,61%
95. Perzentil	1,69%	3,20%	3,55%	1,18%	1,70%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

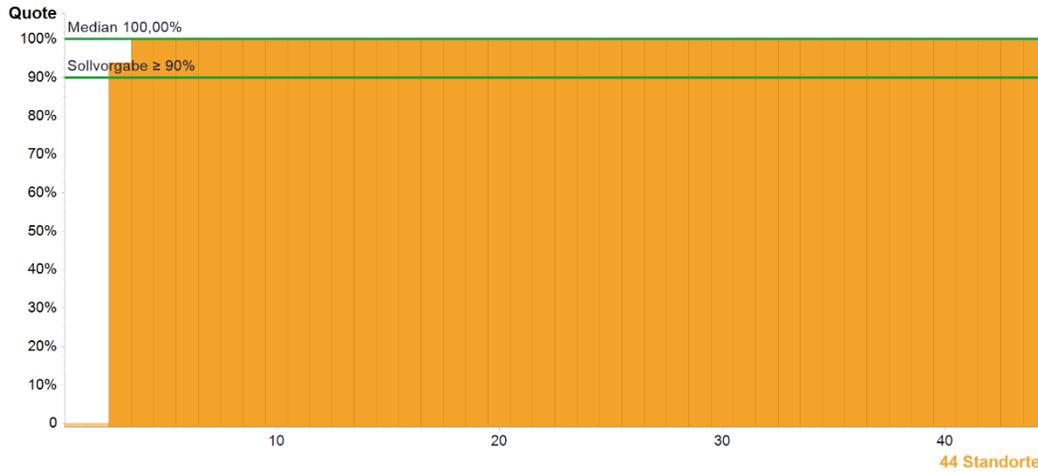
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	100,00%	30	100,00%

Anmerkungen:

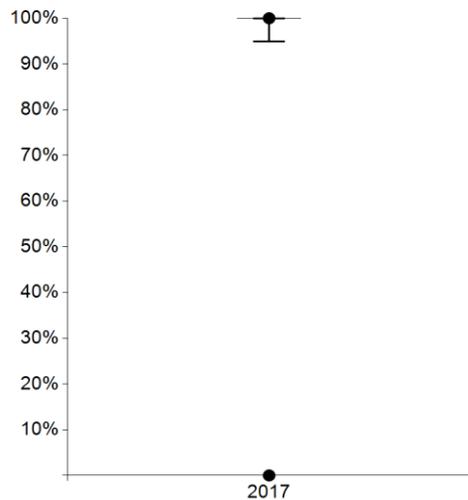
Wie in den Vorjahren erfüllen auch im Kennzahlenjahr 2017 alle Einheiten die Sollvorgabe für die Rate an Messerkonisationen. Die Einheit mit der höchsten Rate wurde 2018 erstzertifiziert und gab an, im Kennzahlenjahr 2017 bei Patientinnen mit Kontraindikation gegen monopolare Elektrodithermie (Herzschrittmacher) Messerkonisationen durchgeführt zu haben (n=3). In dem Großteil der Einheiten kommt diese OP-Methode grundsätzlich nicht zum Einsatz.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl vorgestellter Pat. mit einem invasiven Karzinom in der TK des Gynäkologischen Krebszentrums	6*	0 - 100	514
Nenner	Alle Pat. mit einem invasiven Karzinom	6*	1 - 100	522
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	98,47%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	100%
5. Perzentil	----	----	----	----	94,85%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	91,67%	42	95,45%

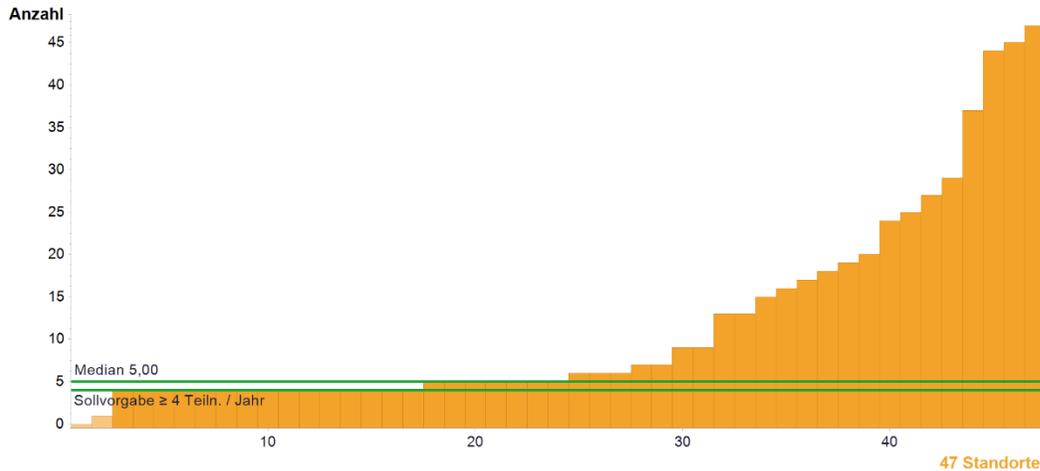
Anmerkungen:

Sehr gute Umsetzung der Kennzahl in den zertifizierten Dysplasie-Sprechstunden. Die zwei Sprechstunden, die keine Patientin in der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellt haben, hatten jeweils eine sehr kleine Grundgesamtheit (= 1). Es erfolgte jedoch die Empfehlung für die Zuweiser, dass die Patientin in dem Gynäkologischen Krebszentrum vorgestellt werden sollte.

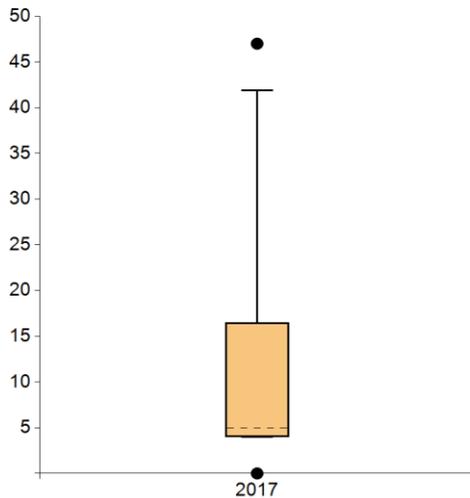
** Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

2. Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz/Veranstaltung des Zentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Anzahl Gesamt
Anzahl	Anzahl Teilnahme Tumorkonferenz/Veranstaltung des Gynäkologischen Krebszentrums	5	0 - 47	555
	Sollvorgabe ≥ 4 Teiln. / Jahr			



		2013	2014	2015	2016	2017
●	Max	----	----	----	----	47,00
	95. Perzentil	----	----	----	----	41,90
	75. Perzentil	----	----	----	----	16,50
	Median	----	----	----	----	5,00
	25. Perzentil	----	----	----	----	4,00
	5. Perzentil	----	----	----	----	4,00
●	Min	----	----	----	----	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
47	97,92%	45	95,74%

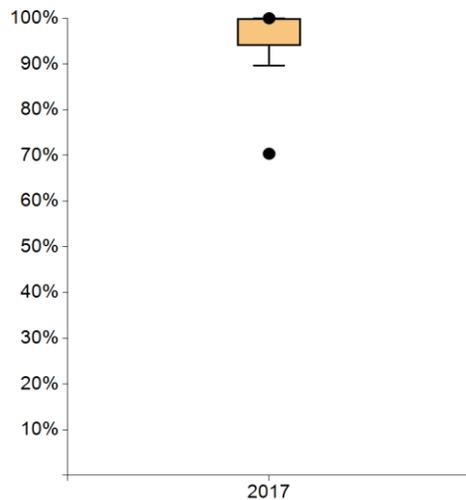
Anmerkungen:

Zwei Sprechstundenvertreter haben nicht mindestens vier Tumorkonferenz und/oder Veranstaltungen des kooperierenden Gynäkologischen Krebszentrums besucht. Als Begründung wird die organisatorisch schwierige Kooperation mit einem zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrum genannt, die sich aber 2018 durch die erfolgreiche Zertifizierung verbessert hat.

3. Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl Pat. mit Koloskopie der Cervix uteri, bei denen die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (mind. Skizze) wurde	121*	54 - 899	9036
Nenner	Alle Pat. mit Koloskopie der Cervix uteri	121*	54 - 975	9464
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	100%	70,37% - 100%	95,48%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	93,96%
5. Perzentil	----	----	----	----	89,67%
● Min	----	----	----	----	70,37%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	47	97,92%

Anmerkungen:
In einer Sprechstunde wird die Sollvorgabe von mind. 85% Dokumentation der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze nicht erreicht.

** Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.
Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie e.V.
Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren
Matthias W. Beckmann, Sprecher Zertifizierungskommission
Christian Dannecker, Sprecher Zertifizierungskommission
Jens Quaas, Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie & Kolposkopie e.V.
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Jumana Mensah, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Agnes Bischofberger, OnkoZert
Orsolya Penzes, OnkoZert
Julia Ferencz, OnkoZert

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Fax: +49 (030) 322 93 29 66
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version e-A2-de; Stand 07.10.2019

ISBN: 978-3-946714-94-1



9 783946 714941