



Fragebogen zum SHG-Siegel

Angaben zur Klinik

Klinik

Adresse

Ansprechpartner(in)*

Funktionsbezeichnung

Telefonnummer

E-Mail

1

* Die Bevollmächtigung der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners zur Abgabe der notwendigen Erklärungen im Rahmen des SHG-Siegels wird versichert. Änderungen in der Person der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners sind der SHG unter SHG-Siegel@VulvaKarzinom-SHG.de unverzüglich mitzuteilen.

Hinweis: Die Auswertung dieses Fragebogens einschließlich der einzureichenden Nachweise erfolgt durch mindestens ein Mitglied des medizinischen Beirates der VulvaKarzinom-SHG e.V.. Einzelheiten zum Beirat s. <http://vulvakarzinom-shg.de/board/content.php/37-Beirat>. Auf der Basis dieser Auswertung entscheidet die VulvaKarzinom-SHG e.V. über die Verleihung ihres SHG-Siegels.

Weitere Voraussetzung für die Verleihung des SHG-Siegels ist im Jahr der Antragstellung die Teilnahme an der jährlichen Fortbildungsveranstaltung des Beirates der VulvaKarzinom-SHG e.V. bzw. eines Mitglieds des Beirates, die in Kooperation mit der VulvaKarzinom-SHG e.V. durchgeführt wird. Einzelheiten zur Fortbildungsveranstaltung werden auf unserer Homepage <http://VulvaKarzinom-SHG.de> rechtzeitig bekanntgegeben.

Das SHG-Siegel wird für 2 Kalenderjahre, d.h. das laufende und das folgende Kalenderjahr, erteilt. Es besteht die Möglichkeit, bereits im folgenden Jahr eine erneute Verleihung des Siegels bei Teilnahme an der nachfolgenden Fortbildungsveranstaltung und neuer Vorlage des Fragebogens zum SHG-Siegel nebst Nachweisen zu beantragen. Weitere Einzelheiten s. „Bestimmungen für das SHG-Siegel“, die wir ebenfalls auf unserer Homepage für Sie hinterlegt haben.

Eine Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung ist auch ohne (Neu-)Beantragung des SHG-Siegels möglich.



Präkanzerosen (VIN)

Ziff.	Kriterien/Anforderungen	Erläuterungen der Klinik (auch zusätzlich zu den Nachweisen)
1.1	<p>CO₂- oder ein anderer geeigneter Laser (Vaporisation) als Standard.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nachweis durch 5 anonymisierte OP-Berichte und durch Angabe des zum Einsatz kommenden Lasers. 	
1.2	<p>Mindestzahl von mit Laser therapierten Präkanzerosen pro Jahr: 10. <u>Alternativ:</u> Gesamtzahl der Laser-OPs von Präkanzerosen der Ärztin/des Arztes, die bzw. der diese Laser-OPs in der Klinik durchführt: Mindestens 20.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angabe der Fallzahlen der letzten beiden Kalenderjahre. ➤ <u>Alternativ:</u> Angabe der Gesamtzahl der gelaserten Präkanzerosen (ohne Berücksichtigung des Zeitraums) der lasernden Ärztin/des lasernden Arztes (Stand bei Abgabe des Fragebogens). 	
1.3	<p>Information der Patientin über die Pflege während der Wundheilung.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie erfolgt die Information? Bitte erläutern (z.B. mittels Informationsblatt wie den Pflegetipps der VulvaKarzinom-SHG e.V., s. http://vulvakarzinom-shg.de/board/content.php/288-pflegetipps-nach-laser-op). 	



Vulvakarzinom

Ziff.	Kriterien/Anforderungen	Erläuterungen der Klinik (auch zusätzlich zu den Nachweisen)
2.1	<p>Tumorentfernung und – falls erforderlich – plastische Rekonstruktion der Vulva in nur einer OP.</p> <p>➤ Nachweis durch 10 anonymisierte OP-Berichte aus den letzten 2 Jahren.</p>	
2.2	<p>Organerhalt bei OP</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % der Klitoris bei T1a und T1b* • 80 % der Labia majora bei T2* <p>➤ Abgabe einer entsprechenden Erklärung.</p> <p>* Klinische TNM(R)-Klassifikation ab 2010.</p>	



2.3	<p>Mindestzahl von durchgeführten Vulvakarzinom-OPs pro Jahr: 15.</p> <p>Bei der beantragten Erst-Verleihung des SHG-Siegels wird eine Mindestzahl von 10 im letzten Kalenderjahr akzeptiert, der davor liegende Zeitraum bleibt außer Betracht.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Angabe der konkreten Fallzahlen im letzten Kalenderjahr bei beantragter Erst-Verleihung. Danach Angabe der Fallzahlen der letzten beiden Kalenderjahre.	
2.4	<p>Sentinel-Lymphonodektomie unter Einsatz von Technetium soweit im Einzelfall die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Nachweis durch 10 nuklearmedizinische Befunde aus den letzten 2 Jahren.	



2.5	<p>Von allen bei der Sentinel-Lymphonodektomie klinisch identifizierten Lymphknoten werden Stufenschnitte in einem Abstand von ca. 200 µm vorgenommen und ein immunhistochemisches Ultra-staging durchgeführt. Dabei wird jeweils mindestens ein zusätzlicher Schnitt pro Schnittstufe angefertigt. Bei fehlendem histologischen Metastasierungsnachweis ist nach isolierten Tumorzellen immunhistochemisch mit Pan-epitheliale Antikörper (z.B. KL1) zu suchen. Falls eine Schnellschnittuntersuchung durchgeführt wird, ist sichergestellt, dass ausreichend Gewebe für die komplette histo- und immunhistopathologische Untersuchung des Sentinel-Lymphknotens verbleibt (s. Leitlinie Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 015/059, 06/2008 unter Berücksichtigung von Van der Zee A.G., Oonk M.H., De Hullu J.A., Ansink A.C., Vergote I, et al. Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. J Clin Oncol 2008; 26:884-889).</p> <p>➤ Abgabe einer entsprechenden Erklärung.</p>	
2.6	<p>Onkologische Therapieentscheidung in einer interdisziplinären Konferenz unter Beteiligung einer Strahlentherapeutin /eines Strahlentherapeuten. Information der Patientin über die getroffene Entscheidung, damit diese u.a. für die korrekte Durchführung der Folgetherapie, sollte sie erforderlich sein, sensibilisiert wird.</p> <p>➤ Abgabe einer entsprechenden Erklärung.</p>	



2.7	<p>Aufklärung über die physischen und psychischen Auswirkungen der Therapie bereits vor der OP.</p> <p>➤ Wie erfolgt die Information? Bitte erläutern.</p>	
2.8	<p>Information über die Pflege des OP-Bereiches nach der Entlassung, speziell während der Wundheilung, und nach Abschluss der Heilungsphase.</p> <p>➤ Wie erfolgt die Information? Bitte erläutern.</p>	



Präkanzerosen (VIN) und Vulvakarzinom

Ziff.	Kriterien/Anforderungen	Erläuterungen der Klinik (auch zusätzlich zu den Nachweisen)
3.1	<p>Einsatz der Kolposkopie/Vulvoskopie in der OP-Planung und als Untersuchungsstandard in der Nachsorge.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nachweis durch jeweils 3 anonymisierte Untersuchungsbefunde oder Arztberichte des letzten Kalenderjahres. 	
3.2	<p>Angebot psycho- oder psychoonkologischer Betreuung ab dem Zeitpunkt der Diagnose.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beschreibung, wie das Angebot erfolgt und wie sichergestellt wird, dass jede hieran interessierte betroffene Frau psycho- oder psychoonkologisch betreut wird. 	
3.3	<p>Erforderlichenfalls Aufklärung über Hilfsmittel (Dilatatoren, wasserlösliche Gleitgels, etc.), um beispielsweise Verklebungen / Schmerzen beim GV zu vermeiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie erfolgt die Information? Bitte erläutern. 	



3.4	<p>Information über die Notwendigkeit einer engmaschigen Kontrolle; Option, die Nachsorge mittels Kolposkopie /Vulvoskopie in der Klinik wahrnehmen zu können, z.B. in einer Dysplasiesprechstunde.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Wie erfolgt die Information über die Notwendigkeit einer engmaschigen Kontrolle? Bitte erläutern.➤ Erklärung, dass die Nachsorge mittels Kolposkopie/Vulvoskopie den Patientinnen angeboten wird.	
-----	--	--



Ich versichere hiermit für die Klinik die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Sollte sich eine Unterschreitung der Kriterien für die Verleihung des SHG-Siegels im Folgenden ergeben, ist die Klinik verpflichtet, dieses unverzüglich der VulvaKarzinom-SHG e.V. schriftlich (postalisch an VulvaKarzinom-SHG e.V., Kniprodestraße 94, 26388 Wilhelmshaven oder per E-Mail an SHG-Siegel@VulvaKarzinom-SHG.de) zu melden. Hat die Klinik das SHG-Siegel erhalten, ist sie zu dessen unverzüglicher Rückgabe verpflichtet, sofern sie die im Fragebogen genannten Anforderungen nicht länger in Gänze erfüllt. Sobald sie die Kriterien des SHG-Fragebogens wieder einhält, kann sie die erneute Verleihung des SHG-Siegels durch Einreichung eines aktuellen Fragebogens beantragen.

Ich bzw. die Klinik habe/hat die für die Verleihung des SHG-Siegels geltenden „Bestimmungen für das SHG-Siegel“ zur Kenntnis genommen und bin/ist mit deren Geltung einverstanden. *(Bitte bei Einverständnis ankreuzen.)*

Diese Bestimmungen sind auf der Homepage <http://VulvaKarzinom-SHG.de> hinterlegt und werden auf Wunsch von der VulvaKarzinom-SHG e.V. per E-Mail übersandt.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift, Funktionsbezeichnung, Klinikstempel)

Anlagen (Nachweise)

Diesen Fragebogen mit den Nachweisen senden Sie bitte in vierfacher Ausfertigung aller Dokumente an: VulvaKarzinom-SHG e.V., Kniprodestr. 94, 26388 Wilhelmshaven oder in digitalisierter Form per E-Mail an:

SHG-Siegel@VulvaKarzinom-SHG.de

Im letzten Fall bitte die Nachweise und den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen Ihrer E-Mail in getrennten Dateien beifügen.

(Stand 15.06.2012)