

# Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung im Schwerpunkt

**GYNÄKOLOGISCHE ONKOLOGIE**

## A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

---

---

---

Bezeichnung der Organisationseinheit, in der die Weiterbildung stattfindet (z.B.: Frauenklinik):

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: \_\_\_\_\_

Als Weiterbildungsstätte für Gynäkologische Onkologie

- bereits zugelassen seit \_\_\_\_\_  
 noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Gynäkologische Onkologie

- wird noch beantragt  
 ist vorhanden und gilt noch bis zum \_\_\_\_\_

Weiterbilder/in:

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

## B. Statistische Angaben der Organisationseinheit für das Jahr 20\_\_ (Vorjahr)

Vollstationäre Fallzahl \_\_\_\_\_ Durchschnittliche Verweildauer (Tage) \_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

Konsiliartätigkeit  ja /  nein

Wo? \_\_\_\_\_ Frequenz? \_\_\_\_\_ /monatlich

### Aktuelle Bettenzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung

Bettenzahl der weiterbildenden Organisationseinheit: \_\_\_\_\_ Betten

Bettenzahl, die für die Gynäkologische Onkologie zur Verfügung stehen \_\_\_\_\_ Betten

## C. Leistungsstatistik der Organisationseinheit des Vorjahres

(auszufüllender Vordruck liegt bei)

Anlage 1

## D. Diagnosestatistik der Organisationseinheit des Vorjahres nach ICD 10

Anlage 2 (selbst zu erstellen)

In der Regel die Hauptdiagnose, gegebenenfalls auch Nebendiagnosen, die mit einem relevanten diagnostischen oder therapeutischen Behandlungsaufwand in der Organisationseinheit verbunden waren. Bitte tabellarisch nach Fallzahl ordnen und den Klartext der Diagnose angeben. Es kann auch die umgangssprachliche Bezeichnung übernommen werden, die für den strukturierten Qualitätsbericht angegeben wird. Beschränken Sie sich auf den dreistelligen ICD-Code und auf die maximal 100 häufigsten Diagnosen.

### Beispiel:

ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Diagnose
S52	40	Knochenbruch des Unterarmes
	<i>ODER</i>	
S52	40	Fraktur des Unterarmes

## E. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Bereich Gynäkologische Onkologie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 a SGB V (Unterversorgung)?

nein  ja (Bitte Kopie der Ermächtigung beifügen)

jährliche Fallzahl: \_\_\_\_\_

Vertrag nach § 116 b SGB V (hochspezialisierte Leistungen)?  nein

Ja, für folgende Leistungen (ggf. Anlage beifügen)

jährliche Fallzahl: \_\_\_\_\_

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V?

jährliche Fallzahl: \_\_\_\_\_

Andere ambulante Behandlungen (Bitte Abrechnungsgrundlage und Art der erbrachten Leistungen angeben)?

jährliche Fallzahl: \_\_\_\_\_

Beteiligung des Krankenhauses an der Notfallversorgung am Standort vorhanden?:

Notfallambulanz

ja /  nein

Rettungswagen

ja /  nein

F. Personelle Besetzung am \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: am 31.12.2012 in „Abteilung für Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ oder „Abteilung für Gynäkoonkologie“ usw.)

Beim Krankenträger angestelltes ärztliches Personal	Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte a 50 % = 1,5 Vollkräfte	Belegärzte
Gesamtzahl: _____	Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
<b>Davon</b>	<b>Davon</b>	<b>Davon</b>
Facharztanerkennung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
Mit Schwerpunktanerkennung Gynäkologische Onkologie	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In Weiterbildung im Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Ist _____ Vollkräfte	

Freiwillige Angaben über weiteres ärztliches Personal (Drittmittel, Honorarärzte o.ä.) sind hier möglich:

---



---

Der Organisationseinheit zugeordnetes (ggf. Stellenanteil angeben) Fachpersonal mit abgeschlossener Ausbildung und Arbeitsvertrag, ohne Praktikanten, bei Bedarf bitte weitere Fachkräfte und anerkannte Weiterbildungen auflühren.

Ausbildung in anderen Heilberufen	Ist in Vollzeitkräften	<b>Die links aufgeführten Fachkräfte verfügen über die rechts Angegebenen Zusatzqualifikationen:</b>	Mit weiteren anerkannten Fachweiterbildungen	Ist in Vollzeitkräften
Gesundheits- und Krankenpfleger/in (dreijährige Ausbildung)			Operationsdienst	
Psycholog/in			Intensivpflege und Anästhesie	
Physiotherapeut/in			Hygienefachkraft	
Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in			Wundmanager/in; Wundbeauftragte/r	

<b>G. Folgende Geräte stehen der weiterbildenden Organisationseinheit am Standort funktionsfähig zur Verfügung</b>		
Bitte die spezielle apparative Ausstattung auflühren und ergänzen, gegebenenfalls auf einem zusätzlichen Blatt fortsetzen	Anzahl	Baujahr (von/bis)
Computertomograph (CT)		
Endosonographiegerät		
Geräte zur Strahlentherapie		
Hochfrequenztherapiegerät		
Magnetresonanztomograph (MRT)		
Mammographiegerät		
MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)		
Operationsmikroskop		
Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT		
Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		
Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät		

## H. Sonstige Einrichtungen am Standort

Strahlentherapie  ja /  nein

Falls nein, Zusammenarbeit mit welcher Einrichtung \_\_\_\_\_

Palliativmedizin

Besteht eine Zusammenarbeit mit einer Einrichtung/Abteilung für Palliativmedizin  ja /  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Psychologe/in

Besteht eine Zusammenarbeit mit Psychologe/in  ja /  nein

Mit welchen? \_\_\_\_\_

Pathologie  ja /  nein

Falls nein, wo werden Obduktionen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Obduktionsdemonstrationen  ja /  nein

Falls ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Für die Weiterbildung wesentliche, standortübergreifende Kooperationen können hier ergänzt werden:

---

---

---

---

Ich, \_\_\_\_\_ (bitte Ihren Name eintragen),  
bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben und beantrage

- die Zulassung
- die Verlängerung der Zulassung

unseres Hauses als Weiterbildungsstätte für Gynäkologische Onkologie.

**Für die Geschäftsführung:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anlagen:

- 1- Leistungsstatistik (Vordruck zum Ausfüllen liegt bei)
- 2- ICD - Diagnosestatistik

**Anlage 1 zum Erhebungsbogen GYNÄKOLOGISCHE ONKOLOGIE**

**Leistungsstatistik der letzten 12 Monate (bzw. des letzten Kalenderjahres)**

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen  
im angegebenen Zeitraum**

Sonographien	- Mamma	_____
	- weibliches Genitale/ - abdominal	_____
	- Endosonographien	_____
Endoskopien	- Kolposkopien	_____
	- Hysteroskopien	_____
	- Prokto-/Rektoskopien	_____
Punktionen/ Biopsien	- Mamma	_____
	- weibliche Genitalorgane	_____
Krebsoperationen am weiblichen Genitale	- organerhaltend	_____
	- Debulking-OP	_____
	- Wertheim-OP	_____
	- Vulvektomie	_____
	- Exenteration	_____
	- Lymphadenektomien	_____
	- sonstige radikale Operationen	_____
Krebsoperationen an der Mamma	- organerhaltend	_____
	- radikal	_____
Rekonstruktive Eingriffe	- am Genitale	_____
	- Mamma	_____
	- Bauchdecken	_____
Hormonelle Therapien		_____
Zytostatische Therapiezyklen	- Mammacarcinom	_____
	- andere gynäkologische Carcinome	_____
Supportive und palliative medikamentöse Tumorthérapien		_____
Rezidivdiagnostik		_____
Rezidivbehandlungen		_____
Tumornachsorge		_____
Einleitung von Rehabilitationsverfahren		_____
Psychoonkologische Betreuung		_____
Gynäkologische Strahlen-Kontakt-Therapie		_____
Falls nicht selbst angeboten, wo erlernbar?		_____