

Erhebungsbogen für Darmkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. T. Seufferlein, Prof. Dr. S. Post

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren der DKG
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft DKG-zertifizierter Darmkrebszentren e.V. (ADDZ)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)
Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGd)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie – Viszeralchirurgie (CAO-V)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche ILCO
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Verbundprojekt Familiärer Darmkrebs

Inkraftsetzung am 14.07.2016

Der hier vorliegende Erhebungsbogen wurde an einigen Stellen gegenüber der Version mit Stand 15.10.2015 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2017 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

Änderung vom 05.10.2017

Gegenüber der Version G3 vom 18.11.2016 wurden folgende Bereiche aktualisiert: Abfrage des QM-Systems (Seite 2), Kooperationsvereinbarungen (Kap. 1.1.3), Sozialdienst (Kap. 1.5.1), Liste der Studien (Kap. 1.7), Postoperative Versorgung (Kap. 5.2.2), Pflegefachkräfte (Kap. 6.2.2) und Tumordokumentation/Ergebnisqualität (Kap. 10).

Änderung vom 18.11.2016

Primärfalldefinition Watch and Wait: Formulierung wurde gegenüber dem Stand vom 14.07.2016 geändert

Eingearbeitet wurde:

S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms“

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2017 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2017 (DIMDI) dar.

Farbliegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016

Angaben zum Darmkrebszentrum

Darmkrebszentrum (DZ) _____

Leiter des Zentrums _____

Zentrumskoordinator _____

Dieser Erhebungsbogen ist gültig für

Standort 1 (Klinikum/Ort) _____

Standort 2 (Klinikum/Ort) _____

nur bei kooperierenden DZ

QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung ja nein

Ein zertifiziertes QM-System ist im Rahmen der DKG-Zertifizierung nicht verbindlich gefordert, sollte jedoch vorhanden sein.

QM-Standard ISO 9001 KTQ
 Joint Commission proCum Cert

Zertifizierungsstelle QM _____

Farbliegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016

Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammblasses zu benennen. Das Stammblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

Erstellung/Aktualisierung

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des Darmkrebszentrums. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Darmkrebszentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Patientenbeteiligung
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

2. Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik

3. Radiologie

4. Nuklearmedizin

5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

7. Radioonkologie

8. Pathologie

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Anlagen zum Erhebungsbogen (separates Dokument im Excel-Format)

Kennzahlenbogen

Matrix Ergebnisqualität

1. Allgemeine Angaben zum Darmkrebszentrum

1.1 Struktur des Netzwerkes

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.1.1	<p>Es sind folgende Funktionen namentlich zu benennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung des Zentrums (max. 2 Leiter/Zentrum, davon 1 benannte Ansprechperson) • Zentrumskoordinator <p>Zentrumskoordinator – Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordination interne/externe Audits • Überwachung der Fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung • Kommunikationsschnittstelle • Steuerung/Überwachung der fachbereichsübergreifenden Aktionen 		
1.1.2	<p>Hauptkooperationspartner und Kooperationspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein.</p> <p>Hauptkooperationspartner Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Radiologie</p> <p>Kooperationspartner Psychoonkologie, Sozialdienst, Stomatherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Genetik, Schmerztherapie und Selbsthilfegruppe, Palliativmedizin</p>		
1.1.3	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen des Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).</p> <p>Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein).</p> <p>Folgende Punkte sind zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits 		

1. Allgemeine Angaben zum Darmkrebszentrum

1.1 Struktur des Netzwerkes

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Darmkrebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • 24h/7d-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner in DZ: Operateure, Gastroenterologen, Radioonkologen, Radiologen <p>Tumorkonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Teilnahme • Sicherstellung Verfügbarkeit Facharzt für die teilnahmeverpflichtende Fachrichtung • Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“) <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015 Farblgende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016</p>		
1.1.4	<p>Darstellung des Darmkrebszentrums</p> <p>Die Struktur des Darmkrebszentrums ist gesamtheitlich darzustellen und öffentlich bekanntzumachen (z.B. Internet). Dies umfasst auch die Benennung sämtlicher interner/externer Kooperationspartner mit folgenden Angaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Anschrift des Kooperationspartners - Ansprechpartner mit Tel./e-mail Kontakt 		
1.1.5	<p>Strategieplanung/Reporting</p> <p>Es wird empfohlen, auf Leitungsebene ein jährliches Review durchzuführen, in dem z.B. folgende Aspekte betrachtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zieldefinition/-bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele • Betrachtung von Auditergebnissen (intern/extern) • Personelle Ressourcen für Zentrumssteuerung (Zentrumskoordinator) • Öffentlichkeitsarbeit/Patienteninformation • Tumordokumentation/Ergebnisqualität 		
1.1.6	<p>Behandlungsfehler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerichtlich und außergerichtlich (Gutachter/Schlichtungskommission) festgestellte Behandlungsfehler sind dem Zertifizierer im Vorfeld der Zertifizierung aufbereitet vorzulegen. • Im Rahmen einer folgenden Zertifizierung sind besonders die Re-/Aktionen des Zent- 		

1. Allgemeine Angaben zum Darmkrebszentrum

1.1 Struktur des Netzwerkes

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>rums, die aus den Verfahren resultieren, zu betrachten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellungszeitraum ist das für das Audit relevante Kalenderjahr. • Eine Nichterfüllung wird als Abweichung gewertet. 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	<p>Zyklus/Teilnehmer Es muss mindestens 1 x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viszeralchirurgie • Gastroenterologie • Strahlentherapie • Hämatologie/Onkologie • Pathologie • Radiologie <p>Metastasen: Bei Organmetastasen ist ein entsprechend spezialisierter Chirurg mit spezifischer Expertise zu konsultieren. Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Palliativmedizin, Psychoonkologie etc.) einzuladen.</p>	
1.2.2	<p>Allgemeine Anforderungen Tumorkonferenz</p> <p>Mehrere Kooperationspartner Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). Jeder Hauptkooperationspartner hat unabhängig davon mind. einmal monatlich an der Tumorkonferenz teilzunehmen.</p> <p>Videokonferenz Videokonferenzen können unter bestimmten Voraussetzungen die persönliche Anwesenheit ersetzen (Voraussetzung „Basisinformation Zertifizierung“ OnkoZert). Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative.</p> <p>Web/Online-Konferenz Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperationspartner eigenständig</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann. Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative.</p> <p>Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
1.2.3	<p>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prätherapeutische Fallvorstellung (≥ 95%) (Qualitätsindikator Leitlinie) • Postoperative Fallvorstellung (≥ 95%) <p>Es sollten alle Fälle prätherapeutisch/postoperativ gemäß der jeweiligen Kennzahldefinition in der Tumorkonferenz vorgestellt werden. Sofern keine Vorstellung erfolgt, muss dies in der Patientenakte nachvollziehbar begründet sein.</p> <p>Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
NEU	<p>Vorstellung Tumorkonferenz</p> <p>Patienten mit Rektumkarzinom sollen nach Abschluss der neoadjuvanten Therapie und bei klinischer Vollremission erneut in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, um die Indikation einer W&W-Strategie zu diskutieren.</p> <p>Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
1.2.4	<p>Rezidiv / Metastasierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgische Zuständigkeiten bei Metastasensektionen sind festzulegen (insbesondere Leber, Lunge), ggf. über Kooperationen • Therapieansätze (kurativ und palliativ) zur Metastasen Chirurgie und zur Strahlentherapie (z.B. Stereotaktische Bestrahlung bei Hirntumoren) sind in Verfahrensbeschreibungen festzulegen. • Pat. mit primär irresektabler Lebermetastasierung sollen während der systemischen Therapie regelmäßig zur Evaluation in der Tumorkonferenz vorgestellt werden. 	
1.2.5	<p>Demonstration Bildmaterial</p> <p>Patientenbezogenes Bildmaterial muss bei der Konferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.</p>	
1.2.6	<p>Vorbereitung Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die wesentlichen Patienten- und Behandlungsdaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und den Teilnehmern bei der Konferenz zur Verfügung zu stellen. Eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpatienten ist vorzunehmen. • Es sind alle Patienten mit Rezidiven und/oder Metastasen vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. 	
1.2.7	<p>Protokoll Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumor- 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>konferenz“).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Protokoll Tumorkonferenz muss für alle Hauptkooperationspartner jederzeit gesichert verfügbar sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen. • Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden. • Das Ergebnis der Tumorkonferenz ist im Tumordokumentationssystem zu erfassen. 	
1.2.8	<p>Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/Berufsgruppen ist eine Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie und Strahlentherapie • Mitarbeiter Sozialdienst und Psychoonkologie • Onkologische Fachpflegekraft sowie mind. 2 Pflegekräfte pro Behandlungseinheit • Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/Berufsgruppen anerkannt. 	
1.2.9	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das therapeutische Vorgehen soll sich an den Behandlungsplänen bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz orientieren. • Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichungen von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen. • Wird eine Therapie auf Wunsch des Patienten (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden. 	
1.2.10	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz gekoppelt werden. • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Konferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf. Postoperativ/-interventionell verstorbene Patienten sind in jedem Fall zu besprechen. • Konferenzen sind zu protokollieren. <p>Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
1.2.11	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel sind festzulegen. • Es sind mind. 4 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen. • Eine Teilnehmerliste wird geführt. 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/Verbesserung des Darmkrebszentrums geeignet erscheinen. Das Ergebnis des Qualitätszirkels ist zu protokollieren. <p>Mögliche Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse der Ergebnisqualität (Benchmarking) Interdisziplinäre Fortbildung Interdisziplinäre Fallbesprechung Strukturelle Verbesserungen des Zentrums Öffentlichkeitsarbeit <p>Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ein Qualitätszirkel stattgefunden haben.</p>	
1.2.12	<p>Fortbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Es sind für das Netzwerk des Darmkrebszentrums mindestens 2 x jährlich Fortbildungsveranstaltungen anzubieten (ggf. auch im Anschluss an MM-Konferenzen/Q-Zirkel). Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen. <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
1.2.13	<p>Veranstaltungen des Zentrums</p> <p>Jeder Hauptkooperationspartner hat an mind. 2 Veranstaltungen des Darmkrebszentrums teilzunehmen. Anerkannt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Q-Zirkel Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz Fortbildungen 	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1	<p>Kooperierende Einweiser</p> <p>Es ist eine Liste der kooperierenden Einweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Zentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren.</p> <p>Pflichten des Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen, wenn deren Patienten vorgestellt werden. Einweisern ist die Möglichkeit einzuräumen, Patienten in der Tumorkonferenz vorzustellen. 	
1.3.2	<p>Ansprechpartner</p> <p>Die Ansprechpartner des Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zu geben (z.B. Telefon, E-Mail). Dies kann mit</p>	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.	
1.3.3	<p>Bereitstellung von Unterlagen</p> <p>Den mitbehandelnden Ärzten sind folgende Informationen zeitnah bereitzustellen (Einzeldokumente bzw. zusammenfassend im Arztbrief):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histologie • Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan • OP-Bericht (optional) • Änderungen der Therapie <p>Zeitraumen bis zur Bereitstellung der notwendigen Information an die mitbehandelnden Ärzte < 2 Wochen.</p>	
1.3.4	<p>Rückmeldesystem</p> <p>Es ist ein schriftliches Verfahren für die mitbehandelnden Ärzte zur Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/Fragen/ Komplikationen einzurichten.</p>	
1.3.5	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Eine abteilungsübergreifende Befragung kann anerkannt werden. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
1.3.6	<p>Fortbildungen</p> <p>Es sind mindestens 2 x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen oder • Ärzte <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.</p> <p>Als Fortbildung anerkannt werden: von PSO oder dapo durchgeführte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von > 100 Unterrichtseinheiten. Der Nachweis ist über ein spezielles Ausbildungscurriculum zu erbringen.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>(wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter, Seelsorge etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend. Diese ergänzen die psychoonkologische Versorgung.</p>		
1.4.2	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) und das Ergebnis zu dokumentieren. Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>		
	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoonkologische Betreuung Die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist zu erfassen. 		
1.4.3	<p>Psychoonkologie Ressourcen Mind. 1 Psychoonkologe steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).</p>		
1.4.4	<p>Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>		
1.4.5	<p>Organisationsplan Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>		
1.4.6	<p>Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Patienten ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes 		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Patientenveranstaltung o.ä.) 	
1.4.7	<p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter • eine zweimal jährliche konzeptionelle Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psycho-onkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte) • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst • Schnittstelle/Austausch mit Selbsthilfe und Seelsorge • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen. 	
1.4.8	<p>Fort-/Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</p>	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	<p>Qualifikation Sozialdienst: Sozialarbeiter/Sozialpädagoge</p> <p>Ressourcen: Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung. Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 Beratungen bei Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p> <p>Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p> <p>Organisationsplan: Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche oder Standorte fungiert, ist die Aufgabewahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Farblgende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016	
1.5.2	Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung orts- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Die Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden, ist zu erfassen.	
1.5.3	Inhalte der Beratung : <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen RehaMaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile u.v.a.m.) • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten u. Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Intervention bei Notfällen Weitere Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen, Supervision, Fortbildungen • Interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge, Selbsthilfegruppen u.a. • Dokumentation der Tätigkeit 	
1.5.4	Betreuungsangebot Von dem Sozialdienst ist Infomaterial bzw. eine Datenbank vorzuhalten, in der die kooperierenden Einrichtungen (z.B. onkologische Reha) sowie weitere regelmäßige Kontaktstellen incl. der Kontaktdaten der Ansprechpartner transparent und aktuell geführt sind. Diese Daten haben allen Mitarbeitern des Sozialdienstes zur Verfügung zu stehen.	
1.5.5	Fort-/Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).	

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Patientenbefragungen: <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre über 3 Monate wird allen Zentrumspatienten die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzu- 	

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	nehmen. Die „Rücklaufquote Patientenbefragung“ sollte über 50 % betragen.	
1.6.2	<p>Auswertung Patientenbefragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. • Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Zentrums zu beziehen. • Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. • Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen. • Die Auswertung kann im Zusammenhang mit einem Q-Zirkel betrachtet werden. 	
1.6.3	<p>Patienteninformation (allgemein):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Patientenmappe, über die homepage). • Die Kooperationspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. • Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen. • Bereitgestellte Informationen: u.a. Patientenleitlinie u./o. S3-Leitlinien des Onkologischen Leitlinienprogramms. 	
1.6.4	<p>Entlassungsgespräch:</p> <p>Mit jedem Patienten wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation / Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) 	
1.6.5	<p>Patienteninformation (fallbezogen):</p> <p>Der Patient erhält folgende Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arztbrief / Entlassungsbrief (incl. Angaben Tumorkonferenz / Behandlungsplan) • Nachsorgeplan / Nachsorgepass • Ggf. Studienunterlagen <p>Es wird empfohlen, den Patienten eine zentrale / strukturierte Mappe für die Unterlagen zu geben. Das Verfahren für die Bereitstellung der Patienteninformation ist zu standardisieren.</p>	
1.6.6	<p>Veranstaltung für Patienten</p> <p>Es ist mind. 1x jährlich vom Darmkrebszentrum eine Informationsveranstaltung für Patienten und / oder Interessierte durchzuführen. (kann zusammen mit 1.6.9 betrachtet werden)</p>	
1.6.7	<p>Beschwerdemanagement</p> <p>Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Patienten erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungs-</p>	

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	prozess berücksichtigt.		
1.6.8	<p>Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Darmkrebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Sofern möglich, sollte die Selbsthilfegruppe die spezifischen Bedürfnisse von Darmkrebspatienten betrachten (Stichwort Gleichberechtigung).</p>		
1.6.9	<p>Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfe kann sowohl im Bereich der Pat.beteiligung, der psychosozialen Unterstützung und als Interessenvertreter tätig werden. Und in diesen Bereichen ggf. am Audit teilnehmen. Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Betreuung (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie,) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüre, homepage des DZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am DZ für Patientengespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Darmkrebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe 		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrum	
1.7.1	<p>Zugang zu Studien Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Darmkrebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren (inkl. Kurzbeschreibung der Studie).</p>		
1.7.2	<p>Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen</p>		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrum	
	<p>Studienassistentz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 		
1.7.3	<p>Studienassistentz – Qualifikation</p> <p>Berufsausbildung Medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheits-/Krankenpfleger, Arzthelferin)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentzfunktion nachzuweisen (Richtwert: mehrtägiger Kurs). Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt / Studienbeauftragte die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.</p>		
1.7.4	<p>Studienassistentz - Aufgaben Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen- / Funktionsbeschreibung) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt • Patientenbetreuung während der Studie und in der Nachsorge • Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation • Erhebung und die Dokumentation aller studienrelevanten Daten • Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen • Die Tätigkeit der Studienassistentz kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden. 		
1.7.5	<p>Zusammenarbeit Studienassistentz - Prüfarzt Direkte Verfügbarkeit des Prüfarztes bzw. Studienbeauftragten für die Studienassistentz ist sicherzustellen (Nachweis z.B. über regelmäßigen Austausch).</p>		
1.7.6	<p>Anteil Studienpatienten</p> <p>1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient in Studien eingebracht worden sein (Richtwert: ≤ 6 Mo. vor Zertifizierung)</p> <p>2. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle / diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt).</p>		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrum
	<p>Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung. • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Es können Patienten für kolorektale Präventionsstudien gezählt werden. • Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Patienten im Follow-up einer Studie zählen nicht mehr für die Studienquote. 	
1.7.7	<p>Prozessbeschreibung: Für die Aufnahme / Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien sind für jede „durchführende Einheit“, sofern nicht zentral geregelt, die Prozesse incl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl neuer Studien incl. Freigabeentscheidung • Interne Bekanntgabe neuer Studien (Aktualisierung Studienliste, ...) • Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpatienten, Dokumentation, ...) • Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Patienten) 	
1.7.8	<p>Studienzuführung Bevor einem Patienten eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine patientenbezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen.</p>	

Liste der Studien ¹⁾

Verantwortlicher Kooperationspartner ²⁾	Name der Studie	Zentrumspatienten		Patienten gesamt	
		In 2017 rekrutiert ³⁾	Insgesamt rekrutiert Incl. Vorjahre	In 2017 rekrutiert	Insgesamt rekrutiert Incl. Vorjahre

Zähler Kennzahl Nr. 6 „Studienquote“

Die Liste der akkreditierten und somit für die Studienquote anrechenbaren Studien ist unter www.studybox.de abgebildet.

- 1) Die Liste der Studien ist obligat zu bearbeiten. Ein Verweis auf den Erhebungsbogen des Onkologischen Zentrums ist nicht möglich.
- 2) Verantwortlicher Kooperationspartner: Studieneinheit/Fachbereich, von dem die Betreuung der Studie ausgeht (z.B. Abt. für Radioonkologie; Hämato-/Onkologische Gemeinschaftspraxis Dr. Mustermann; ...). Bezeichnung Kooperationspartner identisch wie unter www.oncomap.de, sofern gelistet.
- 3) Es dürfen ausschließlich Studienpatienten gezählt werden, die im Zentrum als Zentrumspatient geführt werden und die 2017 in die Studie eingeschlossen wurden (keine Doppelzählung von Studienpatienten in mehr als 1 Zentrum).

Farblgende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Darmkrebszentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. <p>Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegekraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es wird empfohlen während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Onkologische Fachpflegekraft nachzuweisen.</p> <p>Ausbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweilige landesrechtliche Regelung bzw. akademisch ausgebildete Fachpflegekraft</p>		
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Beratung der Betroffenen und Angehörigen im Sinne eines pflegerischen Case-Managements bzw. Überleitungspflege (Netzwerk ambulante Versorgung) • Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen • Kollegiale Beratung im Sinne einer Fortbildung (theoretisch / praktisch) in der Kollegenschaft • Planung des Fortbildungsbedarfs der onkologischen Fachpflegekräfte • Umsetzung der neuesten (pflege-) wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis • Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6) • gemeinsame onkologische Pflegevisite 		
1.8.3	<p>Pflegekonzept</p> <p>Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Spezifika der onkologischen Pflege Berücksichtigung finden.</p>		

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.4	Einarbeitungskonzept Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept zu erfolgen.	
1.8.5	Fort-/ Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	
1.8.6	Stomatherapie (1.8.6 – 1.8.12) Personal Qualifikation Leitung Stomatherapie Qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen Personal ist namentlich zu benennen Sofern Stomatherapie von extern erbracht wird, ist Kooperationsvereinbarung zu schließen. Anerkannte Ausbildung Stomatherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW bzw. sonstige adäquate Weiterbildungen. Weiterbildungsumfang mind. 400 h zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie „Curriculum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde“ der FgSKW exkl. Abschnitte Inkontinenz und Wunde). • Übergangsfristen identisch mit „Onkologische Fachpflegekräfte“ 	
1.8.7	Definition der Aufgaben der Stomatherapie <ul style="list-style-type: none"> • Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen • Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch) • Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde 	
1.8.8	Ausstattung / Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Räumlichkeiten • Möglichkeiten Vorstellung Demomaterial • Lagermöglichkeiten von Materialien zur Stomaversorgung 	
1.8.9	Austausch Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Geregelter Information an Operateur insbesondere bei Infektionen, Bedarf operative Korrekturen, ...) 	
1.8.10	Dokumentation der Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation in stationärer Akte (ausschließliche eigenständige Doku der Stomatherapeuten nicht ausreichend) • Stomapass für Patienten 	
1.8.11	Entlassung Weiterversorgung nach Entlassung ist zu beschreiben incl. Informationsbereitstellung für Pa-	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.12	<p>tienten.</p> <p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Qualifizierung der Pflegekräfte auf Stationen und relevanten Fachabteilungen • Regelmäßige Fortbildungsangebote für alle sonstigen beteiligten Berufsgruppen sowie für Patienten und Angehörige • Aktive Unterstützung der Arbeit der Selbsthilfeorganisationen durch fachliche Fortbildungsangebote • Regelmäßige eigene Teilnahme an Maßnahmen zur Fortbildung im fachlichen und außerfachlichen Bereich 		

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.9.1	<p>Seelsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seelsorgerische Betreuung im Zentrum ist sicherzustellen • Patienten müssen Möglichkeit zur Betreuung erhalten (Bedarf ist aktiv zu ermitteln) 		
1.9.2	<p>Ernährungsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung muss Bestandteil des Zentrums sein • Zusammenarbeit ist über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln • Bedarf für Ernährungsberatung ist patientenbezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen 		
neu	<p>Das metabolische Risiko ("Nutritional Risk") sollte spätestens bei der stationären Aufnahme bei möglichst allen Tumorpatienten mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden (Maßnahmen analog S3-LL ergreifen).</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>		

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	<p>Spezialsprechstunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis für Durchführung ? (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikerermächtigung) • Mind. 1 x pro Woche 		
2.1.2	<p>Wartezeiten Spezialsprechstunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 2 Wochen Wartezeit auf einen Sprechstundetermin 		

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> < 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde 		
2.1.3	<p>Abklärung Dignität</p> <p>Abklärung Dignität bereits vor der radikal chirurgischen Maßnahme zu 100% (Abweichungen sind zu begründen)</p>		
2.1.4	<p>Ausbreitungsdiagnostik</p> <p>Innerhalb 1 Woche sind folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abdomen-Sono RöTx (Lunge) CEA Bestimmung <p>Sofern erforderlich (ebenfalls innerhalb 1 Woche)</p> <ul style="list-style-type: none"> Weitere Röntgen-Untersuchungen CT/MRT; PET-CT (fakultativ) Szintigrafie Urologische Abklärung Gyn. Untersuchung 		
2.1.5	<p>Qualifikation Rektum-Diagnostik</p> <p>Angabe Expertise pro Behandlungseinheit für:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rektale Endosonographie Starre Rektoskopie Chromoendoskopie Proktologie 		
2.1.6	<p>Stenose</p> <p>Im Fall einer koloskopisch nicht passierbaren Stenose hat binnen 3-6 Monaten postoperativ bei 100 % aller Patienten eine erneute vollständige Koloskopie zu erfolgen.</p> <p>Es ist eindeutig die verantwortliche Stelle zu definieren, die für die Durchführung (Terminüberwachung) der Koloskopie zuständig ist.</p>		
2.1.7	<p>Prävention / Screening für die asymptomatische Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Externe oder eigene Programme für Beratung zu Risikogruppen, Lebensgewohnheiten und Ernährungsempfehlungen (Info-Veranstaltungen, Infomaterial,) Aktivitäten zur Steigerung der Teilnahme an Vorsorgekoloskopien und FOBT 		
2.1.8	<p>Kennzahlen Früherkennung / Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese Genetische Beratung Immunhistochemische Bestimmung DNA-Mismatch-Reparatur-Proteine MLH1, MSH2, MSH6 und PMS2 		
2.1.9	<p>Liste mitbehandelnde Ärzte / Vorsorgenetzwerk</p> <p>Es ist eine interne Liste der mitbehandelnden Ärzte und der Mitglieder des Vorsorgenetzwerkes aktuell zu führen (differenzierte Darstel-</p>		

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	lung mitbehandelnde Ärzte / Vorsorge).		
2.1.10	<p>Genetische Beratung Zusammenarbeit mit einer Genetischen Beratung ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln.</p> <p>Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</p> <p>Besonders hierfür geeignet sind die von der Deutschen Krebshilfe ausgewiesenen „Zentren für Familiären Darmkrebs“ (http://www.hnpcc.de/).</p>		
2.1.11	<p>Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen (familiäres und erbliches Risiko) Risikopersonen sind gemäß der Risikoklassifikation der S3-Leitlinie im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren und zu dokumentieren. Dies sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter < 50 Jahre • vorausgegangenes kolorektales Karzinom oder Endometrium-Karzinom • ein oder mehrere kolorektale Karzinome bei direkten Familienangehörigen • Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom bei direkten Familienangehörigen 		
	<p>Die Algorithmen zum Ablauf der genetischen Diagnostik und molekularpathologischen Abklärung bei Verdacht auf HNPCC sowie Anamnesebögen für die Identifikation von Risikopersonen zur Abklärung des familiären und erblichen Risikos und Informationsschreiben über das erhöhte Erkrankungsrisiko und zu empfehlende Früherkennungsuntersuchungen für direkte Familienangehörige sind unter http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html unter dem Punkt Darmkrebs herunterladbar.</p>		
2.1.12	<p>Individuelle Vorsorgeplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei identifizierten Risiko-Personen hat eine individuelle Vorsorgeplanung gemäß S3-Leitlinie zu erfolgen. <p>Vorgehen bei Verdacht auf Lynch-Syndrom In einer Verfahrensbeschreibung zur Lynch-Abklärung sind folgende Punkte zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung für die Identifikation von Risikopersonen • Verantwortung für die Veranlassung der primären immunhistochemischen MSI-Untersuchung und der weiteren Analytik im 		

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Nachgang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeit für die MSI-Testung • Verantwortung für die Weitergabe der Information an den Patienten • Verantwortung für die Weiterleitung zur genetischen Beratung / Testung 	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	<p>Qualifikation koloskopierender Diagnostiker</p> <p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte (im niedergelassenen Bereich 1 Facharzt mit entsprechender Vertretungsregelung) • Fachärzte sind namentlich zu benennen <ul style="list-style-type: none"> - Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie - Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Oder: Facharzt für Visceralchirurgie bzw. der Schwerpunkt Visceralchirurgie nach älterer Muster-WbO oder der Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology. - Chirurgen und Internisten mit der Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz) oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KV <p>Erfahrung Untersucher:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koloskopien: 200 Pat. jährlich • Polypektomien: 50 Pat. jährlich <p>Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien.</p> <p>Jede Koloskopie und Polypektomie ist von einem Untersucher durchzuführen bzw. zu beaufsichtigen, der oben genannte Erfahrung nachweist.</p>	
2.2.2	<p>Durchführung Koloskopie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterzeichnete Aufklärung • Patientenmonitoring Pulsoxymetrie Dokumentation anhand Überwachungsbogen nach erfolgter Untersuchung mit Sedierung • Fotodokumentation Vollständigkeit der Untersuchung (Ileozökalklappe, Coecalpol, terminales Ileum) 	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Polypenabtragungsstellen (vorher – nachher)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nachsorgeempfehlung Zeitpunkt Kontrollkoloskopie 		
2.2.3	<p>Komplikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Hinweis auf mögliche Komplikationen nach erfolgter Koloskopie (Infomaterial) Erfassung / Auswertung Komplikationsraten 		
	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> Komplikationsrate therap. Koloskopien Vollständige elektive Koloskopien 		
2.2.4	<p>Anforderungen Koloskopie</p> <ul style="list-style-type: none"> vollständige Koloskopie mit Biopsie bei jeder suspekten Stelle einschließlich einer rektalen Untersuchung Abgleich mit Befundergebnis des Einweisers 		
2.2.5	<p>Ambulante Polypenabtragung</p> <ul style="list-style-type: none"> Möglichkeiten der Blutstillung Komplikationserfassung Regelung der Übergabe bei in der Praxis nicht abtragbaren Polypen an die stationären Bereiche des Darmkrebszentrums. <ul style="list-style-type: none"> - Benennung Ansprechpartner - Definition Informationsweitergabe 		
2.2.6	<p>Pathologiebefund bei Adenom</p> <ul style="list-style-type: none"> Unterscheidung niedriggradiger vs. hochgradiger intraepithelialer Neoplasie Angabe zur Vollständigkeit der Abtragung <p>Pathologiebefund bei Karzinom im Adenom</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausmaß der Tiefeninfiltration (sm-/pT-Kategorie) Histologischer Differenzierungsgrad (Grading) Vorhandensein oder Fehlen von Lymphgefäßinvasion (L-Klassifikation) Beurteilung der Resektionsränder (R-Klassifikation) Low-risk/High-risk Einteilung 		
2.2.7	<p>Vorstellung in der Tumorkonferenz</p> <p>Jedes Karzinom im Adenom muss in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.</p>		
2.2.8	<p>Befundmitteilung Polypektomie</p> <p>Persönliches Gespräch/Aufklärung bei malignem Befund (nicht telefonisch) durch koloskopierende Einrichtung bzw. Hausarzt.</p>		
2.2.9	<p>Infrastruktur/Arbeitsumgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Notfallausrüstung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. Geräteaufbereitung/-rückverfolgung Einhaltung der RKI Empfehlung zur Aufbereitung von flexiblen Endoskopen (u.a. rückverfolgbare Chargendokumentation der Aufbereitung) 		

Erfahrung Untersucher Darm - Koloskopien/Polypektomien

Koloskopierende Einheit (Praxis/Klinikabteilung)	Titel, Name, Vorname	Zeitraum ¹⁾ von ... bis	Anzahl Kolo- skopien ≥ 200 Pat. pro Jahr	Anzahl Po- lypektomien ≥ 50 Pat. pro Jahr

1) Zeitraum in der Regel das zurückliegende Kalenderjahr (=Kennzahlenjahr); Abweichungen z.B. bei Personalfuktuation, unterjährige Ernennung von Untersuchern; bei unklarer Erfüllung kann 1 Untersucher auch doppelt für 2 Zeiträume geführt werden (z.B. letztes Kalenderjahr und aktuelles Jahr bis Datum Einreichung EB)

Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen 	
3.2	RTAs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
3.3	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: <ul style="list-style-type: none"> • konventionelles Röntgen • Spiral-CT • MRT (Feldstärke mind. 1,5 Tesla) 	
	Im Befundbericht MRT / Dünnschicht-CT: Angabe Abstand mesorektale Faszie (Qualitätsindikator Leitlinie)	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)
	Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015	
3.4	Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOP's) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1 x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
3.5	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.6	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Darmkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.		

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Darmkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.		

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	Stationäre Versorgung Bezeichnung der Stationen (bei mehreren Stationen ist Zentralisierung anzustreben)		
5.2.2	Postoperative Versorgung Die Versorgung in folgenden Bereichen ist in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln: <ul style="list-style-type: none"> • Intensivmedizinische Versorgung (inkl. z.B. Beatmung, Tracheotomie etc.) • Physiotherapie • Postoperative Schmerztherapie • Ernährungsaufbau <p>Farblgende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016</p>		
5.2.3	OP-Kapazität Es muss mindestens 1 OP-Saal regelmäßig für Darmoperationen zur Verfügung stehen.		
5.2.4	Operative Expertise Zentrum <ul style="list-style-type: none"> • 30 Kolonkarzinome • 20 Rektumkarzinome Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Operative Primärfälle Kolon • Operative Primärfälle Rektum 		
5.2.5	Darmoperateure <ul style="list-style-type: none"> • mind. 2 Darmoperateure sind namentlich zu benennen • Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt 	Namentliche Nennung in Tabelle „Darmoperateure“ (am Ende dieses Kapitels)	

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	sind der Facharzt für Viszeralchirurgie bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älteren MWbO oder der Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie nach MWbO 2010 oder später.	
	<u>Expertise pro Darmoperateur (Primärfälle)</u> 15 Kolonkarzinome pro Jahr 10 Rektumkarzinome pro Jahr <ul style="list-style-type: none"> • Zulassung neuer Darm-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 Rektum- und mind. 30 Kolonkarzinome (Nachweis anhand OP-Berichte). • Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Darmoperateuren). • Alle Patienten des Darmkrebszentrums müssen von einem dieser Operateure direkt oder unter dessen Aufsicht (Zweitoperateur) operiert werden. 	
	Senior-Darmoperateur (optional/alternativ) <ul style="list-style-type: none"> • max. 1 Senior-Darmoperateur pro Zentrum (nicht Standort) • Qualifikationsbewertung ist bei OnkoZert zu beantragen • Benennung erfolgt in Eigenverantwortung des Zentrums (Voraussetzung positive Qualifikationsbewertung OnkoZert) • jährliche Rotation möglich 	
	<u>Expertise Senior-Darmoperateur (Primärfälle)</u> <ul style="list-style-type: none"> • bei Ernennung 45 Kolon- und 30 Rektumkarzinome in den letzten 5 Jahren • bei Verlängerung Gültigkeit Qualifikationsurkunde 5 Jahre; Anforderung Verlängerung 45 Kolon- und 30 Rektumkarzinome in den letzten 5 Jahren 	
5.2.6	Notfallversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Notfallversorgung (z.B. Darmverschluss) ist über eine Verfahrensbeschreibung zu regeln • Einsatzplanung von qualifiziertem Personal (Dienstplan/Rufdienst) 	
5.2.7	Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Postop. Morbidität <ul style="list-style-type: none"> - Revisions-OP's Kolon - Revisions-OP's Rektum - Postoperative Wundinfektion - Anastomoseninsuffizienzen Kolon (Qualitätsindikator Leitlinie) - Anastomoseninsuffizienzen Rektum (Qualitätsindikator Leitlinie) 	

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität postoperativ • Lokale R0-Resektionen Kolon • Lokale R0-Resektionen Rektum • Qualität des TME-Rektumpräparates • Präoperative Anzeichnung Stomaposition (Qualitätsindikator Leitlinie) 	
5.2.8	Kennzahlen Lebermetastasenresektion <ul style="list-style-type: none"> • Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) • Sekundäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) 	
5.2.9	Chirurgisch entfernte Lymphknoten Es ist onkologisch korrekt zu operieren (u.a. mind. 12 LK). Sofern hiervon abgewichen wird, ist dies mit dem Pathologen zu besprechen.	
5.2.10	Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.	
5.2.11	Information / Dialog mit Patient: Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen / Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
5.2.12	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt 	

Tabelle „Darmoperateur“

Titel, Name, Vorname	Senior-Darmoperateur ¹⁾ ja/nein	Zeitraum ²⁾ von ... bis	Anzahl OP's ³⁾ Kolon ≥ 15	Anzahl OP's ³⁾ Rektum ≥ 10	Standort/Klinikum ⁴⁾

- 1) Voraussetzung Senior-Darmoperateur (gemäß EB 5.2.5 beschrieben): positive Qualifikationsbewertung durch OnkoZert sowie die Benennung durch das Darmkrebszentrum (max. 1 Senior-Darmoperateur pro Zentrum)
- 2) Zeitraum in der Regel das zurückliegende Kalenderjahr (=Kennzahlenjahr); Abweichungen z.B. bei Personalfluktuaton, unterjährige Ernennung von Darmoperatoren; bei unklarer Erfüllung kann 1 Darm-Operateur auch doppelt für 2 Zeiträume geführt werden (z.B. letztes Kalenderjahr und aktuelles Jahr bis Datum Einreichung EB)
- 3) bei Senior-Darmoperatoren besteht keine Anforderung an die jährliche Expertise
- 4) relevant bei mehrstandortigen Zentren bzw. für den Fall, dass ein Operateur regelhaft an mehreren Standorten/Kliniken als Operateur aktiv ist (operative Expertise ist differenziert pro Standort/Klinikum auszuweisen)

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Darmkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.		

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1	<p>Ärztliche Qualifikation FA für Innere Medizin und Hämatologie u. Onkologie oder FA für Innere Medizin und Gastroenterologie oder FA für Strahlentherapie Der Radioonkologe kann im Rahmen radiochemotherapeutischer Therapiekonzepte die Chemotherapie durchführen.</p> <p>Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen.</p> <p>Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse Tumortherapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p>		
6.2.2	<p>Pflegefachkraft (ambulant/stationär) Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie • mind. 50 Chemotherapieapplikationen/Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit erfolgen.) • Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen • Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der 		

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Pat. ist dokumentiert nachzuweisen</p> <p>Farbllegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 18.11.2016</p>	
6.2.3	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit ärztliches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein 	
6.2.4	<p>Fallzahlen pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 200 Pat. mit Chemotherapien jährlich oder mind. 50 Pat. mit spezifischer Indikation (Kolon/Rektum) • Zählweise: Chemotherapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) • Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen). 	
6.2.5	<p>Strukturangaben pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Therapieplätze ambulant • Anzahl Therapieplätze stationär 	
6.2.6	<p>Basisdiagnostik Labor</p> <p>Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor muss 24 h möglich sein. Sofern Labor nicht über 24 h besetzt, schriftliche Regelung/Vereinbarung für 24 h-Notfalllabor erforderlich.</p>	
6.2.7	<p>Basisdiagnostik Bildgebung</p> <p>Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik. Sofern Bildgebung nicht über 24 h besetzt, schriftliche Regelung/Vereinbarung für 24 h-Notfalldiagnostik erforderlich.</p>	
6.2.8	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (Qualitätsindikator Leitlinie) • Neoadjuvante Chemotherapien Rektum (UICC Stad. II u. III) (Qualitätsindikator Leitlinie) 	
6.2.9	<p>Behandlungsplan / Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das therapeutische Vorgehen soll sich an den Behandlungsplänen bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz orientieren. • Behandlungsplan / Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein. • Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen. 	
6.2.10	<p>Schemata für systemische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • Vor Freigabe oder Änderung der Thera- 	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. <p>Therapiepläne</p> <ul style="list-style-type: none"> Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. 	
6.2.11	<p>Zytostatikazubereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, GMP, GCP, Eudralex (Bd. 10)) in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden. Die Rücksprache mit der Apotheke muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert wird, möglich sein. 24-Stunden Rufbereitschaft bei stationären Patienten erforderlich. Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen. 	
6.2.12	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben. Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren. 	
6.2.13	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen</p> <p>Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.</p>	
6.2.14	<p>Notfallbehandlung</p> <p>Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.</p>	
6.2.15	<p>Fallbezogene Information / Dialog mit Patient</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Darstellung alternativer Behandlungskonzepte Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen Entlassungsgespräche als Standard <p>Patientenbezogen sind Patientengespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen / Auf-</p>	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	zeichnungen zu dokumentieren.	
6.2.16	<p>Information Therapiedurchführung/-planung Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Patient und / oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, ...), z.B. über Nachsorgepass.</p> <p>Erstellung Arztbrief Nach Abschluss der systemischen Therapie (letzte Applikation) erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.</p>	
6.2.17	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.</p>	
6.2.18	<p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	<p>Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.onkozert.de.</p>	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie	

8 Pathologie

	<p>sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.onkoziert.de.</p>		
--	--	--	--

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1	<ul style="list-style-type: none"> • Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen spezialisierten ambulanten Palliative Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen. Regionale Versorgungskonzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Patienten und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3, S. 174) unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben. • Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. • Die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Hospiz- und Palliativversorgung ist schriftlich festzulegen • Die Zugangswege und die palliativmedizinische Versorgung sind zu beschreiben (SOP, Struktur und Prozess) • Die Gruppe der Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). • Bei Patienten auf einer Palliativstation sollen Symptome und Belastungen wiederholt mittels validierter Tools (z.B. MIDOS, iPOS) erfasst werden. • Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. • Die palliativmedizinische Versorgung und die Zusammenarbeit mit den vorgenannten Institutionen sind an dokumentierten Fällen für 		

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>den Betrachtungszeitraum nachzuweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren. Hauseigene Standards für die Begleitung von Sterbenden und ethische Leitlinien sind zu beschreiben und zu beachten. <p>Farblgende: Streichungen / Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015</p>	
9.2	<p>Supportive Therapie und Symptomlinderung in der palliativen Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie sind zu beschreiben (Prozessbeschreibung/Algorithmus) Ein Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen. Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen. Zugang zur Ernährungsberatung ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen Zugang zu psychoonkologischer und psychosozialer Versorgung sowie zur Seelsorge ist zu beschreiben Bei Ausführung über Kooperationspartner ist für die genannten Anforderungen ein Kooperationsvertrag zu vereinbaren 	

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.1	<p>Anforderungen Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält.</p> <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister u./o. Zentrum oder des zuständigen Krebsregisters:</p> <p>Es solle dabei muß ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Landesgesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	
10.2	<p>Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.</p>	

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.3	<p>Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen Link Tumorzentren.de Die OncoBox soll vom zuständigen Krebsregister befüllt werden. Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. Die Anforderungen zur Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität und Tumordokumentation können/sollen auch über das Krebs-/Tumorregister abgedeckt gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen. Solange das zuständige klinische Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung. 		
10.4	<p>Dokumentationsbeauftragter: Es ist mind. 1 Dokumentationsbeauftragter namentlich zu benennen, Name/Funktion:</p> <p>Aufgaben Dokumentationsbeauftragter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Erfassung, Übermittlung und Qualität der für die Zertifizierung relevanten Patientendaten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister. Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathol. Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen). Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals. Regelmäßige Erstellung von Analyse der Auswertungen insb. im zeitlichen Verlauf. 		
10.5	<p>Bereitstellung von Ressourcen: Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten und anderer Dokumentationsaufgaben sind ausreichende Ressourcen bereitzustellen (z.B. durch ein Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (z.B. pro 200 Pf 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).</p> <p>Richtwert für die Ressourcendefinition Pro 200 Primärfälle (jährl.): 0,5 VK Pro 200 Nachsorgefälle: zusätzlich 0,1 VK</p>		
10.6	<p>Selektionsmöglichkeiten Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen in</p>		

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>dem Tumordokumentationssystem gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jahrgänge / Alter • Diagnose (TNM-Klassifikation, ...) oder vergleichbare Klassifikationen und Prognosefaktoren • Status: palliativ, kurativ • Therapieformen (Operationen operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, Bestrahlung, Studienteilnahme) • Datum des Rezidives/Metastasierung • Überlebensdaten (5 Jahre) • Sterbefälle • Follow-up Status (letzte Aktualisierung) 		
10.7	<p>Indikatoren zur Ergebnisqualität/Umfang der Nachsorgedaten:</p> <p>Kaplan-Meier-Kurven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtüberleben nach Stadium (OAS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT Kategorien, Stadien • Rezidivfreies Überleben nach Stadium und OP-Art • Fernmetastasenfreies Metastasenfreies Überleben nach Stadium für alle Patienten und für Untergruppen • Überleben ab Rezidiv nach Stadium • Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Disease-free-survival für alle Patienten und für Untergruppen • Lokalrezidivrate für alle Patienten und für Untergruppen • Überleben ab Progression (PDS) <p>• Anfangs sind alle Jahrgänge zusammenzufassen (3 Jahre). Bei größeren Patientenzahlen und Ereigniszahlen können dann mehrere Jahrgänge getrennt ausgewertet werden.</p> <p>• Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Patientenzahlen und den Überlebensdaten.</p> <p>Verlauf der Nachsorgedaten muss patientenbezogen dargestellt werden können.</p>		

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.8	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Follow-up-Daten eingeholt werden. Für jeden im Tumordokumentationssystem erfassten Patient sind mind. 1 x jährlich die Follow-up-Daten einzuholen. Die Zahlen hierfür müssen erstmalig nach 1 Jahr bei dem 1. Überwachungsaudit vorliegen.</p> <p>Erfassung der Daten über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einwohnermeldeamt • Klinisches/epidemiologisches Krebsregister • Nachsorge <ul style="list-style-type: none"> - am Klinikum - bei Kooperationspartnern - von Einweisern - Nachsorgeleitstellen • Anschreiben an Patienten Mortalität muss vor einem Anschreiben an die Patienten ermittelt werden (Rücksicht auf Angehörige) <p>Auswertung/Aufbereitung der Daten Die erforderlichen Daten können durch verschiedene Verfahren erfasst werden. Für die Zertifizierung muss das Zentrum auch eine zusammenfassende Auswertung der Follow-up-Daten vorlegen können.</p>		
10.9	<p>Auswertung der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Darstellung der Ergebnisqualität (obiger Punkt) muss zu den Rezertifizierungen möglich sein. • Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich nach den entsprechenden Kennzahlen auszuwerten und zu analysieren • Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen. • Sofern an einem ein Benchmarking/ Jahresbericht teilgenommen angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten • Aus der Analyse sind konkrete Aktionen abzuleiten. • Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär und im Verbund von Darmkrebszentren erfolgen. <p>Farbliegende: Änderungen gegenüber dem Stand vom 18.11.2016</p>		
10.10	Anforderungen an das Follow-up der in der Matrix Ergebnisqualität erfassten Pat.	Ab 01.01.2012	
	Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung.	≥ 80 %	

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...)	60 – 79 %
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben.	< 60 %

Datenblatt

Für die Erfassung der Kennzahlen und Daten zur Ergebnisqualität steht den Zentren eine strukturierte EXCEL-Vorlage zur Verfügung. Diese EXCEL-Vorlage beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität. Für die Zertifizierung sind ausschließlich Kennzahlendarlegungen möglich, die auf Basis der von OnkoZert bereitgestellten EXCEL-Vorlage erfolgen. Die EXCEL-Vorlage darf nicht verändert werden.

Die EXCEL-Vorlage ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar.

Zeitraum	Allgemeine Hinweise für die Bearbeitung des Anhangs	Definition Zeitraum-Erstzertifizierungen
	<ul style="list-style-type: none"> • es sind die tatsächlichen Ist-Werte anzugeben (keine Schätzungen) • Daten haben sich grundsätzlich auf ein Kalenderjahr zu beziehen • Daten dürfen nicht älter als 1 Jahr sein (Daten aus 2008 sind für ein Audit in 2011 nicht akzeptabel) • sofern die „Soll-Vorgaben“ in einem Punkt nicht erfüllt werden, dann ist hierzu an der entsprechenden Stelle im Erhebungsbogen eine Erläuterung zu machen 	<ul style="list-style-type: none"> • zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung müssen mind. die Daten für einen Zeitraum von 3 Monaten vorliegen (ideal ist ein ganzer Jahreszeitraum); bei den Angaben zu Primärfällen (EB 5.2.4), Operationen pro Operateur (EB 5.2.5) und Erfahrung Untersucher (EB 2.2.1) sind die Daten immer für einen ganzen Jahreszeitraum erforderlich • sofern nicht ein komplettes Kalenderjahr abgebildet wird, darf der Zeitraum nicht mehr als 4 volle Monate zurückliegen (bezogen auf Zertifizierungstermin) • der gewählte Zeitraum muss aus ganzen Monaten bestehen (wenn möglich komplette Quartale wählen)

Primärfalldefinition	Primärfalldefinition	Primärfalldefinition
<p>Gesamtprimärfälle für das Darmkrebszentrum sind die Summe der unten genannten Primärfallarten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maligne Diagnose (Adenokarzinom) muss vorliegen • Anforderungen Tumorkonferenz, Tumordokumentation und Nachsorge sind im vollem Umfang gültig <p>Primärfallarten</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur endoskopisch • operativ • palliativ (nicht operativ) • Watch and Wait (nicht operativ kurativ, nicht endoskopisch) 	<p>Primärfalldefinition (nur endoskopisch)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine zusätzliche operative Tumorentfernung • Zählzeitpunkt endoskopische Abtragung • OPS 5-482ff – endoskopischer Primärfall Rektum (inkl. Vollwandexzision) <p>Primärfalldefinition (operativ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maligne Erstdiagnose Rektum (bis 16cm ab Anokutanlinie)/Kolon • Resezierende operative Versorgung (nur AP Anlage ist nicht ausreichend) • Transanale Vollwandexzision • Zählzeitpunkt = Datum operative Tumorentfernung <p>Primärfalldefinition palliativ (nicht operativ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine operative Tumorentfernung geplant • Zählzeitpunkt ist Datum Histologiebefund <p>Primärfalldefinition Watch and Wait</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Watch and Wait-Patienten handelt es sich um neu diagnostizierte Rektumkarzinome. 	<p>Als operativer Primärfall werden u.a. nicht anerkannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analkarzinome (C21) • Palliative Bypass-OP • Hochgradige intraepitheliale Neoplasien • Palliative Stoma Anlage • Neo-adjuvanten Chemotherapie (operative Tumorentfernung steht noch aus) • Portanlagen (operative Tumorentfernung steht noch aus) • Rezidiv • Metastasenchirurgie

	<p>die nach radiotherapeutischer und/oder chemotherapeutischer Vorbehandlung bei klinischer Vollremission zunächst nicht operativ therapiert werden. Wenn diese Patienten bei Tumor-Rekurrenz oder aus anderen Gründen im Intervall sekundär operiert werden, dürfen sie nicht mehr als neuer / operativer Primärfall gezählt werden zählen sie als operativer Primärfall.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zählzeitpunkt ist Datum Histologiebefund <p>* innerhalb 6 Monaten nach Therapiebeginn</p>	
--	--	--

Farblgende: Streichungen / Ergänzung gegenüber Version vom 15.10.2015

Farblgende: Primärfaldefinition Watch and Wait: Formulierung wurde gegenüber dem Stand vom 14.07.2016 geändert