**Erhebungsbogen für
gastroenterologische Praxen**

###### Anlage zum Erhebungsbogen für Darmkrebszentren

In dem Erhebungsbogen für Darmkrebszentren sind die fachlichen Anforderungen (FAD) zusammengefasst, die die Basis für Zertifizierungen von Darmkrebszentren darstellen. Die vorliegende Anlage zum Erhebungsbogen ist von jeder als Kooperationspartner registrierten Gastroenterologischen Praxis (Registrierung gemäß OnkoZert-Stammblatt) vollständig zu bearbeiten und im Vorfeld der jährlichen Audits zu aktualisieren.

Dieses Dokument stellt auch gleichzeitig die gemäß Erhebungsbogen geforderte Vereinbarung zwischen den Kooperationspartnern eines Darmkrebszentrums dar. Weitergehende Vereinbarungen sind daher nicht erforderlich.

|  |  |
| --- | --- |
| Darmkrebszentrum (DZ) |  |
| Leiter Darmkrebszentrum |  |
| Gastroenterologische Praxis |  |
| Vertreter Gastroenterologische Praxis |  |
| Postanschrift |  |

**Erstellung /Aktualisierung**

|  |  |
| --- | --- |
| Erstelldatum |  |

|  |  |
| --- | --- |
| letzte Aktualisierung |  |

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 22.07.2018 wurde gegenüber der Vorversion vom 25.11.2016 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2019 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ gekennzeichnet.

**A Ärztliche Expertise**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Titel | Qualifikation(Facharzt für …) | Anzahl Koloskopien~~>~~ ≥ 200 Pat. pro Jahr | Anzahl Polypektomien(nur Schlinge)~~>~~ ≥ ~~50~~ 25 Pat. pro Jahr |
| letztes Kalenderjahr | aktuelles Kalenderjahr(Prognose) | letztes Kalenderjahr | aktuelles Kalenderjahr(Prognose) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

| **B** | **Anforderungen** |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Kap. | Anforderungen | Erläuterung der gastroenterologischen Praxis |  |
| B.1 | Qualifikation koloskopierender DiagnostikerFachärzteMindestens 1 Facharzt (namentliche Benennung)* Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
* Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für Allgemeinchirurgie
* Chirurgen und Internisten mit der

Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz) oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KVErfahrung Untersucher:* Koloskopie: 200 Pat. jährlich
* Polypektomien (nur Schlinge): ~~50~~ 25 Pat. jährlich

Zulassung neuer UntersucherIn den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien (nur Schlinge). Jede Koloskopie und Polypektomie ist von einem Untersucher durchzuführen bzw. zu beaufsichtigen, der oben genannte Erfahrung nachweist. ~~(nur für Weiterbildungsassistenten)~~Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 25.11.2016 | Angaben hierzu unter Tabelle A„Ärztliche Expertise“ |  |
| B.2 | Durchführung Koloskopie* Unterzeichnete Aufklärung
* PatientenmonitoringPulsoxymetrie;Dokumentation anhand Überwachungsbogennach erfolgter Untersuchung mit Sedierung
* FotodokumentationUntersuchungsvollständigkeit (Ileozökal-klappe, Coecalpol, terminales Ileum)Polypenabtragungsstellen (vorher – nachher)
* NachsorgeempfehlungZeitpunkt Kontrollkoloskopie (entsprechend S3-Leitlinie)
 |  |  |
| B.3 | Komplikationen* Hinweis auf mögliche Komplikationen nach erfolgter Koloskopie (Infomaterial)
* Erfassung/Auswertung Komplikationsraten
 |  |  |
|  | Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)* Komplikationsrate therap. Koloskopien
* Vollständige elektive Koloskopien
 | Angabe Kennzahlenwert unter„C Kennzahlen“ |  |
| B.4 | Anforderungen Koloskopie* vollständige Koloskopie mit Biopsie bei jeder suspekten Stelle einschließlich einer rektalen Untersuchung
* ggf. Abgleich mit Fremdbefunden
 |  |  |
| B.5 | Ambulante Polypenabtragung* Möglichkeiten der Blutstillung
* Komplikationserfassung

Regelung der Übergabe bei in der Praxis nicht abtragbarer Polypen an die stationären Bereiche des Darmzentrums.- Benennung Ansprechpartner- Definition Informationsweitergabe |  |  |
| B.6 | Pathologiebefund bei Adenom* Unterscheidung niedriggradiger vs. hochgradiger intraepithelialer Neoplasie
* Angabe zur Vollständigkeit der Abtragung

Pathologiebefund bei Karzinom im Adenom* 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
 |  |  |
| B.7 | Befundmitteilung PolypektomiePersönliches Gespräch/Aufklärung bei malignem Befund (nicht telefonisch) durch koloskopierende Einrichtung bzw. Hausarzt.Vorstellung in der TumorkonferenzJedes Karzinom im Adenom muss in der Tumorkonferenz vorgestellt werden. |  |  |
| B.8 | Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen (familiäres Risiko)Risikogruppen sind gemäß der Risikoklassifikation der S3-Leitlinie im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren und zu dokumentieren. Dies sind insbesondere:* Alter < 50 Jahre
* Vorausgegangenes Kolorektales Karzinom oder Endometrium-Karzinom
* Gehäuftes familiäres Auftreten Kolorektales Karzinom, Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom
 |  |  |
| B.9 | Genetische BeratungAktive Zusammenarbeit mit ~~der~~ einer Genetischen Beratung ist nachzuweisen. Der Zugang kann entweder direkt oder über Darmkrebszentrum erfolgen.Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 25.11.2016 |  |  |
| B.10 | Individuelle Vorsorgeplanung * Bei identifizierten Risiko-Personen hat eine individuelle Vorsorgeplanung gemäß S3-leitlinie zu erfolgen.

Vorgehen bei Verdacht auf HNPCCIn einer Verfahrensbeschreibung zur HNPCC-Abklärung sind folgende Punkte zu berücksichtigen:* Verantwortung für die Identifikation von Risikopersonen (Gastroenterologe/Chirurg)
* Verantwortung für die Veranlassung der MSI-Untersuchung (Chirurg/Pathologe)
* Zuständigkeit für die MSI-Testung (Chirurg/Pathologe)
* Verantwortung für die Weitergabe der Information an den Patienten (Chirurg/Gastroenterologe)
* Verantwortung für die Weiterleitung zur genetischen Beratung/Testung (Chirurg/ Gastroenterologe)
 |  |  |
| B.11 | Infrastruktur / Arbeitsumgebung* NotfallausrüstungVerfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.
* Geräteaufbereitung/-rückverfolgungEinhaltung der RKI Empfehlung zur Aufbereitung von flexiblen Endoskopen (u.a. rückverfolgbare Chargendokumentation der Aufbereitung)
* Einhaltung der S3-Leitlinie Sedierung
 |  |  |
| B.12 | TumorkonferenzPraxis hat mind. 1 x Quartal an der Tumor-konferenz teilzunehmen. Es sind mind. 4 Patienten der Praxis unter deren Anwesenheit jährlich in der Tumorkonferenz vorzustellen. Die Tumorkonferenz hat an einem praxiskompatiblen Termin stattzufindenKennzahl: Patientenvorstellung Tumorkonferenz |  |  |
| B.13 | Therapieplan (Ergebnis Tumorkonferenz)Die Behandlung der Patienten hat gemäß dem vom Zentrum erstellten interdisziplinären Therapieplan zu erfolgen. Abweichungen von Seiten der Facharztpraxis sind mit Begründung an das Zentrum zu melden und ggf. in der Tumorkonferenz zur Diskussion zu stellen. |  |  |
| B.14 | Weiterbildungen / KonferenzenDie Praxis hat mind. 2 x jährlich an den von dem Zentrum angebotenen Weiterbildungsmaß­nahmen und/oder Morbiditätskonferenzen teilzu­nehmen. |  |  |
| B.15 | TumordokumentationDem Zentrum sind mind. 1 x jährlich die aktuellen Daten über Therapie und Nachsorge der in dem Tumordokumentationssystem registrierten Patienten bereitzustellen, dies kann über einen Zugang der Praxen zum Tumordokumentationssystem erfolgen. Das Verfahren hierzu ist zu beschreiben.~~Kennzahl: Quote Nachsorgedaten (> 80 %)~~Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 25.11.2016 |  |  |
| B.16 | VerfahrensbeschreibungenEs wird empfohlen, für folgende Verfahren schriftliche Regelungen zu erstellen:* Diagnostik incl. Befundmitteilung
* Einweisung / Kommunikation Zentrum(Vorstellung Tumorkonferenzen)
* Nachsorge von Darmkrebspatienten
* Beschwerdemanagement
 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C Kennzahlen** | Kalenderjahr |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kennzahldefinition | Sollvorgabe | Zähler | Grundgesamtheit(=Nenner) |  | Ist-Wert |
| Komplikationsrate\* diagnostische Koloskopie  | Komplikationsrate\* (stationäre Behandlung erforderlich) < 0,1% | Anzahl der diagnostischen Koloskopien mit Komplikationen, die eine stationäre Behandlung erfordern | Alle diagnostischen Koloskopien | Zähler: |  |
| Nenner: |  |
| % |  |
| Komplikationsrate\* therapeutische Koloskopie  | Komplikationsrate\* (stationäre Behandlung erforderlich) ≤ 0,8%  | Anzahl der therapeutischen Koloskopien mit Komplikationen, die eine stationäre Behandlung erfordern | Alle therapeutischen Koloskopien | Zähler: |  |
| Nenner: |  |
| % |  |
| Vollständige elektive Koloskopien | ≥95% vollständige elektive Koloskopien  | Anzahl der vollständigen elektiven Koloskopien | Alle elektiven Koloskopien  | Zähler: |  |
| Nenner: |  |
| % |  |
| Vorstellung Tumorkonferenz endoskopisch entfernte T1-Karzinome | 100%  | Anzahl vorgestellter Patienten mit endoskopisch entfernten T1-Karzinomen | Alle Patienten mit endoskopisch entfernten T1-Karzinomen | Zähler: |  |
| Nenner: |  |
| % |  |

\* alle Komplikationen inkl. kardiopulmonaler Nebenwirkungen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen.

**D Individuelle Vereinbarungen**

Sofern zwischen den Darmkrebszentren und der gastroenterologischen Praxis spezielle Vereinbarungen bestehen, können diese nachfolgend dargestellt werden bzw. es kann ein Verweis auf ein weiterführendes Dokument gemacht werden, in dem diese Vereinbarungen beschrieben sind.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**E Allgemeine Vereinbarungen**

Allgemeine Regelungen zum Umgang mit Zertifikat und Zertifikatssymbol

Für jedes DKG-zertifizierte Darmkrebszentrum wird von OnkoZert ein sogenanntes „Stammblatt“ geführt, in dem u.a. die kooperierenden gastroenterologischen Praxen registriert sind. Diese registrierten gastroenterologischen Praxen dürfen sich offiziell als Teil des zertifizierten Darmkrebszentrums bezeichnen. Voraussetzung für die Registrierung ist die Erfüllung der in diesem Dokument festgelegten Anforderungen sowie deren Bestätigung im Rahmen eines OnkoZert-Audits.

|  |  |
| --- | --- |
| Gastroenterologische Praxen, die nicht in diesem Stammblatt aufgeführt sind, gelten nicht als Teil des zertifizierten Zentrums und dürfen somit Zertifikat und Zertifikatssymbol weder direkt noch indirekt benutzen. Das Zertifikatssymbol darf nur in Verbindung mit dem Namen des zertifizierten Zentrums verwendet werden. |  |

|  |
| --- |
|  |

Mit der Unterzeichnung dieses Dokumentes werden die Korrektheit der hier gemachten Angaben sowie der enthaltenen Bestimmungen im vollen Umfang anerkannt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift (Leiter des Zentrums) |  | Unterschrift (Vertreter Praxis) |