

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 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 (BDVST)
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 Röntgengesellschaft (DRG)
Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Verbundprojekt Familiärer Darmkrebs

Inkraftsetzung am 18.12.2013

Der hier vorliegende Erhebungsbogen wurde an einigen Stellen gegenüber der Version mit Stand 21.08.2012 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2014 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich gelb gekennzeichnet.

Eingearbeitet wurde:

S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms“ der DGVS und DKG

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-Standard ISO 9001 KTQ JCI

Zertifizierungsstelle QM _____

Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner

Die Hauptbehandlungspartner des Darmkrebszentrums sind bei der Zertifizierungsstelle OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt registriert. Dieses Stammblatt kann bei OnkoZert angefragt werden und ist regelhaft im Vorfeld der jährlichen Auditierung/Überwachung zu aktualisieren.

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</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>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 • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten 		

1. Allgemeine Angaben zum Darmkrebszentrum

1.1 Struktur des Netzwerkes

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<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) <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“) 		
1.1.4	<p>Darstellung des Darmkrebszentrums</p> <p>Die Struktur des Darmkrebszentrums ist gesamtgesellschaftlich 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 Zentrums, die aus den Verfahren resultieren, zu betrachten. • 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.</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>	
1.2.3	<p>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prätherapeutische Fallvorstellung (≥ 95%) (Qualitätsindikator Leitlinie) • Postoperative Fallvorstellung (≥ 95%) <p>Sofern von dieser Regelung abgewichen wird, muss dies in der Patientenakte nachvollziehbar begründet sein.</p>	
1.2.4	<p>Rezidiv / Metastasierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgische Zuständigkeiten sind festzulegen (Expertise, insbesondere Leber, Lunge) • 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 Patientenbezogenes Bildmaterial muss bei der</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Konferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.		
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 Vorabbetrachtung 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 Tumorkonferenz“). 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</p> <p>Für folgende Funktionen/Berufsgruppen ist eine einmalige verbindliche 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. 		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Konferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf. • Konferenzen sind zu protokollieren. 	
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. • 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. • Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen. 	
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>	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<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 der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.</p>		
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>Zeitrahmen 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 Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/Fragen/Komplikationen der mitbehandelnden Ärzte 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. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. 		
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>		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<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 (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 wird empfohlen, ein Screening zu psychosozialen Belastungen durchzuführen (z.B. Screeningverfahren in der Psychoonkologie, P. Herschbach, J.Weis, Berlin 2010, DKG e.V.). 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>		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • 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.</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</p>		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	und die örtliche Präsenz erkennbar ist.		
1.5.2	Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- 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 eine Liste bzw. 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 Liste hat 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 jährlich einmal über 3 Monate wird allen stationären Primärfallpatienten (operativ) die Möglichkeit gegeben, an der Patien- 		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>tenbefragung teilzunehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Befragung kann während oder nach dem stationären Aufenthalt erfolgen. <p>Die „Rücklaufquote Patientenbefragung“ sollte über 50 % betragen; insgesamt haben mind. 30 Fragebögen im Jahreszeitraum vorzuliegen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).</p>		
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 Darmkrebszentrums zu beziehen. Eine protokollierte Auswertung hat mindestens 1 x pro Jahr 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. 		
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 in-</p>		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	stalliert. Die Patienten erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.		
1.6.8	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Darmkrebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Sofern möglich, sollte die Selbsthilfegruppe die spezifischen Bedürfnisse von Darmkrebspatienten betrachten (Stichwort Gleichbetroffenheit).		
1.6.9	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: <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	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).		
1.7.2	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu be-		


1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrum	
	<p>nennen</p> <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. 10% der Primärfallzahl</p> <p>Abweichung bei Nicht-Erfüllen; Zentrum muss</p>		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrum	
	<p>Begründung für Nichterfüllung sowie seine Initiative für eine Studienteilnahme darstellen (gilt nicht für Punkt 1). Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle / diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt).</p> <p>Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. 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 Studien. • 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>Studienezuführung Bevor einem Patienten eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine patientenbezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen.</p>		

Liste der Studien

Eingeschleuste Patienten im Zeitraum von ... bis: 

dd.mm.jj - dd.mm.jj

Durchführende Einheit	Studie	Status der Studie am DZ offen / geschlossen (dd.mm.jj)	Anzahl Patienten (im Betrachtungszeitraum)
Fachabteilung XY	Studientyp A	Offen	4
	Studientyp B	geschlossen (dd.mm.jj)	5

Fachabteilung AB	Studententyp A	Offen	14
	Studententyp C	Offen	12
	Studententyp D	Offen	2

1) Zeitraum in der Regel das zurückliegende Kalenderjahr (=Kennzahlenjahr)

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>		
1.8.4	<p>Einarbeitungskonzept</p>		

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept zu erfolgen.		
1.8.5	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <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	<p>Stomatherapie (1.8.6 – 1.8.12)</p> <p>Personal Qualifikation Leitung Stomatherapie Qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen</p> <p>Personal ist namentlich zu benennen Sofern Stomatherapie von extern erbracht wird, ist Kooperationsvereinbarung zu schließen.</p> <p>Anerkannte Ausbildung Stomatherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkannt sind Weiterbildungen der DVET, DBfK bzw. sonstige adäquate Weiterbildungen. Weiterbildungsumfang mind. 400 h zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie „Curriculum Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz, Wunde“ der DVET exkl. Abschnitte Inkontinenz und Wunde). • Übergangsfristen identisch mit „Onkologische Fachpflegekräfte“ 		
1.8.7	<p>Definition der Aufgaben der Stomatherapie</p> <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	<p>Ausstattung / Infrastruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Räumlichkeiten • Möglichkeiten Vorstellung Demomaterial • Lagermöglichkeiten von Materialien zur Stomaversorgung 		
1.8.9	<p>Austausch Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geregelter Information an Operateur insbesondere bei Infektionen, Bedarf operative Korrekturen, ...) 		
1.8.10	<p>Dokumentation der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation in stationärer Akte (ausschließliche eigenständige Doku der Stomatherapeuten nicht ausreichend) • Stomapass für Patienten 		
1.8.11	<p>Entlassung</p> <p>Weiterversorgung nach Entlassung ist zu beschreiben incl. Informationsbereitstellung für Patienten.</p>		

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.12	<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 		

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, Instituts-ermächtigung, Poliklinikermächtigung) • Mind. 1 x pro Woche 		
2.1.2	<p>Wartezeiten Spezialsprechstunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 2 Wochen Wartezeit auf einen Sprechstundetermin • < 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>		

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen-Sono • Röntgen (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 • MSI-Untersuchung (primär immunhistochemisch) 		
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 Darstellung mitbehandelnde Ärzte / Vorsorge).</p>		
2.1.10	<p>Genetische Beratung</p> <p>Zusammenarbeit mit einer Genetischen Beratung ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln.</p> <p>Besonders hierfür geeignet sind die von der Deutschen Krebshilfe ausgewiesenen „Zentren für Familiären Darmkrebs“.</p>		
2.1.11	<p>Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen (familiäres und erbliches Risiko)</p> <p>Risikopersonen sind gemäß der Risikoklassifika-</p>		

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>tion 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 • Gehäuftes familiäres Auftreten kolorektales Karzinom, Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom • Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom bei direkten Familienangehörigen <p>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 www.krebsgesellschaft.de und www.onkozeit.de herunterladbar.</p> <p>Farblgende: Ergänzungen / Streichungen gegenüber Version vom 21.08.2012</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 HNPCC In einer Verfahrensbeschreibung zur HNPCC-Abklärung sind folgende Punkte zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung für die Identifikation von Risikopersonen • Verantwortung für die Veranlassung der MSI-Untersuchung • 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) 	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> 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) Polypenabtragungsstellen (vorher – nachher) 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 		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> 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	Pathologiebefund bei Adenom <ul style="list-style-type: none"> Unterscheidung niedriggradiger vs. hochgradiger intraepithelialer Neoplasie Angabe zur Vollständigkeit der Abtragung Pathologiebefund bei Karzinom im Adenom <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	Vorstellung in der Tumorkonferenz Jedes Karzinom im Adenom muss in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.	
2.2.8	Befundmitteilung Polypektomie Persönliches Gespräch/Aufklärung bei malignem Befund (nicht telefonisch) durch koloskopierende Einrichtung bzw. Hausarzt.	
2.2.9	Infrastruktur/Arbeitsumgebung <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

Koloskopierende Einheit (Praxis/Klinikabteilung)	Titel, Name, Vorname	Zeitraum von ... bis	Anzahl Koloskopien ≥ 200 pro Jahr	Anzahl Polypektomien ≥ 50 pro Jahr

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Fachärzte	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<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) 	
	Befundbericht MRT / Dünnschicht-CT: Angabe Abstand mesorektale Faszie (Qualitätsindikator Leitlinie)	Angabe Kennzahlenwert unter „Kennzahlenbogen“
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 hinter-	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	legt.		

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 • Physiotherapie • Postoperative Schmerztherapie • Ernährungsaufbau 		
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 sind der Facharzt für Viszeralchirurgie bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älteren MWbO oder der Facharzt für Allgemein Chirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemein Chirurgie 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 40 Rektum- und mind. 30 45 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). 		

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Alle Patienten des Darmkrebszentrums müssen von einem dieser Operateure direkt oder unter dessen Aufsicht (Zweitoperateur) operiert werden. 	
neu	<p>Senior-Darmoperateur (optional/alternativ)</p> <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 	
neu	<p>Expertise Senior-Darmoperateur (Primärfälle)</p> <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 <p>Farblgende: Ergänzungen / Streichungen gegenüber Version vom 21.08.2012</p>	
5.2.6	<p>Notfallversorgung</p> <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	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <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) Mortalität postoperativ Lokale R0-Resektionen Kolon Lokale R0-Resektionen Rektum Qualität des TME-Rektumpräparates Präoperative Anzeichnung Stomaposition (Qualitätsindikator Leitlinie) 	
5.2.8	<p>Kennzahlen Lebermetastasenresektion</p> <ul style="list-style-type: none"> Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) Sekundäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) 	
5.2.9	<p>Chirurgisch entfernte Lymphknoten</p> <p>Es ist onkologisch korrekt zu operieren (u.a. mind. 12 LK). Sofern hiervon abgewichen wird, ist dies mit dem Pathologen zu besprechen.</p>	
5.2.10	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter</p> <p>Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum Zentrum in Beziehung zum je-</p>	

5.2 Organspezifische Operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	weiligen 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 	

Darmoperateure

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 Personalfuktuation, unterjährige Ernennung von Darmoperateuren; 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-Darmoperateuren 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
------	---------------	----------------------------

	<p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Darmkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p>		
--	---	--	--

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 (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis 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 Pat. ist dokumentiert nachzuweisen 		
6.2.3	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit</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 Applikationen) 		
6.2.5	<p>Strukturangaben pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Therapieplätze ambulant 		

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Therapieplätze stationär 	
6.2.6	<p>Basisdiagnostik Labor</p> <p>Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor während der Dienstzeiten muss möglich sein. Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag.</p>	
6.2.7	<p>Basisdiagnostik Bildgebung</p> <p>Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik. Nachweis über einen Kooperationsvertrag.</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 Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. 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 	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 / Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	
6.2.16	<p>Information Therapiedurchführung/-planung</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt.</p> <p>Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.</p>	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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 Anforderungen an die Radioonkologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Radioonkologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Radioonkologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Der Erhebungsbogen Radioonkologie ist unter http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm downloadbar.</p>	
7.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens zwei Fachärzte • Fachärzte sind namentlich zu benennen <p>Bei kombinierten Therapien (z.B. perkutane Bestrahlung / Brachytherapie / IORT, simultane Radiochemotherapie) darf die medizinische und medizin-physikalische Verantwortung nicht wechseln. Sollte ein Wechsel dieser Verantwortung aus organisatorischen Gründen unabdingbar sein, muss vor Behandlungsbeginn der Behandlungsplan zwischen allen verantwortlichen Behandlern abgestimmt und von ihnen unterschrieben werden.</p>	
7.2	<p>Medizinphysikexperte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein MPE steht der Abteilung werktäglich zur Verfügung • MPE und Vertreter sind namentlich zu benennen • Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein 	
7.3	<p>Medizinisch-technische Radiologieassistenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens zwei qualifizierte MTRAs müssen pro Beschleuniger zur Verfügung stehen • Pro Linearbeschleuniger müssen während der Bestrahlung 2 MTRA anwesend sein • Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein 	
7.4	Erreichbarkeit / Bereitschaft	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Anwesenheit eines Facharztes für Strahlentherapie während der Arbeitszeit, 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten ggf. über Kooperation (einschließlich Wochenenden und Feiertage)	
7.5	<p>Technische Voraussetzung und Bestrahlungsplan/-techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein Beschleuniger mit ≥ 6 MV Photonen und mind. 6-15 MeV Elektronen • Beschreibung der technischen Ausstattung • Ausfallkonzept (Tandemlösung) schriftlich formuliert <p>Bestrahlungsplanung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapiesimulator oder virtuelle Simulation • Planungs-CT • 3D-Bestrahlungsplanungssystem 	
7.6	Nicht belegt (Beibehaltung Inhaltsverzeichnis; daher keine Streichung)	
7.7	<p>Begehung Ärztliche Stelle nach §83 Strahlenschutzverordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Beurteilung durch die Ärztliche Stelle muss der Stufe 1 (keine Mängel), 2 (geringgradige Mängel, erneute Begehung in 2 Jahren) oder einmalig Stufe 3 entsprechen. • Festgestellte Mängel müssen nachweislich beseitigt sein. • Die Ärztlichen Stellen sind vor einer Begehung über die Beteiligung an einem Onkologischen Zentrum oder einem Organkrebszentrum und die damit verbundenen Qualitätsanforderungen zu unterrichten. 	
7.8	<p>Wartezeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum von Anmeldung des Patienten bis Erstvorstellung: <10 Tage • Zeitraum Erstvorstellung bis Behandlungsbeginn, falls keine medizinischen Gründe dagegen sprechen: < 4 Wochen <p>Die tatsächliche Gesamtbehandlungszeit soll die verordnete Gesamtbehandlungszeit nicht um mehr als 10% überschreiten. Ausnahmen sind medizinisch begründete Bestrahlungspausen. Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>	
7.9	<p>Sprechstunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für jeden Patienten ist vor Beginn einer Bestrahlungsserie eine ärztliche Vorstellung sicherzustellen. • Während einer Bestrahlungsserie ist zusätzlich mind. 1x ein dokumentierter ärztlicher Kontakt in der behandelnden Strahlentherapieeinrichtung sicherzustellen. 	
7.10	Fallbezogene Information / Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Aufklärung über Indikation, Wirkung, Nebenwirkungen, Therapieablauf • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard • Schriftliche Patienteninformationen über Verhaltensmaßnahmen während und nach der Strahlentherapie sollen dem Pat. ausgehändigt werden <p>Patientengespräche sind patientenbezogen zu dokumentieren.</p>	
7.11	<p>Dokumentation /Tumorkontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die bestrahlungsrelevanten Daten (Einzeldosis, Gesamtherddosis) sind zu erfassen. Die Abweichung von der Dosisverschreibung muss begründet sein. • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren. 	
7.12	<p>Bestrahlungsprozesse</p> <p>Die Vorgaben der Strahlenschutzgesetzgebung und der „Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin“ sind umzusetzen.</p>	
7.13	<p>Simultane Radio-Chemotherapie</p> <p>Das Verfahren für die sequentielle/simultane Radio-Chemotherapie ist zu beschreiben. Falls der Radioonkologe die simultane Radio-Chemotherapie nicht selbstständig durchführt, müssen die Verantwortlichkeiten für die Behandlung von Nebenwirkungen, Therapieunterbrechungen der Strahlentherapie, Dosispezifikation, Dosisreduktionen eindeutig vorher festgelegt werden. Der gemeinsame Behandlungsplan muss in jedem Fall auch vom Facharzt für Strahlentherapie unterschrieben werden.</p> <p>Behandlungsdokumentation: Blutbildkontrollen und Laboruntersuchungen müssen während einer Radiochemotherapie vom Radioonkologen dokumentiert werden.</p>	
7.14	<p>Palliative Strahlentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der palliativen Strahlentherapie ist die Therapieintention (lokale Kontrolle oder alleinige Symptomlinderung) zu dokumentieren. • Palliativmedizinische Maßnahmen sowie der Symptomverlauf und Nebenwirkungen sind insbesondere bei Therapiekonzepten zur Symptomlinderung zu beschreiben und patientenbezogen zu dokumentieren. • Die simultan laufende medikamentöse Therapie (z.B. Schmerz, tumorspezifische Th.) ist zu dokumentieren. 	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.15	<p>Nachsorge</p> <p>Der Prozess für die tumorspezifische Nachsorge ist zu beschreiben (unter Berücksichtigung der Richtlinien „Strahlenschutz in der Medizin“). Dies beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminvorgabe/Erinnerung (Nachsorgepass) • Art der Dokumentation <p>Geregelte Mitteilung an das jeweilige zentrumsinterne Tumordokumentationssystem im Falle von Rezidiven, Metastasen und Versterben der Patienten</p>	
7.16	<p>Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich soll sich das therapeutische Vorgehen 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 und in der Patientenakte zu dokumentieren. 	
7.17	<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. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt 	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	<p>Die Anforderungen an die Pathologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Pathologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Pathologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Der Erhebungsbogen Pathologie ist unter http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm downloadbar.</p>	
8.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte für Pathologie • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen (Leitung und mind. 1 weiterer Facharzt) 	
8.2	MTA	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA's muss zur Verfügung stehen.		
8.3	Fallzahlen Pathologisches Institut Jährlich mind. 15.000 histologische inkl. zytologische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.) <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 50 untersuchte Kolon- / Rektumbiopsien • Mind. 50 untersuchte Kolon- / Rektumpräparate 		
8.4	Vorzuhaltende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> • Immunhistochemische Untersuchungen • In-situ-Hybridisierungen • Molekularpathologie <p>Die Delegation dieser Spezialleistungen darf nur an pathologische Institute erfolgen. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen.</p>		
8.5	Obduktionen Innerhalb des DZ muss die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen bestehen. Ein Obduktionsraum ist nachzuweisen.		
8.6	Schnellschnitte <ul style="list-style-type: none"> • Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für Schnellschnitte müssen für jeden operativen Standort gegeben sein • Betriebsbereitschaft Kryostat muss sichergestellt sein • Teleschnellschnitte sind nicht zulässig 		
8.7	Aufbewahrungszeiten <ul style="list-style-type: none"> • Archivierung Paraffinblöcke ≥ 10 Jahre • Aufbewahrung Feuchtmaterial ≥ 4 Wochen • Die Möglichkeit zur Kryopräservierung sollte gegeben sein 		
8.8	Externe Qualitätssicherung Regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere Ringversuchen (z.B. K-RAS-Testung sofern im DZ durchgeführt) alle 2 Jahre oder PEER-Review-Verfahren Konsiliarische Zweitbefundung Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch Klinik oder Patient erbeten bzw. eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist. Die externe Abnahme eines QM-Systems wird empfohlen.		
8.9	Parameter Schnellschnitte Zeitbedarf und Zeitpunkt gemessen ab Eingang Pathologie bis Durchsage des Ergebnisses (Richtwert max. 30 min.) Auswertung Zeitbedarf: Min.-/Max.-/Range-Wert		

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.10	<p>Pathologieberichte Pathologieberichte müssen für den makroskopischen Bericht und die mikroskopische Untersuchung zu 100% die in der Leitlinie geforderten Angaben enthalten. Folgende Angaben sind erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation • Tumortyp nach WHO-Klassifikation • Tumordinvasionstiefe (pT-Klassifikation) • Status der Regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation) • Anzahl der untersuchten Lymphknoten • Anzahl der befallenen Lymphknoten • Grading • Angabe des Pathologen zu den Resektionsrändern und minimalen Sicherheitsabstand hat grundsätzlich zu erfolgen (Qualitätsindikator Leitlinie); (Abweichungen sind zu begründen). • R-Klassifikation • Lymph-/Blutgefäßinvasion • TME-Qualität (Qualitätsindikator Leitlinie) / CRM-Qualität • Tumorregressionsgrad bei neoadjuvanter Therapie (fakultativ) 		
8.11	<p>Zeit histologisches Ergebnis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsate / Polypen max. 3 Werkzeuge • OP-Präparate max. 5 Werkzeuge 		
8.12	<p>Mikrosatelliteninstabilität Falls Untersuchung nicht direkt beim Pathologen erfolgt, ist eine Kooperationsvereinbarung zu treffen.</p>		
8.13	<p>Lymphknoten (LK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 12 LK im Operationspräparat zu untersuchen. (Qualitätsindikator Leitlinie) <p>Die Untersuchung der Lymphknoten hat gemäß der Leitlinie „Empfehlungen zur pathologisch-anatomischen Diagnostik des kolorektalen Karzinoms“ des Berufsverbandes Deutscher Pathologen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Pathologie e.V. zu erfolgen.</p> <p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) Lymphknotenuntersuchung</p>		
8.14	<p>Fortbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und nichtärztliche Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 		

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1	<ul style="list-style-type: none"> • Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten ambulanten Palliative-Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen. Regionale Versorgungskonzepte 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 palliativmedizinische Versorgung und die Zusammenarbeit mit den vorgenannten Institutionen sind an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen. • Hauseigene Standards für die Begleitung von Sterbenden und ethische Leitlinien sind zu beschreiben und zu beachten. 		
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</p> <p>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 Zentrum oder des zuständigen Krebsregisters:</p>		

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Es sollte dabei ein Datensatz entsprechend des Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) verwendet werden.		
10.2	Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.		
10.3	Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister <ul style="list-style-type: none"> Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. Die Anforderungen zur Ergebnisqualität und Tumordokumentation können/sollen auch über das Krebs-/Tumorregister abgedeckt sein. 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	Dokumentationsbeauftragter: Es ist mind. 1 Dokumentationsbeauftragter namentlich zu benennen Aufgaben Dokumentationsbeauftragter: <ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen und korrekten Erfassung der Patientendaten. Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals. Regelmäßige Erstellung von Auswertungen. 		
10.5	Bereitstellung von Ressourcen: Für die Erfassung der Daten und anderer Dokumentationsaufgaben sind ausreichende Ressourcen bereitzustellen. Richtwert für die Ressourcendefinition Pro 200 Primärfälle (jährl.): 0,5 VK Pro 200 Nachsorgefälle: zusätzlich 0,1 VK		
10.6	Selektionsmöglichkeiten Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen in dem Tumordokumentationssystem gegeben sein: <ul style="list-style-type: none"> Jahrgänge / Alter Diagnose (TNM-Klassifikation, ...) Status: palliativ, kurativ Therapieformen (Operationen, Chemotherapie, Bestrahlung, Studienteilnahme) Datum des Rezidives/Metastasierung Überlebensdaten (5 Jahre) 		
10.7	Indikatoren zur Ergebnisqualität/Umfang der Nachsorge­daten: <ul style="list-style-type: none"> Gesamtüberleben nach Stadium Rezidivfreies Überleben nach Stadium und OP-Art Fernmetastasenfreies Überleben nach Stadium Überleben ab Rezidiv nach Stadium 		

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Verlauf der Nachsorgedaten muss patientenbezogen dargestellt werden können.	
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"> • Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich 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 Benchmarking teilgenommen wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten • Aus der Analyse sind konkrete Aktionen abzuleiten. • Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär erfolgen. 	
10.10	Anforderungen an das Follow-up der in der Matrix Ergebnisqualität erfassten Pat.	Ab 01.01.2012
	Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung.	≥ 80 %
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...)	60 – 79 %

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben.	< 60 %	

Kennzahlenbogen / Matrix Ergebnisqualität

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.

<p>Zeitraum</p>	<p><u>Allgemeine Hinweise für die Bearbeitung des Anhangs</u></p> <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 	<p><u>Definition Zeitraum-Erstzertifizierungen</u></p> <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)
------------------------	--	---

<p>Primärfalldefinition</p> <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>Primärfällarten</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur endoskopisch • operativ • palliativ (nicht operativ) 	<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) • 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>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
---	--	--