

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 06.07.2020 wurde gegenüber der Vorversion vom 22.07.2018 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2021 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

A Ärztliche Expertise

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

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis	
B.1	<p>Qualifikation koloskopierender Diagnostiker</p> <p>Fachärzte Mindestens 1 Facharzt (namentliche Benennung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 KV <p>Erfahrung Untersucher:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koloskopie: 200 Pat. jährlich • Polypektomien (nur Schlinge): 25 Pat. jährlich <p>Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien (nur Schlinge).</p> <p>Jede Koloskopie und Polypektomie ist von einem Untersucher durchzuführen bzw. zu beaufsichtigen, der oben genannte Erfahrung nachweist.</p> <p>Assistenz Anerkennung als Assistenz möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Untersuchern).</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.07.2018</p>	<p>Erläuterung der gastroenterologischen Praxis</p> <p>Angaben hierzu unter Tabelle A „Ärztliche Expertise“</p>	

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis
B.2	<p>Durchführung Koloskopie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterzeichnete Aufklärung • Patientenmonitoring Pulsoxymetrie; Dokumentation anhand Überwachungsbogen nach erfolgter Untersuchung mit Sedierung • Fotodokumentation Untersuchungsvollständigkeit (Ileozökal-klappe, Coecalpol, terminales Ileum) Polypenabtragungsstellen (vorher – nachher) • Nachsorgeempfehlung Zeitpunkt Kontrollkoloskopie (entsprechend S3-Leitlinie) 	
B.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 	Angabe Kennzahlenwert unter „C Kennzahlen“
B.4	<p>Anforderungen Koloskopie</p> <ul style="list-style-type: none"> • vollständige Koloskopie mit Biopsie bei jeder suspekten Stelle einschließlich einer rektalen Untersuchung • ggf. Abgleich mit Fremdbefunden 	
B.5	<p>Ambulante Polypenabtragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten der Blutstillung • Komplikationserfassung <p>Regelung der Übergabe bei in der Praxis nicht abtragbarer Polypen an die stationären Bereiche des Darmzentrums.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benennung Ansprechpartner - Definition Informationsweitergabe 	
B.6	<p>Pathologiebefund bei Adenom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung niedriggradiger vs. hochgradiger intraepithelialer Neoplasie • Angabe zur Vollständigkeit der Abtragung <p>Pathologiebefund bei Karzinom im Adenom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausmaß der Tiefeninfiltration (sm-/pT-Kategorie) • Histologischer Differenzierungsgrad (Grading) • Vorhandensein oder Fehlen von Lymphgefäßinvasion (L-Klassifikation) • Beurteilung der Resektionsränder (R-Klassifikation) • Low-risk/High-risk Einteilung 	

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis
B.7	<p>Befundmitteilung Polypektomie</p> <p>Persönliches Gespräch/Aufklärung bei malignem Befund (nicht telefonisch) durch koloskopierende Einrichtung bzw. Hausarzt.</p> <p>Vorstellung in der Tumorkonferenz</p> <p>Jedes Karzinom im Adenom muss in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.</p>	
B.8	<p>Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen (familiäres Risiko)</p> <p>Risikogruppen sind gemäß der Risikoklassifikation der S3-Leitlinie im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren und zu dokumentieren. Dies sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter < 50 Jahre • Vorausgegangenes Kolorektales Karzinom oder Endometrium-Karzinom • Gehäuftes familiäres Auftreten Kolorektales Karzinom, Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom 	
B.9	<p>Genetische Beratung</p> <p>Aktive Zusammenarbeit mit einer Genetischen Beratung ist nachzuweisen. Der Zugang kann entweder direkt oder über Darmkrebszentrum erfolgen.</p>	
B.10	<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</p> <p>In einer Verfahrensbeschreibung zur HNPCC-Abklärung sind folgende Punkte zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Infrastruktur / Arbeitsumgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallausrüstung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. • Geräteaufbereitung/-rückverfolgung Einhaltung der RKI Empfehlung zur Aufbereitung von flexiblen Endoskopen (u.a. rückverfolgbare Chargendokumentation der Aufbereitung) • Einhaltung der S3-Leitlinie Sedierung 	

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis	
B.12	Tumorkonferenz Praxis hat mind. 1 x Quartal an der Tumorkonferenz teilzunehmen. Es sind mind. 4 Patienten der Praxis unter deren Anwesenheit jährlich in der Tumorkonferenz vorzustellen. Die Tumorkonferenz hat an einem praxiskompatiblen Termin stattzufinden Kennzahl: 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 / Konferenzen Die Praxis hat mind. 2 x jährlich an den von dem Zentrum angebotenen Weiterbildungsmaßnahmen und/oder Morbiditätskonferenzen teilzunehmen.		
B.15	Tumordokumentation Dem 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.		
B.16	Verfahrensbeschreibungen Es wird empfohlen, für folgende Verfahren schriftliche Regelungen zu erstellen: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik incl. Befundmitteilung • Einweisung / Kommunikation Zentrum (Vorstellung Tumorkonferenzen) • Nachsorge von Darmkrebspatienten • Beschwerdemanagement 		

C Kennzahlen

Kalenderjahr

Kennzahldefinition	Sollvorgabe	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Zähler:	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	Nenner:	
				%	
				Zähler:	
Komplikationsrate* therapeutische Koloskopie	Komplikationsrate* (stationäre Behandlung erforderlich) ≤ 0,8%	Anzahl der therapeutischen Koloskopien mit	Alle therapeutischen Koloskopien mit Schlingenpolypektomien	Nenner:	
				Zähler:	

		Komplikationen, die eine stationäre Behandlung erfordern		%	
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.

Farblgende: Redaktionelle Harmonisierung des Nenners der Kennzahl „Komplikationsrate therapeutische Koloskopie“ mit der bestehenden Anforderung im Kapitel A „Ärztliche Expertise“

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)