

## **Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Darmkrebs-/Analkarzinomzentren**

06.05.2026, 10:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Mayerle/ Prof. Quante, Prof. Reißfelder

### **TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde sowie Änderung der Geschäftsordnung** (Vorsitzende, Sabet/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Darmkrebs-/Analkarzinomzentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

#### **Änderung Geschäftsordnung**

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgestellten Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten redaktionelle Änderungen.

### **TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Darmkrebs-/Analkarzinomzentren** (Barth/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2025 gab es 325 zertifizierte Darmkrebszentren an 328 Standorten, davon 22 Standorte im Ausland (Schweiz, Österreich und Luxemburg). 2025 gab es 10 Erstzertifizierungen, 2 Zertifikat-Wiedereinsetzungen und 5 -beendigungen. 23 Zertifikate wurden im Rahmen einer Erstzertifizierung bzw. eines Wiederholaudits mit reduzierter Gültigkeit erteilt. 22 Darmkrebszentren nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK), 3 Darmkrebszentren den Sonder-REDZYK.

Im Auditjahr 2025 wurden in 50 von 316 Audits insgesamt 72 Abweichungen ausgesprochen.

Analkarzinomzentren: Ende 2025 gab es 15 zertifizierte Analkarzinomzentren, davon 1 Zentrum im Ausland (Schweiz). 2025 gab es 4 Erstzertifizierungen.

Im Nachgang zur Sitzung werden Online-Seminare für die Fachexperten (FE) der Darmkrebszentren/Analkarzinomzentren stattfinden, in denen über die Neuerungen/Änderungen im Zertifizierungssystem informiert wird. Im Dezember 2026 ist ein FE-Lehrgang mit VZ geplant. Aktuell stehen 100 FE für die Auditierung der Zentren für Viszeralonkologische Zentren zur Verfügung. Mit perspektivisch 6 weiteren FE werden die aktuellen Ressourcen als ausreichend eingeschätzt.

### **TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung 2026 Darmkrebs-/Analkarzinomzentren** (Sabet/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2025 (Kennzahlenjahr 2024) werden vorgestellt:

#### Anmerkungen zu dem Jahresbericht 2026 Darmkrebszentren:

Im Kennzahlenjahr 2024 wurden in den 319 im Jahresbericht berücksichtigten Standorten insgesamt 30.174 Primärfälle behandelt (+2,1 % zum Vorjahr), davon 19.686 Fälle mit Kolonkarzinom und 10.488 mit Rektumkarzinom. Unter Einbezug von 5.991 Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen ergibt sich eine Gesamtzahl von 36.165 Zentrumsfällen.

Insgesamt zeigen die Kennzahlen in den Darmkrebszentren weiterhin ein hohes Erfüllungsniveau. So erreicht die Fallvorstellung in den Tumorkonferenzen eine gute Durchdringung, mit einer prätherapeutischen Gesamtquote von 96,3 % (Median 96,9 %) und einer postoperativen Gesamtquote von

98,8 % (Median 99,6 %). Beim psychoonkologischen Distress-Screening ist im zweiten obligaten Erfassungsjahr eine positive Entwicklung zu verzeichnen, die Gesamtquote ist auf 74,1 % gestiegen (Vorjahr: 69,2 %). Die operative Expertise bleibt stabil. Die Gesamtzahl der operativen Primärfälle Kolon ist auf 17.397 (+1,6 %) und der operativen Primärfälle Rektum auf 8.330 (+2,3 %) gestiegen. Dennoch haben 9 Zentren die SV von  $\geq 30$  operativen Primärfällen Kolon und 56 Zentren die SV von  $\geq 20$  operativen Primärfällen Rektum unterschritten. Für das aktuelle Kennzahlenjahr bestätigt sich somit die Relevanz der in der Kommissionssitzung der Darmkrebszentren 2024 konsentierten Sonderregelung zur Primärfallbewertung für Kolon- und Rektumkarzinome. Auf Grundlage dieser Sonderregelung ist bei Zentren, die im Wiederholaudit zwischen 16 und 19 operativen Rektum-Primärfälle und/oder zwischen 27 und 29 operativen Kolon-Primärfälle aufweisen, jedoch ansonsten ein unauffälliges Audit vorweisen können, eine Verlängerung des Zertifikats möglich. Im Auditjahr 2025 befanden sich 4 der 9 Zentren mit SV-Unterschreitung Kolon im Wiederholaudit. Bei Erfüllung der Sonderregelung wurde eine Zertifikatsverlängerung erteilt (teilweise mit verkürzter Laufzeit). Beim Rektumkarzinom befanden sich 25 der 56 betroffenen Zentren im Wiederholaudit. 21 Zentren erfüllten die Sonderregelung und erhielten eine Zertifikatsverlängerung. 4 Zentren wiesen weniger als 16 operative Primärfälle auf. Da der 3-Jahres-Durchschnitt der Zentren jeweils die SV erfüllte, wurde das Zertifikat auch für diese Zentren verlängert, jedoch mit verkürzter Gültigkeit.

Die Kennzahlen zur Ergebnisqualität zeigen im Kennzahlenjahr 2024 keine relevanten Veränderungen gegenüber dem Vorjahr. Die postoperative Mortalität beträgt 2,1 % (Vorjahr: 2,2 %), die Revisionsraten liegen beim Kolon bei 8,4 % (Vorjahr: 8,6 %) und beim Rektum bei 9,5 % (unverändert). Die Anastomoseninsuffizienzraten betragen 3,9 % beim Kolon (Vorjahr: 4,2 %) und 8,1 % beim Rektum (Vorjahr: 8,2 %). Die Daten wurden der Kommission vorgestellt und das weitere Vorgehen zur Sonderregelung diskutiert. Die Diskussion wird unter TOP 4 „Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Darmkrebs, Basisdaten“ erläutert.

#### Anmerkungen zu dem Jahresbericht 2026 Analkarzinomzentren:

Im Kennzahlenjahr 2024 wurden in den 14 im Jahresbericht berücksichtigten Standorten insgesamt 287 Primärfälle behandelt, gegenüber 168 Pat. in 9 Zentren im Vorjahr. Der Median liegt bei 20 Primärfällen pro Standort. Zusätzlich wurden 50 Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen behandelt, was ca. 15 % der Gesamtfallzahl entspricht. Insgesamt zeigen auch die KeZa der Analkarzinomzentren ein hohes Erfüllungsniveau. Die prätherapeutische Fallvorstellung (KeZa 2a) erreicht eine Gesamtquote von 97,6 % (Median 100 %), die Vorstellung bei Residual- oder Rezidivtumor (KeZa 2b) wird zu 100 % umgesetzt. Die LL-QIs zeigen in den Zentren eine gute Adhärenz an die LL-Empfehlungen: Die kombinierte Radiochemotherapie bei Stadium II/III (KeZa 8) wird bei 83,3 % der Fälle durchgeführt, die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung einer posttherapeutischen Biopsie bei klinischer Komplettremission (KeZa 9) wird nahezu vollständig umgesetzt (0,7 % Biopsien). Die Anzeichnung der Stomaposition wird zu 100 % erfüllt.

Da aufgrund einer Zentrenanzahl  $<15$  im Jahresbericht eine Identifizierung einzelner Zentren nicht ausgeschlossen werden kann, wird der Jahresbericht nicht veröffentlicht.

**TOP 4 Wahl Vorsitz (Stimmberechtigte), Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblättern DZ u. MA sowie Vorstellung OncoBox Darm 2.0** (Vorsitzende, Kolb/ClarData, Pauler/ClarData, Sabet/DKG)

### **Wahl Vorsitz:**

Herr Prof. Quante wird seitens der DGVS als neuer Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission für 4 Jahre in dieses Amt gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Frau Prof. Mayerle an, die für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Die Kommission dankt Frau Prof. Mayerle herzlich für ihr großes Engagement und würdigt ihre Verdienste um das Zertifizierungssystem. Herr Prof. Quante bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

Herr Prof. Reißfelder steht weiterhin als Vorsitzender zur Wahl zur Verfügung und wird von der Kommission für 4 Jahre in seinem Amt bestätigt. Herr Prof. Reißfelder bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

### **Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) und Datenblatt (DS) allgemein:**

Während der Sitzung werden die im Vorfeld versendeten Dokumente mit den Änderungseingaben beraten. Das Ergebnis der Sitzung sind die konsentierten Dokumente (EB und DS) inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt werden.

### **Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Darmkrebszentren:**

#### ***1.1.2 Struktur des Netzwerks – Hauptkooperationspartner und Kooperationspartner (VZ)***

Eine Eingabe weist darauf hin, dass gastroenterologische Praxen nicht nur als Kooperationspartner von Darmkrebszentren fungieren, sondern auch im Rahmen von Analkarzinomzentren eine wesentliche Rolle bei Einweisung und Nachsorge übernehmen und in die Versorgungsmatrix/Stammbblatt aufgenommen werden sollten. Da hierfür spezifische Anforderungen im Erhebungsbogen für gastroenterologische Praxen notwendig sind, wurde ein entsprechender Vorschlag vorbereitet und in der Sitzung vorgestellt. Dieser umfasst die Vorhaltung von Analkarzinom-Diagnostik mittels rektaler Endosonographie, starrer Rektoskopie und Proktoskopie, ein etabliertes Vorgehen zur Identifikation von Risikogruppen (Kapitel B.17) sowie Anforderungen an die ärztliche Qualifikation, die prätherapeutische Befunddokumentation (Kapitel B.18) und die leitliniengerechte Nachsorge (Kapitel B.19).

Die Kommission nimmt den Vorschlag an, betont aber dass die Therapie des Analkarzinoms am Standort des Zentrums selbst erfolgen muss und nicht in der kooperierenden Praxis erfolgen darf.

Darüber hinaus wird die Seelsorge zur Harmonisierung der Anforderungen in Kapitel 1.9.1 auch im Kapitel 1.1.2 als Kooperationspartner aufgenommen.

#### ***1.2.11 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Onkologisches Basisscreening (VZ)***

Die DKG informiert die Kommission über die (Weiter-)Entwicklung der Anforderungen zum Onkologischen Basisscreening durch eine interdisziplinäre u. multiprofessionelle AG und die Aufnahme der Anforderungen in Onkologische Zentren durch die Sitzung OZ im Oktober 2025. Zur Harmonisierung der Anforderungen mit dem EB OZ beschließt die Kommission die Änderungen anzunehmen.

#### ***1.3.6 Kooperation Einweiser und Nachsorge – Fortbildungen (VZ)***

In der Sitzung der Vorsitzenden im Jahr 2024 wurde vorgeschlagen, die Anforderung an Fortbildungsveranstaltungen zu überprüfen u. anzupassen. Die Kommission stimmt der Anpassung zu und legt fest, dass künftig für Ärzte nur noch eine Fortbildungsveranstaltung pro Jahr durch das Darmkrebszentren anzubieten ist.

#### *1.4.1 Psychoonkologie – Qualifikation (VZ)*

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird auf die in der Sitzung der Kommission OZ im Jahr 2025 beschlossenen Anpassungen der Kapitel zur psychoonkologischen Versorgung hingewiesen. Die entsprechenden Änderungen werden der Kommission vorgestellt u. erläutert. Eine wesentliche inhaltliche Änderung betrifft die Erweiterung des qualifizierten Personenkreises: Künftig werden Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung anerkannt. Die Kommission stimmt den Anpassungen zu und beschließt die Übernahme der Änderungen des gesamten Kapitels 1.4 in den Erhebungsbogen VZ.

#### *1.6.5 Beteiligung Pat. – Pat.information (fallbezogen) (VZ)*

Die Selbsthilfeorganisation ILCO e.V. gibt in einer Eingabe zu bedenken, dass viele Pat. nur unzureichend über ihre Nachsorge und die anstehenden Termine informiert seien, und schlägt die Entwicklung eines einheitlichen Nachsorgepasses für alle zertifizierten Zentren vor.

Die Kommission weist darauf hin, dass die Anforderung in der Kommissionssitzung OZ 2025 in Anpassung an die zunehmende Digitalisierung der klinischen Dokumentation bereits flexibilisiert wurde. Die Kommission bekräftigt, dass die Dokumentation der Nachsorge in Form eines Plans oder Passes weiterhin verpflichtend ist, spricht sich jedoch gegen die Entwicklung eines zentrenübergreifenden Einheitsdokuments aus.

#### *1.6.9 Beteiligung Pat. – Selbsthilfegruppen (VZ)*

Im Zuge der Harmonisierung mit dem EB OZ wird eine begriffliche Anpassung vorgenommen. Die Kommission legt fest, dass im Kapitel künftig der Begriff „medikamentöse Tumortherapie“ anstelle des bislang verwendeten Begriffs „Chemotherapie“ verwendet wird.

#### *1.7.3. Studienmanagement – Studienassistentz – Qualifikation (VZ)*

Zur Harmonisierung der Anforderungen über die Zertifizierungssysteme hinweg wird die Streichung des Zusatzes „Richtwert: mehrtägiger Kurs“ bei der Anforderung zur spezifischen Ausbildung für die Studienassistentenfunktion vorgeschlagen. Die Kommission stimmt der Änderung zu.

#### *1.8.2 Pflege – Zuständigkeiten / Aufgaben (VZ)*

Für die Harmonisierung mit dem EB OZ übernimmt die Kommission die dort beschlossenen Konkretisierungen der Anforderungen an Fallbesprechungen und Pflegevisiten. Künftig ist in jedem Organkrebszentrum und Modul mind. eine Pflegevisite oder Fallbesprechung pro Monat nachzuweisen. Die Umsetzung erfolgt gemäß der Muster-SOP „Onkologische Pflegevisite“.

#### *1.8.6 Pflege – Stomatherapie – Definition der Aufgaben (DZ)*

Eine Eingabe regt an, Stomatherapeuten bereits präoperativ einzubinden, etwa im Rahmen einer Sprechstunde zur Aufklärung und zum Anzeichnen von Stomata. Die Kommission stellt fest, dass der Erhebungsbogen die präoperative Anleitung, Beratung und Schulung von Pat. und Angehörigen bereits fordert und diese Praxis somit den Anforderungen entspricht.

In der Diskussion und auch anlässlich einer Eingabe wird jedoch deutlich, dass das Thema LARS stärker in den Vordergrund gestellt werden sollte. Die Kommission spricht sich dafür aus, dass die Aufklärung zum Thema LARS künftig zusätzlich durch Stomatherapeuten erfolgen soll und nimmt diese in die Aufgaben der Stomatherapie auf.

Darüber hinaus wird angemerkt, dass im Rahmen von Watch-and-Wait-Konzepten bei rund 30 % der Pat. ein LARS schon nach alleiniger Strahlentherapie auftritt. Anforderungen zur Nachsorge und Aufklärung in diesem Kontext bestehen bisher nicht, und die Zuständigkeiten sind ungeklärt. Die Kommission kommt zu dem Konsens, dass für die nächste Sitzung ein disziplinenübergreifendes Kapitel erarbeitet werden soll, das Anforderungen zu Aufklärung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei LARS adressiert.

Eine in dem Kontext aufkommende Eingabe der ILCO e.V. zur Überarbeitung von Abschnitt 1.8.5 Qualifikation Stomatherapie „Bestandsschutz, Weiterbildungsumfang mind. 400 h zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie „Curriculum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde“ der FgSKW exkl. Abschnitte Inkontinenz und Wunde)“ wird als neuer Aspekt für die nächste Sitzung vorgemerkt.

### *2.2.1.a Diagnostik - Qualifikation koloskopierender Diagnostiker (DZ)*

#### *B.1 EB Gastroenterologische Praxis:*

Im Rahmen der Harmonisierung mit den anderen viszeralonkologischen Modulen wird vorgeschlagen, die Qualifikationsanforderungen für koloskopierende Diagnostiker an jene für Endoskopie/Endosonographie (Pankreas/Magen/Ösophagus) anzugleichen. Konkret wird der Facharzt für Innere Medizin als eigenständige Qualifikationsoption ergänzt. Die Kommission nimmt den Vorschlag an.

#### *2.2.1.b Diagnostik – Fachärzte (DZ)*

In einer Eingabe wird vorgeschlagen, analog zum Konzept der Senioroperatore, für Koloskopien Senioruntersucher einzuführen. Die Kommission diskutiert den Vorschlag, sieht die Übertragbarkeit des Konzepts auf Koloskopien jedoch kritisch, da die mit dem Seniorstatus verbundene Reduktion der Expertisezahlen einen Qualitätsverlust darstellen könnte.

Die Kommission lehnt den Vorschlag ab, schlägt aber eine Überprüfung und ggf. Überarbeitung der Anforderungen an die Endoskopie zur nächsten Sitzung vor.

In diesem Kapitel wird zudem eine Harmonisierung mit der KeZa 11 (Komplikationsrate therapeutische Koloskopien) vorgenommen. Diese ist in der Sitzung 2024 auf alle resezierenden endoskopischen Verfahren ausgeweitet worden, statt wie bisher nur die Schlingenpolypektomie zu erfassen. Diese Anpassung wird entsprechend auch bei den Anforderungen an die Erfahrung der Untersucher im vorliegenden Kapitel übernommen.

### *3.2 Radiologie – RTAs der Radiologie (VZ)*

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird darauf hingewiesen, dass dieses Kapitel in der Sitzung der OZ-Kommission im Jahr 2025 angepasst wurde. Die entsprechenden Änderungen werden zur Beratung in die Kommission DZ eingebracht. Das Gremium erklärt sein Einverständnis mit der Übernahme der Änderungen gemäß EB OZ. Künftig werden als qualifiziertes nicht-ärztliches Personal auch Medizinische Fachangestellte (MFA) mit absolviertem Strahlenschutzkurs, die unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes tätig sind, anerkannt.

### *3.3 Radiologie – Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie (VZ)*

In einer Eingabe wird, aufgrund der zunehmenden klinischen Relevanz des Rektum-MRTs im Rahmen der aktualisierten S3-Leitlinie, auf den möglichen Bedarf an der Einführung einer verbindlichen Expertise für die

Radiologie bei der Befundung von MRT-Untersuchungen des Rektumkarzinoms (z.B. durch Einführung von Mindestmengen), hingewiesen.

Die Kommission diskutierte den Vorschlag. Da in der Tumorkonferenz ein/e erfahrene/r Radiologe/in die MRT-Befunde präsentiert, sieht die Kommission derzeit kein Qualitätsproblem und keinen weiteren Handlungsbedarf.

#### *5.2.2.c Organspezifische operative Therapie – Entlassung (bei Stomatherapie) (DZ)*

Laut einer Eingabe seien die Anforderungen im Erhebungsbogen zum Prozedere bei LARS nicht ausreichend definiert. Die Kommission greift das Thema auf und diskutiert es insbesondere im Hinblick auf fehlende Anforderungen nach Strahlentherapie (siehe im Protokoll unter „Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Darmkrebszentren“ Kapitel 1.8.6).

Die Kommission kommt zu dem Konsens, dass für die nächste Sitzung ein interdisziplinäres Kapitel erarbeitet wird, das Anforderungen zu Aufklärung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei LARS adressiert.

#### *5.2.5.a Organspezifische operative Therapie – Operateure (VZ)*

#### *5.2.5.b Organspezifische operative Therapie – Operateure (DZ)*

In der letzten Sitzung der Zert.-Kommission Viszeralonkologische Zentren wurde die europäische Facharztqualifikation des EBSQ Surgical Oncology als gleichwertige Alternative zur deutschen Qualifikation Viszeralchirurgie mit spezieller Viszeralchirurgie in den Erhebungsbogen aufgenommen. Da der Erwerb des EBSQ Surgical Oncology den FA für Viszeralchirurgie voraussetzt, wird der fälschlicherweise als Zugangsvoraussetzung geforderte FA für Allgemeinchirurgie gestrichen und durch den FA für Viszeralchirurgie (in Kombination mit dem EBSQ Surgical Oncology) ersetzt. Die Kommission stimmt den Änderungen zu. Darüber hinaus gilt für DZ zukünftig auch der FA für Viszeralchirurgie in Kombination mit dem EBSQ Surgical Coloproctology als Qualifikation.

#### *5.2.5.f Organspezifische operative Therapie – Assistenz (VZ)*

Die bereits gelebte Praxis, dass Operationen als Zweitoperateur zum Zwecke der Ausbildung oder Assistenz eines benannten Darmoperateurs dem Senior-Darmoperateur angerechnet werden können, wird als Klarstellung in den Erhebungsbogen aufgenommen.

#### *6.2.8 Medikamentöse Therapie – Schemata für systemische Therapie (VZ)*

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird auf die in der Sitzung der Kommission OZ im Jahr 2025 beschlossenen Anpassungen im Kapitel 6.2.8 zur medikamentösen Therapie hingewiesen. Die entsprechenden Änderungen werden der Kommission vorgestellt u. erläutert. Wesentliche inhaltliche Änderungen betreffen die LL-entsprechende Aufnahme von Antiemetika in die Therapiepläne, die Verschärfung, dass die Expertise der Apotheker bei der Freigabe von Änderungen der Therapieschemata eingeholt werden soll (vormals: „kann“) und die Vorgabe, dass die Therapie am Applikationstag zu prüfen und mit Datum und Uhrzeit freizugeben ist. Die Kommission stimmt den Anpassungen zu.

### Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für gastroenterologische Praxen:

#### *A Ärztliche Expertise*

#### *B.1 Anforderungen - Qualifikation koloskopierender Diagnostiker und*

#### *C Kennzahlen*

Analog zum Kapitel 2.2.1.b wird auch im EB der gastroenterologischen Praxen die Harmonisierung mit der KeZa 11 vorgenommen: Ausweitung der Expertise/Kennzahlen auf alle endoskopischen Resektionsverfahren, Streichung der Limitierung auf Schlingenpolypektomie.

#### *B.17-B20 Nur bei Kooperation mit MA*

Aufnahme von Anforderung bei der Kooperation mit einem Analkarzinomzentrum (Siehe Diskussion und Beschluss TOP 4, Kapitel 1.1.2).

#### Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Pathologie:

##### *8.1 Interdisziplinarität – Teilnahme Tumorkonferenz*

Die Kommission OZ hat in der Sitzung 2025 beschlossen, dass eine „on-demand“-Teilnahme der Pathologie an Tumorkonferenzen per Videokonferenz grundsätzlich möglich sei, die Entscheidung über die Umsetzung jedoch entitätsspezifisch in den jeweiligen organspezifischen Zertifizierungskommissionen getroffen werden müsse. Die Möglichkeit einer „on-demand“-Teilnahme wird von der Kommission DZ diskutiert, es wird aber daran festgehalten, dass die Pathologie für die DZ ein Kernleistungserbringer bleibt und obligat an Tumorkonferenzen teilnehmen muss (Videokonferenzen sind möglich). Die Kommission räumt aber ein, dass eine Online-Teilnahme es der Pathologie in der Praxis ermöglicht, der Regulararbeit weiter nachzugehen und gleichzeitig die Konferenz zu verfolgen sowie für Rückfragen ansprechbar zu bleiben.

##### *8.11 Pathologieberichte – Pflichtangaben Pathologiebericht (DZ)*

Die Eingabe, das Kapitel „Pflichtangaben Pathologiebericht“ in „Pflichtangaben Pathologiebefund (Resektat)“ umzubenennen, wird angenommen.

##### *8.11 Pathologieberichte – Pflichtangaben Pathologiebericht (MA)*

Die Eingabe, den Begriff „Graduierung“ durch „Typisierung“, „lymphoma“ durch „Lymphom“ sowie „NET“ durch „NEN“ zu ersetzen, wird angenommen.

##### *8.14 Externe Qualitätssicherung – Zweitbefundung (VZ / DZ)*

Die Eingabe, den Prozess einer externen Zweitbefundung als optionale Möglichkeit darzustellen sowie den Verweis auf das Beispiel zur externen Qualitätssicherung zu streichen, wird angenommen.

#### Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Darmkrebs

##### *Basisdaten*

##### *1. Vorstellung OncoBox 2.0:*

Die OncoBox wird von den Mitarbeitenden von Clardata als System vorgestellt, das aggregierte Daten für die Zertifizierung sowie standardisierte und qualitätsgesicherte Einzelfalldaten für die Forschung bereitstellt. Mit der neuen Generation OncoBox 2.0 wird die Weiterentwicklung des Systems fortgeführt: OncoBox Lunge 2.0 ist seit 2024 in Nutzung, OncoBox Brust 2.0 seit 2025 in Pilotierung und OncoBox Darm 2.0 befindet sich aktuell in Entwicklung. Die wesentlichen Vorteile der OncoBox Darm 2.0 umfassen eine Aktualisierung und Detaillierung der Datenfeldspezifikation, eine deutliche

Steigerung des Anteils berechenbarer KeZa sowie die Erhebung von Nicht-Primärfällen. Die geplante Zeitschiene sieht vor, dass 2026 die Entwicklung abgeschlossen und die Pilotierung begonnen wird, während für Audits weiterhin OncoBox Darm 1.0 genutzt wird. Ab 2027 stehen beide Versionen für Audits zur Verfügung, wobei für alle Zentren noch die bisherigen Basisdaten 1.0 generiert werden, um eine einheitliche und vergleichbare Darstellung zu haben. Ab 2028 wird ausschließlich die OncoBox Darm 2.0 genutzt, die dann auch neue Basisdaten einschließlich der operativen Expertise abbildet.

## 2. *Vorstellung der Basisdaten der Oncobox 2.0:*

Die Basisdaten der OncoBox Darm 2.0 werden gegenüber der Vorgängerversion in mehreren Punkten überarbeitet. Neu eingeführt wird die Erfassung bzw. Abbildung der Primärfälle in Abhängigkeit vom UICC-Stadium; diese Darstellung ist im Zert.-System für die meisten Tumorentitäten bereits Usus. Eine weitere wesentliche Neuerung betrifft die operative Expertise: Statt wie bisher operative Primärfälle zu erfassen, wird künftig die operative Expertise zur Beurteilung operativer Mindestmengen herangezogen. Hierfür wird der Zählzeitpunkt dahingehend angepasst, als dass nicht mehr der Zeitpunkt der Operation, sondern der Zeitpunkt der histologischen Sicherung für alle Primärfallarten (operativ, endoskopisch, nicht operativ) maßgeblich ist. Diese Änderung ermöglicht es, auch Operationen bei Rezidiven oder bei Regrowth nach Watch-und-Wait-Konzepten zur operativen Expertise zu zählen, analog zur Mindestmengenregelung des GBA, und erreicht zugleich eine Harmonisierung mit anderen Entitäten.

Darüber hinaus wird WW als eigenständige Zeile in den Basisdaten aufgenommen, was künftig eine Auswertung hinsichtlich Risikofaktoren der Rezidiv-/Regrowthbildung ermöglicht.

Die neuen Basisdaten werden ab 2027 für das Auditjahr 2028 verpflichtend zu dokumentieren sein.

## 3. *Notfalldefinition:*

In einer Eingabe wird zu bedenken gegeben, dass die bestehende Definition der Notfallindikation es ermögliche, Fälle, die unter elektiven Bedingungen operiert werden, als Notfälle zu klassifizieren und so der Auswertung der chirurgischen Qualität (Mortalität, Anastomoseninsuffizienzrate, Revisionsrate) zu entziehen. Die Auswertung der Notfalloperationen aus dem Jahr 2024 zeigt eine breite Streuung des Anteils an Notfalloperationen in den Zentren von 0% bis 29% (Median 8%).

Die Kommission beschließt, die Definition gemäß OncoBox-Spezifikation unverändert zu belassen, aber im Auditcheck eine Plausibilitätsgrenze von 15% für den Notfallanteil an den Gesamtoperationen einzuführen.

## 4. *Sonderregelung Primärfallbewertung Kolon/Rektum:*

Die Auswirkungen nach Einführung der Sonderregelung zur Primärfallbewertung Kolon/Rektum sind unter TOP 3 „Anmerkungen zum Jahresbericht 2026 Darmkrebszentren“ dargestellt. Der Jahresbericht 2026 zeigt stabile bis leicht steigende Primärfallzahlen für Kolon und Rektum, bei jedoch über die Jahre sinkendem Anteil operativer Primärfälle, insbesondere beim Rektumkarzinom (-8,6% seit 2017). Der Anteil von WW ist dagegen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und beträgt in 2024 4,4% (+300% seit 2017). Zusammen mit der rückläufigen Inzidenz des kolorektalen Karzinoms (Quelle: *Krebs in Deutschland*; [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html)) stellt dies zertifizierte Zentren z.T. vor die Herausforderung, die SV operative PF Rektum zu erreichen.

Die Kommission diskutiert vor diesem Hintergrund erneut, wie das Zertifizierungssystem auf diese Entwicklungen reagieren soll, insbesondere ob das Zertifizierungssystem „Darmkrebszentren“ in separate Zertifizierungssysteme Kolon und Rektum getrennt werden sollen. Hauptargument für eine Trennung ist, dass Zentren, die die Mindestmenge Rektum nicht erreichen oder die Leistungsgruppe „tiefe Rektumeingriffe“ nicht zugewiesen wird und somit mittelfristig das Zertifikat verlieren, Pat. mit Kolonkarzinom weiterhin in separaten Kolonkarzinom-Zentren in zertifizierten Strukturen behandeln würden. Sofern die G-BA-Mindestmenge erreicht wird und §40 KHG nicht greift, wären o.g. betroffene Kliniken bei dem bisherigen gemeinsamen Zertifizierungssystem nach Zertifikatsverlust zwar berechtigt, Kolonkarzinome zu behandeln, täten dies jedoch außerhalb der Qualitätssicherung der Zertifizierung.

Die Diskussion berücksichtigt die zu erwartenden Auswirkungen der Leistungsgruppenzuweisungen, des §40 KHG und der G-BA-Mindestmengenregelung, deren Effekte auf die Versorgungslandschaft noch nicht abschließend absehbar sind. Die Kommission beschließt, zunächst keine Trennung der Systeme vorzunehmen, die bestehende Sonderregelung weitergelten zu lassen und die Situation in der Kommissionssitzung 2028 neu zu bewerten. Sie betont in der Diskussion ausdrücklich, dass alle Maßnahmen der Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität dienen und dass zu diesem Zweck auch eine weitere Zentralisierung der Versorgung in Kauf genommen wird.

*Kennzahlen:*

*KeZa 8: Genetische Beratung*

Eine Eingabe gibt zu bedenken, dass eine prozentuale Beurteilung des MSI/MMR-Status pathologisch nicht sinnvoll und auch irreführend sei. Die Kommission beschließt, den Wortlaut an den aktualisierten Qualitätsindikator anzupassen, der keine prozentualen Angaben mehr vorsieht.

*KeZa 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine*

Auch der Wortlaut der KeZa 9 wird an den des aktualisierten QIs angepasst.

Seit Aufnahme der KeZa im Kennzahlenjahr 2022 gibt es vermehrte Anfragen, ob die Bestimmung von 2 statt 4 MMR-Proteinen ausreichend sei. Die Kommission stellt klar, dass die Leitlinienempfehlung die Bestimmung aller 4 MMR-Proteine fordert und dies entsprechend in der KeZa bzw. im QI abgebildet wird.

*KeZa 10: RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK*

Eine Eingabe weist darauf hin, dass die RAS/BRAF-Bestimmung überwiegend ambulant erfolgt und dabei die Testung häufig nicht vom Zentrum abgefragt wird. In der Folge werden in der KeZa nur die Pat. erfasst, bei denen die Testung im Zentrum erfolgte, wodurch sich auch der Nenner auf diese Teilgruppe beschränkt und die KeZa zu positiv dargestellt wird.

Um eine bessere Erfassung und eine Plausibilitätsprüfung mit den Stadium-IV-Pat. der Matrix zu ermöglichen, wird der Nenner ausgeweitet. Die Kommission diskutiert, dass darunter auch Pat. mit Best Supportive Care fallen, für die eine Testung nicht in allen Fällen sinnvoll ist. Sie einigt sich daher darauf, die SV in eine Plausibilitätsgrenze umzuwandeln und abzusenken, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass für einen Teil der Pat. im Nenner eine Testung nicht indiziert ist.

*KeZa 11: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien*

Es wird diskutiert, ob nach Ausweitung des Nenners im Kennzahlenjahr 2024 auf alle endoskopischen Resektionsverfahren eine Anhebung der SV notwendig sei, da die Einbeziehung unterschiedlicher Resektionstechniken teils höhere Komplikationsraten bedingen könne.

Im Jahresbericht 2026 zeigt sich eine Gesamtrate von 0,5% (Median 0,5%, Spannweite 0 bis 2,9%; 237 von 319 Zentren mit Datenangaben), gegenüber 0,57% im Vorjahr (Median 0,55%, Spannweite 0 bis 3,8%). Die Kommission beschließt, keine Änderungen vorzunehmen.

*KeZa 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel*

Die Kommission beschließt den Wortlaut der KeZa 12 an den des aktualisierten QI anzupassen. Künftig misst die KeZa/QI die Vollständigkeit des Befundberichts des prätherapeutischen MRTs bezogen auf cT-, cN-Kategorie, MRF, laterale pelvine Lymphknoten und EMVI-Status.

*KeZa 24: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie*

Der korrespondierende Qualitätsindikator wurde in der aktualisierten Leitlinie gestrichen. Die Kommission beschließt, die KeZa entsprechend zu streichen.

*KeZa 26: Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK*

Die Kommission beschließt den Wortlaut der KeZa 26 an den des aktualisierten QI anzupassen.

*NEUE KeZa: Rekonstruktion mit Reservoirbildung bei tiefer anteriorer Rektumresektion*

Die Kommission beschließt die Aufnahme des LL-QIs zur Erfassung der Rekonstruktion mit Reservoirbildung nach tiefer anteriorer Rektumresektion (Colon-J-Pouch oder Seit-zu-End-Anastomose) als KeZa (ohne SV bzw. ohne Plausibilitätsgrenze).

*NEUE KeZa: Ernährungsstatus*

Die Kommission beschließt die Aufnahme des LL-QIs zur Erfassung des Ernährungsstatus als KeZa. Dies stellt eine Harmonisierung mit den anderen VZ Modulen dar.

**TOP 5 Verschiedenes** (Utzig, Schellack/DKG)

**Update Krankenhausreform**

Herr Dr. Utzig erläutert ausgewählte aktuelle gesundheitspolitische Themen (Krankenhausreform, KHAG, Zuweisung von Leistungsgruppen in NRW etc.).

**Versorgungsforschung**

Frau Schellack (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte innerhalb des DKG-Zertifizierungssystems und in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Sie weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Sitzung wird gegen 15:30 Uhr beendet.

Berlin, 06.05.2026

Protokoll: Sabet, Vogt, Utzig

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
1.1.2 - VZ	<p>Hauptkooperationspartner und Kooperationspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein.</p> <p>Hauptkooperationspartner Viszeralchirurgie (nur Analkarzinom: mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder EBSQ coloproctology), Gastroenterologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Radiologie (nur HCC: interventionelle Radiologie)</p> <p>Kooperationspartner Psychoonkologie, Sozialdienst, Stomatherapie (nur Darm), Ernährungsberatung, Physiotherapie, Genetik, Schmerztherapie und Selbsthilfegruppe, Palliativmedizin, Diabetologie (nur Pankreas), für Analkarzinom zusätzlich: Plastische Chirurgie, Gynäkologie</p>	<p>Hauptkooperationspartner und Kooperationspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein.</p> <p>Hauptkooperationspartner Viszeralchirurgie (nur Analkarzinom: mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder EBSQ coloproctology), Gastroenterologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Radiologie (nur HCC: interventionelle Radiologie), für Analkarzinom zusätzlich: Proktologie (über gastroenterologische Praxis)</p> <p>Kooperationspartner Psychoonkologie, Sozialdienst, Stomatherapie (nur Darm), Ernährungsberatung, Physiotherapie, Genetik, Schmerztherapie und Selbsthilfegruppe, Palliativmedizin, Seelsorge, Diabetologie (nur Pankreas), für Analkarzinom zusätzlich: Plastische Chirurgie, Gynäkologie</p>
1.2.1 1 - VZ	<p>Onkologisches Basisscreening Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung wird empfohlen, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.</p> <p>Das Basisscreening beinhaltet z.B. (siehe SOP unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening auf psychosoziale Belastungen (vgl. Kap. 1.4)</li> <li>• Symptomscreening mittels validierter Instrumente (z.B. MIDOS/IPOS (vgl. Kap. 9))</li> <li>• Bedarfserfassung sozialrechtliche Beratung (vgl. Kap. 1.5)</li> <li>• Screening auf Mangelernährung (z.B. NRS, vgl. Kap. 1.9)</li> <li>• Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen &gt; 70 Jahre (z.B. G8)</li> <li>• Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität</li> <li>• Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen</li> </ul> <p>Die Prozesse und der Einbezug der jeweils zuständigen Unterstützungsbereiche (z.B. Ernährungsberatung) sind zu beschreiben. Grundlage hierfür: „SOP Onkologisches Basisscreening“ unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a></p>	<p><b>Onkologisches Basisscreening</b> Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung <del>sind wird empfohlen</del>, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.</p> <p>Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen.</p> <p>Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosoziale Belastungen</li> <li>• körperliche Symptome</li> <li>• Mangelernährungsrisiko</li> <li>• sozialrechtlich relevante Fragestellungen</li> </ul> <p>Das Screening sollte in der Regel PRO erfassen und obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu eine für das Screening verantwortliche Person (z.B. onkologische Fachpflege).</p> <p>siehe SOP unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening auf psychosoziale Belastungen (vgl. Kap. 1.4)</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomscreening mittels validierter Instrumente (z.B. MIDOS/IPOS (vgl. Kap. 9))</li> <li>• Bedarfserfassung sozialrechtliche Beratung (vgl. Kap. 1.5)</li> <li>• Screening auf Mangelernährung (z.B. NRS, vgl. Kap. 1.9)</li> <li>• Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen &gt; 70 Jahre (z.B. G8)</li> <li>• Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität</li> <li>• Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen</li> </ul> <p>Die Prozesse und der Einbezug der jeweils zuständigen Unterstützungsbereiche (z.B. Ernährungsberatung) sind zu beschreiben. Grundlage hierfür: „SOP Onkologisches Basisscreening“ unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a></p> <p>Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“.</p> <p>Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen.</p> <p>Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen.</p> <p>Es wird empfohlen, die Quote überschwellig belasteter/ auffälliger Pat. in den vier Dimensionen des Onkologischen Basisscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen.</p> <p>Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.</p>
1.3.6 - VZ	Fortbildungen Es sind mindestens 2 x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das	<b>Fortbildungen</b> Es sind ist mindestens 1 2. x jährlich eine Veranstaltung <del>en</del> zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
	Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.
1.4.1 - VZ	<p><b>Psychoonkologie – Qualifikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert oder</li> <li>• Ärzte der Humanmedizin,</li> <li>• Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert</li> </ul> <p>jeweils mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen</p> <p>und psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt).</p> <p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär oder ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen 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> <p>Der Prozess der Betreuung der Pat. im Zentrum (Screening, Evaluation der Screeningergebnisse, Versorgung) muss im Audit an Beispielen nachgewiesen werden.</p>	<p><b>Psychoonkologie – Qualifikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert oder</li> <li>• Ärzte der Humanmedizin,</li> <li>• Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert</li> </ul> <p>jeweils mit mind. 1 in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen</p> <p>oder Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung</p> <p>und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt).</p> <p>Bestandsschutz für alle Personen, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben bereits akkreditiert bzw. per Einzelfallprüfung anerkannt sind.</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär oder ambulant) am Standort ist als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p>

	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	<p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend. Diese ergänzen die psychoonkologische Versorgung.</p> <p>Der Prozess der Betreuung der Pat. im Zentrum (Screening, Evaluation der Screeningergebnisse, Versorgung) muss im Audit an Beispielen nachgewiesen werden.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.4.2.a - VZ	<p><b>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</b> Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>	<p><b>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</b> Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niedrigschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden.</p>
1.4.2.b - VZ	<p><b>Dokumentation und Evaluation</b> Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p>	<p><b>Dokumentation und Evaluation</b> Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung folgender Pat.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pat., die im Screening überschwellig belastet waren</li> <li>2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis</li> </ol> <p>ist fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen.</p>
1.4.2.c - VZ	<p><b>Psychoonkologische Betreuung</b> Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p>	<p><b>Psychoonkologische Betreuung</b> Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p>

	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Die Anzahl der Pat., welche psychoonkologisch versorgt worden sind, ist zu erfassen (Häufigkeit und Dauer der Kontakte).  Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.3 - VZ	Psychoonkologie Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	<b>Psychoonkologie Ressourcen</b> Am Bedarf orientiert <b>steht</b> mind. 1 Psychoonkologe/ <b>in</b> mit den genannten Qualifikationen <b>steht</b> dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).  Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.
1.4.4 - VZ	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	<b>Räumlichkeiten</b> Für die psychoonkologischen Pat.gGespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.
1.4.5 - VZ	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.	<b>Organisationsplan</b> 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.
1.4.6 - VZ	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).  Ziele und Aufgaben der Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Abklärung nach positivem Screening</li> <li>• Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> <li>• Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>• Erhalt der Lebensqualität</li> <li>• Berücksichtigung des sozialen Umfeldes</li> <li>• Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)</li> </ul>	<b>Psychoonkologie – Aufgaben</b> Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der <b>medizinischen Behandlung Versorgung</b> anzubieten ( <b>Diagnose, stationär, poststationär</b> ).  Ziele und Aufgaben der <b>Betreuung Versorgung</b> sind u.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Abklärung nach positivem Screening <b>auf psychosoziale Belastung und psychische Störung</b></li> <li>• <b>Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung psychischer Belastungen und psychischer Störungen</b></li> <li>• Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> <li>• Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>• Erhalt/<b>Verbesserung</b> der Lebensqualität</li> <li>• Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/<b>Angehörigenberatung</b></li> <li>• Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)</li> </ul>
1.4.7 - VZ	<p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter</li> <li>• eine zweimal jährliche konzeptionelle Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich</li> <li>• die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte)</li> <li>• regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen</li> <li>• enge Kooperation mit dem Sozialdienst</li> <li>• Schnittstelle/Austausch mit Selbsthilfe und Seelsorge</li> <li>• Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Qualitätszirkel vorstellen.</li> </ul>	<p><b>Empfohlen wird außerdem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter</li> <li>• eine zweimal jährliche konzeptionelle Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich</li> <li>• die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte)</li> <li>• regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen</li> <li>• enge Kooperation mit dem Sozialdienst</li> <li>• Schnittstelle/Austausch mit Selbsthilfe und Seelsorge</li> <li>• Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Qualitätszirkel vorstellen.</li> </ul>
1.4.8 - VZ	<p>Fort-/Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</p>	<p><b>Fort-/Weiterbildung/ Supervision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen des zentrumsspezifischen Qualitätszirkels</li> <li>• Mitwirkung bei Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeitenden</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</li> <li>• Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen.</li> <li>• Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist mindestens 4 mal im Jahr zu ermöglichen.</li> </ul>
1.6.9 - VZ	<p><b>Selbsthilfegruppen</b> Die Selbsthilfe kann sowohl im Bereich der Pat.beteiligung, der psychosozialen Unterstützung und als Interessenvertreter tätig werden. Und in diesen Bereichen ggf. am Audit teilnehmen. Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollten:</p>	<p><b>Selbsthilfegruppen</b> Die Selbsthilfe kann sowohl im Bereich der Pat.beteiligung, der psychosozialen Unterstützung und als Interessenvertreter tätig werden. Und in diesen Bereichen ggf. am Audit teilnehmen. Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollten:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Betreuung (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ....)</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, home-page des VZ)</li> <li>• Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen</li> <li>• Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am VZ für Pat.gespräche</li> <li>• Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin.</li> <li>• persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren.</li> <li>• Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Betreuung (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, <b>medikamentöse Tumorthherapie</b> Chemotherapie, ....)</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, home-page des VZ)</li> <li>• Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen</li> <li>• Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am VZ für Pat.gespräche</li> <li>• Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin.</li> <li>• persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren.</li> <li>• Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe</li> </ul>
1.7.3 - VZ	<p><b>Studienassistent – Qualifikation</b></p> <p>Berufsausbildung Medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheits-/Krankenpfleger, Arzthelferin)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenfunktion 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>	<p><b>Studienassistent – Qualifikation</b></p> <p>Berufsausbildung Medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheits-/Krankenpfleger, Arzthelferin)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenfunktion nachzuweisen (<b>Richtwert: mehrtägiger Kurs</b>). 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>
1.8.2 - VZ	<p><b>Zuständigkeiten / Aufgaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachbezogenes Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen</li> <li>• Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards</li> <li>• Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen</li> <li>• Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs</li> <li>• Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Viszeralonkologischen Zentrums ist der</li> </ul>	<p><b>Zuständigkeiten / Aufgaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachbezogenes Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen</li> <li>• Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards</li> <li>• Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen</li> <li>• Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs</li> <li>• Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Viszeralonkologischen Zentrums ist</li> </ul>

	<p>fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes</li> <li>• Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden</li> <li>• Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2)</li> <li>• Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen</li> </ul> <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in dem Viszeralonkologischen Zentrum Berücksichtigung finden.</li> <li>• Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv).</li> <li>• Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision</li> <li>• Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Viszeralonkologischen Zentrums.</li> <li>• Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen</li> <li>• Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6)</li> </ul>	<p>der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes</li> <li>• Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden</li> <li>• Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2)</li> <li>• Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen</li> <li>• Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP- "Onkologische Pflegevisite" nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum/Modul mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen.</li> </ul> <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in dem Viszeralonkologischen Zentrum Berücksichtigung finden.</li> <li>• Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv).</li> <li>• Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision</li> <li>• Vernetzung der onkologischen Fachpflegepersonen Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Viszeralonkologischen Zentrums.</li> <li>• Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen</li> <li>• Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie</li> </ul>
--	--	---

		applizierende <b>Fachpflegeperson</b> <b>Pflegfachkraft</b> (siehe Kapitel 6)
1.8.6 - DZ	<p>Stomatherapie - Definition der Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung und Schulung von Pat. und Angehörigen</li> <li>• Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch)</li> <li>• Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde</li> </ul> <p>Ambulante Weiterversorgung nach Entlassung bei Stomatherapie ist zu beschreiben incl. Informationsbereitstellung für Pat.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p><b>Stomatherapie - Definition der Aufgaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung <b>(insbesondere Aufklärung LARS)</b> und Schulung von Pat. und Angehörigen</li> <li>• Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch)</li> <li>• Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde</li> </ul> <p>Ambulante Weiterversorgung nach Entlassung bei Stomatherapie ist zu beschreiben incl. Informationsbereitstellung für Pat.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
2.2.1.a - DZ	<p>Qualifikation koloskopierender Diagnostiker</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>• Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für Allgemeinchirurgie</li> <li>• Chirurgen und Internisten mit der Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz) oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KV</li> </ul>	<p><b>Qualifikation koloskopierender Diagnostiker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder</b></li> <li>• <b>Facharzt für Innere Medizin oder</b></li> <li>• Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für Allgemeinchirurgie <b>oder</b></li> <li>• Chirurgen und Internisten mit der Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz) oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KV</li> </ul>
2.2.1.c - DZ	<p>Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien (nur Schlinge).</p>	<p><b>Zulassung neuer Untersucher</b> In den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien <b>(nur Schlinge) *</b></p> <p>* <b>anerkannt werden Schlingenpolypektomien, Mukosektomien, Submukosadissektionen, Laserresektionen und endoskopische Vollwandexzisionen</b></p>
3.2 - VZ	<p>RTAs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>	<p><b>RTAs der Radiologie:</b> Mind. 2 qualifizierte <b>RTAs-Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz)</b> müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>
5.2.5.a - VZ	<p>Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisqualifikation Operateure</li> </ul> <p>Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-</p>	<p><b>Operateure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisqualifikation Operateure</li> </ul> <p>Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-</p>

	<p>WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO oder Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Surgical Oncology (ACO). Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.</p>	<p>WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO oder Facharzt für <b>Allgemein- oder Viszeral</b>chirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Surgical Oncology (ACO). Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.</p>
5.2.5.b - DZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oder Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oder Facharzt für Allgemein- <b>oder Viszeral</b>chirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology</li> </ul>
5.2.5.f - VZ	<p><b>Assistenz</b> Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren).</p>	<p><b>Assistenz</b> Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren). <b>Ausnahme für Senior-Darmoperateur: Operationen als Zweitoperateur (zum Zwecke der Ausbildung oder Assistenz eines benannten Darmoperateurs) können angerechnet werden.</b></p>
6.2.8 - VZ	<p>Schemata für systemische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen.</li> <li>• Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden.</li> <li>• Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen.</li> <li>• Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</li> </ul> <p>Therapiepläne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen.</li> <li>• Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.</li> </ul>	<p><b>a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen.</li> <li>• <b>In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen.</b></li> <li>• <b>Im speziellen bei hoch-emetogenen/moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: <a href="http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/">http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/</a>, Tab. 33</b></li> <li>• Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata <b>kann soll</b> die Expertise der Apotheker eingeholt werden.</li> <li>• Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen.</li> <li>• Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</li> </ul> <p><b>b) Individueller Therapiepläne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.</li></ul> <p><b>c) Freigabe/ Gabe der Therapie</b> Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
--	--	--