

Erhebungsbogen für gastroenterologische Praxen

Anlage zum Erhebungsbogen Viszeralonkologische Zentren/ Darmkrebs- /Analkarzinomzentren

In dem Erhebungsbogen für Viszeralonkologische Zentren/ Darmkrebszentren sind die fachlichen Anforderungen (FAD) zusammengefasst, die die Basis für Zertifizierungen von Darmkrebs- und Analkarzinomzentren darstellen. Die vorliegende Anlage zum Erhebungsbogen ist von jeder als Kooperationspartner registrierten Gastroenterologischen Praxis (Registrierung gemäß 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 Darmkrebs-/Analkarzinomzentrums dar. Weitergehende Vereinbarungen sind daher nicht erforderlich.

Darmkrebs-/Analkarzinomzentrum

Leitung Darmkrebs-/Analkarzinomzentrum

Gastroenterologische Praxis

Leitung Gastroenterologische Praxis

Anschrift

Erstellung /Aktualisierung

Erstelldatum

letzte Aktualisierung

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 21.08.2026 wurde gegenüber der Fassung vom 22.10.2024 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2027 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

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)

* anerkannt werden Schlingenpolypektomien, Mukosektomien, Submukosadisektionen, Laserresektionen und endoskopische Vollwandexzisionen

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis	
B.1	Qualifikation koloskopierender Diagnostiker Fachärzte Mindestens 1 Facharzt (namentliche Benennung) - Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder - Facharzt für Innere Medizin oder - Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für Allgemeinchirurgie - Chirurgen und Internisten mit der Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz) oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KV Erfahrung Untersucher: - Koloskopie: 200 Pat. jährlich - Polypektomien (nur Schlinge) *: 25 Pat. jährlich Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien (nur Schlinge) *. * anerkannt werden Schlingenpolypektomien, Mukosektomien, Submukosadisektionen, Laserresektionen und endoskopische Vollwandexzisionen Jede Koloskopie und Polypektomie ist von einem Untersucher durchzuführen bzw. zu beaufsichtigen, der oben genannte Erfahrung nachweist. Assistenz Anerkennung als Assistenz möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Untersuchern).	Angaben hierzu unter Tabelle A „Ärztliche Expertise“	

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis	
B.2	Durchführung Koloskopie • Unterzeichnete Aufklärung • Pat.monitoring 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	Komplikationen • Hinweis auf mögliche Komplikationen nach erfolgter Koloskopie (Infomaterial) • Erfassung/Auswertung Komplikationsraten		
	Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) • Komplikationsrate therap. Koloskopien • Vollständige elektive Koloskopien	Angabe Kennzahlenwert unter „C Kennzahlen“	
B.4	Anforderungen Koloskopie • vollständige Koloskopie mit Biopsie bei jeder suspekten Stelle einschließlich einer rektalen Untersuchung • ggf. Abgleich mit Fremdbefunden		
B.5	Ambulante Polypenabtragung • Möglichkeiten der Blutstillung • Komplikationserfassung Regelung der Übergabe bei in der Praxis nicht abtragbarer Polypen an die stationären Bereiche des Darmzentrums. - Benennung Ansprechpartner - Definition Informationsweitergabe		
B.6	Pathologiebefund bei Adenom • Unterscheidung niedriggradiger vs. hochgradiger intraepithelialer Neoplasie • Angabe zur Vollständigkeit der Abtragung Pathologiebefund bei Karzinom im Adenom • Ausmaß der Tiefeninfiltration (sm-/pT-Kategorie) • Histologischer Differenzierungsgrad (Grading) • Vorhandensein oder Fehlen von Lymphgefäßinvasion (L-Klassifikation) • Beurteilung der Resektionsränder (R-Klassifikation) • Low-risk/High-risk Einteilung		

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis	
B.7	Befundmitteilung Polypektomie Persönliches Gespräch/Aufklärung bei malignem Befund (nicht telefonisch) durch koloskopierende Einrichtung bzw. Hausarzt. Vorstellung in der Tumorkonferenz Jedes Karzinom im Adenom muss in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.		
B.8	Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen (familiäres Risiko) Risikogruppen sind gemäß der Risikoklassifikation der S3-Leitlinie im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren und zu dokumentieren. Dies sind insbesondere: • Alter < 50 Jahre • Vorausgegangenes Kolorektales Karzinom oder Endometrium-Karzinom • Gehäuftes familiäres Auftreten Kolorektales Karzinom, Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom		
B.9	Genetische Beratung Aktive Zusammenarbeit mit einer Genetischen Beratung ist nachzuweisen. Der Zugang kann entweder direkt oder über Darmkrebszentrum erfolgen.		
B.10	Individuelle Vorsorgeplanung • Bei identifizierten Risiko-Personen hat eine individuelle Vorsorgeplanung gemäß S3-Leitlinie zu erfolgen. Vorgehen bei Verdacht auf HNPCC In einer Verfahrensbeschreibung zur HNPCC-Abklärung sind folgende Punkte zu berücksichtigen: • Verantwortung für die Identifikation von Risikopersonen (Gastroenterologe/Chirurg) • Verantwortung für die Veranlassung der MSI-Untersuchung (Chirurg/Pathologe) • Zuständigkeit für die MSI-Testung (Chirurg/Pathologe) • Verantwortung für die Weitergabe der Information an den Pat. (Chirurg/Gastroenterologe) • Verantwortung für die Weiterleitung zur genetischen Beratung/Testung (Chirurg/Gastroenterologe)		
B.11	Infrastruktur / Arbeitsumgebung • 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 Tumor-konferenz teilzunehmen. Es sind mind. 4 Pat. der Praxis unter deren Anwesenheit jährlich in der Tumorkonferenz vorzustellen. Die Tumorkonferenz hat an einem praxiskompatiblen Termin stattzufinden Kennzahl: Pat.vorstellung Tumorkonferenz		
B.13	Therapieplan (Ergebnis Tumorkonferenz) Die Behandlung der Pat. 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 Weiterbildungsmaß-nahmen und/oder Morbiditätskonferenzen teilzu-nehmen.		
B.15	Tumordokumentation Dem Zentrum sind mind. 1 x jährlich die aktuellen Daten über Therapie und Nachsorge der in dem Tumordokumentationssystem registrierten Pat. 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: • Diagnostik incl. Befundmitteilung • Einweisung / Kommunikation Zentrum (Vorstellung Tumorkonferenzen) • Nachsorge von Darmkrebspat. • Beschwerdemanagement		
B.17 nur bei Koopera tion mit MA	Analkarzinom-Diagnostik • Rektale Endosonographie • Starre Rektoskopie • Proktoskopie Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen: Risikopersonen sind im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren, zu dokumentieren und ggf. einem Screening zuzuführen. Risikogruppen sind insbesondere HIV-positive Pat. und Frauen mit HPV-bedingten genitalen Dysplasien.		

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der gastroenterologischen Praxis	
B.18 nur bei Kooperation mit MA	Qualifikation Proktoskopie und Endosonographie anorektal Mindestens 1 Facharzt (namentliche Benennung): • Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder • Facharzt für Dermatologie, jeweils mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology Anforderung prätherapeutische Befunddokumentation: Es soll der Tumor eingegrenzt werden im Hinblick auf die Lage (angegeben in Steinschnittlage (SSL)), den maximalen Durchmesser, die Ausdehnung perianal und intraanal (in cm und Lagebeziehung zur L. anocutanea und L. dentata), die Beweglichkeit und im Hinblick auf eine Infiltration anderer Organe, insbesondere des Sphinkterapparats und bei Frauen der Vagina.		
B.19 nur bei Kooperation mit MA	Die Nachsorge entsprechend der jeweils gültigen S-3 Leitlinie ist sicherzustellen (RDU, Proktoskopie, Leistenpalpation).		

C Kennzahlen

Kalenderjahr

Kennzahldefinition	Sollvorgabe	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)		Ist-Wert
Komplikationsrate* diagnostische Koloskopie	Komplikationsrate* (stationäre Behandlung erforderlich) < 0,1%	Anzahl der diagnostischen Koloskopien mit Komplikationen, die eine stationäre Behandlung erfordern	Alle diagnostischen Koloskopien	Zähler:	
				Nenner:	
				%	
Komplikationsrate* therapeutische Koloskopie	Komplikationsrate* (stationäre Behandlung erforderlich) ≤ 0,8%	Anzahl der therapeutischen Koloskopien mit Komplikationen, die eine stationäre Behandlung erfordern	Alle therapeutischen Koloskopien mit Schlingenpolypektomien	Zähler:	
				Nenner:	
				%	
Vorstellung Tumorkonferenz	100%	Anzahl vorgestellter Pat. mit endoskopisch	Alle Pat. mit endoskopisch	Zähler:	
				Nenner:	

Kennzahldefinition	Sollvorgabe	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)		Ist- Wert
endoskopisch entfernte T1- Karzinome		entfernten T1- Karzinomen	entfernten T1- Karzinomen	%	

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

D Individuelle Vereinbarungen

Sofern zwischen den Darmkrebs-/Analkarzinomzentren 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 Darmkrebs-/Analkarzinomzentrum 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 Darmkrebs-/Analkarzinomzentrums bezeichnen. Voraussetzung für die Registrierung ist die Erfüllung der in diesem Dokument festgelegten Anforderungen sowie deren Bestätigung im Rahmen eines 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 wird die Korrektheit der hier gemachten Angaben sowie der enthaltenen Bestimmungen zum Umgang mit Zertifikaten und Zertifikatssymbolen in vollem Umfang bestätigt.

Datum

Unterschrift (Leitung Zentrum)

Unterschrift (Leitung Praxis)