

# **Darmzentrum, Pankreaszentrum**

---

**Neue Erhebungsbögen**

**ab 15.06.2012**

**nach der Sitzung der Zertifizierungskommission**

**am 11.05.2012**

**in Berlin**

# Darmzentrum

---

## 1.7.3: Study-Nurse

**Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenfunktion nachzuweisen.**

**( Richtwert Umfang (AMG-konform) mindestens 15 Schulungstage )**

**Richtwert: Mehrtägiger Kurs**

# Darmzentrum

---

## 1.7.6. Studien

**Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss  $\geq 1$  Patient in Studien eingebracht worden sein**

**(Richtwert:  $\leq 6$  Monate vor Zertifizierung).**

**Patienten im Follow-up einer Studie zählen nicht mehr für die Studienquote**

**(Es wird eine aktive Studien-Intervention erwartet)**

## 1.8.6 Stomatherapie

**Anerkannt sind Weiterbildungen der (ECET) DVET (Deutscher Fachverband Stoma und Inkontinenz) und DBfK (Deutscher Bundesverband für Krankenpflege) bzw. sonstige adaequate Weiterbildungen. Weiterbildungsumfang ... (Inhalte der DVET excl. Abschnitte Inkontinenz)**

**(ECET hat sich aufgelöst)**

## 2.1.8 Mikrosatelliten-Instabilität:

**Primär immunhistochemisch**

**Kostenfrage, PCR zu teuer**

## 2.2.1 Qualifikation diagnostizierender Koloskopiker

- FA für Innere Medizin und Gastroenterologie
- FA für Viszeralchirurgie
- Chirurgen und Internisten mit der Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz)  
oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KV

„Auslaufmodell“,

aber aktuell in der Flächenversorgung noch unverzichtbar

## 5.2.5 Darmoperateure

**Basisqualifikation ist der**

- **FA für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (Muster WBO 2003, Stand 25.06.2010)**

**Gleichwertig anerkannt sind der**

- **FA für Viszeralchirurgie**
- **Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älteren MWBO**
- **FA für Allgemein Chirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology**

**Nicht anerkannt**

- **FA für Allgemein Chirurgie**
- **FA für Viszeralchirurgie nach WBO 2010 oder später**

## 5.2.7 Kennzahlen Lebermetastasenresektion

Primäre und sekundäre: **Ausschließlich** KRK-Leberfiliae

**Separate** Zählung primärer und sekundärer Resektionen

(sonst wird nie eine Information darüber möglich, wie hoch der Anteil sekundär operabel gewordener, tatsächlich resezierter Leberfiliae durch CTx ist.

**Wichtiger Qualitäts-Parameter für DZ, TU-Konferenz !!!)**

**RFA kann nicht als Metastasenresektion gewertet werden (kein Parameter für die operative Expertise in der Leberresektion)**



## 6.2.9 Behandlungsplan, Tumorkonferenzprotokoll

( Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar )

Das therapeutische Vorgehen **SOLL** sich an den Behandlungsplänen bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz orientieren.

## **9.2 Palliativversorgung, Supportive Therapie und Symptomlinderung in der palliativen Situation**

**( Ein Palliativmediziner oder ein Palliative Care Team muss als fester Ansprechpartner für Konsile zur Verfügung stehen )**

- **Inhaltlich unzureichend definiert !**
- **Unzureichend viele qualifizierte Palliativmediziner**
- **... mit eigener Abteilung / Sektion / WB-Befugnis**
- **Unzureichende Finanzierung („nebenamtlich“ tätige Palliativ-Teams)**

## 10.10 Tumordokumentation, Ergebnisqualität

Anforderungen an das Follow-up der ( **im Tumordokumentationssystem** ) in der **Matrix Ergebnisqualität** erfassten Patienten:

|                                      | <b>Bis 31.12.2010</b> | <b>01.01.2011<br/>bis 31.12.2011</b> | <b>Ab 01.01.2012</b> |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------|
| <b>Erfolgreiche Rezertifizierung</b> | <b>≥ 50%</b>          | <b>≥ 60%</b>                         | <b>≥ 80%</b>         |
| <b>Rezertifizierung mit Auflagen</b> | <b>30-49%</b>         | <b>45-59%</b>                        | <b>60-79%</b>        |
| <b>Keine Rezertifizierung</b>        | <b>&lt; 30%</b>       | <b>&lt; 45%</b>                      | <b>&lt; 60%</b>      |

**Kennzahlenbogen:**

**6. Patientenbefragung**

**Keine Rücklaufquote mehr.**

**Patientenbefragung wird als Kennzahl fallen**

**Redundanz von Patientenbefragungen des Klinikträgers und anderer Seiten!**

**Kennzahlenbogen:**

**17. Postoperative Wundinfektion**

**Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)**

**Flexibel-endoskopisch resezierte Tumore:**

**Keine Zählung von 5-482 ff kodierten Prozeduren als operative Primärfälle**

**Flexibel-endoskopische Resektion kein Parameter für die operative Expertise in der Resektion von Rektumtumoren.**

**Wohl aber Zählung als Primärfälle !**

# Pankreaszentrum

---

**Feinnadelbiopsien**

**im Abdomen (nicht zwingend: Pankreas)**

# Pankreaszentrum

---

## Operative Primärfälle

- incl. CCC
- Mindestens 12 Pankreas-Ca,  
insgesamt 20 Pankreas- plus CCC



# Weiterentwicklung

---

**Modul Magen- und Ösophaguskarzinom (2013 ?)**



**Viszeralonkologisches Zentrum der DKG**



**als Bestandteil eines  
Onkologischen Zentrums der DKG**