

Erhebungsbogen Modul Pankreaskarzinom

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz Zertifizierungskommission: Prof. Dr. Th. Seufferlein

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Pankreaskarzinom

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitskreis der Pankreatektomierten (ADP)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)
Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGd)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V.
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie – Viszeralchirurgie (CAO-V)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGVC)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)

Inkraftsetzung durch den Vorstand der DKG am 10.01.2011

Eingearbeitet wurden: S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“ der DGVS und DKG

Angaben zum Darmkrebszentrum (DZ) bzw. Onkologischen Zentrum (OZ) - Modul Pankreaskarzinom

Modul Pankreaskarzinom _____
 Leiter des Zentrums _____
 Zentrumskoordinator _____

Dieser Erhebungsbogen ist gültig für

Standort (Klinikum/Ort) _____

QM-Systemzertifizierung

QM-Standard ISO 9001 KTQ JCI

Zertifizierungsstelle QM _____

Änderungen (Haupt-) Kooperationspartner:

Bezeichnung Kooperationspartner / Anschrift (Straße / PLZ / Ort)	Datum Zugang	Datum Abgang

Leistungserbringer und Behandlungspartner des Zentrums sind bei der Zertifizierungsstelle in einem so genannten Stammbblatt registriert. Dieses Stammbblatt kann bei OnkoZert angefragt werden. An dieser Stelle sind lediglich Kooperationen in den Bereichen Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Pathologie, Radiologie, Chemotherapie und Strahlentherapie zu betrachten.

Erstellung /Aktualisierung

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des Zentrums. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

Voraussetzungen

- Die Zertifizierung kann zeitlich oder im Anschluss an die Zertifizierung eines Darmkrebszentrums oder Onkologischen Zentrums durchgeführt werden.
- Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren, sofern sie nicht ausschließlich Rektum- und Kolonspezifische Inhalte betreffen (z.B. Stomatherapie, Koloskopie) gelten in gleicher Weise für das Modul Pankreaskarzinom und ggf. notwendige Nachweise sind im Rahmen der Zertifizierung vorzuhalten. Gleiches gilt für die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren bei paralleler Zertifizierung eines Onkologischen Zentrums.
- Zusätzliche Anforderungen, die über den Erhebungsbogen für Darmkrebszentren bzw. Onkologische Zentren hinausgehen und spezielle Grundlagen der Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms betreffen, sind im Folgenden aufgeführt und müssen umfassend beantwortet werden.
- Die Primärfälle des Moduls Pankreaskarzinom sind gesondert von den Primärfällen des Darmkrebszentrums zu betrachten.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Patientenbeteiligung
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Internistische/Medikamentöse Onkologie
 - 6.1 Hämato-/Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerkes

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P1.1.2	Hauptkooperationspartner und Kooperationspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein. Hauptkooperationspartner Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Radiologie Kooperationspartner Psychoonkologe, Sozialdienst, Stomatherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Genetik, Schmerztherapie und Selbsthilfegruppe		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P1.2.2	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ICD-10 C 25.-) behandeln Definition: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Histologischer /Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) • Pat. mit Ersterkrankung • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Primärfälle Zentrum 		

P1.2.3	<p>Zyklus/ Teilnehmer interdisziplinäre Tumorkonferenz</p> <p>Es muss mindestens 1 x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viszeralchirurgie • Gastroenterologie • Strahlentherapie • Hämatologie/Onkologie • Pathologie • Radiologie <p>Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Palliativmedizin, Psychoonkologie etc.) einzuladen.</p>		
	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prätherapeutische Fallvorstellung 95% • Postoperative Fallvorstellung 95% <p>Sofern von dieser Regelung abgewichen wird, muss dies in der Patientenakte nachvollziehbar begründet sein.</p>		
P1.2.4	<p>Allgemeine Anforderungen Tumorkonferenz</p> <p>Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel).</p> <p>Jeder Hauptkooperationspartner hat unabhängig davon mind. einmal monatlich an der Tumorkonferenz teilzunehmen.</p> <p>Videokonferenz</p> <p>In Ausnahmefällen können Videokonferenzen die persönliche Anwesenheit ersetzen (Voraussetzungen siehe „Basisinformation Zertifizierung“ OnkoZert). Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative.</p>		
P1.2.5	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz gekoppelt werden. • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Konferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf. • Konferenzen sind zu protokollieren. 		

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P1.4.2	Psychoonkologie Ressourcen Mind. 1 Psychoonkologe steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).		
P1.4.3	Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Psychoonkologische Betreuung • Die Anzahl der Patienten, welche eine Psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist zu erfassen. 		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P1.5.2	Ressourcen Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung.		
P1.5.3	Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Beratung Sozialdienst • Die Anzahl der Patienten, welche vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren. 		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P1.6.2	<p>Patientenbefragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum jährlich einmal über 3 Monate wird allen stationären Primärfallpatienten (operativ) die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen. • Die Befragung kann während oder nach dem stationären Aufenthalt erfolgen. <p>Kennzahldefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die „Rücklaufquote Patientenbefragung“ sollte über 50 % betragen; bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten. 		
P1.6.3	<p>Entlassungsgespräch:</p> <p>Mit jedem Patienten wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation / Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) • Bereitgestellte Informationen z.B. Patientenratgeber „Krebserkrankung der Bauchspeicheldrüse“ der DKG • Informationen über eve. Folgeerkrankungen (z.B. D.m.) und die damit verbundenen Gefahren (z.B. Hypoglykämien) 		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P1.7.2	<p>Anteil Studienpatienten</p> <p>Erstzertifizierung: Es müssen Patienten in Studien eingebracht worden sein.*</p> <p>nach 1 Jahr: mind. 10% der Primärfälle</p> <p>Abweichung bei Nicht-Erfüllen; Zentrum muss Begründung für Nichterfüllung sowie seine Initiative für eine Studienteilnahme darstellen.</p>		

<p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt).</p> <p>Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Studien • Es können Pat. für Präventionsstudien gezählt werden • Pat. die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. <p>*zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung</p>	
---	--

Liste der Studien	Eingeschlossene Patienten im Zeitraum von ... bis:		01.01.11– 31.12.11
Durchführende Einheit	Studie	Status der Studie am MPZ offen / geschlossen (dd.mm.jj)	Anzahl Patienten (im Betrachtungszeitraum)
Fachabteilung xy	Studientyp A	Offen	4
	Studientyp B	geschlossen (30.09.07)	5
Fachabteilung ab	Studientyp A	Offen	14
	Studientyp C	Offen	12
.....	Studientyp D	Offen	2
		

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
P1.8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
P1.8.2	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. 	

	<p>Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegekraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es wird empfohlen während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Onkologische Fachpflegekraft nachzuweisen.</p> <p>Ausbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweilige landesrechtliche Regelung bzw. akademisch ausgebildete Fachpflegekraft.</p>		
--	---	--	--

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P1.9.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P 2.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
P 2.1.2	<p>Ausbreitungsdiagnostik / Diagnosesicherung Innerhalb 1 Woche sind folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen-Sonographie • Endosonographie (Nachweis: mind. 50 Pankreassonographien / Untersucher) • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelbiopsie im Abdomen (Nachweis: mind. 10 / Untersucher / Jahr) • Multidetektor-CT • MRT mit MRCP • Interventionelle ERCP (Nachweis: mind. 50 / Untersucher / Jahr) • RÖTx (Lunge) <p>Sofern erforderlich (ebenfalls innerhalb 1 Woche):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere Röntgen-Untersuchungen • CT/MRT; PET-CT (fakultativ) • Szintigrafie 		
P 2.1.3	<p>Komplikationen Endoskopie Anteil der Endoskopie-spezifischen Komplikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutung (im Anschluss an ERCP auftretend), Perforation: < 5% • Pankreatitis (= im Befundungssystem dokumentiert, jeder Schweregrad): < 10% • Endosonographie < 2% <p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p>		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P2.2.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P3.2	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen 		
P3.3	RTAs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.		

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P 4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

5 Operative Onkologie

5.1 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P5.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P5.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P5.2.2	OP-Kapazität Es muss mindestens 1 OP-Saal regelmäßig für Pankreasoperationen zur Verfügung stehen.		
P5.2.3	Operative Expertise Zentrum <ul style="list-style-type: none"> • 12 Pankreaskarzinome/Jahr Definition Operativer Primärfall: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose (Datum des histologischen Befundes) • ICD-10 C25 • OPS: 5-524, 5-525 Kennzahldefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Operative Primärfälle Pankreas 		
P5.2.4	Pankreasoperateure <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Pankreasoperateure sind namentlich zu benennen (Pankreasoperateur kann auch Darmoperateur sein) • Basisqualifikation ist Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ (Facharzt für Allgemeinchirurgie nicht ausreichend) Expertise pro Pankreasoperateur <ul style="list-style-type: none"> • 6 Pankreaskarzinome pro Jahr 		

	<p>Zulassung neuer Pankreas-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 12 Pankreaskarzinome (Nachweis anhand OP-Berichte).</p> <p>Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Pankreasoperateuren).</p> <p>Alle Patienten müssen von einem dieser Operateure direkt oder unter dessen Aufsicht (Zweitoperateur) operiert werden.</p>		
P5.2.5	<p>Notfallversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallversorgung (z.B. Darmverschluss) ist über eine Verfahrensbeschreibung zu regeln • Einsatzplanung von qualifiziertem Personal (Dienstplan/Rufdienst) 		
P5.2.6	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisions-OP's Pankreas: <10% • Postoperative Wundinfektion • Mortalität postoperativ: <5% • Lokale R0-Resektionen Pankreas 		
P5.2.7	<p>Chirurgisch entfernte Lymphknoten Es ist onkologisch korrekt zu operieren (u.a. mind. 10 regionäre LK). Sofern hiervon abgewichen wird, ist dies mit dem Pathologen zu besprechen.</p>		
P5.2.8	<p>Postoperative Versorgung Die Versorgung in folgenden Bereichen ist in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivmedizinische Versorgung • Physiotherapie • Postoperative Schmerztherapie • Ernährungsaufbau 		

Pankreasoperateure

Operative Einheit (Abteilung Viszeralchirurgie)	Titel, Name, Vorname	Zeitraum von ... bis	Anzahl OP's Pankreas > 6

6 Internistische Onkologie

6.1 Hämato-/Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P6.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P6.2.2	Fallzahlen pro Behandlungseinheit Mind. 200 Chemotherapien jährlich oder mind. 20 mit spezifischer Indikation (Pankreas) bei gleichzeitiger Erfüllung der Anforderung an die medikamentöse Therapie im Darmkrebszentrum. Zählweise: Chemotherapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen).		
P6.2.3	Anteil der adjuvanten Chemotherapie Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang) <ul style="list-style-type: none"> • Adjuvante Chemotherapie bei allen R0-/R1-resezierten Pat. : >70% 		

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
P7.2	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte für Radioonkologie 		

	<ul style="list-style-type: none"> Die Fachärzte sind namentlich zu benennen (Leitung und mind. 1 weiterer Facharzt) 		
P7.3	<p>Medizinphysikexperte Mindestens 1 Medizinphysikexperte steht der Abteilung werktätig zur Verfügung. Vertretungsregelung muss vorhanden sein. Name: Vertreter:</p>		
P7.4	<p>Medizinisch Technische Radiologie Assistentinnen/Assistenten (MTRA) Mind. 2 qualifizierte MTRA / PhyTA müssen pro Bestrahlungsgerät zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein. Ein Vertretungskonzept für den Urlaub muss vorhanden sein.</p>		

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P 8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
P 8.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> Mindestens 2 Fachärzte für Pathologie Die Fachärzte sind namentlich zu benennen (Leitung und mind. 1 weiterer Facharzt) 		
P 8.3	<p>MTAs Mind. 2 qualifizierte MTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>		
P 8.4	<p>Fallzahlen Institut für Pathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> mind. 12 Pankreasoperationshistologien 		
P 8.5	<p>Lymphknoten (LK)</p> <ul style="list-style-type: none"> Es sind mind. 10 regionäre LK im Operationspräparat zu untersuchen. 		
P 8.5	<p>Kennzahlendefinition/-darstellung (Anhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lymphknotenuntersuchung 		
P 8.6	<p>Pathologieberichte Pathologieberichte müssen für den makroskopischen Bericht und die mikroskopische Untersuchung zu 100% die in der S3-Leitlinie geforderten Angaben enthalten. Notwendige Angaben durch Pathologen:</p> <ul style="list-style-type: none"> pT-Klassifikation pN-Klassifikation Anzahl der untersuchten LK/Anzahl der befallenen LK Lymphknotenmikrometastasen R-Klassifikation Status an der Resektionsfläche zum Restpankreas und an den circumferentiellen Resektionsrändern (Tuschemarkierung) Lymphgefäßinvasion 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Blutgefäßinvasion • Nervenscheideninvasion 		
--	---	--	--

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P9.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
P10.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens für Darmkrebszentren oder Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Pankreaskarzinome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
P10.2	<p>Rücklaufquote Follow-up Daten nach 3 Jahren Kennzahldefinition/-darstellung (Anhang)</p> <p>> 80 % Quote, die zukünftig im Rahmen der Zertifizierung als verbindliche Anforderung angestrebt wird.</p> <p>> 60 % Aktuelle Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung.</p> <p>41 – 59 % Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...).</p>		

Kennzahlenbogen

Nr.	EB	Kennzahl	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe	Zeitraum von ... bis (bei EZ)		Ist-Wert
1.	P 1.2.2	Primärfälle Zentrum	siehe Sollvorgabe	Anzahl Primärfälle Zentrum	----	Mind. 25 Primärfälle / Jahr / Zentrum		Zähler	
2.	P 1.2.3	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat.	Alle Pat. mit einem Pankreaskarzinom, die in der präoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Anzahl Primärfälle Zentrum (Def. 1.2.2)	95% prätherapeutische Vorstellung		Zähler: Nenner: %:	
3.	P 1.2.3	Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Pat.	Alle Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Anzahl operative Primärfälle (Def. 5.2.3)	95% postoperative Vorstellung		Zähler: Nenner: %:	
4.	P 1.4.3	Psychoonkologische Betreuung	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Anzahl der Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer > 25 Min.)	Anzahl Primärfälle Zentrum	Derzeit keine Vorgaben		Zähler: Nenner: %:	
5.	P 1.5.3	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	Anzahl Primärfälle Zentrum	Derzeit keine Vorgaben		Zähler: Nenner: %:	
6.	P 1.6.2	Rücklaufquote Patientenbefragung	> 50 % Rücklaufquote zur Erzielung aussagekräftiger Ergebnisse	Anzahl an ausgefüllten, zurückerhaltenen Fragebögen	Anzahl Primärfälle Zentrum	> 50% Rücklaufquote		Zähler: Nenner: %:	
7.	P 1.7.2	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	Alle Pat. mit Pankreaskarzinom, die in eine Studie eingebracht wurden	Anzahl Primärfälle Zentrum	Erstzertifizierung ≥ 1 Patient, nach 1 Jahr ≥ 10%		Zähler: Nenner: %:	
8.	P 2.1.3	Endoskopie Komplikationen	Möglichst niedrige Rate an endoskopie-spezifischen Komplikationen	Patienten mit endoskopiespezifischen Komplikationen	Alle per ERCP oder Endosonographie untersuchten Patienten	< 10% Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1.3)		Zähler: Nenner: %:	
						< 5% Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1.3)		Zähler: Nenner: %:	

Kennzahlenbogen

Nr.	EB	Kennzahl	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe	Zeitraum von ... bis (bei EZ)		Ist-Wert
						< 2% EUS		Zähler: Nenner: %:	
9.	P 5.2.3	Operative Primärfälle Pankreas	siehe Sollvorgabe	Operative Primärfälle Pankreas (Def. 5.2.3)	-----	Mind. 12 Pankreas-OP's / Jahr / Standort		Zähler	
10.	P 5.2.6	Revisions-OP's Pankreas	Möglichst niedrige Rate an Revisions-OP's nach elektiver OP	Anzahl Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach elektiver OP	Anzahl operative Primärfälle (elektiv)	< 10% Revisions-OP's nach elektiven Pankreas-OP's		Zähler: Nenner: %:	
11.	P 5.2.6	Postoperative Wundinfektion	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen	Anzahl an postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	Anzahl operative Primärfälle (elektiv)	Derzeit keine Vorgaben		Zähler: Nenner: %:	
12.	P 5.2.6	Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Pat. nach elektiven Eingriffen	Anzahl postoperativ verstorbener Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d	Anzahl operative Primärfälle (elektiv)	< 5% postoperativ verstorbene Pat.		Zähler: Nenner: %:	
13.	P 5.2.6	Lokale R0-Resektionen Pankreas	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	Anzahl der lokalen R0-Resektionen Pankreas nach Abschluss der operativen Therapie	Anzahl operative Primärfälle	Derzeit keine Vorgaben		Zähler: Nenner: %:	
14.	P 6.2.3	Adjuvante Chemotherapie	Möglichst hohe Rate an adjuvanter Chemotherapie	Anzahl Pat. mit adjuvanter Chemotherapie nach R0/R1 Resektion	Alle Pat. mit R0/R1-Resektion Pankreaskarzinom	> 70%		Zähler: Nenner: %:	
15.	P 8.5	Lymphknotenuntersuchung	Mind. 10 regionäre LK im OP-Präparat	Anzahl der Patienten mit ≥ 10 regionären LK im OP-Präparat	Anzahl aller Patienten mit Pankreaskarzinom, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	Derzeit keine Vorgaben		Zähler: Nenner: %:	
16.	P 8.6	Pathologische Aufarbeitung	Möglichst hohe Rate an patholog. vollständig aufgearbeiteten	Anzahl der pathologisch vollständig aufgearbeiteten Präparate entsprechend EB 8.6	Anzahl operative Primärfälle	> 90%		Zähler: Nenner: %:	

Kennzahlenbogen

Nr.	EB	Kennzahl	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe	Zeitraum von ... bis (bei EZ)		Ist-Wert
			Präparaten entsprechend EB 8.6						
17.	P 10.2	Follow-Up Quote	Möglichst hohe Follow-Up Quote	Anzahl Primärfälle mit Nachsorgedaten (DFS/OAS); Daten nicht älter als 12 Monate	Alle im Tumordokumentationssystem erfassten Pat. mit einem Pankreaskarzinom (mind. seit der Erstzertifizierung).	≥ 60% (3 Jahre nach Erstzertifizierung)		Zähler: Nenner: %:	