

Anforderungskatalog

an ein

Thoraxzentrum als:

- Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie -

oder

- Exzellenzzentrum für Thoraxchirurgie -

der

Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie



Erarbeitet von der Zertifizierungskommission der DGT
Leitung: Dr. Christian Kugler
in Zusammenarbeit mit der AG Patientensicherheit und Risikomanagement der DGT

Inkraftsetzung der Version 5.1 am 22.10.2021,
Aktualisierung 19.07.2022
durch den Vorstand der DGT



Inhaltsverzeichnis

- Vorwort zur Auflage 2019
- 0 Allgemeine Angaben zum Zentrum
- 1 Allgemeine Angaben zur Organisation der Thoraxchirurgie
- 2 Weiterbildung in der Thoraxchirurgie
- 3 Qualifizierung und Fortbildung
- 4 Kooperationspartner
- 5 Studien
- 6 Fallzahlen Thoraxzentrum
- 7 Behandlungspfade und Ergebnisse
- 8 Konferenzen
- 9 Patientensicherheit und Risikomanagement
- 10 Prozessbeschreibungen
- 11 Prozesskennzahlen
- 12 Ergebniskennzahlen
- 13 Qualitätssicherung
- 14 Leistungstabelle



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Vorwort zur Auflage 2019

Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie definiert Leistungskataloge, nach denen sich thoraxchirurgische Abteilungen und Kliniken in Deutschland in Bezug auf Ihre Expertise ausweisen können. Maßgeblich ist der Nachweis einer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der thoraxchirurgischen Patientenversorgung. Das Bewertungskonzept lässt Raum für regionale oder institutionelle Besonderheiten. Das Zertifizierungskonzept ist zweistufig gestaltet und definiert demnach zwei Arten von Thoraxzentren:

Thoraxchirurgische Kompetenz-Zentren

Diese Zentren bilden eine fachspezifische und spezialisierte Versorgung auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Datenlage sowie nationaler Standards ab.

Die Zentrumsstruktur gewährleistet die allzeitige fachspezifische Versorgung auf fachärztlichem Niveau. Die Arbeitsweise und Patientenversorgung ist interdisziplinär ausgelegt. Darüber hinaus wird eine berufsgruppenübergreifende Therapie (Pflege, Physiotherapie, psychosoziale Beratung) dokumentiert.

Für die versorgten Erkrankungsbilder sind diagnostische und therapeutische Abläufe (Algorithmen, SOP) definiert. Diese beinhalten, angelehnt an nationale und internationale Leitlinien, Beschreibungen zur Definition, Differential-/Diagnostik, therapeutischen Versorgung und Nachsorge spezifischer Erkrankungsbilder. Die Ergebnisqualität wird anhand spezifizierter Kriterien festgehalten und nachgewiesen.

Thoraxchirurgische Exzellenz-Zentren

In Ergänzung zu den definierten Kompetenz-Zentren zeichnet diese Zentren eine wegweisende Expertise aus. Diese kann abgebildet werden durch eine außergewöhnliche Anzahl von Fallzahlen (high-volume-Zentrum), und nachgewiesene Beiträge zur Weiterentwicklung des Fachgebietes auf nationaler/internationaler Ebene (Forschung und Entwicklung, Publikationen). Exzellenz-Zentren widmen sich in besonderer Weise dem Thema „Weiterbildung und Fortbildung“ regional und national.

Beide Zentrumsstufen müssen eine grundsätzliche Expertise für die Versorgung thoraxchirurgischer Erkrankungsbilder im Sinne einer definierten Strukturqualität vorhalten. Hier ist insbesondere eine interdisziplinäre Patientenversorgung mit der Einbeziehung diagnostischer und therapeutischer Partner nachzuweisen.

Da numerische Kriterien für qualitative Beurteilungen nur begrenzt aussagefähig sein können, wird für beide Zentrumsstufen zunächst nur ein Mindestmaß an thoraxchirurgischen Operationen festgelegt.

Der Nachweis der chirurgischen Expertise soll des Weiteren maßgeblich durch die Festlegung der fachspezifischen Versorgung durch abteilungsspezifische, erkrankungsbezogene Diagnose- und Behandlungsalgorithmen im Sinne einer definierten Prozessqualität erfolgen.

Die letztlich für den Nachweis der Ergebnisqualität erforderlichen Kennzahlen unterliegen (von einer absoluten Quote definierter Komplikationen/ Revisionen abgesehen) sehr starken Schwankungen aufgrund regionaler Strukturunterschiede in Zuweisung, Versorgung und Nachbehandlung. Da hier zunächst (ggf. bis zur Etablierung von übergreifenden Erfahrungswerten) keine Vergleichbarkeit gewährleistet sein kann, zeichnet sich die Ergebnisqualität in erster Linie durch die Therapieadhärenz an den „eigenen“ Behandlungspfaden sowie die zentrumsinterne Qualitätsüberprüfung aus, orientiert an Leitlinien und der internationalen Literatur.

Herausragende Versorgungsstrukturen der thoraxchirurgischen Exzellenz-Zentren sind ebenfalls nicht „ex cathedra“ zu definieren.



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Die Erteilung des Zertifikates „Thoraxchirurgisches Kompetenzzentrum“ oder „Thoraxchirurgisches Exzellenz-Zentrum“ wird nach entsprechender Beantragung und Prüfung der Angaben im Rahmen eines Audits letztendlich von der Zertifizierungs-Kommission der DGT im Gesamtkontext bewertet und dem Vorstand der DGT vorgeschlagen. Hier obliegt es der nationalen Fachgesellschaft, sich auch international durch die Benennung mustergültiger Zentren, die sich in der thoraxchirurgischen Versorgung in Deutschland auszeichnen, darzustellen.

Da in beiden Zertifikatsstufen die chirurgischen Qualitäts-Kriterien nicht allein numerisch festgelegt werden, kommt der Darstellung der Zentren in den Audits sowie der Verfügbarkeit vollständiger Unterlagen (OP-Berichte, Pathologiebefunde, Konferenzprotokolle, Entlassungsbriefe etc.) eine besondere Bedeutung zu. Nur unter diesen Voraussetzungen ist auch eine zusammenfassende Darstellung der Leistungen des Zentrums durch die visitierenden Auditoren mit nachfolgender Zertifikatserteilung durch die DGT möglich.

Die Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie hat in Kooperation mit der Arbeitsgruppe *Patientensicherheit und Risikomanagement* der DGT den vorliegenden Katalog überarbeitet, in dem die Anforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Anforderung aus dem Gesundheitsziel und die Erkenntnisse aus Schadenfallereignissen in den Kriterienkatalog für die Zertifizierung von Kompetenzzentren für Thoraxchirurgie eingebunden sind.

Die einzelnen Items des Katalogs wurden in Hinblick auf die Forderungen des Patientenrechtegesetzes bzw. des klinikinternen Qualitätsmanagements durch den G-BA (**G**¹), auf die Ansprüche der Versicherungen (**V**²) sowie auf die Anforderungen des klinischen Risikomanagements zur Schadensprävention (**S**³) analysiert, teilweise implementiert und entsprechend gekennzeichnet.

Anhand der Liste und der Anforderungen des Risikomanagements zur Schadensprävention (**S**) wurden 6 Kategorien entwickelt, in denen folgende Themenfelder behandelt werden:

- S1** Aufnahme, Indikation und (interdisziplinäre) Therapieplanung
- S2** Patienteninformation und Aufklärung
- S3** Perioperative Standards (Checkliste, Team Time out, Lagerung, Zählkontrolle, etc.)
- S4** Hygiene
- S5** Dokumentation (z. B. Verlauf, Wunde etc.)
- S6** Entlassungs- und Überleitungsmanagement

¹ **G**, gesetzliche Anforderungen erfüllt

² **V**, versicherungswirtschaftliche Anforderungen erfüllt

³ **S (S1-S6)**, Schadensprävention umgesetzt



0 Allgemeine Angaben zum Zentrum

Name des Zentrums	
Name der Einrichtung	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Name des Zentrumsleiters	
Telefon	e-mail
Die Angaben in diesem Katalog beziehen sich auf die Zertifizierung als (zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/> Exzellenzzentrum für Thoraxchirurgie
Die Angaben in diesem Katalog sich auf folgendes Kalenderjahr:	
Erstellungsdatum:	



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

1 Allgemeine Angaben zur Organisation der Thoraxchirurgie

Anforderung 1.0
Ist das Thoraxzentrum als Lungenkrebszentrum der DKG zertifiziert, dürfen die Anforderungen in Kapitel 1 als erfüllt gelten. Exzellenzzentren müssen als Lungenkrebszentrum nach DKG zertifiziert sein!
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Gültige Zertifizierungsurkunde der Deutschen Krebsgesellschaft
Angaben des Zentrum
Zertifizierungsurkunde der Dt. Krebsgesellschaft für Lungenkrebszentrum liegt vor. Ja <input type="checkbox"/> In diesem Fall müssen Sie die weiteren Fragen aus Kapitel 1 nicht beantworten. Nein <input type="checkbox"/> In diesem Fall müssen Sie alle Fragen aus Kapitel 1 beantworten.

Anforderung 1.1
Die Thoraxchirurgie wird fachlich eigenständig auf Basis fest zugeteilter Ressourcen betrieben. Der Leiter ist fachlich unabhängig. Die Thoraxchirurgische Einheit betreibt eine eigene Personal- und Entwicklungsplanung.
Angaben des Zentrum
Beschreibung:

Anforderung 1.2 (S,V)
Die thoraxchirurgische Facharztkompetenz muss rund um die Uhr sichergestellt werden. Ein Thoraxchirurg soll vor Ort, mindestens aber im Rahmen der Rufbereitschaft immer erreichbar sein.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Dienstpläne des letzten Kalenderjahres
Angaben des Zentrum
Beschreibung:



Anforderung 1.3 (S1, V)
Im Thoraxchirurgischen Kompetenzzentrum müssen mindestens 3 Fachärzte, im Exellenzzentrum 4 Fachärzte für Thoraxchirurgie in Vollzeit tätig sein. Sind die Fachärzte nur anteilmäßig für die Thoraxchirurgie tätig, müssen entsprechend mehr Fachärzte eingesetzt werden. Die Fachärzte müssen namentlich benannt werden, Ausbildungsnachweise müssen vorgelegt werden können.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Ausbildungsnachweise der Fachärzte (Urkunden)
Angaben des Zentrum
Namen der Fachärzte und Zeitkontingent:

Anforderung 1.4 (S4,V)
Für die Thoraxchirurgie muss mindestens ein OP-Saal regelmäßig belegt werden können (7 Tage pro Woche, 24 Stunden pro Tag). Die RKI Vorgaben für die Hygiene im OP müssen umgesetzt sein. Dies kann durch ein Protokoll der letzten Hygienebegehung nachgewiesen werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
OP-Pläne der letzten beiden Wochen Protokoll der Hygienebegehung OP
Angaben des Zentrum
Zahl der verfügbaren OP-Säle Beschreibung:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

2 Weiterbildung in der Thoraxchirurgie

Anforderung 2.1
Die Klinik/Abteilung für Thoraxchirurgie muss im Kompetenzzentrum über eine Weiterbildungsermächtigung für mindesten 24 Monate, im Exzellenzzentrum über 48 Monate (über den Common trunk hinaus) für die Thoraxchirurgie verfügen oder die volle Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungs-Verbundes garantieren. In Exzellenzzentren muss die Ausbildungstätigkeit nachgewiesen werden (mindestens 1 WB-Assistent in den letzten drei Jahren für mindestens ein Jahr)
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Falls Verbund: Vorlage des Vertrages und der Zustimmung der Ärztekammer
Angaben des Zentrum
Dauer der Weiterbildungsermächtigung : 48 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> Verbundlösung <input type="checkbox"/> Zahl der Weiterbildungsassistenten in den letzten 3 Jahren: Zahl der abgeschlossenen Weiterbildungen in den letzten 3 Jahren: Kommentar:

Anforderung 2.2
Die Assistenzärzte der Thoraxchirurgie müssen im Bereich der Endoskopie ausgebildet werden. Der Nachweis kann über den Weiterbildungskatalog /das Logbuch erfolgen.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Weiterbildungscurriculum, Logbuch
Angaben des Zentrum
Beschreibung:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

3 Qualifizierung und Fortbildung

Anforderung 3.1
Jeder Facharzt für Thoraxchirurgie muss einen Nachweis über die von ihm erbrachten Operationen vorlegen können. Jeder Facharzt muss mindestens zwei externe fachspezifische Fortbildungen (mindestens 12 WB-Punkte in Summe) pro Jahr nachweisen können.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis des OP-Kataloges / Curriculum je Facharzt Fortbildungsnachweis je Facharzt
Angaben des Zentrum
Beschreibung:

Anforderung 3.2
Für das ärztliche und pflegerische Personal muss ein Qualifizierungsplan vorgelegt werden, in dem alle im laufenden Kalenderjahr geplanten Fortbildungen / Hospitationen / Weiterbildungen etc. aufgeführt sind. Nachweise über erfolgte Qualifizierungsmaßnahmen müssen vorgehalten werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Qualifizierungsplan für Ärzte und Pflegekräfte Fortbildungsnachweise
Angaben des Zentrum
Beschreibung:

Anforderung 3.3
Einmal im Kalenderjahr muss eine Fortbildung mit thoraxchirurgischem Inhalt für die Pflegekräfte des thoraxchirurgischen Zentrums angeboten werden. Der Nachweis erfolgt über eine Teilnahmebestätigung. Die Pflege in der Thoraxchirurgie nimmt an einem Qualitätszirkel teil.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis Fortbildung Pflegekräfte Protokoll und Anwesenheitsliste Qualitätszirkel
Angaben des Zentrum
Zahl der Fortbildungen: Zahl der Qualitätszirkel: Kommentar:



Anforderung 3.4 (V)
Für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal müssen die Einweisungen für die Anwendung von Medizinprodukten dokumentiert werden
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis der Einweisungen (Log-Buch)
Angaben des Zentrum
Beschreibung:

Anforderung 3.5
Mindestens einmal im Kalenderjahr muss eine Fortbildung für Partner und /oder Zuweiser veranstaltet werden. (Kann durch Vortragstätigkeit im lokalen Umfeld kompensiert werden)
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis Fortbildung für Partner / Zuweiser
Angaben des Zentrum
Zahl der Fortbildungsveranstaltungen im Kalenderjahr: Kommentar:



4 Kooperationspartner

Anforderung 4.0
Ist das Thoraxzentrum als Lungenkrebszentrum der DKG zertifiziert, dürfen die Anforderungen in Kapitel 4.1 als erfüllt gelten. Die Anforderungen 4.1c und 4.1g müssen in jedem Fall erfüllt sein.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Gültiges Zertifikat Lungenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft
Angaben des Zentrum
Zertifizierungsurkunde der Dt. Krebsgesellschaft für Lungenkrebszentrum liegt vor. Ja <input type="checkbox"/> In diesem Fall müssen Sie die weiteren Fragen aus Kapitel 4 nicht beantworten (Ausnahme: 4.1c - Anästhesie und 4.1g - Physiotherapie) Nein <input type="checkbox"/> In diesem Fall müssen Sie alle Fragen aus Kapitel 4 beantworten.

Anforderung 4.1 (S1, S3, S4, V)
Folgende Kooperationspartner müssen in räumlicher Nähe an das Thoraxchirurgische Zentrum angegliedert sein (Beschreibung Netzwerk)
<ul style="list-style-type: none"> a) Bettenführende pneumologische Klinik/Abteilung b) Medikamentöse Tumorthherapie (Hämato-Onkologie oder Pneumologie mit entsprechender Bezeichnung oder Thoraxchirurgie mit entsprechender Bezeichnung) c) Anästhesie mit spezifischer Erfahrung im Management der Luftwege und der Möglichkeit zur Doppellumen-Intubation und Jet-Beatmung sowie Bronchoskopie d) Diagnostische und interventionelle Radiologie mit der Möglichkeit, ein Mehrzeilen-CT, MR, DSA durchzuführen e) Endoskopie mit 24 Stunden Verfügbarkeit. Die RKI-Richtlinien für die Endoskopie müssen umgesetzt sein. Der Nachweis kann durch ein Protokoll der letzten Hygienebegehung erfolgen. f) Intensivmedizin mit der Möglichkeit der Beatmung nach Lungenresektion g) Physiotherapie mit werktäglicher Verfügbarkeit im Kompetenzzentrum, mit täglicher Verfügbarkeit im Exzellenzzentrum. h) Pathologie /Zytologie. Die Möglichkeit einer intraoperativen Schnellschnittdiagnostik muss gegeben sein, die mittlere SS-Zeit (Ausgang Präparat/Eingang Ergebnis) sollte 45 min nicht überschreiten i) Strahlentherapie j) Nuklearmedizin. Folgende Methoden müssen vorgehalten werden: PET/CT, Perfusionsszintigramm, Knochenszintigramm k) Psychoonkologie. Die Expertise des Psychoonkologen muss schriftlich dargestellt werden. l) Die Möglichkeit einer Palliativversorgung muss gegeben sein m) Ein Verfahren zu Durchführung eines Ethikrats muss etabliert sein
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Protokoll der Hygienebegehung Endoskopie Auswertung über die Schnellschnittzeit Palliativkonzept



Angaben des Zentrum
<i>Bettenführende pneumologische Klinik/Abteilung</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Bettenzahl: Fallzahl pro Jahr: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Medikamentöse Tumorthherapie (Hämato-Onkologie oder Pneumologie mit entsprechender Bezeichnung oder Thoraxchirurgie mit entsprechender Bezeichnung)</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Bettenzahl: Fallzahl pro Jahr gesamt: Fallzahl pro Jahr bezogen auf Patienten mit Lungenkrebs: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Anästhesie mit spezifischer Erfahrung und der Möglichkeit zur Doppellumen-Intubation und Jet-Beatmung sowie Bronchoskopie</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Verfügbarkeit aller Möglichkeiten: Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Fallzahl pro Jahr gesamt: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation (spezifische Erfahrung beschreiben):
Angaben des Zentrum
<i>Diagnostische und interventionelle Radiologie mit der Möglichkeit, ein Mehrzeilen-CT, MR, DSA durchzuführen</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Beschreibung von CT, MRT, DSA-Ausrüstung: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Endoskopie mit 24 Stunden Verfügbarkeit. Die RKI-Richtlinien für die Endoskopie müssen umgesetzt sein. Der Nachweis kann durch ein Protokoll der letzten Hygienebegehung erfolgen</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Zahl der Mitarbeiter in der Pflege: 24 Stunden Verfügbarkeit: Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Zahl der Bronchoskope: Zahl der Bronchoskopien: Zahl der EBUS: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation (u.a. Art des Dokumentationssystems):
Angaben des Zentrum
<i>Intensivmedizin mit der Möglichkeit der Beatmung nach Lungenresektion</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Anzahl Beatmungsbetten: Anzahl Beatmungspatienten pro Jahr: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Physiotherapie mit täglicher Verfügbarkeit</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Therapeuten mit Erfahrung in der Thoraxchirurgie: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Tägliche Verfügbarkeit: Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Beschreibung der Therapiemöglichkeiten: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Pathologie /Zytologie</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Fallzahl pro Jahr gesamt: Fallzahl pro Jahr Lunge: Zeitspanne zwischen Ausgang des Präparates aus dem OP und Ergebnismitteilung vom Pathologen an den Operateur (Median): (Maximum): Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Strahlentherapie</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Zahl der Beschleuniger: . Falls nur ein Beschleuniger: Liegt ein Ausfallkonzept vor? Ja <input type="checkbox"/> ; Nein <input type="checkbox"/> Bestrahlungsserien pro Jahr gesamt: Bestrahlungsserien pro Jahr Lunge: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Nuklearmedizin. Folgende Methoden müssen vorgehalten werden: PET/CT, Perfusionsszintigramm,</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: PET/CT vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Perfusionsszintigramm vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Psychoonkologie. Die Expertise des Psychoonkologen muss schriftlich dargestellt werden (Ausbildungsnachweise)</i> Name des Ansprechpartners: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Anzahl betreuter thoraxchirurgischer Patienten pro Jahr: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation (welche Ausbildungen wurden absolviert):
Angaben des Zentrum
<i>Palliativstation: Das Palliativkonzept muss beschrieben sein (Palliativstation oder dezentrales Konzept möglich).</i>



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Name des Ansprechpartners: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Bettzahl: Ein Palliativkonzept ist vorhanden. Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Hospiz: Ein ambulantes oder stationäres Hospiz muss für die Betreuung sterbender Patienten zur Verfügung stehen.</i> Name des Ansprechpartners: Räumliche Entfernung: Träger: Bettzahl: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:

Anforderung 4.2 (S1,V)
Folgende weitere Kooperationspartner müssen an das Thoraxchirurgische Zentrum angegliedert sein (Beschreibung Netzwerk) a) Kardiologie. Ein Konsil muss jederzeit angefordert werden können. b) Herzchirurgie: Ein Konsil muss arbeitstäglich angefordert werden können. c) Gefäßchirurgie: Ein Konsil muss arbeitstäglich angefordert werden können. d) Viszeralchirurgie: Ein Konsil muss arbeitstäglich angefordert werden können. e) Orthopäde und / oder Neurochirurg
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
--
Angaben des Zentrum
<i>Kardiologie. Ein Konsil muss jederzeit angefordert werden können</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Kann ein Konsil jederzeit angefordert werden? Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Herzchirurgie: Ein Konsil muss arbeitstäglich angefordert werden können</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Träger: Gemeinsame Besprechungen: Kann ein Konsil arbeitstäglich angefordert werden? Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Gefäßchirurgie: Ein Konsil muss arbeitstäglich angefordert werden können</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Kann ein Konsil arbeitstäglich angefordert werden? Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Viszeralchirurgie: Ein Konsil muss arbeitstäglich angefordert werden können</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Kann ein Konsil arbeitstäglich angefordert werden? Ja <input type="checkbox"/> , Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:
Angaben des Zentrum
<i>Orthopäde und / oder Neurochirurg</i> Name des Ansprechpartners: Zahl der Fachärzte: Räumliche Entfernung: Träger: Gemeinsame Besprechungen: Sonstige Bemerkungen zur Kooperation:



Anforderung 4.3 (S1,V)
Kooperationen mit folgenden Partnern müssen im eigenen Klinikum vorhanden oder über Kooperationsverträge mit externen Partnern geregelt sein. Die Kooperationspartner werden in einer Liste geführt, die in der Thoraxchirurgie vorgehalten wird und den Mitarbeitern bekannt ist: <ul style="list-style-type: none">• Gastroenterologie• Gynäkologie• HNO• Urologie• Pädiatrie• Dermatologie• Neurologie
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Liste der Kooperationspartner mit Kontaktdaten
Angaben des Zentrum
Bemerkungen zur Kooperation:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

5 Studien

Anforderung 5.1
Ein Kompetenzzentrum muss Patienten in Studien und/oder Register einschleusen, bei einem Exzellenzzentrum müssen dies auch Studien und/oder Register unter thoraxchirurgischer Federführung sein. Für Studien muss ein Ethikvotum vorliegen. Die Zahl der in Studien behandelten Patienten im letzten Kalenderjahr sowie in den 3 letzten Jahren muss aufgeführt sein.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Ethikvotum pro Studie
Angaben des Zentrum
Zahl der für die Rekrutierung offenen Studien: Name der offenen Studien: Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Zahl der rekrutierten Patienten im Kalenderjahr Kommentar:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

6 Fallzahlen Thoraxzentrum

Anforderung 6.1
Pro Kalenderjahr müssen im Kompetenzzentrum mindestens 350, im Exzellenzzentrum mindestens 700 Fälle (Nachweis durch DRGs) in der Thoraxchirurgischen Klinik/Abteilung behandelt werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung
Angaben des Zentrum
Anzahl der DRGs im Kalenderjahr Kommentar:

Anforderung 6.2
Im Kalenderjahr müssen im Kompetenzzentrum 300 Patienten, im Exzellenzzentrum 600 Patienten an Lunge, Mediastinum, Zwerchfell und Thoraxwand von den Fachärzten für Thoraxchirurgie des Thoraxzentrums operiert werden (Operateur oder Lehrassistent). OPS-Ziffern aus der Gruppe 5-xxx.x
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung (OPS 6stellig)
Angaben des Zentrum
Anzahl der operierten Patienten im Kalenderjahr Kommentar:

Anforderung 6.3
Die Zahlen (Fälle, pro Operation zählt die Hauptprozedur) für folgende Eingriffe im Kalenderjahr müssen anhand der OPS-Zahlen vorgelegt werden, (getrennt für Diagnosen entsprechend 6.4 und 6.5 - siehe Kennzahlendatenbank)
a) 1. Atypische Lungenresektion offen (5-322 c-e): a) 2. Atypische Lungenresektion VATS (5-322 f-h): b) 1. Anat. Segmentresektion offen (5-323.4, 5-323.6): b) 2. Anat. Segmentresektion VATS (5-323.5, 5-323.7): c) 1. Lobektomie/Bilobektomie offen (5-324 mit Ausnahme 5-324.6-9, 5-325): c) 2. Lobektomie/Bilobektomie VATS (5-324.6-9) d) Pneumonektomie (5-327) e) Erweiterte Pneumonektomie (5-328) f) Offene Dekortikation (P/D) (5-344.0, 5-344.11, 5-344.13, 5-345.1) g) Plastische Rekonstruktion der Brustwand (5-346) h) Trachearesektion und andere Eingriffe an der Trachea (5-314, 5-316, 5-319) i) Mediastinaltumorresektion (5-342) j) Pleurodese (5-345 ohne 5-345.1 und ohne 5-345.4) k) 1. Pleurektomie offen (5-344.1-2)



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

k) 2. Pleurektomie VATS (5-344.4-5) l) Dekortikation VATS (5-344.3, 5-345.4) m) Mediastinoskopie (1-586.3, 1-691.1, 5-401.7, 5-402.d) n) VAMLA (5-404.8) o) Thoraxdrainageeinlage (8-144.0, 8-144.1, 5.340.0) als Haupteingriff
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung (OPS 6stellig)
Angaben des Zentrum
Siehe unten: 14. Leistungstabelle

Anforderung 6.3.1
Pro Kalenderjahr müssen bei mindestens 50 Patienten anatomische Lungenresektionen durchgeführt werden, in Exzellenzzentren mindestens 120 (Summe aus 6.3 b), c), d), e), alle Diagnosen). Es werden nur diejenigen Patienten gezählt, bei denen die OPS-Nummern 5-323 bis 5-328 kodiert wurden. Die Kodierung muss 6stellig angegeben werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Das OP-Spektrum muss anhand der 6stelligen OPS-Ziffern, gemäß Datensatz Paragraph 301 SGB V belegt werden. Möglichkeit der Einsicht in OP-Berichte und/oder pathologische Berichte
Angaben des Zentrum
Anzahl der operierten Patienten mit o.g. Kriterien im Kalenderjahr Kommentar:

Anforderung 6.3.2
Die Zahl der Pneumonektomien muss ausgewiesen werden (Anteil bei ICD-Gruppe C34.x \leq 15% der anatomischen Resektionen)
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung Liste der Patienten mit PNE sowie Indikationsgrundlagen
Angaben des Zentrum
Die Leistungszahlen beziehen sich auf Patienten aus der ICD-Gruppe C34.x Anzahl der anatomischen Resektionen bei C34: Anzahl der Pneumonektomien bei C34: Quote: Anteil der Pneumonektomien von anat. Resektionen bei C34: Gesamtzahl aller Pneumonektomien: Kommentar:



Anforderung 6.3.3
Die Zahl der angioplastischen und bronchoplastischen Operationen muss ausgewiesen werden (Untergruppen von 5-324; 5-325). Eine regelhafte Anwendung dieser OP-Verfahren muss erkennbar sein
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Anzahl der Operationen über OPS (6stellig). Liste der Patienten mit broncho-/ angioplastischen Operationen sowie Indikationsgrundlagen
Angaben des Zentrum
Anzahl der anatomischen Resektionen: Anzahl der angio-/bronchoplastischen Operationen: Quote: Anteil der angio-/bronchoplastischen OPs von anat. Resektionen: Kommentar:

Anforderung 6.4
Die Fallzahlen für die operative Therapie bei folgenden Diagnosen müssen nachgewiesen werden (pro Kalenderjahr, keine Mindestzahlen gefordert): <ul style="list-style-type: none">• Lungenkarzinom (C34)• Pleuramesotheliom (C45.0)• Erkrankungen des Thymus (C37; D15.0; D38.3)• Erkrankungen der Trachea (C33)• bösartigen Tumoren des Mediastinums (C38.1-3 bis C38.8)• sekundärer bösartiger Neubildungen (C78.0-C78.3)
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung
Angaben des Zentrum
Siehe unten: 14. Leistungstabelle



Anforderung 6.5		
Es soll dargestellt werden, welche weiteren Operationen, gegebenenfalls im interdisziplinären Ansatz durchgeführt werden, so z.B.		
<ul style="list-style-type: none"> • Bifurkationsresektion • Operationen mit Gefäßersatz • Operationen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine • Operationen an der Trachea (auch gemeinsam mit HNO) • Operationen an der Wirbelsäule gemeinsam mit Orthopädie/Neurochirurg • Operationen der angeborenen Brustkorbdeformitäten 		
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen		
OP-Berichte exemplarisch		
Angaben des Zentrum		
Folgende Operationen werden im Betrachtungszeitraum durchgeführt:		
• Bifurkationsresektion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Operationen mit Gefäßersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Operationen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Operationen an der Trachea (auch gemeinsam mit HNO)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Operationen an der Wirbelsäule gemeinsam mit Orthopädie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Operationen bei angeborenen Brustkorbdeformitäten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Operationsmethoden:		
Kommentar:		



7 Behandlungspfade und Ergebnisse

<p>Anforderung 7.1 (S1, S3, G, V)</p> <p>Das Thoraxchirurgische Zentrum muss für nachfolgende Diagnosen SOPs (standard operation procedures), bzw. Verfahrensanweisungen erstellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lungenkarzinom 2. Metastasen 3. Pneumothorax 4. Pleuraempyem 5. Mediastinaltumore <p>Die SOPs müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik • Therapie (Peri-, intra- und postoperatives Management, Schmerztherapie) <p>umfassen und müssen die Verantwortlichkeiten aufzeigen.</p> <p>Die SOPs sollen berufsgruppenübergreifend definiert sein (inkl. Pflege, Physiotherapie, psychosoziale Beratung etc.) und die Einbindung des Patienten beschreiben (Zeitpunkte und Art der Gespräche, Einbindung in die Therapieplanung, Aufklärungsgespräche etc.).</p>
<p>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</p>
<p>SOPs</p>
<p>Angaben des Zentrum</p>
<p>Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:</p> <p>Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:</p> <p>Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:</p> <p>Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:</p> <p>Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:</p>
<p>Kommentar:</p>

<p>Anforderung 7.2 (S3, S4, G, V)</p> <p>Die Erfassung von Komplikationen und der Letalität überprüft die Ergebnisqualität. Relevante Abweichungen von klinischen Verläufen von der eigenen SOP sind in den Einzelfällen zu prüfen, um ggf. wiederkehrende Fehler zu entdecken und Abläufe anpassen zu können. Hierbei sind nicht nur statistische Signifikanzen zu verwenden, sondern auch zu überprüfen, ob durchgeführte Abläufe <u>regelmäßig</u> den SOP entsprechen.</p>
<p>Angaben des Zentrum</p>
<p>Für folgende operative Diagnosen/Proceduren sind Nachweise zu führen über die Komplikationsrate und Anzahl der Revisionseingriffe im Sinne von Eingriffen zum Komplikationsmanagement (keine Drainageeinlagen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atypische Resektionen (Keilresektion) • Bi-/Lobektomie (offen/ thorakoskopisch)



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Operation: atypische Lungenteilresektion (offen/thorakoskopisch):

Fallzahl:

Komplikationen:

Fallüberprüfung:

Operation: Bi/ Lobektomie (offen/ thorakoskopisch):

Fallzahl:

Komplikationen:

Fallüberprüfung:

Anforderung 7.3 (S3, S4, G, V)

Für folgende Komplikationen muss das Zentrum SOPs mit Angabe der Verantwortlichkeiten erstellen:

- Intraoperative/ postoperative Blutung
- Protrahierte Parenchymfistel Protrahierte Parenchymfistel
- Postoperative Stumpfinsuffizienz
- Postoperative Wundinfektion
- Postoperative Pneumonie Postoperative Herzrhythmusstörungen

Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen

SOPs

Angaben des Zentrum

Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:

Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:

Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:

Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:

Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:

Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:

Kommentar:



8 Konferenzen

Anforderung 8.1 (S1, V)
Eine Konferenz innerhalb der Thoraxchirurgie zur Überprüfung der elektiven Operationsindikation muss für jeden Patienten mindestens einmal durchgeführt werden. Ein schriftlicher Nachweis muss geführt werden (z.B. in der Akte, auf einem Protokoll, in einem OP-Indikationsbuch oder ähnliches).
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Krankengeschichten mit entsprechendem Nachweis Alternativ: Konferenzprotokoll
Angaben des Zentrum
Beschreibung des Vorgehens: Zahl der operierten Patienten im thoraxchirurgischen Zentrum: Quote der Vorstellung in der elektiven OP-Indikations-Konferenz (Ziel: 100%):
%

Anforderung 8.2 (S1, S6, V)
<i>Ist das Thoraxzentrum als Lungenkrebszentrum der DKG zertifiziert, gelten die Anforderungen in Kapitel 8.2 -8.3 als erfüllt.</i>
Mindestens einmal pro Arbeitswoche muss eine interdisziplinäre onkologische Konferenz stattfinden. Die Konferenz kann mittels Video-/Internetkonferenzsystemen durchgeführt werden, mindestens einmal pro Monat müssen alle Mitglieder allerdings persönlich anwesend sein.
Teilnehmer der wöchentlichen Konferenz sind:
<ul style="list-style-type: none"> • Thoraxchirurg • Pneumologe/Onkologe/ • Strahlentherapeut • Diagnostiker (Radiologe, Nuklearmediziner)
jeweils auf Facharzzebene (Quote der Teilnahme mindestens 95%)
Der Pathologe nimmt mindestens einmal monatlich an der Konferenz teil. (Quote der Teilnahme mindestens 25%).
Weitere Disziplinen werden bei Bedarf eingeladen.
Es sollen alle Patienten mit thoraxonkologischer Diagnose oder Verdachtsdiagnose des Zentrums vorgestellt werden, dies gilt auch für die Patienten mit einem Lungenkarzinom im Stadium III und höher. (Quote der Teilnahme mindestens 95%)
Der Nachweis muss über ein Protokoll oder eine Aktennotiz patientenbezogen erfolgen.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Protokolle der Tumorkonferenzen für alle Patienten mit onkologischen Diagnosen Teilnehmerliste, aus der die vertretenen Fachdisziplinen ersichtlich ist (kann Teil des Protokolls sein)
Angaben des Zentrum (nicht erforderlich, wenn ein Lungenkrebszentrum zertifiziert ist)
Beschreibung des Vorgehens: Zahl aller Patienten des thoraxchirurgischen Zentrums mit onkologischer Diagnose:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

davon Patienten mit Lungenkarzinom	
davon Patienten mit anderen Karzinomen (z.B. Pleuramesotheliom)	
Quote der Vorstellung von Patienten mit Lungenkarzinom in der Tumorkonferenz:	%
Quote der Vorstellung von Patienten mit anderen Karzinomen (z.B. Pleuramesotheliom) in der Tumorkonferenz:	%
Zahl der Tumorkonferenzen im Kalenderjahr:	
Quote der Teilnahme des Thoraxchirurgen:	%
Quote der Teilnahme des Pneumologen/Onkologen:	%
Quote der Teilnahme des Radiologen/Nuklearmediziners:	%
Quote der Teilnahme des Pathologen:	% (mind. 25%)
Quote der Teilnahme des Strahlentherapeuten :	%

Anforderung 8.3 (G, V)
In Kompetenzzentren muss mindestens 1/Halbjahr, in Exzellenzzentren 1/Quartal eine interdisziplinäre (Chirurgie, Anästhesie, Intensivmedizin) und im Bedarfsfall Berufsgruppen übergreifende Komplikationskonferenz / Letalitätskonferenz sowie eine Schadensfallanalyse (laufende/regulierte Schadensfälle, CIRS, „near misses“) abgehalten werden. Diese muss protokolliert werden (Komplikation, Folgen für das weitere Vorgehen).
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Protokolle der Komplikationskonferenzen
Angaben des Zentrum
Beschreibung des Vorgehens (u.a. Art der Protokollierung):
Zahl der Komplikationskonferenzen im Kalenderjahr:
Zahl der Schadensfallanalysen im Kalenderjahr:



9 Patientensicherheit und Risikomanagement

Anforderung 9.1 (S3, G, V)
Zur Erhöhung der Patientensicherheit muss eine Sicherheitscheckliste (in Anlehnung an die Checkliste der WHO) oder ein gleichwertiges anderes System inklusive „Team Time Out“ implementiert sein und vor jedem Eingriff eingesetzt werden. Die Umsetzung muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung für einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten nachgewiesen werden können.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis der Checklisten /des Time Out in den Krankengeschichten
Angaben des Zentrum
Datum der Einführung des Time Out: Beschreibung des Vorgehens:

Anforderung 9.2 (G, V)
Ein Fehlermeldesystem (z.B. CIRS) muss für alle Mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis des CIRS-Tools
Angaben des Zentrum
Datum der Einführung des CIRS-Tools: Beschreibung des Vorgehens:

Anforderung 9.3 (S1, S3, V)
Für folgende Prozesse der Arzneimitteltherapiesicherheit muss das Zentrum SOPs mit Angabe der Verantwortlichkeiten erstellen:
<ul style="list-style-type: none"> • Perioperative Schmerztherapie • Thromboseprophylaxe • Medikamenteninteraktionen
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
SOPs
Angaben des Zentrum
Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:
Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:
Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:
Kommentar:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

Anforderung 9.4 (S4, V)
Eine Erfassung, Auswertung und Ergebniskommunikation der „nosokomialen Infektionen“ (NKI) muss dokumentiert werden. Außerdem muss das Zentrum Hygiene-SOPs mit Angabe der Verantwortlichkeiten erstellen.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis der NKI-Statistik SOPs zum Thema Hygiene
Angaben des Zentrum
Beschreibung der NKI-Erhebung: Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Kommentar:

Anforderung 9.5 (S1, S3, V)
Zur Prophylaxe der Komplikation einer postoperativen Pneumonie definiert das Zentrum eine Strategie zu: <ul style="list-style-type: none">• Definition von Risikogruppen• Perioperative Antibiose (Prophylaxe/Therapie): als SOP
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
SOP
Angaben des Zentrum
Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Kommentar:

Anforderung 9.6 (S1, S5, S6, V)
Zur Sturzprävention müssen Sturzanamnesen, Sturzprotokolle, sowie eine Erfassung, Auswertung und Ergebniskommunikation der Sturzereignisse dokumentiert werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Patientenbezogene Dokumentation mit entsprechenden Nachweisen zur Sturzprävention Nachweis der Statistik der Sturzereignisse Auswertung und Ergebniskommunikation der Sturzereignisse
Angaben des Zentrum
Datum des Beginns der Erfassung von Sturzereignissen: Beschreibung des Vorgehens (von Sturzanamnese bis Ergebniskommunikation):



Anforderung 9.7 (S2, S5, S6, G, V)
Das Zentrum muss ein strukturiertes Entlassungsmanagement bzw. Überleitungsmanagement eingeführt haben.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Nachweis der patientenbezogenen Entlassungsplanung Nachweis über Abschlussgespräch und Merkblatt Nachweis des Pflegeüberleitungsbogens
Angaben des Zentrum
Beschreibung des Vorgehens zum Entlassungsmanagement: Beschreibung des Vorgehens zum Überleitungsmanagements:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

10 Prozessbeschreibungen

Anforderung 10.1 (S3, V)
Folgende Prozesse müssen beschrieben werden (unter Angabe der Verantwortlichkeiten): <ul style="list-style-type: none">• (Prä-)stationäre Aufnahme• Therapieplanung präoperativ• Perioperatives Management• Operatives Management (Abläufe OP: Patientenlagerung, Zählkontrolle, Umgang mit Proben/Präparaten, HF- und Laser-Chirurgie, Wiederaufbereitung Material, Dokumentation)• Postoperative Schmerztherapie
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Prozessbeschreibungen
Angaben des Zentrum
(Prä-)stationäre Aufnahme: Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Therapieplanung präoperativ: Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Perioperatives Management: Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Operatives Management: Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Postoperative Schmerztherapie: Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am: Kommentar:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

11 Prozesskennzahlen

Anforderung 11.1
Es existiert ein System zur Dokumentation und Analyse von Patienteneinweisungen/-zuweisungen
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Auswertung Einweisungscontrolling
Angaben des Zentrum
Beschreibung des Controllings:

Anforderung 11.2 (S1, S5, S6, V)
Auf der Intensivstation (ITS / IMC) muss täglich eine thoraxchirurgische Visite stattfinden. Jeder Patient muss postoperativ am Op-Tag visitiert werden. Visiten müssen in der Kurve/Akte dokumentiert werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Dokumentation der Visiten in der patientenbezogenen Dokumentation
Angaben des Zentrum
Zahl der Visiten durch den Thoraxchirurgen auf der Intensivstation pro Tag: Kommentar:

Anforderung 11.3
Die Anzahl der Tage zwischen dem Abschluss der Diagnostik, bzw. der Tumorkonferenz und der Aufnahme zur OP ist bei malignen Erkrankungen zu erfassen.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Dokumentation der Visiten in der patientenbezogenen Dokumentation
Angaben des Zentrum
Tage zwischen Tumorkonferenz / Abschluss Diagnostik und Aufnahme zur OP: Kommentar:



Anforderungskatalog Thoraxzentrum

Version 5.1

12 Ergebniskennzahlen

Anforderung 12.1 (S4)
Es muss eine Infektionserfassung für die operierten Patienten erfolgen: Die Infektionen auf der Intensivstation sowie postoperative Wundinfektionen müssen erfasst werden. Die Teilnahme an KISS Intensiv und KISS LOBE (RKI Berlin) wird empfohlen.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Auswertungen der Infektionserfassung Bei Überschreitung: Einzelfallanalysen
Angaben des Zentrum
Anteil der postoperativen Wundinfektionen im Kalenderjahr: Anteil der nosokomialen Infektionen auf Intensivstation im Kalenderjahr: Anteil der nosokomialen Infektionen auf der operativen Normalstation im Kalenderjahr: Kommentar:

Anforderung 12.2
Die postoperative Krankenhausletalität für Patienten nach Lungenresektionen (OPS 5-323, 324, 325, 327, 328) unabhängig von der zugrundeliegenden Diagnose muss erfasst werden. Sie muss weniger als 5% betragen. Ist die Letalität in der Jahreskohorte höher, muss eine Einzelfallanalyse vorgelegt werden. Die Patienten, die zur Behandlung eines Organversagens oder einer lebensbedrohlichen Komplikation in andere Behandlungseinheiten verlegt werden, müssen erfasst und dokumentiert werden.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung Bei Überschreitung: Einzelfallanalyse Dokumentation über verlegte Intensiv-/Akutpatienten
Angaben des Zentrum
Anteil der postoperativ Verstorbenen nach anatomischer Lungenresektion im Kalenderjahr: % Kommentar:

Anforderung 12.3
Die Zahl der „explorativen Thorakotomien“ muss erfasst werden. (Richtwert 1 von 100 Operationen)
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
Datensatz für Auswertung
Angaben des Zentrum
Zahl der explorativen Thorakotomien im Kalenderjahr: Kommentar:



Anforderung 12.4	
Die Zahl der Revisionsoperationen ist zu dokumentieren. Als Revisionsoperation gilt eine Re-Operation im gleichen OP-Feld wie die initiale Operation und dient dem Management von peri-/postoperativen Komplikationen. Eine bloße Drainageeinlage gilt nicht als Revisionsoperation. Die Rate an Revisionsoperationen im Zusammenhang mit Bi-/Lobektomie (offen/thorakoskopisch) soll im Kalenderjahr 10% nicht übersteigen.	
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen	
Datensatz für Auswertung Bei Überschreitung: Einzelfallanalyse	
Angaben des Zentrum	
Anteil der Revisionsoperationen nach Bi-/Lobektomie im Kalenderjahr:	%
Kommentar:	

Anforderung 12.5	
Der Anteil der Patienten mit Bronchusstumpfsuffizienz und Anastomoseninsuffizienz nach anatomischen Lungenresektionen muss weniger als 5% betragen. Ist die Rate in der Jahreskohorte höher, muss eine Einzelfallanalyse vorgelegt werden.	
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen	
Datensatz für Auswertung Bei Überschreitung: Einzelfallanalyse	
Angaben des Zentrum	
Anteil der Patienten mit Bronchusstumpfsuffizienz und Anastomoseninsuffizienz nach Lungenresektionen im Kalenderjahr:	%
Kommentar:	

Anforderung 12.6	
Die R0-Rate bei Patienten mit Lungenkarzinom im Stadium 1 und 2 muss 95 % betragen, bei Patienten im Stadium 3a mehr als 85%.	
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen	
Datensatz für Auswertung	
Angaben des Zentrum	
R0-Rate im Stadium 1:	
R0-Rate im Stadium 2:	
R0-Rate im Stadium 3a:	
Kommentar:	



Anforderung 12.7
<p>Das Zentrum muss folgende Daten zur onkologischen Ergebnisqualität beim Lungenkarzinom erheben:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gesamtüberleben• Rezidivfreies Überleben <p>Die Daten müssen bezogen auf das Tumorstadium (I, II, IIIa, IIIb, IV) und die Art der Operation (anatomische Lungenresektionen (OPS 5-323 bis 5-328) vs. nicht-anatomische Lungenresektionen (OPS 5-322)) dargestellt werden.</p> <p>Die Daten müssen das erste Mal zur Re-Zertifizierung nach 3 Jahren vorgelegt werden.</p> <p>Das Zentrum kann für die Datenerfassung mit einem Krebsregister kooperieren oder eine eigene Datenbank führen.</p>
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
<p>Datensatz für Auswertung</p> <p>Darstellung der Ergebnisse (erst zur Re-Zertifizierung nach 3 Jahren)</p>
Angaben des Zentrum
<p>Beschreibung der Erfassung:</p>



13 Qualitätssicherung

Anforderung 13.1
Das Zentrum muss jährlich seine klinischen Leistungsparameter (Kap. 6) und die Ergebniskennzahlen (Kap 12) gemäß Kennzahlendatenbank erfassen und spätestens im März des Folgejahres an Doc-Cert einsenden. Das Zentrum nimmt am Benchmarking-Prozess teil.
Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen
100% erfasste Patienten, bzw. Kumulativdatensätze aus dem vergangenen Kalenderjahr beim ersten Überwachungsaudit (ausgefüllte Kennzahlendatenbank) Die Datensätze müssen nachvollziehbar und ggf. überprüfbar sein
Angaben des Zentrum



14 Leistungstabelle

<p>Angaben des Zentrums zur operativen Leistungsstatistik/Kalenderjahr</p> <p>a) 1. Atypische Lungenresektion offen (5-322 c-e): a) 2. Atypische Lungenresektion VATS (5-322 f-h): b) 1. Anat. Segmentresektion offen (5-323.4, 5-323.6): b) 2. Anat. Segmentresektion VATS (5-323.5, 5-323.7): c) 1. Lobektomie/Bilobektomie offen (5-324 mit Ausnahme 5-324.6-9, 5-325): c) 2. Lobektomie/Bilobektomie VATS (5-324.6-9) d) Pneumonektomie (5-327) e) Erweiterte Pneumonektomie (5-328) f) Offene Dekortikation (P/D) (5-344.0, 5-344.11, 5-344.13, 5-345.1) g) Plastische Rekonstruktion der Brustwand (5-346) h) Trachearesektion und andere Eingriffe an der Trachea (5-314, 5-316, 5-319) i) Mediastinaltumorresektion (5-342) j) Pleurodese (5-345 ohne 5-345.1 und ohne 5-345.4) k) 1. Pleurektomie offen (5-344.1-2) k) 2. Pleurektomie VATS (5-344.4-5) l) Dekortikation VATS (5-344.3, 5-345.4) m) Mediastinoskopie (1-586.3, 1-691.1, 5-401.7, 5-402.d) n) VAMLA (5-404.8) o) Thoraxdrainageeinlage (8-144.0, 8-144.1, 5.340.0) als Haupteingriff</p> <p>Kommentar:</p>
<p>Angaben des Zentrums zum fachlichen Portfolio/Kalenderjahr</p> <p>Fallzahlen für die operative Therapie bei folgenden Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lungenkarzinom (C34) • Pleuramesotheliom (C45.0) • Erkrankungen des Thymus (C37; D15.0; D38.3) • Erkrankungen der Trachea (C33, D14.2, J39.8) • Tumoren des Mediastinums (C38.1-3 bis C38.8, D15.2) • sekundärer bösartiger Neubildungen (C78.0-C78.3) • Pneumothorax (J93.-) • Pleuraerguss (J90.-) • Pleuraempyem (J86.-) • Interstitielle Lungenerkrankung (J84.1) • Thoraxtrauma (Rippenserienfraktur, Hämatothorax) <p>Kommentar:</p>