

**Anforderungskatalog**  
**an einen**  
**Thoraxchirurgischen Schwerpunkt**  
**der**  
**Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie**



Erarbeitet von der Zertifizierungskommission der DGT  
Leitung: PD Dr. Stefan Welter

Inkraftsetzung der Version 1.1\_2024 am 01.09.2024  
durch den Vorstand der DGT



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

### Inhaltsverzeichnis

- Vorwort zur Auflage
- 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 - keine Vorgaben beim Schwerpunkt)
- 6 Fallzahlen Thoraxzentrum
- 7 Behandlungspfade und Ergebnisse
- 8 Konferenzen
- 9 Patientensicherheit und Risikomanagement
- 10 Prozessbeschreibungen
- 11 Prozesskennzahlen
- 12 Ergebniskennzahlen
- 13 Qualitätssicherung
- 14 Leistungstabelle



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

### Vorwort

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 dreistufig gestaltet und definiert demnach drei Arten von Thoraxzentren:

#### Thoraxchirurgische Schwerpunkte

Diese fachspezifischen Schwerpunktabteilungen behandeln ihre Patienten auf Basis von gleicher oder ähnlicher Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wie Kompetenz-/Exzellenzzentren, insbesondere auf fachärztlichem Niveau. In der Regel können diese Schwerpunkte jedoch nicht die Mindestzahlen erfüllen, die vom GBA für die operative Behandlung des Lungenkrebses festgesetzt sind. Diese Tumorpatienten können innerhalb von Kooperationsmodellen mitbehandelt werden. Außerhalb der für das Lungenkarzinom zugehörigen Operationen werden in den Schwerpunkten breite Paletten von thoraxchirurgischen Eingriffen angeboten. Viele Arten der Kooperation mit Kompetenz-/Exzellenzzentren sind möglich, um hohe Qualitätslevel zu erreichen. Die Ausgestaltung der Kooperationen obliegt den Partnern.

#### 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.

#### Sonderfall: Thoraxchirurgische Exzellenz-Zentren an zwei Standorten

Es gibt die Möglichkeit, zwei thoraxchirurgische Kliniken, die in einem Kooperationsverhältnis zueinander stehen, zu einem Exzellenz-Zentrum zertifizieren zu lassen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Gemeinsame, weisungs-unabhängige medizinische Leitung
- Weiterbildungs-Verbund mit einem gemeinsamen Curriculum  
WB-Ermächtigung an jedem Standort mindestens 24 Monate, im Verbund – von der ÄK anerkannt – volle WB-Ermächtigung (48 Monate)
- Behandlungspfade und Prozessbeschreibungen sind an beiden Standorten gültig
- Qualitäts-Management in Abstimmung zueinander
- Kompatible Systeme zur Erfassung der Ergebnis-Kennzahlen
- Gemeinsame Reflexion der Ergebnis-Kennzahlen (z.B. M&M-Konferenzen)
- An zumindest einem Standort gilt die Regelung für Exzellenzzentren in Bezug auf Studienteilnahmen bzw. Beteiligung an Registern



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

- An jeweils beiden Standorten werden die Anforderungen an ein Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie komplett erfüllt
- In Bezug auf die Leistungskennzahlen werden die Anforderungen an ein Exzellenzzentrum für Thoraxchirurgie in der Summe aus beiden Standorten erfüllt
- In Bezug auf die Qualitätssicherung (Punkt 13, Anforderungskatalog: Pflicht zur jährlichen Daten-Übermittlung) sind beide Standorte in gleicher Weise an die Vorgaben gebunden und ggf. für den Erhalt des Siegels verantwortlich.

### Allgemeine Anmerkungen:

Alle drei 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 die drei 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 Schwerpunkte oder Zentren sind ebenfalls nicht „ex cathedra“ zu definieren.

Die Erteilung des jeweiligen Zertifikates 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 allen drei 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.



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

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**<sup>1</sup>), auf die Ansprüche der Versicherungen (**V**<sup>2</sup>) sowie auf die Anforderungen des klinischen Risikomanagements zur Schadensprävention (**S**<sup>3</sup>) 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

---

<sup>1</sup> **G**, gesetzliche Anforderungen erfüllt

<sup>1</sup> **V**, versicherungswirtschaftliche Anforderungen erfüllt

<sup>1</sup> **S (S1-S6)**, Schadensprävention umgesetzt



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

### 0 Allgemeine Angaben zum Schwerpunkt

<b>Name Schwerpunkt</b>	
<b>Straße</b>	<b>Hausnummer</b>
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<b>Name des Schwerpunktleiters</b>	
<b>Telefon</b>	<b>e-mail</b>
<b>Die Angaben in diesem Katalog beziehen sich auf die Zertifizierung als</b>	
<input type="checkbox"/> Thoraxchirurgischer Schwerpunkt	
<b>Die Angaben in diesem Katalog sich auf folgendes Kalenderjahr:</b>	
<b>Erstellungsdatum:</b>	

## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

### 1 Allgemeine Angaben zur Organisation der Thoraxchirurgie

<b>Anforderung 1.0</b>
Die Klinik des Standortes verfügt über ein internes Qualitätsmanagement-System mit internen Audits und nachweisbaren Protokollen.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

<b>Anforderung 1.1</b>
Die thoraxchirurgische Einheit oder das thoraxchirurgische Behandlungsteam ist fachlich unabhängig/eigenständig
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

<b>Anforderung 1.2 (S, V)</b>
Die thoraxchirurgische Verfügbarkeit ist in einem Dienstplan geregelt, die Verfügbarkeit im Notfall ist innerhalb einer Stunde gewährleistet. Die Patienten werden werktäglich von einem thoraxchirurgischen Facharzt visitiert, für die Versorgung außerhalb der regulären Arbeitszeit sowie an Wochenenden und Feiertagen ist ein thoraxchirurgischer fachärztlicher Rufdienst definiert.
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Dienstpläne des letzten Kalenderjahres
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

<b>Anforderung 1.3 (S, V)</b>
Mindestens 2 Personen am jeweiligen Klinikstandort sind in Vollzeit tätige Fachärzte für Thoraxchirurgie.
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Ausbildungsnachweise der Fachärzte (Urkunden)
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Namen der Fachärzte und Zeitkontingent:

<b>Anforderung 1.4 (S4, V)</b>
--------------------------------

## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

Für die Zuweisung von elektiver wie auch notfallmäßiger OP-Kapazität existiert ein OP-Management, in dem nachvollziehbar die thoraxchirurgische OP-Planung berücksichtigt ist. Feste Op-Kapazitäten müssen wöchentlich zur Verfügung stehen.
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
OP-Pläne der letzten beiden Wochen Protokoll der Hygienebegehung OP
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Zahl der verfügbaren OP-Säle Beschreibung:

## 2 Weiterbildung in der Thoraxchirurgie

<b>Anforderung 2.1</b>
Eine Weiterbildungsermächtigung für Thoraxchirurgie liegt vor
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Falls Verbund: Vorlage des Vertrages und der Zustimmung der Ärztekammer
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Kommentar:

<b>Anforderung 2.2</b>
Für die Dauer der Weiterbildungsermächtigung liegt ein WB-Curriculum vor
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Weiterbildungscurriculum, Logbuch
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

## 3 Qualifizierung und Fortbildung

<b>Anforderung 3.1</b>
Jeder Facharzt für Thoraxchirurgie muss jährlich einen Nachweis über die von ihm erbrachten Operationen des Auditjahres vorlegen können. Jeder Facharzt muss mindestens 8 externe, fachspezifische Weiterbildungspunkte pro Jahr nachweisen können (Anmerkung: Die Bewertung von WB-Veranstaltungen im Ausland, für die keine CME-Punkte vergeben werden, obliegt der Zertifizierungs-Kommission)





## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Nachweis des OP-Kataloges / Curriculum je Facharzt Fortbildungsnachweis je Facharzt
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

<b>Anforderung 3.2</b>
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.
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Qualifizierungsplan für Ärzte und Pflegekräfte Fortbildungsnachweise
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

<b>Anforderung 3.3 (V)</b>
Für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal müssen die Einweisungen für die Anwendung von Medizinprodukten dokumentiert werden
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Nachweis der Einweisungen (Log-Buch)
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung:

<b>Anforderung 3.4</b>
Mindestens einmal im Kalenderjahr muss die Thoraxchirurgie an einer Fortbildung für Partner und/oder Zuweiser aktiv beteiligt sein. (Kann durch Vortragstätigkeit im lokalen Umfeld kompensiert werden)
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Nachweis Fortbildung für Partner / Zuweiser
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Zahl der Fortbildungsveranstaltungen im Kalenderjahr: Kommentar:

## 4 Kooperationspartner

<b>Anforderung 4.1 (S1, S3, S4,V)</b>
Versorgungskonzepte bzw. Kooperationen müssen beschrieben werden, dies betrifft insbesondere: <ol style="list-style-type: none"> <li>Die Zusammenarbeit mit fachärztlicher pneumologischer Kompetenz (24/7).</li> <li>Die Zusammenarbeit mit onkologischer/hämato-onkologischer Kompetenz</li> <li>Die anästhesiologische Versorgung thoraxchirurgischer Patienten, Möglichkeit zur Doppellumen-Intubation</li> <li>Die Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kapazität</li> <li>Die Verfügbarkeit von endoskopischen einschließlich bronchoskopischer Leistungen</li> <li>Die Verfügbarkeit von Schnittbild-Diagnostik (CT 24/7)</li> <li>Zugang zu einer Lungen-Tumorkonferenz entsprechend den Vorgaben der DKG (= multidisziplinäre Teilnehmer)</li> <li>Die Verfügbarkeit von physiotherapeutischen Maßnahmen und Atemtherapie</li> <li>Die Organisation von rehabilitativen Maßnahmen</li> <li>Die Verfügbarkeit einer Ethik-Kommission</li> </ol>
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Protokoll der Hygienebegehung Endoskopie Palliativkonzept
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Zusammenarbeit mit fachärztlicher pneumologischer Kompetenz (24/7)</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Zusammenarbeit mit onkologischer/hämato-onkologischer Kompetenz</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die anästhesiologische Versorgung thoraxchirurgischer Patienten, Möglichkeit zur Doppellumen-Intubation</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kapazität</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Verfügbarkeit von endoskopischen einschließlich bronchoskopischer Leistungen</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Verfügbarkeit von Schnittbild-Diagnostik (CT 24/7)</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Zugang zu einer Lungen-Tumorkonferenz entsprechend den Vorgaben der DKG (= multidisziplinäre Teilnehmer)</i>

## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

<i>Die Verfügbarkeit von physiotherapeutischen Maßnahmen und Atemtherapie</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Organisation von rehabilitativen Maßnahmen</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Die Verfügbarkeit einer Ethik-Kommission</i>

<b>Anforderung 4.2 (S1, V)</b>
Die Einholung von zumindest konsiliarischer Kompetenz muss geregelt sein für folgende Fachbereiche:
a. Unfallchirurgie/Orthopädie
b. Visceralchirurgie
c. Kardiologie
d. Gastroenterologie
e. Pathologie
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Unfallchirurgie/Orthopädie</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Viszeralchirurgie</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Kardiologie</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Gastroenterologie</i>
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
<i>Pathologie /Zytologie</i>

## 5 Studien keine Vorgaben

## 6 Fallzahlen Thoraxzentrum

<b>Anforderung 6.1</b>
Die Thoraxchirurgie muss mindestens 100 operative DRG´s pro Kalenderjahr bearbeiten
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Datensatz für Auswertung
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Anzahl der DRGs im Kalenderjahr Kommentar:

<b>Anforderung 6.2</b>
Die dokumentierten DRG´s der Thoraxchirurgie müssen den Fallgruppen E01, E02, E05, E06 und A-DRG (Beatmung, Nachweis eines thoraxchirurgischen Eingriffs!) zugeordnet sein
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Datensatz für Auswertung (OPS 6stellig)
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Leistungstabelle Kap. 14

## 7 Behandlungspfade und Ergebnisse

<b>Anforderung 7.1 (S1, S3, G, V)</b>
SOPs zertifizierter Zentren spiegeln das hohe fachliche Niveau wider und berücksichtigen aktuelle wissenschaftliche Empfehlungen z.B. aus AWMF-Leitlinien, ESTS-Guidelines, ESMO-Guidelines, publizierte Expertenempfehlungen der DGT und/oder andere hochwertige Evidenz unter Benennung der Quellen. Der thoraxchirurgische Schwerpunkt muss SOP´s vorhalten für folgende Diagnosen:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pneumothorax</li> <li>2. Pleuraempyem</li> <li>3. Lungenmetastasen</li> <li>4. Pleuraerguss</li> <li>5. Thoraxtrauma</li> </ol>
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
SOPs
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Name der SOP: ; Erstellungsdatum primär: , letzte Überarbeitung am:



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

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:		

<b>Anforderung 7.2 (S3 ,S4 ,G ,V)</b>
Eine Komplikationserfassung muss durchgängig erfolgen und jährlich ausgewertet werden.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>

<b>Anforderung 7.3 (S3 ,S4 ,G ,V)</b>
Eine Erfassung von Revisionsoperationen muss erfolgen und jährlich ausgewertet werden.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>

<b>Anforderung 7.4 (S3 ,S4 ,G ,V)</b>		
Für folgende Komplikationen muss das Zentrum SOPs mit Angabe der Verantwortlichkeiten erstellen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intraoperative/ postoperative Blutung</li> <li>• Protrahierte Parenchymfistel Protrahierte Parenchymfistel</li> <li>• Postoperative Wundinfektion</li> </ul>		
Zur Prophylaxe einer perioperativen Pneumonie definiert das Zentrum eine SOP:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Risikogruppen</li> <li>• Perioperative Antibiose (Prophylaxe/Therapie)</li> </ul>		
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>		
SOPs		
<b>Angaben Schwerpunkt</b>		
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

<b>Anforderung 8.1 (S1 ,V)</b>
Die Indikationsstellung für einen operativen Eingriff erfolgt nachweislich durch einen thoraxchirurgischen Facharzt
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Krankengeschichten mit entsprechendem Nachweis
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung des Vorgehens:

<b>Anforderung 8.2 (G ,V)</b>
Der thoraxchirurgische Schwerpunkt muss mindestens zweimal im Kalenderjahr an einer interdisziplinären (Chirurgie, Anästhesie, Intensivmedizin) und im Bedarfsfall Berufsgruppen übergreifende Komplikationskonferenz / Letalitätskonferenz teilnehmen oder ggf. eine Schadensfallanalyse (laufende/regulierte Schadensfälle, CIRS, „near misses“) abhalten. Diese muss protokolliert werden (Komplikation, Folgen für das weitere Vorgehen).
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Protokolle der Komplikationskonferenzen
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Beschreibung des Vorgehens (u.a. Art der Protokollierung): Zahl der Komplikationskonferenzen im Kalenderjahr: Zahl der Schadensfallanalysen im Kalenderjahr:

## 9 Patientensicherheit und Risikomanagement

<b>Anforderung 9.1 (S3, G, V)</b>
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.
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Nachweis der Checklisten /des Time Out in den Krankengeschichten
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Datum der Einführung des Time Out: Beschreibung des Vorgehens:



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

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

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

<b>Anforderung 9.4 (S4, V)</b>
Eine Erfassung, Auswertung und Ergebniskommunikation der „nosokomialen Infektionen“ (NKI) muss dokumentiert werden. Außerdem muss das Zentrum Hygiene-SOPs mit Angabe der Verantwortlichkeiten erstellen.
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Nachweis der NKI-Statistik SOPs zum Thema Hygiene
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
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:

<b>Anforderung 9.5 (S1, S3, V)</b>
Zur Prophylaxe der Komplikation einer postoperativen Pneumonie definiert das Zentrum eine Strategie zu:

## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Risikogruppen</li> <li>• Perioperative Antibiose (Prophylaxe/Therapie): als SOP</li> </ul>
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
SOP
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Name der SOP:           ; Erstellungsdatum primär:           , letzte Überarbeitung am:
Kommentar:

## 10 Prozessbeschreibungen

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

## 11 Prozesskennzahlen

<b>Anforderung 11.1</b>
Die thoraxchirurgischen Patienten (ITS, IMC, periphere Station) müssen an jedem Werktag eine thoraxchirurgisch-fachärztliche Visite erhalten
<b>Unterlagen, die im Audit bereit gestellt werden sollen</b>
Dokumentation der Visiten in der patientenbezogenen Dokumentation
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Zahl der Visiten durch den Thoraxchirurgen pro Tag:



## Anforderungskatalog Thoraxchirurgischer Schwerpunkt V1.1

Kommentar:

### 12 Ergebniskennzahlen

<b>Anforderung 12.1 (S4)</b>
Es muss eine Infektionserfassung für die operierten Patienten erfolgen: Die Infektionen auf der Intensivstation sowie postoperative Wundinfektionen müssen erfasst werden.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
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:

<b>Anforderung 12.2</b>
Die postoperative Krankenhausletalität für Patienten nach Lungenresektionen (OPS 5-323, 324, 325, 327, 328) unabhängig von der zugrundeliegenden Diagnose muss erfasst werden.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Anteil der postoperativ Verstorbenen nach anatomischer Lungenresektion im Kalenderjahr:            % Kommentar:

<b>Anforderung 12.3</b>
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.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>
Kommentar:

### 13 Qualitätssicherung

<b>Anforderung 13.1</b>
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.
<b>Angaben Schwerpunkt</b>

### 14 Leistungstabelle

<b>Angaben des thoraxchirurgischen Schwerpunktes zur operativen Leistungsstatistik pro Kalenderjahr</b>
<p>In dieser Leistungstabelle soll das operative Volumen, bzw. die Gesamtheit der thoraxchirurgischen Leistungserbringung dargestellt werden. Jeder genannte OPS-Code wird in seiner Häufigkeit erfasst, unabhängig davon, ob er als Haupt- oder Nebenprozedur verschlüsselt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1. Atypische Lungenresektion offen (5-322 c-e):</li> <li>a) 2. Atypische Lungenresektion VATS (5-322 f-h):</li> <li>b) 1. Anat. Segmentresektion offen (5-323.4, 5-323.6):</li> <li>b) 2. Anat. Segmentresektion VATS (5-323.5, 5-323.7):</li> <li>c) 1. Lobektomie/Bilobektomie offen (5-324 mit Ausnahme 5-324.6-9, 5-325):</li> <li>c) 2. Lobektomie/Bilobektomie VATS (5-324.6-9)</li> <li>d) Pneumonektomie (5-327)</li> <li>e) Erweiterte Pneumonektomie (5-328)</li> <li>f) Offene Dekortikation (P/D) (5-344.0, 5-344.11, 5-344.13, 5-345.1)</li> <li>g) Plastische Rekonstruktion der Brustwand (5-346)</li> <li>h) Trachearesektion und andere Eingriffe an der Trachea (5-314, 5-316, 5-319)</li> <li>i) Mediastinaltumorresektion (5-342)</li> <li>j) Pleurodese (5-345 ohne 5-345.1 und ohne 5-345.4)</li> <li>k) 1. Pleurektomie offen (5-344.1-2)</li> <li>k) 2. Pleurektomie VATS (5-344.4-5)</li> <li>l) Dekortikation VATS (5-344.3, 5-345.4)</li> <li>m) Mediastinoskopie (1-586.3, 1-691.1, 5-401.7, 5-402.d)</li> <li>n) VAMLA (5-404.8)</li> <li>o) Thoraxdrainageeinlage (8-144.0, 8-144.1, 5.340.0) als Haupteingriff</li> <li>p) Anwendung der Lasertechnik (5-985)</li> <li>q) Anwendung eines OP-roboters (5-987)</li> <li>r) Intraoperative Anwendung der extrakorporalen Zirkulation (8-851, 8-852)</li> <li>s) Operative Anlage/Entfernung von Gefäßkathetern (5-399.4 – 5.399.7)</li> </ul>