

1. Mitgliederversammlung des DZG



**Geesthacht
08. Februar 2012**

Tagesordnung:

1. Begrüßung

Dr. Frank Templin,
Leiter des DZG

2. Aktuelles Konzept (Phase 1) des DZG

Dr. F.-Michael Niemann,
Netzwerkmanager und Vorsitzender des LG des DZG

3. Arbeits- und Zeitplan für 2012

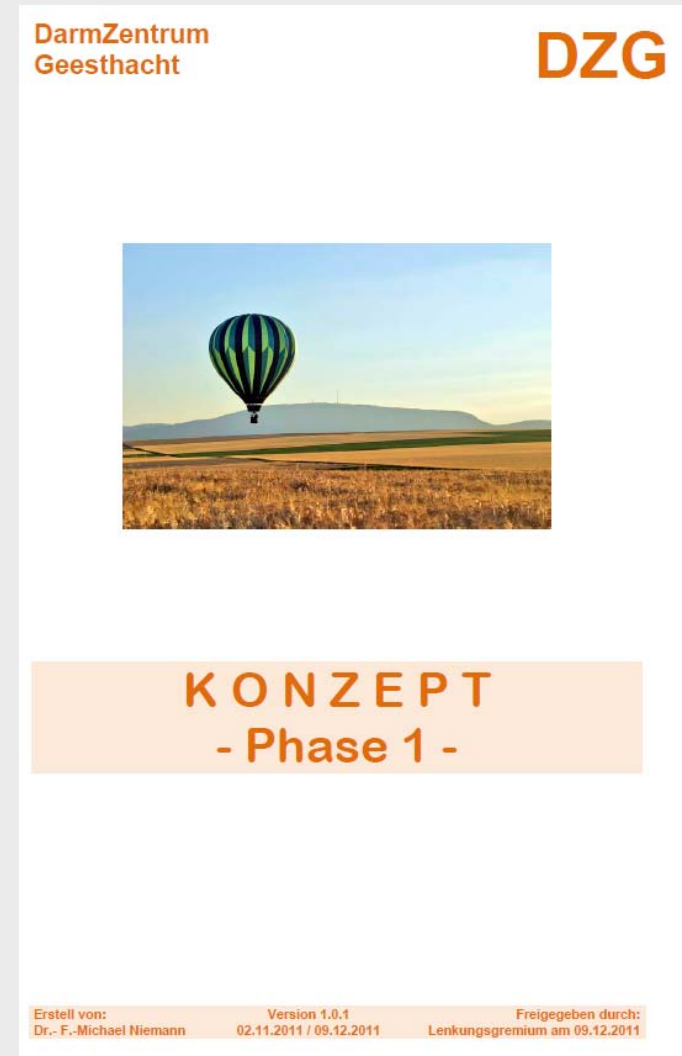
Dr. F.-Michael Niemann

4. Verschiedenes

2. Aktuelles Konzept (Phase 1) des DZG

Inhalt:

- 1 Ausgangslage
(Entwicklungsphasen des DZG)
- 2 Vision, Ziele und
Kernaufgaben
- 3 Grundstrukturen des DZG
 - Zusammensetzung
 - Kernaktivitäten



1 Ausgangslage

Entwicklungsphasen des DZG

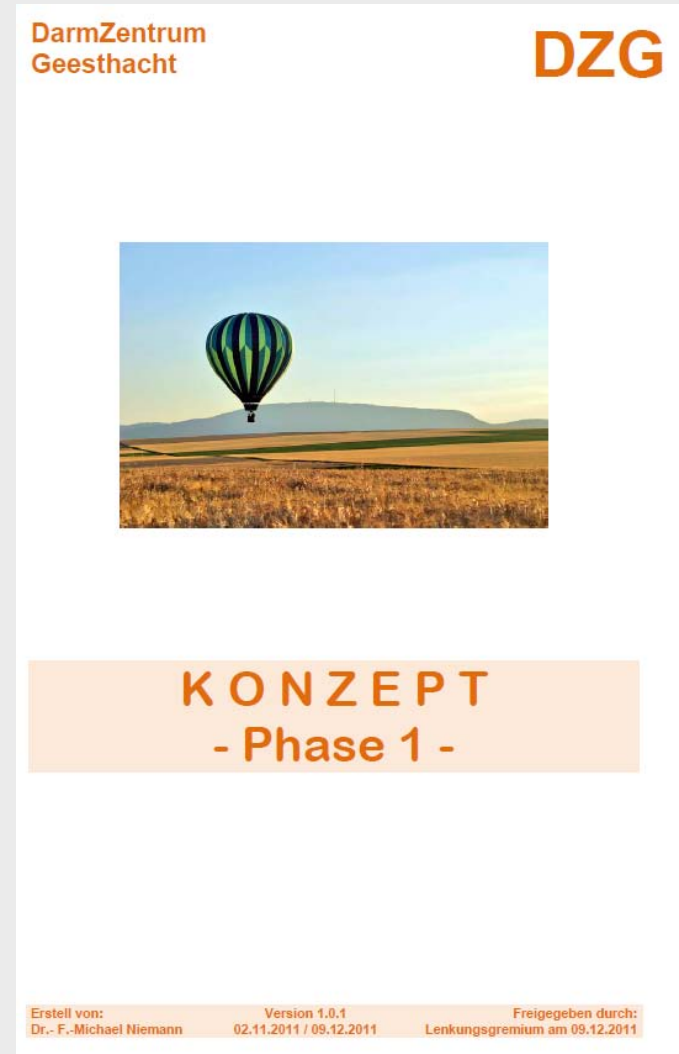
- **Phase 0:**
Gründung des DarmZentrums Geesthacht (DZG)
Anfang 2009
- **Phase 1:**
Beginn der Etablierung eines Netzwerkmanagements für
das DZG in 2011;
hierbei Konzeptionierung des DZG
- **Phase 2:**
Kontinuierliche Weiterentwicklung
des DZG im Rahmen des Netzwerkmanagements;
Fernziel: Zertifiziertes Darmzentrum

Ziele
Hauptaufgaben
Kernaufgaben

2. Aktuelles Konzept (Phase 1) des DZG

Inhalt:

- 1 Ausgangslage
(Entwicklungsphasen des DZG)
- 2 Vision, Ziele und
Kernaufgaben
- 3 Grundstrukturen des DZG
 - Zusammensetzung
 - Kernaktivitäten



2 Vision, Ziele und Aufgaben

VISION:

- Aufgrund frühzeitiger Erkennung und optimaler Behandlung muss ein Patient mit der Diagnose „Darmkrebs“ weder sterben noch Beeinträchtigungen in der Lebensqualität und der Lebenserwartung hinnehmen. Darmkrebs ist vollständig heilbar.

GLOBALZIELE:

- GZ1 Förderung und kontinuierliche Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung
- GZ2 Durchführung einer qualitätsgesicherten Darmkrebsbehandlung
- GZ3 Sicherstellung der Patientenorientierung
- GZ4 Förderung und kontinuierliche Verbesserung der Patientenbeteiligung.

FERNZIEL:

- FZ1 Zertifizierung als Darmkrebszentrum gemäß den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft.

2 Vision, Ziele und Aufgaben

HAUPTAUFGABE:

- HA1 Aufbau und Weiterentwicklung des DZG.
Ein wesentlicher Schwerpunkt ist hierbei der Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagement

KERNAUFGABEN:

- *hinsichtlich der Förderung und kontinuierlichen Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung (GZ1):*
 - KA1.1 systematische **interdisziplinäre Zusammenarbeit** im stationären Bereich (z.B. Konsilium, Zweitmeinung, Qualitätszirkel)
 - KA1.2 regelmäßige systematische interdisziplinäre präoperative und postoperative **Tumorkonferenzen**
 - KA1.3 enge und zeitgerechte **Kooperation** mit den niedergelassenen Ärzten bei der Diagnostik, Therapie und Nachsorge
 - KA1.4 regelmäßige **Informations- und Fortbildungsveranstaltungen** mit den niedergelassenen Ärzten
 - KA1.5 Hinterfragung der **Zufriedenheit der Kooperationspartner.**

2.2 Vision, Ziele und Aufgaben

KERNAUFGABEN:

- *hinsichtlich einer qualitätsgesicherten Darmkrebsbehandlung (GZ2):*
 - KA2.1 Orientierung an anerkannten internationalen **Leitlinien**
 - KA2.2 Erstellung eines mit allen Beteiligten abgestimmten **Behandlungsplans** (= Behandlungspfad)
 - KA2.3 Einhaltung **zeitlicher Vorgaben**
 - KA2.4 **regelmäßige Fortbildung** der am Behandlungsprozess Beteiligten
 - KA2.5 einheitliche und zeitnahe **Dokumentation**
 - KA2.6 Durchführung **qualitätssichernder Maßnahmen**
 - KA2.7 **Evaluation** der Prozess- und Ergebnisqualität.

2 Vision, Ziele und Aufgaben

KERNAUFGABEN:

- *hinsichtlich der Patientenorientierung (GZ3):*
 - KA3.1 Gestaltung eines **freundlichen Umfeldes** bei der Therapie von Darmkrebs
 - KA3.2 **Vermeidung von Wartezeiten** (z.B. bei der Spezialsprechstunde)
 - KA3.3 Erstellung und Austeilung eines individuellen, auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Behandlungsplans auf der Basis der evidenzbasierten Behandlungsinhalte (= **Patientenpfad**)
 - KA3.4 adäquate **psychosoziale und –onkologische Betreuung**
 - KA3.5 Anpassung von **Rehamaßnahmen** an die individuellen Bedürfnisse
 - KA3.6 Vermittlung zu **Selbsthilfegruppen**
 - KA3.7 Hinterfragung der **Patientenzufriedenheit** und –Lebensqualität.

2 Vision, Ziele und Aufgaben

KERNAUFGABEN:

- *hinsichtlich der Förderung und kontinuierlichen Verbesserung der Patientenbeteiligung (GZ4):*
 - KA4.1 patientengerechte Informationen, die den gesamten Behandlungsprozess berücksichtigen
 - KA4.2 Förderung der **Eigenverantwortung**
 - KA4.3 Förderung der Bereitschaft zur **Darmkrebsfrüherkennung**
 - KA4.4 regelmäßige **Informationsveranstaltungen** für Patienten und Bürger.

FOKUSAUFGABE:

- FA1 Schaffung der Voraussetzungen für eine Zertifizierung als Darmzentrum gemäß den fachlichen Anforderungen (Erhebungsbogen für Darmkrebszentren) der Deutschen Krebsgesellschaft

2 Vision, Ziele und Aufgaben

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Weitergehende Operationalisierung der Ziele und Konkretisierung der Aufgaben zur Überprüfung der Zielerreichung**

Spezielle Ziele:

- Kennzahlen und Kennzahlenziele im Rahmen der Zertifizierung
- Orientierung an Qualitätsindikatoren des Westdeutschen Darmzentrums
- Ab 2013:
externe vergleichende sektorenübergreifende Qualitätssicherung

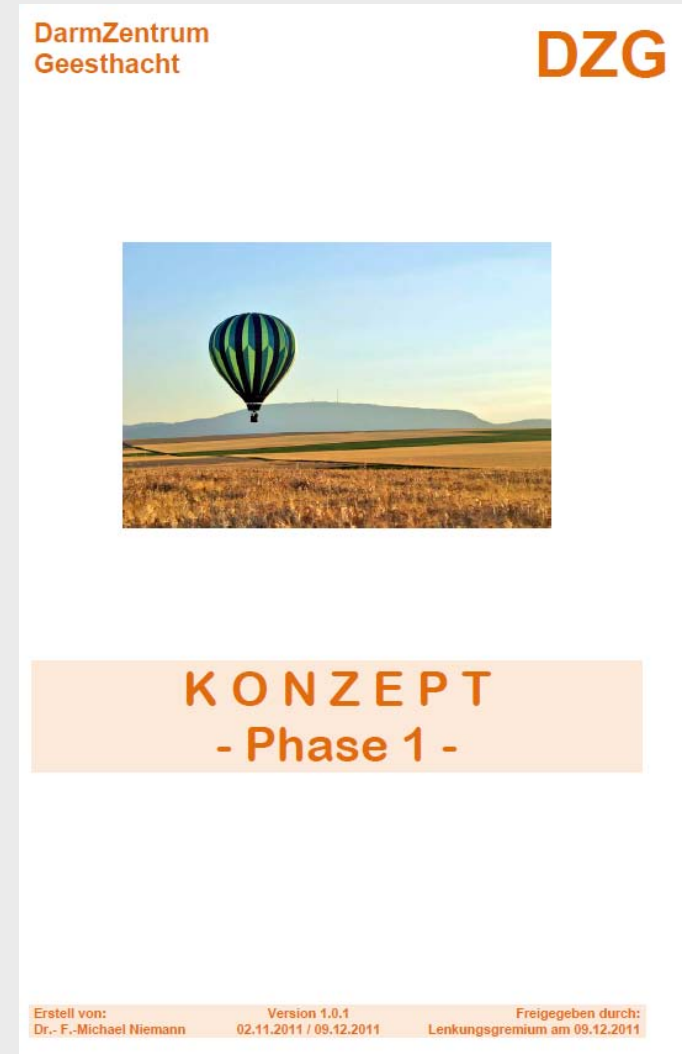
=> Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Schrittweise Einbeziehung der angegebenen Kennzahlen für die Qualitätssicherung und die Qualitätsberichterstattung im Rahmen des Qualitätsmanagements**

2. Aktuelles Konzept (Phase 1) des DZG

Inhalt:

- 1 Ausgangslage
(Entwicklungsphasen des DZG)
- 2 Vision, Ziele und
Kernaufgaben
- 3 Grundstrukturen des DZG
- Zusammensetzung
- Kernaktivitäten



3.1 Zusammensetzung des DZG

Leiter des DarmZentrums Geesthacht: Dr. Frank Templin,
CA der Abteilung für Viszeral, -Gefäß- und
Unfallchirurgie
Johanniter Krankenhaus Geesthacht
Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 / 179 101
Fax: 04152 / 179 570
eMail: templin@johanniter-krankenhaus.de

Stellvertretung: Prof. Dr. Ralf Köster
CA der Abteilung für Innere Medizin
Johanniter Krankenhaus Geesthacht
Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 / 179 201
Fax: 04152 / 179 xxx
eMail: koester@johanniter-krankenhaus.de

Zentrumskoordinator (Netzwerkmanager): Dr. F.-Michael Niemann,
K & N Gesellschaft für Informationsmanagement
und Forschung im Gesundheitswesen mbH
Viehkamp 4
24226 Heikendorf bei Kiel
Tel.: 0431 / 23 78 295
Fax: 0431 / 23 78 294
eMail: dr-niemann@if-gesundheit.de

Stationärer Kooperationspartner: Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg
Vor dem Mühlentor 3
19258 Boizenburg
Klinik für Innere Medizin
CA Dr. Manfred Müller
Tel.: 038847 / 637 101
Fax: 038847 / 637 350
eMail: m.mueller@medigreif-ig-boizenburg.de
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie:
CA Dr. Axel Doer
Tel.: 038847 / 637 - 302
Fax: 038847 / 637 - 350
eMail: a.doer@medigreif-ig-boizenburg.de

Hauptkooperationspartner:

Viszeralchirurgie:
Dr. Frank Templin
(= Leiter des DZG)

Gastroenterologie:
Prof. Dr. Ralf Köster
(= stellvertretender Leiter des DZG)

Strahlentherapie:
PD Dr. Stefan Dinges
Praxis für Strahlentherapie
am Klinikum Lüneburg
Bögelstraße 1
21339 Lüneburg
Tel.: 04131 / 77 22 81
Fax: 04131 / 77 22 89
eMail: Stefan.Dinges@klinikum-lueneburg.de

Hämatologie/Onkologie:
Dr. Sven Fastenrath
Gemeinschaftspraxis am Runde Berge
Am Runden Berge 3a
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 / 88655-0
Fax: 04152 / 88655-10
eMail: fastenrath@am-runden-berg.de

Pathologie:
Dr. Anja Peters
Praxis für Pathologie am Klinikum Lüneburg
Bögelstraße 1
21339 Lüneburg
Tel.: 04131 / 77 22 61
Fax: 04131 / 77 22 68
eMail: dr.peters@pathologie-lueneburg.de

Radiologie:
Dr. Arnulf Scheel
HANSERAD Radiologie
Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 / 179 537
Fax: 04152 / 179 575
eMail: mail@hanserad.de

3.1 Zusammensetzung des DZG

Weitere Kooperationspartner:

Psychoonkologie:

Frau Kampmann-Lüdtke
REHA-Klinik Lehmrade GmbH
Gudower Straße 10
23883 Lehmrade
Tel.: 04542 / 806 - xxxx
Fax: 04542 / 806 - xxxx
eMail: xxxx

Sozialdienst:

NN

Schmerztherapie:

Dr. Sittig
Abteilung für Anästhesiologie und Intensivtherapie
des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht
Tel.: 04152 / 179 - xxx
Fax: 04152 / 179 - xxx
eMail: xxxx

Selbsthilfegruppe(n):

NN

Rehabilitation:

Anstehende Aufgaben für das DZG:

- ❖ Konkretisierung der Liste der weiteren Kooperationspartner.²
- ❖ Mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern - insbesondere den Hauptkooperationspartnern - sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Hierbei sind die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren zu berücksichtigen (vgl. Punkt 1.1.3 des zugehörigen Erhebungsbogens).

Physiotherapie:

NN

Physiotherapeutische Abteilung des
Johanniter-Krankenhauses Geesthacht
Tel.: 04152 / 179 - xxx
Fax: 04152 / 179 - xxx
eMail: xxxx

Genetik:

NN

UKE

Adresse

Tel.: xxxx

Fax: xxxx

eMail: xxxx

3.2 Kernaktivitäten

1 Steuerung und Weiterentwicklung des DZG [HA1]

Die Steuerung und Weiterentwicklung des DZG erfolgt durch den **Netzwerkmanager** des DZG. Orientiert an der Zielvorgaben und insbesondere der Ergebnisqualität der Behandlung von Patienten mit Darmkrebs sind die **Strukturen** und **Prozesse** des DZG unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen und strukturellen **Rahmenbedingungen** festzulegen, kontinuierlich zu überwachen (zu managen) und soweit erforderlich weiterzuentwickeln.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- Zur Konkretisierung der anstehenden Aktivitäten wird zum Ende eines Jahres ein Arbeits- und Zeitplan für das kommende Jahr vom Netzwerkmanager in Abstimmung mit dem Lenkungsgremium aufgestellt.

3.2 Kernaktivitäten

2 Sitzungen des Lenkungsgremiums des DZG [HA1]

Oberstes Entscheidungsgremium des DZG ist das Lenkungsgremium (LG). Die Sitzungen des Lenkungsgremiums des DZG sollen in der Regel vierteljährlich stattfinden. Das Lenkungsgremium gibt sich eine *Geschäftsordnung*. Diese regelt insbesondere:

- Anforderung und Aufgaben des LG
- Vorsitz und Protokollführung
- Einberufung und Sitzungsdauer
- Tagesordnung
- Nichtöffentlichkeit der Sitzung
- Beschlussfähigkeit
- Anträge außerhalb der Tagesordnung
- Abstimmung
- Niederschrift.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Die konstituierende Sitzung soll bis Ende 2011 erfolgen.**
(In der Anfangsphase (Jahr 2012) ist von einem erhöhten Sitzungsbedarf auszugehen).

3.2 Kernaktivitäten

3 Strategieplanung und Reporting

[HA1]

Auf Leitungsebene (= Lenkungsausschuss bzw. Vorstand des DZG) ist - analog den fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren - ein jährliches **Review** durchzuführen, in dem zunächst vorrangig folgende Aspekte betrachtet werden:

- Zieldefinition/-bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele
- Tumordokumentation/Ergebnisqualität
- Öffentlichkeitsarbeit/Patienteninformation
- Qualitätsberichterstattung
- Personelle Ressourcen für Zentrumssteuerung bzw. Netzwerkmanagement.

Anstehende Aufgaben für das DZG:

- Die Strategieplanung für 2012 soll im Rahmen der konstituierenden Sitzung erfolgen und mündet in den Arbeits- und Zeitplan für 2012.
- Ein erstes Review ist für Ende 2012 vorzusehen.

3.2 Kernaktivitäten

4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Tumorkonferenz [KA1.2]

Seit der Gründung des DZG findet jeden 2. Mittwoch im Monat eine **Tumorkonferenz** im Johanniter-Krankenhaus Geesthacht statt. An dieser nehmen in der Regel die **Hauptkooperationspartner** teil. Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung sehen für die Tumorkonferenz **besondere Anforderungen** vor.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- Unter Berücksichtigung der fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren ist die Tumorkonferenz zu systematisieren. Hierbei ist eine Zusammenlegung mit der Tumorkonferenz des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg anzustreben.

3.2 Kernaktivitäten

5 Morbiditäts- / Mortalitätskonferenzen [KA1.4, (KA1.3)]

Die Durchführung von Morbiditäts- / Mortalitätskonferenzen dient insbesondere der **Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit**. Gemäß den fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren kann diese Konferenz terminlich mit der Tumorkonferenz gekoppelt werden. Es ist eine Teilnehmerliste zu führen. Besprochen werden sollen **Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf**. Die Konferenzen sind zu protokollieren.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- In 2012 soll eine erste Morbiditäts- / Mortalitätskonferenz durchgeführt werden.

3.2 Kernaktivitäten

6 Kooperation mit den Einweisern

- **Gemeinsame Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen [KA1.4]**

Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen im Rahmen der Interdisziplinären Zusammenarbeit und der Kooperation mit Einweisern und der Nachsorge folgenden **Anforderungen** in Bezug auf Fortbildungsmaßnahmen vor:

- Es sind für das Netzwerk des Darmkrebszentrums mindestens **2 x jährlich Fortbildungsveranstaltungen** anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren. Ein **Fortbildungsplan** ist vorzulegen
- Jeder **Hauptkooperationspartner** hat an mind. 2 Veranstaltungen des Darmkrebszentrums teilzunehmen. Anerkannt werden Q-Zirkel, Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz, Fortbildungen
- Es sind **mindestens 2 x jährlich Veranstaltungen** zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Aufstellen eines Fort- und Weiterbildungsplanes für 2012.**

3.2 Kernaktivitäten

6 Kooperation mit den Einweisern

- **Einweiserbefragung** [KA1.5]

Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen bzgl. der Kooperation mit den Einweisern die Durchführung von **Einweiserzufriedenheitsermittlungen** vor. Hierbei gilt:

- Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren.
- Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Gerade auch zur Förderungen der Zusammenarbeit mit den Einweisern ist für 2012 eine erste Einweiserbefragung vorzusehen**

3.2 Kernaktivitäten

7 Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen [KA3.6]

Auf der Grundlage der fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren ist hierbei folgendes zu berücksichtigen:

- Die Selbsthilfe kann sowohl im Bereich der **Patientenbeteiligung**, der **psychozialen Unterstützung** und als **Interessenvertreter** tätig werden. Und in diesen Bereichen ggf. am Audit teilnehmen.
- Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu **benennen**. Sofern möglich, sollte die Selbsthilfegruppe die spezifischen Bedürfnisse von Darmkrebspatienten betrachten (Stichwort Gleichbetroffenheit). **Schriftliche Vereinbarungen** mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die speziell benannte Punkte beinhalten sollten wie **Zugang** zu SHG in allen Phasen der Betreuung, **Kontaktdaten**, Auslage von **Informationsbroschüren** der SHG, **Räumlichkeiten** am DZ für Patientengespräche, **persönliche Gespräche** (Treffen) zwischen SHG und DZ.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Einbindung von bestehenden Selbsthilfegruppen unter Berücksichtigung der fachlichen Anforderungen in das DZG.**

3.2 Kernaktivitäten

8 Patientenbeteiligung und -orientierung

- **Patienteninformationsveranstaltungen** **[KA4.4]**

Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen vor, dass mindestens **1x jährlich** vom Darmkrebszentrum eine Informationsveranstaltung für Patienten und/oder Interessierte durchzuführen ist.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Gerade auch zur Erhöhung des Bekanntheitsgrads sollten in 2012 – wie auch bisher – Patienteninformationsveranstaltungen durchgeführt werden. Hierzu empfiehlt sich vorab die Einbindung von Selbsthilfegruppen in das DZG.**

3.2 Kernaktivitäten

8 Patientenbeteiligung und -orientierung

- **Patientenbefragungen**

[KA3.7]

Essentieller Bestandteil eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagement im Hinblick auf das QM-Element **Patientenorientierung** ist die Befragung der Patienten. Mit der Erfassung der *Patientenmeinung* über die Zufriedenheit respektive Unzufriedenheit mit den wesentlichen Aspekten der stationären Versorgung werden - bei einem sorgfältigen Daten- und insbesondere Analysemanagement - Ansatzpunkte für die Optimierung bzw. Weiterentwicklung der Patientenversorgung geliefert.

Die Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen eine mindestens einmal jährliche Patientenbefragung.

Begonnene Aktivität im DZG:

- Unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Vorlagen des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg ist auf der Basis der Entwurfsfassung des vorliegenden Konzeptes mit der Durchführung einer Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung mit folgender Zielsetzung begonnen worden:
 - Kontinuierliche Beurteilung der Patientenzufriedenheit
 - Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht der Patienten, für die es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagement Verbesserungen/Veränderungen systematisch herbeizuführen.

3.2 Kernaktivitäten

8 Patientenbeteiligung und -orientierung

• **Patienteninformationen**

[KA4.1]

Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen im Rahmen der Patientenbeteiligung bzw. der Informationen der Patienten folgenden Anforderungen vor:

– *Patienteninformation (allgemein):*

- Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Patientenmappe, über die Homepage).
- Die Kooperationspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben.
- Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen.

– *Patienteninformation (fallbezogen):*

Der Patient erhält folgende Dokumente:

- Arztbrief / Entlassungsbrief (incl. Angaben Tumorkonferenz / Behandlungsplan)
- Nachsorgeplan / Nachsorgepass
- Ggf. Studienunterlagen
- Es wird empfohlen, den Patienten eine zentrale/strukturierte Mappe für die Unterlagen zu geben. Das Verfahren für die Bereitstellung der Patienteninformation ist zu standardisieren.

Anstehende Aufgaben für das DZG:

- **Erstellung eines Patientenflyers.**
- **Erstellung einer Patienteninformationsmappe und –broschüre.**
- **Erstellung eines Patientenordners.**

3.2 Kernaktivitäten

8 Patientenbeteiligung und -orientierung

- **Behandlungsplan** [KA2.2, KA3.3]

Eine zentrale Bedeutung in der patientenorientierten Behandlung von Patienten mit Darmkrebs kommt dem *Behandlungsplan* auch *Behandlungspfad* genannt.

Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren schreiben vor, dass der **Behandlungsplan** und das **Tumorkonferenzprotokoll** in der patientenbezogenen **Dokumentation** vorhanden sein.

Anstehende Aufgaben für das DZG:

- **Entwicklung eines standardisierten Behandlungsplanes/-pfades.**
- **Erstellung und Austeilung eines individuellen, auf die Bedürfnisse der Patientin abgestimmten Behandlungsplans/-pfades auf der Basis der evidenzbasierten Behandlungsinhalte (= Patientenpfad)**

3.2 Kernaktivitäten

8 Patientenbeteiligung und -orientierung

- **Entlassungsmanagement**

[KA4.1, KA4.2]

Bei der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Patienten mit Darmkrebs erfolgen in der Regel **häufige Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung** sowie zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen. Insbesondere der Übergang von der stationären (= operativen) Behandlung in die ambulante Nachsorgebehandlung stellt **besondere Anforderungen an das Entlassungsmanagement**.

Seitdem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ist - im Kontext mit der Überwindung der Probleme an den Schnittstellen - dem Entlassungsmanagement eine entscheidende Bedeutung zugemessen worden. So besteht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ein **Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement**. Durch die verbesserte Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten etc. soll damit vor allem der Übergang vom Krankenhaus in eine **sachgerechte Anschlussversorgung** verbessert werden.

- Die fachlichen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen vor, dass **mit jedem Patienten bei der Entlassung ein Gespräch** geführt wird, in dem mindestens folgende Themen angesprochen werden:
 - Therapieplanung
 - Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- **Etablierung eines standardisierten Entlassungsmanagements für Patienten mit Darmkrebs**

3.2 Kernaktivitäten

3.2.9 Qualitätsberichterstattung

Zur Förderung des Bekanntheitsgrades und damit auch zur Steigerung der Fallzahlen im DZG gilt es, regelmäßig über ausgewählte Qualitätsaspekte der Behandlung von Patienten mit Brustkrebs öffentlichkeitswirksam zu berichten. Hierbei kann wiederum Anleihe bei der gut etablierten Qualitätsberichterstattung (QBE) des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg genommen werden.

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- ❖ Konzeptionierung und Etablierung einer Qualitätsberichterstattung.

3.2.10 Transparenz und Öffentlichkeit

Ebenfalls zur Förderung des Bekanntheitsgrades und damit auch zur Steigerung der Fallzahlen im DZG gilt es eine Homepage aufzubauen und kontinuierlich zu pflegen.¹¹

Anstehende Aufgabe für das DZG:

- ❖ Aufbau und Pflege einer Homepage.

Tagesordnung:

1. Begrüßung

Dr. Frank Templin,
Leiter des DZG

2. Aktuelles Konzept (Phase 1) des DZG

Dr. F.-Michael Niemann,
Netzwerkmanager und Vorsitzender des LG des DZG

3. Arbeits- und Zeitplan für 2012

Dr. F.-Michael Niemann

4. Verschiedenes

3. Arbeits-
und
Zeitplan

für
2012

Maßnahme	Jan 2012	Feb 2012	Mrz 2012	Apr 2012	Mai 2012	Jun 2012	Jul 2012	Aug 2012	Sep 2012	Ok1 2012	Nov 2012	Dez 2012
A Umsetzung Konzeption												
Weitergehende Operationalisierung der Ziele / Konkretisierung der Aufgaben zur Überprüfung der Zielerreichung												
Schrittweise Einbeziehung der Kennzahlen für QS und QBE												
Konkretisierung der Liste der weiteren Kooperationspartner												
Schließen von Kooperationsvereinbarungen												
B Kernaktivitäten gemäß Konzept												
B1 Sitzungen des DZG-Lenkungsgremiums		X			X			X			X	
hierbei: Strategieplanung und Reporting												X
B2.1 Tumorkonferenz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
hierbei: Systematisierung der Tumorkonferenz												
B2.2 "Mitgliederversammlung DZG"			X						X			
B3 Morbiditätskonferenz												
Planung												
Durchführung												
B4 Kooperation mit Einweisern												
B4.1 Gemeinsame Fort- u. Weiterbildungsveranstaltungen												
Aufstellen eines Fort- und Weiterbildungsplanes												
B4.2 Einweiserbefragung												
Planung												
Durchführung												
B5 Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen												
Gewinnung von SHGs												
SHG-Sitzungen				X						X		
B6 Patientenbeteiligung und -orientierung												
B6.1 Patienten-Informationsveranstaltung(en)			X						X			
B6.2 Patientenbefragung(en):												
Zeitpunkt t0												
> Datenerhebung												
> Datenerfassung												
> Auswertung/Analysen/Ergebnisaufbereitung			2011	2011						?	?	
Zeitpunkt t1												
> Vorbereitende Maßnahmen t1-Befragung												
> Datenerhebung												
> Datenerfassung												
> Auswertung/Analysen/Ergebnisaufbereitung												
B6.3 Patienteninformationen												
Erstellen eines Patientenflyers												
Erstellen einer Patienteninformationsmappe und -broschüre												
Erstellen eines Patientenordners												
B6.4 Behandlungsplan												
Entwicklung eines standardisierten Behandlungsplanes												
Austeilung												
B6.5 Entlassungsmanagement												
Etablierung eines standard. Entlassungsmanagement für Patienten mit Darmkrebs												
B7 Qualitätsberichterstattung												
Konzeptionierung												
B8 Transparenz und Öffentlichkeit												
Aufbau und Pflege einer Homepage												
C QM im DZG												
Konzeptionierung und Aufbau												
D Netzwerkmanagement												

Tagesordnung:

1. Begrüßung

Dr. Frank Templin,
Leiter des DZG

2. Aktuelles Konzept (Phase 1) des DZG

Dr. F.-Michael Niemann,
Netzwerkmanager und Vorsitzender des LG des DZG

3. Arbeits- und Zeitplan für 2012

Dr. F.-Michael Niemann

4. Verschiedenes