

# Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs

## Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren

Die Anforderungen dieses Erhebungsbogens stellen die Basis für Zertifizierungen von Onkologischen Zentren dar. Die Anforderungen an die Onkologischen Spitzenzentren im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ sind umfassend in den Antragsunterlagen der Deutschen Krebshilfe beschrieben. In dem vorliegenden Erhebungsbogen ist ein Teil der Gesamtanforderungen abgebildet.

**Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren**

**Inkraftsetzung durch Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Krebshilfe am 08.12.2016**

### Verbindlichkeit / Übergangsfristen

Die in der Sitzung Zertifizierungskommission am 29.09.2016 beschlossenen Änderungen können von den Onkologischen Zentren ab sofort angewendet werden.

Die vorgenommenen inhaltlichen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich grün markiert bzw. mit Kommentaren versehen.

## Prolog

In dem vorliegenden Erhebungsbogen sind die Anforderungen an die klinische Versorgung in Onkologischen Zentren und Onkologischen Spitzenzentren (S. 56ff) zusammengefasst.

Damit wird ein wichtiges Ziel des Nationalen Krebsplans zur Umsetzung gebracht, das eine Betreuung der Patienten „unabhängig von der Versorgungsstruktur, also unabhängig davon, in welcher Einrichtung die Behandlung erfolgt, unter gleichen fachlichen Qualitätsanforderungen ermöglicht [...]“<sup>1</sup>. Grundlage des Konzepts ist die nachfolgende Definition zertifizierter Zentren:

„Ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, multi- und interdisziplinären, transsektoralen und ggf. standortübergreifenden Einrichtungen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen), die, sofern fachlich geboten, möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden, bildet ein Zentrum. Zertifizierte Einrichtungen gliedern sich in drei Zertifizierungsstufen:

- Organkrebszentrum (C) ist ein auf ein Organ oder ein Fachgebiet spezialisiertes Zentrum.
- Onkologisches Zentrum (CC) erstreckt sich auf mehrere Organe oder Fachgebiete.
- Onkologisches Spitzenzentrum (CCC) ist ein „Onkologisches Zentrum mit Forschungsschwerpunkten.“<sup>2</sup>

Das beschriebene 3-Stufen-Modell der onkologischen Versorgungsstrukturen wird von der Deutschen Krebshilfe und der Deutsche Krebsgesellschaft innerhalb eines „Nationalen Zertifizierungsprogramms Krebs“ umgesetzt.

Der vorliegende, gemeinsame Erhebungsbogen ist ein Bestandteil in diesem Konzept.

Die Bearbeitung des Erhebungsbogens durch die Zentren und die Abläufe des Zertifizierungsverfahrens/Förderprogramms werden wie bisher durchgeführt.

<sup>1</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Ziel\\_5-Nationaler\\_Krebsplan.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_5-Nationaler_Krebsplan.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Ziel\\_5-Nationaler\\_Krebsplan.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_5-Nationaler_Krebsplan.pdf)

## Strukturanforderungen / Definitionen

### Nachweisstufen Onkologisches Zentrum

#### **Organkrebszentrum (Z)**

= Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs, Gynäkologische Krebserkrankung

#### **Modul (M)**

= Pankreas, HCC, Magen, Kopf-Hals, Neuroonkologie, **Kinderonkologie**

#### **Schwerpunkt (S)**

- I Ösophagus, Magen, Gallenwege, primäre Lebertumore, GIST, Neuroendokrine Tumoren; **Dünndarm-Tumoren**
- II Maligne Tumoren des muskuloskelettalen Systems (inkl. Weichteilsarkome)
- III CUP, lokal therapierbare Metastasen (sofern der Primärtumor nicht innerhalb eines Organkrebszentrums behandelt wird), spezielle palliative Fragestellungen bei fortgeschrittenen metastasierten Tm
- IV Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, **neuroendokrine Tm**, NN)
- V Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen
- VI Niere, **Nebenniere**, Harnblase, Hoden und Penis

Die in den Schwerpunkten I – VI aufgeführten Tumoren sollen Schritt für Schritt weiterentwickelt werden. Tumoren, die in der Liste der Schwerpunkte aufgeführt sind, können nicht als Transit (= „T“) in den Geltungsbereich der OZ eingebracht werden, sondern ausschließlich als Schwerpunkt.

#### **Transit (T)**

Sofern ein Zentrum für eine Tumorentität die Primärfallanforderungen an ein Organkrebszentrum (Z) bzw. ein Modul (M) noch nicht erfüllt, besteht die Möglichkeit, dieses Organ transitorisch (Nachweisstufe „Transit“) im Rahmen des Onkologischen Zentrums zertifizieren zu lassen. Ziel dieser Nachweisstufe ist die Weiterentwicklung zu einem zertifizierten Organkrebszentrum (Z) bzw. Modul (M) innerhalb von 3 Jahren.

#### Anlage Tumorentität

Für die Tumorentitäten, die als Schwerpunkt oder Transit in den Geltungsbereich des OZ eingebracht werden sollen, müssen die Kliniken ihre fachlichen Behandlungskonzepte und Qualifikationen für die Diagnostik und Therapie der Erkrankung anhand der Vorlage „**Anlage Tumorentität**“ darlegen.

## Strukturanforderungen / Definitionen

	Erstzertifizierung	Rezertifizierung (nach 3 Jahren)
Anzahl Organkrebszentren (Z) und/oder Module (M)	2	3
Geltungsbereich gemäß Zertrechner	$\geq 50\%$	$\geq 50\%$
Geltungsbereich im Versorgungsumfang	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$
Anerkennung Nachweisstufe „T“	Max. 2 Organe pro Zentrum bis zur Rezertifizierung	Max. 1 Organ pro Zentrum für wei- tere 3 Jahre nach Rezertifizierung

### Berechnungsformeln

Die Berechnung der nachfolgenden Strukturanforderungen erfolgt automatisch durch den „Zertrechner“.

$$\text{Geltungsbereich} = Z + M + S + T > 50\%$$

$$\text{Versorgungsumfang} = Z + M + S + T + V$$

$$\text{Geltungsbereich im Versorgungsumfang} = \frac{Z + M + S + T}{Z + M + S + T + V} > 70\%$$

Bei Mehrstandortigen Zentren ist der „Geltungsbereich“ nicht pro Standort, sondern pro Zentrum nachzuweisen. Der „Geltungsbereich im Versorgungsumfang“ ist dagegen von jedem Standort eigenständig nachzuweisen.

## Zertrechner Onkologisches Zentrum

Der „Zertrechner Onkologisches Zentrum“ ist offizieller Teil der Zertifizierungsanfrage sowie des Erhebungsbogens. In diesem Zertrechner wird der Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums verbunden mit den jeweiligen Nachweisstufen definiert. Der Zertrechner ist unter [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de) (Abschnitt „Onkologisches Zentrum“ verfügbar).

Tumorentitäten		Krebsneuerkrankungen <sup>1)</sup>	Anteil	Nachweisstufe / Mindestprimärfälle			
			in %	Z	M	S	T
1	Darm	65.390	16,44%	50			25
2	Pankreas	14.960	3,76%		25		13
3.1	Magen (S1)	15.870	3,99%		30	--- <sup>2)</sup>	15
3.2	HCC (S1)	8.020	2,02%		30	--- <sup>2)</sup>	15
4	Speiseröhre (S1)	6.180	1,55%			--- <sup>2)</sup>	
5	Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S1) (Gallenwege, GIST, Neuroendokrine Tumoren, Dünndarm-Tumoren)	4.650	1,17%			--- <sup>2)</sup>	
6	Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Neuroendokrine Tumoren, Nebenniere)	5.870	1,48%			--- <sup>2)</sup>	
7	Lymphom (S5)	15.780	3,97%			--- <sup>2)</sup>	
8	Leukämie (S5)	11.420	2,87%			--- <sup>2)</sup>	
9	Hämatologische Systemerkrankungen (S5) (Plasmozytom, u.a.)	5.630	1,42%			--- <sup>2)</sup>	
10	Mamma	72.180	18,15%	100			50
11	Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren)	26.280	6,61%	50			25
12	Haut (Invasives malignes Melanom, maligne epitheliale Tumoren)	17.800	4,48%	40 140			20 70
13	Prostata	63.440	15,95%	100			50
14	Hoden, Penis (S6)	5.660	1,42%			--- <sup>2)</sup>	
15	Niere (S6)	14.500	3,65%			--- <sup>2)</sup>	
16	Harnblase (S6)	15.970	4,02%			--- <sup>2)</sup>	
17	Muskuloskeletale Tumoren (S2) (inkl. Weichteilsarkome)	1.000	0,25%			--- <sup>2)</sup>	
18	Kopf-Hals-Tumoren (Oberer Aerodigestivtrakt, Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf)	17.130	4,31%		75		37
19	Neuroonkologische Tumoren	10.000	2,51%		100		50
<b>Gesamt</b>		<b>397.730</b>	<b>100%</b>				
20	Lunge	49.530	12,45%	200			100
<b>Gesamt mit Lunge</b>		<b>447.260</b>	<b>112,45%</b>				

<sup>1)</sup> Modifizierte RKI-Liste 2008

<sup>2)</sup> Momentan keine Mindestanforderungen an Primärfälle für Nachweisstufe "S" definiert

**Angaben zum Onkologischen Zentrum**

Onkologisches Zentrum \_\_\_\_\_

Leiter des Onkologischen Zentrums \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

Klinikum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**QM-Systemzertifizierung**

QM-Standard  ISO 9001  KTQ / proCum Cert  Joint Commission

Zertifizierungsstelle QM \_\_\_\_\_

**Im Onkologischen Zentrum (OZ) integrierte Organkrebszentren / Module**

Organkrebszentrum/ Modul	Leitung des Zentrums	Erstzertifizierung geplant	Zertifiziert seit

Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums sind bei OnkoZert in einem so genannten Stammbblatt registriert. Diese Registrierung ist Voraussetzung, um Teil des Onkologischen Zentrums zu sein. Das Stammbblatt kann bei OnkoZert angefragt werden.

**Erstellung /Aktualisierung**

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

Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

## Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeine Angaben zum Onkologischen Zentrum
  - 1.1 Struktur des Netzwerks
  - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
  - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
  - 1.4 Psychoonkologie
  - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
  - 1.6 Patientenbeteiligung
  - 1.7 Studienmanagement
  - 1.8 Pflege
  - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
  
- 2 Organspezifische Diagnostik
  - 2.1 Sprechstunde
  - 2.2 Diagnostik
  
- 3 Radiologie
  
- 4 Nuklearmedizin
  
- 5 Operative Onkologie
  - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
  - 5.2 Organspezifische operative Therapie
  
- 6 Medikamentöse / Internistische Onkologie
  - 6.1 Hämatologie und Onkologie
  - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
  
- 7 Radioonkologie
  
- 8 Pathologie
  
- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
  - 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung
  - 9.2 Stationäres Hospiz
  - 9.3 Palliativstation
  
- 10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität
  
  
- A Entwicklung/Vernetzung der onkologischen Versorgung
- B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren
  
  
- Anlage:
  1. Liste der Leitlinien
  2. Studienorganigramm/Studienliste
  3. Matrix Tumordokumentation
  4. Verteiler / Beteiligte Fachgesellschaften

**Zentrumsmatrix**

Organkrebszentren / Organgruppen

	Darm	Pankreas	Magen	HCC	Speiseröhre	Sonst. Gastrointestinale Tumoren	Endokrine Malignome	Lymphom	Leukämie	Hämatol. Systemerkrankungen	Mamma	Gyn. Tumoren	Haut	Prostata	Hoden, Penis	Niere	Harnblase	Muskuloskeletale Tumoren	Kopf-Hals-Tumoren	Neuroonkolog. Tumoren	Lunge	Kinderonkologie	
Nachweisstufe																							
QM-System																							
1.1 Struktur des Netzwerks																							
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit																							
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge																							
1.4 Psychoonkologie																							
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation																							
1.6 Patientenbeteiligung																							
1.7 Studienmanagement																							
1.8 Pflege																							
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche																							
2 Organspezifische Diagnostik/Therapie																							
3 Radiologie																							
4 Nuklearmedizin																							
5 Operative Onkologie																							
6 Medikamentöse Onkologie																							
7 Radioonkologie																							
8 Pathologie																							
9 Palliativversorgung / Hospizarbeit																							
10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität																							

Zentral	„Zentral“ im Onkologischen Zentrum geregelt Gemeinsame Organisation für verschiedene Organe und koordinierende Fachbereiche
Fachbereichsbezogen	Wird von 1 koordinierenden Fachbereich für mehrere Organe geregelt
Organspezifisch	Wird „eigenständig“ von einem Bereich des Onkologischen Zentrums gelöst; „dezentraler Ansatz“
	Versorgungsbereich ist für entsprechendes Organ nicht relevant bzw. Versorgung findet bezogen auf ein Organ nicht statt

Nachweisstufe	
Z	Organkrebszentrum
M	Module
S	Schwerpunkte
T	Transfer-/Transitzentren
V	Aktive Versorgung, jedoch in Geltungsbereich Zertifizierung nicht betrachtet
n	Keine Versorgung dieses Organs im Sinne des Zentrumsgedankens



## 1. Allgemeine Angaben zum Onkologischen Zentrum

### 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.1.1	<p>Zentrumsmatrix In der Zentrumsmatrix sind die Zuständigkeiten für die Hauptanforderungen festzulegen.</p> <p>„Zentrale“ Zuständigkeit Dies bedeutet, dass bestimmte Leistungen/ Anforderungen des Organkrebszentrums oder der Fachabteilung zentral erbracht werden.</p> <p>„Dezentrale“ Zuständigkeit Unabhängig von zentralen Lösungen werden bestimmte Anforderungen eigenständig gelöst und erbracht.</p> <p>Mischformen „zentral“ und „dezentral“ möglich.</p>		
1.1.2	<p>Lenkungsgremium/ Leiter OZ Es ist ein Lenkungsgremium einzurichten, in dem die zentralen Zuständigkeiten organisiert und gesteuert werden.</p> <p>In dem Lenkungsgremium sind ein Leiter und ein Stellvertreter für das Zentrum zu benennen. Der Leiter des OZ und sein Stellvertreter sollen eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore einschließlich der Palliativmedizin besitzen.</p> <p>Die Arbeitsweise des Lenkungsgremiums wird in einer Geschäftsordnung definiert. Hierzu werden insbesondere folgende Aussagen gemacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahl und Benennung der Mitglieder (Empfehlung: Leiter der Organkrebszentren/ Module sowie Vertreter weiterer sonstiger Fachbereiche</li> <li>• Arbeitsweise des Lenkungsgremiums (Entscheidungswege)</li> <li>• Definition Zielsetzung, Ausrichtung und Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums; Erstellung und Verbreitung eines Leitbildes</li> <li>• Einbindung der Organkrebszentren</li> <li>• Benennung eines zentralen Zentrumskoordinators</li> <li>• Mitwirkung/ Aufgaben der zentralen QM-Abteilung</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• <del>Finanzplan/ Controllingbericht (für die zentralen Funktionen)</del></li> <li>• Jahresreview</li> <li>• Zusammenarbeit mit externen/ überregionalen Stellen (Krebsregister, Stiftungen, ....)</li> <li>• Erstellung und Aktualisierung der Kooperationsvereinbarungen für die „zentralen Zuständigkeiten“</li> <li>• Führung eines Aktionsplanes</li> <li>• Initiierung von Qualitätszirkel</li> </ul> <p>Farblgende: <del>Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>		

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.1.3	<p>Zentrumskoordinator – Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung Sitzung Lenkungsgremium</li> <li>• Koordination interne/externe Audits</li> <li>• Überwachung der Fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung</li> <li>• Kommunikationsschnittstelle</li> <li>• Steuerung/ Überwachung der vom Lenkungsgremium eingeleiteten Aktionen</li> </ul>	
1.1.4	<p>Jahresreview</p> <p>In dem Jahresreview sind durch das Lenkungsgremium folgende Punkte zu betrachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zieldefinition/ -bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele</li> <li>• Einzelbewertung der zentralen Zuständigkeiten (in Verbindung mit Zielbetrachtung)</li> <li>• Betrachtung von Auditergebnissen (intern/extern)</li> <li>• Das Jahresreview ist zu protokollieren (inkl. Aktualisierung des Aktionsplanes).</li> </ul>	
1.1.5	<p><del>Finanzplan/ Controllingbericht</del></p> <p><del>Es wird empfohlen, folgende Themen hierbei zu betrachten:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <del>Fortbildungsbudget</del></li> <li>• <del>Drittmittel und deren Verwendung, z.B. Tumorboards, interdisziplinäre Ambulanz/ Sprechstunde, Case-Manager (wenn vorhanden)</del></li> <li>• <del>Finanzierung supportive Bereiche</del></li> <li>• <del>Öffentlichkeitsarbeit/ Patienteninformation</del></li> <li>• <del>Tumordokumentation, z.B. zentrales IT-System</del></li> <li>• <del>Personelle Ressourcen für Zentrumssteuerung (Zentrumskoordinator bzw. QMB)</del></li> <li>• <del>QM/ SOP-Erstellung (wenn vorhanden)</del></li> <li>• <del>Studien (Kosten/ Erlöse)</del></li> <li>• <del>Investitionsplanung</del></li> </ul> <p><del>Der Finanzplan sollte sich auf einen Zeitraum von mind. 3 Jahren beziehen.</del></p> <p><del>Der/ die Träger des Zentrums stellen ausreichende finanzielle Mittel/ Ressourcen zur Verfügung um die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zu erfüllen.</del></p> <p><del>Farblgende:    Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>	
1.1.6	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Es ist mit den in Kooperation stehenden externen Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen. Interne Koopera-</p>	

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	tionen sind über Dienstverträge geregelt.		
	<p>Mitglieder eines OZ: Kooperationsvereinbarungen sind für alle Mitglieder (registriert) eines Onkologischen Zentrums erforderlich. Das betrifft z.B. folgende Fachbereiche:</p> <p>Ambulante onkologische Pflege, Apotheke, Ernährungsberatung, Genetische Beratung, Hämatologie und Onkologie, Hospiz, Operative und Medikamentöse Onkologie, Palliativmedizin, Pathologie, Physiotherapie, Psychoonkologie, Radiologie, Radioonkologie, Schmerztherapie, Seelsorge, Selbsthilfe, Sozialdienst</p>		
	<p>Davon obligate Mitglieder eines OZ (=Hauptkooperationspartner): Gleichberechtigte Leistungserbringer, die sich einer Qualitätsüberprüfung (Audit) unterziehen, und obligat bei Tumorkonferenzen anwesend sein müssen. z.B. Hämatologie u. Onkologie, Operative und Medikamentöse Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie</p>		
1.1.7	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Folgende Punkte sind zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen</li> <li>• Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien</li> <li>• Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation</li> <li>• Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits</li> <li>• Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten</li> <li>• Einhaltung Schweigepflicht</li> <li>• Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage)</li> </ul>		
1.1.8	<p>Tumorkonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbindliche Teilnahme</li> <li>• Sicherstellung Verfügbarkeit Facharzniveau</li> <li>• Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)</li> </ul> <p>Ersteller der Kooperationsvereinbarungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Zentrale“ Zuständigkeit: Lenkungsgremium</li> </ul>		

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Dezentrale“ Zuständigkeit: jeweiliger Fachbereich</li> </ul> <p>Überwachung/ Aktualisierung Aktualität ist jährlich zu überprüfen (siehe auch Jahresreview).</p>		
1.1.9	<p>QM-Zertifizierung Bei Erstzertifizierung sollte das OZ über ein zertifiziertes QM-System verfügen.</p> <p>Anerkannte Standards sind: ISO 9001, KTQ, proCum Cert, Joint Commission und QEP (Praxen) sowie apothekenspezifisches QM in der Zytostatika-Herstellung (DGOP). Bei Pathologien auch Akkreditierung nach ISO/IEC17020.</p>		
1.1.10	<p>Darstellung Organkrebszentren, Onkologisches Zentrum und CCC</p> <p>Die Struktur der Zentren ist gesamtheitlich darzustellen und öffentlich bekanntzumachen (z.B. Internet). Dies umfasst auch die Benennung sämtlicher interner/ externer Kooperationspartner mit folgenden Angaben: - Name, Anschrift des Kooperationspartners - Ansprechpartner mit Tel./ E-Mail-Kontakt</p>		
1.1.11	<p>Zentrumshandbuch Es ist ein Zentrumshandbuch zu erstellen, aus dem detailliert hervorgeht, wie die Anforderungen im Erhebungsbogen erfüllt werden (inkl. der in den einzelnen Kapiteln des Erhebungsbogens geforderten Prozessbeschreibungen/ Patientenfade). Im Erhebungsbogen selber ist eine Kurzbeschreibung anzugeben mit einem Kapitelverweis auf das Zentrumshandbuch. Sind die Anforderungen bereits in bestehenden Regelungen/ Handbüchern beschrieben, dann ist im Erhebungsbogen und Zentrumshandbuch auf diese zu verweisen.</p>		
1.1.12	<p>Internes Audit Das Onkologische Zentrum ist einmal jährlich einem Internen Audit zu unterziehen, bei dem die Erfüllung der Fachlichen Anforderungen aus diesem Erhebungsbogen überprüft wird.</p>		
1.1.13	<p>Fortbildungen Es sind für die Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung anzubieten. Diese Fortbildungen sollten geeignet sein, die an die Kooperationspartner gestellten Anforderungen an die Fortbildung in Teilen zu entsprechen. Inhalte/ Ergebnisse sowie der Teilnahme sind zu protokollieren. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen. Kann zusammen mit Fortbildungsveranstaltungen mit Niedergelassenen erfolgen.</p>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.2.1	Die Anzahl der behandelten Pat. für jede Tumorentität muss aufgeführt werden.	Darlegung im Zertrechner	
1.2.2	Ein zentrales Eingangsportal innerhalb des OZ ist wünschenswert		
1.2.3	Varianten Tumorkonferenzen Sofern es unterschiedliche Varianten der Tumorkonferenzen gibt, sind die Unterschiede und Besonderheiten (Teilnehmerkreis, Zyklus, ...) zu beschreiben. Unterschiedliche Varianten können z.B. entstehen durch eine spezielle Betrachtungsweise für die prätherapeutische Behandlungsplanung.		
1.2.4	Zyklus/ Teilnehmer Es muss mindestens 1x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden.		
	Alle Tumorpatienten sind in der Tumorkonferenz vorzustellen (organspezifische Anforderungen Zentren, Module, Schwerpunkte sind zu berücksichtigen), Ausnahmen sind zu begründen. <del>Unter speziellen Voraussetzungen ist die Durchführung der Tumorkonferenz als Videokonferenz zulässig (siehe Dokument „Basisinformation Zertifizierung“).</del> Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperationspartner, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann. Für Standard-Fragestellungen ist eine zu dokumentierende Konsentierung auf elektronischem Wege – optimaler Weise vor der persönlich stattfindenden Tumorkonferenz – möglich.  Farblegende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del>		
	Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz zwingend: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostisches, operatives und ggf. organspezifisch-medikamentöses Fachgebiet (organspezifisch)</li> <li>• Radioonkologie</li> <li>• Hämatologie und Onkologie</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Pathologie</li> </ul>		
	Je nach Bedarf sind weitere Fächer und Berufsgruppen in die Tumorkonferenz einzubeziehen (z.B. Apotheker, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Palliativmedizin, Pflege, Psychoonkologie, spezielle Schmerztherapie, Studienkoordination).		
	Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon an mind. 30% der Tumorkonferenzen teilzunehmen.		
	Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensweisung zu beschreiben		
1.2.5	Demonstration Bildmaterial Patientenbezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss bei der Konferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein. Eine EDV-gestützte Darstellung ist ausreichend.		
1.2.6	Vorbereitung Tumorkonferenz <ul style="list-style-type: none"> <li>Die wesentlichen Patientendaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpatienten ist vorzunehmen.</li> <li>Es sind alle Patienten mit Rezidiven und Metastasen vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben.</li> </ul> Quoten für die Vorstellung werden organspezifisch festgelegt.		
1.2.7	Protokoll Tumorkonferenz <ul style="list-style-type: none"> <li>Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“).</li> <li>Das Protokoll Tumorkonferenz muss Teil der Patientenakte sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen.</li> <li>Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden.</li> </ul>		
1.2.8	Ergebnis Tumorkonferenz Patient muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden  Patienteninformation (fallbezogen): Der Patient erhält <ul style="list-style-type: none"> <li>Nachsorgeplan (wenn vorhanden)/ Nachsorgepass</li> <li>Und auf Wunsch folgende Dokumente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan</li> <li>Arztbrief/ Entlassungsbrief</li> <li>Ggf. Studienunterlagen</li> </ul> </li> </ul>		
1.2.9	Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen ist eine einmalige verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz sicherzustellen (Auffrischung alle 3		



## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Jahre):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie</li> <li>Mitarbeiter Sozialdienst, Psychoonkologie und Apotheke</li> <li>Onkologische Fachpflegekraft sowie mind. 2 Pflegekräfte pro Behandlungseinheit</li> <li>Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt.</li> </ul>		
1.2.10	<p>Behandlungsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für alle Patienten ist ein individualisierter interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen. Dies betrifft auch Patienten, die keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden.</li> <li>Es wird eine einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan und Tumorkonferenzprotokoll empfohlen.</li> </ul>		
1.2.11	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend.</li> <li>Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen.</li> <li>Wird eine Therapie auf Wunsch des Patienten (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.</li> </ul>		
1.2.12 a)	<p>Metastasentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorstellung aller metastasierten Patienten in der Tumorkonferenz</li> <li>Darstellung der Behandlungsstrategien mit Zuständigkeiten für die verschiedenen Metastasen-Lokalisationen (Leber, Lunge, Skelett, Gehirn, ...)</li> <li>Definition der Behandlungswege (Patiententransfer in anderen Fachbereich, Dokumentation und geregelter Informationsaustausch)</li> </ul>		
1.2.12 b)	<p>Für Patienten mit nicht-heilbarer Erkrankung Innerhalb des OZ ist im Geltungsbereich festzulegen, wie die Einbindung der Palliativversorgung in den Behandlungsprozess geregelt ist.</p>		
1.2.13 a)	<p>Patientenpfade</p> <p>Für alle in dem OZ behandelten Tumorentitäten sind Patientenpfade zu erstellen, die das Vorgehen vom Eintritt der Patienten in das Zentrum bis zum Abschluss der Betreuung abbilden (Unter besonderer Berücksichtigung der interdisziplinären und transsektoralen Zusammenarbeit).</p>		
1.2.13 b)	<p>Fertilitätserhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Allen Patientinnen u. Patienten mit einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie</li> </ul>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>(OP, Radiatio, System. Therapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitäts-konservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen.</li> </ul>		
1.2.14	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel werden durch das Lenkungsgremium in Absprache mit den beteiligten Fachdisziplinen definiert</li> <li>• Die obligaten Mitglieder/ Hauptkooperationspartner des OZ haben obligat an QZ teilzunehmen bzw. haben solche zu initiieren</li> <li>• Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen onkologische Themen als eine der Schwerpunkte betrachtet werden.</li> <li>• Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenz werden als Qualitätszirkel ebenfalls anerkannt</li> <li>• Eine Teilnehmerliste wird geführt.</li> <li>• Organisation und Protokollierung durch Zentrumskoordinator oder QM-Beauftragten.</li> <li>• Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/ Verbesserung des Onkologischen Zentrums geeignet erscheinen.</li> </ul> <p>Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ein Qualitätszirkel stattgefunden haben. Das Ergebnis des Qualitätszirkels ist zu protokollieren.</p>		
1.2.15	<p>Zentrale Liste der Leitlinien</p> <p>Es ist eine Liste der Leitlinien (gemäß Anlage 1) zu führen, zu deren Umsetzung sich die entsprechende Fachdisziplin verpflichtet. In der Liste ist für jede Leitlinie ein Verantwortlicher zu benennen.</p>		
1.2.16	<p>Aufgaben des Leitlinienverantwortlichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überwachung der Aktualität und Weiterentwicklung</li> <li>• Bekanntgabe der Leitlinieninhalte an neue Mitarbeiter (Beschreibung der Art der Bekanntgabe sowie der Protokollierung)</li> <li>• Überwachung der Leitlinienumsetzung (z.B. Leitlinienaudit, Datenmonitoring)</li> </ul> <p>Bei Leitlinienänderung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematische, zeitnahe und nachweisliche Bekanntgabe von Änderungen (protokolliert z.B. in Form von Fortbildungen, Q-Zirkeln)</li> <li>• Änderung von internen Abläufen/ Vorgaben aufgrund der geänderten Leitlinien</li> </ul>		



## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.2.17	<p>Behandlungsfehler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerichtlich und außergerichtlich (Gutachter-/Schlichtungskommission) festgestellte Behandlungsfehler sind dem Zertifizierer im Vorfeld der Zertifizierung aufbereitet vorzulegen.</li> <li>• Im Rahmen einer folgenden Zertifizierung sind besonders die Re-/ Aktionen des Zentrums, die aus den Verfahren resultieren, zu betrachten.</li> <li>• Darstellungszeitraum ist das für das Audit relevante Kalenderjahr.</li> <li>• Eine Nichterfüllung wird als Abweichung gewertet.</li> </ul>		

## 1.3 Kooperationen Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.3.1	<p>Kooperierende Einweiser</p> <p>Es ist eine Liste der kooperierenden Einweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Onkologischen Zentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren.</p> <p>Pflichten des Onkologischen Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen, wenn deren Patienten vorgestellt werden.</li> <li>• Einweiser ist Möglichkeit einzuräumen, Patienten in der Tumorkonferenz vorzustellen</li> </ul>		
1.3.2	<p>Ansprechpartner</p> <p>Die Ansprechpartner des Onkologischen Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekanntzugeben (z.B. Telefon, E-Mail). Dies kann mit der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.</p>		
1.3.3	<p>Bereitstellung von Unterlagen</p> <p>Dem Einweiser sind folgende Unterlagen zeitnah bereitzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histologie (mit Befundnummer)</li> <li>• Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan</li> <li>• OP-Bericht (optional)</li> <li>• Arztbrief/ Entlassungsbrief</li> <li>• Änderungen der Therapie</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
1.3.4	<p>Rückmeldesystem</p> <p>Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/ Fragen/ Komplikationen der Einweiser einzurichten.</p>		
1.3.5	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufrieden-</li> </ul>		

### 1.3 Kooperationen Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>heitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.</li> </ul>		
1.3.6	<p>Fortbildungen</p> <p>Es sind mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/ Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.</p>		

### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diplom-Psychologen oder</li> <li>Ärzte</li> </ul> <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologische Fortbildung (s.u.) (Nachweis erforderlich)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplompädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. psychoonkologischen Qualifizierung zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p> <p>Psychoonkologische Fortbildung: von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von &gt;100 Unterrichtseinheiten</p>		
1.4.2	<p>Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>		
1.4.3	<p>Psychoonkologie - Ressourcen</p> <p>Mind. 0,5 VK stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).</p> <p>Anforderungen der Organkrebszentren/ Module sind gesondert zu betrachten</p> <p>Empfehlung: Für koordinierende und wissenschaftliche Aufgaben sind ggf. weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z.B. Dokumentationsassistenten)</p>		
1.4.4	<p>Umfang der Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anzahl der Patienten, welche eine</li> </ul>		

#### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen</li> </ul>		
1.4.5	<p>Räumlichkeiten</p> <p>Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>		
1.4.6	<p>Organisationsplan</p> <p>Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.</p>		
1.4.7	<p>Psychoonkologie - Aufgabenprofil</p> <p>Die psychoonkologische Betreuung von Patienten ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostische Abklärung nach positivem Screening</li> <li>Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> <li>Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>Erhalt der Lebensqualität</li> <li>Berücksichtigung des sozialen Umfeldes</li> <li>Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> <li>Öffentlichkeitsarbeit (Patientenveranstaltung o.ä.)</li> <li>Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels</li> </ul> <p>Empfohlen wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren.</li> <li>eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich</li> <li>die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte).</li> <li>Regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen</li> <li>Kooperation mit Sozialdienst und anderen Zentren</li> <li>Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote</li> <li>Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.</li> </ul>		
1.4.8	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie)</p>		

#### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	durchzuführen. Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.		
1.4.9	Fort-/ Weiterbildung/ Supervision <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</li> <li>• Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich)</li> </ul>		

#### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.5.1	Sozialarbeit - Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge</li> <li>• Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich</li> <li>• Zusatzqualifikation</li> <li>• Erfahrung in medizinischen/onkologischen Berufsfeld</li> </ul>		
1.5.2	Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich).Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
1.5.3	Ressourcen Es sind adäquate Ressourcen für die Sozialarbeit vorzuhalten.		
1.5.4	Umfang Patientenbetreuung Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.		
1.5.5	Räumlichkeiten Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.		
1.5.6	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.		
1.5.7	Inhalte der Beratung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen</li> <li>• Einleitung von medizinischen RehaMaßnahmen</li> <li>• Beratung in sozialrechtlichen Fragen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile uvam.)</li> <li>• Unterstützung bei Antragsverfahren</li> <li>• Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten und Weiterver-</li> </ul>		

### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>mittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration</li> <li>• Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern</li> <li>• Intervention bei Notfällen</li> </ul>		
1.5.8	<p>Weitere Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit</li> <li>• Teilnahme an Stations- und Tumorkonferenzen, Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.</li> </ul>		
1.5.9	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu dokumentieren (z.B. Lexsoft; ISH-med; DVSG Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen) und zu evaluieren.</p>		
1.5.10	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <p>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</p>		
1.5.11	- Kapitel nicht belegt -	-----	
1.5.12	<p>Patientenbezogene Auswahl Reha-Einrichtungen</p> <p>Die Auswahl der Reha-Einrichtung hat entsprechend der Versorgungsbedürfnisse des Patienten bedarfsgerecht zu erfolgen. Dokumentation der Beratungsgespräche über Nachweis des AHB-Antrages</p>		
1.5.13	<p>Information Reha-Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsmaterial über die einzelnen Reha-Einrichtungen muss zur Verfügung stehen</li> <li>• Die Besonderheiten/ Schwerpunkte der jeweiligen Reha-Einrichtung bei der Versorgung der onkologischen Patienten müssen bekannt und transparent sein</li> </ul>		

### 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.6.1	<p>Patientenbefragungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. alle 3 Jahre wird einmal über 3 Monate allen Patienten die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen.</li> <li>• Die Rücklaufquote sollte über <del>30</del> 50% betragen (bei Unterschreitung <b>Ergebnis bewerten Maßnahmen einleiten</b>).</li> </ul> <p>Farblgende: <b>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>		
1.6.2	<p>Auswertung Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen.</li> </ul>		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Onkologischen Zentrums zu beziehen.</li> <li>Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen.</li> <li>Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen.</li> </ul>		
1.6.3	<p>Patienteninformation (allgemein)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Patientenmappe, über die Homepage).</li> <li>Die Kooperationspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben.</li> <li>Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha/ AHB, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen</li> </ul>		
1.6.4	<p>Entlassungsgespräch</p> <p>Mit jedem Patienten wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Therapieplanung</li> <li>Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)</li> <li>Ggf. „Patientenleitlinie“ <a href="http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de">www.leitlinienprogramm-onkologie.de</a>, Flyer Selbsthilfe</li> </ul>		
1.6.5	- Kapitel nicht belegt -	-----	
1.6.6	<p>Veranstaltung für Patienten</p> <p>Es ist mind. 1x jährlich vom Onkologischen Zentrum eine Informationsveranstaltung für Patienten und/oder Interessierte durchzuführen. Wenn möglich in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.</p>		
1.6.7	<p>Beschwerdemanagement</p> <p>Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Patienten erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.</p>		
1.6.8	<p>Selbsthilfegruppen</p> <p>Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Onkologische Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Ansprechpartner muss benannt sein</li> <li>Die Aufgaben der Selbsthilfegruppen können nur von Mitgliedern der Selbsthilfegruppen wahrgenommen werden</li> </ul>		



## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ...)</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüre, Homepage des OZ)</li> <li>• Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen</li> <li>• Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am OZ für Patientengespräche</li> <li>• Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin.</li> <li>• persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Onkologischen Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren.</li> <li>• Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe</li> </ul>	

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.7.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums nachzuweisen, der Studien für Tumorpatienten anbietet bzw. durchführt. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.</p>	
1.7.2	<p>Prüfarzt/ Studienbeauftragter Sind in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. Prüfarzt und Studienbeauftragter können in einer Person vereint sein.</p> <p>Definition Prüfarzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemäß AMG (§40) verantwortlich für die Studiendurchführung</li> <li>• mindestens zweijährige Erfahrung in der klinischen Prüfung von Arzneimitteln</li> </ul> <p>Definition Studienbeauftragter</p>	

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von dem Prüfarzt benannter Arzt</li> <li>• Prüfarzt delegiert Aufgaben an den Studienbeauftragten</li> <li>• sofern ein Studienbeauftragter neu benannt wird, dann ist eine spezifische Studienfortbildung nachzuweisen</li> </ul>		
1.7.3	<p>Studienassistentz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen.</li> <li>• Diese kann in Ausnahmen für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.</li> </ul>		
1.7.4	<p>Studienassistentz - Qualifikation</p> <p>Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheit-/ Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentzfunktion nachzuweisen.</p> <p>Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragter die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.</p>		
1.7.5	<p>Studienassistentz - Aufgaben</p> <p>Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen-/ Funktionsbeschreibung) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Studien gemeinsam mit Prüfarzt</li> <li>• rekrutieren, registrieren und die unterstützende Aufklärung von Patienten</li> <li>• Patientenbetreuung während der Studie und in der Nachsorge</li> <li>• Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation</li> <li>• Erhebung und die Dokumentation aller studienrelevanten Daten</li> <li>• Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen</li> <li>• Vertretungsregelung</li> </ul> <p>Die Tätigkeit der Studienassistentz kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.</p>		
1.7.6	<p>Zusammenarbeit Studienassistentz - Prüfarzt</p> <p>Direkte Verfügbarkeit des Prüfarztes bzw. Studienbeauftragten für die Studienassistentz ist sicherzustellen (Nachweis z.B. über regelmäßigen Austausch).</p>		
1.7.7	- Kapitel nicht belegt -	-----	



## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.7.8	Studiensekretariat Es sind definierte Räumlichkeiten zuzuordnen, an denen die Dokumentationsdurchführung und -ablage organisiert wird.		
1.7.9	- Kapitel nicht belegt -	-----	
1.7.10	Prozessbeschreibung Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien sind die Prozesse incl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahl neuer Studien incl. Freigabeentscheidung</li> <li>• Interne Bekanntgabe neuer Studie (Aktualisierung Studienliste (siehe Anlage 2), ...)</li> <li>• Qualifizierung der eingebundenen Mitarbeiter</li> <li>• Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpatienten, Dokumentation, ...)</li> <li>• Kommunikationsaustausch/Aufgabenteilung zwischen Studiensekretariat und ausführenden Mitarbeitern</li> <li>• Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Patienten)</li> </ul>		
1.7.11	Zugang zu Studien Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Onkologischen Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren (inkl. Kurzbeschreibung der Studie).		
1.7.12	Studienzuführung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevor einem Patient eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine patientenbezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen.</li> <li>• Die Vorgaben für die Studienteilnahme sind in den organspezifischen Anforderungen (Organkrebszentrum, Modul, Schwerpunkt) formuliert. 5% aller Tumorpatienten, die innerhalb des Onkologischen Zentrums behandelt werden, sollten an Studien teilnehmen.</li> <li>• Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle/ diagnostische Studien werden anerkannt) und Studienplan.</li> </ul>		
1.7.13	- Kapitel nicht belegt -	-----	
1.7.14	- Kapitel nicht belegt -	-----	
1.7.15	Kommunikation kritische Ereignisse Es ist sicherzustellen, dass bei kritischen Ereignissen (SAEs) das entsprechende Studiensekretariat umgehend informiert wird. Dies setzt voraus, dass für die Fachabteilung der Studienstatus patientenbezogen eindeutig ersichtlich ist.		
1.7.16	„Durchführende Einheit“ nicht Teil des Klinikums Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung nachzuweisen, durch welche die Erfüllung sämt-		

### 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	licher in diesem Abschnitt festgelegten Fachlichen Anforderungen sichergestellt wird.		

### 1.8 Pflege

Name der Pflegekraft mit abgeschlossener onkologischer Fachweiterbildung	Angabe VK	Station/ Bereich	Anzahl Betten

Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte (pädiatrische onkologische Pflege ist ausgenommen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am onkologischen Zentrum müssen mind. 2 <b>VK</b> aktive onkologische Fachpflegekräfte im Tagdienst angestellt sein.</li> <li>• Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> <li>• In den Bereichen, in denen Patienten stationär versorgt werden, ist jeweils eine aktive Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen.</li> <li>• Sofern in einem stationären onkologischen Bereich keine onkologische Fachpflegekraft direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegekraft namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen.</li> </ul> <p>Ausbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß landesrechtlicher Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweiligen landesrechtlichen Regelung bzw. akademisch ausgebildeten Fachpflegekraft (Master of Oncology).</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhand der jeweiligen Tumorentitäten, der angebotenen Therapieschemata und ihren Nebenwirkungspotentialen Erhebung des prospektiv zu erwartenden präventiven, kurativen rehabilitativen und/ oder palliativen Pflegebedarfs mit den zuständigen Pflegefachkräften der jeweiligen Patientengruppen</li> <li>• und anhand dessen Auswahl der erforderli-</li> </ul>		

## 1.8 Pflege

	<p>chen Assessments und Erstellung standardisierter pflegerischer Interventionsmöglichkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung, bei welchen darüber hinausgehenden Pflegeproblemen (-diagnosen) die Konsultation der onkologischen Fachpflegekraft zur Maßnahmenplanung erforderlich ist</li> <li>• Erhebung des Schulungs- und Beratungsbedarf der Pflegefachkräfte in den jeweiligen Einrichtungen bezüglich Punkt 1 und 2 in Kooperation mit dem Pflegemanagement.</li> <li>• Planung und Durchführung der erforderlichen Beratung und Schulung.</li> <li>• Eine Teilnahme am Tumorboard ist wünschenswert.</li> <li>• Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 9)</li> </ul>		
1.8.3	<p><b>Pflegekonzept</b> Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Spezifika der onkologischen Pflege Berücksichtigung findet.</p>		
1.8.4	<p><b>Einarbeitung</b> Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines Einarbeitungskataloges/ -plans unter Beteiligung der onkologischen Fachkraft zu erfolgen.</p>		
1.8.5	<p><b>Fort-/ Weiterbildung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>		

## 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.9.1	<p><b>Pharmazeutische Betreuung Qualifikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• approbierte(r) Apotheker(in)</li> <li>• erwünschte Zusatzqualifikation: Von Apothekerkammern oder DGOP anerkannte Fort-/Weiterbildung auf dem Gebiet „Onkologische Pharmazie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von <math>\geq 100</math> Unterrichtseinheiten (Nachweis erforderlich)</li> </ul>		
1.9.2	<p><b>Angebot und Zugang</b> Information und Beratung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten durch Apotheker soll im Bedarfsfall möglich sein (Nachweis erforderlich).</p>		
1.9.3	<p><b>Ressourcen</b></p>		

### 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	Es sind adäquate Ressourcen für die pharmazeutische Versorgung und Betreuung vorzuhalten.		
1.9.4	Organisationsplan Sofern die Pharmazeutisch-Onkologische Versorgung und Betreuung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikseinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtlichen Prozesse (Belieferung, Bestellung usw.) erkennbar sind.		
1.9.5	Apotheke - Aufgabenprofil Ziele und Aufgaben der pharmazeutischen Versorgung und Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tägliche zentrale qualitätsgesicherte Herstellung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe</li> <li>• Überprüfung der Stabilitäten und Kompatibilitäten von Therapieschemata</li> <li>• Plausibilitätsprüfung der Dosierung unter Berücksichtigung individueller Patienten-Laborparameter</li> <li>• Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung des Personals, Dekontamination, Paravasation und Entsorgung von Zytostatika</li> <li>• ordnungsgemäße Vereinnahme, Lagerung, Herstellung bzw. Zubereitung, Verteilung und Vernichtung der Prüfartzeimittel</li> <li>• Information und Beratung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten durch Apotheker im Bedarfsfall</li> <li>• Teilnahme an Tumorkonferenzen</li> </ul> Empfohlen wird: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apotheker sollte regelmäßig an Treffen der Studienzentralen teilnehmen (Qualitätssicherungsprotokolle in der Onkologie)</li> <li>• Die Apotheke sollten ihre Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.</li> </ul>		
1.9.6	Dokumentation und Evaluation Die pharmazeutische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. computergestützte Dokumentation mit Cypro, Zenzy etc.) zu dokumentieren und zu evaluieren.		
1.9.7	Die externe Abnahme eines QM-Systems wird empfohlen (z.B. apothekenspezifisches QM in der Zytostatika-Herstellung (DGOP))		
1.9.8	Fort-/ Weiterbildung Jährlich mind. 2 spezifische Fortbildungen pro Mitarbeiter der Zytostatika-Herstellung, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das OZ wahrnimmt.		

## 2 Organspezifische Diagnostik

### 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
2.1.1	Die Anforderungen an die organspezifische Sprechstunde sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen.	Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“

### 2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
2.2.1	Die Anforderungen an die organspezifische Diagnostik sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen.	Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“

## 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
3.1	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Facharzt für Radiologie</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen</li> </ul>	
3.2	RTAs MTRAs der Radiologie Mind. 2 qualifizierte RTAs MTRAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.  Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15	
3.3	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• konventionelles Röntgen</li> <li>• Angiographie</li> <li>• Sonographie</li> <li>• Spiral-CT</li> <li>• MRT (Feldstärke mind. 1,5 Tesla)</li> </ul>	
3.4	Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOPs) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
3.5	Befunderstellung	

### 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.		
3.6	Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.		
3.7	Fort-/ Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		
3.8	Qualitätszirkel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind mind. <del>4x</del> 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>• Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>• Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p> <p>Farbliegende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>		

### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
4.1	Fachärzte der Nuklearmedizin <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
4.2	<del>MTAs MTRAs</del> der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte <del>MTAs MTRAs</del> müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.  Farbliegende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del>		
4.3	Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Knochenszintigrafie (obligat)</li> </ul>		

#### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	Fakultativ: <ul style="list-style-type: none"> <li>PET und PET-CT</li> <li>Stationäre Radionuklidtherapie</li> </ul>		
4.4	Prozessbeschreibungen (SOPs) Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.  Besonderheiten PET-CTs Bei Durchführung von PET-CTs muss ein Facharzt für Radiologie anwesend sein.		
4.5	- Kapitel nicht belegt -	-----	
4.6	Befunderstellung Der schriftliche Befund des Nuklearmediziners muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.		
4.7	Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.		
4.8	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		
4.9	Qualitätszirkel <ul style="list-style-type: none"> <li>Es sind mind. <del>4x</del> 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p> <p>Farbliegende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>		

#### 5 Operative Onkologie

##### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
------	---------------	--	--



## 5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
5.1.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der Chirurgie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.</p>	
5.1.2.	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Facharzt für Viszeralchirurgie Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen</li> <li>• Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Ggf. Nachweis über Kooperationsvereinbarung</li> </ul>	
5.1.3	<p>Erreichbarkeit/ Bereitschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24h-Erreichbarkeit eines Facharztes für Chirurgie, einschließlich der Wochenenden und Feiertage</li> <li>• Möglichkeit der operativen Notfallversorgung über 24h muss gewährleistet sein</li> </ul>	
5.1.4	<p>Fallzahlen Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 50 onkologische Eingriffe jährlich</li> <li>• Die organspezifischen Anforderungen sind im Kapitel 5.2 hinterlegt</li> </ul>	
5.1.5	<p>Interdisziplinäres Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für jeden Tumorpatienten mit fortgeschrittenem Befund und/ oder Fernmetastasierung, ist entsprechend der Empfehlung der Tumorkonferenz präoperativ das Vorgehen durch die beteiligten Fachdisziplinen zu planen und zu dokumentieren.</li> </ul>	
5.1.6	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Konzepte zur Versorgung bei speziellen chirurgischen Behandlungsnotwendigkeiten (Metastasierung, fortgeschrittenes Rezidiv etc.) sind darzustellen (z.B. die Zusammenarbeit Urologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie)</li> <li>• Für Patienten mit Myelonkompression und neurologischen Symptomen muss eine SOP zur Versorgung innerhalb von 24h nach Verdachtsdiagnose erstellt werden</li> <li>• Das interdisziplinäre Vorgehen bei chirurgischen Eingriffen muss unter Berücksichtigung der Schnittstellen beschrieben und das Konzept mit entsprechenden Kooperationsvereinbarungen bei der Zertifizierung vorgelegt werden</li> <li>• Postoperative Betreuung der Patienten mit intraoperativ führendem chirurgischen Be-</li> </ul>	



## 5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>fund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung</li> <li>• Rückverlegung auf die Normalstation der primär behandelnden Fachrichtung</li> <li>• Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren</li> </ul> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
5.1.7	<p>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> <li>• Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.</li> </ul>		
5.1.8	<p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>		
5.1.9	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind mind. <del>4x</del> 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>• Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>• Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
5.1.10	<p>Studien</p> <p>Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.</p>		
5.1.11	<p>Pflege</p> <p>Sofern eine stationäre Versorgung besteht, sind im vollen Umfang die Anforderungen an die Pflege unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.</p>		

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
5.2.1	<p>Die Anforderungen an die organspezifische operative Therapie sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen.</p> <p>Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen.</p>	<p>Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“</p>

## 6 Medikamentöse / Internistische Onkologie

### 6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
6.1.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner (Hämatologen und Onkologen) des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ambulant).</p>	
6.1.2	<p>Es ist wünschenswert, die Systemtherapie räumlich in zentralen, multidisziplinär betreuten Therapieeinheiten durchzuführen.</p>	
6.1.3	<p>Ärztliche Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen</li> </ul> <p>Anforderungen Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie. Wenn keine Berechtigung zur vollen Weiterbildung vorliegt, muss 6.1.4 - 6.1.6 erfüllt sein</p>	
6.1.4	<p>Die Zusammenarbeit mit einer Einheit für allogene Stammzelltransplantation muss bei entsprechendem Geltungsbereich des OZ nachgewiesen werden. Ggf. über Kooperation.</p>	

## 6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
6.1.5	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie einschließlich der Wochenenden und Feiertage</li> <li>• Während der regulären Arbeitszeiten muss ein in der bettenführenden Abteilung der Klinik (siehe 6.1.6) angestellter FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie anwesend sein</li> </ul>		
6.1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betten für hämatologische und onkologische Pat., in Einrichtungen, die den Anforderungen als Weiterbildungsstätte für Hämatologie und Onkologie entsprechen, müssen jederzeit verfügbar sein (Nachweis über Bettenplan des Gesamt-OZ)</li> <li>• Einzelüberwachungsplätze bzw. Monitore sowie der Zugang zur Intensivmedizin müssen für onkologische Patienten jederzeit zur Verfügung stehen.</li> </ul>		
6.1.7	<p>Kooperation mit niedergelassenen Hämatologen und Onkologen muss nachgewiesen werden (z.B. auch über Ermächtigung, MVZ)</p>		
6.1.8	<p>Bereitstellung von onkologischen Konsiliardiensten für alle stationären Abteilungen am Ort, die in die Tumortherapie eingebunden sind.</p>		
6.1.9	<p>Der Prozess der Inanspruchnahme der Rufbereitschaft des Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie durch einen im Krankenhaus vorstellig werdenden Patienten muss beschrieben und anhand von konkreten Fällen dargestellt werden.</p>		
6.1.10	<p>Teilnahme an der Tumorkonferenz Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz.</p>		
6.1.11	<p>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> <li>• Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.</li> <li>• Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren</li> </ul>		
6.1.12	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten</li> </ul>		

## 6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	für das Zentrum wahrnimmt.		
6.1.13	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind mind. 4x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>• Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>• Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>		
6.1.14	<p>Studien</p> <p>Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.</p>		
6.1.15	<p>Pflege</p> <p>Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.</p>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
6.2.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ambulant).</p>		
6.2.2	<p>Durchführung der medikamentösen onkologischen Therapie (Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie)</p> <p>Facharzt für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>• Strahlentherapie für radiochemotherapeutische Therapiekonzepte</li> <li>• Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie (in Modulen:</li> </ul>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Durchführung in gleichberechtigter Kooperation mit den oben genannten Fachärzten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie</li> <li>• Innere Medizin und Gastroenterologie oder Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>• <b>Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie –Onkologie“</b></li> </ul> <p>Ein Vertreter (die Vertreter der Kooperation) mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen.</p> <p>Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p> <p><b>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>		
6.2.3	<p>Pflegefachkraft</p> <p>Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• mind. 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung kann eine Schätzung abgegeben werden. In den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.)</li> <li>• Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte)</li> <li>• Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> <li>• Die pflegerische Beratung und/ oder Edukation der Patienten ist dokumentiert nachzuweisen.</li> </ul>		
6.2.4	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage</li> <li>• Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein</li> </ul> <p>Besonderheiten stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitendienst am Wochenende</li> </ul>		
6.2.5	<p>Fallzahlen pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 200 Chemotherapien jährlich bzw. mind. 50 mit spezifischer Indikation (z.B. Mamma, Darm, ...) sofern in den organspez. Vorgaben nicht anderweitig vorgegeben</li> <li>• Zählweise: abgeschlossene Chemotherapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen</li> </ul>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	bzw. Applikationen) <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen).</li> </ul>		
6.2.6	Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie (nur ambulant) Mindestens 4 Behandlungsplätze für die intravenöse Tumortherapie und Bluttransfusionen in einem separaten Raum.		
6.2.7	Basisdiagnostik Labor Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor während der Dienstzeiten muss möglich sein. Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag.		
6.2.8	Basisdiagnostik Bildgebung Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik. Nachweis über einen Kooperationsvertrag.		
6.2.9	Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll <ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> <li>Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.</li> </ul>		
6.2.10	Schemata für systemische Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Erstellung/ Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen.</li> <li>Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden.</li> <li>Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen.</li> <li>Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</li> </ul> Therapiepläne <ul style="list-style-type: none"> <li>Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen.</li> <li>In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen.</li> <li>Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.</li> </ul> Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15		
6.2.11	Zytostatikazubereitung <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, GMP, GCP, Eudralex (Bd. 10)) in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag ge-</li> </ul>		



## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>schlossen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Rücksprache mit der Apotheke muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert wird, möglich sein. 24-Stunden Rufbereitschaft bei stationären Patienten erforderlich.</li> </ul> <p>Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen.</p>		
6.2.12	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben.</li> <li>Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren</li> </ul>		
6.2.13	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen</p> <p>Für die <b>Prophylaxe/</b>Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.</p> <p><b>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>		
6.2.14	<p>Notfallbehandlung</p> <p>Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.</p>		
6.2.15	<p>Fallbezogene Information/ Dialog mit Patient</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> <li>Entlassungsgespräche als Standard</li> </ul> <p>Patientenbezogen sind Patientengespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
6.2.16	<p>Information Therapiedurchführung/ -planung</p> <p>Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Patient und/oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, ...), z.B. über Nachsorgepass.</p> <p>Erstellung Arztbrief</p> <p>Nach Abschluss der systemischen Therapie (letzte Applikation) erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.</p>		
6.2.17	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter</p> <p>Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Be-</p>		



## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	ziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.		
6.2.18	Fort-/ Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>		
6.2.19	Qualitätszirkel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind mind. 4x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>• Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>• Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>		
6.2.20	Studien Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.		
6.2.21	Pflege Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.		

### Kennzahl Supportiv (nicht für pädiatrische Tumoren)

Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Sollvorgabe	Zähler	Nenner	Quote
Immer Gabe von 5-HT3-RA und NK1- Rezeptorantagonist und Dexamethason vor der 1. medikamentösen Tumorthera- piegabe	Patienten mit Gabe von 5-HT3-RA und NK1- Rezeptorantagonist und Dexamethason vor der 1. medikamentösen Tumorthera- piegabe	Alle Patienten mit abgeschlossener medikamentöser hoch-emetogener Tumorthera- piegabe	Zunächst keine			

Farbliegende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15

## 7 Radioonkologie

### Änderungen Auditjahr 2017

Aktuell findet noch die organübergreifende Harmonisierung der Anforderungen an die Radioonkologie statt. Eine Veröffentlichung der für das Auditjahr 2017 gültigen Anforderungen an die Radioonkologie ist für das 4. Quartal 2016 geplant.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	<p>Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter <a href="http://www.onkozeit.de">www.onkozeit.de</a>.</p>	

## 8 Pathologie

### Änderungen Auditjahr 2017

Aktuell findet noch die organübergreifende Harmonisierung der Anforderungen an die Pathologie statt. Eine Veröffentlichung der für das Auditjahr 2017 gültigen Anforderungen an die Pathologie ist für das 4. Quartal 2016 geplant.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	<p>Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter <a href="http://www.onkozeit.de">www.onkozeit.de</a>.</p>	

## 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

### 9. Allgemein (für Abschnitte 9.1-9.3 geltend)

## 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.0.1	Die Integration von Palliativversorgung in die Behandlung der Patienten ist in einer SOP anhand des Behandlungspfades der S3-Leitlinie Palliativmedizin darzustellen.  Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15	
9.0.2	Für die Patienten der spezialisierten Palliativversorgung geltend. Die Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente (z.B. MIDOS, iPOS) ist zu beschreiben.  Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15	

### 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.1.1	Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen. Die Qualitätsmerkmale der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind im Folgenden zu beschreiben. Regionale und länderspezifische Besonderheiten sind zu berücksichtigen. Wenn sich eine SAPV Struktur erst im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine) darzulegen. Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist zur Rezertifizierung funktionsfähig nachzuweisen, entweder hauseigen oder in Kooperation.  Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15	
9.1.2	Pflegerisches Personal Namentliche Nennung von mind. 4 hauptamtlichen Vollkräften mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung  (Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)	
9.1.3	Ärztliches Personal Mindestens 2 Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sind namentlich zu benennen: Name: Name:	
9.1.4	Fallzahlen und Kennzahlen Mind. 30 multidisziplinär multiprofessionell betreute und dokumentierte Palliativpatienten pro Jahr.  Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15	
9.1.5	Notfall- und Krisenintervention	

## 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die betreuten Patienten (einschließlich ärztliche Hausbesuche) ist sicherzustellen: Nennung der Telefonnummer unter der <b>ambulan- te Palliativdienst die SAPV 24h/ 7d</b> für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.</p> <p>Farblgende: <b>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>	
9.1.6	<p>Supervision/ Praxisbegleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter ist nachzuweisen.</li> <li>• Mindestanforderung 12 Zeitstd./Jahr (Nachweis)</li> </ul>	
9.1.7	<p><b>Schnittstellen mit den Fachbereichen des OZ (insbesondere stationäre Palliativmedizin, Hospiz, Psychoonkologie, Sozialarbeit)</b> <b>Für die Erfassung des Versorgungsnetzes sind die Schnittstellen zu beschreiben</b></p> <p>Farblgende: <b>Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>	
9.1.8	<p><b>Patienten-/Angehörigeninformation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Der ambulante Palliativdienst hat sich Patienten u. Angehörigen vorzustellen (z.B. Broschüren, Homepage)</b></li> <li>• <b>Die Ansprechpartner sind zu benennen</b></li> </ul> <p>Farblgende: <b>Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>	
9.1.9	<p><b>Teambesprechung</b> <b>1x/ Woche müssen Besprechungen des gesamten multiprofessionellen Teams durchgeführt werden.</b></p> <p>Farblgende: <b>Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>	
9.1.10	<p>Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. <b>HOPE</b>, Nationales Hospiz- und Palliativregister <b>wird empfohlen.</b></p> <p>Farblgende: <b>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>	
9.1.11	<p>Ambulante Hospizarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten <b>gemäß §39a SGB V und Angebote zur Trauerbegleitung über Kooperationsverträge (sofern vorhanden)</b></li> <li>• <b>Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Patienten und Angehörige mit Hospizdiensten und Hospizehrenamtlichen sind darzulegen</b></li> <li>• <b>Angabe der Zahl qualifizierter ehrenamtlicher Hospizhelfer des Hospizdienstes</b></li> <li>• <b>Qualifikation der Koordination gemäß der Voraussetzungen nach §39a SGB V</b></li> <li>• <b>Qualifizierungsplan mit Teilnehmerlisten ist</b></li> </ul>	

### 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>vorzulegen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Qualitätsanforderungen zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. müssen beachtet werden (=Vorbereitungskurs mit 100 Unterrichtseinheiten plus begleitendes Praktikum in einer Einrichtung, wo schwerkranke oder Sterbende versorgt werden)</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	

### 9.2 Stationäres Hospiz

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.2.1	<p>Wenn sich ein zentrumsnahes stationäres Hospiz im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Gründung (Zieltermine) darzulegen. Ein stationäres Hospiz ggf. in Kooperation sollte zur Re-zertifizierung funktionsfähig nachgewiesen werden.</p>	
9.2.2	<p>Schnittstellen Kooperationspartner und mit den Fachbereichen des OZ (insbesondere stationäre/ ambulante Palliativmedizin, Psychoonkologie, Sozialarbeit)</p> <p>Die Schnittstellen sind zu beschreiben</p> <p>Farblgende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.2.3	<p>Informationsübergabe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informationen über das Hospiz müssen für Patienten und Angehörige zur Verfügung stehen, Ansprechpartner müssen namentlich benannt sein.</li> <li>Die geregelte Informationsübergabe zwischen dem Hospiz und den betroffenen Kooperationspartnern an ambulanten Palliativdienst und Einweiser ist zu beschreiben (Definition der Unterlagen mit Zeitvorgaben)</li> <li>Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	

### 9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.3.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperations-</p>	

### 9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	partner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der stationären palliativmedizinischen Versorgung einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.	
9.3.2	<p>Wenn sich eine eigenständige Palliativstation erst im Aufbau befindet, ist ein Konzept zu formulieren, in dem die Ressourcen (personell/ finanziell), die räumliche Infrastruktur, die in dem Kapitel 9.3 aufgeführten Anforderungen sowie die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine, Kooperationspartner) darzulegen sind. Ein Palliativdienst entsprechend den Vorgaben des OPS (8-982 und 8-982h) Palliativmedizinische Komplexbehandlung muss bei der Erstzertifizierung vorhanden sein. Die Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.3.3	<p>Schnittstellen mit den anderen onkologischen Fachbereichen, ambulante Palliativmedizin/ Hospiz des OZ (Psychoonkologie, Sozialarbeit) Die Schnittstellen und Prozesse der Zusammenarbeit sind zu beschreiben</p> <p>Farblgende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.3.4	<p>Kennzahlen der stationären Palliativstation (separate Einheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Betten: ≥5</li> <li>• Neuaufnahmen: ≥100 Patienten/ Jahr</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.3.5	<p>Ärztliche Leitung Leitung und Vertretung sind namentlich und mit Qualifikation zu benennen</p> <p>Leitung: Name, Qualifikation, Stellenumfang Stellvertreter: Name, Qualifikation, Stellenumfang</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.3.6	<p>Facharzt Mind. 2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</p> <p>Ressourcen: 0,2 VK pro aufgestelltem Patientenbett</p> <p>(Name, Stellenumfang) Mind. 2 Fachärzte vorhanden. Davon muss ein FA die Zusatzqualifikation Palliativmedizin nachweisen (gemäß Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte bzw. entsprechender Regelungen Landesärztekammern) und der andere FA absehbar beenden</p>	

### 9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15		
9.3.7	<p>Pflegeleitung Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)</p> <p>Name: Stellvertreter:</p>		
9.3.8	<p>Qualifikation Pflege Es sollten über 50-75% der Pflegekräfte die Qualifikation „Palliative Care“ besitzen (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung, s.o.)</p> <p>Anzahl <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekräfte: Davon mit Palliative Care Qualifikation:</p> <p>Entsprechend S3-LL Palliativmedizin: mind. 1,2 VK/ aufgestelltes Patientenbett</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
9.3.9	<p>Räumlichkeiten Palliativstation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung spezieller Räumlichkeiten als abgeschlossener Bereich</li> <li>• Gesprächs- und/ oder Abschiedsraum</li> <li>• Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen</li> </ul>		
9.3.10	<p>Es ist ein Prozess für die Aufnahme von Patienten festzulegen, in dem u.a. definiert ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentiertes Erstassessment nach definierten Aufnahmekriterien, die an die Kooperationspartner kommuniziert werden</li> <li>• Multidimensionales Basisassessment (z.B. Kerndatensatz der DGP/DHPV)</li> <li>• Dokumentiertes Verfahren zur Umsetzung der vorausschauenden Versorgungsplanung Umgang mit und Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen und Betreuer</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
9.3.11	<p>Palliativmedizinische Therapieplanung Therapieplanung erfolgt für jeden Patienten individuell und wird entsprechend dokumentiert</p>		
9.3.12	<p>Behandlungsstandards und Leitlinien bei anderen Symptomen Definierte und dokumentierte Symptomerfassung und Verfahren zur Behandlung sind anhand von Patientenbeispielen nachzuweisen</p>		
9.3.13	<p>Es ist ein Prozess für die Entlassung von Patienten festzulegen Es besteht eine systematische, dokumentierte</p>		



### 9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>Entlassungsplanung mit Information aller relevanten beteiligten Behandler (z.B. Hausarzt/ Einweiser, Fachbereiche OZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Informationsabfolge im Todesfall ist geregelt (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, andere Kooperationspartner usw.)</li> <li>Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen</li> </ul>	
9.3.14	<p><del>Konsile durch die Palliativstation bzw. ambulante Palliativdienste</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>Ein Algorithmus für Palliativkonsile und die Erreichbarkeit des Konsilarztes ist vorzulegen.</del></li> <li><del>Der Konsilarzt muss Facharzt sein und über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügen</del></li> </ul> <p>Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung des Palliativdienstes muss vorliegen. Der multiprofessionelle Palliativdienst muss für Konsile und ggf. die Tumorkonferenz zur Verfügung stehen.</p> <p>Farblgende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>	
9.3.15	<p>Psychosoziale Versorgung <del>und sonstige Therapieverfahren</del></p> <p>Qualifikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>Psychologe/ Psychologin mit therapeutischer Zusatzausbildung in einem Richtlinienverfahren (Psychologischer Psychotherapeut, KJ-Psychotherapeut) oder Gesprächspsychotherapie oder systemischer Familientherapie und spezielle Palliativmedizinischer Qualifikation: Palliative-Care-Weiterbildung (DGP) oder Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (DKG) oder Äquivalent nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern des Bundes u. der Länder.</del></li> <li>Sozialarbeiter/ -pädagoge</li> <li>Physiotherapeut</li> <li>Ergotherapeut</li> <li>Kunst-Musik-Therapeut</li> <li>Case-Manager</li> <li>Seelsorger</li> </ul> <p>Ressourcen: In der Summe 0,2 VK/ aufgestelltem Patientenbett. Psychosoziale Versorgung der Patienten und Angehörigen mit mind. 20 WS</p> <p>Farblgende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>	
9.3.16	<del>Sonstige Therapieverfahren</del>	

### 9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>Physiotherapie mit 2h/ Woche und Bett, d.h. mindestens 0,25 VK</p> <p>Name: Stellvertreter:</p> <p>Qualifikation in Musik-, Kunst-, Schreib-Therapie o.a. sollte bei den durchführenden Mitarbeitern/-innen nachgewiesen werden oder durch vertraglich gesicherte Kooperation mit externen Fachkräften dieser Therapieverfahren dokumentiert sein</p> <p>Farblgende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.3.17	<p>Multidisziplinäre Fallbesprechung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wöchentlicher Zyklus</li> <li>• Besprechung der Behandlungspläne aller anwesenden Pat., Dokumentation der Ergebnisse (Befunde, Therapieziele, Änderungen, Maßnahmen) fallbezogen (Akte, Therapieplan) und gesprächsbezogen (Kurzprotokoll)</li> <li>• Eine Teilnehmerliste der Besprechungen mit Benennung von Therapieverantwortlichen ist zu führen</li> <li>• Teilnahme von &gt;75% aller anwesenden Mitarbeiter auf Station; mind. 1 Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung</li> </ul>	
9.3.18	<p>Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Kerndatensatz DGP und DHPV wird empfohlen.</p>	
9.3.19	<p>Öffentlichkeitsarbeit Aktuelle Informationen für Patienten und Angehörige (z.B. Flyer, Homepage) sind vorhanden.</p>	
9.3.20	<p>Fortbildungsveranstaltung Es ist mind. 1x jährl. eine Informations-/ Fortbildungsveranstaltung mit Palliativmedizinischen Inhalten durchzuführen. Dies kann als Teil einer zentralen Veranstaltung des Onkologischen Zentrums erfolgen.</p>	
9.3.21	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt.</li> <li>• Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.</li> </ul>	
9.3.22	<p>Fort- und Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und psychosoziale Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen darge-</li> </ul>	

### 9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>stellt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Qualifizierung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt</li> </ul>	
9.3.23	<p>Supervision/ Praxisbegleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für alle Mitarbeiter/ -innen ist nachzuweisen.</li> <li>Jahresplan und Teilnehmerlisten von zusammen mind. 12 Zeitstd. im Jahr pro Mitarbeiter sind vorzulegen.</li> </ul>	
9.3.24	<p>Die Palliativstation beteiligt sich an dem zentral geregelten Beschwerdemanagement des OZ (Kapitel 1.6)</p> <p>Farbliegende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>	
9.3.25	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es sind mind. 4x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>	
9.3.26	<p>Studien</p> <p>Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.</p>	

### Kennzahlen Palliativ (Erfasst werden die Patienten des Zentrums)

		Kennzahl	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Sollvorgabe	Zähler	Nenner	Quote
1	QI 4 der LL	Symptomassess-ment auf der Palliativstation	Möglichst häufig Symptomassess-ment (z.B. mittels MIDOS o. IPOS) auf der Palliativstation	Anzahl Tumorpati-enten mit Symp-tomassess-ment mit Hilfe eines validierten Scree-ninginstrumentes in den letzten 72 h vor Versterben	Alle verstorbenen Tumorpatienten der Palliativstation	Zunächst keine			
2	QI 2 der LL	Schmerzredukti-on auf der Pallia-tivstation	Möglichst häufig Schmerzreduktion auf der Palliativ-station (Erfassung z.B. mittels MIDOS o. IPOS, weitere Instru-mente siehe LL Palliativ)	Anzahl von Tu-morpatienten mit Reduktion des Schmerzes innerhalb von 24-48 h	Alle Tumorpati-enten der Palliativ-station und mit mittlerem oder starkem Schmerz (Erfassung z.B. mittels MIDOS o. IPOS)	Zunächst keine			

Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15

## 10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
10.1	<p>DKG zertifizierte Organkrebszentren/Module</p> <p>Tumordokumentationssystem Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält</p> <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum <del>und/ oder des zuständigen Krebsregisters</del></p> <p>Es <del>solle</del> muss <del>dabei</del> ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p> <p>Farblegende: <del>Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</del></p>		
10.2	<p>Einsatz mehrerer EDV-Systeme Pro Tumorentität ist in der „Matrix Tumordokumentation“ festzulegen, welches System für die Ermittlung der Ergebnisqualität herangezogen wird.</p>		
10.3	<p>Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr darzustellen.</p>		
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen <a href="http://Link.Tumorzentren.de">Link Tumorzentren.de</a></li> <li>• Die OncoBox (wenn für die entsprechende Tumorentität vorhanden) soll vom zuständigen Krebsregister befüllt werden. Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln.</li> <li>• Die Anforderungen zur Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität und Tumordokumentation sollte über das Krebs-/Tumorregister abgedeckt gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen.</li> <li>• Parallele Systeme sind zu vermeiden</li> <li>• Solange das zuständige klinische Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende</li> </ul>		

**10 Tumordokumentation**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
10.5	<p>Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Name/ Funktion:</p> <p>Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Übermittlung und der Qualität der für die Zertifizierung relevanten Patientendaten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister interdisziplinären Dokumentation</li> <li>• Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathologische Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen)</li> <li>• Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen und korrekten Erfassung der Patientendaten</li> <li>• Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals</li> <li>• Regelmäßige Bearbeitung von Analyse der Auswertungen insb. im zeitlichen Verlauf insb. des Jahresabschlusses</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
10.6	<p>Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein regionales Klinisches Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).</p> <p>Farblgende: Streichung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
10.7	<p>Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jahrgängen</li> <li>• TNM-Klassifikation oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) und Prognosefaktoren</li> <li>• Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie)</li> <li>• Datum der Rezidive/ Metastasierungen</li> <li>• Sterbefälle</li> </ul>		

**10 Tumordokumentation**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		
10.8	<p>Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität</p> <p>Kaplan-Meier-Kurven: Gesamtüberleben (OAS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT-Kategorien, Stadien Lokalrezidivfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen. Metastasenfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen.</p> <p>Überleben ab Progression (PDS)</p> <p>In Abhängigkeit der Fragestellung können Jahrgänge getrennt zusammengefasst werden (z.B. bei niedrigen Patientenzahlen). Bei größeren Patientenzahlen und Ereigniszahlen sollen Jahrgänge getrennt ausgewertet werden. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Patientenzahlen und den Überlebensdaten. Organspezifische detaillierte Anforderungen sind im Anhang zur Matrix Ergebnisqualität zusammengestellt.</p>		
10.9	<p>Auswertung der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auswertungen für die Indikatoren Darstellung der zur Ergebnisqualität (oberer Punkt) muss müssen zu den Rezertifizierungen möglich sein.</li> <li>Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich nach den entsprechenden Kennzahlen auszuwerten.</li> <li>Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind, wo gefordert, auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen.</li> <li>Sofern ein Benchmarking/ Jahresbericht angeboten an einem Benchmarking teilgenommen wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten.</li> <li>Die Analyse jeder abgeschlossenen Jahrgangskohorte ist in einem Kurzprotokoll zu fixieren mit gegebenenfalls eingeleiteten konkreten Aktionen (Prüfung ausgewählter Kasuistiken z.B. mit Lokalrezidiven u.a. bzgl. leitliniengerechter Behandlung.)</li> <li>Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär erfolgen, sofern regionale oder überregionale Verbünde bestehen, ist daran teilzunehmen.</li> </ul> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</p>		

## 10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und <b>was wie</b> der aktuelle Follow-up Status ist (siehe Ergebnismatrix spezifische Tumorentität)</p> <p>Funktionierende <b>Klinische</b> Krebsregister stellen <b>den</b> Follow-up-Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet</p> <p>Zum Follow-up Status gehören: auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) Zweitmalignome Sterbefälle Lebt unter der aktuellen Adresse, Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Bundesland)</p> <p><b>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.15</b></p>	

## A Entwicklung/Vernetzung der onkologischen Versorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
A1	<p>Aktualisierungsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wird die rasche Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse (unter Berücksichtigung der bestehenden S3-Leitlinien) in die klinische Praxis organisiert?</li> <li>Wie wird der Zugang aller Patienten zu den erforderlichen innovativen Verfahren in Diagnostik und Therapie sichergestellt?</li> </ul>	
A2	<p>Obligate Stellungnahme der Zentren, wie diese sich in ihrer Kooperation für die Durchführung/ Rekrutierung bei Studien horizontal und vertikal (z.B. Studienteilnahme) mit den jeweils anderen Ebenen des 3-Stufensystems sehen (Organkebszentren, Onkologische Zentren, Onkologische Spitzenzentren)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Studienaktivitäten haben Sie derzeit?</li> <li>Wie stellen Sie sich zukünftig eine Kooperation vor?</li> <li>Wie soll der Studieneinschluss optimiert werden?</li> </ul>	
A3	Zusammenarbeit mit den jeweils anderen Ebenen des 3-Stufen-Systems	



## B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
B0	Die fachlichen Anforderungen an die Onkologischen Spitzenzentren sind in dem Dokument „Application Guidelines Oncology Centers of Excellence“ zusammengefasst. Die aktuelle Version der Application Guidelines sind auf <a href="http://www.krebshilfe.de/wir-foerdern/ausschreibungen.html">http://www.krebshilfe.de/wir-foerdern/ausschreibungen.html</a> downloadbar.	
B1	Internationally competitive research programs, most importantly in the area of translational cancer research ('bench to bedside'). This must include important solid tumors. The number and quality of ongoing peer-reviewed research projects is important. Active participation in local, national or international collaborative research consortia is expected.  What measures have been taken to integrate (translational) research into the different multidisciplinary groups responsible for health care?	
B2	What is the overall quality of the science going on in the center and its programs? <ul style="list-style-type: none"> <li>• What impact has the center itself (or is it likely to have) on the quality of the science, the productivity of the scientists, and the interdisciplinary activities of the institution relating to cancer?</li> <li>• What has the center contributed to the development of more effective prevention, diagnosis and treatment for cancer?</li> <li>• Does the cancer center add value over and above the separately funded research efforts themselves? Have thoughtful, coherent scientific programs been assembled and program members selected to maximize the cancer-related interactive science?</li> <li>• How do the different cancer-related scientific themes of the parent institution fit together and complement each other in the center?</li> <li>• Have the choices for center membership made by its leaders resulted in a group of excellent cancer-focused scientists who are also committed to productive interactions with one another?</li> <li>• Which research programs do exist/ have been developed that includes both clinicians and basic scientists?</li> </ul>	
B3	Obligatory development and realization of innovative clinical trials, including investigator initiated trials. The trials must include a reasonable portfolio of the most important cancer entities. The fraction of patients in trials must approach 90% for pediatric neoplasms, 50% for hematolymphoid and 10% for solid tumors.	

## B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Availability of a specialized clinical trials office for oncology with a central coordination. The office must be involved in the design and management of the clinical trials. Existence of a central early clinical trials unit where all Phase-I/II-cancer trials are performed.	
B4	Programs in outcomes research, including tumor epidemiology, and the identification of cancer risks and predictive factors.	
B5	<p>Centralized tumor- and biobank with quality and documentation standards adhering to European guidelines.</p> <p>Give a detailed description of the cancer center's tumor- and bio-bank(s) with special consideration to the center's policies for the operation of the tissue bank and for the use of tumor tissues (comprehensive clinical documentation, standard operating procedures, and quality control). Describe the degree of centralization of the tumor- / biobank. Is the complete clinical data of each patient accessible? Who is responsible for the operation of the tissue bank?</p> <p>Hinweis: Onkologischen Zentren, die im Bereich der translationalen Forschung aktiv sind, wird der Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung von qualitätsgesicherten Tumor- bzw. Biobanken ebenfalls empfohlen.</p>	
B6	Shared Resources provide access to technologies, services, and scientific consultation that enhance scientific interaction and productivity. The support of shared services for an entire center provides stability, reliability, cost-effectiveness, access to specialized technology and methodology, and quality control.	
B7	<p>Metrics</p> <p>Catchment area (map, number of inhabitants). Number of all cancer patients treated in the cancer center. Number of cancer patients newly diagnosed Number of patients enrolled in clinical trials List of specific clinical trials running at the cancer center (Investigator Initiated Trials (IIT) and Industry Trials)</p>	
B8	Fields of specific competence of the cancer center (e.g. rare tumor entities, specific diagnostic or therapeutic options).	
B9	Describe the Information Technology structure and systems operated at the cancer center. Please give special consideration to the following	

**B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren**

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>points/issues:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clinical information system</li> <li>• electronic medical record for each patient</li> <li>• documentation of tumor board decisions</li> <li>• electronic clinical pathways / care plans</li> <li>• access to information about clinical trials</li> <li>• clinical cancer registry</li> <li>• user access (Who has access?)</li> <li>• responsibilities/ support from IT-Department.</li> </ul>		

**Anlage 1 - Liste der Leitlinien**

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie	Versions- stand	Stufenklassifi- kation (S1,2,3)	Leitlinienverant- wortlicher

**Anlage 2 - Studienorganigramm**

Durchführende Einheit	Prüfarzt (§40 AMG)	Studienbeauftragte (sofern vorhanden)	Studienas- sistenz	Kontakt (e-mail, Telefon)
z.B. Innere Medizin				
z.B. Radioonkologie				
z.B. Praxis Onkologie 1				
z.B. Urologie				

**Studienliste**

Eingeschleuste Patienten im Zeitraum von ... bis:

01.01.16 – 31.12.16

Durchführende Einheit	Studie	Status der Studie offen / geschlossen (dd.mm.jj)	Anzahl Patienten (im Betrachtungszeitraum)
z.B. Innere Medizin	Studentyp A	Offen	4
	Studentyp B	geschlossen (30.09.16)	5
z.B. Radioonkologie	Studentyp A	Offen	14
	Studentyp C	Offen	12
	Studentyp D	Offen	2
z.B. Praxis Onkologie 1	.....		
z.B. Urologie	.....		

**Anlage 3 - Matrix Tumordokumentation**

Tumorentität(en)	Fachbereich Systembetreuung / Tumordoku.beauftragter	Bezeichnung des Systems	Schnittstelle klinisches Krebsregister
Mamma	Brustzentrum (Gynäkologie)	Mammasystem5000	Krebsregister Bundesland xy

**Anlage 4 - Verteiler / Beteiligte Fachgesellschaften** (in alphabetischer Reihenfolge)

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)  
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)  
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)  
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)  
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)  
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)  
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)  
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)  
Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)  
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)  
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)  
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)  
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)  
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)  
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)  
Arbeitsgemeinschaft Supportive Massnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)  
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)  
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V.  
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)  
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (CAO-V)  
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)  
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)  
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)  
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)  
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie  
Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (DGMKG)  
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)  
Deutsche Gesellschaft für Studium des Schmerzes (DGSS)  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)  
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)  
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)  
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)  
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)  
Deutsche Krebshilfe (DKH)  
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)  
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
Haus der Krebselbsthilfe -Bundesverband e.V.  
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)  
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)  
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)  
Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)  
Sprecher des Netzwerkes der Onkologischen Spitzenzentren (CCC)  
Vorsitzende der Kommissionen der Organkrebszentren und Organmodule