

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Lungenkrebszentren der DKG

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Vorsitz: Prof. Dr. H. Hoffmann, Prof. Dr. D. Ukena

- Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
- Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
- Bundesverband Deutscher Pathologen (BDP)
- Bundesverband der Pneumologen in Deutschland (BDP)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO)
- Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
- Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
- Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)
- Selbsthilfe Lungenkrebs (SHL)

Inkraftsetzung am 18.07.2018

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2019 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2018 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ gekennzeichnet.

Berücksichtigt wurde:

Interdisziplinäre S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Krebsgesellschaft „Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms“

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2017 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2017 (DIMDI) dar.

Angaben zum Lungenkrebszentrum

Lungenkrebszentrum (LZ) _____

Leiter Lungenkrebszentrum _____

Zentrumskoordinator _____

Dieser Erhebungsbogen ist gültig für

Standort Thoraxchirurgie (Klinikum/Ort) _____

Standort Pneumologie (Klinikum/Ort) _____

Standort Pneumologie (Klinikum/Ort) - _____

nur bei kooperierenden LZ

QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung ja nein

Ein zertifiziertes QM-System ist im Rahmen der DKG-Zertifizierung nicht verbindlich gefordert, sollte jedoch vorhanden sein.

QM-Standard ISO 9001 KTQ
 Joint Commission proCum Cert

Zertifizierungsstelle QM _____

Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammbblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammbblattes zu benennen. Das Stammbblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

Erstellung /Aktualisierung

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

Die Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Lungenkrebszentrum
 - 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
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Anlage:

Datenblatt (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Lungenkrebszentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.1.1	<p>Die Leitungsstrukturen des Lungenkrebszentrums sowie QM-Verantwortlichkeiten und Zentrumskoordination sind klar festzulegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsordnung • Stellenbeschreibung QMB • Stellenbeschreibung Zentrumskoordinator <p>Die gilt in besonderer Weise für kooperative Lungenkrebszentren.</p> <p>Die Geschäftsordnung beschreibt die Leitungsstrukturen des LZ und bildet die Leistungen der Thoraxchirurgie, der Pneumologie und ggf. der Hämato-/Onkologie ab. (siehe auch die Inhalte der Kooperationsvereinbarungen der Hauptbehandlungspartner).</p>	
	<p>Hauptbehandlungspartner des LZ sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pneumologe • Thoraxchirurg • Internistischer Onkologe/ Hämatonkologe oder Pneumologe mit entsprechender Expertise (gemäß Vereinbarung in der Geschäftsordnung) • Strahlentherapeut • Pathologe • Radiologe 	
	<p>Die Leitung des Lungenkrebszentrums wird in der Regel von der Leitung der Disziplinen Pneumologie oder Thoraxchirurgie gestellt. Eine Rotation in der Leitungsfunktion ist zu empfehlen.</p> <p>Die Leitung des Lungenkrebszentrums stellt die Umsetzung von Normen und gesetzlichen Regelungen sicher.</p>	
	<p>Die Disziplin Pneumologie wird durch eine pneumologische Abteilung (oder Bereich mit Schwerpunkt) mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Pneumologie vertreten.</p> <p>Vertritt ein Klinikleiter zwei Abteilungen, müssen die Leistungszahlen für jede Abteilung getrennt aufgeführt und getrennt erfüllt werden.</p>	
	<p>Die Disziplin Thoraxchirurgie wird durch eine thoraxchirurgische Abteilung (oder Bereich mit Schwerpunkt) mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie vertreten.</p> <p>Vertritt ein Klinikleiter zwei Abteilungen, müssen die Leistungszahlen/Kennzahlen für jede Abteilung getrennt aufgeführt und getrennt erfüllt werden (unter Berücksichtigung Kooperationsmodelle).</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Kooperationsmodelle</p> <p>Kooperationen Thoraxchirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb eines LZ ist eine Kooperation mehrerer Kliniken für Thoraxchirurgie möglich, wenn jede thoraxchirurgische Klinik eigenständig ihre operativen Fallzahlen erbringt. • Mögliche Ausnahme: • Vertritt 1 Klinikleiter 2 Abteilungen seit mind. 1.1.2011, muss eine der beiden Abteilungen die operativen Fallzahlen eigenständig erfüllen, die 2. Abteilung mind. zu 50% (≥ 38 anatomische Lungenresektionen) <p>Mehrstandortiges Lungenkrebszentrum Eine Klinik für Thoraxchirurgie kann mit maximal drei pneumolog. Abteilungen ein mehrstandortiges LZ bilden, wenn pro pneumologischer Abteilung mind. 100 Primärfälle/Jahr (Definition gemäß EB 1.2.1) nachgewiesen werden.</p>		
	<p>Eigenständiges Lungenkrebszentrum - Kooperation Thoraxchirurgie</p> <p>Zentren mit >200 PF und weniger als 75 anatomischen Lungenresektionen können eigenständiges Zentrum werden, wenn sie mit einem bestehenden LZ kooperieren, d.h. die Pat. von der Thoraxchirurgie eines eigenständig zertifizierten Lungenkrebszentrums chirurgisch versorgt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle operativen Fälle des Zentrums mit < 75 OPs müssen in der kooperierenden Thoraxchirurgie operiert werden. • In der kooperierenden Thoraxchirurgie muss eine Zuordnung der operativen Fälle auf die Zentren erfolgen • Pat., die nicht in der kooperierenden Thoraxchirurgischen Einheit operiert werden, sind keine Patienten des Zentrums. 		
	<p>Voraussetzung für mehrstandortige Kooperationsmodelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Tumorkonferenz • Die Fachlichen Anforderungen und Leistungskennzahlen müssen für jeden Standort einzeln erfüllt und nachgewiesen werden • Vorherige Strukturbewertung durch OnkoZert erforderlich 		
	<p>Eine Klinik für Thoraxchirurgie oder eine Abteilung für Pneumologie kann an zwei eigenständigen LZ beteiligt sein, wenn die geforderten thoraxchirurgischen/pneumologischen Fallzahlen pro LZ eigenständig erbracht werden und eine eindeutige Zuordnung der Patienten zu den jeweiligen Zentren erfolgt.</p>		

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Es muss nachgewiesen werden, dass die Abteilung für Thoraxchirurgie in der Regel alle Patienten der kooperierenden pneumologischen Abteilungen bei entsprechender Indikation tatsächlich operiert.	
1.1.2	<p>Mit den Hauptbehandlungspartnern (außer Pneumologie und Thoraxchirurgie und ggf. Hämato-/Onkologie – diese bilden ihre Leistungen in der Geschäftsordnung ab) – sind schriftliche Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zu schließen. Die Vereinbarungen sind jährlich durch das Lungenkrebszentrum auf Aktualität zu überprüfen. In den Vereinbarungen mit den Hauptbehandlungspartnern sind folgende Punkte zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz • Sicherstellung der Verfügbarkeit • Beschreibung der für das Lungenkrebszentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten Kriterien der Fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einverständniserklärung des Behandlungspartners, öffentlich als Teil des Lungenkrebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • Weitere Disziplinen/Fachgebiete, z.B. Nuklearmedizin, psychosoziale Onkologie o.a. können bei Bedarf hinzugezogen werden. 	
1.1.3	<p>Vereinbarungen mit sonst. Behandlungspartnern: Für folgende Behandlungspartner sind schriftliche Vereinbarungen zu treffen, in denen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoonkologie • Nuklearmedizin • Sozialdienst • Raucherberatung / Tabakentwöhnung • Physiotherapie/Krankengymnastik • Hospiz/Palliativmedizin <p>Die Vereinbarungen mit den Behandlungspartnern sollen folgende Punkte regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Beschreibung von Zusammenarbeit und Schnittstellen • Art der gegenseitigen Kommunikation 	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Einhaltung Schweigepflicht <p>Falls der Behandlungspartner disziplinarisch der Leitung des LZ untersteht, kann auf eine schriftliche Vereinbarung verzichtet werden.</p>		
1.1.4	<p>Das Lungenkrebszentrum hat ein klares Leitbild und quantitative Qualitätsziele definiert.</p> <p>Die Interdisziplinarität und die evidenzbasierte Medizin spiegeln sich in den Aussagen eindeutig wieder und sind in der Praxis nachvollziehbar.</p> <p>Die grundsätzliche Ausrichtung des Lungenkrebszentrums ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt.</p>		
1.1.5	<p>Die Erreichung der Qualitätsziele wird gemessen. Die Ergebnisse werden einer dokumentierten Bewertung unterzogen.</p> <p>In einer jährlichen Qualitätsplanung unter der Verantwortung von</p> <ul style="list-style-type: none"> Zentrumsleitung und Zentrumskoordination <p>werden klare Strategien definiert, welche die Zielerreichung fördern.</p>		
1.1.6	<p>Ansprechpartner des Lungenkrebszentrums</p> <p>Die Ansprechpartner des Lungenkrebszentrums am Klinikstandort sowie für die einzelnen Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und bekannt zu geben (z.B. im Internet). In ärztlichen Bereichen müssen die Verantwortlichkeiten auf Facharztniveau definiert sein.</p>		
1.1.7	<p>Der / die Träger des Lungenkrebszentrums stellen ausreichende finanzielle Mittel /Ressourcen zur Verfügung, um die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zu erfüllen.</p>		
1.1.8	<p>Es müssen SOP's für Patienten definiert sein, in denen sich die relevanten medizinischen Leitlinien abbilden. Diese sollten in regelmäßigen Abständen auf Aktualität überprüft werden.</p> <p>Die SOP's berücksichtigen die Interdisziplinarität des Zentrums und die Vernetzung mit den Niedergelassenen.</p> <p>Pfade sind festzulegen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnostik Therapie Nachsorge 		
1.1.9	<p>Das LZ sollte über ein zertifiziertes QM-System (ISO 9001, KTQ, PCC, JC etc.) verfügen, das kontinuierlich weiterentwickelt wird.</p>		
1.1.10	<p>Behandlungsfehler</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerichtlich und außergerichtlich (Gutachter/Schlichtungskommission) festgestellte Behandlungsfehler bei Pat. des LZ sind dem Zertifizierer im Vorfeld der Zertifizierung aufbereitet vorzulegen. 		

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen einer folgenden Zertifizierung sind besonders die Re-/Aktionen des Zentrums, die aus den Verfahren resultieren, zu betrachten. Darstellungszeitraum ist das für das Audit relevante Kalenderjahr. Eine Nichterfüllung wird als Abweichung gewertet. <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.2.1	<p>Das Lungenkrebszentrum muss jährlich mindestens 200 Patienten mit der Primärdiagnose „Lungenkrebs“ behandeln, und zwar im Zentrum.</p> <p>Definition Primärfall des Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> alle Patienten mit neu diagnostiziertem bzw. noch nicht vorbehandelten/therapierten Lungenkrebs, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten Patient kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Patienten oder Patienten zur Zweitmeinung werden nicht gezählt Patienten (nicht Aufenthalte, nicht OP's) Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9) Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der pathologischen Diagnosesicherung Patienten ohne pathologische Diagnosesicherung dürfen gezählt werden, wenn (alle Punkte müssen erfüllt sein): <ul style="list-style-type: none"> Solitärer malignomsuspekter Lungenherd FDG-PET-positiv Dokumentierte Größenprogredienz im Verlauf (mind. 8 Wochen) Hohes Risiko für Pat. durch pathologische Sicherung Vorstellung Tumorkonferenz und Indikationsstellung zur Radiotherapie ohne pathologische Sicherung Zählzeitpunkt ist Datum der Vorstellung Tumorkonferenz Ein Primärfall bei synchroner Behandlung der Bronchialkarzinome Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome 	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Basisdaten / Kennzahl 1</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Synchron auftretender Tm einer anderen Tm-entität kann als Primärfall für jede Tm-entität gezählt werden <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p> <p>Therapieabbrüche:</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Falle einer Erstbehandlung als Primärfall anrechenbar. Sind im Tumordokumentationssystem anzugeben. Anzahl der Patienten ist anzugeben. Keine Anerkennung, wenn Patient das Zentrum nach der Diagnosestellung bzw. vor Therapiebeginn wechselt. 	
1.2.2	Die Abteilung Thoraxchirurgie muss pro Jahr mind. 75 anatomische Lungenresektionen bei Pat. mit C-Diagnose nachweisen (Def. OP-Spektrum EB 5.2.2).	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Basisdaten / Kennzahl 9a und 9b
1.2.3	Zyklus	
a)	Die Tumorkonferenz hat mindestens 1x wöchentlich stattzufinden.	
	Web/Online-Konferenz	
	<ul style="list-style-type: none"> 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. Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative. 	
b)	Teilnehmer Tumorkonferenz	
	Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen regelmäßig an der Tumorkonferenz teil. Die Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden.	
	Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen.	
	Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologe, Pflege) und in der Palliativsituation andere tätige Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.	
	Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017	
c)	Vorbereitung Tumorkonferenz	
	Die wesentlichen Patientendaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen.	
	Eine Vorabbetrachtung von geeigneten Studienpatienten ist vorzunehmen.	
d)	Demonstration Bildmaterial	
	Patientenbezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss - sofern vorhanden und für die Fragestellung relevant - bei der Tumorkonferenz	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.		
e)	<p>Protokollierung</p> <p>Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“). Der Behandlungsplan muss den Teilnehmern der Konferenz sowie den betreuenden und weiterbehandelnden Fachbereichen zur Verfügung gestellt werden. Er muss Teil der Patientenakte sein.</p> <p>Dissens-Entscheidungen werden dokumentiert. Die Verantwortung für die Therapie liegt beim behandelnden Arzt.</p>		
1.2.4	<p>Tumorkonferenz</p> <p>Alle Patienten, die sich mit Erstmanifestation oder neu aufgetretenem Rezidiv bzw. Fernmetastasierung im Zentrum vorstellen, müssen in der prätherapeutischen Tumorkonferenz u./o. in der TK nach Abschluss der Primärtherapie vorgestellt werden.</p>		
1.2.5	<p>Prätherapeutische Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primärfälle - Lokalrezidive/Fernmetastasen <p>Indikationskonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Zentren mit >500 Primärfällen kann die prätherapeutische TK als Indikationskonferenz durchgeführt werden • Teilnehmer: Pneumologe/Hämatologie-Onkologe; Thoraxchirurg, Radiologe. Optional: Strahlentherapeut, Palliativmedizin <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)</p> <p>Kennzahl 2a</p> <p>Kennzahl 2b</p>	
1.2.6	<p>Tumorkonferenz nach operativer Therapie (zur Überprüfung der Indikation für eine adjuvante Therapie)</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)</p> <p>Kennzahl 3</p>	
1.2.7	<p>Therapiedurchführung/-empfehlung</p> <p>Wird im Verlauf der Therapie von der ursprünglichen Therapieempfehlung der Tumorkonferenz abgewichen, muss der Fall erneut in der Konferenz vorgestellt werden. Gründe für die Änderung sowie die geänderte Therapie sind zu dokumentieren.</p>		
1.2.8	<p>Therapieplanung</p> <p>Auf Wunsch erhält jeder Patient das Protokoll der Tumorkonferenz. Alternativ kann eine gesonderte Aufzeichnung für den Patienten erstellt werden.</p>		
1.2.9	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen Lungenspezifische Themen als einer der Schwerpunkte betrachtet werden • Teilnehmer: obligat für alle Hauptbehandlungspartner; weitere Partner des Zentrums (Pflege, Psychoonkologie etc.) sind themenbezogen einzuladen (mind. 1x/Jahr) • Qualitätszirkel sind zu protokollieren 		
1.2.10	Morbiditätskonferenzen		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden • Es sind jährlich mindestens 2 Morbiditätskonferenzen durchzuführen, wobei pro Konferenz mindestens 3 Fälle vorgestellt werden. • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf. • Morbiditätskonferenzen sind zu protokollieren. 	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.3.1	<p>Kooperierende Einweiser</p> <p>Es ist eine Liste der kooperierenden Haupteinweiser zu führen.</p> <p>Einweiser können selbständig Patienten vorstellen (z.B. bei Verdacht auf Rezidiv).</p> <p>Die Einweiser müssen über diese Möglichkeiten informiert werden.</p>	
1.3.2	<p>Ansprechpartner</p> <p>Die Ansprechpartner des Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zu geben (z.B. Telefon, E-Mail).</p>	
1.3.3	<p>Arztbriefe</p> <p>Arztbriefe sind an den Einweiser, den Patienten (falls gewünscht) und jeden von ihm benannten Arzt zu richten. Arztbriefe haben den pathologischen Befund, OP-Bericht sowie Ergebnisse aus der Tumorkonferenz zu beinhalten.</p> <p>Der Einweiser soll zeitnah (< 2 Tage) nach Erstellung direkten Zugriff auf den OP-Bericht, histologischen Befund und Protokoll der Tumorkonferenz haben.</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 der Haupteinweiser einzurichten.</p>	
1.3.5	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <p>Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Das Ergebnis muss erstmalig zum 1. Überwachungsaudit vorliegen.</p>	
1.3.6	<p>Fortbildungen</p> <p>Es sind mindestens 2x jährlich Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch das Lungenkrebszentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen oder • Ärzte <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung (s.u.). (Nachweis erforderlich) Vertretungsregelung ist schriftlich zu belegen</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplompädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. psychoonkologischen Qualifizierung zugelassen werden. In diesem Fall ist die Qualifikation in einem Curriculum (Ausbildung, Fort-/Weiterbildung, psychoonkologische Erfahrung) darzustellen, das einer Einzelfallprüfung unterzogen wird. Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p> <p>Anerkannte Lehrgänge Von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonst. adäquate Fortbildung mit einem Umfang von > 100 Unterrichtseinheiten</p>	
1.4.2	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (Instrument z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und das Ergebnis zu dokumentieren.</p> <p>Umfang der Versorgung Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, sind zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen.</p>	
1.4.3	<p>Psychoonkologie- Ressourcen Mind. 0,5 VK stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung), Empfehlung: 0,5 VK pro 200 beratene Patienten PF</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
1.4.4	<p>Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.4.5	<p>Organisationsplan</p> <p>Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p>		
1.4.6	<p>Psychoonkologie - Aufgaben</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"> • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Patientenveranstaltung o.ä.) • die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter <p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte). • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen. 		
1.4.7	<p>Fort-/Weiterbildung/Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen 		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.5.1	<p>Qualifikation Sozialarbeit Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung (Empfohlen: pro VK-Stelle 400 Pat.). Vertretungsregelung im Urlaubs- und Krankheitsfall muss hinterlegt sein.</p> <p>Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p> <p>Organisationsplan: Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche oder Standorte fungiert, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
1.5.2	<p>Sozialarbeit - 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 und steht den Patienten während der gesamten Dauer der Behandlung offen. Dazu gehört auch der Hinweis auf Möglichkeiten der Rehabilitation.</p> <p>Beratung Sozialdienst: Krebspatienten, welche vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, sind zu dokumentieren.</p>	
1.5.3	<p>Aufgaben der psychosozialen Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Erarbeiten von alltagsrelevanten Perspektiven und Lösungen unter Berücksichtigung persönlicher und sozialer Faktoren, Patientenwunsch und vorhandenen Ressourcen • Beratung zu den Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe, Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Rente, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile etc.) • Unterstützung bei der Leistungerschließung • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten 	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten, spezialisierten Fachdiensten, Pflegediensten und Selbsthilfegruppen • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern, Fachberatungsstellen • Intervention bei Notfällen • Vermittlung in palliative Versorgungskonzepte und Hospizversorgung (ambulant / stationär) 		
1.5.4	<p>Weitere Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Krankengymnasten, Seelsorge u.a. • Teilnahme an Stationskonferenzen, Sozialvisiten und Tumorkonferenzen • Teilnahme an Supervision • Öffentlichkeitsarbeit • Beteiligung an Aufbau und Weiterentwicklung onkologischer Netzwerke <p>Dokumentation und Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Tätigkeit des Sozialdienstes ist unter Wahrung des Datenschutzes zu dokumentieren (Fallzahlen ambulant / stationär, Beratungsschwerpunkte, Angehörigenberatung etc., z.B. mit fachspezifischer Software) • Der Informationsaustausch mit anderen Berufsgruppen ist sicherzustellen. • Die Quote der beratenen Patienten ist zu erfassen • Eine Evaluation wird alle 2 Jahre empfohlen 		
1.5.5	<p>Fortbildung/Weiterbildung</p> <p>Kontinuierliche Fort-/Weiterbildungen pro Mitarbeiter (jährlich mind. 2 Tage oder 15 Stunden). Inhalte: onkologisches Basiswissen, Sozialrecht, psychosoziale Beratungskompetenz, Kenntnisse der relevanten Versorgungsstrukturen</p>		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.6.1	<p>Patientenbefragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre über mind. 3 Monate wird allen Zentrumspatienten die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote soll ermittelt werden 		
1.6.2	<p>Auswertung Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen 		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Lungenkrebszentrums zu beziehen Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen 		
1.6.3	<p>Patienteninformation (allgemein)</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Lungenkrebszentrum soll sich und seine Behandlungsmöglichkeiten vorstellen (z.B. in einer Broschüre, Patientenmappe, über die homepage). Die Kooperations-/Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. Die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung existiert. Diagnosemitteilung erfolgt immer durch den behandelnden Arzt Die Autonomie des Patienten wird respektiert und das eigenverantwortliche Handeln wird unterstützt. „informed consent“ wird gewährleistet. 		
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 werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Therapieplanung Individueller Nachsorgeplan (ggf. Übergabe Nachsorgepass) Möglichkeit psychoonkologische Betreuung Möglichkeit sozialarbeiterischer Beratung 		
1.6.5	<p>Ergebnis Tumorkonferenz</p> <p>Patient ist über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufzuklären</p> <p>Patienteninformation (fallbezogen):</p> <p>Der Patient erhält auf Wunsch eine Kopie des abschließenden Arztbriefes. Dieser enthält Histologie, OP-Bericht sowie Informationen über die geplante Therapie (Tumorkonferenzprotokoll).</p>		
1.6.6	<p>Veranstaltung für Patienten</p> <p>Es ist mind. 1x jährlich vom 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 Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.</p>		
1.6.8	<p>Selbsthilfegruppen</p>		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Lungenkrebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Soweit keine tumorbezogenen Selbsthilfegruppen vor Ort existieren, sind Kontakte zu überregional- bzw. organübergreifend tätigen Selbsthilfegruppen zu organisieren.	
1.6.9	Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte: <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ...); • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüre, Homepage des LZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am LZ für Patientengespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Lungenkrebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe 	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.7.1	Zugang zu Studien Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Lungenkrebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren.	
1.7.2	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen	
1.7.3	Studienassistent / Study Nurse Eine Study-Nurse / Studienassistent sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein (nach 3 Jahren Pflicht). Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (über Stellen-/Funktionsbeschreibung mit Umfang	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<p>Zeitkontingent) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt • Patientenbetreuung während der Studie und in der Nachsorge • Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation • Erhebung und die Dokumentation aller studienrelevanten Daten • Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen <p>Die Tätigkeit der Studienassistenten kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.</p>	
1.7.4	<p>Prozessbeschreibung</p> <p>Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien (Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung) sind die Prozesse zu beschreiben.</p>	
1.7.5	<p>Anteil Studienpatienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient in Studien eingebracht worden sein • nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl <p>Alle in Studien eingebrachten Patienten mit Lungenkrebs können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien, zu denen ein gültiges Ethikvotum vorgelegt werden kann.</p> <p>Einschluss in Studien, deren alleiniges Ziel die Materialsammlung (Biobanking) ist, zählt nicht.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.-einwilligung • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien • Pat. die in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 6</p>

Liste der Studien¹⁾

Verantwortlicher Kooperationspartner ²⁾	Name der Studie	Anzahl Zentrumspatienten in 2018 rekrutiert ³⁾
--	-----------------	---

Zähler Kennzahl Nr. 6 „Studienquote“		

- 1) Die Liste der Studien ist obligat zu bearbeiten. Ein Verweis auf den Erhebungsbogen des Onkologischen Zentrums ist nicht möglich.
- 2) Verantwortlicher Kooperationspartner: Studieneinheit/Fachbereich, von dem die Betreuung der Studie ausgeht (z.B. Abt. für Radioonkologie; Hämato-/Onkologische Gemeinschaftspraxis Dr. Mustermann; ...). Bezeichnung Kooperationspartner identisch wie unter www.oncomap.de, sofern gelistet.
- 3) Es dürfen ausschließlich Studienpatienten gezählt werden, die im Zentrum als Zentrumspatient geführt werden und die 2018 in die Studie eingeschlossen wurden (keine Doppelzählung von Studienpatienten in mehr als 1 Zentrum).

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. eine VK onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst tätig eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Patienten versorgt werden, ist die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen. • Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. <p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische onkologische Berufserfahrung (VK äquivalent) <p>Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegekraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten/Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es ist während der Ausbildungsphase auf der Grundlage eines Konzeptes eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft im LZ nachzuweisen. Ausbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweilige landesrechtliche Regelung bzw. akademisch ausgebildete Fachpflegekraft.</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Beratung der Betroffenen und Angehörigen im Sinne eines pflegerischen Case-Managements bzw. Überleitungspflege (Netzwerk ambulante Versorgung) • Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen • Kollegiale Beratung im Sinne einer Fortbildung (theoretisch/praktisch) in der Kollegenschaft • Planung des Fortbildungsbedarfs der onkologischen Fachpflegekräfte • Umsetzung der neuesten (pflege-) wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis • gemeinsame onkologische Pflegevisite <p>Patientenbezogene Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen • Ermittlung des individuellen patientenbezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Lungenkrebszentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Patienten (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes und Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Patienten und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Bedarfsgerechte Teilnahme am Tumorboard • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Patienten sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten/Spezifika der onkologischen Pflege in dem Lungenkrebszentrum Berücksichtigung finden. 		

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Lungenkrebszentrums. Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2) <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
1.8.3	<p>Einarbeitungskonzept Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept zu erfolgen</p> <p>Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
1.8.4	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 spezifische Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr) , sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.9.1	<p>Das Zentrum muss folgende Verfahren zur konservativen Therapie anbieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Logopädie Atemtherapie Krankengymnastik Ernährungsberatung <p>Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen.</p>	
1.9.2	Programme zur Tabakentwöhnung	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Allen Patienten, die rauchen, soll eine professionelle Tabakentwöhnung mit dokumentierten Motivationsgesprächen angeboten werden. • Mind. 1 Person aus dem ärztlichen und 1 Person aus dem nicht-ärztlichen Bereich sollte über eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung verfügen (z.B. über Curriculum BÄK, DGP, BdP). Die Personen sind namentlich zu benennen • Medikamente zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin) müssen im Krankenhaus vorgehalten werden. • Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen. 	

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
2.1.1	Lungensprechstunde Auf welcher Basis wird Spezialsprechstunde durchgeführt? (Medizinisches Versorgungszentrum, Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung)	
2.1.2	Die Lungensprechstunde muss mindestens wöchentlich stattfinden und folgende Themen abdecken: <ul style="list-style-type: none"> • Lungenkrebserkennung • Therapieplanung • Nachsorge • Beratung bei gutartigen Lungenerkrankungen • Angebote für Programme der Tabakentwöhnung • Erfassen des Raucherstatus (Empfohlen wird eine Einteilung in: Jahr Beginn, Jahr Ende, Packungen und Packungsjahren, sowie einer Einteilung in current smoker, ex heavy smoker, light smoker und Nie-Raucher) <p>Falls zweckmäßig, können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>	
2.1.3	Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: < 2 Wochen Notfallvorstellung täglich möglich. Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
2.1.4	Bei (Spezial-) Lungensprechstunden sind folgende Leistungen sicherzustellen: <ul style="list-style-type: none"> • Lungenfunktionslabor • Ergospirometrie • Röntgen (konventionell) • Computertomographie/MRT • Labor (Hämatologie, klin. Chemie, ...) • Sonografie (Pleura-, Oberbauch-, Echokardiographie) • Möglichkeit zur ambulanten Bronchoskopie • Nuklearmedizinische Untersuchungen 	
2.1.5	Zeit bis zum ersten pathologischen Befund (Primärdiagnostik) Anforderung: ≤ 3 Arbeitstage	
2.1.6	Diagnosemitteilung Dignität <ul style="list-style-type: none"> • Mitteilung bei Diagnose insbesondere bei bösartigem Befund hat durch einen Arzt persönlich und im direkten Kontakt zu erfolgen. • Zeit bis zur abschließenden Diagnose (Mitteilung histologisches Ergebnis an Patienten): < 1 Woche 	
2.1.7	Wiedervorstellung bei Therapienebenwirkungen ist organisatorisch zu regeln.	
2.1.8	Information / Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
2.2.1	Das Zentrum muss folgende Verfahren zur funktionellen Diagnostik anbieten. <ul style="list-style-type: none"> • Lungenfunktion mit Bodyplethysmografie, Messung der Diffusionskapazität, Messung der inspiratorischen Muskelfunktion und Belastungsuntersuchung (6-Minuten-Walk-Test) • Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung • Spiroergometrie • Echokardiografie • Quantifizierbare Lungen ventilations- und -perfusionsszintigrafie 	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	Für die angewendeten Verfahren müssen Verfahrensbeschreibungen vorliegen		
2.2.2	<p>Das Zentrum muss folgende Verfahren zur Endoskopie und interventionellen Bronchologie vorhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starre und flexible Bronchoskopie (Videochiptechnologie) • Pneumothoraxtherapie • Thorakoskopie • Lungenbiopsie bzw. Lungenpunktion • Pleurapunktion • Lymphknotenbiopsie, bzw.- punktion transbronchial und transtracheal • Röntgendurchleuchtung • Endobronchialer/endoluminaler Ultraschall mit Nadelpunktion unter sonografischer Sicht • CT-gesteuerte Biopsie bzw.- Punktion • Thermische Verfahren zur Rekanalisation (Nd:YAG-Laser oder Argon-Plasma-Beamer oder Elektrokauter) • Stentimplantation in Trachea und Bronchien • Elektronische Bilddokumentation und Archivierung für diagnostische endoskopische Verfahren. <p>Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen. Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden.</p>		
2.2.3	<p>Expertise für die endoskopischen / interventionellen Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexible Bronchoskopie: ≥ 500 Bronchoskopien/ Jahr im Zentrum • Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen (auch bei nicht-onkologischen Patienten): ≥ 10/Jahr (Thermische Verfahren und Stenteinlage) <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p> <p>Für die folgenden Verfahren muss die Zahl pro Jahr angegeben werden (keine Mindestzahl vorgegeben):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starre Bronchoskopie (1620.1x) • Transbronchiale Lungenbiopsien (1430.2) • EBUS-Untersuchungen • CT-gesteuerte Lungenbiopsien <p>Die Zuständigkeiten für die angewendeten funktionellen Verfahren müssen klar festgelegt sein.</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 7</p> <p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 8</p>	
2.2.4	<p>Ärzte in Tätigkeit für das LZ in der endoskopischen / interventionellen Diagnostik</p>		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Für jedes der angewendeten Verfahren ist der Facharztstandard (mit qualifizierter Vertretungsregelung) sicherzustellen. Ärzte sind namentlich zu benennen 2 Jahre Erfahrung in der Durchführung und Befundung der angewendeten funktionellen Verfahren Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Durchführung und Befundung 	
2.2.5	Assistenzpersonal (Pflegekräfte oder MTAs) <ul style="list-style-type: none"> mind. 2 qualifizierte Mitarbeiter je Verfahren Mitarbeiter sind namentlich zu benennen 	
2.2.6	Zeitraumen bis zur Bereitstellung der notwendigen Information an die mit behandelnden Ärzte (Möglichst umgehend, immer < 24 h nach Untersuchung)	
2.2.7	Die Möglichkeit zur stationären Aufnahme muss gegeben sein.	
2.2.8	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> Für das an den endoskopischen / interventionellen Verfahren beteiligtem ärztlichen und sonstigen Personal (RTA's) ist ein Qualifizierungsplan vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
3.1	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> Mindestens 1 Facharzt für Radiologie Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen 	
3.2	RTAs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	
3.3	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: <ul style="list-style-type: none"> Spiral-CT MRT Röntgen Interventionelle Radiologie (Cavastent, Embolisation, Abszessdrainage, ...) Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Eine Geräteliste muss geführt werden. Bietet das Zentrum die Verfahren nicht selbst an, müssen entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorliegen.	
3.4	Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOP's) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen	
3.5	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.6	Die Möglichkeit zur stationären Aufnahme muss gegeben sein.	
3.7	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> Für das an den bildgebenden Verfahren beteiligte ärztliche und sonstige Personal (RTA's) ist jeweils ein Qualifizierungsplan vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
4.1	Fachärzte der Nuklearmedizin: <ul style="list-style-type: none"> Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen 	
4.2	MTAs der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte MTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	
4.3	Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin: <ul style="list-style-type: none"> Knochenszintigrafie Lungenszintigrafie PET und PET-CT <p>Bietet das Zentrum die Verfahren nicht selbst an, müssen entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorliegen.</p> <p>Durchführung PET-CT Wenn ein PET-CT durchgeführt werden soll, ist muss es präoperativ prätherapeutisch vor einer kurativ intendierten Therapie durchzuführen (und nicht postoperativ) durchgeführt werden.</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
4.4	<p>Prozessbeschreibungen (SOP's) Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.</p> <p>Besonderheiten PET-CTs Bei Durchführung von PET-CTs muss ein Facharzt für Radiologie anwesend sein.</p>		
4.5	<p>Befunderstellung Der schriftliche Befund des Nuklearmediziners muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.</p>		
4.6	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.</p>		
4.7	<p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt 		

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Lungenkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p>		

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
5.2.1	<p>OP-Säle: Mindestens 1 OP muss ganztägig 7 Tage pro Woche regelmäßig für Lungenoperationen belegbar sein</p>		
5.2.2	<p>Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Pat. mit C-Diagnose durchzuführen.</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 9a und 9b</p>	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Definition operative Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anatomische Resektionen (Anatomische Segmentresektion, Lobektomie, Pneumektomie, bronchio- u. angioplastische Operationen). Atypische Resektionen (Keilresektionen) können nicht zu den operativen Primärfällen bzw. nicht zu den operierten Pat. mit C-Diagnose gezählt werden. Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-323 bis 5-328) belegt werden. <p>Definition Anatomische Lungenresektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> Separate chirurgische Versorgung von Gefäßen (Arterie und Vene) und Bronchus unabhängig von der Parenchymdurchtrennung mit Dokumentation im OP-Bericht. Parenchymdurchtrennung entlang der anatomischen Segment-/Lappengrenzen Pathologische Untersuchung der Absetzungs-ränder separat: Arterie(n), Vene(n), Bronchus, Parenchym <p>VATS-/RATS-anatomische Resektionen zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> Operation video-assistiert (minimal-invasiv) Hilfsinzision max. 7cm lang Keine Rippenspreizung <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>		
5.2.3	<p>Thoraxchirurgen für das Lungenkrebszentrum: Mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie in Tätigkeit für das Lungenkrebszentrum gemäß Stellenplan. Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</p>		
5.2.4	<p>Die Beschreibung der Qualifikation der in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula.</p> <p>Folgende Parameter müssen erfüllt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie Nachweis folgender Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> Mind. 100 selbstständig durchgeführte Lungenresektionen mit systematischer Lymphadenektomie nach dem Facharzt, davon mind. 15 Pneumonektomien, 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen Jährlich mind. 1 lungenspezifische Fortbildung pro Operateur 		
5.2.5	<p>Ergebnisqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> 30-Tage Letalität nach Resektion < 5% Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz < 5% 	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 12</p> <p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 13</p>	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Revisionsoperationen in < 10% der Fälle 	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 14
	<ul style="list-style-type: none"> R0-Resektionen im Stadium I u. II > 95% 	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 15
	<ul style="list-style-type: none"> R0-Resektionen im Stadium III > 85 % 	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 16
	Bei Überschreitung Vorlegen einer Einzelfallanalyse mit entsprechendem Maßnahmenplan	
5.2.6	<p>Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> (Prä-)stationäre Aufnahme Therapieplanung (Zeitpunkt präoperativ) Perioperatives Management Operatives Management (Abläufe OP, Wiederaufbereitung Material, Dokumentation) Postoperative Schmerztherapie Stationsmanagement Entlassmanagement <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p> <p>Durchschnittswerte für die Wartezeit zwischen Abschluss der Diagnostik / Anmeldung zur OP durch den niedergelassenen Arzt / Beschlussfassung in der Tumorkonferenz und stationärer Aufnahme zur Operation sowie die postop. Verweildauer sind zu erheben.</p>	
5.2.7	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <p>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</p>	
5.2.8	<p>Qualifikation Personal - Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 1 Qualitätszirkel unter Mitwirkung einer erfahrenen thoraxchirurgischen Pflegekraft Jährlich mind. 1 Weiterbildung mit Tätigkeitsbezug für das Lungenkrebszentrum in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich 	
5.2.9	<p>Intensivmedizin</p> <p>Zahl der intensivmedizinischen Betten für das Lungenkrebszentrum ist anzugeben (Intensivmedizin und Intermediate Care).</p> <p>Falls die Intensivmedizin nicht der Leitung des Lungenkrebszentrums untersteht, ist eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen.</p>	
5.2.10	Die Ausstattung der Station und der Plätze (Monitoring) ist zu beschreiben.	
5.2.11	Für die postoperativ beatmeten Primärfälle ist die durchschnittliche postoperative Liegedauer (in d) und die durchschnittliche postoperative Beatmungsdauer (in h) auf der Intensivstation anzugeben (Min., Max., Median).	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017	
5.2.11 5.2.12	Die Häufigkeit nosokomialer Infektionen gemäß den RKI/IfSG-Richtlinien ist zu erfassen und zu bewerten. Die Erfassung muss nicht auf die Patienten des LZ beschränkt sein Eine Teilnahme am NRZ - KISS-Modul Lobektomie ist empfehlenswert.	
5.2.12 5.2.13	Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> • Postoperative Betreuung von Lungenpatienten • Entwöhnung • Verlegung auf Normal-Station Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Lungenkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	
--	---	--

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
6.2.1	Durchführung der medikamentösen onkologischen Therapie (Chemotherapie, AK-therapie, TKI-Therapie) durch: <ul style="list-style-type: none"> a) FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder b) FA für Pneumologie bzw. Innere Medizin und Pneumologie oder c) FA für Strahlentherapie 	
	Für die Durchführung der alleinigen Systemtherapie sind zumindest zwei Vertreter aus dem Kreis der internistischen Fachärzte a) u. b) zu benennen. FÄ aus der Gruppe c) mit entsprechender Qualifikation können im Rahmen radio-chemotherapeutischer Therapiekonzepte die medikamentöse onkologische Therapie durchführen. Ausnahmen gelten für die intraoperative Applikation von Cisplatin oder sonstigen Formen der lokalen Chemotherapie. Diese können von FÄ für Thoraxchirurgie in Kooperation mit Internistischen	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Fachkollegen (Pneumologen, Onkologen) nach gemeinsamer Indikationsstellung vorgenommen werden.</p> <p>Die oben benannten Fachärzte müssen die aktive Durchführung der medikamentösen Tumortherapie nachweisen.</p> <p>Es muss nach dem Erwerb der Facharztbezeichnung eine 2-jährige kontinuierliche Tätigkeit auf dem Gebiet der onkologischen Systemtherapie mit Nachweis der Durchführung sowie Behandlung von Komplikationen und Nebenwirkungen nachgewiesen werden. Für die alleinige systemische Therapie (für Fachärzte a) und b)) muss in 2 Jahren für insgesamt 100 Chemotherapieserien bestehend aus durchschnittlich 4-6 Chemotherapiezyklen, hiervon zumindest 50 Chemotherapieserien bei thoraxonkologischen Krankheitsbildern, die Indikation gestellt, die Überwachung der Applikation, die Information und Führung der Patienten sowie deren weitere Kontrolle und Überwachung erfolgt und dokumentiert sein.</p> <p>Für Fachärzte aus der Gruppe c) sind 80 Patienten mit simultaner Radio-Chemotherapie in 2 Jahren, davon mind. 1/3 bei thoraxonkologischen Krankheitsbildern nachzuweisen. Zum Zeitpunkt der Zertifizierung/Rezertifizierung darf der Zeitraum des Nachweises der vorgenannten Expertise nicht länger als vier Jahre zurückliegen.</p>		
6.2.2	<p>Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stationäre, tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapien von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Führung einer onkologischen Pflegefachkraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. • Voraussetzungen für die Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: • mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie • mind. 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.) • Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen • Die pflegerische Beratung und/oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen. 		

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017	
6.2.3	<p>Das Zentrum muss folgende Verfahren anbieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemotherapie (neoadjuvant, adjuvant, palliativ), einschließlich Supportivtherapie (S3-Leitlinie Supportiv) • Systemische Therapien mit zielgerichteten Therapeutika (monoklonale Antikörper, Angiogenesehemmer, sog. „small molecules“) auch in Kombination zur systemischen Chemotherapie • Simultane Kombinierte Radio-Chemotherapie (sequentiell und simultan), einschließlich Supportivtherapie (S3-Leitlinie Supportiv) <p>Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen.</p> <p>Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
6.2.4	<p>Qualifikation der jeweiligen Behandlungseinheit (klinische Abteilung oder niedergelassene Kooperationspartner)</p> <p>a) 150 systemische Therapien (Chemotherapie-Serien, Therapien mit zielgerichteten Therapeutika, Immuntherapien) pro Jahr bei Lungenkarzinompat. oder</p> <p>b) 50 systemische Therapien pro Jahr bei Primärfällen des Zentrums</p> <p>oder</p> <p>200 Chemotherapie-Serien insgesamt (verschiedene Tumorentitäten).</p> <p>Für die simultane Radio-Chemotherapie durch Radioonkologen gilt: Mind. 30 Lungenkrebs-Patienten mit simultaner Radio-Chemotherapie/Jahr.</p>	
6.2.5	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben. • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben (z.B. Antiemese, Vorgehen bei Anämie, bei Schleimhaut- und Hauttoxizität, Gabe von Wachstumsfaktoren, Bisphosphonaten, Ernährung, Umgang mit Portsyste-men) und patientenbezogen zu dokumentieren 	
6.2.6	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Parasiten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.	
6.2.7	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
6.2.8	Die Chemotherapie muss ambulant, tagesklinisch oder stationär möglich sein.	
6.2.9	Zytostatikazubereitung <ul style="list-style-type: none"> Die Zubereitung der Zytostatika-Lösungen muss innerhalb von 48h durch die Apotheke möglich sein (ggf. in Kooperation) Die Zubereitung findet unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Vorgaben statt. Die Rücksprache mit der zubereitenden Stelle muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert sein, möglich sein. Verfahrensbeschreibung zur Zubereitung existiert. <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
6.2.10	Medikamentöse Therapie in der metastasierten Situation <ul style="list-style-type: none"> Die Verfahren für die Versorgung (Diagnose/Therapie) von Patienten mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Patientenpfade) Eine regelmäßige Toxizitätsbeurteilung der Therapie hat anhand ausgewählter u. dokumentierter Messparameter (Symptome, Leitmetastase o.ä.) zu erfolgen. Eine Evaluierung des Therapieeffektes muss alle 3 Monate patientenbezogen dokumentiert werden 	
neu	Bei NSCLC-Patienten Stad. IV soll vor Einleitung der medikamentösen Systemtherapie eine PDL1-Expressionsbestimmung durchgeführt werden <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>	
6.2.11	Information / Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Aufklärungsgespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: <ul style="list-style-type: none"> Darstellung alternativer Behandlungskonzepte Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen Entlassungsgespräche als Standard <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
6.2.12	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt • Die von pneumologischen, thoraxchirurgischen, strahlentherapeutischen und internistisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaften gekennzeichneten Fortbildungen für Lungenkrebszentren sollen Teil des Qualifizierungsplans sein (in Vorbereitung) 	

7 Radioonkologie

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 https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onko-zert.de.</p>	

8 Pathologie

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 https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onko-zert.de.</p>		
---	--	--

9. Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
9.1	<p>Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten stationären und ambulanten Palliative–Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen. Regionale Versorgungskonzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Patienten und Angehörige aus der S3-leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3, S. 174) unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben. • Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. • Die Gruppe der Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). (S3-Leitlinie Palliativmedizin) • Bei diesen Patienten sollen Symptome und Belastungen wiederholt mittels validierterTools (zB MIDOS, iPOS) erfasst werden. • Der Zugang zur Palliativversorgung kann soll Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. • Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren • Das Angebot zur Palliativberatung und -betreuung sollte in den ersten 2 Monaten nach Diagnosestellung einer nichtheilbaren Krebserkrankung erfolgen <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>		
9.2	<p>Supportive Therapie und Symptomlinderung in der palliativen Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie sind zu beschreiben (Prozessbeschreibung / Algorithmus). • Ein Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen. Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen. Expertise für die Schmerztherapie: 50 / pro Jahr bei Patienten mit Lungenkarzinom 		

	<p>100 / pro Jahr insgesamt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur Ernährungsberatung ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen. • Zugang zu psychoonkologischer und psychosozialer Versorgung sowie zur Seelsorge ist zu beschreiben. <p>Bei Ausführung über Kooperationspartner ist für die genannten Anforderungen ein Kooperationsvertrag zu vereinbaren.</p>		
9.3	<p>Das Zentrum muss folgende Verfahren zur palliativen Therapie anbieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pleurodeseverfahren (konservativ über Drainage und invasive Verfahren mittels Thorakoskopie) • Palliative Schmerztherapie • Sauerstofflangzeittherapie <p>Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen. Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden.</p>		

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
10.1	<p>Tumordokumentationssystem Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält Anzahl erfasste Primärfälle: 100%</p> <p>Name des Tumordokumentationssystem im Krebsregister u./o. Zentrum und/oder des zuständigen Krebsregisters:</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>		
10.2	<p>Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.</p>		
10.3	<p>Anforderungen an die Tumordokumentation: Es sol muss ein Datensatz entsprechend des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Dateneingabeübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. nach Abschluss der Primärtherapie (Radiatio/Chth) Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>		

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de). Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. 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. Parallele Systeme sind zu vermeiden Solange das zuständige klinische Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung. <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>		
10.5	<p>Dokumentationsbeauftragter</p> <p>Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt.</p> <p>Name/Funktion:</p> <p>Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prüfung der Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Übermittlung und Qualität der für die Zertifizierung relevanten Patientendaten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister interdisziplinären Dokumentation Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathol. Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen) Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen und korrekten Erfassung der Patientendaten Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf Bearbeitung von Auswertungen, insb. des Jahresabschlusses <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>		
10.6	<p>Bereitstellung von Ressourcen</p> <p>Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B.</p>		

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	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). Farbllegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017		
10.7	Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein: <ul style="list-style-type: none"> • Jahrgängen • TNM-Klassifikation oder vergleichbare Klassifikation • Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie) • Datum der Rezidive/Metastasierungen • Sterbefälle • Follow-up Status (letzte Aktualisierung) Farbllegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017		
10.8	Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität Kaplan-Meier-Kurven: <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtüberleben (OAS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT Kategorien, c+p Stadien • Lokalrezidivfreies Überleben für alle operierten Patienten und für Untergruppen • Überleben ab Progression (PPS PDS) 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. Farbllegende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017		
10.9	Auswertung der Daten <ul style="list-style-type: none"> • Die Darstellung der Auswertungen für die Indikatoren zur Ergebnisqualität (obiger Punkt) müssen muss zu den Rezertifizierungen möglich sein. • Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich auszuwerten • Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind, wo gefordert, auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen. • Sofern ein Benchmarking/Jahresbericht angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten 		

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums		
	<ul style="list-style-type: none"> 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.) Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär erfolgen, sofern regionale oder überregionale Verbünde bestehen, ist daran teilzunehmen. <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>			
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was wie der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix) Funktionierende klinische Krebsregister stellen den 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. regionale 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>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 27.09.2017</p>			
10.11	Anforderungen an das Follow-up der im Tumordokumentationssystem erfassten Pat.		Ab 01.01.2015	
	Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung.		≥ 80 %	
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...).		Bis 79 %	

Datenblatt

Zur Erfassung der Kennzahlen und Daten zur Ergebnisqualität steht für die Zentren eine EXCEL-Vorlage (Datenblatt) zur Verfügung. Diese EXCEL-Vorlage beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität. Für die Zertifizierung sind ausschließlich Kennzahlendarlegungen möglich, die auf Basis der von OnkoZert bereitgestellten EXCEL-Vorlage erfolgen. Die EXCEL-Vorlage darf nicht verändert werden.

Die EXCEL-Vorlage ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar