

# 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 Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
- 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, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
- Bundesverband der Pneumologen in Deutschland (BDP)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Onkologie – Viszeralchirurgie (CAO-V)
- 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)

## **Inkraftsetzung am 14.07.2016**

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2017 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2015 und 2016 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

### Anderung vom 27.09.2017

Gegenüber der Version F4 vom 26.01.2017 wurden folgende Bereiche aktualisiert: Abfrage des QM-Systems (Seite 2), Anforderung QM-System (Kap. 1.1.9) und Liste der Studien (Kap. 1.7).

### Anderung vom 26.01.2017

Gegenüber der Version F2 vom 22.11.2016 wurde eine Korrektur in Kap. 1.1 (Kooperationsmodelle) vorgenommen.

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.

Farblgende: Änderung gegenüber dem Stand vom 26.01.2017

**Angaben zum Lungenkrebszentrum**

Lungenkrebszentrum (LZ) \_\_\_\_\_

Leiter Lungenkrebszentrum \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

Dieser Erhebungsbogen ist gültig für

Standort 1 (Klinikum/Ort) - Thoraxchirurgie \_\_\_\_\_

Standort 2 (Klinikum/Ort) - Pneumologie \_\_\_\_\_

Standort 3 (Klinikum/Ort) - Pneumologie \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Farbliegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 26.01.2017**

**Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner**

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammbblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter [www.oncomap.de](http://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 <b>Netzkoordination</b> <b>Zentrumskoordination</b> sind klar festzulegen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschäftsordnung</li> <li>• Stellenbeschreibung QMB</li> <li>• Stellenbeschreibung <b>Netzkoordinator</b> <b>Zentrumskoordinator</b></li> </ul> <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><b>Farblgende: Harmonisierung der Nomenklatur gegenüber der Version vom 30.09.2014</b></p>	
	<p>Hauptbehandlungspartner des LZ sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumologe</li> <li>• Thoraxchirurg</li> <li>• Internistischer Onkologe/ Hämatoonkologe oder Pneumologe mit entsprechender Expertise (gemäß Vereinbarung in der Geschäftsordnung)</li> <li>• Strahlentherapeut</li> <li>• Pathologe</li> <li>• Radiologe</li> </ul>	
	<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><b>Kooperationen Thoraxchirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innerhalb eines LZ ist eine Kooperation mehrerer Kliniken für Thoraxchirurgie möglich, wenn jede thoraxchirurgische Klinik eigenständig ihre operativen <b>Primär</b>Fallzahlen erbringt.</li> <li>• Mögliche Ausnahme:</li> <li>• Vertritt 1 Klinikleiter 2 Abteilungen seit mind. 1.1.2011, muss eine der beiden Abteilungen die operativen <b>Primär</b>Fallzahlen eigenständig erfüllen, die 2. Abteilung mind. zu 50% (<math>\geq 38</math> <b>anatomische Lungenresektionen operative PF</b>)</li> </ul> <p><b>Mehrstandortiges Lungenkrebszentrum</b> Eine Klinik für Thoraxchirurgie kann mit maximal drei pneumolog. Abteilungen ein <b>mehrstandortiges kooperatives</b> LZ bilden, wenn pro pneumologischer Abteilung mind. 100 Primärfälle/Jahr (Definition gemäß EB 1.2.1) nachgewiesen werden.</p> <p>Farbliegende: Ergänzungen / Streichung gegenüber der Version vom 30.09.2014 Farbliegende: Korrektur gegenüber dem Stand vom 14.07.2016</p>		
neu	<p><b>Eigenständiges Lungenkrebszentrum - Kooperation Thoraxchirurgie</b></p> <p>Zentren mit <math>&gt;200</math> 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"> <li>• Alle operativen Fälle des Zentrums mit <math>&lt; 75</math> OPs müssen in der kooperierenden Thoraxchirurgie operiert werden.</li> <li>• In der kooperierenden Thoraxchirurgie muss eine Zuordnung der operativen Fälle auf die Zentren erfolgen</li> <li>• Pat., die nicht in der kooperierenden Thoraxchirurgischen Einheit operiert werden, sind keine Patienten des Zentrums.</li> </ul> <p>Farbliegende: Ergänzungen gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		
	<p>Voraussetzung für <b>mehrstandortige alle</b> Kooperationsmodelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <del>identischer Zentrumsname</del></li> <li>• gemeinsame Tumorkonferenz</li> <li>• Die Fachlichen Anforderungen und Leistungskennzahlen müssen für jeden Standort einzeln erfüllt und nachgewiesen werden</li> <li>• Vorherige Strukturbewertung durch OnkoZert erforderlich</li> </ul>		

**1.1 Struktur des Netzwerks**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Farbliegende: Ergänzung / Streichungen gegenüber der Version vom 30.09.2014</p> <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> <p>Es muss nachgewiesen werden, dass die Abteilung für Thoraxchirurgie in der Regel alle Patienten der kooperierenden pneumologischen Abteilungen bei entsprechender Indikation tatsächlich operiert.</p>		
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"> <li>• Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz</li> <li>• Sicherstellung der Verfügbarkeit</li> <li>• Beschreibung der für das Lungenkrebszentrum 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 Kriterien der Fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten</li> <li>• Einverständniserklärung des Behandlungspartners, öffentlich als Teil des Lungenkrebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage)</li> <li>• Weitere Disziplinen/Fachgebiete, z.B. Nuklearmedizin, psychosoziale Onkologie o.a. können bei Bedarf hinzugezogen werden.</li> </ul>		
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"> <li>• Psychoonkologie</li> <li>• Nuklearmedizin</li> <li>• Sozialdienst</li> <li>• Raucherberatung / Tabakentwöhnung</li> <li>• Physiotherapie/Krankengymnastik</li> </ul>		

**1.1 Struktur des Netzwerks**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospiz/Palliativmedizin</li> </ul> <p>Die Vereinbarungen mit den Behandlungspartnern sollen folgende Punkte regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>Beschreibung von Zusammenarbeit und Schnittstellen</li> <li>Art der gegenseitigen Kommunikation</li> <li>Einhaltung Schweigepflicht</li> </ul> <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. Die Interdisziplinarität und die evidenzbasierte Medizin spiegeln sich in den Aussagen eindeutig wieder und sind in der Praxis nachvollziehbar. 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. In einer jährlichen Qualitätsplanung unter der Verantwortung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentrumsleitung und</li> <li><del>Netzkoordination-Zentrumskoordination</del></li> </ul> <p>werden klare Strategien definiert, welche die Zielerreichung fördern.</p> <p>Farblegende: Harmonisierung der Nomenklatur gegenüber der Version vom 30.09.2014</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 (<del>Finanzplan, Kostenstelle, Controlling</del>). <del>Die Planungen sind über einen Finanzplan zu belegen, aus dem hervorgeht, welche Positionen (Personal, Sachmittel, Außenauftritt, Audits, etc.) von welchem Träger in welcher Höhe zur Verfügung gestellt werden.</del></p> <p>Farblegende: Streichung / Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014 Farblegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 14.07.2016</p>		
1.1.8	<p>Es müssen SOP's für Patienten definiert sein, in denen sich die relevanten medizinischen Leitlinien</p>		



### 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<p>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"> <li>• Diagnostik</li> <li>• Therapie</li> <li>• Nachsorge</li> </ul>	
1.1.9	<p>Das LZ verfügt sollte über ein zertifiziertes QM-System (ISO 9001, KTQ, PCC, JC etc.) verfügen, das kontinuierlich weiterentwickelt wird.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 26.01.2017</p>	
1.1.10	<p>Behandlungsfehler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerichtlich und außergerichtlich (Gutachter/Schlichtungskommission) festgestellte Behandlungsfehler bei Pat. des LZ 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>	

### 1.2 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"> <li>• 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</li> <li>• Patient kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Patienten oder Patienten zur Zweitmeinung werden nicht gezählt</li> <li>• Patienten (nicht Aufenthalte, nicht OP's)</li> <li>• Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem</li> <li>• Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9)</li> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der pathologischen Diagnosesicherung</li> </ul>	<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"> <li>Ein Primärfall bei synchroner Behandlung der Bronchialkarzinome</li> <li>Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome</li> <li>Synchron auftretender Tm einer anderen Tm-entität kann als Primärfall für jede Tm-entität gezählt werden</li> </ul>		
	<p>Therapieabbrüche: 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.</p>		
1.2.2	<p><b>Operative Primärfälle</b> Das Lungenkrebszentrum muss pro Jahr mindestens 75 Patienten mit der Primärdiagnose „Lungenkrebs“ einer operativen Therapie zuführen. (Primärfälle des Zentrums)</p> <p>Die Abteilung Thoraxchirurgie muss pro Jahr mind. 75 anatomische Lungenresektionen bei Pat. mit C-Diagnose nachweisen (Def. OP-Spektrum EB 5.2.2).</p> <p>Farbliegende: Streichung / Neudefinition gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>	<p>Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Basisdaten / Kennzahl <b>9a und 9b</b></p>	
1.2.3	<p>Zyklus Die Tumorkonferenz hat mindestens 1x wöchentlich stattzufinden.</p> <p>a)</p> <p><del>Videokonferenzen oder internetbasierte Konferenzen können die persönliche Anwesenheit ersetzen. Bildmaterial muss in ausreichender Qualität übermittelt werden können.</del></p> <p><b>Web/Online-Konferenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkoop.partner, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann.</li> <li>Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative.</li> </ul> <p>Farbliegende: Streichung / Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		
	<p>b)</p> <p>Teilnehmer Tumorkonferenz Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen regelmäßig an der Tumorkonferenz teil. Die Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden. Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologe, Pflege) und in der Palliativsitua-</p>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	tion tätige Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.		
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 verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.		
e)	Protokollierung 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. Dissens-Entscheidungen werden dokumentiert. Die Verantwortung für die Therapie liegt beim behandelnden Arzt.		
1.2.4	Tumorkonferenz <u>Alle</u> 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.		
1.2.5	Prätherapeutische Tumorkonferenz <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primärfälle</li> <li>- Lokalrezidive/Fernmetastasen</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 2a Kennzahl 2b	
<b>neu</b>	<b>Indikationskonferenz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Zentren mit &gt;500 Primärfällen kann die prätherapeutische TK als Indikationskonferenz durchgeführt werden</li> <li>• Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe; Thoraxchirurg, Radiologe. Optional: Strahlentherapeut</li> </ul> <b>Farblgende: Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014</b>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 2a	
1.2.6	Tumorkonferenz nach operativer Therapie (zur Überprüfung der Indikation für eine adjuvante Therapie)	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 3	
1.2.7	Therapiedurchführung/-empfehlung 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.		
1.2.8	Therapieplanung		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	Auf Wunsch erhält jeder Patient das Protokoll der Tumorkonferenz. Alternativ kann eine gesonderte Aufzeichnung für den Patienten erstellt werden.		
1.2.9	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es sind mind. <del>3 x jährlich</del> <b>4 x jährlich</b> Qualitätszirkel durchzuführen, in denen Lungenspezifische Themen als einer der Schwerpunkte betrachtet werden</li> <li>Teilnehmer: obligat für alle Hauptbehandlungspartner; weitere Partner des Zentrums (Pflege, Psychoonkologie etc.) sind themenbezogen einzuladen (mind. 1x/Jahr)</li> <li>Qualitätszirkel sind zu protokollieren</li> </ul> <p>Farblegende: Neudefinition gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		
1.2.10	<p>Morbiditätskonferenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser</li> <li>Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden</li> <li>Es sind jährlich mindestens 2 Morbiditätskonferenzen durchzuführen, wobei pro Konferenz mindestens 3 Fälle vorgestellt werden.</li> <li>Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf.</li> <li>Morbiditätskonferenzen sind zu protokollieren.</li> </ul>		
1.2.11	<p>Anforderung Systemische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cisplatinhaltiger Chemotherapie</li> <li>kombinierter Radiochemotherapie</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 19 Kennzahl 20	

## 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>		

### 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	Der Einweiser soll zeitnah (< 2 Tage) nach Erstellung direkten Zugriff auf den OP-Bericht, histologischen Befund und Protokoll der Tumorkonferenz haben.		
1.3.4	Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/Fragen der Haupteinweiser einzurichten.		
1.3.5	Einweiserzufriedenheitsermittlung Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Das Ergebnis muss erstmalig zum 1. Überwachungsaudit vorliegen.		
1.3.6	Fortbildungen Es sind mindestens 2x jährlich Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch das Lungenkrebszentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.		

### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
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 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.</p> <p>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 &gt; 100 Unterrichtseinheiten</p>		
1.4.2	<p>Psychoonkologie - 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 Psychoonkologie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<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>		
	Anzahl der Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer > 25min.)	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 4	
1.4.3	Psychoonkologie- Ressourcen Mind. 0,5 VK stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung), Empfehlung: 0,5 VK pro 200 PF		
1.4.4	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.		
1.4.5	Organisationsplan 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.		
1.4.6	<p>Psychoonkologie - Aufgaben 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>• 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>• die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter</li> </ul>		
	Empfohlen wird außerdem:		

#### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <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. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte).</li> <li>regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen</li> <li>enge Kooperation mit dem Sozialdienst</li> <li>Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.</li> </ul>		
1.4.7	<p>Fort-/Weiterbildung/Supervision</p> <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</li> </ul>		

#### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.5.1	<p>Qualifikation Sozialarbeit Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Ressourcen: 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>		
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:</p>		

**1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	Krebspatienten, welche vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, sind zu dokumentieren.		
	Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden.	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 5	
1.5.3	<p>Aufgaben der psychosozialen Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen</li> <li>• Erarbeiten von alltagsrelevanten Perspektiven und Lösungen unter Berücksichtigung persönlicher und sozialer Faktoren, Patientenwunsch und vorhandenen Ressourcen</li> <li>• Beratung zu den Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe, Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen</li> <li>• Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Rente, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile etc.)</li> <li>• Unterstützung bei der Leistungerschließung</li> <li>• Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten</li> <li>• Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten, spezialisierten Fachdiensten, Pflegediensten und Selbsthilfegruppen</li> <li>• Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration</li> <li>• Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern, Fachberatungsstellen</li> <li>• Intervention bei Notfällen</li> <li>• Vermittlung in palliative Versorgungskonzepte und Hospizversorgung (ambulant / stationär)</li> </ul>		
1.5.4	<p>Weitere Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Krankengymnasten, Seelsorge u.a.</li> <li>• Teilnahme an Stationskonferenzen, Sozialvisiten und Tumorkonferenzen</li> <li>• Teilnahme an Supervision</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Beteiligung an Aufbau und Weiterentwicklung onkologischer Netzwerke</li> </ul> <p>Dokumentation und Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Tätigkeit des Sozialdienstes ist unter Wahrung des Datenschutzes zu dokumentieren (Fallzahlen ambulant / stationär, Beratungsschwerpunkte, Angehörigenberatung etc., z.B. mit fachspezifischer Software)</li> <li>• Der Informationsaustausch mit anderen Berufsgruppen ist sicherzustellen.</li> <li>• Die Quote der beratenen Patienten ist zu erfassen</li> <li>• Eine Evaluation wird alle 2 Jahre empfohlen</li> </ul>		
1.5.5	Fortbildung/Weiterbildung		



### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	Kontinuierliche Fort-/Weiterbildungen pro Mitarbeiter (jährlich mind. 2 Tage oder 15 Stunden). Inhalte: onkologisches Basiswissen, Sozialrecht, psychosoziale Beratungskompetenz, Kenntnisse der relevanten Versorgungsstrukturen		

### 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.6.1	<p>Patientenbefragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimum alle 3 Jahre über mind. 3 Monate wird allen Zentrumspatienten die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen.</li> <li>• Die Rücklaufquote soll ermittelt werden</li> </ul>		
1.6.2	<p>Auswertung Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen</li> <li>• Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Lungenkrebszentrums 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 Lungenkrebszentrum soll sich und seine Behandlungsmöglichkeiten vorstellen (z.B. in einer Broschüre, Patientenmappe, über die homepage).</li> <li>• Die Kooperations-/Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben.</li> <li>• Die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung existiert.</li> <li>• Diagnosemitteilung erfolgt immer durch den behandelnden Arzt</li> <li>• Die Autonomie des Patienten wird respektiert und das eigenverantwortliche Handeln wird unterstützt.</li> <li>• „informed consent“ wird gewährleistet.</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 werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieplanung</li> <li>• Individueller Nachsorgeplan (ggf. Übergabe Nachsorgepass)</li> <li>• Möglichkeit psychoonkologische Betreuung</li> <li>• Möglichkeit sozialarbeiterischer Beratung</li> </ul>		
1.6.5	Ergebnis Tumorkonferenz		

**1.6 Patientenbeteiligung**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Patient ist über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufzuklären</p> <p>Patienteninformation (fallbezogen): 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> <p>Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Lungenkrebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen.</p> <p>Soweit keine tumorbezogenen Selbsthilfegruppen vor Ort existieren, sind Kontakte zu überregional bzw. organübergreifend tätigen Selbsthilfegruppen zu organisieren.</p>		
1.6.9	<p>Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen</p> <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 LZ)</li> <li>• Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen</li> <li>• Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am LZ 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 Lungenkrebszentrum 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 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 Zeitkontingent) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt</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> </ul> Die Tätigkeit der Studienassistent kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.		
1.7.4	Prozessbeschreibung Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien (Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung) sind die Prozesse zu beschreiben.		
1.7.5	Anteil Studienpatienten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss <math>\geq 1</math> Patient in Studien eingebracht worden sein</li> <li>• nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl</li> </ul> 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.  Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.-einwilligung</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 6	

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien</li> <li>Pat. die in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden</li> </ul>	

### Liste der Studien<sup>1)</sup>

Verantwortlicher Kooperationspartner <sup>2)</sup>	Name der Studie	Anzahl Zentrumspatienten in 2017 rekrutiert <sup>3)</sup>

Zähler Kennzahl Nr. 14 „Studienquote“

- Die Liste der Studien ist obligat zu bearbeiten. Ein Verweis auf den Erhebungsbogen des Onkologischen Zentrums ist nicht möglich.
- 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](http://www.oncomap.de), sofern gelistet.
- Es dürfen ausschließlich Studienpatienten gezählt werden, die im Zentrum als Zentrumspatient geführt werden und die 2017 in die Studie eingeschlossen wurden (keine Doppelzählung von Studienpatienten in mehr als 1 Zentrum).

Farblegende: Aktualisierung gegenüber Version vom 26.01.2017

## 1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Am Zentrum muss mind. eine onkologische Fachpflegekraft aktiv eingebunden sein.</li> <li>Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> </ul> <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 nach zuweisen, 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>	
1.8.2	Zuständigkeiten / Aufgaben	

**1.8 Pflege**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegerische Beratung der Betroffenen und Angehörigen im Sinne eines pflegerischen Case-Managements bzw. Überleitungspflege (Netzwerk ambulante Versorgung)</li> <li>• Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen</li> <li>• Kollegiale Beratung im Sinne einer Fortbildung (theoretisch/praktisch) in der Kollegenschaft</li> <li>• Planung des Fortbildungsbedarfs der onkologischen Fachpflegekräfte</li> <li>• Umsetzung der neuesten (pflege-) wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis</li> <li>• gemeinsame onkologische Pflegevisite</li> </ul>		
1.8.3	Einarbeitungskonzept Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept zu erfolgen		
1.8.4	Fort- und Weiterbildung <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 Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr) , sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>		

**1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
1.9.1	Das Zentrum muss folgende Verfahren zur konservativen Therapie anbieten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logopädie</li> <li>• Atemtherapie</li> <li>• Krankengymnastik</li> <li>• Ernährungsberatung</li> </ul> Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen.		
1.9.2 <b>neu</b>	<b>Programme zur Tabakentwöhnung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Allen Patienten, die rauchen, soll eine professionelle Tabakentwöhnung mit dokumentierten Motivationsgesprächen angeboten werden.</b></li> <li>• <b>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).</b></li> </ul> <b>Die Personen sind namentlich zu benennen</b>		

## 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin) müssen im Krankenhaus vorgehalten werden.</li> <li>• Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen.</li> </ul> <p>Farblegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		

## 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"> <li>• Lungenkrebserkennung</li> <li>• Therapieplanung</li> <li>• Nachsorge</li> <li>• Beratung bei gutartigen Lungenerkrankungen</li> <li>• Angebote für Programme der Tabakentwöhnung</li> <li>• 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)</li> </ul> <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).		
2.1.4	Bei (Spezial-) Lungensprechstunden sind folgende Leistungen sicherzustellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lungenfunktionslabor</li> <li>• Ergospirometrie</li> <li>• Röntgen (konventionell)</li> <li>• Computertomographie/MRT</li> <li>• Labor (Hämatologie, klin. Chemie, ...)</li> </ul>		

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonografie (Pleura-, Oberbauch-, Echokardiographie)</li> <li>Möglichkeit zur ambulanten Bronchoskopie</li> <li>Nuklearmedizinische Untersuchungen</li> </ul>	
2.1.5	Zeit bis zum ersten pathologischen Befund (Primärdiagnostik) Anforderung: ≤ 3 Arbeitstage	
2.1.6	Diagnosemitteilung Dignität <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitteilung bei Diagnose insbesondere bei bösartigem Befund hat durch einen Arzt persönlich und im direkten Kontakt zu erfolgen.</li> <li>Zeit bis zur abschließenden Diagnose (Mitteilung histologisches Ergebnis an Patienten): &lt; 1 Woche</li> </ul>	
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"> <li>Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> <li>Entlassungsgespräche als Standard</li> </ul> Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	

## 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"> <li>Lungenfunktion mit Bodyplethysmografie, Messung der Diffusionskapazität, Messung der inspiratorischen Muskelfunktion und Belastungsuntersuchung (6-Minuten-Walk-Test)</li> <li>Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung</li> <li>Spiroergometrie</li> <li>Echokardiografie</li> <li>Quantifizierbare Lungen ventilations- und -perfusionsszintigrafie</li> </ul> Für die angewendeten Verfahren müssen Verfahrensbeschreibungen vorliegen	
2.2.2	Das Zentrum muss folgende Verfahren zur Endoskopie und interventionellen Bronchologie vorhalten:	



## 2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starre und flexible Bronchoskopie (Videochiptechnologie)</li> <li>• Pneumothoraxtherapie</li> <li>• Thorakoskopie</li> <li>• Lungenbiopsie bzw. Lungenpunktion</li> <li>• Pleurapunktion</li> <li>• Lymphknotenbiopsie, bzw.- punktion transbronchial und transtracheal</li> <li>• Röntgendurchleuchtung</li> <li>• Endobronchialer/endoluminaler Ultraschall mit Nadelpunktion unter sonografischer Sicht</li> <li>• CT-gesteuerte Biopsie bzw.- Punktion</li> <li>• Thermische Verfahren zur Rekanalisation (Nd:YAG-Laser oder Argon-Plasma-Beamer oder Elektrokauter)</li> <li>• Stentimplantation in Trachea und Bronchien</li> <li>• Elektronische Bilddokumentation und Archivierung für diagnostische endoskopische Verfahren.</li> </ul> <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"> <li>• Flexible Bronchoskopie: <math>\geq 500</math> Bronchoskopien/ Jahr im Zentrum</li> <li>• Interventionelle Eingriffe (auch bei nicht-onkologischen Patienten): <math>\geq 20</math>/Jahr <math>\geq 10</math>/Jahr thermische Verfahren und Stenteinlage</li> </ul> <p>Farblgende: Neue Sollvorgabe gegenüber der Version vom 30.09.2014</p> <p>Für die folgenden Verfahren muss die Zahl pro Jahr angegeben werden (keine Mindestzahl vorgegeben):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starre Bronchoskopie (1620.1x)</li> <li>• Transbronchiale Lungenbiopsien (1430.2)</li> <li>• EBUS-Untersuchungen</li> <li>• CT-gesteuerte Lungenbiopsien</li> </ul> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für jedes der angewendeten Verfahren ist der Facharztstandard (mit qualifizierter Vertretungsregelung) sicherzustellen.</li> <li>• Ärzte sind namentlich zu benennen</li> </ul>		

## 2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Jahre Erfahrung in der Durchführung und Befundung der angewendeten funktionellen Verfahren</li> <li>Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Durchführung und Befundung</li> </ul>		
2.2.5	Assistenzpersonal (Pflegekräfte oder MTAs) <ul style="list-style-type: none"> <li>mind. 2 qualifizierte Mitarbeiter je Verfahren</li> <li>Mitarbeiter sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
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"> <li>Für das an den endoskopischen / interventionellen Verfahren beteiligten ärztlichen und sonstigen Personal (RTA's) ist ein Qualifizierungsplan 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 Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>		

## 3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
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 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"> <li>Spiral-CT</li> <li>MRT</li> <li>Röntgen</li> <li>Interventionelle Radiologie (Cavastent, Embolisation, Abszessdrainage, ...)</li> </ul> <p>Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein.            Eine Geräteliste muss geführt werden.            Bietet das Zentrum die Verfahren nicht selbst an, müssen entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorliegen.</p>		

### 3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
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"> <li>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.</li> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.</li> </ul>	

### 4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
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	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"> <li>Knochenszintigrafie</li> <li>Lungenszintigrafie</li> <li>PET und PET-CT</li> </ul> <p>Bietet das Zentrum die Verfahren nicht selbst an, müssen entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorliegen.</p>	
neu	Durchführung PET-CT Wenn ein PET-CT durchgeführt werden soll, muss es präoperativ (und nicht postoperativ) durchgeführt werden.  Farbliegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014	
4.4	Prozessbeschreibungen (SOP's) Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1 x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.  Besonderheiten PET-CTs	

#### 4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
	Bei Durchführung von PET-CTs muss ein Facharzt für Radiologie anwesend sein.	
4.5	Befunderstellung Der schriftliche Befund des Nuklearmediziners muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
4.6	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.	
4.7	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige 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 Zentrum wahrnimmt</li> </ul>	

#### 5. Operative Onkologie

##### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

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

##### 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
5.2.1	OP-Säle: Mindestens 1 OP muss ganztägig 7 Tage pro Woche regelmäßig für Lungenoperationen belegbar sein	
5.2.2	Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern, die mit der ICD-C 34 gekoppelt sind, belegt werden. Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Pat. mit C-Diagnose Erstdiagnose Lungenkrebs (Primärfälle des Zentrums gemäß EB 1.2.2) durchzuführen  Definition operative Therapie:	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 9a und 9b

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anatomische Resektionen (Anatomische Segmentresektion, Lobektomie, Pneumektomie, bronchio- u. angioplastische Operationen).</li> <li>Atypische Resektionen (Keilresektionen) können nicht zu den operativen Primärfällen bzw. nicht zu den operierten Pat. mit C-Diagnose gezählt werden.</li> <li>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-323 bis 5-328), die mit der ICD C 34 gekoppelt sind, belegt werden.</li> </ul> <p>Farbliegende: Ergänzung / Streichung / Neudefinition gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Anteil der Pneumektomien darf höchstens 25% d. genannten Resektionen betragen</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Broncho-/Angioplastische Operationen müssen einen Anteil von 10% ausmachen.</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 11	
5.2.3	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.		
5.2.4	Die Beschreibung der Qualifikation der in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula.  Folgende Parameter müssen erfüllt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie</li> <li>Nachweis folgender Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mind. 100 selbstständig durchgeführte Lungenresektionen mit systematischer Lymphadenektomie nach dem Facharzt, davon mind. 15 Pneumonektomien, 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen</li> </ul> </li> <li>Jährlich mind. 1 lungenspezifische Fortbildung pro Operateur</li> </ul>		
5.2.5	Ergebnisqualität:	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 12	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>30-Tage Letalität nach Resektion &lt; 5%</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 13	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz &lt; 5%</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 14	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisionsoperationen in &lt; 10% der Fälle</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 15	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>R-0 Resektionen im Stadium I u. II &gt; 95%</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 16	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>R-0 Resektionen im Stadium III &gt; 85 %</li> </ul>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 16	
	Bei Überschreitung Vorlegen einer Einzelfallanalyse mit entsprechendem Maßnahmenplan		
5.2.6	Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> <li>(Prä-)stationäre Aufnahme</li> </ul>		

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieplanung (Zeitpunkt präoperativ)</li> <li>• Perioperatives Management</li> <li>• Operatives Management (Abläufe OP, Wiederaufbereitung Material, Dokumentation)</li> <li>• Postoperative Schmerztherapie</li> <li>• Stationsmanagement</li> <li>• Entlassmanagement</li> </ul> <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"> <li>• Mind. 1 Qualitätszirkel unter Mitwirkung einer erfahrenen thoraxchirurgischen Pflegekraft</li> <li>• Jährlich mind. 1 Weiterbildung mit Tätigkeitsbezug für das Lungenkrebszentrum in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich</li> </ul>		
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	<p>Die Ausstattung der Station und der Plätze (Monitoring) ist zu beschreiben.</p>		
5.2.11	<p>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).</p>		
5.2.12	<p>Die Häufigkeit nosokomialer Infektionen gemäß den RKI/IfSG-Richtlinien ist zu erfassen und zu bewerten.</p> <p>Die Erfassung muss nicht auf die Patienten des LZ beschränkt sein</p> <p>Eine Teilnahme am NRZ - KISS-Modul Lobektomie ist empfehlenswert.</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		
5.2.13	<p>Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p>		

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperative Betreuung von Lungenpatienten</li> <li>• Entwöhnung</li> <li>• Verlegung auf Normal-Station</li> </ul> <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>		

## 6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

### 6.1 Hämatologie und Onkologie

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

### 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
6.2.1	<p>Durchführung der medikamentösen onkologischen Therapie (Chemotherapie, AK-therapie, TKI-Therapie) durch:</p> <p>a) FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder</p> <p>b) FA für Pneumologie bzw. Innere Medizin und Pneumologie oder</p> <p>c) FA für Strahlentherapie</p>		
	<p>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 radiochemotherapeutischer Therapiekonzepte die medikamentöse onkologische Therapie durchführen.</p> <p>Ausnahmen gelten für die intraoperative Applikation von Cisplatin oder sonstigen Formen der lokalen Chemotherapie. Diese können von FÄ für Thoraxchirurgie in Kooperation mit Internistischen Fachkollegen (Pneumologen, Onkologen) nach gemeinsamer Indikationsstellung vorgenommen werden.</p>		
	<p>Die oben benannten Fachärzte müssen die aktive Durchführung der medikamentösen Tumorthherapie 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</p>		



**6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>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"> <li>• Voraussetzungen für die Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</li> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• mind. 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, 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 Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.</li> </ul>		
6.2.3	<p>Das Zentrum muss folgende Verfahren anbieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemotherapie (neoadjuvant, adjuvant, palliativ), einschließlich Supportivtherapie</li> <li>• Systemische Therapien mit zielgerichteten Therapeutika (monoklonale Antikörper, Angiogenesehemmer, sog. „small molecules“) auch in Kombination zur systemischen Chemotherapie</li> <li>• Simultane Radiochemotherapie, einschließlich Supportivtherapie</li> </ul> <p>Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen.</p> <p>Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden.</p>		

**6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums
6.2.4	<p>Qualifikation der jeweiligen Behandlungseinheit (klinische Abteilung oder niedergelassene Kooperationspartner)</p> <p>a) <b>100 150</b> systemische Therapien (Chemotherapie-Serien, Therapien mit zielgerichteten Therapeutika, <b>Immuntherapien</b>) 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><b>Farblgende: Neue Sollvorgabe / Ergänzung gegenüber der Version vom 30.09.2014</b></p>	
	<p>Für die simultane Radio-Chemotherapie durch Radioonkologen gilt: Mind. 30 Lungenkrebs-Patienten mit simultaner thorakaler Radio-Chemotherapie/Jahr.</p>	
6.2.5	<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 (z.B. Antiemese, Vorgehen bei Anämie, bei Schleimhaut- und Hauttoxizität, Gabe von Wachstumsfaktoren, Bisphosphonaten, Ernährung, Umgang mit Portsyste-men) und patientenbezogen zu dokumentieren</li> </ul>	
6.2.6	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Parasiten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.</p>	
6.2.7	<p>Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.</p>	
6.2.8	<p>Die Chemotherapie muss ambulant, tagesklinisch oder stationär möglich sein.</p>	
6.2.9	<p>Zytostatikazubereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Zubereitung findet unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Vorgaben statt.</li> <li>Die Rücksprache mit der zubereitenden Stelle muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert sein, möglich sein.</li> <li>Verfahrensbeschreibung zur Zubereitung existiert.</li> </ul>	
6.2.10	<p>Medikamentöse Therapie in der metastasierten Situation</p>	

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verfahren für die Versorgung (Diagnose/Therapie) von Patienten mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Patientenpfade)</li> <li>Eine regelmäßige Toxizitätsbeurteilung der Therapie hat anhand ausgewählter u. dokumentierter Messparameter (Symptome, Leitmetastase o.ä.) zu erfolgen.</li> <li>Eine Evaluierung des Therapieeffektes muss alle 3 Monate patientenbezogen dokumentiert werden</li> </ul>		
6.2.11	<p>Information / Dialog mit Patient</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Aufklärungsgespräch 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>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
6.2.12	<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 für das Zentrum wahrnimmt</li> <li>Die von pneumologischen, thoraxchirurgischen, strahlentherapeutischen und internistisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaften gekennzeichneten Fortbildungen für Lungenkrebszentren sollen Teil des Qualifizierungsplans sein (in Vorbereitung)</li> </ul>		

## 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:</p>		

## 7 Radioonkologie

	keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.  Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter <a href="http://www.onkozeit.de">www.onkozeit.de</a> .		
--	---	--	--

## 8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.0	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. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter <a href="http://www.onkozeit.de">www.onkozeit.de</a> .		

## 9. Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
9.1	Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen.</li> <li>• Die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Hospiz- und Palliativversorgung ist schriftlich festzulegen</li> <li>• Die Zugangswege und die palliativmedizinische Versorgung sind zu beschreiben (SOP, Struktur und Prozess).</li> <li>• Die palliativmedizinische Versorgung und die Zusammenarbeit mit den vorgenannten Institutionen sind an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen.</li> </ul>		

9. Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauseigene Standards für die Begleitung von Sterbenden und ethische Leitlinien sind zu beschreiben und zu beachten.</li> <li>• Die Gruppe der Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). (S3-Leitlinie Palliativmedizin)</li> <li>• Bei diesen Patienten sollen Symptome und Belastungen wiederholt mittels validierter Tools (zB MIDOS, iPOS) erfasst werden.</li> <li>• Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben.</li> <li>• Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren</li> </ul> <p>Farbliegende: Streichungen / Ergänzungen gegenüber der Version vom 30.09.2014</p>		
9.2	<p>Supportive Therapie und Symptomlinderung in der palliativen Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie sind zu beschreiben (Prozessbeschreibung / Algorithmus).</li> <li>• 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 100 / pro Jahr insgesamt</li> <li>• Zugang zur Ernährungsberatung ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen.</li> <li>• Zugang zu psychoonkologischer und psychosozialer Versorgung sowie zur Seelsorge ist zu beschreiben.</li> </ul> <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"> <li>• Pleurodeseverfahren (konservativ über Drainage und invasive Verfahren mittels Thorakoskopie)</li> <li>• Palliative Schmerztherapie</li> <li>• Sauerstofflangzeittherapie</li> </ul> <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 Zentrum und/oder des zuständigen Krebsregisters:</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 sollte ein Datensatz entsprechend des <b>einheitlichen onkologischen</b> Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der <b>Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID)</b> verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Dateneingabe zeitnah erfolgt, nach Abschluss der Primärtherapie (Radiatio/Chth)</p> <p><b>Farblegende: Streichung / Ergänzungen gegenüber der Version vom 30.09.2014</b></p>		
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln.</li> <li>Die Anforderungen zur Ergebnisqualität und Tumordokumentation sollten über das Krebs-/Tumorregister abgedeckt sein.</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 bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.</li> </ul>		
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 der Qualität der interdisziplinären Dokumentation</li> <li>Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im</li> </ul>		

**10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums	
	<p>Krebsregister (pathol. Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 Auswertungen, insb. des Jahresabschlusses</li> </ul>		
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>		
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</li> <li>• Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie)</li> <li>• Datum der Rezidive/Metastasierungen</li> <li>• Sterbefälle</li> <li>• Follow-up Status (letzte Aktualisierung)</li> </ul>		
10.8	<p>Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität Kaplan-Meier-Kurven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtüberleben (OAS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT Kategorien, c+p Stadien</li> <li>• Lokalrezidivfreies Überleben für alle operierten Patienten und für Untergruppen</li> <li>• Überleben ab Progression (PDS)</li> </ul> <p>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 zur Ergebnisqualität (obiger Punkt) müssen zu den Rezertifizierungen möglich sein.</li> <li>• Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich 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> </ul>		



**10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Lungenkrebszentrums		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern ein Benchmarking angeboten 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>			
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix) Funktionierende Klinische Krebsregister stellen 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>			
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 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](http://www.krebsgesellschaft.de) und [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) abrufbar