

Erhebungsbogen ambulante internistische Onkologie

Ambulante internistische Onkologie: Kooperationspartner internistische Onkologie für zertifizierte Zentren

Der (Haupt-) Kooperationspartner für internistische Onkologie in DKG-zertifizierten Onkologischen Zentren und/ oder Organkrebszentren muss detaillierte Anforderungen erfüllen, die in den jeweiligen zentrumsbezogenen Erhebungsbögen aufgeführt sind. In dem vorliegenden Erhebungsbogen sind alle Anforderungen zusammengefasst. Der Kooperationspartner hat damit die Möglichkeit, unabhängig von der Anzahl der zertifizierten Zentren mit denen er zusammenarbeitet, den Erhebungsbogen einmal zu bearbeiten und in den organspezifischen Erhebungsbögen auf den hier vorliegenden „Erhebungsbogen ambulante internistische Onkologie“ zu verweisen.

Die ambulante internistische Onkologie kann sowohl Kooperationspartner als auch Haupt-Kooperationspartner sein. Die Zusammenarbeit kann mit Organkrebszentren oder/ und Onkologischen Zentren erfolgen. Die ambulante internistische Onkologie ist ein Querschnittsfach, welches als Kernleister an allen Zentrumsformen, sei es an Onkologischen Zentren oder Organkrebszentren beteiligt sein kann und dafür unterschiedliche Anforderungen erfüllen muss, die in diesem Erhebungsbogen zusammengefasst sind.

Dieses Dokument stellt gleichzeitig die gemäß Erhebungsbogen geforderte Vereinbarung zwischen den Kooperationspartnern eines Zentrums dar. Weitergehende Vereinbarungen sind daher nicht erforderlich. Der Erhebungsbogen ist zudem Voraussetzung, um nur einmal pro Jahr im Rahmen einer DKG-Zertifizierung auditiert zu werden. Er ist von jeder als (Haupt-) Kooperationspartner registrierten ambulanten internistischen Onkologie (Registrierung gemäß OnkoZert-Stamtblatt) vollständig zu bearbeiten und im Vorfeld der jährlichen Audits zu aktualisieren.

Name der Einheit _____

Leitung der Einheit _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geltungsbereich

OZ MKHT MKIO MNOZ MSAR BZ GZ DZ
 ML MM MP MS MA HAEZ HZ LZ
 PZ MB MN MH MPEN

Erstellung / Aktualisierung Erhebungsbogen

Abkürzungsverzeichnis:

- **Onkologisches Zentrum** = OZ; **Uroonkologisches Zentrum** = UZ; **Viszeralonkologisches Zentrum** = VZ
- **Organkrebszentren:** BZ = Brustkrebszentrum, DZ = Darmkrebszentrum, GZ = Gynäkologisches Krebszentrum, HAEZ = Zentrum für Hämatologische Neoplasien, HZ = Hautkrebszentrum, LZ = Lungenkrebszentrum, PZ = Prostatakrebszentrum
- **Module:** MA = Analkarzinomzentrum, MB = Harnblasenkrebszentrum, MH = Hodenkrebszentrum, MKHT = Kopf-Hals-Tumor-Zentrum, MKIO = Kinderonkologisches Zentrum, ML = Leberkrebszentrum, MM = Magenkrebszentrum, MN = Nierenkrebszentrum, MNOZ = Neuroonkologisches Zentrum, MP = Pankreaskarzinomzentrum, MPEN = Peniskarzinomzentrum, MS = Speiseröhrenkrebszentrum, MSAR = Zentrum für Tumoren/ Sarkome des Weichgewebes

Inkraftsetzung am 25.09.2024

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2025 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2024 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

Änderungen gegenüber der Version B3 vom 20.12.2023 sind farblich gelb markiert.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

A) Gültigkeitsbereich des Erhebungsbogens / Teilnahme Tumorkonferenz

Standort/Klinikum	Organe (Z/M) ¹⁾	Zeitpunkt / Zyklus Tumorkonferenz/Fallbesprechung	Anwesenheit in %

¹⁾ Angabe ausschließlich für Zentren (Z) und Module (M) entsprechend des Geltungsbereiches dieses Erhebungsbogens (siehe Seite 2).

B) Ärztliche Expertise

Name, Vorname	Titel	Facharzt für Innere Medizin u. Hämatologie u. Onkologie	Zusatzqualifikation
Mustermann, Karla	Dr.	ja	
Gelb, Matthias	Dr.		---

Ambulante Versorgung für Pat. mit Systemtherapie

Die Versorgung von Pat. mit Systemtherapie erfordert wegen der Toxizität der Therapie, ihrer Wechselwirkungen mit eventuellen Begleiterkrankungen und wegen der spezifischen Anforderungen an die Sicherheit und Durchführung der Therapie auch im ambulanten Bereich besondere Voraussetzungen. Optimale Voraussetzungen können nur erreicht werden, wenn die Systemtherapie in dafür spezialisierten Einheiten durchgeführt wird, die definierte Merkmale für die Ausstattung und das betreuende Personal tragen.

C) Grundanforderungen

Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners
C1	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Zentren sind folgende Punkte zu regeln und hier kurz zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten • Beschreibung der für das Netzwerk 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 DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • Ambulante Behandlungspartner müssen für ggf. stationär zu behandelnde hämatologisch und internistisch-onkologische Pat. eine Kooperation mit den stationären Partnern des zertifizierten Netzwerkes nachweisen. <p>Tumorkonferenz/ Fallbesprechung/ Transplantationskonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Teilnahme • Sicherstellung Verfügbarkeit Facharzniveau 	
C2	<p>Internes Audit</p> <p>Das Zentrum führt einmal jährlich ein Internes Audit durch, bei dem die Erfüllung der Fachlichen Anforderungen aus diesem Erhebungsbogen überprüft wird.</p>	

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners
C3	<p>Varianten Tumorkonferenzen</p> <p>Die Teilnahme an den tumorspezifischen Konferenzen ist unter A) zu dokumentieren</p>	

Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners
C4	<p>Leitung der spezialisierten Einheit für ambulante medikamentöse Tumortherapie.</p> <p>Die ambulante Einheit ist auf Einheitlichkeit, Hauptamtlichkeit und Professionalität ausgerichtet.</p> <p>Die Leiterin/ der Leiter der Einheit und/ oder sein Vertreter ist Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und erfüllt die Anforderungen der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung/ Fortbildung in seinem Fachgebiet entsprechend der Anforderungen der Ärztekammern. Die Leiterin/ der Leiter der Einheit für Systemtherapie soll eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumoren und hämatologischer Systemerkrankungen einschließlich der Palliativmedizin besitzen. Er erfüllt die Voraussetzungen des § 40 AMG und der GCP-Verordnung zur Durchführung von Arzneimittelstudien einschließlich Zertifikat über eine GCP-Schulung. und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil.</p>	
C5	<p>Durchführung der medikamentösen onkologischen Therapie (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie)</p> <p>Facharzt für</p> <ul style="list-style-type: none"> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <p>Die Praxis erfüllt die personellen und strukturellen Voraussetzungen für die Teilnahme an der Onkologievereinbarung der KBV. Der hier benannte Facharzt/ Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p>	
C6	<p>Pflegefachkraft/ MFA</p> <p>Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie 	

Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
	<ul style="list-style-type: none"> • 50 Chemotherapieapplikationen/ Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit 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. • Nachweis einer Befähigung für die Chemotherapeutika Applikation durch den unter C5 benannten Facharzt. Für die Befähigung wird der Nachweis von jährlichen Schulungen u.a. mit den Inhalten von C12 und C13 gefordert. 		
C7	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit</p> <p>Eine qualifizierte ärztliche Betreuung ist kontinuierlich gewährleistet. Diese beinhaltet Präsenz von Ärzten mit der Facharztgruppe Hämatologie und Onkologie während der Regelarbeitszeit in der Ambulanz/ Praxis, sowie eine 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten einschließlich der Wochenenden und Feiertage für die behandelten Pat. und eine häusliche Betreuung in Kooperation mit den weiterbehandelnden Ärzten.</p>		
C8	<p>Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 4 Behandlungsplätze für die intravenöse Tumortherapie und Bluttransfusionen in einem separaten Raum. • Angemessenes Raumangebot, Tageslicht und Abtrennungsmöglichkeiten für schwerst- kranke Pat. 		
C9	<p>Basisdiagnostik Labor</p> <p>Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor während der Dienstzeiten muss möglich sein. Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag.</p>		
C10	<p>Basisdiagnostik Bildgebung</p> <p>Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik. Nachweis über einen Kooperationsvertrag.</p>		
C11	<p>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar. Gründe für eventuelle Abweichungen von den Beschlüssen der Tumorkonferenz müssen dokumentiert werden. • Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein. 		

Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
C12	<p>a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Erstellung/ Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen. Im speziellen bei hoch-emetogenen/ moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33 • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. <p>b) Individueller Therapieplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. • Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. <p>c) Freigabe/ Gabe der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren. 		
C13	<p>Zytostatikazubereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, GMP, GCP, Eudralex (Bd. 10)) in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden. • Die Rücksprache mit der Apotheke muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert wird, möglich sein. • Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ Onkologisches Zentrum/ Zentrum für Hämatologische Neoplasien.</p>		
C14	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein. 		

Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
	<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 und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren. 		
C15	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Prophylaxe/ Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • insbesondere die Behandlung von Paravasaten (Paravasate-Set und SOP), Infektionen, thromboembolischen Komplikationen, allergischen Reaktionen und Vorgehen bei Fieber in der Neutropenie • und das Nebenwirkungsmanagement bei immunologischen und zielgerichteten Therapien (z.B. Osteoprotektion bei Bisphosphonaten, RANK-Ligand-AK, zahnärztliche/ MKG-chirurgische Untersuchung vor Therapiebeginn), sind Standards zu erstellen und die Schulung für Ärzte u. Pflegepersonal nachzuweisen (Protokoll). 		
C16	<p>Notfallbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. • Eine jährliche Schulung des medizinischen Personals der Behandlungseinheit muss nachgewiesen werden (Inhalte z.B. allergischer Schock, Reanimation usw.). Die Schulungsprotokolle sind nachzuweisen (Schulungsprotokolle mit Anwesenheit der letzten 12 Monate). 		
C17	<p>Beschreibung der Möglichkeiten zur Schmerztherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben. • Bei Ausführung über Kooperationspartner ist ein Kooperationsvertrag zu vereinbaren. 		
C18	<p>Fallbezogene Information/ Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chancen und Risiken der Therapie • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte (ggf. inkl. Palliation) • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Abschlussgespräche als Standard • Schriftliche Pat.informationen (Merkblatt) u.a. über immunologische/ zielgerichtete Therapien und Impfeempfehlungen bei Immunsuppression sollen dem Pat. ausgehändigt werden 		

Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
	<p>Pat.bezogen sind Pat.gespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
C19	<p>Information Therapiedurchführung/ -planung Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Pat. und/oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, ...), z.B. über Nachsorge-/ Therapiepass.</p> <p>Erstellung Arztbrief Nach Abschluss der systemischen Therapie (letzte Applikation) und/ oder bei Therapieänderung und/ oder nach Abschluss-Staging/ Therapieabbruch erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.</p>		
C20	<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. Die Umsetzung des Einarbeitungskonzepts ist nachzuweisen (Vorlage der Listen der neu eingestellten Mitarbeiter der letzten 12 Monate).</p>		
C21	<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. 		
C22	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel sind festzulegen. • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenz werden als Qualitätszirkel ebenfalls anerkannt. • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/ Verbesserung des Zentrums geeignet erscheinen. • Die Ergebnisse der Qualitätszirkel sind zu protokollieren. 		

Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
	Die Teilnahme an den in den Zentren durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt.		
C23	<p>Qualitätssicherung/ Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Praxis/ Ambulanz sollte über ein Qualitätsmanagement-System verfügen. Elemente eines Qualitätsmanagement-Systems sind u. a. ein regelmäßiges Selbstinspektionsprogramm, ein Qualitätsmanagement-Handbuch und Standard-Arbeitsanweisungen für die wichtigsten Prozesse der Einheit. Basis- und Verlaufsdokumentation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für alle behandelten Pat. als Grundlage adäquater Datenerfassung mit permanenter Zugriffsmöglichkeit. Die Basis- und Verlaufsdokumentation der Zentrumspat. muss an das zentrale Dokumentationssystem des Zentrums übermittelt werden. 		

D) Expertise systemische Therapie

	Anzahl
Pat. mit Neuerkrankungen/ Rezidive pro Institution (nicht organbezogen) im vorangegangenen Jahr (n ≥ 120)	

	Chemotherapie	AK-Therapie
Zahl der Systemtherapie-Tage im vorangegangenen Jahr pro Institution, definiert als Tage, an denen 1 Systemtherapie pro Pat. verabreicht wurde (n ≥ 2.000). Dies beinhaltet auch komplexe orale Therapien.		

E) Organspezifische Qualifikation

Bearbeitungshinweis

Sofern in der Behandlungseinheit die organübergreifende Anforderung erfüllt wird, ist die Bearbeitung des 1. Abschnittes ausreichend. Weitere Angaben in den nachfolgenden Kapiteln sind dann nicht erforderlich.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
	<p>Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie). Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. 1 Therapie pro Pat. = 1 Therapielinie pro Erkrankung pro Pat. Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen).</p> <p>Fallzahlen pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 200 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Target Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich bzw. mind. 50 mit spezifischer Indikation (z.B. Mamma, Darm, ...) sofern in den organspezifischen Vorgaben nicht anderweitig vorgegeben <p>Besonderheit Uroonkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • inkl. 5 Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom und/ oder Nieren- und/ oder Harnblasen- und/ oder Hodenkarzinom/ Jahr (in Abhängigkeit vom Geltungsbereich) • Fallzahl spiegelt Expertise der Behandlungseinheit wider und ist nicht auf Zentrumspat. beschränkt; Instillations- oder Hormontherapien können nicht gezählt werden <p>Besonderheit Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> • davon mind. 15 zytostatische / targeted bei Hauttumorspat. <p>oder</p>		
BZ 6.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 50 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. bei Mammapat. 		
GZ 6.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 50 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. bei Pat. mit gynäkologischen/ senologischen Krebserkrankungen 		
VZ 6.2.4	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 50 Pat. mit zytostatischer Therapie und/oder Targeted Therapeutika und/ oder 		

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
DZ	AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien jährlich bei spezifischer Indikation (Kolon/ Rektum)		
MP	<ul style="list-style-type: none"> mind. 20 Pat. mit zytostatischer Therapie und/oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien jährlich bei spezifischer Indikation (Pankreas) 		
MM	<ul style="list-style-type: none"> mind. 20 Pat. mit zytostatischer Therapie und/oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien jährlich bei Indikation Magenkarzinom/ AEG-Tumor 		
MS	<ul style="list-style-type: none"> mind. 20 Pat. mit zytostatischer Therapie und/oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien jährlich bei Indikation Ösophagus-Ca 		
HZ 6.2.3	<ul style="list-style-type: none"> mind. 50 systemische Therapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien) bei Hauttumorphat. 		
LZ 6.2.4	<ul style="list-style-type: none"> 150 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Lungenkarzinompat. oder 50 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Primärfällen des Zentrums 		
LZ 6.2.10	<p>Medikamentöse Therapie in der metastasierten Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Verfahren für die Versorgung (Diagnose/ Therapie) von Pat. mit Lokalrezidiv/ Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade) 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 pat.bezogen dokumentiert werden <p>Bei NSCLC-Pat. Stad. IV soll vor Einleitung der medikamentösen Systemtherapie eine PDL1-Expressionsbestimmung durchgeführt werden</p>		
UZ 6.2.5	<ul style="list-style-type: none"> 20 urologische Pat. mit Chemotherapie/ Jahr (einschließlich Docetaxel) 		
PZ	<ul style="list-style-type: none"> 5 Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom/ Jahr (können Teilmenge der 20 Pat. sein) 		
MN	<ul style="list-style-type: none"> 20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/ Jahr 5 Pat. mit Nierenkarzinom (können Teilmenge der 20 Pat. sein) 		
MB	<ul style="list-style-type: none"> 20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/ Jahr 		

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Kooperationspartners	
	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Pat. mit Harnblasenkarzinom (können Teilmenge der 20 Pat. sein) 		
MH	<ul style="list-style-type: none"> • 20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/Jahr • 5 Pat. mit Keimzell-/strangtumor (können Teilmenge der 20 Pat. sein) 		
MPEN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/Jahr 		
MSAR 6.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 30 systemische Therapien bei Pat. mit Sarkomen (Chemotherapien, Antikörpertherapien, TKI etc.)/ Jahr 		