

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Zentren für Hämatologische Neoplasien

21.04.2026, 10:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Weißinger, Prof. Krause/ Prof. von Bergwelt-Baildon

Teilnehmer*innen:

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Zentren für Hämatologische Neoplasien. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

TOP 2 Anpassung der Geschäftsordnung

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgestellten Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten u.a. eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen sowie redaktionelle Änderungen.

TOP 3 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Zentren Hämatologische Neoplasien (OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2025 gab es 151 Zentren für Hämatologische Neoplasien (HAEZ) an 153 Standorten (davon 13 im Ausland) und 12 laufende Erstzertifizierungen. 2025 gab es insgesamt 15 neue Zertifikatserteilungen und 2 Zertifikate wurden ausgesetzt bzw. beendet.

Im Auditjahr 2025 wurden in 12 von 138 Audits insgesamt 15 Abweichungen ausgesprochen. 3 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeit erteilt. 22 Zentren für Hämatologische Neoplasien nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK).

Im Nachgang zur Sitzung sind Online-Seminare für die Fachexperten (FE) der Zentren für Hämatologische Neoplasien geplant, in denen über die Neuerungen/Änderungen im Zertifizierungssystem informiert wird. Im Juni 2026 ist ein FE-Lehrgang mit HAEZ geplant. Aktuell stehen 62 FE für die Auditierung der Zentren für Hämatologische Neoplasien zur Verfügung. 2 weitere FE befinden sich derzeit im Hospitationsverfahren. Die FE-Situation ist aktuell als sehr gut zu bezeichnen. Anfang März erfolgte der Versand des „Merkblatt – Auditjahr 2026“ an alle FE und Zentren, mit Punkten, die für die Durchführung der Auditverfahren 2026 eine besondere Bedeutung haben.

TOP 4 Vorstellung des Jahresberichts/Qualitätsindikatoren der Zentren für Hämatologische Neoplasien 2026 (Kennzahlenjahr 2024, Auditjahr 2025) (Vorsitzende, DKG)

Die Ergebnisse des Jahresberichts 2026 werden vorgestellt. Im Jahresbericht wurden 146 Standorte berücksichtigt mit insgesamt 25.722 Pat.fällen.

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Kennzahl 3: **Autologe Stammzelltransplantationen:** Circa 62% der zertifizierten Standorte haben autologe Stammzelltransplantationen am eigenen Standort durchgeführt.
- Kennzahl 4: **Allogene Stammzelltransplantationen:** Von Seiten des G-BA wurde eine jährliche Mindestmenge von 40 allogenen Stammzelltransplantationen festgelegt. In den Kalenderjahren 2023 und 2024 gilt dafür übergangsweise jeweils die Mindestmenge von 25 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. An 11 HAEZ lag im Kennzahlenjahr 2024 die Anzahl an allogenen Stammzelltransplantationen <40, davon an 4 HAEZ <25. Für die Kennzahl gilt derzeit keine Sollvorgabe.

- Kennzahl 7: **Transplantationskonferenz**: 46 Standorte haben die Sollvorgabe von $\geq 95\%$ unterschritten. Die Begründungen der Zentren $<95\%$ umfassten u.a. Berücksichtigung des Pat.wunsches (n=3 Nennungen), Versterben von Pat. vor Vorstellung (n=10), Kontraindikationen o. Behandlung auf der Intensivstation (n=4), Verlegung von Pat. an ein anderes Zentrum u. dortige Vorstellung (n=4), Pat. mit akuter Leukämie, für die LL-gerecht keine Tx indiziert sei (n=4). An 8 Zentren wurde als Begründung ein reduzierter AZ oder Komorbidität genannt. In der Kommissionsitzung 2024 war betont worden, dass alle Pat. <70 J. mit akuter Leukämie vorgestellt werden sollen, unabhängig von Komorbiditäten.
- Kennzahl 8: **Psychoonkologisches Distress-Screening**: Bei dieser Kennzahl ist ein deutlicher Zuwachs an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, zu beobachten. 76% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe von $\geq 65\%$ (Vorkennzahlenjahr ca. 56%).
- Kennzahl 11: **Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei Pat. mit einer Häm. Neoplasie**: Gemäß Sitzung der Zertifizierungskommission 2024 wird die Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei Pat. mit einer Hämatologischen Neoplasie (gemäß Basisdaten und OPS 8-544) erstmalig im Kennzahlenbogen ausgewiesen. 28 Zentren haben im Betrachtungsjahr <10 kompl./intensive Blockchemotherapien durchgeführt, 11 davon keine und begründen dies z.T. dadurch, dass Pat. mit AML/ALL zeitnah ans Kooperationszentrum verlegt werden und die Therapie dort erhalten.

Diskussion zum Jahresbericht:

- Herr Prof. Krause ergänzt im Rahmen der Kennzahlenauswertung, dass er, soweit Referenzdaten des RKI für die jeweilige Entität vorliegen, eine systematische Auswertung hinsichtlich der Abdeckung der inzidenten Fälle für sinnvoll erachte. Er weist darauf hin, dass akute Leukämien häufig im stationären Setting behandelt würden, während Pat. mit z.B. CLL vorwiegend im ambulanten Setting versorgt werden würden, weshalb eine geringere Abdeckung für Letztere in den Strukturen der zertifizierten HAEZ zu beobachten sei. Zugleich betont Herr Prof. Krause, dass die Zentren unterschiedliche Schwerpunkte hätten, was aus seiner Sicht grundsätzlich akzeptabel sei. Vor diesem Hintergrund müsse jedoch sichergestellt werden, dass bestimmte Therapien ggf. mit einer Mindestfallzahl verbunden seien.
- Herr Prof. Weißinger unterstreicht die Herausforderung, ein einheitliches Zertifikat für Zentren mit teils sehr unterschiedlichen Schwerpunkten zu vergeben. Er spricht sich dafür aus, diese Fragestellung in der Kommission künftig zu beobachten und erneut aufzugreifen.
- Die DKG wird eine Auswertung zur Abdeckung auf Basis der Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten sowie eine Analyse der unterschiedlichen Schwerpunkte auf Grundlage der Basisdaten der Zentren vorbereiten.

TOP 5 Verschiedenes (Klages, Utzig, Sibert/DKG)

Update Krankenhausreform

Herr Dr. Utzig erläutert ausgewählte aktuelle gesundheitspolitische Themen (Krankenhausreform, KHAG, Zuweisung von Leistungsgruppen in NRW etc.).

Versorgungsforschung

Frau Jun.-Prof. Sibert (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte innerhalb des DKG-Zertifizierungssystems und in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Sie weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Onkologisches Basisscreening

Frau Dr. Klages informiert die Kommission über die Weiterentwicklung der Anforderungen zum Onkologischen Basisscreening durch eine interdisziplinäre u. multiprofessionelle AG und die Aufnahme der Anforderungen in der Sitzung OZ vom Oktober 2025.

TOP 6 Wahl Vorsitz (Stimmberechtigte)

Herr Prof. von Bergwelt-Baildon wird seitens der DGHO als neuer Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission ohne Gegenstimmen für 4 Jahre in dieses Amt gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Krause an, der für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Die Kommission dankt Herrn Prof. Krause herzlich für sein großes Engagement und würdigt seine Verdienste um das Zertifizierungssystem. Herr Prof. von Bergwelt-Baildon bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

Herr Prof. Weißinger steht weiterhin als Vorsitzender zur Wahl zur Verfügung und wird ohne Gegenstimmen von der Kommission für 4 Jahre in seinem Amt bestätigt. Herr Prof. Weißinger bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

TOP 7 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Klages/DKG)

Allgemeine Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB):

- Da der EB HAEZ Teil eines Systems von 20 weiteren Zentrumsarten ist, sind Teile des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems bzw. der Onkologischen Zentren angepasst.
- Während der Sitzung wird der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der in der rechten Spalte grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt werden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB:

1.1.6. Struktur des Netzwerks – Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin

Es wird angeregt, die im EB formulierte Kooperation mit einem „Zentrum für Personalisierte Medizin“ (ZPM) inhaltlich zu konkretisieren. Es wird vermutet, dass hiermit ein molekulares Tumorboard (MTB) gemeint sei, welches unter Kapitel 1.2.3.h bereits explizit benannt ist. Sollte ZPM und MTB identisch sein, sollte dies aus Sicht des Eingebenden klar aus dem Text hervorgehen; andernfalls sei die Anforderung schwer einzuordnen. Zudem wird angemerkt, dass die Formulierung „sollte angestrebt werden“ den Zentren einen großen Handlungsspielraum lasse und alternativ auch als verpflichtende Anforderung ausgestaltet werden könnte. Die Kommission beschließt keine Änderungen vorzunehmen, da die bestehende Regelung entitätenübergreifend harmonisiert ist.

1.2.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Anzahl Pat.fälle

Es wird angeregt, im Rahmen der Bewertung hämatologischer Zentren nicht ausschließlich maligne hämatologische Neoplasien zu berücksichtigen, sondern auch nicht-maligne hämatologische Erkrankungen und deren Betreuung einzubeziehen. Begründet wird dies damit, dass nicht-maligne Erkrankungen einen relevanten

Anteil der Versorgungsrealität ausmachen und wesentlich zur fachlichen Kompetenz hämatologischer Zentren beitragen. Im Unterschied zu onkologischen Zentren, deren Fokus ausschließlich auf malignen Erkrankungen liege, sei die Hämatologie insgesamt breiter aufgestellt.

Die Kommission beschließt den Vorschlag nicht anzunehmen. Der inhaltliche Schwerpunkt der DKG-Zertifizierung liegt auf malignen Neoplasien. Eine Einbeziehung nicht-maligner Erkrankungen würde eine inhaltliche Verschiebung des Zertifizierungssystems bedeuten.

Eine Eingabe bezieht sich auf die Zählweise von Patientenfällen bei sekundären hämatologischen Neoplasien. Kritisch hinterfragt wird, dass sekundäre myeloische oder lymphatische Neoplasien (z. B. MDS/AML nach vorangegangener Therapie einer anderen hämatologischen Neoplasie, z. B. Multiples Myelom) nicht als neuer Patientenfall gezählt werden dürfen, sofern der betreffende Patient bereits in einem früheren Kalenderjahr als Patientenfall erfasst wurde. Es handle sich hierbei um eigenständige Erkrankungen mit unterschiedlicher Therapie, deren getrennte Zählung sachgerecht erscheine. Zudem werde die Nachvollziehbarkeit für Fachexperten erschwert, da im Audit nicht immer eindeutig ersichtlich sei, ob und wann ein Patient bereits in einem zurückliegenden Kalenderjahr als Fall gezählt worden sei. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, sekundäre hämatologische Neoplasien künftig als neue Patientenfälle zuzulassen, auch wenn der Patient zuvor bereits als Patientenfall mit einer anderen hämatologischen Neoplasie erfasst wurde.

Die Kommission beschließt, vorerst keine Änderung vorzunehmen. Die grundsätzliche Sinnhaftigkeit der Eingabe wird gesehen, die Umsetzung wird jedoch aus verschiedenen Gründen als herausfordernd bewertet.

Es wird beschlossen, das Thema für die Sitzung 2028 vorzubereiten und zu diskutieren.

Die Vorsitzenden werden hierzu eine Übersichtstabelle mit hämatologischen Diagnosen erarbeiten, die nach einer vorangegangenen anderen hämatologischen Neoplasie als neuer Pat.fall zählbar wären und nicht dem natürlichen Krankheitsverlauf der ersten hämatologischen Neoplasie entsprechen. Ziel ist es, für die Zentren eine klare und einfach nachvollziehbare Abgrenzung zu schaffen, welche neue hämatologische Erkrankung bei einem Pat. als „neuer Pat.fall“ anzuerkennen ist.

Zusätzlich soll eine Analyse durchgeführt werden, wie viele zusätzliche Fälle hierdurch potenziell erfasst würden, was Implikationen für die Anforderungen der Fallzahlen an die Zentren hat. Abhängig vom Ergebnis der Analyse kann für die Sitzung 2028 ein Vorschlag zur Anpassung der Anforderung an die Anzahl der Pat.fall vorbereitet werden.

1.2.3.a Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Es wird angeregt, dass ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin regelmäßig an der interdisziplinären Tumorkonferenz teilnehmen solle. Begründet wird dies mit der besonderen Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Onkologie und Palliativmedizin, insbesondere bei Pat. mit weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium. Eine frühzeitige Einbindung könne zu einer optimalen Versorgung beitragen und ermögliche es, weiterführende Versorgungsstrukturen wie SAPV, Tageshospize oder stationäre Hospize bereits im Rahmen der Tumorkonferenz zu berücksichtigen. In der Diskussion im Gremium wird ausgeführt, dass dieser Aspekt bereits in den Anforderungen des Erhebungsbogens abgedeckt sei und in der Versorgungsrealität nahezu aller Zentren umgesetzt werde.

Die Kommission beschließt daher, keine Änderung vorzunehmen.

Eine Eingabe bezieht sich auf die Teilnahme der FE an der Tumorkonferenz des auditierten Zentrums. Vorgeschlagen wird, diese Teilnahme verpflichtend im Auditplan zu verankern. In der Diskussion wird betont, dass die Tumorkonferenz das „Herzstück“ der Interdisziplinarität in Zentren darstelle. Die Teilnahme der FE an Tumorkonferenzen wird grundsätzlich als sinnvoll erachtet, jedoch wird darauf hingewiesen, dass die praktische Umsetzbarkeit nicht in allen Fällen gewährleistet werden könne. Konsentiert wird, dass die Teilnahme

der FE an Tumorkonferenzen künftig aktiv empfohlen und gefördert werden solle. Hierzu soll das Thema in die FE-Updates aufgenommen werden, mit dem Ziel, die FE entsprechend zu motivieren. Wenn gewünscht, wird der Aspekt durch den Fachexperten im Auditcheck aufgegriffen, um das Zentrum zu informieren. Gleichzeitig wird beschlossen, dass die Kommission HAEZ eine Eingabe in die nächste Sitzung der Kommission OZ einbringt, mit dem Ziel, die Aufnahme einer Tumorkonferenzteilnahme in den Auditplan unter dem TOP „Interdisziplinarität“ als „Soll“-Anforderung zu prüfen.

1.2.3.h Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung

An diesem Kapitel wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

1.2.10. Onkologisches Basisscreening

Zur Harmonisierung der Anforderungen mit dem EB OZ beschließt die Kommission die Aufnahme des Kapitels 1.2.10 – Onkologisches Basisscreening. Für die HAEZ, die Teil eines OZ sind, ist das Onkologische Basisscreening bereits verpflichtend.

1.3.6. Kooperation Einweiser und Nachsorge – Fortbildungen

In der Sitzung der Vorsitzenden im Jahr 2024 wurde vorgeschlagen, die Anforderung an Fortbildungsveranstaltungen über die verschiedenen Zertifizierungssysteme zu harmonisieren. Die Kommission stimmt der Harmonisierung zu und legt fest, dass künftig eine (anstatt zwei) Fortbildungsveranstaltung pro Jahr anzubieten ist.

1.4. Psychoonkologie (Unterkapitel 1.4.1.- 1.4.9.)

Harmonisierung mit EB OZ: Die Anpassungen der Kapitel zur psychoonkologischen Versorgung werden der Zertifizierungskommission HAEZ vorgestellt und erläutert. Die Kapitel waren im Erhebungsbogen OZ überwiegend strukturell überarbeitet und neu sortiert worden, es wurden wenige inhaltliche Änderungen beschlossen. Inhaltliche Änderungen betreffen beispielsweise die Qualifikation und tragen u.a. dem Umstand der Neuordnung der Psychotherapie-Ausbildung Rechnung.

Die Kommission stimmt den Anpassungen zu und beschließt die Übernahme der Änderungen des gesamten Kapitels 1.4 in den EB HAEZ.

Ein Mandatstragender äußert ein deutliches Störgefühl hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit der Anforderungen dieses Kapitels. Vor diesem Hintergrund gibt er für die kommende Sitzung der Kommission OZ ein, dass das Kapitel mit dem Ziel einer Arbeitserleichterung bzw. Reduktion geprüft werden soll.

1.6.4. Beteiligung Patientinnen und Patienten – Entlassungsgespräch

Harmonisierung mit EB OZ: Die in der Kommission OZ 2025 beschlossenen Änderungen des Kapitels werden vorgestellt. In der Sitzung OZ war die Eingabe zur Streichung „Übergabe Nachsorgepass“ beschlossen worden. Zudem seien Pat.informationen „grundsätzlich evidenzbasiert und frei von Interessenkonflikten anzubieten. Hierfür sollen bevorzugt Informationsmaterialien der Deutschen Krebshilfe, der Landeskrebsgesellschaften, der Krebs-Selbsthilfeorganisationen sowie des Krebsinformationsdienstes verwendet werden.“

Die Kommission stimmt der Angleichung an den Wortlaut des EB OZ zu.

1.6.8. Beteiligung Patientinnen und Patienten – Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen

Harmonisierung mit EB OZ: Die Kommission legt fest, dass im Kapitel künftig der Begriff „medikamentöse Tumorthherapie“ anstelle des bislang verwendeten Begriffs „Chemotherapie“ verwendet wird.

1.7.3. Studienmanagement – Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen

Harmonisierung mit anderen Entitäten: Vorgeschlagen wird die Streichung des Zusatzes „Richtwert: mehrtägiger Kurs“ bei der Anforderung zur spezifischen Ausbildung für die Studienassistentenfunktion, um

eine einheitliche Ausgestaltung über die Zertifizierungssysteme hinweg zu gewährleisten. Die Kommission stimmt der Harmonisierung zu.

1.8.1. Pflege – Onkologische Fachpflegekräfte und 1.8.3. Pflege – Einarbeitung

Harmonisierung mit EB OZ: Der Begriff „Pflegekräfte“ wurde in der OZ-Sitzung 2025 durch „Fachpflegepersonen“ ersetzt. Die Kommission nimmt den Vorschlag der Harmonisierung mit dem EB OZ an.

1.8.2. Pflege – Pat.bezogene Aufgaben

Die Kommission übernimmt die Eingabe zur Harmonisierung mit EB OZ, dass pro Monat in jedem Organkrebszentrum mindestens eine Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen ist.

2.1.5. Sprechstunde – Wartezeiten

In einer Eingabe wird angemerkt, dass die bestehende Anforderung einer Terminvergabe innerhalb von weniger als zwei Wochen die Dringlichkeit der Abklärung einzelner hämatologischer Krankheitsbilder nicht korrekt abbilde. Während bei bestimmten Konstellationen eine sofortige Abklärung erforderlich sei (z. B. Verdacht auf eine akute Leukämie), seien bei anderen Befunden längere Wartezeiten medizinisch vertretbar (z. B. Verdacht auf eine chronische lymphatische Leukämie im Stadium Binet A). Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die bestehende Anforderung zu präzisieren bzw. zu ergänzen, etwa durch eine erläuternde Ergänzung im Kapiteltext. Der Vorschlag wird im Gremium diskutiert und angenommen. Das Kapitel wird um folgenden Zusatz ergänzt: „Nach Sichtung und Bewertung der Befunde durch einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie kann im Einzelfall auch eine Überschreitung der Frist akzeptiert werden.“

3.2 Radiologie – MTRs der Radiologie

Harmonisierung mit OZ: Da dieses Kapitel im EB OZ in der Sitzung 2025 geändert wurde, wird die Anpassung zur Diskussion in die Kommission eingebracht. Die Kommission HAEZ ist mit der Übernahme der Änderungen gemäß EB OZ einverstanden, so dass auch MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes als nicht-ärztliches Personal als qualifiziert gelten. Dies gilt auch für Kapitel 4.2 – MTR der Nuklearmedizin.

6.1.3. Medikamentöse/ Internistische Onkologie – Verfügbarkeit Facharzt für Hämatologie und Onkologie des bettenführenden Bereiches

Es wird angeregt, die Anforderungen dahingehend zu ändern, dass im gesamten Zentrum – einschließlich der organisatorisch zur Klinik gehörenden ambulanten Bereiche (Ermächtigungsambulanz, MVZ, ASV-Bereich) – mind. 2,5 VK- Fachärzte für Hämatologie und Onkologie statt 3 VK tätig sein müssen.

Begründet wird dies damit, dass die ambulante Tätigkeit bei der Bewertung der im stationären Bereich tätigen FÄ derzeit unterschiedlich berücksichtigt werde. Während FÄ in Ermächtigungsambulanzen oder im ASV-Bereich dem stationären Bereich zugerechnet werden könnten, sei dies für im MVZ angestellte Ärzte nicht möglich. Dies führe dazu, dass sich bei einer organisatorischen Umwandlung – etwa von einer Ermächtigungsambulanz in ein MVZ – die anrechenbaren VK für den stationären Bereich reduzierten, obwohl sich weder Abläufe noch Facharztzahl oder die Patientenversorgung faktisch änderten. Zusätzlich wird angeführt, dass eine Reduzierung der Mindestanforderung von 3 auf 2,5 VK die Möglichkeit eröffnen würde, auch in Zentren mit knapper Facharztbesetzung Teilzeitmodelle besser abzubilden.

Die Kommission beschließt keine Änderung vorzunehmen. Die bestehende Anforderung an die Anzahl der FÄ wird nicht reduziert. Ambulant tätige FÄ im MVZ sind weiterhin nicht auf den stationären Bereich anzurechnen.

6.2.3. Medikamentöse Tumorthherapie – Pflegefachkraft/ MFA (ambulant/ stationär)

Die Kommission beschließt eine FAQ aufzunehmen, die klarstellt, dass nicht-ärztliches Personal, das medikamentöse onkologische Therapien durchführt, unter Führung einer onkologischen Fachpflegeperson stehen muss. Dies bedeutet nicht, dass die organisatorische Leitung der Einheit über die Weiterbildung „onkologische Fachpflege“ verfügen muss.

6.2.4. Medikamentöse Tumorthherapie – Fallzahlen pro Behandlungseinheit

Es wird kritisch angemerkt, dass die derzeitige Berechnung der chemotherapeutischen Expertise für alle Zentren mit einem hohen dokumentarischen Aufwand verbunden sei. Vorgeschlagen wird, die Anforderungen dahingehend zu vereinfachen, dass jede durchgeführte Therapie gezählt werden könne. Dies lasse sich nach Einschätzung des Eingebenden in den meisten Zentren unkompliziert über bestehende Chemotherapiebestellsysteme abbilden.

Die Kommission beschließt vorerst keine Änderung am bestehenden Kapitel vorzunehmen. Eine Anpassung der Berechnungslogik soll übergeordnet und einheitlich für alle Zertifizierungssysteme erfolgen.

Im Rahmen der Diskussion wird ergänzend darauf hingewiesen, dass bereits geeignete digitale Unterstützungstools verfügbar seien, die eine vereinfachte Erfassung grundsätzlich ermöglichen würden.

6.2.8. Medikamentöse Tumorthherapie – Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im Zentrum

Harmonisierung mit EB OZ: Die Formulierung wird dahingehend angepasst, dass vor Freigabe oder Änderung von Therapieschemata die Expertise der Apotheker eingeholt werden soll.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts (DS):

KeZa 4: Allogene Stammzelltransplantationen

Für die allogene Stammzelltransplantation beschließt die Kommission die Einführung einer Begründungspflicht < 40.

KeZa 11: Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemo-therapien bei Pat. mit einer Hämatologischen Neoplasie

Diese Kennzahl wurde erstmalig erhoben. Die Kommission beschließt eine Anpassung der Begründungspflicht auf < 15.

KeZa 12: Bestimmung TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie

Seitens der DKG wird darauf hingewiesen, dass der Qualitätsindikator der LL-CLL, auf dem die Kennzahl beruht, nach der Sitzung der Zertifizierungskommission 2024 überarbeitet wurde. In diesem Zuge wurde der Zähler erweitert. Die Formulierung „Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie“ wurde ergänzt zu „Bestimmung des TP53-Deletions- und TP53-/IGHV-Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie“.

Die Kommission beschließt, die Ergänzung in den Zähler der Kennzahl aufzunehmen und die Kennzahl weiterzuführen. In der nächsten Sitzung soll erneut geprüft werden, ob die Kennzahl ggf. gestrichen werden soll. Des Weiteren wird eine FAQ zur Kennzahl verabschiedet:

- a) Was ist mit Pat. mit CLL im Watch and Wait oder mit Best supportive Care? Sind diese ebenfalls im Nenner zu zählen?
Nein, Pat. im Watch and Wait oder BSC sind für die Erhebung dieser Kennzahl im Nenner auszuschließen.
- b) Welche ICD-Codes können hier im Nenner gezählt werden?

Pat. mit ICD-10: C91.1- Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL] können im Nenner gezählt werden.

KeZa 13: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie

In einer Eingabe wird angeregt, die Testung auf HIV und Hepatitis-Serologien getrennt zu betrachten. Die Kommission beschließt, keine Änderung vorzunehmen.

KeZa 14: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonaten/ Denosumab bei Pat. mit Hämatologischer Neoplasie

Die Kommission beschließt eine Begründungspflicht von < 60 %. Diese soll im weiteren Verlauf schrittweise angehoben werden.

KeZa 15: R-CHOP oder R-CHOP-ähnliches Protokoll bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention

Die Kennzahl 15 wurde in der letzten Sitzung neu aufgenommen. In einer Eingabe wird darauf hingewiesen, dass der ICD-10-Code C83.3 auch ZNS-Lymphome umfasse, bei denen kein R-CHOP-ähnliches Therapieschema angewendet werde. Die Kommission beschließt, einen Infobutton zu ergänzen („ZNS-Lymphome sind aus dem Nenner auszuschließen“).

Des Weiteren wird eine Anpassung der FAQ zur Kennzahl angeregt, insbesondere zur Klarstellung des Begriffs „R-CHOP-ähnlich“. Die Kommission beschließt die FAQ zur Kennzahl anzupassen. „R-CHOP-ähnlich“ umfasst Pola-R-CHP sowie Mini-R-CHOP. In der Diskussion dazu formuliert die Kommission ihr Verständnis dazu, dass hierbei für die genannten Regime eine, z.B. Nebenwirkungs-bedingte, Reduktion zulässig und zählbar sei, jedoch keine Änderung einzelner Komponenten des Regimes.

Seitens der DKG wird ergänzend die Einführung einer Plausibilitätsgrenze vorgeschlagen. Die Kommission beschließt die Einführung einer Plausibilitätsgrenze von < 70 %.

KeZa 16: Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunochemotherapie

Diese Kennzahl basiert auf einem neu eingeführten LL-QI. Es wird darauf hingewiesen, dass die Grundgesamtheit dieser Kennzahl klein sei, es sich jedoch um eine relevante Pat.gruppe handele. Um eine komplette Abbildung dieses kleinen Pat.-Kollektives zu gewährleisten, sollen zukünftig die Pat. des Vorkennzahlenjahres betrachtet werden. Die Kommission beschließt, zur näheren Erläuterung eine FAQ aufzunehmen.

FAQ:

Frage: Welche Patienten werden in der Kennzahl abgebildet?

Antwort: Es werden Pat. aus dem Vorkennzahlenjahr betrachtet, da jahresüberschreitende Verläufe zu erwarten sind. Zählzeitpunkt ist die Erstdiagnose einer DLBCL mit genetisch definierter Subgruppe. Gezählt werden kann der Pat. nur, wenn alle Punkte des Nenners (abgeschlossene Erstlinienimmunochemotherapie und PET-positivem Restbefall im Abschluss-Staging) erfüllt sind. Im Auditjahr 2027 sind Pat. mit einer Erstdiagnose DLBCL inkl. genetisch definierter Subgruppe aus dem Jahr 2025 anzugeben. Bei kleiner Grundgesamtheit und hoher Wichtigkeit, ist es Ziel alle Fälle zu erfassen.

Die Kommission beschließt darüber hinaus die Einführung einer Plausibilitätsgrenze von < 60 %.

Neue KeZa 17: BCL2- oder BTK-Inhibitor-basierte Therapie als Erstlinientherapie

Es wird die Einführung einer neuen Kennzahl vorgeschlagen. Hintergrund ist ein neu aufgenommener QI in der LL-CLL, der den Einsatz von BCL2- oder BTK-Inhibitor-basierten Therapien in der Erstlinienbehandlung bei Pat. mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) adressiert. Die Kommission beschließt die Einführung der neuen Kennzahl mit einer Plausibilitätsgrenze von < 80 %. Ergänzend wird eine FAQ zur Kennzahl aufgenommen.

FAQ zur Kennzahl 17:

- a) Was ist mit Pat. mit CLL im Watch and Wait oder mit Best supportive Care? Sind diese ebenfalls im Nenner zu zählen?
Nein, Pat. im Watch and Wait oder BSC sind für die Erhebung dieser Kennzahl im Nenner auszuschließen.
- b) Welche ICD-Codes werden im Nenner gezählt?
Pat. mit ICD-10 C91.1- Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL] werden im Nenner gezählt.
- c) Welche Therapien sollen bei „BCL2- oder BTK-Inhibitor-basierten Therapien“ gezählt werden?
Hier werden alle Therapieregime gezählt, die als Bestandteil mind. 1 BCL-2-Inhibitor oder mind. 1 BTK-Inhibitor enthalten.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Pathologie:

8.1 Interdisziplinarität – Teilnahme Tumorkonferenz

Die Kommission OZ hat in der Sitzung 2025 beschlossen, dass eine „on-demand“-Teilnahme der Pathologie an Tumorkonferenzen per Videokonferenz grundsätzlich möglich sei, jedoch müsse die Entscheidung über die Umsetzung entitätsspezifisch in den jeweiligen organspezifischen Zertifizierungskommissionen getroffen werden.

Der Vorschlag der Möglichkeit einer „on-demand“-Teilnahme wird in der Sitzung HAEZ diskutiert und schließlich abgelehnt. Für die HAEZ bleibt die Pathologie Kernleistungserbringer und muss stets an den Tumorkonferenzen teilnehmen. Die Kommission betont die Wichtigkeit insbesondere für an einem Lymphom erkrankte Pat..

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Ambulante internistische Onkologie:

C13. Medikamentöse onkologische Therapie – Zytostatikazubereitung

Seitens der DKG wird eine überwiegend redaktionelle Anpassung des Kapitels vorgestellt. Die Ergänzung erfolgt analog zu einer bereits bestehenden und in der Vergangenheit mit den Vorsitzenden abgestimmten FAQ. Die Kommission stimmt der Ergänzung des Absatzes zu. Ergänzung des Kapitels: „Da es sich bei dem Begriff ‚Versorgungsvertrag‘ um einen feststehenden Begriff für Verträge zwischen Apotheken und stationären Einrichtungen wie z. B. Krankenhäusern oder Pflegeheimen handelt, gilt für die ambulante Behandlung, dass eine Absprache, die schriftlich zu dokumentieren ist, geschlossen sein muss.“

Die Sitzung wird gegen 15:15 Uhr beendet.

Berlin, 21.04.2026

Protokoll: Klages, Kaufmann

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
1.2.3.h	<p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> die die leitliniengerechte Therapie abehend durchlaufen haben, die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum (HAEZ). Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>	<p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> die die leitliniengerechte Therapie abehend durchlaufen haben, die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum (HAEZ). Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>
1.2.10		<p>Onkologisches Basisscreening</p> <p>Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.</p> <p>Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen.</p> <p>Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> psychosoziale Belastungen körperliche Symptome Mangelernährungsrisiko sozialrechtlich relevante Fragestellungen <p>Das Screening sollte in der Regel PRO erfassen und obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu eine für das Screening verantwortliche Person (z.B. onkologische Fachpflege).</p> <p>Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“.</p>

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
		<p>Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen.</p> <p>Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen. Es wird empfohlen, die Quote überschwellig belasteter/ auffälliger Pat. in den vier Dimensionen des Onkologischen Basisscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen.</p> <p>Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.</p>
1.3.6	<p>Fortbildungen</p> <p>Es sind mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/ Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.</p>	<p>Fortbildungen</p> <p>Es sind mindestens 2 1x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/ Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.</p>
1.4.1	<p>Psychoonkologie-Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert ist, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert ist, <p>jeweils mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen und psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt)</p> <p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär oder ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p>	<p>Psychoonkologie-Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert ist, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert ist, <p>jeweils in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen und psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt)</p> <p>oder</p> <p>Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung</p> <p>und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt).</p> <p>Bestandsschutz für alle Personen, die bereits akkreditiert bzw. per Einzelfallprüfung anerkannt sind.</p>

	<p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzel-fallprüfung erforderlich.</p>	<p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team am Standort ist als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut approbiert. des Netzwerkes (stationär oder ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzel-fallprüfung erforderlich.</p>
<p>1.4.2</p>	<p>Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>1.4.4 Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niedrigschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden.</p> <p>1.4.6 Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Die psychoonkologische Versorgung folgender Pat.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pat., die im Screening überschwellig belastet waren 2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis <p>ist fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
<p>1.4.3</p>	<p>Psychoonkologie- Ressourcen</p>	<p>1.4.2 Psychoonkologie- Ressourcen</p>

	Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe/in mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.
1.4.4	Umfang der Versorgung <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Pat., welche eine Psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen. 	1.4.5 Umfang der Versorgung <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Pat., welche eine Psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen (Häufigkeit und Dauer der Kontakte). Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen.
1.4.5	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	1.4.7 Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.g Gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.
1.4.6	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.
1.4.7.a	Psychoonkologie - Aufgabenprofil Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).	1.4.3 Psychoonkologie – Aufgabenprofil Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der medizinischen Behandlung Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Versorgung sind u.a. Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> Diagnostische Abklärung nach positivem Screening auf psychosoziale Belastung und psychische Störung Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung psychischer Belastungen und psychischer Störungen Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/Angehörigenberatung Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels
1.4.7.b	Ziele und Aufgaben der Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> Diagnostische Abklärung nach positivem Screening Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen Erhalt der Lebensqualität Berücksichtigung des sozialen Umfeldes 	Ziele und Aufgaben der Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> Diagnostische Abklärung nach positivem Screening Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen Erhalt der Lebensqualität Berücksichtigung des sozialen Umfeldes

	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) • Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) • Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels
1.4.7.c	<p>Empfohlen wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren. • Eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich. • Die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte). • Regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen. • Kooperation mit Sozialdienst und anderen Zentren. • Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote. • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen. 	<p>Empfohlen wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren. • Eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich. • Die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte). • Regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen. • Kooperation mit Sozialdienst und anderen Zentren. • Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote. • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2-1x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen, z.B. im Rahmen der Tumorkonferenz oder Qualitätszirkel.
1.4.8	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) durchzuführen.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) durchzuführen.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>
1.4.9	<p>Fort-/ Weiterbildung/ Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich). 	<p>1.4.8 Fort-/ Weiterbildung/ Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen des zentrumsspezifischen Qualitätszirkels • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen. • Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist mindestens 4 mal im Jahr regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich).
1.6.4	<p>Entlassungsgespräch</p> <p>Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen breitgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) 	<p>Entlassungsgespräch</p> <p>Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen breitgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)

		Pat.informationen sind evidenzbasiert und frei von Interessen anzubieten. Informationen sollten daher bevorzugt über die DKH, die Landeskrebsgesellschaften, Krebs-Selbsthilfeorganisationen und den Krebs-Informationsdienst verwendet werden.
1.6.8	<p>Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und folgende Punkte beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Versorgung (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, Nachsorge,...). • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des Zentrums). • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen. • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am Zentrum für Pat.gespräche. • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • Persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum für Hämatologische Neoplasien mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe. 	<p>Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und folgende Punkte beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Versorgung (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, medikamentöse Tumorthherapie, Chemotherapie, Nachsorge,...). • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des Zentrums). • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen. • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am Zentrum für Pat.gespräche. • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • Persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum für Hämatologische Neoplasien mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe.
1.7.3	<p>Studienassistent – Qualifikation Berufsausbildung Medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheits-/ Krankenpfleger, Arzthelferin)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenfunktion nachzuweisen (Richtwert: mehrtägiger Kurs). Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragte die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Studienassistent – Qualifikation Berufsausbildung Medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheits-/ Krankenpfleger, Arzthelferin)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenfunktion nachzuweisen (Richtwert: mehrtägiger Kurs). Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragte die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum für Hämatologische Neoplasien muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen. 	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum für Hämatologische Neoplasien muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegeperson eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegepersonen sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegeperson nachzuweisen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sofern in einem onkologischen Bereich keine onkologische Fachpflegekraft direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegekraft namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. <p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sofern in einem onkologischen Bereich keine onkologische Fachpflegepersonkraft direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegepersonkraft namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. <p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegepersonkraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung onkologische Fachpflegepersonkraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich.
1.8.2	<p>Zuständigkeiten/ Aufgaben</p> <p>Pat.bezogene Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen. • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards. • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen. • Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes der einzelnen Organzentren ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren. • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes. • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kapitel 1.2). • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in den 	<p>Zuständigkeiten/ Aufgaben</p> <p>Pat.bezogene Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen. • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards. • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen. • Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes der einzelnen Organzentren ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren. • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes. • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kapitel 1.2). • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen • Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP "Onkologische Pflegevisite" nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen.

	<p>Organkrebszentren/ Modulen Berücksichtigung finden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer Kollegialen Beratung/ Supervision. • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Zentrums für Hämatologische Neoplasien. • Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. • Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3). 	<p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Fachpflegeperson Pflege in den Organkrebszentren/ Modulen Berücksichtigung finden. • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer Kollegialen Beratung/ Supervision. • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Zentrums für Hämatologische Neoplasien. • Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. • Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Fachpflegeperson Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3).
1.8.3	<p>Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/ -plans unter Beteiligung der onkologischen Fachkraft zu erfolgen.</p>	<p>Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/ -plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegeperson Fachkraft zu erfolgen.</p>
2.1.5	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen</p> <p>Nach Sichtung und Bewertung der Befunde durch einen FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie kann im Einzelfall auch eine Überschreitung der Frist akzeptiert werden.</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>
3.2	<p>Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR) Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen.</p>	<p>Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR) Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal Mind. 2 qualifizierte MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>
4.2	<p>MTR der Nuklearmedizin Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen.</p>	<p>MTR der Nuklearmedizin Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal Mind. 2 qualifizierte MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>
6.2.8	<p>a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im Zentrum</p>	<p>a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im Zentrum</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. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren.</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. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann soll 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 Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren.</p>
--	--