

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Lungenkrebszentren

Berlin, 16. April 2026, 10:00 – 16:00 Uhr, via Zoom

Vorsitz: Prof. H. Hoffmann/ PD Dr. S. Welter, Prof. N. Reinmuth

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Lungenkrebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

TOP 1 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Lungenkrebszentren und Mesotheliomeinheiten (Bischofberger/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Zum 31.12.2025 gab es 89 zertifizierte Lungenkrebszentren (LZ) an 116 Standorten (9 Standorte im Ausland), davon 69 Zentren mit 1 Standort, 14 Zentren mit 2 Standorten, 5 Zentren mit 3 Standorten und 1 Zentrum mit 4 Standorten. Erstmals gibt es ein Lungenkrebszentrum in Mecklenburg-Vorpommern.

Im Jahr 2025 wurde das Zertifikat bei 9 Zentren (14 Standorte) neu erteilt, bei 2 Zentren (2 Standorte) wiedereingesetzt und bei 3 Zentren (4 Standorte) ausgesetzt bzw. beendet. 6 Standorte haben ein Zertifikat mit reduzierter Gültigkeit erhalten. 14 LZ nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzykus (REDZYK).

Für die Mesotheliomeinheiten sind aktuell 19 Standorte in Deutschland zertifiziert. Es gibt ein laufendes Zertifizierungsverfahren. Im Jahr 2025 wurden bei 3 Einheiten das Zertifikat ausgesetzt bzw. beendet.

Im Nachgang zur Sitzung werden Online-Seminare für die Fachexperten (FE) der Lungenkrebszentren stattfinden, in denen über die Neuerungen/Änderungen im Zertifizierungssystem informiert wird. Im Dezember 2026 ist ein FE-Lehrgang für LZ geplant. Aktuell stehen 43 FE (24 Thoraxchirurgen, 17 Pneumologen und 1 Radiologe) für die Auditierung der Lungenkrebszentren zur Verfügung. Im März 2026 erfolgte der Versand des „Merkblattes – Auditjahr 2026“ an alle FE und alle Zentren. Inhalt des Merkblattes sind Punkte, die für die Durchführung der Audits 2026 eine besondere Bedeutung haben.

TOP 2 Vorstellung der Kennzahlenauswertung 2026: Lungenkrebszentren und Mesotheliomeinheiten (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2025 (Kennzahlenjahr 2024) werden vorgestellt. Im Jahresbericht wurden 80 Zentren berücksichtigt, in denen 29.462 Primärfälle behandelt wurden. Dies entspricht 368,3 Primärfälle pro Zentrum (Mittelwert).

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- KeZa 1a (Primärfälle): Die positive Entwicklung des letzten Jahres mit höheren Primärfallzahlen hat sich im Kennzahlenjahr 2024 fortgesetzt. Aktuell werden 50,0% aller Pat. mit Erstdiagnose eines Lungenkarzinoms in einem zertifizierten Zentrum behandelt (bezogen auf Inzidenz 2023, lt. RKI).
- KeZa 5 (Psychoonkologisches Distress-Screening): Beim Median ist eine positive Entwicklung zu beobachten. Die Spannbreite der Zentren wird kleiner und die Ausreißer werden weniger.
- KeZa 7 (Anteil Studienpat.): Trotz eines Rückgangs der Gesamtquote auf 18,1 % sind sowohl Median als auch Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe gestiegen. Die Ergebnisse der Kennzahl sowie eine Auswertung der Studienrekrutierung in mehrstandortigen Zentren werden diskutiert.

- KeZa 11b (Operative Expertise): Es imponiert in den letzten beiden Jahren ein deutlicher Anstieg der operativen Leistungszahlen. 71% der in Deutschland durchgeführten anatom. Resektionen bei C34 bzw. C78.0 sind in zertifizierten Zentren erfolgt.
- KeZa 18: Die Zahl der thorakalen Primärbestrahlungen ist etwas stärker als die Primärfallzahl gestiegen. Es wird diskutiert, wie die Kennzahl gezählt werden darf. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, die Definition der Kennzahl anzupassen und den Passus „Bestrahlung als Primärbehandlung“ aus der Kennzahl-Definition zu streichen. Ergänzend wird angemerkt, dass künftig vermehrt Bestrahlungen von Zweitkarzinomen zu berücksichtigen sein werden.

TOP 3 Änderung der Geschäftsordnung und Neuwahl Vorsitz

Anpassung 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.

Neuwahl Vorsitz (Stimmberechtigte)

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

Herr PD Dr. Welter wird seitens der DGT 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. Hoffmann an, der für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Die Kommission dankt Herrn Prof. Hoffmann sehr herzlich für sein großes Engagement und würdigt seine Verdienste um das Zertifizierungssystem. Herr PD Dr. Welter bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den EB LZ, Datenblätter Lunge und Mesotheliom, Erhebungsbogen Pathologie, Templates Pathologieberichte (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Erhebungsbogen

Während der Sitzung wird der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen mit den Änderungseingaben beraten. Das Ergebnis der Sitzung sind die konsentierten Dokumente (EB und DS) inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

1.1.1.f Struktur des Netzwerkes – Kooperationsmodelle

1.1.1.i Voraussetzung für mehrstandortige Kooperationsmodelle

Die Kommission diskutiert erneut Aspekte der Mehrstandortigkeit und konstatiert, dass mit zunehmender Anzahl an Standorten eine einheitliche Umsetzung der Anforderungen schwerer sicherzustellen ist. Auch stellen mehrstandortige Lungenkrebszentren mit mehr als vier Standorten aus Sicht der FE und OnkoZert eine erhebliche organisatorische Herausforderung dar (u.a. Arbeitsaufwand, Auditplanung, Logistik sowie unterschiedliche Kooperationspartner je Standort). Das Gremium hält ergänzend fest, dass bei der bisherigen Begrenzung der Entfernung zwischen den Standorten auf maximal 45 km die qualitätsgesicherte Versorgung in ländlichen Regionen nicht ausreichend berücksichtigt wird, und beschließt vor diesem Hintergrund die Streichung der festen Entfernungsbegrenzung von 45 km. Stattdessen gilt künftig die Anforderung, dass die Entfernung zwischen den Standorten unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur adäquat sein muss. Die reguläre Anzahl an kooperierenden Standorten wird auf maximal $n = 4$ begrenzt; Kooperationen mit mehr als vier Standorten bedürfen einer Sonderbetrachtung durch die Vorsitzenden der

Zertifizierungskommission. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Kooperation einer Thoraxchirurgie mit reduzierter Mindestmenge von mind. 40 anatomischen Resektionen am Nebenstandort aufgrund der G-BA-Mindestmengenregelung nur „außerhalb Deutschlands“ möglich ist.

1.1.1.g Eigenständiges Lungenkrebszentrum – Kooperation Thoraxchirurgie

Die Kommission korrigiert für eigenständige LZ mit Kooperation Thoraxchirurgie die Mindestanzahl an Primärfällen (≥ 200 Primärfälle statt > 200 Primärfälle).

1.2.1.a Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Da die Inzidenz des Mesothelioms rückläufig ist und das Netzwerk der Mesotheliomeinheiten bislang keine Flächendeckung erreicht, beschließt die Kommission eine Reduzierung der Primärfallzahl (Mesotheliom) von ≥ 12 Primärfälle auf ≥ 10 Primärfälle (ICD-10 C45.0 und/oder C45.1 und/oder C45.2).

1.2.3.b Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Teilnehmer Tumorkonferenz

Aufgrund der Bedeutung der Nuklearmedizin (insbesondere PET-CT in der Diagnostik des Lungenkarzinoms) in LZ beschließt die Kommission, dass die Nuklearmedizin künftig regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen sollte.

1.2.6.a Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Prätherapeutische Tumorkonferenz

Die Definition der Lokalrezidive wird dahingehend modifiziert, dass künftig nur noch lokoregionäre Rezidive nach anatomischer R0-Resektion/Stereotaxie bei (ehemaligen) Primärfällen des Zentrums gezählt werden. Die Kommission beschließt die Übernahme der Definition „neue Fernmetastasierung“ (Begrenzung auf Pat. mit Initialstadium I-III) aus dem FAQ-Dokument in den Erhebungsbogen und präzisiert die Definition dahingehend, dass die erste Fernmetastasierung nach ≥ 3 Monaten aufgetreten sein muss. Diese Pat. sind in der Tumorkonferenz vorzustellen. Jede weitere Metastasierung im zeitlichen Verlauf wird als PD (progressive disease) gewertet.

1.2.12 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zur Harmonisierung der Anforderungen mit dem EB OZ wird eine inhaltliche Anpassung der Vorgaben zur Zusammenarbeit mit dem molekularen Tumorboard (MTB) vorgenommen. Die Kommission stimmt der Änderung zu und ergänzt die bestehende Anforderung dahingehend, dass künftig nicht nur die Empfehlung des molekularen Tumorboards, sondern auch die zugrunde liegenden molekulargenetischen Untersuchungsbefunde an das zuweisende Zentrum zu übermitteln sind.

NEU Onkologisches Basisscreening

Die DKG informiert die Kommission über die (Weiter-)Entwicklung der Anforderungen zum Onkologischen Basisscreening durch eine interdisziplinäre u. multiprofessionelle AG und die Aufnahme der Anforderungen in Onkologische Zentren durch die Sitzung OZ im Oktober 2025. Zur Harmonisierung der Anforderungen mit dem EB OZ beschließt die Kommission die Aufnahme des Kapitels 1.2.13 – Onkologische Basisscreening.

1.3.6 Kooperation Einweiser und Nachsorge – Fortbildungen

In der Sitzung der Vorsitzenden im Jahr 2024 wurde vorgeschlagen, die Anforderung an Fortbildungsveranstaltungen zu überprüfen u. anzupassen. Die Kommission stimmt der Anpassung zu und legt fest, dass künftig eine Fortbildungsveranstaltung pro Jahr für Ärzte durch das Lungenkrebszentrum anzubieten ist.

1.4.1 Psychoonkologie – Qualifikation

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird auf die in der Sitzung der Kommission OZ im Jahr 2025 beschlossenen Anpassungen der Kapitel zur psychoonkologischen Versorgung hingewiesen. Die entsprechenden Änderungen werden der Kommission vorgestellt u. erläutert. Eine wesentliche inhaltliche Änderung betrifft die Erweiterung des qualifizierten Personenkreises: Künftig werden Psychotherapeuten (approbiert)

in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung anerkannt. Die Kommission stimmt den Anpassungen zu und beschließt die Übernahme der Änderungen des gesamten Kapitels 1.4 in den Erhebungsbogen LZ.

1.6.4 Beteiligung Pat. – Entlassungsgespräch

Das Gremium übernimmt die Änderung aus dem EB OZ u. streicht die Vorgabe „Übergabe Nachsorgepass“.

1.6.9 Beteiligung Pat. – Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen

Im Zuge der Harmonisierung mit dem EB OZ wird eine begriffliche Anpassung vorgenommen. Die Kommission legt fest, dass im Kapitel künftig der Begriff „medikamentöse Tumorthherapie“ anstelle des bislang verwendeten Begriffs „Chemotherapie“ verwendet wird.

1.8.1 Pflege – Onkologische Fachpflegekräfte

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird darauf hingewiesen, dass in der Sitzung der OZ-Kommission im Jahr 2025 der Begriff „Pflegekräfte“ durch den Begriff „Fachpflegepersonen“ ersetzt wurde. Die Kommission greift den Harmonisierungsvorschlag auf und beschließt die entsprechende begriffliche Anpassung auch für den Erhebungsbogen LZ (auch Kapitel 1.8.3 und Kapitel 6.2.2).

1.8.2 Pflege – Pat.bezogene Aufgaben

Für die Harmonisierung mit dem EB OZ übernimmt die Kommission die dort beschlossenen Konkretisierungen der Anforderungen an Fallbesprechungen u. Pflegevisiten. Künftig ist in jedem Organkrebszentrum mind. eine Pflegevisite o. Fallbesprechung pro Monat nachzuweisen. Die Umsetzung erfolgt gemäß der Muster-SOP „Onkologische Pflegevisite“.

2.1.8 Sprechstunde – Information/Dialog mit Pat.

Die übergreifende Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden, dass Zentren bei der Einholung einer Zweitmeinung unterstützen sollen (bislang „Vermittlung“), wird vom Gremium angenommen (auch Kapitel 6.2.11).

2.2.2 Diagnostik

2.2.3.c Diagnostik / Kennzahl 9

Die Kommission beschließt, dass - übereinstimmend mit der Expertise „Stentimplantation“ - in mehrstandortigen LZ zukünftig auch thermische Verfahren zur Rekanalisation (Nd:YAG-Laser, Argon-Plasma-Beamer oder Elektrokauter) nicht an allen, sondern nur noch an mind. einem Standort vorzuhalten sind. In mehrstandortigen Zentren ist die Anforderung von ≥ 10 Interventionen nicht in Summe im Zentrum, sondern an mind. einem Standort zu erbringen.

3.2 Radiologie – Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal

4.2. Nuklearmedizin – Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird darauf hingewiesen, dass diese Kapitel in der Sitzung der OZ-Kommission im Jahr 2025 angepasst wurden. Die entsprechenden Änderungen werden zur Beratung in die Kommission LZ eingebracht. Das Gremium erklärt sein Einverständnis mit der Übernahme der Änderungen gemäß EB OZ. Künftig gelten damit auch Medizinische Fachangestellte (MFA) mit absolviertem Strahlenschutzkurs, die unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes tätig sind, als qualifiziertes nicht-ärztliches Personal in den Bereichen Radiologie und Nuklearmedizin.

5.2.4 Organspezifische operative Therapie – Qualifikation Thoraxchirurgen

Seitens der Vorsitzenden wird eine Anpassung des Curriculums/operative Expertise der benannten Thoraxchirurgen vorgeschlagen. Die Kommission stimmt der Anpassung zu: Nach der Facharztanerkennung sind zukünftig auch ≥ 15 anatomische Segmentresektionen nachzuweisen; die Zahl der bronchio-/angioplastischen Resektionen sowie der erweiterten Resektionen wird von je ≥ 10 auf je ≥ 5 reduziert. Pneumonektomien

werden zukünftig nicht mehr gefordert. Die Gesamtanzahl an mind. 100 selbstständig durchgeführten anatomischen Resektionen mit systematischer Lymphadenektomien bleibt unverändert.

9.1 Palliativversorgung und Hospizarbeit – Palliativversorgung

Die Zertifizierungskriterien „Palliativversorgung“ in den EB der Organkrebszentren differieren in einzelnen Passagen. Das Gremium folgt der Empfehlung der Kommission OZ (Sitzung 2025) und stimmt einer Harmonisierung der Anforderungen zu.

Lungenkrebscreening

Mit Einführung des Lungenkrebscreenings mittels low-dose CT und der in „einer auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisierten Einrichtung“ verankerten Zweitbefundung sieht es die Kommission als unentbehrlich an, das Screening in den Erhebungsbogen einzubinden. Die Kommission beschließt, dass im Nachgang an die Sitzung ein Vorschlag erarbeitet und mit Genehmigung des Protokolls konsentiert werden soll:

Rundherdkonferenz

Fälle aus der Lungenkrebsfrüherkennung mit abklärungsbedürftigen Befunden müssen entweder in der prätherapeutischen TK oder in einer eigens eingerichteten Rundherdkonferenz vorgestellt werden.

- die Strukturen und Prozesse sind zu beschreiben
- die Fälle sind separat zu dokumentieren
- die Anzahl der vorgestellten Fälle ist anzugeben

bei separater Rundherdkonferenz, Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe, Thoraxchirurg, Radiologe, optional: Strahlentherapeut

Der Vorschlag gilt mit Genehmigung des Protokolls als angenommen.

Erhebungsbogen 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.

Die Möglichkeit einer „on-demand“-Teilnahme wird von der Kommission LZ abgelehnt. Für die LZ bleibt die Pathologie Kernleistungserbringer und muss permanent an den Tumorkonferenzen teilnehmen (Videokonferenzen sind möglich).

8.8 Schnellschnitte – Parameter Schnellschnitte

Die Anforderung zum Zeitbedarf von Schnellschnitten (Zeitpunkt gemessen ab Eingang in der Pathologie bis zur Durchsage des Ergebnisses; Richtwert maximal 30 Minuten) wird von der Kommission diskutiert. Im Ergebnis verständigt sich die Kommission darauf, diese Fragestellung zunächst nicht abschließend im Rahmen der Sitzung zu entscheiden, sondern zur weiteren fachlichen Beratung in das Arbeitstreffen der Mandatsträgerinnen und Mandatsträger Pathologie der DKG-Zertifizierungskommissionen im September 2026 einzubringen.

8.10 Aufbewahrungszeiten

Aus der Sitzung der Kommission OZ wird eine Eingabe an die Kommission LZ herangetragen. In der Eingabe wird die Frage aufgeworfen, was im Kontext der Anforderung unter „Asservierung“ zu verstehen ist. Die Kommission LZ nimmt die Eingabe zur Kenntnis; die Anforderung bleibt unverändert. Es wird klargestellt, dass

- die Formulierung darauf zielt, auch tumorfreies Gewebe zu asservieren
- die Vorhaltung von FFPE-Material aus tumorfreiem Lungengewebe als ausreichend angesehen wird.

8.13 Resektions-/Sicherheitsabstand

Seitens der Vorsitzenden der Kommission LZ wird vorgeschlagen, eine FAQ zur Bewertung der Deskriptoren R0(uncertain) und R1(uncertain) aufzunehmen. Die Kommission stellt klar, dass die Angabe zu den Resektionsrändern grundsätzlich entsprechend der aktuellen TNM-Klassifikation zu erfolgen hat. Die Deskriptoren R0(uncertain) und R1(uncertain) werden 2026 aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Umstellungen in den Zentren wie folgt bewertet: R0(uncertain) wird zu R0, R1(uncertain) wird zu R1 gerechnet. Folgende FAQ wird aufgenommen:

Frage: Sind 2026 bei der Angabe des Residualtumorstatus auch die Deskriptoren R0(uncertain) und R1(uncertain) zu berücksichtigen?

Antwort: Mit der 9. Version der TNM-Klassifikation wurden neue R-Deskriptoren eingeführt: R0(un) und R1(un). Für das Jahr 2026 werden weiterhin nur R0, R1 und R2 erfasst. Dabei gilt: R0(un) wird dem Status R0 zugeordnet, R1(un) entsprechend dem Status R1.

8.14 Externe Qualitätssicherung

Aus der Sitzung der Kommission OZ wird eine Eingabe an die Kommission LZ weitergeleitet. Es werden dabei folgende Punkte adressiert:

- a) Die Formulierung „wenn möglich“ wird als unklar bewertet.
- b) Die Anforderung zur Spezifizierung der Art der EGFR-Mutation wird als fachlich nicht sachgerecht für eine Maßnahme der Qualitätssicherung angesehen.

Die Kommission LZ greift die Anmerkungen auf und beschließt folgende Anpassungen: Da mittlerweile PD-L1-Ringversuche regelhaft stattfinden wird die Formulierung „wenn möglich“ gestrichen. Die Spezifizierung der EGFR-Mutation wird aus der Anforderung zur externen Qualitätssicherung entfernt, da diese Inhalte bereits im Template der Pathologieberichte geregelt sind.

8.16 Fortbildung

Die Kommission LZ nimmt eine redaktionelle Ergänzung vor („Teilnahme an“ Fortbildungen).

Datenblatt:

Arbeitsblatt Basisdaten Lunge

Im Basisblatt Lunge wird für die Primärfälle Lungenkarzinom eine Anpassung der Stadieneinteilung vorgenommen. Die bisher verwendeten UICC-Stadien werden an die 9. Version der TNM-Klassifikation angepasst.

Arbeitsblatt Kennzahlen Lunge

KeZa 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen

Die Kommission sieht aufgrund der steigenden Anzahl an Segmentresektionen und stereotaktischen Bestrahlungen in dieser Kennzahl die Bedeutsamkeit in der Identifizierung von Lokalrezidiven und beschließt daher mit dieser Kennzahl ausschließlich Pat. mit neu aufgetretenem Lokalrezidiv zu erfassen; der Zusatz „und/oder Fernmetastasen“ wird gestrichen.

KeZa 2b: Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u/o Fernmetastasen in Tumorkonferenz

Die Kommission beschließt die Kennzahl aufgrund der guten Umsetzung zu streichen (Gesamtquote 92,5%; Median 94,4%).

KeZa 8a: Flexible Bronchoskopien

Die Vorgabe, dass in mehrstandortigen LZ an jedem pneumologischen Standort ≥ 250 flexiblen Bronchoskopen pro Jahr zu erbringen sind, wird redaktionell im Datenblatt ergänzt (bisher nur EB) (Ergänzung auch im Datenblatt, Tabellenblatt Expertise Lunge).

KeZa 9: Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen

Auf Basis der modifizierten Anforderung im EB wird die Sollvorgabe der Kennzahl präzisiert. Für mehrstandortige LZ ist die Erfüllung der Sollvorgabe künftig an mind. einem Standort des Zentrums nachzuweisen (Ergänzung auch in Arbeitsblatt Expertise Lunge).

KeZa 10: FDG-PET/CT zum Staging

Die Kommission beschließt eine Sollvorgabe von $\geq 80\%$.

KeZa 12: Verhältnis Broncho-/ Angioplastischen Operationen zu Pneumonektomien

Die Gesamtquote der Kennzahl beträgt (im Kennzahlenjahr 2024) 78 % und der Median liegt bei 74 %. Das Gremium beschließt eine Anhebung der unteren Plausibilitätsgrenze auf $<60\%$.

KeZa 13: Videothorakoskopische (VATS) und/ oder Roboter-assistierte (RATS) anatomische Resektionen

Seitens des Ausschusses Zertifikatserteilung wird angemerkt, dass der in den Zentren erreichte Anteil an VATS-/RATS-Resektionen zu niedrig ist. Vor diesem Hintergrund beschließt die Kommission eine Anpassung der Kennzahl. Der Nenner wird künftig auf Primärfälle im Stadium I/II begrenzt. Zusätzlich wird eine untere Plausibilitätsgrenze von $< 50\%$ eingeführt.

KeZa 18: Thorakale Bestrahlung

Aufgrund der Diskussion der Kennzahl im Rahmen der Vorstellung des Jahresberichtes wird im Nachgang an die Sitzung die Formulierung „als Primärbehandlung“ gestrichen. Es werden alle Pat. mit Lungenkarzinom (unabhängig vom Primärfallstatus) und erster thorakaler Bestrahlung (SBRT, definitive Strahlentherapie im Rahmen einer Erstdiagnose oder eines Rezidivs) gezählt.

Die vorgeschlagene Änderung der Kennzahldefinition gilt mit Genehmigung des Protokolls als angenommen.

KeZa 19: Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität

Die Kennzahl 19 wird in der Kommission ausführlich diskutiert, insbesondere im Hinblick auf die Definition des Nenners und das zugrunde liegende Patientenkollektiv. Im Ergebnis beschließt die Kommission, die Kennzahl dahin gehend zu präzisieren, dass Primärfälle im Stadium IIA nur dann in den Nenner einfließen, wenn sie nodal tumorfrei sind (Primärfälle NSCLC Stadium IA, IB, IIA (N0) mit Empfehlung gegen eine Resektion). Darüber hinaus wird für die Kennzahl eine untere Plausibilitätsgrenze von $< 50\%$ festgelegt.

KeZa 21: Neoadjuvante o. perioperative System-therapie im prätherapeutischen/ klinischen Stadium IIB-IIIA

Die Kommission beschließt eine untere Plausibilitätsgrenze von $<50\%$. Die Gesamtquote der Kennzahl liegt bei 39 % und der Median beträgt 35,5 %.

KeZa 22: Kombinierte Radiochemotherapie im Stadium IIIA4/IIIB/IIIC

Die Kennzahl 22 ist ein LL-QI und wird an die aktualisierte Leitlinienempfehlung angepasst (u.a. keine weitere Berücksichtigung der Robinson-Klassifikation). Im Zuge dessen beschließt die Kommission, den Nenner der Kennzahl neu zu definieren. Künftig werden ausschließlich Primärfälle im Stadium III mit klarer Inoperabilität berücksichtigt (bisher NSCLC Primärfälle Stadium IIIA4/IIIB/IIIC).

KeZa 23: Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie bei NSCLC im Stadium III

Die Kennzahl 23 ist ein LL-QI und wird an die aktuelle Leitlinienempfehlung angepasst. Künftig fließen nur Primärfälle mit NSCLC im Stadium III, PD-L1-Expression $\geq 1\%$ u. ohne Progress nach definitiver Radiochemotherapie in den Nenner ein, wenn keine typische aktivierende EGFR-Mutation vorliegt. Darüber hinaus legt die Kommission für die Kennzahl eine untere Plausibilitätsgrenze von $< 60\%$ fest.

KeZa 24: Molekularpathologische Untersuchung bei Pat. NSCLC Stadium IV

Die Kennzahl 24 ist ein LL-QI und wird an die aktualisierte Leitlinienempfehlung angepasst (Ergänzung weiterer Untersuchungen). Die Kommission beschließt, den Zähler entsprechend zu erweitern. Darüber hinaus legt das Gremium aus Praktikabilitätsgründen folgende Zählweise fest: Primärfälle dürfen im Zähler gezählt werden, wenn das zu analysierende Gen-Panels standardisiert ist, alle geforderten Mutationen umfasst und die Analyse dieses Standard-Panels angefordert worden ist. Es soll eine FAQ formuliert werden.

KeZa 25: Molekularpathologische Untersuchung bei kurativer Tumorresektion

Die Kommission sieht auch bei Primärfällen im Stadium IIIB die Notwendigkeit der molekularpathologischen Analytik nach anatom. R0-Resektion und beschließt die Erweiterung des Nenners (zukünftig IB-IIIB). In Anlehnung an die LL-Empfehlung wird im Zähler die Forderung nach einer Untersuchung bzgl. einer ALK-Fusion ergänzt, sofern der Tumor ≥ 4 cm durchmisst.

KeZa 26: Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC Stad. IIB – IIIC

Die Kommission beschließt eine Anhebung der Plausibilitätsgrenze von $< 30\%$ auf $< 50\%$.

KeZa 27: Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC (Limited disease)

Die Kommission beschließt, die Kennzahl zu streichen.

KeZa 28: Chemo-Immuntherapie bei SCLC

Die Kennzahl wird an die aktualisierte Leitlinienempfehlung angepasst. Im Zähler sowie im Kennzahlenziel wird ergänzend aufgenommen, dass neben den PD-L1-Antikörpern Atezolizumab bzw. Durvalumab auch die Therapie „mit einem PD-1-Antikörper (Serplulimab oder Tislelizumab)“ berücksichtigt wird. Die Kommission beschließt darüber hinaus die Einführung einer unteren Plausibilitätsgrenze von $< 80\%$.

KeZa 29: CTCAE Grad V unter Systemtherapie

Der Median der Kennzahl ist seit Jahren $< 0,3\%$. Die Kommission beschließt daher, die Kennzahl zu streichen.

KeZa 30: Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS

Die Kommission diskutiert die Kennzahl ausführlich und beschließt die Streichung der Kennzahl im Zusammenhang mit der Einführung des onkologischen Basisscreenings.

KeZa 32: PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium IV

Aufgrund der guten Umsetzung der Kennzahl beschließt die Kommission, auch diese zukünftig nicht mehr zu erfassen.

NEUE KeZa: Hyperfraktionierte akzelerierte Strahlentherapie bei SCLC mit definitiver Strahlentherapie

Die Kommission beschließt die Neuaufnahme einer Kennzahl zur hyperfraktionierten akzelerierten Strahlentherapie bei Pat. mit SCLC, die eine definitive Strahlentherapie erhalten. Für diese Kennzahl wird keine Sollvorgabe festgelegt.

Tabellenblatt Kennzahlen Mesotheliom

KeZa 1c: Primärfälle Mesotheliom

Die Kommission passt die Sollvorgabe in Anlehnung an das Kapitel EB 1.2.1a auf ≥ 10 an.

Templates Pathologieberichte

Die Kommission passt die Templates Pathologieberichte an die Vorlagen des Leitlinien-Updates an.

TOP 5 Verschiedenes (Vorsitzende, L. Pauler/ClarData, Utzig/DKG)

OncoBox Lunge

Herr Dr. Utzig und Herr Pauler informieren über den aktuellen Stand der OncoBox Lunge 2.0. Dabei werden folgende Vorteile der OncoBox Lunge 2.0 hervorgehoben:

- Harmonisierung der Datenfelder, Designs, Strukturen, Menüs und Begrifflichkeiten
- Hoher Anteil an berechneten Kennzahlen
- Zusatzdokumentation direkt in der OncoBox möglich
- Reduziert Aufwand und Unsicherheiten auf Seiten der Zentren
- Standardisierte Fall-Liste inkl. Excel-Exportfunktion

Zum Status der Anbindung der Lungenkrebszentren wird berichtet, dass zum 12.03.2026 insgesamt 68 Zentren (85 %) über ein verifiziertes Tumordokumentationssystem (TDS) verfügen bzw. sich mit einem TDS derzeit in Anbindung an die OncoBox befinden.

Hinsichtlich der Verbindlichkeit der Nutzung der OncoBox Lunge 2.0 wird folgender Zeitplan vorgestellt:

- Auditjahr 2026: optionale Nutzung der OncoBox Lunge 2.0
- 2027: Sofern Zentren die OncoBox Lunge noch nicht nutzen, ist eine schriftliche Selbstverpflichtungserklärung für die OncoBox Nutzung im Auditjahr 2028 abzugeben
- ab 2028: verbindliche Nutzung der OncoBox (auf Basis des vollständigen Datenjahres 2027).

Die Kommission stimmt dem vorgestellten Zeitplan zu.

Darüber hinaus wird auf die Voraussetzungen für eine generelle Nutzung von Zertifizierungsdaten für (Versorgungs-)Forschung eingegangen. Voraussetzung hierfür ist eine Patienteneinwilligung zur Nutzung der Zertifizierungsdaten. Seitens der DKG ist die Formulierung eines „broad consent“ vorgesehen. Für das Jahr 2026 ist zunächst der Start mit einer einwilligungsbasierten Lösung auf freiwilliger Basis geplant.

Update Krankenhausreform

Herr Dr. Utzig erläutert ausgewählte aktuelle gesundheitspolitische Themen, insbesondere das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG).

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 16.04.2026

Protokoll: Utzig, Kaufmann

Ergänzung (01.09.2026):

Arbeitsblatt Kennzahlen Lunge

KeZa 1c: Pat. mit neu aufgetretenen Fernmetastasen

Aufgrund der steigenden Anzahl an Segmentresektionen und stereotaktischen Bestrahlungen hat die Kommission in ihrer Sitzung eine besondere Relevanz in der Erfassung von Lokalrezidiven gesehen, sich daher gegen die bisherige Praxis einer gemeinsamen Erfassung von „Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (Definition s. EB LZ 1.2.6a)“ entschieden und eine separierte Erfassung der „Pat. mit neu aufgetretenem Lokalrezidiv“ als Kennzahl 1b beschlossen. Da Pat. mit neu aufgetretenen aufgetretenen Fernmetastasen jedoch weiterhin in den Kennzahlen 5 (Psychoonkologisches Distress-Screening) und 6 (Beratung Sozialdienst) zu berücksichtigen sind, wird zur Plausibilisierung der Nenner dieser Kennzahlen die Anzahl der „Pat. mit neu aufgetretenen Fernmetastasen (Definition s. EB 1.2.6a)“ zukünftig als Kennzahl 1c erfasst. Die Summe der Kennzahlen 1a, 1b und 1c entspricht somit den Nennern der Kennzahlen 5 bzw. 6.

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
1.1.1.f	Kooperationsmodelle Mehrstandortiges Lungenkrebszentrum Eine Klinik für Thoraxchirurgie kann nach positiver Strukturprüfung (Kap. 1.1.1i) mit mehreren pneumolog. Abteilungen ein mehrstandortiges LZ bilden, wenn pro pneumologischer Abteilung mind. 100 Primärfälle/Jahr (Definition gemäß EB 1.2.1) nachgewiesen werden. Kooperationen Thoraxchirurgie • Innerhalb eines LZ ist eine Kooperation mehrerer Kliniken für Thoraxchirurgie möglich, wenn jede thoraxchirurgische Klinik eigenständig ihre operativen Fallzahlen erbringt. Weitere Kooperationsmöglichkeiten, wenn folgende Voraussetzungen vollständig erfüllt sind: 1. Eine der thoraxchirurgischen Abteilungen muss die operativen Fallzahlen eigenständig erfüllen (Hauptstandort), die weiteren Abteilung(en) (Nebenstandort(e)) mind. 40 anatomische Lungenresektionen (für D gelten die Vorgaben der Mindestmengen-Regelungen des G-BA) 2. Die thoraxchirurgischen Abteilungen der Nebenstandorte stehen unter derselben ärztlichen Leitung wie der Hauptstandort (bei Antragstellung bereits seit mind. 3 Monaten umgesetzt) 3. Alle anatomischen Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei ICD-10 C.34.0 -.9, C78.0 an allen Standorten müssen von in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen durchgeführt werden. 4. Eine Rufbereitschaft Facharzt Thoraxchirurgie 24h/7d muss für alle Standorte sichergestellt sein. 5. Die Entfernung der Nebenstandorte zum Hauptstandort darf 45 km nicht überschreiten (Sonderbewertung möglich). 6. Ein in 5.2.3 benannter Thoraxchirurg des Hauptstandortes muss an der/n Tumorkonferenz(en) des/der anderen Standorte(s) teilnehmen, (Videokonferenzen sind bis zu 2x/Monat möglich) (siehe nachfolgende Anforderung) und dort eine prä- und postoperative Sprechstunde unterhalten.	Kooperationsmodelle Mehrstandortiges Lungenkrebszentrum Eine Klinik für Thoraxchirurgie kann nach positiver Strukturprüfung (Kap. 1.1.1i) mit mehreren pneumolog. Abteilungen ein mehrstandortiges LZ bilden, wenn pro pneumologischer Abteilung mind. 100 Primärfälle/Jahr (Definition gemäß EB 1.2.1) nachgewiesen werden. Die Entfernung der Nebenstandorte zum Hauptstandort muss unter Berücksichtigung der regionalen Versorgung adäquat sein. Kooperationen Thoraxchirurgie • Innerhalb eines LZ ist eine Kooperation mehrerer Kliniken für Thoraxchirurgie möglich, wenn jede thoraxchirurgische Klinik eigenständig ihre operativen Fallzahlen erbringt. Weitere Kooperationsmöglichkeiten außerhalb Deutschlands, wenn folgende Voraussetzungen vollständig erfüllt sind: 1. Eine der thoraxchirurgischen Abteilungen muss die operativen Fallzahlen eigenständig erfüllen (Hauptstandort), die weiteren Abteilung(en) (Nebenstandort(e)) mind. 40 anatomische Lungenresektionen (für D gelten die Vorgaben der Mindestmengen-Regelungen des G-BA) 2. Die thoraxchirurgischen Abteilungen der Nebenstandorte stehen unter derselben ärztlichen Leitung wie der Hauptstandort (bei Antragstellung bereits seit mind. 3 Monaten umgesetzt) 3. Alle anatomischen Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei ICD-10 C.34.0 -.9, C78.0 an allen Standorten müssen von in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen durchgeführt werden. 4. Eine Rufbereitschaft Facharzt Thoraxchirurgie 24h/7d muss für alle Standorte sichergestellt sein. 5. Die Entfernung der Nebenstandorte zum Hauptstandort darf 45 km nicht überschreiten (Sonderbewertung möglich) muss unter Berücksichtigung der regionalen Versorgung adäquat sein. 6. Ein in 5.2.3 benannter Thoraxchirurg des Hauptstandortes muss an der/n Tumorkonferenz(en) des/der anderen Standorte(s) teilnehmen, (Videokonferenzen sind möglich) (siehe nachfolgende Anforderung).
1.1.1.g	Eigenständiges Lungenkrebszentrum - Kooperation Thoraxchirurgie Zentren mit >200 PF und weniger als 75 anatomischen Lungenresektionen können eigenständiges Zentrum werden, wenn sie mit einem bestehenden LZ kooperieren, d.h. die Pat. von der Thoraxchirurgie eines eigenständig zertifizierten Lungenkrebszentrums chirurgisch versorgt werden. • Alle operativen Fälle des Zentrums mit < 75 OPs müssen in der kooperierenden Thoraxchirurgie operiert werden. • In der kooperierenden Thoraxchirurgie muss eine Zuordnung der operativen Fälle auf die Zentren erfolgen • Pat., die nicht in der kooperierenden Thoraxchirurgischen Einheit operiert werden, sind keine Pat. des Zentrums.	Eigenständiges Lungenkrebszentrum - Kooperation Thoraxchirurgie Zentren mit ≥ 200 PF und weniger als 75 anatomischen Lungenresektionen können eigenständiges Zentrum werden, wenn sie mit einem bestehenden LZ kooperieren, d.h. die Pat. von der Thoraxchirurgie eines eigenständig zertifizierten Lungenkrebszentrums chirurgisch versorgt werden. • Alle operativen Fälle des Zentrums mit < 75 Ops müssen in der kooperierenden Thoraxchirurgie operiert werden. • In der kooperierenden Thoraxchirurgie muss eine Zuordnung der operativen Fälle auf die Zentren erfolgen • Pat., die nicht in der kooperierenden Thoraxchirurgischen Einheit operiert werden, sind keine Pat. des Zentrums.
1.1.1.i	Voraussetzung für mehrstandortige Kooperationsmodelle: • Mind. 1x/Monat eine gemeinsame Tumorkonferenz. In den anderen Wochen standortspezifische TK, bei der alle Anforderungen an die TK zu erfüllen sind (= u.a. alle Hauptbehandlungspartner entsprechend EB 1.2 anwesend). • Die Fachlichen Anforderungen und Leistungskennzahlen müssen für jeden Standort einzeln erfüllt und nachgewiesen werden • bei Zentralisierung einzelner Leistungen an einem o. mehreren Standorten muss die Leistungsfähigkeit des	Voraussetzung für mehrstandortige Kooperationsmodelle: • Mind. 1x/Monat eine gemeinsame Tumorkonferenz. In den anderen Wochen standortspezifische TK, bei der alle Anforderungen an die TK zu erfüllen sind (= u.a. alle Hauptbehandlungspartner entsprechend EB 1.2 anwesend). • Die Fachlichen Anforderungen und Leistungskennzahlen müssen für jeden Standort einzeln erfüllt und nachgewiesen werden • bei Zentralisierung einzelner Leistungen an einem o. mehreren Standorten muss die Leistungsfähigkeit des

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
	Standortes für die Versorgung der anderen Standorte (inkl. ausreichende apparative und personelle Ressource) nachgewiesen werden - gemeinsames Tumordokumentationssystem - Pat. müssen an dem Standort vollständig dokumentiert werden bzw. dem Standort zugerechnet werden, der für die Vorstellung in der Tumorkonferenz verantwortlich ist - Vorherige Strukturbewertung durch den Ausschuss Zertifizierungserteilung erforderlich - Anzahl kooperierende Thoraxchirurgien / Pneumologien: max. 3 Pneumologien u. 3 Thoraxchirurgien Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Standortes für die Versorgung der anderen Standorte (inkl. ausreichende apparative und personelle Ressource) nachgewiesen werden - gemeinsames Tumordokumentationssystem - Pat. müssen an dem Standort vollständig dokumentiert werden bzw. dem Standort zugerechnet werden, der für die Vorstellung in der Tumorkonferenz verantwortlich ist - Vorherige Strukturbewertung durch den Ausschuss Zertifizierungserteilung erforderlich - Anzahl kooperierende Standorte (mit jeweils einer Thoraxchirurgie und/oder Pneumologie pro Standort): max. n=4 - Anfragen für >4 Standorte bedürfen einer Sonderbetrachtung durch die Vorsitzenden der Zertifizierungskommission Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.2.1.a	[...] Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Das Zentrum muss jährlich mindestens 12 Pat. mit der Primärdiagnose nach ICD-10 C45.0 (Mesotheliom der Pleura) und/oder C45.1 (Mesotheliom des Peritoneums) und/oder C45.2 (Mesotheliom des Perikards) behandeln. Sofern auch Pat. mit der Primärdiagnose C45.1 (Mesotheliom des Peritoneums) behandelt werden, ist eine Kooperation mit einem zertifizierten Darmkrebszentrum sicherzustellen. Definition Primärfall Mesotheliom des Zentrums: - alle Pat. mit neu diagnostiziertem malignen Mesotheliom, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten - Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Pat. - oder Pat. zur Zweitmeinung werden nicht gezählt - Pat. (nicht Aufenthalte, nicht OPs) - Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem - Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C45.0, C45.1, C45.2). Eine alleinige zytologische Diagnose ist nur in begründeten Ausnahmefällen ausreichend. Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Basisdaten / Kennzahl 1a – Lunge Kennzahlen 1a und 1b - Mesotheliom	[...] Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Das Zentrum muss jährlich mindestens 12 Pat. mit der Primärdiagnose nach ICD-10 C45.0 (Mesotheliom der Pleura) und/ oder C45.1 (Mesotheliom des Peritoneums) und/ oder C45.2 (Mesotheliom des Perikards) behandeln. Sofern auch Pat. mit der Primärdiagnose C45.1 (Mesotheliom des Peritoneums) behandelt werden, ist eine Kooperation mit einem zertifizierten Darmkrebszentrum sicherzustellen. Definition Primärfall Mesotheliom des Zentrums: - alle Pat. mit neu diagnostiziertem malignen Mesotheliom, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten - Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; vorbehandelte Pat. - oder Pat. zur Zweitmeinung werden nicht gezählt - Pat. (nicht Aufenthalte, nicht OPs) - Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem - Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C45.0, C45.1, C45.2). Eine alleinige zytologische Diagnose ist nur in begründeten Ausnahmefällen ausreichend. Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Basisdaten / Kennzahl 1a – Lunge Kennzahlen 1a und 1b - Mesotheliom

1.2.3.b	Teilnehmer Tumorkonferenz Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen an jeder Tumorkonferenz teil. Die Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden. Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon mind. 1x pro Monat an der Tumorkonferenz teilzunehmen. Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen. Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologie, Pflege) und andere Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Teilnehmer Tumorkonferenz Die Hauptbehandlungspartner (Kapitel 1.1.1) nehmen an jeder Tumorkonferenz teil. Die Teilnahme muss z.B. über eine Teilnehmerliste nachgewiesen werden. Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon mind. 1x pro Monat an der Tumorkonferenz teilzunehmen. Nuklearmedizin und Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen. Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologie, Pflege) und andere Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.2.6.a	Prätherapeutische Tumorkonferenz - Primärfälle - Lokalrezidive/Fernmetastasen Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 2a - Lunge Kennzahl 2b - Lunge Definition Lokalrezidiv: Neu aufgetretene Lokalrezidive werden gezählt, wenn nach kurativer/anatomischer R0-Resektion, oder nach ablativer stereotaktischer Bestrahlung ein lokoregionäres Rezidiv aufgetreten ist. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Prätherapeutische Tumorkonferenz - Primärfälle - Lokalrezidive/Fernmetastasen Definition Lokalrezidiv: Neu aufgetretene Lokalrezidive werden gezählt, wenn bei Primärfällen des Zentrums (UICC-Stadium I) nach kurativer/anatomischer R0-Resektion, oder nach ablativer stereotaktischer Bestrahlung ein lokoregionäres Rezidiv aufgetreten ist. Definition "neue Fernmetastasierung": Als Pat. mit "neuer Fernmetastasierung" werden Pat. mit (Initial-)Stadium I-III und 1. Fernmetastasierung (nach ≥3 Monate) gezählt. Patienten werden erneut in der Tumorkonferenz vorgestellt, wenn erstmalig eine, oder mehrere Fernmetastasen nach kurativer Resektion oder kurativer ablativer Strahlentherapie aufgetreten sind. Jede weitere Metastase im zeitlichen Verlauf entspricht einer PD. Prätherapeutische Tumorkonferenz (Angabe in Datenblatt – Excel-Vorlage) - Primärfälle (Kennzahl 2a) - Lokalrezidive/ Fernmetastasen (Kennzahl 2b) Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 2a - Lunge Kennzahl 2b - Lunge Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.2.6c NEU		Rundherdkonferenz Fälle aus der Lungenkrebsfrüherkennung mit abklärungsbedürftigen Befunden müssen entweder in der prätherapeutischen TK oder in einer eigens eingerichteten Rundherdkonferenz vorgestellt werden. • die Strukturen und Prozesse sind zu beschreiben • die Fälle sind separat zu dokumentieren • die Anzahl der vorgestellten Fälle ist anzugeben bei separater Rundherdkonferenz Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe, Thoraxchirurg, Radiologe, optional: Strahlentherapeut
1.2.12	Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen	Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen

	eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt. Für die Gruppe der Pat. mit absehbar begrenzter Lebenserwartung sollte im Zentrum ein schriftliches, strukturiertes Konzept der Betreuung und Kommunikation entwickelt und beim Audit vorgelegt werden. Ggf. Unter Berücksichtigung des Kapitels Advanced Care Planning der S3-LL Lunge bzw. Palliativ. (Gruppen mit absehbar begrenzter Lebenserwartung: u.a. M1-Pat. SCLC/NSCLC ohne therapiefähige molekulare Alteration und Progression nach Versagen der ersten Linie der Systemtherapie) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorbords (MTB) inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt. Für die Gruppe der Pat. mit absehbar begrenzter Lebenserwartung sollte im Zentrum ein schriftliches, strukturiertes Konzept der Betreuung und Kommunikation entwickelt und beim Audit vorgelegt werden. Unter Berücksichtigung des Kapitels Advanced Care Planning der S3-LL Lunge bzw. Palliativ. (Gruppen mit absehbar begrenzter Lebenserwartung: u.a. M1-Pat. SCLC/NSCLC ohne therapiefähige molekulare Alteration und Progression nach Versagen der ersten Linie der Systemtherapie) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
Neu		Onkologisches Basisscreening Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen. 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. Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen: • psychosoziale Belastungen • körperliche Symptome • Mangelernährungsrisiko • sozialrechtlich relevante Fragestellungen 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). 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“. Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen. 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. Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.
1.3.6	Fortbildungen Es sind mindestens 2x jährlich Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch das Lungenkrebszentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	Fortbildungen Es ist sind mindestens 2x jährlich eine Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch das Lungenkrebszentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.
1.4.1	Psychoonkologie - Qualifikation • Diplom-Psychologen /Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert oder • Ärzte der Humanmedizin,	Psychoonkologie - Qualifikation • Diplom-Psychologen /Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert oder • Ärzte der Humanmedizin,

	Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert 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) Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben. Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut) Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Der Prozess der Betreuung der Pat. im Zentrum (Screening, Evaluation der Screeningergebnisse, Versorgung) muss im Audit an Beispielen nachgewiesen werden.	Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert jeweils mit in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener mind. 1 psychotherapeutischer 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. oder Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt) Bestandsschutz für alle Personen, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben, bereits akkreditiert bzw. per Einzelfallprüfung anerkannt sind. Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) am Standort ist als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut) Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Der Prozess der Betreuung der Pat. im Zentrum (Screening, Evaluation der Screeningergebnisse, Versorgung) muss im Audit an Beispielen nachgewiesen werden.
1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) durchzuführen und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Umfang der Versorgung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zu psychischen psychosozialen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, durchzuführen, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niederschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden, und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Dokumentation und Evaluation Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten folgender Pat. 1. Pat., die im Screening überschwellig belastet waren 2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis ist fortlaufend zu dokumentieren und ist darzustellen. Umfang und Versorgung Die Anzahl der Pat., welche psychoonkologisch versorgt worden sind, ist zu erfassen (Häufigkeit und Dauer)

		Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.3	Psychoonkologie- Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung)	Psychoonkologie- Ressourcen Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung) Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.
1.4.4	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.g Gespräche 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.	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.a	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung: • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der medizinischen Behandlung Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung Versorgung sind u.a.: • diagnostische Abklärung nach positivem Screening auf psychosoziale Belastung und psychische Störung • Psychotherapeutische Interventionen zu Behandlung von psychischer Belastung 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.) die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter
1.4.6.b	Empfohlen wird außerdem: • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte). • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.	Empfohlen wird außerdem: • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte). • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.
1.4.7	Fort-/Weiterbildung/Supervision • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen	Fort-/Weiterbildung/Supervision • Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mind. 1x jährlich im Rahmen des zentrumsspezifischen Qualitätszirkels • Mitwirkung bei Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeitenden • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist mind. 4x im Jahr regelmäßig zu ermöglichen
1.6.4	Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation / Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen werden: • Therapieplanung	Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation / Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen werden: • Therapieplanung

	• Individueller Nachsorgeplan (ggf. Übergabe Nachsorgepass) • Möglichkeit psychoonkologische Betreuung • Möglichkeit sozialarbeiterischer Beratung	• Individueller Nachsorgeplan (ggf. Übergabe Nachsorgepass) • Möglichkeit psychoonkologische Betreuung • Möglichkeit sozialarbeiterischer Beratung
1.6.9	Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte: • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie,); • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des LZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am LZ für Pat.gespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Lungenzentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gesprächs ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe	Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte: • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, medikamentöse Tumorthherapie Chemotherapie,); • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des LZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am LZ für Pat.gespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Lungenzentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gesprächs ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe
1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte • Am Zentrum muss mind. eine VK onkologische Fachpflegekraft im Tagdienst tätig sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen. • Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische onkologische Berufserfahrung (VK äquivalent)	Onkologische Fachpflegepersonenkräfte • Am Zentrum muss mind. eine VK onkologische Fachpflegepersonkraft im Tagdienst tätig sein. • Onkologische Fachpflegepersonenkräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegepersonkraft nachzuweisen. • Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegepersonkraft ist die • Weiterbildung onkologische Fachpflegepersonkraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder Weiterbildungsordnung einer Landespflegekammer • oder ein BSc Abschluss in Pflege mit ausreichendem Anteil Onkologie, für den ein Gremium der KOK anhand festgelegter Kriterien die Gleichwertigkeit zu den o.g. Abschlüssen geprüft und bestätigt hat, plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische onkologische Berufserfahrung (VK äquivalent)
1.8.2	Pat.bezogene Aufgaben: • 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 des Lungenzentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes und Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen	Pat.bezogene Aufgaben: • 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 des Lungenzentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes und 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. • Bedarfsgerechte Teilnahme am Tumorboard • 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 mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten/Spezifika der onkologischen Pflege in dem Lungenkrebszentrum 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 Lungenkrebszentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen • Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2)	Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. • Bedarfsgerechte Teilnahme am Tumorboard • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von 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 mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen. Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten/Spezifika der onkologischen Pflege in dem Lungenkrebszentrum 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 Lungenkrebszentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen • Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2)
1.8.3	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegepersonkraft zu erfolgen.
2.1.8	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges in einem geschützten Raum ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges in einem geschützten Raum ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.
2.2.2	Das Zentrum muss im Zentrum und an jedem pneumologischen Standort folgende Verfahren zur Endoskopie und interventionellen Bronchologie vorhalten: • Starre und flexible Bronchoskopie (Videochiptechnologie) • starre Bronchoskopie (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Pneumothoraxtherapie • Thorakoskopie (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Lungenbiopsie bzw. Lungenpunktion • Pleurapunktion • Lymphknotenbiopsie, bzw. -punktion transbronchial und transtracheal • Röntgendurchleuchtung • Endobronchialer/endoluminaler Ultraschall mit Nadelpunktion unter sonografischer Sicht • CT-gesteuerte Biopsie bzw. -Punktion • Thermische Verfahren zur Rekanalisation (Nd:YAG-Laser oder Argon-Plasma-Beamer oder Elektrokauter) • Stentimplantation in Trachea und Bronchien (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Elektronische Bilddokumentation und Archivierung für diagnostische endoskopische Verfahren.	Das Zentrum muss im Zentrum und an jedem pneumologischen Standort folgende Verfahren zur Endoskopie und interventionellen Bronchologie vorhalten: • flexible Bronchoskopie (Videochiptechnologie) • starre Bronchoskopie (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Pneumothoraxtherapie • Thorakoskopie (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Lungenbiopsie bzw. Lungenpunktion • Pleurapunktion • Lymphknotenbiopsie, bzw. -punktion transbronchial und transtracheal • Röntgendurchleuchtung • Endobronchialer/endoluminaler Ultraschall mit Nadelpunktion unter sonografischer Sicht • CT-gesteuerte Biopsie bzw. -Punktion • Thermische Verfahren zur Rekanalisation (Nd:YAG-Laser oder Argon-Plasma-Beamer oder Elektrokauter) (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Stentimplantation in Trachea und Bronchien (an mind. 1 Standort im Zentrum) • Elektronische Bilddokumentation und Archivierung für diagnostische endoskopische Verfahren.

	Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen. Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden. Wenn im Zentrum Verfahren in Kooperation zwischen den Standorten vorgehalten werden, darf die Transportzeit zum Standort, der diese Verfahren vorhält, nicht länger als 40min betragen.	Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen. Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden. Wenn im Zentrum Verfahren in Kooperation zwischen den Standorten vorgehalten werden, darf die Transportzeit zum Standort, der diese Verfahren vorhält, nicht länger als 40min betragen.
2.2.3.c	Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen (auch bei nicht-onkologischen Pat.): ≥ 10/Jahr (Thermische Verfahren und Stenteinlage) Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 9 - Lunge	- Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen (auch bei nicht-onkologischen Pat.): ≥ 10/Jahr (Thermische Verfahren und Stenteinlage) - Bei mehrstandortigen Zentren Erfüllung Sollvorgabe an mind. 1 Standort. Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 9 - Lunge
3.2	MTRs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal MTRs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte MTR Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlungsfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein Das Strahlenschutzgesetz ist einzuhalten.
4.2	MTRs der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal MTRs der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte MTR Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlungsfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein
5.2.4	Die Beschreibung der Qualifikation der in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula. Folgende Parameter müssen erfüllt werden: - Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie - Nachweis folgender Eingriffe: - Mind. 100 selbstständig durchgeführte anatomische Lungenresektionen mit systematischer Lymphadenektomie nach dem Facharzt, davon mind. 15 5 Pneumonektomien, 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen - Jährlich mind. 1 lungenspezifische Fortbildung pro Operateur Operateure Jeder Zentrumsopat. muss von einem der benannten Operateure operiert werden (bzw. im Rahmen einer Lehrassistenz). Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren).	Die Beschreibung der Qualifikation der in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula. Folgende Parameter müssen erfüllt werden: - Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie - Nachweis folgender Eingriffe: - Mind. 100 selbstständig durchgeführte anatomische Lungenresektionen mit systematischer Lymphadenektomie nach dem Facharzt, davon mind. 15 Segmentresektionen 5 Pneumonektomien, 5 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 5 10 erweiterte Resektionen - Jährlich mind. 1 lungenspezifische Fortbildung pro Operateur Operateure Jeder Zentrumsopat. muss von einem der benannten Operateure operiert werden (bzw. im Rahmen einer Lehrassistenz). Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren).
6.2.2	Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte - Stationäre, tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapien von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegekraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. - Voraussetzungen für die Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: - mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.)	Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte - Stationäre, tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapien von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegepersonkraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. - Voraussetzungen für die Pflegefachkraft / medizinische Fachangestellte, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: - mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.)

	- Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) - Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen - Die pflegerische Beratung und/oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.	- Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) - Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen - Die pflegerische Beratung und/oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.
6.2.11	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Aufklärungsgespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Vermittlung Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Aufklärungsgespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.
8.14	- Obligate Teilnahme an PD-L1-Ringversuch mind. alle 2 Jahre (wenn möglich) - Für EGFR sollte dokumentiert werden ob es sich um eine Exon 21, Exon 19 Mutation handelt oder um eine uncommon mutation.	- Obligate Teilnahme an PD-L1-Ringversuch mind. alle 2 Jahre (wenn möglich) Für EGFR sollte dokumentiert werden ob es sich um eine Exon 21, Exon 19 Mutation handelt oder um eine uncommon mutation.
8.15	Für ärztliche Mitarbeiter regelmäßige auf die Lungenpathologie bezogene Fortbildungen (hierzu gehören u.a. Seminare der IAP und wissenschaftliche Kongresse). Die Fortbildung soll organspezifisch durch eine berufsspezifische Fachgesellschaft erfolgen.	Für ärztliche Mitarbeiter regelmäßige Teilnahme an auf die Lungenpathologie bezogene Fortbildungen (hierzu gehören u.a. Seminare der IAP und wissenschaftliche Kongresse). Die Fortbildung soll organspezifisch durch eine berufsspezifische Fachgesellschaft erfolgen.
9.1	Palliativversorgung - 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 Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 1, S. 47) unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben. - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. - Die Gruppe der Pat. mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). (S3-Leitlinie Palliativmedizin) - Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur Erfassung von Symptomen und Belastungen (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin) durchzuführen (MIDOS o. IPOS). - Der Zugang zur Palliativversorgung soll Pat. mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. - Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren - Das Angebot zur Palliativberatung und -betreuung sollte in den ersten 2 Monaten nach Diagnosestellung einer nicht-heilbaren Krebserkrankung erfolgen.	Palliativversorgung - Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung Palliative-Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, und stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen. - Regionale Versorgungskonzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3.1, S. 47) unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben. - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. Die Gruppe der Pat. mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese Nicht heilbare Pat. sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). (S3-Leitlinie Palliativmedizin) - Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur Erfassung von Symptomen und Belastungen (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin) durchzuführen (MIDOS o. IPOS). - Der Zugang zur Palliativversorgung soll Pat. mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. - Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren - Das Angebot zur Palliativberatung und -betreuung sollte in den ersten 2 Monaten nach Diagnosestellung einer nicht-heilbaren Krebserkrankung erfolgen.