

Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren und Mesotheliomeinheiten der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Lungenkrebszentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. N. Reinmuth, PD Dr. S. Welter

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen (BDP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin (BDP)
Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs (BSL)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Fachexpert*innen
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)
S3-Leitlinie Lungenkarzinom
Ständige Gäste:

- OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

Der hier vorliegende Erhebungsbogen inkl. Anlagen ist für alle Zentren verbindlich anzuwenden.

Auditjahr: **2027**

Version: **K1**

Stand: **17.09.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich **grün** gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2026 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2027 durchgeführten Audits gültig.

Eingearbeitet wurde:

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

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) dar.

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

Mesotheliomeinheiten

Stand: **26.08.2026**

Hinweis: Zertifizierte Mesotheliomeinheiten können an zertifizierten Lungenkrebszentren fakultativ als ergänzende Einheit angesiedelt werden. Bei ergänzender Zertifizierung erlischt bei Verlust des Zertifikates als zertifiziertes Lungenkrebszentrum auch das Zertifikat als Mesotheliomeinheit. Die mesotheliomspezifischen Ergänzungen im Erhebungsbogen und das Datenblatt für Mesotheliomeinheiten wurden in Abstimmung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) erarbeitet.

Farblegende „schwarz“: relevant für Lungenkrebszentren

„rosa“: nur relevant für Mesotheliomeinheiten

Angaben zum Lungenkrebszentrum

Zentrumsname

Leitung des Zentrums

Zentrumskoordination

Standort Thoraxchirurgie (Klinikum/ Ort)

Standort Pneumologie (Klinikum/ Ort)

Standort Pneumologie (Klinikum/ Ort)

nur bei kooperierenden LZ

Geltungsbereich des Zentrums:

☐

Lunge

☐

Mesotheliomeinheit

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

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

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Lungenkrebszentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)
 - 6.2 Medikamentöse Tumorthherapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Das Inhaltsverzeichnis ist für alle Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft einheitlich. Die nicht relevanten Kapitel sind als "Nicht belegt" gekennzeichnet.

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Lungenkrebszentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1.a	Die Leitungsstrukturen des Lungenkrebszentrums sowie QM-Verantwortlichkeiten und Zentrumskoordination sind klar festzulegen • Geschäftsordnung • Stellenbeschreibung QMB • Stellenbeschreibung Zentrumskoordination Die gilt in besonderer Weise für kooperative Lungenkrebszentren. Die Geschäftsordnung beschreibt die Leitungsstrukturen des LZ und bildet die Leistungen der Thoraxchirurgie, der Pneumologie und ggf. der Hämato-/Onkologie ab. (siehe auch die Inhalte der Kooperationsvereinbarungen der Hauptbehandlungspartner).	
1.1.1.b	Hauptbehandlungspartner des LZ sind: • Pneumologe • Thoraxchirurg • Internistischer Onkologe/ Hämatonkologe oder Pneumologe mit entsprechender Expertise (gemäß Vereinbarung in der Geschäftsordnung) • Strahlentherapeut • Pathologe • Radiologe	
1.1.1.c	Die Leitung des Lungenkrebszentrums wird in der Regel von der Leitung der Disziplinen Pneumologie oder Thoraxchirurgie gestellt. Eine Rotation in der Leitungsfunktion ist zu empfehlen. Die Leitung des Lungenkrebszentrums stellt die Umsetzung von Normen und gesetzlichen Regelungen sicher.	
1.1.1.d	Die Disziplin Pneumologie wird durch eine pneumologische Abteilung (oder Bereich mit Schwerpunkt) mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Pneumologie vertreten. Vertritt ein Klinikleiter zwei Abteilungen, müssen die Leistungszahlen für jede Abteilung getrennt aufgeführt und getrennt erfüllt werden.	
1.1.1.e	Die Disziplin Thoraxchirurgie wird durch eine thoraxchirurgische Abteilung (oder Bereich mit Schwerpunkt) mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie vertreten. Vertritt ein Klinikleiter zwei Abteilungen, müssen die Leistungszahlen/Kennzahlen für jede Abteilung getrennt aufgeführt und getrennt erfüllt werden (unter Berücksichtigung Kooperationsmodelle).	
1.1.1.f	Kooperationsmodelle	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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: - 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) - Die thoraxchirurgischen Abteilungen der Nebenstandorte stehen unter derselben ärztlichen Leitung wie der Hauptstandort (bei Antragstellung bereits seit mind. 3 Monaten umgesetzt) - 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. - Eine Rufbereitschaft Facharzt Thoraxchirurgie 24h/7d muss für alle Standorte sichergestellt sein. - Die Entfernung der Nebenstandorte zum Hauptstandort darf 45 km nicht überschreiten (Sonderbewertung möglich) muss unter Berücksichtigung der regionalen Versorgung adäquat sein. - 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	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 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 Zertifikatserteilung 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.	
1.1.1.j	Eine Klinik für Thoraxchirurgie oder eine Abteilung für Pneumologie kann an zwei eigenständigen LZ beteiligt sein, wenn die geforderten thoraxchirurgischen/pneumologischen Fallzahlen pro LZ eigenständig erbracht werden und eine eindeutige Zuordnung der Pat. zu den jeweiligen Zentren erfolgt.	
1.1.1.k	Es muss nachgewiesen werden, dass die Thoraxchirurgie (Kap. 1.1.1.e) in der Regel alle	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pat. der kooperierenden pneumologischen Abteilungen bei entsprechender Indikation tatsächlich operiert. Ein schriftlicher Nachweis (z.B. SOP, Verfahrensanweisung etc.) ist im Audit vorzulegen.	
1.1.2	Mit den Hauptbehandlungspartnern (außer Pneumologie und Thoraxchirurgie und ggf. Hämato-/Onkologie – diese bilden ihre Leistungen in der Geschäftsordnung ab) – sind schriftliche Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zu schließen. Die Vereinbarungen sind jährlich durch das Lungenkrebszentrum auf Aktualität zu überprüfen. In den Vereinbarungen mit den Hauptbehandlungspartnern sind folgende Punkte zu regeln: • Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz • Sicherstellung der Verfügbarkeit • Beschreibung der für das Lungenkrebszentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten Kriterien der Fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einverständniserklärung des Behandlungspartners, öffentlich als Teil des Lungenkrebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • Weitere Disziplinen/Fachgebiete, z.B. Nuklearmedizin, psychosoziale Onkologie o.a. können bei Bedarf hinzugezogen werden. • 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner (Thoraxchirurgie; Strahlentherapie, Pneumologie; Hämatoonkologie, falls zutreffend) u.a. für Notfallinterventionen	
1.1.3	Vereinbarungen mit sonst. Behandlungspartnern: Für folgende Behandlungspartner sind schriftliche Vereinbarungen zu treffen, in denen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird: • Psychoonkologie • Nuklearmedizin	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Sozialdienst • Raucherberatung/Tabakentwöhnung • Physiotherapie/Krankengymnastik • Hospiz/Palliativmedizin • Neurochirurgie Die Vereinbarungen mit den Behandlungspartnern sollen u.a. folgende Punkte regeln: • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Beschreibung von Zusammenarbeit und Schnittstellen • Art der gegenseitigen Kommunikation • Einhaltung Schweigepflicht Falls der Behandlungspartner disziplinarisch der Leitung des LZ untersteht, kann auf eine schriftliche Vereinbarung verzichtet werden.	
1.1.4	Weitere Kooperationen Eine Kooperation mit dem Nationalen Netzwerk genomische Medizin sollte geprüft werden.	
1.1.5	Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin - Onkologie Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.12). Wenn das ZPM u. das LZ unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort sind, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.3 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	
1.1.6	Das Lungenkrebszentrum hat ein klares Leitbild und quantitative Qualitätsziele definiert. Die Interdisziplinarität und die evidenzbasierte Medizin spiegeln sich in den Aussagen eindeutig wider und sind in der Praxis nachvollziehbar. Die grundsätzliche Ausrichtung des Lungenkrebszentrums ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt.	
1.1.7	Die Erreichung der Qualitätsziele wird gemessen. Die Ergebnisse werden einer dokumentierten Bewertung unterzogen. In einer jährlichen Qualitätsplanung unter der Verantwortung von • Zentrumsleitung und • Zentrumskoordination werden klare Strategien definiert, welche die Zielerreichung fördern.	
1.1.8	Ansprechpartner des Lungenkrebszentrums Die Ansprechpartner des Lungenkrebszentrums am Klinikstandort sowie für die einzelnen Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und bekannt zu geben (z.B. im	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Internet). In ärztlichen Bereichen müssen die Verantwortlichkeiten auf Facharztniveau definiert sein. Ansprechpartner der Mesotheliomeinheit Die Struktur der Mesotheliomeinheit ist auf der Webseite des Klinikums gesamtheitlich darzustellen. Die fachärztlichen Ansprechpartner sind mit Kontaktdaten (Tel.-Nr., E-Mail-Adresse) namentlich aufzuführen.	
1.1.9	Der/ die Träger des Lungenkrebszentrums stellen ausreichende finanzielle Mittel/ Ressourcen zur Verfügung, um die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zu erfüllen.	
1.1.10	Es müssen SOPs für Pat. definiert sein, in denen sich die relevanten medizinischen Leitlinien abbilden. Diese sollten in regelmäßigen Abständen auf Aktualität überprüft werden. Die SOPs berücksichtigen die Interdisziplinarität des Zentrums und die Vernetzung mit den Niedergelassenen. Pfade sind festzulegen für: • Diagnostik • Therapie • Nachsorge	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1.a	Das Lungenkrebszentrum muss jährlich mindestens 200 Pat. mit der Primärdiagnose „Lungenkrebs“ behandeln, und zwar im Zentrum. Definition Primärfall Lungenkrebs des Zentrums: • alle Pat. mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs, 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; Pat. zur Zweitmeinung werden nicht gezählt • Pat. (nicht Aufenthalte, nicht OPs) • Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem • Pathologischer Befund muss vorliegen (ICD C34.0-34.9) • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der pathologischen Diagnosesicherung • Pat. ohne pathologische Diagnosesicherung dürfen gezählt werden, wenn (alle Punkte müssen erfüllt sein): ○ Solitärer malignomsuspekter Lungenherd ○ FDG-PET-positiv	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	○ Dokumentierte Größenprogredienz im Verlauf (mind. 8 Wochen) ○ Hohes Risiko für Pat. durch pathologische Sicherung ○ Vorstellung Tumorkonferenz und Indikationsstellung zur Radiotherapie ohne pathologische Sicherung ○ Zählzeitpunkt ist Datum der Vorstellung Tumorkonferenz • Ein Primärfall bei synchroner Behandlung der Bronchialkarzinome (unabhängig von der Seiten- bzw. Lappenlokalisation) • Zwei Primärfälle bei metachroner Behandlung der Bronchialkarzinome, wenn diese auf verschiedenen Seiten auftreten (nicht als zweiter Primärfall gezählt wird das Auftreten in verschiedenen Lappen derselben Seite) • Synchron auftretender Tm einer anderen Tm-entität kann als Primärfall für jede Tm-entität gezählt werden Weitere Erläuterungen siehe FAQ. Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Das Zentrum muss jährlich mindestens 12 Pat. 10 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	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kennzahlen 1a und 1b - Mesotheliom	
1.2.1.b	Therapieabbrüche: - Im Falle einer Erstbehandlung als Primärfall anrechenbar. - Sind im Tumordokumentationssystem anzugeben. - Anzahl der Pat. ist anzugeben. - Keine Anerkennung, wenn Pat. das Zentrum nach der Diagnosestellung bzw. vor Therapiebeginn wechselt.	
1.2.2	Die Abteilung Thoraxchirurgie muss pro Jahr mind. 75 anatomische Lungenresektionen bei Pat. mit Diagnose ICD10 C34.0-9, C78.0 nachweisen (Def. OP-Spektrum EB 5.2.2). Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Basisdaten / Kennzahl 11a und 11b - Lunge	
1.2.3.a	Zyklus Die Tumorkonferenz hat mindestens 1x wöchentlich stattzufinden. Web/Online-Konferenz - Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperationspartner eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann. - Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative.	
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. Nuklearmedizin und Palliativmediziner sollten regelhaft an der Tumorkonferenz teilnehmen. Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologe, Pflege) und andere Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.3.c	Teilnahme prätherapeutischen Konferenz/ Tumorkonferenz als Fortbildung	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen sollte eine einmalige Teilnahme an der Tumorkonferenz ermöglicht werden (Auffrischung alle 3 Jahre) - nicht-ärztliches Personal (MTR, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie - Mitarbeiter Psychoonkologie und Apotheke - Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt.	
1.2.3.d	Vorbereitung Tumorkonferenz Die wesentlichen Pat.daten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbetrachtung von geeigneten Studienpat. ist vorzunehmen.	
1.2.3.e	Demonstration Bildmaterial Pat.bezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss - sofern vorhanden und für die Fragestellung relevant - bei der Tumorkonferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.	
1.2.3.f	Protokollierung Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“). Der Behandlungsplan muss den Teilnehmern der Konferenz sowie den betreuenden und weiterbehandelnden Fachbereichen zur Verfügung gestellt werden. Er muss Teil der Pat.akte sein. Dissens-Entscheidungen werden dokumentiert. Die Verantwortung für die Therapie liegt beim behandelnden Arzt.	
1.2.4	Tumorkonferenz Alle Pat., die sich mit Erstmanifestation oder neu aufgetretenem Rezidiv bzw. Fernmetastasierung im Zentrum vorstellen, müssen in der prätherapeutischen Tumorkonferenz u./o. in der TK nach Abschluss der Primärtherapie vorgestellt werden. Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Pat. mit neu diagnostiziertem Mesotheliom sind möglichst häufig prätherapeutisch und postoperativ in der Tumorkonferenz vorzustellen.	
1.2.5	Oligometastasierung bei NSCLC Definition: „Das Stadium der Oligometastasierung ist charakterisiert durch eine begrenzte Metastasierung, in dem eine lokal ablative Therapie aller Tumorherde zusätzlich zur Systemtherapie ein kuratives Therapieziel verfolgt. Eine begrenzte Anzahl an Metastasen in	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	der Bildgebung wird als Surrogat für eine begrenzte Metastasierungskapazität verwendet. Die Definitionen des oligometastasierten NSCLC variieren zwischen einer solitären Fernmetastase gemäß Stadium M1b nach UICC-Klassifikation (8. Ed) und maximal 3-5 Fernmetastasen als Einschlusskriterium der prospektiven Studien. [...]" S3-LL Lungenkarzinom, Version 2.0; Empfehlung 8.135) - Für oligometastasierte Pat. muss als Information für die prätherapeutische TK zur Verfügung stehen: - Zahl der Metastasenherde - Metastasenlokalisierung - Größter Durchmesser der Organmetastasen - In Abhängigkeit von der Metastasenlokalisierung müssen die Fachdisziplinen Neurochirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und/oder Viszeralchirurgie/Urologie in die Entscheidungsfindung, Interventionelle Radiologie (Teilnahme TK bzw. Konsil) einbezogen werden - Die zugezogenen Fachdisziplinen sollten in einem kooperierenden zertifizierten Zentrum tätig sein (z.B. NOZ, DZ/VZ, PZ/UZ o. OZ)	
1.2.6.a	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 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	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	sind. Jede weitere Metastase im zeitlichen Verlauf entspricht einer PD. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.6.b	Indikationskonferenz - In Zentren mit >500 Primärfällen kann die prätherapeutische TK als Indikationskonferenz durchgeführt werden - Teilnehmer: Pneumologe/Hämato-Onkologe; Thoraxchirurg, Radiologe. Optional: Strahlentherapeut, Palliativmedizin Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.6.c	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	
1.2.7	Tumorkonferenz nach operativer Therapie (zur Überprüfung der Indikation für eine adjuvante Therapie) Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 3 - Lunge	
1.2.8	Therapiedurchführung/-empfehlung Wird im Verlauf der Therapie von der ursprünglichen Therapieempfehlung der Tumorkonferenz abgewichen, muss der Fall erneut in der Konferenz vorgestellt werden. Gründe für die Änderung sowie die geänderte Therapie sind zu dokumentieren.	
1.2.9	Therapieplanung Auf Wunsch erhält jeder Pat. das Protokoll der Tumorkonferenz. Alternativ kann eine gesonderte Aufzeichnung für den Pat. erstellt werden.	
1.2.10	Qualitätszirkel - Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen Lungenspezifische Themen als einer der Schwerpunkte betrachtet werden - Teilnehmer: obligat für alle Hauptbehandlungspartner; weitere Partner des Zentrums (Pflege, Psychoonkologie etc.)	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	sind themenbezogen einzuladen (mind. 1x/Jahr) Qualitätszirkel sind zu protokollieren	
1.2.11	Morbiditätskonferenzen - Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser - Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden - Es sind jährlich mindestens 2 Morbiditätskonferenzen durchzuführen, wobei pro Konferenz mindestens 3 Fälle vorgestellt werden. - Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf. - Morbiditätskonferenzen sind zu protokollieren.	
1.2.12	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 - Onkologie angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (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.	
1.2.13	Onkologisches Basisscreening Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.htm „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 Kooperation Einweiser und Nachsorge

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

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	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 in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener mind. 1 psychotherapeutischer Weiterbildung: Verhaltenstherapie,	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zu psychischen psychosozialen	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".	
1.4.3	Psychoonkologie- Ressourcen Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen 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	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.	
1.4.6.a	Psychoonkologie-Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der medizinischen Behandlung	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.	
1.4.7	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	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	Qualifikation Sozialarbeit • Sozialarbeiter/Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen. Räumlichkeiten: Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen. Organisationsplan: Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.5.2	Sozialarbeit - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Beratung Sozialdienst: Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	
1.5.3	Aufgaben der psychosozialen Beratung Inhalte der Beratung unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale Erstberatung onkologischer Pat. durch Soziale Arbeit): • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Rente, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile etc.) • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten, spezialisierten Fachdiensten, Pflegediensten - Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration - Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern, Fachberatungsstellen - Entlassmanagement - Intervention bei Notfällen - Vermittlung in palliative Versorgungskonzepte und Hospizversorgung (ambulant / stationär)	
1.5.4	Weitere Aufgaben: - Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums u/o Pat. - Multiprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Krankengymnasten, Seelsorge u.a. - Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen - Supervision - Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit - Interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a. Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Bei der Behandlung von Pat. mit malignem Mesotheliom ist zusätzlich die Zusammenarbeit mit den für die Rehabilitation zuständigen Mitarbeitern der Unfallversicherungsträger sicherzustellen. Dokumentation und Evaluation - Die Tätigkeit des Sozialdienstes ist zu dokumentieren (z.B. CareDS, KIS) und zu evaluieren	
1.5.5	Fortbildung/ Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). Angebot von Supervision.	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Pat.befragungen: - Minimum alle 3 Jahre über mind. 3 Monate wird allen Zentrumspat. die Möglichkeit gegeben, an der Pat.befragung teilzunehmen. - Die Rücklaufquote soll ermittelt werden	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.2	Auswertung Pat.befragung - Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen - Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Lungenkrebszentrums zu beziehen - Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. - Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen	
1.6.3	Pat.information (allgemein) - Das Lungenkrebszentrum soll sich und seine Behandlungsmöglichkeiten vorstellen (z.B. in einer Broschüre, Pat.mappe, über die Homepage). - Die Kooperations-/Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. - Die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung existiert. - Diagnosemitteilung erfolgt immer durch den behandelnden Arzt - Die Autonomie des Pat. wird respektiert und das eigenverantwortliche Handeln wird unterstützt. „informed consent“ wird gewährleistet.	
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 - Individueller Nachsorgeplan (ggf. Übergabe Nachsorgepass) - Möglichkeit psychoonkologische Betreuung - Möglichkeit sozialarbeiterischer Beratung	
1.6.5	Ergebnis Tumorkonferenz Pat. ist über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufzuklären Pat.information (fallbezogen): Der Pat. erhält auf Wunsch eine Kopie des abschließenden Arztbriefes. Dieser enthält Histologie, OP-Bericht sowie Informationen über die geplante Therapie (Tumorkonferenzprotokoll).	
1.6.6	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich vom Zentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. und/oder Interessierte durchzuführen. Wenn möglich in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Sofern Pat.veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat.	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.7	Beschwerdemanagement Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Pat. erhalten Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.	
1.6.8	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Lungenkrebszentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Soweit keine tumorbezogenen Selbsthilfegruppen vor Ort existieren, sind Kontakte zu überregional- bzw. organübergreifend tätigen Selbsthilfegruppen zu organisieren.	
1.6.9	Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte: • 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 Lungenkrebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Zugang zu Studien Den Pat. muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Lungenkrebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.2	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen	
1.7.3	Studienassistent / Study Nurse Eine Study-Nurse / Studienassistent sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein (nach 3 Jahren Pflicht). Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (über Stellen-/Funktionsbeschreibung mit Umfang Zeitkontingent) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen: • Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt • Pat.betreuung während der Studie und in der Nachsorge • Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation • Erhebung und die Dokumentation aller studienrelevanten Daten • Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen Die Tätigkeit der Studienassistent kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.	
1.7.4	Prozessbeschreibung Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien (Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung) sind die Prozesse zu beschreiben.	
1.7.5.a	Anteil Studienpat. • Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein • nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Mindestens 1 Mesotheliompat. muss in eine mesotheliomspezifische Studie eingebracht worden sein (ab Erstzertifizierung pro Kalenderjahr). Wenn möglich, sollte jedem Mesotheliompat. die Behandlung über ein Studienprotokoll ermöglicht werden. Unabhängig von der Studienquote sollten zudem möglichst alle Pat. an einer Biobankstudie teilnehmen. Zentren, die sich als Mesotheliomeinheit zertifizieren lassen, sollen ihre Fälle in das Pleuratumregister der DGT eingeben (Adresse: www.pleuratumregister.de)	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	http://www.pleuratumregister.de) und am (Studien-)Netzwerk MesoTheraNet teilnehmen. Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 7 - Lunge Kennzahl 7 - Mesotheliom	
1.7.5.b	Alle in Studien eingebrachten Pat. mit Lungenkrebs können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien, zu denen ein gültiges Ethikvotum vorgelegt werden kann. Einschluss in Studien, deren alleiniges Ziel die Materialsammlung (Biobanking) ist, zählt nicht. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: - Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.-einwilligung (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ Dokument) - Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Zentrums (LZ bzw. Mesotheliom), durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/ Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/ Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt. - Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien - Pat. die in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Onkologische Fachpflegepersonenkräfte - Am Zentrum muss mind. eine VK onkologische Fachpflegepersonkraft im Tagdienst tätig sein. - Onkologische Fachpflegepersonenkräfte sind namentlich zu benennen.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflege personkraft nachzuweisen. - Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflege personkraft ist die - Weiterbildung onkologische Fachpflege personkraft 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 Lungenkrebszentrums 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	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Fachpflegeperson kraft zu erfolgen.	
1.8.4	Fort- und Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr) , sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1	Das Zentrum muss folgende Verfahren zur konservativen Therapie anbieten: - Logopädie - Atemtherapie	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Krankengymnastik - Ernährungsberatung Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen.	
1.9.2	Programme zur Tabakentwöhnung - Allen Pat., die rauchen, soll eine professionelle Tabakentwöhnung mit dokumentierten Motivationsgesprächen angeboten werden. - Mind. 1 Person aus dem ärztlichen und 1 Person aus dem nicht-ärztlichen Bereich sollte über eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung verfügen (z.B. über Curriculum BÄK, DGP, BdP). - Die Personen sind namentlich zu benennen - Medikamente zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin) müssen im Krankenhaus vorgehalten werden. - Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen.	
1.9.3	Supportive Therapie und Symptomlinderung - Die Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie sind zu beschreiben (Prozessbeschreibung / Algorithmus). - Ein Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen. Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen. - Expertise für die Schmerztherapie: 50 / pro Jahr bei Pat. mit Lungenkarzinom; 100 / pro Jahr insgesamt - Ernährungsberatung muss Bestandteil des LZ sein, eine SOP sollte zur Verfügung stehen - Bedarf für Ernährungsberatung ist pat.bezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen - Das metabolische Risiko ("Nutritional Risk") sollte spätestens bei der stationären Aufnahme mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden. - Zugang zu psychoonkologischer und psychosozialer Versorgung sowie zur Seelsorge ist zu beschreiben. Bei Ausführung über Kooperationspartner ist für die genannten Anforderungen ein Kooperationsvertrag zu vereinbaren.	

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	Lungensprechstunde Auf welcher Basis wird Spezialsprechstunde durchgeführt? (Medizinisches Versorgungszentrum, Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung)	
2.1.2	Die Lungensprechstunde muss mindestens wöchentlich stattfinden und folgende Themen abdecken: • Lungenkrebserkennung • Therapieplanung • Nachsorge • Beratung bei gutartigen Lungenerkrankungen • Angebote für Programme der Tabakentwöhnung • Erfassen des Raucherstatus (Empfohlen wird eine Einteilung in: Jahr Beginn, Jahr Ende, Packungen und Packungsjahren, sowie einer Einteilung in current smoker, ex heavy smoker, light smoker und Nie-Raucher) Falls zweckmäßig, können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden. Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Die Mesotheliomsprechstunde muss mindestens wöchentlich angeboten werden und folgende Themen abdecken: • Diagnostik/ Mesotheliomerkennung • Therapieplanung • Behandlung • Beratung • Nachsorge Im Rahmen der Mesotheliomsprechstunde muss der Pat. auf die Bedeutung des Mesothelioms als Berufskrankheit hingewiesen und darüber informiert werden, dass er ggf. vom zuständigen Unfallversicherungsträger kontaktiert wird. Die unverzügliche Meldung einer Mesotheliom-Erkrankung bzw. eines entsprechenden Verdachtsfalls an den Unfallversicherungsträger muss sichergestellt sein. Der Prozess ist im Audit vorzustellen.	
2.1.3	Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: < 2 Wochen Notfallvorstellung täglich möglich. Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.4	Bei (Spezial-) Lungensprechstunden sind folgende Leistungen sicherzustellen: • Lungenfunktionslabor • Ergospirometrie • Röntgen (konventionell) • Computertomographie/MRT • Labor (Hämatologie, klin. Chemie, ...) • Sonografie (Pleura-, Oberbauch-, Echokardiographie) • Möglichkeit zur ambulanten Bronchoskopie • Nuklearmedizinische Untersuchungen	
2.1.5	Zeit bis zum ersten pathologischen Befund (Primärdiagnostik) Anforderung: ≤ 3 Arbeitstage	
2.1.6	Diagnosemitteilung Dignität • Mitteilung bei Diagnose insbesondere bei bösartigem Befund hat durch einen Arzt persönlich und im direkten Kontakt zu erfolgen. • Zeit bis zur Diagnosemitteilung: < 1 Woche	
2.1.7	Wiedervorstellung bei Therapie Nebenwirkungen ist organisatorisch zu regeln.	
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 Unterstützung bei der Einholung einer zweiten Meinung • 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 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	Das Zentrum muss folgende Verfahren zur funktionellen Diagnostik an jedem (pneumologischen) Standort anbieten. • Lungenfunktion mit Bodyplethysmografie, Messung der Diffusionskapazität, Messung der inspiratorischen Muskelfunktion und Belastungsuntersuchung (6-Minuten-Walk-Test) • Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung • Spiroergometrie • Echokardiografie	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Quantifizierbare Lungen ventilations- und – perfusionsszintigrafie (im Zentrum) Für die angewendeten Verfahren müssen Verfahrensbeschreibungen vorliegen	
2.2.2	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.- Punction - 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.	
2.2.3.a	Expertise für die endoskopischen / interventionellen Verfahren:	
2.2.3.b	Flexible Bronchoskopie: ≥ 500 Bronchoskopien/ Jahr im Zentrum ≥ 250 Bronchoskopien/ Jahr an jedem pneumologischem Standort bei mehrstandortigen Zentren Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 8a – Lunge	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.3.c	- Interventionelle bronchoskopische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen (auch bei nicht-onkologischen Pat.): $\geq 10/\text{Jahr}$ (Thermische Verfahren und Stenteinlage) - Bei mehrstandortigen Zentren Erfüllung Sollvorgabe an mind. 1 Standort. Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 9 - Lunge	
2.2.3.d	Für die folgenden Verfahren muss die Zahl pro Jahr angegeben werden (keine Mindestzahl vorgegeben):	
2.2.3.e	Starre Bronchoskopie (1620.1)	
2.2.3.f	Transbronchiale Lungenbiopsien (1430.2) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.2.3.g	Endobronchialer Ultraschall mit Nadelpunktion unter sonografischer Sicht EBUS-Untersuchungen: ≥ 50 EBUS-Untersuchungen/ Jahr an jedem pneumologischen Standort Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 8b – Lunge	
2.2.3.h	CT-gesteuerte Lungenbiopsien	
2.2.3.i	Die Zuständigkeiten für die angewendeten funktionellen Verfahren müssen klar festgelegt sein.	
2.2.4	Ärzte in Tätigkeit für das LZ in der endoskopischen / interventionellen Diagnostik - Für jedes der angewendeten Verfahren ist der Facharztstandard (mit qualifizierter Vertretungsregelung) sicherzustellen. - Ärzte sind namentlich zu benennen 2 Jahre Erfahrung in der Durchführung und Befundung der angewendeten funktionellen Verfahren - Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Durchführung und Befundung	
2.2.5	Assistenzpersonal (Pflegerkräfte oder MTAs) - mind. 2 qualifizierte Mitarbeiter je Verfahren - Mitarbeiter sind namentlich zu benennen	
2.2.6	Zeitraumen bis zur Bereitstellung der notwendigen Information an die mit behandelnden Ärzte (Möglichst umgehend, immer < 24 h nach Untersuchung)	
2.2.7	Die Möglichkeit zur stationären Aufnahme muss gegeben sein.	
2.2.8	Fort-/ Weiterbildung: Für das an den endoskopischen / interventionellen Verfahren beteiligten ärztlichen und sonstigen Personal (MTR) ist	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	ein Qualifizierungsplan vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Fachärzte - Mindestens 1 Facharzt für Radiologie - Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen - Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
3.2	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 strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein Das Strahlenschutzgesetz ist einzuhalten.	
3.3	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: - Spiral-CT - MRT - Röntgen - Interventionelle Radiologie (Cavastent, Embolisation, Abszessdrainage, ...) Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Eine Geräteliste muss geführt werden. Bietet das Zentrum die Verfahren nicht selbst an, müssen entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorliegen.	
3.4	Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOPs) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen	
3.5	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.6	Die Möglichkeit zur stationären Aufnahme muss gegeben sein.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.7	Fort-/ Weiterbildung: - Für das an den bildgebenden Verfahren beteiligte ärztliche und sonstige Personal (MTR) ist jeweils ein Qualifizierungsplan vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Fachärzte der Nuklearmedizin: - Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung. Als FÄ werden auch Radiologen mit Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik anerkannt. - Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen - Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
4.2	Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal MTR der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte MTR Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	
4.3	Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin: - Knochenszintigrafie - Lungenszintigrafie - FDG-PET/CT Bietet das Zentrum die Verfahren nicht selbst an, müssen entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorliegen. Durchführung PET-CT - Wenn ein PET-CT durchgeführt werden soll, ist es prätherapeutisch vor einer kurativ intendierten Therapie durchzuführen (und nicht postoperativ) - Bei V.a. OMD bei der Primärdiagnose: Durchführung PET-CT prätherapeutisch	
4.4	Prozessbeschreibungen (SOPs) Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Besonderheiten PET-CTs Bei Durchführung von PET mit diagnostischem CT muss ein Facharzt für Radiologie oder FA für Nuklearmedizin mit Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner anwesend sein.	
4.5	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Nuklearmedizin "Szintigraphie" (Gammakameradiagnostik) muss spätestens 24h nach Abschluss der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen. Für die Befunderstellung der radiologisch-nuklearmedizinischen Hybriddiagnostik ist max. eine Zeitspanne von jeweils 24h pro beteiligter Fachdisziplin vorgesehen.	
4.6	Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.	
4.7	Fort-/ Weiterbildung: - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)

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

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	OP-Säle: Mindestens 1 OP muss ganztägig 7 Tage pro Woche regelmäßig für Lungenoperationen belegbar sein	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.2	Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Pat. mit Diagnose ICD-10: C34.0-.9, C78.0 durchzuführen. Bei einem Anteil von ≤ 75 C34-Diagnosen an der Gesamtheit der anatomischen Resektionen, muss für alle Eingriffe, die bei Nicht-C34 durchgeführt wurden, auf Einzelfallebene nachgewiesen werden, dass alle Merkmale anatomischer Lungenresektionen („Definition Anatomische Lungenresektion“) erfüllt sind. <u>Definition operative Therapie:</u> - Anatomische Resektionen (Anatomische Segmentresektion, Lobektomie, Pneumektomie, bronchio- u. angioplastische Operationen). - Atypische Resektionen (Keilresektionen) können nicht zu den operativen Primärfällen bzw. nicht zu den operierten Pat. mit Diagnose ICD-10: C34.0-9, C78.0 gezählt werden. - Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-323 bis 5-328) belegt werden. <u>Definition Anatomische Lungenresektion:</u> - Separate chirurgische Versorgung von Gefäßen (Arterie und Vene) und Bronchus unabhängig von der Parenchymdurchtrennung mit Dokumentation im OP-Bericht. - Parenchymdurchtrennung entlang der anatomischen Segment-/Lappengrenzen - Pathologische Untersuchung der Absetzungsänder separat: Arterie(n), Bronchus, Parenchym - bei C34: systematische Lymphadenektomie (mind. nach den IASLC-Kriterien: = mind. 3 N1-Stationen + mind. 3 N2-Stationen, subcarinal obligat) VATS-/RATS-anatomische Resektionen zusätzlich: - Operation video-assistiert (minimal-invasiv) - Hilfsinzision max. 7cm lang - Keine Rippenspreizung Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit: Definition operative Resektion Pleuramesotheliom: - Extrapleurale Pleuropneumektomie (EPP) (OPS 5-328.6)	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pleurektomie/ Dekortikation (P/D) (OPS 5-344.0 und 5-344.2) Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 11a und 11b – Lunge Kennzahl 2 - Mesotheliom	
5.2.3	Thoraxchirurgen für das Lungenkrebszentrum: Mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie in Tätigkeit für das Lungenkrebszentrum gemäß Stellenplan. Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.	
5.2.4	Die Beschreibung der Qualifikation der in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula. Folgende Parameter müssen erfüllt werden: - 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 40 bronchio/angioplastische Resektionen, 5 40 erweiterte Resektionen - Jährlich mind. 1 lungenspezifische Fortbildung pro Operateur Operateure Jeder Zentrumspat. 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).	
5.2.5.a	Ergebnisqualität Lungenkarzinom: 30-Tage Letalität nach Resektion < 5% Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 14 - Lunge	
5.2.5.b	Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz < 5% Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 15 - Lunge	
5.2.5.c	R0-Resektionen im Stadium I u. II > 95% Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kennzahl 16 - Lunge	
5.2.5.d	R0-Resektionen im Stadium III > 85% Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage) Kennzahl 17 - Lunge	
5.2.5.e	Bei Überschreitung Vorlegen einer Einzelfallanalyse mit entsprechendem Maßnahmenplan	
5.2.6	Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: (Prä-)stationäre Aufnahme - Therapieplanung (Zeitpunkt präoperativ) - Perioperatives Management - Operatives Management (Abläufe OP, Wiederaufbereitung Material, Dokumentation) - Postoperative Schmerztherapie - Stationsmanagement - Entlassmanagement Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	
5.2.7	Fort- und Weiterbildung Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.	
5.2.8	Qualifikation Personal - Pflegepersonal - Mind. 1 Qualitätszirkel unter Mitwirkung einer erfahrenen thoraxchirurgischen Pflegekraft - Jährlich mind. 1 Weiterbildung mit Tätigkeitsbezug für das Lungenkrebszentrum in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich	
5.2.9	Intensivmedizin Zahl der intensivmedizinischen Betten für das Lungenkrebszentrum ist anzugeben (Intensivmedizin und Intermediate Care). Falls die Intensivmedizin nicht der Leitung des Lungenkrebszentrums untersteht, ist eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen.	
5.2.10	Die Ausstattung der Station und der Plätze (Monitoring) ist zu beschreiben.	
5.2.11	Die Häufigkeit nosokomialer Infektionen gemäß den RKI/IfSG-Richtlinien ist zu erfassen und zu bewerten. Die Erfassung muss nicht auf die Pat. des LZ beschränkt sein Eine Teilnahme am NRZ - KISS-Modul Lobektomie ist empfehlenswert.	
5.2.12	Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: Postoperative Betreuung von Lungenpat.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Entwöhnung - Verlegung auf Normal-Station Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)

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

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1.a	Durchführung der medikamentösen onkologischen Therapie (Chemotherapie, AK-therapie, TKI-Therapie) durch: a) FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder b) FA für Pneumologie bzw. Innere Medizin und Pneumologie oder c) FA für Strahlentherapie	
6.2.1.b	Für die Durchführung der alleinigen Systemtherapie sind zumindest zwei Vertreter aus dem Kreis der internistischen Fachärzte a) u. b) zu benennen. FÄ aus der Gruppe c) mit entsprechender Qualifikation können im Rahmen radio-chemotherapeutischer Therapiekonzepte die medikamentöse onkologische Therapie durchführen. Ausnahmen gelten für die intraoperative Applikation von Cisplatin oder sonstigen Formen der lokalen Chemotherapie. Diese können von FÄ für Thoraxchirurgie in Kooperation mit Internistischen Fachkollegen (Pneumologen, Onkologen) nach gemeinsamer Indikationsstellung vorgenommen werden.	
6.2.1.c	Die oben benannten Fachärzte müssen die aktive Durchführung der medikamentösen Tumorthherapie nachweisen.	
6.2.1.d	Es muss nach dem Erwerb der Facharztbezeichnung eine 2-jährige kontinuierliche Tätigkeit auf dem Gebiet der onkologischen Systemtherapie mit Nachweis der Durchführung sowie Behandlung von Komplikationen und Nebenwirkungen	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	nachgewiesen werden. Für die alleinige systemische Therapie (für Fachärzte a) und b)) muss in 2 Jahren für insgesamt 100 Chemotherapieserien bestehend aus durchschnittlich 4-6 Chemotherapiezyklen, hiervon zumindest 50 Chemotherapieserien bei thoraxonkologischen Krankheitsbildern, die Indikation gestellt, die Überwachung der Applikation, die Information und Führung der Pat. sowie deren weitere Kontrolle und Überwachung erfolgt und dokumentiert sein.	
6.2.1.e	Für Fachärzte aus der Gruppe c) sind 80 Pat. mit simultaner Radio-Chemotherapie in 2 Jahren, davon mind. 1/3 bei thoraxonkologischen Krankheitsbildern nachzuweisen. Zum Zeitpunkt der Zertifizierung/Rezertifizierung darf der Zeitraum des Nachweises der vorgenannten Expertise nicht länger als vier Jahre zurückliegen.	
6.2.2	Fachpflegeperson Pflegefachkraft/ MFA - 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 Fachpflegeperson Pflegefachkraft/ MFA, 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 Fachpflegepersonen 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.	
6.2.3	Das Zentrum muss folgende Verfahren anbieten: - Chemotherapie (neoadjuvant, adjuvant, palliativ), einschließlich Supportivtherapie (S3-Leitlinie Supportiv) - Systemische Therapien mit zielgerichteten Therapeutika (monoklonale Antikörper, Angiogenesehemmer, sog. „small molecules“) auch in Kombination zur systemischen Chemotherapie	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kombinierte Radio-Chemotherapie (sequentiell und simultan), einschließlich Supportivtherapie (S3-Leitlinie Supportiv) Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen. Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden.	
6.2.4.a	Qualifikation der jeweiligen Behandlungseinheit (klinische Abteilung oder niedergelassene Kooperationspartner) a) 150 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Lungenkarzinompat. oder b) 50 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) pro Jahr bei Primärfällen des Zentrums oder 200 medikamentöse Tumorthapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) insgesamt (verschiedene Tumorentitäten). - Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie). Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. 1 Therapie pro Pat. = 1 Therapielinie pro Erkrankung pro Pat. - Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.4.b	Für die simultane Radio-Chemotherapie durch Radioonkologen gilt: Mind. 30 Lungenkrebs-Pat. mit simultaner Radio-Chemotherapie/Jahr.	
6.2.5	Prozessbeschreibungen - Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben. - Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	beschreiben (z.B. Antiemese, Vorgehen bei Anämie, bei Schleimhaut- und Hauttoxizität, Gabe von Wachstumsfaktoren, Bisphosphonaten, Ernährung, Umgang mit Portsystemen) und pat.bezogen zu dokumentieren	
6.2.6	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.	
6.2.7	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
6.2.8	Die medikamentöse Tumorthherapie muss (im Zentrum) ambulant oder tagesklinisch und stationär möglich sein.	
6.2.9	Zytostatikazubereitung - Die Zubereitung der Zytostatika-Lösungen muss innerhalb von 48h durch die Apotheke möglich sein (ggf. in Kooperation) - Die Zubereitung findet unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Vorgaben statt. - Die Rücksprache mit der zubereitenden Stelle muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert sein, möglich sein. - Verfahrensbeschreibung zur Zubereitung existiert.	
6.2.10.a	Medikamentöse Therapie in der metastasierten Situation - Die Verfahren für die Versorgung (Diagnose/Therapie) von Pat. mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade) - Eine regelmäßige Toxizitätsbeurteilung der Therapie hat anhand ausgewählter u. dokumentierter Messparameter (Symptome, Leitmetastase o.ä.) zu erfolgen. - Eine Evaluierung des Therapieeffektes muss alle 3 Monate pat.bezogen dokumentiert werden	
6.2.10.b	Bei NSCLC-Pat. Stad. IV soll vor Einleitung der medikamentösen Systemtherapie eine PDL1-Expressionsbestimmung durchgeführt werden.	
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 Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
6.2.12	Fort-/ Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt - Die von pneumologischen, thoraxchirurgischen, strahlentherapeutischen und internistisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaften gekennzeichneten Fortbildungen für Lungenkrebszentren sollen Teil des Qualifizierungsplans sein (in Vorbereitung)	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zertifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente und www.onkozert.de.	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1	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. 3.4, 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.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren - Das Angebot zur Palliativberatung und -betreuung sollte in den ersten 2 Monaten nach Diagnosestellung einer nichtheilbaren Krebserkrankung erfolgen.	
9.2	Das Zentrum muss folgende Verfahren zur palliativen Therapie anbieten: - Pleurodeseverfahren (konservativ über Drainage und invasive Verfahren mittels Thorakoskopie) - Palliative Schmerztherapie - Sauerstofflangzeittherapie Für alle Verfahren muss die Zuständigkeit geklärt sein. Verfahrensbeschreibungen müssen vorliegen. Eine Geräteliste für alle erforderlichen Geräte muss geführt werden.	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0	Die Darlegungen der Daten im gesamten Erhebungsbogen sowie im Datenblatt umfassen grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B. wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...).	
10.1.1	Geltungsbereich Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet werden, dann sind die Tumordokumentations-Einheiten zu benennen (inkl. Aufteilung Zuständigkeiten für die Tumorentitäten, ggf. Organigramm). Im Erhebungsbogen sind ggf. spezifische dezentrale Regelungen ergänzend zu den zentralen Regelungen auszuführen.	
10.1.2	Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3	Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und qualitätsgesichert zu liefern. Organspezifische Anforderungen an die Datendarlegung und deren Umfang (Basisdaten, Kennzahlen, Ergebnisqualität, ...) sind in dem	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung rückverfolgbar sein.	
10.1.4	Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden. Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5	Gesetzliche Krebsregistrierung Die gesetzlichen Anforderungen an die Krebsregistrierung sind nachweislich zu erfüllen. Für die Erhebung/ Darlegung der Krebsregisterdaten muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c verwendet werden.	
10.2.1	Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter pro Zertifizierungssystem bzw. Organgruppe zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Der Dokumentationsbeauftragte ist namentlich zu benennen (inkl. Funktion im Klinikum).	
10.2.2	Aufgaben Dokumentationsbeauftragter • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation • Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung • Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf	
10.2.3	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.	
10.2.4	Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).	
10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK). Kriterien für höheren Ressourcenbedarf • Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien • Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen • Unterstützung bei der Tumorkonferenz	
10.2.6	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1	Auswahl Tumordokumentationssystem (TDS) Die Art des Tumordokumentationssystems (TDS) ist dem Zentrum freigestellt (z.B. Eigenentwicklung, externer Anbieter, im KIS integriert oder über das §65c-Krebsregister).	
10.3.2	Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden: • Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge) • TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) • Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie, ...) • Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweittumoren und Sterbefälle) • Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)	
10.4.1	Nutzung OncoBox • Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Darm: Nutzung OncoBox verbindlich • Lunge: Nutzung OncoBox verbindlich empfohlen (optional) • Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem): Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.5.2	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend) Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden. Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) • Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0	Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.	
10.7.1	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a	Ergebnisqualität Brust Die Einreichung der Matrix Ergebnisqualität ist nur für die Brustkrebszentren verpflichtend, die über ein funktionierendes Krebsregister verfügen. Standorte, die einen Antrag auf Reduktion des Auditzyklus stellen bzw. bei denen auf Grundlage einer positiven Bewertung des Antrags keine Vorort-Begehung stattfindet, sind weiterhin verpflichtet, die Matrix Ergebnisqualität (Follow-up Quote $\geq 70\%$) einzureichen.	
10.7.2.b	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen. Die Tumordokumentation/ Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts), zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP).	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	
10.7.2.c	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Definition biochemisches Rezidiv: a. Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf > 0,2 ng/ml b. Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. 2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) 3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
10.8	Parameter Ergebnisqualität / Kaplan-Meier-Kurve Sofern die Kaplan-Meier Kurven aus der OncoBox bzw. aus dem TDS generiert werden können, sind diese jährlich zu erstellen und auszuwerten. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten. - Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ - Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP - Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ - Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ - Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ - Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP - Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH - Gesamtüberleben (OAS)	
10.9.1	Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren - Übermittlung patientenbezogener Follow-up Daten an das §65c-Krebsregister Die Follow-up Daten sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vom Zentrum an das §65c-Krebsregister übermittelt werden. - Anfrage patientenbezogene Follow-up Daten beim §65c-Krebsregister Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Die Follow-up Daten sollten mind. 1x pro Jahr durch das Zentrum beim §65c-Krebsregister angefragt werden. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. nicht zur Verfügung stellen, ist eine	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich). Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.9.3.a	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata • ≥ 80% - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung • 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...) • < 60% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben	
10.9.3.b	Follow-up Quote Lunge • Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: ≥ 80% • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d	Erfassung Follow-up FBREK • Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP • Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

Datenblatt

Für die Darlegung der Basisdaten, Kennzahlen und weiteren Zentrumsdaten steht ein Datenblatt (EXCEL-Vorlage) zur Verfügung. Das Datenblatt ist eine Anlage zum Erhebungsbogen.

Das Datenblatt ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkoziert.de abrufbar.