

Erhebungsbogen für Viszeralonkologische Zentren/ Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M. Quante, Prof. Dr. C. Reißfelder

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

- Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren (addz)
- Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
- Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
- Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation u. Sozialmedizin (AGORS)
- Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
- Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
- Arbeitskreis der Pankreatektomierten (AdP)
- Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
- Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland (BNHO)
- Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)
- Berufsverband Oecotrophologie e.V./ Verband der Diätassistenten (VDOE/VDD)
- Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen (BDP)
- Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Deutsche ILCO
- Deutsche Leberhilfe
- Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Fachexpert*innen
- Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
- Selbsthilfe Magenkrebs
- Selbsthilfe Speiseröhrenerkrankung
- S3-Leitlinie Analkarzinom, HCC und biliäre Karzinome, Kolorektales Karzinom, Magenkarzinom, Ösophaguskarzinom, Pankreaskarzinom
- Ständige Gäste:
 - OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

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

Auditjahr: **2027**

Version: **Q1**

Stand: **21.08.2026**

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:

- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs“
- S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“
- S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms“
- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome“
- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus“
- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Analkanal- und Analrandkarzinomen“

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.

Farblegende „schwarz“für alle Organe relevant

nur relevant für „Darm“

nur relevant für „Pankreas“

nur relevant für „Magen“

nur relevant für „Leber“

nur relevant für „Speiseröhre“

nur relevant für „Analkarzinom“

-

Präambel

In den zertifizierten Zentren werden interdisziplinär, interprofessionell und transsektoral arbeitende Netzwerke etabliert, die aus Sicht der Pat. die gesamte Versorgungskette abbilden^[1]. Grundlage der klinischen Arbeit sind die Inhalte der evidenzbasierten Leitlinien. Über das [Leitlinienprogramm Onkologie](#) wurde eine Reihe von viszeral-onkologischen Leitlinien mit den dazugehörigen Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Auf Basis dieser Leitlinien hat die Zertifizierungskommission (s. Titelblatt) die Inhalte erstellt, die in den viszeralonkologischen Zentren zur Anwendung kommen.

Um die praktische Umsetzung zu erleichtern und die Anzahl der Erhebungsbögen und Auditverfahren zu reduzieren, wurden die einzelnen Tumorentitäten (Definition „Geltungsbereich“ auf Seite 2) unter dem Dach „Viszeralonkologisches Zentrum“ (VZ) zusammengefasst. Entsprechend der eigenen Spezialisierung und Expertise können die Zentren den Geltungsbereich des Zentrums selbstständig festlegen.

Ein VZ erfüllt mindestens die Anforderungen (gemäß Definition „Geltungsbereich“ auf Seite 2) für:

Darmkrebszentrum + 1 weiteres Modul (Leber, Magen, Pankreas, Speiseröhre) oder 3 der 4 Module (Leber, Magen, Pankreas und Speiseröhre)

Für die Zertifizierung der viszeralonkologischen Module (Leber, Magen, Pankreas, Speiseröhre) ist es erforderlich, dass sich ein DKG-zertifiziertes Darmkrebszentrum bzw. Onkologisches Zentrum am Standort befindet bzw. parallel mit erstzertifiziert wird. Eine Zertifizierung für Analkarzinome ist nur gemeinsam mit einer Zertifizierung als Darmkrebszentrum möglich. Ein Darmkrebszentrum und ein Analkarzinomzentrum bilden zusammen kein Viszeralonkologisches Zentrum.

Ungeachtet dessen ist die Zertifizierung eines eigenständigen Darmkrebszentrums weiterhin möglich.

Die Zertifizierung erfolgt, unabhängig von der Anzahl der gewählten Module, während eines gemeinsamen Audits. Eine spätere Veränderung des Geltungsbereichs ist möglich. Der Geltungsbereich wird auf dem Zertifikat ausgewiesen.

Für singuläre Darmkrebszentren ist die Erfüllung der Anforderungen obligat im Erhebungsbogen für Viszeralonkologische Zentren/ Darmkrebszentren darzulegen (separater Erhebungsbogen für Darmkrebszentren steht nicht mehr zur Verfügung). Anforderungen, welche in der Spalte „Kap.“ mit der Angabe „VZ“ versehen sind, sind für alle Organe relevant und gelten somit sowohl für Viszeralonkologische Zentren als auch für singuläre Darmkrebszentren.

^[1] http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_5-Nationaler_Krebsplan.pdf

Angaben zum Viszeralonkologischen Zentrum/ Darmkrebszentrum

Zentrumsname	
Leitung des Zentrums	
Zentrumskoordination	
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	

Geltungsbereich des Zentrums:

☐ Darm	☐ Pankreas	☐ Magen
☐ Leber (HCC und biliäre Karzinome)	☐ Speiseröhre (Ösophagus)	☐ Analkarzinom

Eine Zertifizierung für Analkarzinome ist nur gemeinsam mit einer Zertifizierung als Darmkrebszentrum möglich.

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 Zentrum
 - 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 und Therapie
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin (Nicht belegt)
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 - Darm (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Pankreas (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Magen (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Leber (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Speiseröhre (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Analkarzinom (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1 - VZ	Es sind folgende Funktionen namentlich zu benennen: - Leitung des Zentrums (max. 2 pro Zentrum, davon 1 benannte Ansprechperson) - Koordination Koordination – Aufgaben - Koordination interne/externe Audits - Überwachung der Fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung - Kommunikationsschnittstelle - Steuerung/Überwachung der fachbereichsübergreifenden Aktionen	
1.1.2 - VZ	Hauptkooperationspartner und Kooperationspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein. Hauptkooperationspartner Viszeralchirurgie (nur Analkarzinom: mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder EBSQ coloproctology), Gastroenterologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Radiologie (nur HCC: interventionelle Radiologie), für Analkarzinom zusätzlich: Proktologie (über gastroenterologische Praxis) Kooperationspartner Psychoonkologie, Sozialdienst, Stomatherapie (nur Darm), Ernährungsberatung, Physiotherapie, Genetik, Schmerztherapie und Selbsthilfegruppe, Palliativmedizin, Seelsorge, Diabetologie (nur Pankreas), für Analkarzinom zusätzlich: Plastische Chirurgie, Gynäkologie	
1.1.3.a - VZ	Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen des Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert). Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein). Folgende Punkte sind zu regeln: - Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten - Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • 24h/7d-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner in DZ/VZ: Operateure, Gastroenterologen, Radioonkologen, Radiologen	
1.1.3.b - MP	Für die Definition der Behandlungsschritte (inkl. der lokalen Behandlungsalgorithmen) wird die Verwendung des „Patient Pathway“ der S3-Leitlinie Pankreaskarzinom (verfügbar unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html (Reiter „Viszeralonkologische Zentren“)) empfohlen.	
1.1.3.c - VZ	Tumorkonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert) • Verbindliche Teilnahme • Sicherstellung Verfügbarkeit Facharzt für die teilnahmeverpflichtende Fachrichtung • Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)	
1.1.3.d - ML	• Viszeralonkologische Zentren, die keine Lebertransplantationen durchführen, müssen eine Kooperation mit einem durch das Landesministerium anerkannten Transplantationszentrum nachweisen. • Die Kooperation ist anhand von konkreten Pat. akten pro Kalenderjahr nachzuweisen. • Bei allen Pat. mit HCC innerhalb der Milan-Kriterien ohne Kontraindikationen soll eine Transplantation evaluiert werden. • Pat. mit HCC, die entsprechend der Empfehlung der TK für eine Transplantation in Frage kommen, müssen in einem anerkannten Transplantationszentrum vorgestellt werden.	
1.1.4 - VZ	Darstellung des Zentrums Die Struktur des Zentrums ist gesamtheitlich darzustellen und öffentlich bekanntzumachen (z.B. Internet). Dies umfasst auch die Benennung sämtlicher interner/externer Kooperationspartner	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	mit folgenden Angaben: - Name, Anschrift des Kooperationspartners - Ansprechpartner mit Tel./e-mail Kontakt	
1.1.5 - VZ	Strategieplanung/Reporting Es wird empfohlen, auf Leitungsebene ein jährliches Review durchzuführen, in dem z.B. folgende Aspekte betrachtet werden: • Zieldefinition/-bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele • Betrachtung von Auditergebnissen (intern/extern) • Personelle Ressourcen für Zentrumssteuerung (Koordination) • Öffentlichkeitsarbeit/Pat.information • Tumordokumentation/Ergebnisqualität	
1.1.6 - VZ	Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin - Onkologie Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.3.b). Wenn das ZPM u. das DZ/VZ unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort sind, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.3.a genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.0.a - DZ	Operative Expertise Zentrum • 30 Kolonkarzinome • 20 Rektumkarzinome Primärfalldefinition siehe letzte Seite dieses Erhebungsbogens Datenblatt Darm (Excel-Vorlage)	
1.2.0.b - MP	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 25 Pat. mit der Primärdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ICD-10 C 25.-) behandeln Definition: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; nicht gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien) • Histologischer / Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) aus Primärtumor oder Metastase bei gleichzeitigem Vorliegen eines	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pankreastumors in der Schnittbildgebung. • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. Datenblatt Pankreas (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.0.c - MM	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 30 Pat. mit der Primärdiagnose eines Adenokarzinoms des Magens und des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C 16.0¹, 16.1-16.9) behandeln. Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, können die ICD-10 C 15.2 und 15.5 und 16.0² in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden. Definition: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Histologischer / Zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion) • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist. ² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt. Datenblatt Magen (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.0.d - ML	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 40 Pat. mit der Primärdiagnose eines HCC oder biliären Karzinoms (ICD-10: C22.0, C22.1, C23) behandeln. Definition: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen/bildgebenden Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt Datenblatt Leber (Excel-Vorlage)	
1.2.0.e - MS	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 40 Pat. mit der Diagnose einer hochgradigen Dysplasie (HGIEN, HGD) oder eines invasiven Plattenepithel- bzw. Adenokarzinoms des Ösophagus behandeln (= Zentrumsfälle). Davon mind. 20 Pat. mit Primärdiagnose (ICD-10 C15, 16.0², D00.1 (HGD, HGIEN)) Definition Primärdiagnose: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen • Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen/bildgebenden Diagnosesicherung • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt ² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt. Datenblatt Speiseröhre (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.0.f - MA	Anzahl Primärfälle Zentrum Das Zentrum muss jährlich 12 Pat. mit der	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Primärdiagnose Analkarzinom behandeln. Definition: - Analkanalkarzinom: C21.1 - Analrandkarzinom: C44.50 - Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen - Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten - Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung - Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt Datenblatt Analkarzinom (Excel-Vorlage)	
1.2.1 - VZ	Zyklus/Teilnehmer Tumorkonferenz Es muss mindestens 1 x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden. Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz zwingend: - Viszeralchirurgie - Gastroenterologie - Strahlentherapie - Hämatologie/Onkologie - Pathologie - Radiologie (HCC: interventioneller Radiologe) Metastasen: Bei Organmetastasen ist ein entsprechend spezialisierter Chirurg mit spezifischer Expertise zu konsultieren. Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Palliativmedizin, Psychoonkologie etc.) einzuladen. Sofern der Hämatologe/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/erfüllt, vertreten werden.	
1.2.2 - VZ	Allgemeine Anforderungen Tumorkonferenz Mehrere Kooperationspartner 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 Hauptkooperationspartner hat unabhängig davon mind. einmal monatlich an der Tumorkonferenz teilzunehmen. Web/Online-Konferenz	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.a - VZ	Vorstellung Tumorkonferenz Es sollten alle Fälle prätherapeutisch/postoperativ gemäß der jeweiligen Kennzahldefinition in der Tumorkonferenz vorgestellt werden. Sofern keine Vorstellung erfolgt, muss dies in der Pat.akte nachvollziehbar begründet sein.	
1.2.3.b - VZ	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.	
1.2.3.c - DZ	Vorstellung Tumorkonferenz Pat. mit Rektumkarzinom sollen nach Abschluss der neoadjuvanten Therapie und bei klinischer Vollremission erneut in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, um die Indikation einer W&W-Strategie zu diskutieren.	
1.2.4 - DZ	Rezidiv / Metastasierung • Chirurgische Zuständigkeiten bei Metastasenresektionen sind festzulegen (insbesondere Leber, Lunge), ggf. über Kooperationen • Therapieansätze (kurativ und palliativ) zur Metastasen Chirurgie und zur Strahlentherapie (z.B. Stereotaktische Bestrahlung bei Hirntumoren) sind in Verfahrensbeschreibungen festzulegen. • Pat. mit primär irresektabler Lebermetastasierung sollen während der systemischen Therapie regelmäßig zur Evaluation in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.	
1.2.5.a - VZ	Demonstration Bildmaterial Pat.bezogenes Bildmaterial muss bei der Konferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.	
1.2.5.b - MP	Die Resektabilität soll eingeschätzt werden anhand	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- einer strukturierten CT-/MRT-Befundung gemäß Template der S3-Leitlinie Pankreaskarzinom (verfügbar unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html (Reiter „Viszeralonkologische Zentren“)), - tumorbiologischer (N+; CA 19-9 > 500 U/ml) Kriterien sowie konditionaler Kriterien (z.B. ECOG).	
1.2.6 - VZ	Vorbereitung Tumorkonferenz - Die wesentlichen Pat.- und Behandlungsdaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und den Teilnehmern bei der Konferenz zur Verfügung zu stellen. Eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpat. ist vorzunehmen. - Es sind alle Pat. mit Rezidiven und/oder Metastasen vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben.	
1.2.7 - VZ	Protokoll Tumorkonferenz - Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“). - Das Protokoll Tumorkonferenz muss für alle Hauptkooperationspartner jederzeit gesichert verfügbar sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen. - Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden. - Das Ergebnis der Tumorkonferenz ist im Tumordokumentationssystem zu erfassen.	
1.2.8 - VZ	Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/Berufsgruppen sollte eine einmalige Teilnahme an der Tumorkonferenz ermöglicht werden (Auffrischung alle 3 Jahre): - nicht-ärztliches Personal aus den Bereichen Radiologie und Strahlentherapie - Mitarbeiter Psychoonkologie - Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/Berufsgruppen anerkannt.	
1.2.9 - VZ	Therapieabweichung - Das therapeutische Vorgehen soll sich an den Behandlungsplänen bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz orientieren. - Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung bzw. Abweichungen von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen. - Wird eine Therapie auf Wunsch des Pat. (trotz	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.	
1.2.10 - VZ	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. - Der Zugang zur Ernährungsberatung (gemäß Kapitel 1.9) ist zu beschreiben und an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen - Der 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.	
1.2.11 - VZ	Onkologisches Basisscreening Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind wird empfohlen , bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen. Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen. Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen: psychosoziale Belastungen körperliche Symptome Mangelernährungsrisiko sozialrechtlich relevante Fragestellungen Das Screening sollte in der Regel PRO erfassen und obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu eine für das Screening verantwortliche Person (z.B. onkologische Fachpflege). z.B. (siehe SOP unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html): Screening auf psychosoziale Belastungen (vgl. Kap. 1.4) Symptomscreening mittels validierter	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Instrumente (z.B. MIDOS/IPOS (vgl. Kap. 9)) • Bedarfserfassung sozialrechtliche Beratung (vgl. Kap. 1.5) • Screening auf Mangelernährung (z.B. NRS, vgl. Kap. 1.9) • Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen > 70 Jahre (z.B. G8) • Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität • Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen Die Prozesse und der Einbezug der jeweils zuständigen Unterstützungsbereiche (z.B. Ernährungsberatung) sind zu beschreiben. Grundlage hierfür: „SOP Onkologisches Basisscreening“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreenings ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“. Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen. Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen. Es wird empfohlen, die Quote überschwellig belasteter/ auffälliger Pat. in den vier Dimensionen des Onkologischen Basisscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen. Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.	
1.2.12 - VZ	Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz gekoppelt werden. • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Konferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf. Postoperativ/-interventionell verstorbene Pat. sind in jedem Fall zu besprechen.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Konferenzen sind zu protokollieren.	
1.2.13 - VZ	Qualitätszirkel - Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel sind festzulegen. - Es sind mind. 4 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen. - Eine Teilnehmerliste wird geführt. - Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums geeignet erscheinen. - Das Ergebnis des Qualitätszirkels ist zu protokollieren. Mögliche Themen: - Analyse der Ergebnisqualität (Benchmarking) - Interdisziplinäre Fortbildung - Interdisziplinäre Fallbesprechung - Strukturelle Verbesserungen des Zentrums - Öffentlichkeitsarbeit Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ein Qualitätszirkel stattgefunden haben.	
1.2.14 - VZ	Fortbildungen - Es sind für das Netzwerk des Viszeralonkologischen Zentrums mindestens 2 x jährlich Fortbildungsveranstaltungen anzubieten (ggf. auch im Anschluss an MM-Konferenzen/Q-Zirkel). - Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen.	
1.2.15 - VZ	Veranstaltungen des Zentrums Jeder Hauptkooperationspartner hat an mind. 2 Veranstaltungen des Zentrums teilzunehmen. Anerkannt werden: - Q-Zirkel - Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz - Fortbildungen	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1 - VZ	Kooperierende Einweiser Es ist eine Liste der kooperierenden Einweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Zentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren. Pflichten des Zentrums: Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen, wenn deren	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pat. vorgestellt werden. Einweisen ist die Möglichkeit einzuräumen, Pat. in der Tumorkonferenz vorzustellen.	
1.3.2 - VZ	Ansprechpartner Die Ansprechpartner des Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zu geben (z.B. Telefon, E-Mail). Dies kann mit der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.	
1.3.3 - VZ	Bereitstellung von Unterlagen Den mitbehandelnden Ärzten sind folgende Informationen zeitnah bereitzustellen (Einzeldokumente bzw. zusammenfassend im Arztbrief): - Histologie - Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan - OP-Bericht (optional) - Änderungen der Therapie Zeitraumen bis zur Bereitstellung der notwendigen Information an die mitbehandelnden Ärzte < 2 Wochen.	
1.3.4 - VZ	Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die mitbehandelnden Ärzte zur Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen / Fragen / Komplikationen einzurichten.	
1.3.5 - VZ	Einweiserzufriedenheitsermittlung - Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Eine abteilungsübergreifende Befragung kann anerkannt werden. - Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.	
1.3.6 - VZ	Fortbildungen Es sind ist mindestens 1-2x jährlich eine Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1 - VZ	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	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Psychotherapieverfahren qualifiziert jeweils mit mind. 4 in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen oder Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt). Bestandsschutz für alle Personen, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben bereits akkreditiert bzw. per Einzelfallprüfung anerkannt sind. Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär oder 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. Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend. Diese ergänzen die psychoonkologische Versorgung. Der Prozess der Betreuung der Pat. im Zentrum (Screening, Evaluation der Screeningergebnisse, Versorgung) muss im Audit an Beispielen nachgewiesen werden.	
1.4.2.a - VZ	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niedrigschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".	
1.4.2.b - VZ	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Die psychoonkologische Versorgung folgender Pat.: 1. Pat., die im Screening überschwellig belastet waren 2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis ist fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen.	
1.4.2.c - VZ	Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Die Anzahl der Pat., welche psychoonkologisch versorgt worden sind, ist zu erfassen (Häufigkeit und Dauer der Kontakte).	
1.4.3 - VZ	Psychoonkologie Ressourcen Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe/in mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.4.4 - VZ	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.Gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.4.5 - VZ	Organisationsplan Sefern 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	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.	
1.4.6 - VZ	Psychoonkologie – Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der medizinischen Behandlung Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung-Versorgung sind u.a.: • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening auf psychosoziale Belastung und psychische Störung • Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung psychischer Belastungen und psychischer Störungen • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/Angehörigenberatung • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)	
1.4.7 - VZ	Empfohlen wird außerdem: • die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter • eine zweimal-jährliche konzeptionelle Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psycho-onkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der med. Akte) • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • enge Kooperation mit dem Sozialdienst • Schnittstelle/Austausch mit Selbsthilfe und Seelsorge • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Qualitätszirkel vorstellen.	
1.4.8 - VZ	Fort-/Weiterbildung/ Supervision • Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mindestens 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	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Jahr) - Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen - Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist mindestens 4 mal im Jahr zu ermöglichen.	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1 - VZ	Qualifikation Sozialdienst: - Sozialarbeiter/Sozialpädagoge - Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich	
1.5.2 - VZ	Sozialdienst - 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.	
1.5.3 - VZ	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.	
1.5.4 - VZ	Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	
1.5.5 - VZ	Räumlichkeiten Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.5.6 - VZ	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.5.7 - VZ	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 u.v.a.m.) - Unterstützung bei Antragsverfahren	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten - 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)	
1.5.8 - VZ	Weitere Aufgaben: - Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit - Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision, Fortbildungen - Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums und/ oder Pat. - Multiprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge, Selbsthilfegruppen u.a.	
1.5.9 - VZ	Dokumentation und Evaluation Die Tätigkeit des Sozialdienstes ist zu dokumentieren (z.B. CareSD, KIS) und zu evaluieren.	
1.5.10 - VZ	Fort-/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.a - VZ	Pat.befragungen: Minimum alle 3 Jahre über 3 Monate wird allen Zentrumspat. die Möglichkeit gegeben, an der Pat.befragung teilzunehmen.	
1.6.1.b - VZ	Die „Rücklaufquote Pat.befragung“ sollte über 30% betragen.	
1.6.2 - VZ	Auswertung Pat.befragung: - Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. - Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Zentrums zu beziehen. - Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. - Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen. - Die Auswertung kann im Zusammenhang mit	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	einem Q-Zirkel betrachtet werden.	
1.6.3 - VZ	Pat.information (allgemein): - Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Pat.mappe, über die homepage). - Die Kooperationspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. - Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen. - Bereitgestellte Informationen: u.a. Pat.leitlinie u./o. S3-Leitlinien des Onkologischen Leitlinienprogramms	
1.6.4.a - VZ	Entlassungsgespräch: Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation / Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen werden: - Therapieplanung - Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)	
1.6.4.b - ML	Informationen über Fortführung der Therapie einer HCV/HBV-Infektion entsprechend S3-LL DGVS und Fortführung anderer leberspezifischer Therapieverfahren	
1.6.4.c - MM	Information über Notwendigkeit der Vit. B12-Substitution	
1.6.4.d - MP	Informationen über evtl. Folgeerkrankungen (z.B. DM) und die damit verbundenen Gefahren (z.B. Hypoglykämien)	
1.6.4.e - MA	- Information über das Vorgehen zur Beurteilung des Therapieerfolgs nach kurativer Radiochemotherapie - Beurteilung des Therapieerfolgs durch digital-rektale Untersuchung und Proktoskopie 11 Wochen, 18 Wochen und 26 Wochen nach Beginn der Radiochemotherapie.	
1.6.5 - VZ	Pat.information (fallbezogen): Der Pat. erhält folgende Dokumente: - Arztbrief / Entlassungsbrief (incl. Angaben Tumorkonferenz / Behandlungsplan) - Nachsorgeplan / Nachsorgepass - Ggf. Studienunterlagen Es wird empfohlen, den Pat. eine zentrale / strukturierte Mappe für die Unterlagen zu geben. Das Verfahren für die Bereitstellung der Pat.information ist zu standardisieren.	
1.6.6 - VZ	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich vom Zentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. und / oder Interessierte durchzuführen (kann zusammen mit 1.6.9 betrachtet werden). Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.7 - VZ	Beschwerdemanagement Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Pat. erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.	
1.6.8 - VZ	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Sofern möglich, sollte die Selbsthilfegruppe die spezifischen Bedürfnisse von viszeralonkologischen Pat. betrachten (Stichwort Gleichbetroffenheit).	
1.6.9 - VZ	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfe kann sowohl im Bereich der Pat.beteiligung, der psychosozialen Unterstützung und als Interessenvertreter tätig werden. Und in diesen Bereichen ggf. am Audit teilnehmen. Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollten: • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Betreuung (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, medikamentöse Tumorthherapie, Chemotherapie, ...) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, homepage des VZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am VZ für Pat.gespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum 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 - VZ	Zugang zu Studien Den Pat. muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren (inkl. Kurzbeschreibung der Studie).	
1.7.2 - VZ	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen Studienassistentenz - Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentenz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. - Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.3 - VZ	Studienassistentenz – Qualifikation Berufsausbildung Medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheits-/Krankenpfleger, Arzthelferin) Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenzfunktion nachzuweisen (Richtwert: mehrtägiger Kurs). Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt / Studienbeauftragte die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.	
1.7.4 - VZ	Studienassistentenz - Aufgaben Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen- / Funktionsbeschreibung) 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 Studienassistentenz kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.	
1.7.5 - VZ	Zusammenarbeit Studienassistentenz - Prüfarzt Direkte Verfügbarkeit des Prüfarztes bzw. Studienbeauftragten für die Studienassistentenz ist sicherzustellen (Nachweis z.B. über regelmäßigen Austausch).	
1.7.6.a - VZ	Anteil Studienpat. 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	2. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfallzahl Die Anforderung gilt pro Tumorentität. Angabe Datenblätter (Excel-Vorlagen) Darm / Pankreas / Magen / Leber / Speiseröhre / Anal Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.6.b - VZ	Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle / diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt). Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen. Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. 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 (je Entität), 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. • Es können Pat. für kolorektale Präventionsstudien gezählt werden. • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Pat. im Follow-up einer Studie zählen nicht mehr für die Studienquote. • Besonderheit Darmkrebszentren: Die StudyBox Darm ist für die Berechnung der Studienquote verbindlich (www.studybox.de). Dies bedeutet, dass Studien, die nicht akkreditiert sind bzw. für die keine Akkreditierung beantragt wurde, nicht für die Studienquote angerechnet werden können. Die Liste der akkreditierten und somit für die Studienquote anrechenbaren Studien ist unter www.studybox.de abgebildet. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.7 - VZ	Prozessbeschreibung: Für die Aufnahme / Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien sind für jede „durchführende Einheit“, sofern nicht zentral geregelt, die Prozesse incl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.: • Auswahl neuer Studien incl. Freigabeentscheidung • Interne Bekanntgabe neuer Studien (Aktualisierung Studienliste, ...) • Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpat., Dokumentation, ...) • Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Pat.)	
1.7.8 - VZ	Studienzuführung Bevor einem Pat. eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine pat.bezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1 - VZ	Onkologische Fachpflegepersonen • Am Zentrum muss mind. 1 onkologische Fachpflegeperson (1 VK) aktiv im Tagdienst angestellt sein. • Onkologische Fachpflegepersonen sind namentlich zu benennen. • In stationären Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegeperson nachzuweisen. Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als onkologische Fachpflegeperson ist die • Weiterbildung onkologische Fachpflegeperson gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im Darmkrebszentrum bzw. Viszeralonkologischen Zentrum.	
1.8.2 - VZ	Zuständigkeiten / Aufgaben • Fachbezogenes Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Maßnahmen • Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs • Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Viszeralonkologischen Zentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden • Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2) • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen • Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP- "Onkologische Pflegevisite" nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum/Modul mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen. Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in dem Viszeralonkologischen Zentrum 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 onkologischen Fachpflegepersonen Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Viszeralonkologischen Zentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen • Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Fachpflegeperson Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6)	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.3 - VZ	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachkraft zu erfolgen.	
1.8.4 - VZ	Fort-/ Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das 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.	
1.8.5 - DZ	Stomatherapie - Personal Qualifikation Leitung Stomatherapie Anerkannte Ausbildung Stomatherapie: Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin/Pflegeexperten für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720 h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen. Für Stomatherapeuten, welche vor dem 01.01.2019 in den Zentren benannt waren, gilt folgender Bestandschutz: Weiterbildungsumfang mind. 400 h zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie „Curriculum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde“ der FgSKW exkl. Abschnitte Inkontinenz und Wunde). Eine qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen. Das Personal ist namentlich zu benennen. Sofern die Stomatherapie von extern erbracht wird, ist eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.6 - DZ	Stomatherapie - Definition der Aufgaben - Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung (insbesondere Aufklärung LARS) und Schulung von Pat. und Angehörigen - Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch) - Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde Ambulante Weiterversorgung nach Entlassung bei Stomatherapie ist zu beschreiben incl. Informationsbereitstellung für Pat. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.7 - DZ	Stomatherapie - Ausstattung / Infrastruktur - Eigene Räumlichkeiten - Möglichkeiten Vorstellung Demomaterial - Lagermöglichkeiten von Materialien zur	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Stomaversorgung	
1.8.8 - DZ	Austausch mit anderen Fachdisziplinen Geregelter interprofessioneller Informationsaustausch mit Operateuren, Radioonkologie und Onkologie	
1.8.9 - DZ	Stomatherapie - Dokumentation der Therapie • Dokumentation in stationärer Akte (ausschließliche eigenständige Doku der Stomatherapeuten nicht ausreichend) • Stomapass für Pat. • OPS-Kodierung der Stomaanlagen (analog Entlassbrief) oder Angaben Stomatyp (Kolo-/Ileo-/Urostoma) / doppeläufig o. endständig im Stomapass	
1.8.10 - DZ	Stomatherapie - Fort-/Weiterbildung • Regelmäßige Qualifizierung der Pflegekräfte auf Stationen und relevanten Fachabteilungen • Regelmäßige Fortbildungsangebote für alle sonstigen beteiligten Berufsgruppen sowie für Pat. und Angehörige • Aktive Unterstützung der Arbeit der Selbsthilfeorganisationen durch fachliche Fortbildungsangebote • Regelmäßige eigene Teilnahme an Maßnahmen zur Fortbildung im fachlichen und außerfachlichen Bereich	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1 - VZ	Seelsorge • Seelsorgerische Betreuung im Zentrum ist sicherzustellen • Pat. müssen Möglichkeit zur Betreuung erhalten (Bedarf ist aktiv zu ermitteln)	
1.9.2.a - VZ	Ernährungsberatung • Qualifizierte Ernährungsberatung (durchgeführt von Diätassistenten/Ökotrophologen/Ernährungswissenschaftlern oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin) muss Bestandteil des Zentrums sein • Zusammenarbeit ist über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln • Eine qualifizierte Stellvertretung ist sicherzustellen. • Bedarf für Ernährungsberatung ist pat.bezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen. Dies gilt insbesondere während der postoperativen Phase. Der Prozess ist auf Basis von Pat.akten nachzuweisen. • Eine SOP für das Ernährungsmanagement sollte schriftlich hinterlegt sein.	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.9.2.b - VZ	Fort- und Weiterbildung für o.g. Ernährungsfachkräfte Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter	
1.9.2.c - VZ	Das Screening auf Mangelernährung und somit das metabolische Risiko ("Nutritional Risk") sollte spätestens bei der stationären Aufnahme bei möglichst allen Tumorpat. z.B. mittels Nutritional Risk Screening (NRS) nach Kondrup 2003 erfasst werden. Die Maßnahmen sollen analog der entitätsspezifischen S3-LL erfolgen. Die daraus folgende, Prozess geleitete Ernährungsberatung / Therapie (z.B. German Nutrition Care Prozess) sollte entsprechend nachgewiesen werden und im Entlassbrief dokumentiert werden.	
1.9.2.d - MP	- Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. - prätherapeutisch soll eine Beratung von Ernährungsfachkräften (Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern), durchgeführt und dokumentiert werden. - nach Pankreatektomie: Durchführung von Ernährungstherapie (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Pankreas-enzymen und Enterostomiesonden vor Entlassung. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassungsbrief dokumentiert werden. - nach Pankreatektomie: Schulung durch qualifizierte Diabetesberatung und Dokumentation im Entlassbrief.	
1.9.2.e - MM	- Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. - prätherapeutisch soll eine Beratung von Ernährungsfachkräften (Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern), durchgeführt und dokumentiert werden. - nach Ösophagektomie/Gastrektomie: vor Entlassung Durchführung von Ernährungstherapie (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Enterostomiesonden. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassbrief dokumentiert werden.	
1.9.2.f - MS	- Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen. - prätherapeutisch sollte eine Beratung von Ernährungsfachkräften (Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern), durchgeführt	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	und dokumentiert werden. nach Ösophagektomie/Gastrektomie: vor Entlassung Durchführung von Ernährungstherapie (z.B. German Nutrition Care Prozess) und ggf. Schulung im Umgang mit Enterostomiesonden. Diese soll in der Pat.akte und im Entlassbrief dokumentiert werden.	
1.9.2.g - ML	Die umgesetzten ernährungstherapeutischen Maßnahmen entsprechend der S3-Leitlinie sind bei allen Pat. nachzuweisen und im Entlassbrief zu dokumentieren.	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1 - VZ	Allgemeine Inhalte der Sprechstunde am Standort - Identifikation Risikogruppen und individuelle Vorsorgeplanung - Planung Abklärung Dignität - Therapieplanung, Nachsorge	
2.1.2 - DZ	Spezialsprechstunde Darm - Basis für Durchführung ? (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung) - Mind. 1 x pro Woche	
2.1.3 - DZ	Wartezeiten Spezialsprechstunde < 2 Wochen Wartezeit auf einen Sprechstundentermin < 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde	
2.1.4 - DZ	Abklärung Dignität Abklärung Dignität bereits vor der radikal chirurgischen Maßnahme zu 100% (Abweichungen sind zu begründen)	
2.1.5 - DZ	Ausbreitungsdiagnostik Innerhalb 1 Woche sind folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten: - Abdomen-Sono - RöTx (Lunge) - CEA Bestimmung Sofern erforderlich (ebenfalls innerhalb 1 Woche) - Weitere Röntgen-Untersuchungen - CT/MRT; PET-CT (fakultativ) - Szintigrafie - Urologische Abklärung - Gyn. Untersuchung	
2.1.6.a - DZ	Rektum-Diagnostik Der Zugang zu folgenden Verfahren ist	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	sicherzustellen: • Rektale Endosonographie • Starre Rektoskopie • Chromoendoskopie • Proktologie	
2.1.6.b - DZ	Höhenlokalisierung Rektum • Für die Höhenlokalisierung können die starre Rektoskopie, die flexible Endoskopie oder die MRT-Untersuchung zur Anwendung kommen. • Im Befundbericht muss die Höhenlokalisierung sowie die verwendete Methode angegeben sein. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.1.7 - DZ	Stenose Im Fall einer koloskopisch nicht passierbaren Stenose hat binnen 3-6 Monaten postoperativ bei 100% aller Pat. eine erneute vollständige Koloskopie zu erfolgen. Es ist eindeutig die verantwortliche Stelle zu definieren, die für die Durchführung (Terminüberwachung) der Koloskopie zuständig ist.	
2.1.8 - DZ	Prävention / Screening für die asymptomatische Bevölkerung • Externe oder eigene Programme für Beratung zu Risikogruppen, Lebensgewohnheiten und Ernährungsempfehlungen (Info-Veranstaltungen, Infomaterial,) • Aktivitäten zur Steigerung der Teilnahme an Vorsorgekoloskopien und FOBT	
2.1.9 - DZ	Liste mitbehandelnde Ärzte / Vorsorgenetzwerk Es ist eine interne Liste der mitbehandelnden Ärzte und der Mitglieder des Vorsorgenetzwerkes aktuell zu führen (differenzierte Darstellung mitbehandelnde Ärzte / Vorsorge).	
2.1.10 - DZ	Genetische Beratung Zusammenarbeit mit einer Genetischen Beratung ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln. Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. Besonders hierfür geeignet sind die von der Deutschen Krebshilfe ausgewiesenen „Zentren für Familiären Darmkrebs“ (http://www.hnpcc.de/).	
2.1.11.a - DZ	Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen (familiäres und erbliches Risiko) Risikopersonen sind gemäß der Risikoklassifikation der S3-Leitlinie im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren und zu dokumentieren. Dies sind insbesondere:	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Alter < 50 Jahre - vorausgegangenes kolorektales Karzinom oder Endometrium-Karzinom - ein oder mehrere kolorektale Karzinome bei direkten Familienangehörigen - Endometrium-, Urothel-, Dünndarm- oder Magenkarzinom bei direkten Familienangehörigen	
2.1.11.b - DZ	Die Algorithmen zum Ablauf der genetischen Diagnostik und molekulopathologischen Abklärung bei Verdacht auf HNPCC sowie Anamnesebögen für die Identifikation von Risikopersonen zur Abklärung des familiären und erblichen Risikos und Informationsschreiben über das erhöhte Erkrankungsrisiko und zu empfehlende Früherkennungsuntersuchungen für direkte Familienangehörige sind unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html unter dem Punkt Darmkrebs herunterladbar.	
2.1.12 - DZ	Individuelle Vorsorgeplanung - Bei identifizierten Risiko-Personen hat eine individuelle Vorsorgeplanung gemäß S3-Leitlinie zu erfolgen. Vorgehen bei Verdacht auf Lynch-Syndrom In einer Verfahrensbeschreibung zur Lynch-Abklärung sind folgende Punkte zu berücksichtigen: - Verantwortung für die Identifikation von Risikopersonen - Verantwortung für die Veranlassung der primären immunhistochemischen MSI-Untersuchung und der weiteren Analytik im Nachgang - Zuständigkeit für die MSI-Testung - Verantwortung für die Weitergabe der Information an den Pat. - Verantwortung für die Weiterleitung zur genetischen Beratung / Testung	
2.1.13.a - MP	Ausbreitungsdiagnostik / Diagnosesicherung Innerhalb 1 Woche sind folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten: - Abdomen-Sonographie - Endosonographie oberer GI-Trakt - Endosonographisch gesteuerte Feinnadelbiopsie im <u>Abdomen</u> (nicht ausschließlich Pankreaspunktionen gefordert) - Multidetektor-CT - MRT mit MRCP - Interventionelle ERCP - RöTx (Lunge)	
2.1.13.b - MP	Sofern erforderlich (ebenfalls innerhalb 1 Woche): - Weitere Röntgen-Untersuchungen - CT/MRT; PET-CT (fakultativ) - Szintigrafie	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.13.c - MP	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis von mind. 30 Endosonographien/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelbiopsie im <u>Abdomen</u> (nicht ausschließlich Pankreaspunktionen gefordert): Nachweis von mind. 10/Untersucher/Jahr • Interventionelle ERCP: Nachweis von mind. 50/Untersucher/Jahr Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt bzw. beaufsichtigt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Dies ist im Befund zu dokumentieren. Qualifikation Endoskopie/Endosonographie • Facharzt für Innere Medizin oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder • Facharzt für Viszeralchirurgie Mindestens 2 Fachärzte • Fachärzte sind namentlich zu benennen • Die Untersucher können für mehrere viszeralonkologische Module gleichzeitig benannt werden. Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 100 interventionelle ERCPs und 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in Tabelle „Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs“ im Datenblatt (Excel-Vorlage)	
2.1.13.d - MP	Komplikationen Endoskopie Anteil Endoskopie-spezifischer Komplikationen: • Blutung (im Anschluss an ERCP auftretend), Perforation: < 5% • Pankreatitis (im Anschluss an ERCP auftretend) (= im Befundungssystem dokumentiert, jeder Schweregrad): ≤ 10% Datenblatt Pankreas (Excel-Vorlage)	
2.1.13.e - MM	Sprechstunde Magen Aus der Sprechstunde heraus sind innerhalb 1 Woche folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten: • Endoskopie • Endoskopisch gesteuerte Biopsie • Chromoendoskopie • Endosonographie oberer GI-Trakt	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration - Sonographie: Abdomen, Hals - Multidetektor-CT: Thorax, Abdomen	
2.1.13.f - MM	Expertise Untersucher: - Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis $\geq$ 30/Untersucher/Jahr - Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration: Nachweis $\geq$ 10/Untersucher/Jahr (nicht auf Magen begrenzt) Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt bzw. beaufsichtigt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Dies ist im Befund zu dokumentieren. Qualifikation Endoskopie/Endosonographie - Facharzt für Innere Medizin oder - Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder - Facharzt für Viszeralchirurgie Mindestens 2 Fachärzte - Fachärzte sind namentlich zu benennen - Die Untersucher können für mehrere viszeralonkologische Module gleichzeitig benannt werden. Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in „Tabelle Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs“ im Datenblatt (Excel-Vorlage)	
2.1.13.g - MM	In den Sprechstunden sind im Besonderen folgende Themen zu berücksichtigen: - präoperative therapiebegleitende Erfassung von Mangelernährung mit gezielter Ernährungstherapie, die das gesamte Spektrum der Ernährung erfasst - Zugang zu Ernährungsberatung (gemäß Nr. 1.9) muss gewährleistet sein - genetische Faktoren beim Magenkarzinom	
2.1.13.h - ML	Durchführung der Sprechstunde FA für Innere Medizin und Gastroenterologie Erfahrung mit der Behandlung von chronischen Lebererkrankung	
2.1.13.i - ML	Aus der Sprechstunde heraus sind innerhalb 1 Woche folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten: Dynamischer, kontrastmittelverstärkter Ultraschall (KM-US), CT (KM-CT) u. MRT (KM-MRT)	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Tumor-Biopsie	
2.1.13.j - ML	Staging des HCC u. Beurteilung klinischer Zustand • Zusätzlich zur TNM-Klassifikation muss die BCLC-Klassifikation für die Therapiestratifikation des HCC's genutzt werden. • Nachweis anhand der Pat.akten	
2.1.13.k - ML	Nachsorge HCC nach kurativen Verfahren (Transplantation, Resektion, RFA) • Entsprechend S3-LL alle 3 Monate im 1. Jahr und alle 3-6 Mo. im 2. Jahr mit biphasischer CECT oder dynamischer MRT • Nach Abschluss Nachsorge: Einschluss in Früherkennungsprogramm alle 6 Monate Nachsorge biliäre Karzinome nach Resektion/Ablation: entsprechend S3-LL biphasisches CT oder dynamisches MRT nach 4-12 Wochen erstmals, im 1. Jahr alle 3 Monate, im 2. Jahr alle 3-6 Monate	
2.1.13.l - MS	Sprechstunde Ösophagus Aus der Sprechstunde heraus sind innerhalb 1 Woche folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten: • Ösophagogastroduodenoskopie mit hochauflösender Video-Endoskopie (s. 2.2) • Bronchoskopie • Chromoendoskopie oder Computergestützte Chromendoskopie • Endosonographie oberer GI-Trakt • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration • Sonographie: Abdomen, Hals • Multidetektor-CT: Hals, Thorax, Abdomen • HNO-Konsil	
2.1.13.m - MS	Expertise Untersucher: • Endosonographie oberer GI-Trakt: Nachweis ≥ 30/Untersucher/Jahr • Endosonographisch gesteuerte Feinnadelaspiration: Nachweis ≥ 10/Untersucher/Jahr (nicht auf Ösophagus begrenzt) Jede der Untersuchungen muss durch einen Untersucher durchgeführt bzw. beaufsichtigt werden, der die oben geforderte Erfahrung nachweisen kann. Dies ist im Befund zu dokumentieren. Qualifikation Endoskopie/Endosonographie • Facharzt für Innere Medizin oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder • Facharzt für Viszeralchirurgie	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Mindestens 2 Fachärzte - Fachärzte sind namentlich zu benennen - Die Untersucher können für mehrere viszeralonkologische Module gleichzeitig benannt werden. Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 60 Endosonographien und 20 endosonographisch gesteuerte Punktionen. Namentliche Nennung in „Tabelle Untersucher - Endosonographien/ Feinnadelpunktionen/ ERCPs“ im Datenblatt (Excel-Vorlage)	
2.1.13.n - MA	Spezialsprechstunde Proktologie - Mind. 1 x pro Woche - Wartezeiten Spezialsprechstunde: < 2 Wochen Wartezeit auf einen Sprechstundentermin, < 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde Ausbreitungsdiagnostik Innerhalb 1 Woche sind folgende Untersuchungen obligat zu gewährleisten: - Proktoskopie - Endosonographie anorektal Sofern erforderlich (ebenfalls innerhalb 1 Woche) - CT/MRT; PET-CT (fakultativ) - Gyn. Untersuchung Analkarzinom-Diagnostik Der Zugang zu folgenden Verfahren ist sicherzustellen: - Rektale Endosonographie - Starre Rektoskopie - Proktoskopie Identifikation und Vorgehen bei Risikogruppen: Risikopersonen sind im Rahmen der Aufnahmeanamnese zu identifizieren, zu dokumentieren und ggf. einem Screening zuzuführen. Risikogruppen sind insbesondere HIV-positive Pat. und Frauen mit HPV-bedingten genitalen Dysplasien	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1.a - DZ	Qualifikation koloskopierender Diagnostiker - Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder - Facharzt für Innere Medizin oder	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für Allgemeinchirurgie oder - Chirurgen und Internisten mit der Fachkunde Koloskopie (Bestandsschutz) oder Koloskopieermächtigung der zuständigen KV	
2.2.1.b - DZ	Mindestens 2 Fachärzte (im niedergelassenen Bereich 1 Facharzt mit entsprechender Vertretungsregelung) - Fachärzte sind namentlich zu benennen Erfahrung Untersucher: - Koloskopien: 200 Pat. jährlich - Polypektomien (nur-Schlinge)[*]: 25 Pat. jährlich * anerkannt werden: Schlingenpolypektomien, Mukosektomien, Submukosadissektionen, Laserresektionen und endoskopische Vollwandexzisionen Namentliche Nennung in Tabelle „Untersucher Darm“ im Datenblatt (Excel-Vorlage)	
2.2.1.c - DZ	Zulassung neuer Untersucher In den letzten 3 Jahren mind. 200 Koloskopien und 50 Polypektomien (nur-Schlinge)[*]. * anerkannt werden: Schlingenpolypektomien, Mukosektomien, Submukosadissektionen, Laserresektionen und endoskopische Vollwandexzisionen	
2.2.1.d - DZ	Jede Koloskopie und Polypektomie ist von einem Untersucher durchzuführen bzw. zu beaufsichtigen, der oben genannte Qualifikation und Erfahrung nachweist.	
2.2.1.e - DZ	Assistenz Anerkennung als Assistenz möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Untersuchern).	
2.2.2 - DZ	Durchführung Koloskopie - Unterzeichnete Aufklärung - Pat.monitoring - Pulsoxymetrie - Dokumentation anhand Überwachungsbogen nach erfolgter Untersuchung mit Sedierung - Fotodokumentation - Vollständigkeit der Untersuchung (Ileozökalklappe, Coecalpol, terminales Ileum) - Polypenabtragungsstellen (vorher – nachher) - Nachsorgeempfehlung - Zeitpunkt Kontrollkoloskopie	
2.2.3 - DZ	Komplikationen - Hinweis auf mögliche Komplikationen nach erfolgter Koloskopie (Infomaterial) - Erfassung / Auswertung Komplikationsraten	
2.2.4 - DZ	Anforderungen Koloskopie vollständige Koloskopie mit Biopsie bei jeder suspekten Stelle einschließlich einer rektalen	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Untersuchung • Abgleich mit Befundergebnis des Einweisers	
2.2.5 - DZ	Ambulante Polypenabtragung • Möglichkeiten der Blutstillung • Komplikationserfassung • Regelung der Übergabe bei in der Praxis nicht abtragbaren Polypen an die stationären Bereiche des Darmkrebszentrums. ○ Benennung Ansprechpartner ○ Definition Informationsweitergabe	
2.2.6 - DZ	Pathologiebefund bei Adenom • Unterscheidung niedriggradiger vs. hochgradiger intraepithelialer Neoplasie • Angabe zur Vollständigkeit der Abtragung Pathologiebefund bei Karzinom im Adenom • Ausmaß der Tiefeninfiltration (sm-/pT-Kategorie) • Histologischer Differenzierungsgrad (Grading) • Vorhandensein oder Fehlen von Lymphgefäßinvasion (L-Klassifikation) • Beurteilung der Resektionsränder (R-Klassifikation) • Low-risk/High-risk Einteilung	
2.2.7 - DZ	Vorstellung in der Tumorkonferenz Jedes Karzinom im Adenom muss in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.	
2.2.8 - DZ	Befundmitteilung Polypektomie Persönliches Gespräch/Aufklärung bei malignem Befund (nicht telefonisch) durch koloskopierende Einrichtung bzw. Hausarzt.	
2.2.9 - DZ	Infrastruktur/Arbeitsumgebung • Notfallausrüstung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. • Geräteaufbereitung/-rückverfolgung Einhaltung der RKI Empfehlung zur Aufbereitung von flexiblen Endoskopen (u.a. rückverfolgbare Chargendokumentation der Aufbereitung)	
2.2.11.a - ML	Anforderung KM-Ultraschall Anforderung Durchführung: • FA für Innere Medizin und Gastroenterologie • FA für Radiologie Anforderung KM-Ultraschallgeräte: • Geräteklasse DEGUM Stufe II (www.degum.de/fileadmin/dokumente/service/geraeteliste/geraeteliste_legende)	
2.2.11.b - ML	Die Diagnosesicherung/intrahepatische Ausbreitungsdiagnostik des HCC erfolgt mittels 3-phasig kontrastverstärkten Schnittbildverfahren: • KM-CT oder • KM-MRT (vorzugsweise; ggf. über Kooperation)	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.11.c - ML	Intrahepatische Ausbreitungsdiagnostik Befundbericht mit Angabe zu Ausmaß u. Gefäßeinbruch: - Anzahl der HCC-suspekten Herde (Beschreibung von bis zu 5 Herden) - Ausmaß der Einzelherde in mm - Gefäßeinbruch (Makroinvasion) Diagnostik biliäre Karzinome - KM-MRT/MRCP (vor biliärer Drainage) - KM-CT - Endoskopischer Ultraschall - ERCP Diagnosesicherung biliäre Karzinome Obligate histologische oder ggf. zytologische Diagnosesicherung vor oder im Rahmen einer nicht-operativen Tumorthherapie	
2.2.11.d - ML	Ausbreitungsdiagnostik Durchführung mittels KM-CT	
2.2.11.e - MS	Primärdiagnostik - Ösophagogastrroduodenoskopie: mittels hochauflösender Video-Endoskopie inkl. HDTV-Auflösung, Chromoendoskopie, virtuelle Chromoendoskopie) mit - Biopsien aus allen suspekten Läsionen - Bei V.a. Barrett-Schleimhaut: 4-Q-PE's	
2.2.11.f - MA	Qualifikation Proktoskopie und Endosonographie anorektal - Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie oder - Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder - Facharzt für Dermatologie, jeweils mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology Anforderung prätherapeutische Befunddokumentation: Es soll der Tumor eingegrenzt werden in Hinblick auf die Lage (angegeben in Steinschnittlage (SSL)), den maximalen Durchmesser, die Ausdehnung perianal und intraanal (in cm und Lagebeziehung zur L. anocutanea und L. dentata), die Beweglichkeit und im Hinblick auf eine Infiltration anderer Organe, insbesondere des Sphinkterapparats und bei Frauen der Vagina.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
------	---------------	----------------------------

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1 - VZ	Fachärzte • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
3.2 - VZ	RTAs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte RTAs-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.	
3.3 - VZ	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: • konventionelles Röntgen • Spiral-CT • MRT (Feldstärke mind. 1,5 Tesla) (Analkarzinom: Multiparametrische MRT, anguliert auf Analkanal)	
3.4 - VZ	Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOP's) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1 x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
3.5 - VZ	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.6 - VZ	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.	
3.7.1 - MP, MM, MS	Erreichbarkeit/Bereitschaft Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie während der Arbeitszeit, 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten ggf. über Kooperation (einschließlich Wochenenden und Feiertage)	
3.8.1 - ML	Interventionelle Radiologie Fachärzte Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR-Stufe 2-Zertifikates	
3.8.2 - ML	Die Interventionelle Radiologie muss an dem Standort des Zentrums vorhanden und 24h/7d erreichbar sein.	
3.8.3 - ML	Folgende Verfahren müssen mit Prozessbeschreibungen unter Nennung der Verantwortlichen vorgehalten werden: - TACE/TAE** - Perkutane Ablationen* Expertise Interventionalist:	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- mind. 10 Interventionen bei Malignomen pro Jahr*/** Zulassung neuer Interventionalist: - TACE/TAE: mind. 60 viszeral- vaskuläre Interventionen in den letzten 3 Jahren bei Malignomen** - Perkutane Ablationen: mind. 20 perkutane Leber-Ablationen in den letzten 3 Jahren* *OPS: 5-501.93/.a3 bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7) **TACE/TAE bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7)	
3.8.4 - ML	Perkutane Ablation - FA für Innere Medizin und Gastroenterologie - FA für Radiologie Durchführung: - Prozessbeschreibung unter Nennung der Verantwortlichen ist nachzuweisen - Prätherapeutische Embolisation entsprechend Vorgaben d. S3-LL HCC - Postinterventionelle Verlaufskontrolle mittels KM-US, KM-CT o. KM-MRT obligat	
3.8.5 - ML	Transarterielle Chemoembolisation (TACE) - Prozessbeschreibung unter Nennung der Verantwortlichen ist nachzuweisen - Postinterventionelle Vorstellung in der Tumorkonferenz innerhalb von 4-12 Wo. nach Ende des Gesamtzyklus - Bewertung des Ansprechens mittels modifizierter RECIST- oder/ und EASL-Klassifikation	
3.9 - MS	Erreichbarkeit/Bereitschaft und Umgang mit Komplikationen - Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie mit Nachweis mind. des DeGIR Stufe 1-Zertifikates während der Arbeitszeit, eine Vertretung mit gleicher Qualifikation ggf. in Kooperation muss gewährleistet sein 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten eines Facharztes für Radiologie (einschließlich Wochenenden und Feiertage) - Die Möglichkeit der CT-gesteuerten Drainage muss 24h/7d bestehen	

4. Nuklearmedizin (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4 - VZ	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	In diesem Erhebungsbogen ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1 - VZ	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. In diesem Erhebungsbogen ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1 - VZ	Stationäre Versorgung Bezeichnung der Stationen (bei mehreren Stationen ist Zentralisierung anzustreben)	
5.2.2.a - DZ	Kolorektale Resektion sollen eingebettet in ein multimodales perioperatives Managementkonzept (mPOM) stattfinden. Das perioperative Management ist unter Beachtung der S3-LL Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT) in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln, die u.a. umfasst: • Perioperative intravenöse Antibiotika-Prophylaxe • Präoperative Darmvorbereitung • Drainagemanagement • Intraoperative Perfusionskontrolle der Anastomose • Management von nasogastralen und transurethralen Blasenkathetern • Schmerztherapie • Frühmobilisation	
5.2.2.b - VZ	Postoperative Versorgung Die Versorgung in folgenden Bereichen ist in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln: • Intensivmedizinische Versorgung (inkl. z.B. Beatmung, Tracheotomie etc.) • Physiotherapie • Postoperative Schmerztherapie • Ernährungsaufbau	
5.2.2.c - DZ	Entlassung (bei Stomatherapie) • Bereits vor dem Ersteingriff sollen die Pat. über das Postresektionssyndrom (LARS) aufgeklärt werden. • Es sollte eine ambulante Vorstellung nach	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Stomarückverlegung angeboten werden, in der u.a. der LARS-Score erhoben wird. Aufklärung über Verhalten bei High-output-Syndrom	
5.2.3 - VZ	OP-Kapazität Es muss mindestens 1 OP-Saal regelmäßig für Operationen zur Verfügung stehen.	
5.2.4.a - DZ	Operative Expertise Darm 30 Operative Primärfälle Kolon 20 Operative Primärfälle Rektum Bei Unterschreitung der operativen Primärfälle Rektum können Pat., die im Datenblatt als „Watch and Wait“ geführt werden, bei Überwachungs- und Wiederholaudits zu den operativen Primärfällen Rektum addiert werden. Hierbei müssen mindestens 17 operative Primärfälle mit Rektumkarzinom nachgewiesen werden. Primärfalldefinition siehe letzte Seite dieses Erhebungsbogens Datenblatt Darm (Excel-Vorlage)	
5.2.4.b - MP	Operative Expertise Pankreas - Mind. 20 Pankreasresektionen / Jahr - Mind. 12 operative Primärfälle Pankreaskarzinome / Jahr Definitionen - Primärfälle - gezählt werden Adenokarzinome, neuroendokrine Ca's; <u>nicht</u> gezählt werden IPMN's (intraduktal papillär muzinöse Neoplasien); vollständige Definition siehe EB 1.2.0 - operative Primärfälle - Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525* = Adeno-Ca, Neuroendokrines Ca, KEIN IPMN - Pankreasresektionen - benigne + maligne ICD's, auch IPMN's; relevant ist nur OP-Art (=Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie; OPS: 5-524*, 5-525*) Datenblatt Pankreas (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4.c - MM	Operative Expertise Magen Mind. ≥ 20 operative Resektionen Magen /AEG (Abd. Gastrektomien, subtotale Magenresektionen u./o. transhiatale /abdominothorakale erweiterte Gastrektomien bei Pat. mit Magen-Ca oder AEG) unabhängig vom Primärfallstatus	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Definition operative Resektion Magen/AEG: ICD-10 C16.0¹, 16.1-16.9, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438* Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, dann können auch Resektionen bei ICD-10 C15.2 und 15.5 und 16.0² gezählt werden (siehe auch Kapitel 1.2.0). ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist. ² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt. Datenblatt Magen (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4.d - ML	Operative Expertise Leber 40 chirurgisch operative Interventionen bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (Resektionen/Transplantationen)/Zentrum/Jahr - Definition Resektion/Transplantation: 5-502*, 5-504* - Bei diesen 40 Operationen können bis zu 15 atypische Leberresektionen (OPS 5-501.0*; 5-501.2*) angerechnet werden. Datenblatt Leber (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4.e - MS	Operative Expertise Ösophagus - Mind. 20 komplexe Operationen am Ösophagus/Jahr (nicht auf C15/C16.0² beschränkt, inkl. benignen Diagnosen) - Definition komplexe Operationen: OPS: 5-423*, 5-424*, 5-425*, 5-426*, 5-438.0 u. 1 u. x ² Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ I/ Siewert Typ II) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt. Datenblatt Speiseröhre (Excel-Vorlage)	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4.f - MA	Operative Expertise Analkarzinom Definition operative Resektion: OPS 5-485* oder 5-49***, jeweils in Kombination mit ICD C21.1 oder C44.50 Angabe Datenblatt Analkarzinom (= Excel-Vorlage)	
5.2.5.a - VZ	Operateure Basisqualifikation Operateure Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO oder Facharzt für Allgemeinviszeralchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Surgical Oncology (ACO). Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.	
5.2.5.b - DZ	oder Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology	
5.2.5.c - MP, ML	oder Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Hepato-Pancreatico-Biliary Surgery (HPB)	
5.2.5.d - MA	Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology	
5.2.5.e - VZ	Alle Pat. des Zentrums müssen von einem dieser Operateure direkt oder unter dessen Aufsicht (Zweitoperator) operiert werden.	
5.2.5.f - VZ	Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren). Ausnahme für Senior-Darmoperateur: Operationen als Zweitoperator (zum Zwecke der Ausbildung oder Assistenz eines benannten Darmoperators) können angerechnet werden.	
5.2.5.g - DZ	Darmoperateure mind. 2 Darmoperateure sind namentlich zu benennen Expertise pro Darmoperateur (Primärfälle) 15 Kolonkarzinome pro Jahr 10 Rektumkarzinome pro Jahr Zulassung neuer Darm-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 Rektum- und mind. 30 Kolonkarzinome als	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Erstoperateur (Nachweis anhand OP-Berichte). Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure“ im Datenblatt Darm (Excel-Vorlage)	
5.2.5.h - DZ	Senior-Darmoperateur (optional/alternativ) - max. 1 Senior-Darmoperateur pro Zentrum (nicht Standort) - Qualifikationsbewertung ist bei OnkoZert zu beantragen - Benennung erfolgt in Eigenverantwortung des Zentrums (Voraussetzung positive Qualifikationsbewertung OnkoZert) - jährliche Rotation möglich	
5.2.5.i - DZ	Expertise Senior-Darmoperateur (Primärfälle) - bei Ernennung 45 Kolon- und 30 Rektumkarzinome in den letzten 5 Jahren - bei Verlängerung Gültigkeit Qualifikationsurkunde 5 Jahre; Anforderung Verlängerung 45 Kolon- und 30 Rektumkarzinome in den letzten 5 Jahren	
5.2.5.j - MP	Pankreas-Operateur - Mind. 2 Pankreas-Operateure sind namentlich zu benennen (Pankreas-Operateur kann auch Darm-, Speiseröhren-, Magen-, Leber-, Analkarzinom-Operateur sein) Expertise pro Pankreas-Operateur 10 Pankreasresektionen pro Jahr Zulassung neuer Pankreas-Operateur - In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 Pankreasresektionen als Erstoperateur Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure“ im Datenblatt Pankreas (Excel-Vorlage)	
5.2.5.k - MM	Magen-Operateur - Mind. 2 Magen-Operateure sind namentlich zu benennen (Magen-Operateur kann auch Darm-, Pankreas-, Speiseröhren-, Leber-, Analkarzinom-Operateur sein) Expertise pro Magen-Operateur ≥ 10 operative Resektionen bei Magenkarzinom/AEG pro Jahr Zulassung neuer Magen-Operateur - In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 15 Magenkarzinom-Op's als Erstoperateur Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure“ im Datenblatt Magen (Excel-Vorlage)	
5.2.5.l - ML	Leber-Operateur Mind. 2 Leber-Operateure sind namentlich zu benennen (Leberoperateur kann auch Darm-, Pankreas-, Magen-, Speiseröhren-,	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Analkarzinom-Operateur sein) Expertise pro Leber-Operateur - mind. 12 komplexe Interventionen (OPS Codes 5-504 bzw. 5-502* bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (ICD-10 C22.0, C22.1, C23, C78.7)) pro Jahr Zulassung neuer Leber-Operateur - In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 chirurgische Leberinterventionen als Erstoperateur (nicht ausschließlich HCC): typ. Leberresektionen (5-502*), Lebertransplantation (5-504*) Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure“ im Datenblatt Leber (Excel-Vorlage)	
5.2.5.m - MS	Ösophagus-Operateur - Mind. 2 Ösophagus-Operateure sind namentlich zu benennen (Ösophagusoperateur kann auch Darm-, Pankreas-, Magen-, Leber-, Analkarzinom-Operateur sein) - Expertise pro Ösophagus-Operateur: ≥ 10 komplexe Operationen am Ösophagus/Jahr (OPS: 5-423*, 5-424*, 5-425*, 5-426*, 5-438.0 u. 1 u. x) - Zulassung neuer Operateur: In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 15 komplexe Operationen am Ösophagus als Erstoperateur Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure“ im Datenblatt Speiseröhre (Excel-Vorlage)	
5.2.5.n - MA	Analkarzinom-Operateur Mind. 2 Analkarzinom-Operateure sind namentlich zu benennen (Analkarzinom-Operateur kann auch Darm-, Pankreas-, Magen-, Leber-, Speiseröhre-Operateur sein) Namentliche Nennung in Tabelle „Operateure“ im Datenblatt Analkarzinom (Excel-Vorlage)	
5.2.6 - VZ	Notfallversorgung - Notfallversorgung (z.B. Darmverschluss, Blutung) ist über eine Verfahrensbeschreibung zu regeln - Einsatzplanung von qualifiziertem Personal (Dienstplan/Rufdienst)	
5.2.7.a - DZ	Lymphknoten Chirurgisch entfernte Lymphknoten Es ist onkologisch korrekt zu operieren (u.a. mind. 12 LK). Sofern hiervon abgewichen wird, ist dies mit dem Pathologen zu besprechen.	
5.2.7.b - MP	Lymphknoten Es ist onkologisch korrekt zu operieren (u.a. mind. 12 regionäre LK). Sofern hiervon abgewichen wird, ist dies mit dem Pathologen zu	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	besprechen.	
5.2.7.c - MM	Lymphknoten - Es ist onkologisch korrekt zu operieren (u.a. mind. 16 regionäre LK). Sofern hiervon abgewichen wird, ist dies mit dem Pathologen zu besprechen. - D2-Lymphadenektomie: ≥ 25 LK	
5.2.7.d - MS	Lymphknoten Zweifeld-Lymphadenektomie: ≥ 20 LK bei Pat. ohne neoadj. Therapie	
5.2.8 - VZ	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.	
5.2.9 - VZ	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 von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen / Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
5.2.10 - VZ	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	
5.2.11.a - MM, MS	Die Endoskopische Resektion (endoskopische Submukosadisektion (ESD)/ endoskopische Mukosaresektion (EMR)/ Vollwandexzision) - soll fakultativ bei Magen-Ca T1a, N0, M0 im Sinne einer en-bloc-Resektion angeboten werden. - soll bei HGIEN o. mukosalem Karzinom (L0, V0, G1/2, ohne Ulzerationen) im <u>Barrett-Ösophagus</u> als endoskopisch komplette Resektion erfolgen - sollte bei HGIEN o. mukosalem Karzinom (L0, V0, keine Ulzerationen, G1/2, sm1/m2) im <u>Plattenepithel</u> als endoskopische en-bloc-Resektion erfolgen Für das Ösophagus-Modul ist die Möglichkeit der endoskopischen Therapie obligat vorzuhalten, für das Magen-Modul fakultativ. Die Anforderung	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	muss von den benannten Endoskopikern (oder unter deren Aufsicht) des Hauptkooperationspartners erbracht werden. Der Hauptkooperationspartner muss Teil der Zentrumsleitung sein. Für die Durchführung gilt: Facharzt für - Innere Medizin und Gastroenterologie - Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010) bez. FA für Visceralchirurgie nach älterer MWBO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie nach MWbO 2010 oder später.	
5.2.11.b - MM, MS	Expertise pro Endoskopiker: - Endoskopische En-bloc-Resektionen Magen bzw. Endoskopische Resektion Ösophagus $\geq$ 30 Resektionen kumulativ gesamt und 3 endoskopische En-bloc-Resektionen bzw. endoskopische Resektionen an Ösophagus/Magen/Jahr (Nachweis anhand OP-/Endoskopie-Berichte, als Erstoperateur o. Assistenz als Ausbilder; keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren/Endoskopikern) - Stationäre Nachüberwachung nach endoskopischer en-bloc-Resektion - Nachsorge nach endoskopischer En-bloc-Resektion bei pT1a, N0, M0 entsprechend LL Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.11.c - MM, MS	Folgende Prozesse sind unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: - Durchführung Stenteinlage - Thermische Ablation (nicht Magen) - Anlage Ernährungsfistel - Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. - Geräteaufbereitung/-rückverfolgung Einhaltung der RKI Empfehlung zur Aufbereitung von flexiblen Endoskopen (u.a. rückverfolgbare Chargendokumentation der Aufbereitung) - Erreichbarkeit/Bereitschaft - Anwesenheit eines Endoskopikers während der Arbeitszeit, 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten ggf. über Kooperation (einschließlich Wochenenden und Feiertage) inkl. der Möglichkeit der Stenteinlage	
5.2.11.d - MS	Nachsorge nach endoskopischer Resektion bei HGIEN u. Frühkarzinom: Nach endoskopischer Therapie sollen regelmäßige Kontroll-Endoskopien (nach 3	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Monaten, dann für 2 Jahre halbjährlich und danach jährlich) erfolgen. Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1 - VZ	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. In diesem Erhebungsbogen ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1 - VZ	Ärztliche Qualifikation FA für Innere Medizin und Hämatologie u. Onkologie oder FA für Innere Medizin und Gastroenterologie oder FA für Strahlentherapie oder FA für Viszeralchirurgie/Allgemeinchirurgie mit der Zusatzbezeichnung "medikamentöse Tumorthherapie" Der Radioonkologe kann im Rahmen radiochemotherapeutischer Therapiekonzepte die Chemotherapie durchführen. Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse Tumorthherapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	
6.2.2 - VZ	Fachpflegeperson (ambulant/stationär) Voraussetzungen für die Fachpflegeperson, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: - mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie 50 Chemotherapieapplikationen/Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit erfolgen.) - Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Fachpflegepersonen) - Aktive Einbindung in die Umsetzung der	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen	
6.2.3 - VZ	Bereitschaft/Erreichbarkeit ärztliches Personal 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage - Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein	
6.2.4.a - VZ	Fallzahlen pro Behandlungseinheit - 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). Mind. 200 medikamentöse Tumorthérapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich oder Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.4.b - DZ	mind. 50 Pat. mit spezifischer Indikation (Kolon/Rektum)	
6.2.4.c - MP	mind. 20 Pat. mit spezifischer Indikation (Pankreas)	
6.2.4.d - MM	mind. 20 Pat. mit Indikation Magenkarzinom/AEG-Tumor	
6.2.4.e - MS	mind. 20 Pat. mit Indikation Ösophagus-Ca	
6.2.5 - VZ	Strukturangaben pro Behandlungseinheit - Anzahl Therapieplätze ambulant - Anzahl Therapieplätze stationär	
6.2.6 - VZ	Basisdiagnostik Labor Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor muss 24 h möglich sein. Sofern Labor nicht über 24 h besetzt, schriftliche Regelung/Vereinbarung für 24 h-Notfalllabor erforderlich.	
6.2.7 - VZ	Basisdiagnostik Bildgebung Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik. Sofern Bildgebung nicht über 24 h besetzt, schriftliche Regelung/Vereinbarung für 24 h-Notfalldiagnostik erforderlich.	
6.2.8 - VZ	a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien Die Erstellung / Änderung bestehender	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen. • Im speziellen bei hoch-emetogenen/ moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33 • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann soll die Expertise der Apotheker eingeholt werden. • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. b) Individueller Therapieplanäne • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. • Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. c) Freigabe/ Gabe der Therapie Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.9 - VZ	Zytostatikazubereitung • Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, GMP, GCP, Eudralex (Bd. 10)) in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden. • Die Rücksprache mit der Apotheke muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert wird, möglich sein. 24-Stunden Rufbereitschaft bei stationären Pat. erforderlich. • Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen.	
6.2.10 - VZ	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 beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren.	
6.2.11 - VZ	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.	
6.2.12 - VZ	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
6.2.13 - VZ	Fallbezogene Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard Pat.bezogen sind Pat.gespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen / Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
6.2.14 - VZ	Information Therapiedurchführung/-planung Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Pat. und / oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, ...), z.B. über Nachsorgepass. Erstellung Arztbrief Nach Abschluss der systemischen Therapie (letzte Applikation) erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.	
6.2.15 - VZ	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.	
6.2.16 - VZ	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.	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0 - VZ	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de.	

8. Pathologie

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

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1 - VZ	- Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen. Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 1, S. 47) unter Nennung aller Beteiligten zu beschreiben. - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Die Gruppe der Pat. mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). - Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur Erfassung von Symptomen und Belastungen (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin) durchzuführen (z.B. MIDOS o. IPOS). - Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. - Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	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 jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung rückverfolgbar sein.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.1.4 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität 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	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien • Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen • Unterstützung bei der Tumorkonferenz	
10.2.6 - VZ	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	Nutzung OncoBox • Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Darm: Nutzung OncoBox verbindlich • Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2 - VZ	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 - VZ	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 - VZ	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1 - VZ	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend) Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 - VZ	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3 - VZ	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4 - VZ	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0 - VZ	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 - VZ	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a - VZ	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 - VZ	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). Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom • Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	
10.7.2.c - VZ	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	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 - VZ	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 - VZ	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 schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich). Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2 - VZ	§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-	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.9.3.a - VZ	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata • $\geq 80\%$ - 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 - VZ	Follow-up Quote Lunge • Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: $\geq 80\%$ • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c - VZ	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d - VZ	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.onkozert.de abrufbar.

Zeitraum	<u>Allgemeine Hinweise für die Bearbeitung des Anhangs</u> • es sind die tatsächlichen Ist-Werte anzugeben (keine Schätzungen) • Daten haben sich grundsätzlich auf ein Kalenderjahr zu beziehen • Daten dürfen nicht älter als 1 Jahr sein (Daten aus 2008 sind für ein Audit in 2011 nicht akzeptabel) • sofern die „Soll-Vorgaben“ in einem Punkt nicht erfüllt werden, dann ist hierzu an der entsprechenden Stelle im Erhebungsbogen eine Erläuterung zu machen	<u>Definition Zeitraum-Erstzertifizierungen</u> • zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung müssen mind. die Daten für einen Zeitraum von 3 Monaten vorliegen (ideal ist ein ganzer Jahreszeitraum); bei den Angaben zu Primärfällen, Operationen pro Operateur und Erfahrung Untersucher sind die Daten immer für einen ganzen Jahreszeitraum erforderlich • sofern nicht ein komplettes Kalenderjahr abgebildet wird, darf der Zeitraum nicht mehr als 4 volle Monate zurückliegen (bezogen auf Zertifizierungstermin) • der gewählte Zeitraum muss aus ganzen Monaten bestehen (wenn möglich komplette Quartale wählen)
------------------------	--	--

Primärfalldefinition - Darm - Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1), die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten Gesamtprimärfälle für das Darmkrebszentrum sind die Summe der unten genannten Primärfallarten: • Maligne Diagnose (Adenokarzinom) muss vorliegen • Anforderungen Tumorkonferenz, Tumordokumentation und Nachsorge sind im vollem Umfang gültig Primärfallarten • nur endoskopisch • operativ • palliativ (nicht operativ) • Watch and Wait (nicht operativ kurativ, nicht endoskopisch)	Primärfalldefinition (nur endoskopisch) • Keine zusätzliche operative Tumorentfernung • Zählzeitpunkt endoskopische Abtragung Primärfalldefinition (operativ) • Maligne Erstdiagnose Rektum (bis 16cm ab Anokutanlinie)/ Kolon • Resezierende operative Versorgung (nur AP Anlage ist nicht ausreichend) • Transanale Vollwandexzision • Zählzeitpunkt = Datum operative Tumorentfernung Primärfalldefinition palliativ (nicht operativ) • Keine operative Tumorentfernung geplant • Zählzeitpunkt ist Datum Histologiebefund Primärfalldefinition Watch and Wait • Bei Watch and Wait-Pat. handelt es sich um neu diagnostizierte Rektumkarzinome, die nach radiotherapeutischer und/ oder chemotherapeutischer Vorbehandlung bei klinischer Vollremission zunächst nicht operativ therapiert werden. Wenn diese Pat. bei Tumor-Rekurrenz oder aus anderen Gründen sekundär operiert werden, zählen sie als operativer Primärfall. • Zählzeitpunkt ist Datum Histologiebefund	Als operativer Primärfall werden u.a. nicht anerkannt: • Analkarzinome • Palliative Bypass-OP • Hochgradige intraepitheliale Neoplasien • Palliative Stoma Anlage • Neo-adjuvanten Chemotherapie (operative Tumorentfernung steht noch aus) • Portanlagen (operative Tumorentfernung steht noch aus) • Rezidiv • Metastasenchirurgie
--	--	--