

Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs

Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren

Die Anforderungen dieses Erhebungsbogens stellen die Basis für Zertifizierungen von Onkologischen Zentren dar. Die Anforderungen an die Onkologischen Spitzenzentren im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ sind umfassend in den Antragsunterlagen der Deutschen Krebshilfe beschrieben. In dem vorliegenden Erhebungsbogen ist ein Teil der Gesamtanforderungen abgebildet.

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren

Inkraftsetzung durch Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Krebshilfe am 03.12.2019

Verbindlichkeit / Übergangsfristen

Die in der Sitzung Zertifizierungskommission am 29.10.2019 beschlossenen Änderungen können von den Onkologischen Zentren ab sofort angewendet werden.

Die vorgenommenen inhaltlichen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich grün markiert bzw. mit Kommentaren versehen.

Prolog

In dem vorliegenden Erhebungsbogen sind die Anforderungen an die klinische Versorgung in Onkologischen Zentren und Onkologischen Spitzenzentren zusammengefasst.

Damit wird ein wichtiges Ziel des Nationalen Krebsplans zur Umsetzung gebracht, das eine Betreuung der Patienten „unabhängig von der Versorgungsstruktur, also unabhängig davon, in welcher Einrichtung die Behandlung erfolgt, unter gleichen fachlichen Qualitätsanforderungen ermöglicht [...]“¹. Grundlage des Konzepts ist die nachfolgende Definition zertifizierter Zentren:

„Ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, multi- und interdisziplinären, transsektoralen und ggf. standortübergreifenden Einrichtungen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen), die, sofern fachlich geboten, möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden, bildet ein Zentrum. Zertifizierte Einrichtungen gliedern sich in drei Zertifizierungsstufen:

- Organkrebszentrum (C) ist ein auf ein Organ oder ein Fachgebiet spezialisiertes Zentrum.
- Onkologisches Zentrum (CC) erstreckt sich auf mehrere Organe oder Fachgebiete.
- Onkologisches Spitzenzentrum (CCC) ist ein „Onkologisches Zentrum mit Forschungsschwerpunkten.“²

Das beschriebene 3-Stufen-Modell der onkologischen Versorgungsstrukturen wird von der Deutschen Krebshilfe und der Deutsche Krebsgesellschaft innerhalb eines „Nationalen Zertifizierungsprogramms Krebs“ umgesetzt.

Der vorliegende, gemeinsame Erhebungsbogen ist ein Bestandteil in diesem Konzept.

Die Bearbeitung des Erhebungsbogens durch die Zentren und die Abläufe des Zertifizierungsverfahrens/ Förderprogramms werden wie bisher durchgeführt.

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

² http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_5-Nationaler_Krebsplan.pdf

Strukturanforderungen / Definitionen

Nachweisstufen Onkologisches Zentrum

Organkrebszentrum (Z)

= Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs, Gynäkologische Krebserkrankung, Hämatologische Neoplasien

Modul (M)

= Pankreas, Magen, HCC, Speiseröhre, Kopf-Hals, Neuroonkologie, Kinderonkologie, Sarkome, Niere, Harnblase

Schwerpunkt (S)

- I Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes; Dünndarm-Tumoren

- IV Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)

- V Lymphom, Leukämie, Hämatologische Neoplasien

- VI Niere, Harnblase, Hoden und Penis

Die in den Schwerpunkten I – VI aufgeführten Tumoren sollen Schritt für Schritt weiterentwickelt werden. Tumoren, die in der Liste der Schwerpunkte aufgeführt sind, können nicht als Transit (= „T“) in den Geltungsbereich der Onkologischen Zentren eingebracht werden, sondern ausschließlich als Schwerpunkt.

Übergangsfristen Schwerpunkt → Modul/ Zentrum

Magen und HCC

Ab dem Auditjahr 2018 können die Tumorentitäten Magen und HCC nur noch als Modul (Nachweisstufe „M“) oder Zentrum im Transit (Nachweisstufe „T“) abgebildet werden. Die Abbildung als Schwerpunkt (Nachweisstufe „S“) ist nicht mehr möglich. Hierbei gelten folgende Übergangsfristen.

Sofern die Fallzahlen für ein Transit-Zentrum ausreichen, können die Entitäten Magen und HCC als Transit-Zentrum geführt werden, unabhängig von der Anzahl der Transit-Zentren. Ab dem Auditjahr 2020 müssen dann die Transit-Zentren als Modul zertifiziert werden. Ist dies nicht möglich, können die Entitäten Magen und Leber nicht mehr für den Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums angerechnet werden (Nachweisstufe „V“).

Mit dem Auditjahr 2020 enden sämtliche Übergangsfristen für Magen und HCC.

Speiseröhre, Sarkome, Niere, Harnblase

Im Auditjahr 2019 können für die Entitäten Speiseröhre, Sarkome, Niere und Harnblase noch 3 Nachweisstufen gewählt werden (Modul, Transit, Schwerpunkt). Ab dem Auditjahr 2020 können dann für die Entitäten Speiseröhre und Sarkome nur noch die Nachweisstufen Modul und Transit zertifiziert werden. Für Niere und Harnblase ist dies ab dem Auditjahr 2021 der Fall.

Ist aufgrund der Fallzahlen eine Zertifizierung der Entitäten Speiseröhre, Sarkome, Niere und Harnblase als Transit-Zentrum nicht möglich, so muss die Entität im Zertrechner mit der Nachweisstufe „V“ (Versorgt, jedoch nicht im Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums) gekennzeichnet werden.

- Ab dem Auditjahr 2020 (Speiseröhre und Sarkome) bzw 2021 (Harnblase und Niere) ist dann bei einer Unterschreitung des „Geltungsbereiches (mind. 50%)“/ des „Geltungsbereiches im Versorgungsumfang (mind. 70%)“ eine Verlängerung des Zertifikates Onkologisches Zentrum nur um max. 2 Jahre möglich.
- Ab dem Auditjahr 2021 (Speiseröhre und Sarkome) bzw 2022 (Harnblase und Niere) ist bei einer Unterschreitung des „Geltungsbereiches (mind. 50%)“/ des „Geltungsbereiches im Versorgungsumfang (mind. 70%)“ eine Verlängerung des Zertifikates Onkologisches Zentrum um max. 1 Jahr möglich.

Mit dem Auditjahr 2022 enden sämtliche Übergangsfristen für Speiseröhre und Sarkome.

Mit dem Auditjahr 2023 enden sämtliche Übergangsfristen für Niere und Harnblase.

Hämatologische Neoplasien

In den Auditjahren 2020 und 2021 können für die Entität Hämatologische Neoplasien 3 Nachweisstufen gewählt werden (Zentrum, Transit, Schwerpunkt).

Mit dem Auditjahr 2022 können für die Entität Hämatologische Neoplasien nur noch die Nachweisstufen Zentrum und Transit zertifiziert werden, d.h. es enden sämtliche Übergangsfristen.

Strukturanforderungen / Definitionen

Transit (T)

Sofern ein Zentrum für eine Tumorentität die Primärfallanforderungen an ein Organkrebszentrum (Z) bzw. ein Modul (M) noch nicht erfüllt, besteht die Möglichkeit, dieses Organ transitorisch (Nachweisstufe „Transit“) im Rahmen des Onkologischen Zentrums zertifizieren zu lassen. Ziel dieser Nachweisstufe ist die Weiterentwicklung zu einem zertifizierten Organkrebszentrum (Z) bzw. Modul (M). Zur Erstzertifizierung des Onkologischen Zentrums dürfen max. 2 Entitäten die Nachweisstufe „T“ (Transit) führen, zur 1. Rezertifizierung (3 Jahre nach Erstzertifizierung) ist dies nur noch für 1 Entität zulässig. Ab der 2. Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums (6 Jahre nach Erstzertifizierung) darf keine Entität als Transit geführt werden.

Anlage Tumorentität

Für die Tumorentitäten, die als Schwerpunkt oder Transit in den Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums eingebracht werden sollen, müssen die Kliniken ihre fachlichen Behandlungskonzepte und Qualifikationen für die Diagnostik und Therapie der Erkrankung anhand der Vorlage „**Anlage Tumorentität**“ darlegen.

	Erstzertifizierung	Rezertifizierung (nach 3 Jahren)
Anzahl Organkrebszentren (Z) und/ oder Module (M)	2	3
Geltungsbereich gemäß Zertrechner	$\geq 50\%$	$\geq 50\%$
Geltungsbereich im Versorgungsumfang	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$
Anerkennung Nachweisstufe „T“	Max. 2 Organe pro Zentrum bis zur Rezertifizierung	Max. 1 Organ pro Zentrum für weitere 3 Jahre nach Rezertifizierung

Berechnungsformeln

Die Berechnung der nachfolgenden Strukturanforderungen erfolgt automatisch durch den „Zertrechner“.

$$\text{Geltungsbereich} = Z + M + S + T > 50\%$$

$$\text{Versorgungsumfang} = Z + M + S + T + V$$

$$\text{Geltungsbereich im Versorgungsumfang} = \frac{Z + M + S + T}{Z + M + S + T + V} > 70\%$$

Strukturanforderungen / Definitionen

Mehrstandortige Onkologische Zentren

Jeder Standort muss einen eigenen Zertrechner erstellen.

Bei einem mehrstandortigen Onkologischen Zentrum muss mind. 1 Standort alle Anforderungen an den Zertrechner erfüllen (Anzahl Zentren/ Module, Geltungsbereich mind. 50%, Verhältnis Geltungsbereich zu Versorgungsumfang mind. 70%).

Nebenstandort/e: An jedem Nebenstandort müssen mind. 2 Organkrebszentren/ Module mit unterschiedlichem Schwerpunkt zertifiziert sein. So sind z.B. Darm und Pankreas oder Brust und Gyn nicht ausreichend. Das Verhältnis Geltungsbereich zu Versorgungsumfang (mind. 70%) ist von jedem Standort eigenständig zu erfüllen. Ausnahmen bedürfen einer Sonderbewertung.

Bestandsschutz bis 31.12.2028 für bereits zertifizierte Strukturen.

Zertrechner Onkologisches Zentrum

Der „Zertrechner Onkologisches Zentrum“ ist offizieller Teil der Zertifizierungsanfrage sowie des Erhebungsbogens. In diesem Zertrechner wird der Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums verbunden mit den jeweiligen Nachweisstufen definiert. Das „Datenblatt Onkologisches Zentrum“, in dem der Zertrechner zu finden ist, ist unter www.onkozert.de verfügbar (Abschnitt „Onkologisches Zentrum“). Die nachfolgende Tabelle ist daher nicht zu bearbeiten!

	Tumorentitäten	Krebsneuerkrankungen ²⁾	Anteil in %	Nachweisstufe / Mindestprimärfälle / Mindestzentrumsfälle / Mindestpatientenfälle			
				Z	M	S	T
1	Darm	65.390	16,27%	50			25
2	Pankreas	14.960	3,72%		25		13
3.1	Magen	15.870	3,95%		30		15
3.2	HCC	8.020	2,00%		30		15
4	Speiseröhre	6.180	1,54%		20		10
5	Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S1) (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren)	3.300	0,82%			---	
6	Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)	5.870	1,46%			---	
7	Hämatologische Neoplasien (S5)	32.830	8,17%	75 ⁵⁾		---	38 ⁵⁾
8	Mamma	72.180	17,96%	100			50
9	Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren)	26.280	6,54%	50			25
10	Haut (Invasives malignes Melanom)	17.800	4,43%	40			20
11	Prostata	63.440	15,79%	100			50
12	Hoden, Penis (S6)	5.660	1,41%			---	
13	Niere (S6)	14.500	3,61%		35 ⁴⁾	---	18 ⁴⁾
14	Harnblase (S6)	15.970	3,97%		50	---	25
15	Sarkome (inkl. GIST)	6.430	1,60%		50 ⁴⁾		25 ⁴⁾
16	Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf)	17.130	4,26%		75		37
17	Neuroonkologische Tumoren	10.000	2,49%		100		50
	Gesamt	401.810	100%				
18	Lunge	49.530	12,33%	200			100
19	Kinderonkologie	2.170	0,54%		30 ⁴⁾		15 ⁴⁾
	Gesamt mit Lunge	453.510	112,87%				

²⁾ Modifizierte RKI-Liste 2008

³⁾ Momentan keine Mindestanforderungen an Primärfälle für Nachweisstufe "S" definiert.

⁴⁾ Zentrumsfälle

⁵⁾ Patientenfälle

Angaben zum Onkologischen Zentrum

Onkologisches Zentrum OZ am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

Leiter des Onkologischen Zentrums Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche

Zentrumskoordinator Frau Julia Stadler (seit 01.04.2019 in Elternzeit)
Stellvertretung: Frau Christiane Schramme

Klinikum Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

Anschrift Thiemstraße 111, 03048 Cottbus

QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung ja nein

Ein zertifiziertes QM-System ist im Rahmen der DKG-Zertifizierung nicht verbindlich gefordert, sollte jedoch vorhanden sein.

QM-Standard ISO 9001 KTQ
 Joint Commission proCum Cert

Zertifizierungsstelle QM WIESO CERT GmbH, Köln
4. Rezertifizierungsaudit erfolgte vom 21.04. – 27.04.2018, Zertifikat ist gültig bis 10.07.2021

Im Onkologischen Zentrum (OZ) integrierte Organkrebszentren / Module

Organkrebszentrum/ Modul	Leitung des Zentrums	Erstzertifizierung geplant	Zertifiziert seit
Viszeralonkologisches Zentrum mit	Herr Prof. Dr.med. Björn Brücher		12/2016
• Darmkrebszentrum	Herr CA PD Dr. med. habil. Helmut Ernst	---	03/2011
• Pankreaskrebszentrum	Herr CA PD Dr. med. habil. Rainer Kube	---	06/2014
Prostatakrebszentrum	Herr CA Dr. med. Bernd Hoschke		3/2011
Kopf-Hals-Tumorzentrum	Herr CA PD Dr. med. Michael Herzog	---	12/2015
Gynäkologisches Krebszentrum	Herr CA Dr. med. Jörg Schreier	---	12/2015
Brustkrebszentrum	Frau Dr. med. Nikola Bangemann	---	11/2018

Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums sind bei OnkoZert in einem so genannten Stammbblatt registriert. Diese Registrierung ist Voraussetzung, um Teil des Onkologischen Zentrums zu sein. Das Stammbblatt kann bei OnkoZert angefragt werden.

Erstellung /Aktualisierung

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

Die Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr

2019

Erstellung-/ Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

1.11.2020

Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeine Angaben zum Onkologischen 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 Patientenbeteiligung
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

- 2 Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik

- 3 Radiologie

- 4 Nuklearmedizin

- 5 Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie

- 6 Medikamentöse/ Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Medizinische Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

- 7 Radioonkologie

- 8 Pathologie

- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
 - 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung
 - 9.2 Stationäres Hospiz
 - 9.3 Palliativstation

- 10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität

- A Entwicklung/ Vernetzung der onkologischen Versorgung
- B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

- Anlage:
 1. Liste der Leitlinien
 2. Studienorganigramm/Studienliste
 3. Matrix Tumordokumentation
 4. Verteiler / Beteiligte Fachgesellschaften

Zentrumsmatrix

Organkrebszentren / Organgruppen

	Darm	Pankreas	Magen	HCC	Speiseröhre	Sonst. Gastrointestinale Tumoren	Endokrine Malignome	Hämatologische Neoplasien	Mamma	Gyn. Tumoren	Haut	Prostata	Hoden, Penis	Niere	Harnblase	Sarkome	Kopf-Hals-Tumoren	Neuroonkolog. Tumoren	Lunge	Kinderonkologie
Nachweisstufe	Z	M	V	V	V	S	V	Z	Z	Z	V	Z	S	S	S	V	M	V	V	V
QM-System	K T Q	K T Q				K T Q		K T Q	K T Q	K T Q		K T Q	K T Q	K T Q	K T Q		K T Q			
1.1 Struktur des Netzwerks																				
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit																				
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	1	1				1		5	2	2		3	3	3	3		4			
1.4 Psychoonkologie																				
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation																				
1.6 Patientenbeteiligung																				
1.7 Studienmanagement																				
1.8 Pflege																				
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche																				
2 Organspezifische Diagnostik/ Therapie	1	1				1		5	2	2		3	3	3	3		4			
3 Radiologie																				
4 Nuklearmedizin																				
5 Operative Onkologie	1	1				1		1	2	2		3	3	3	3		4			
6 Medikamentöse Onkologie	5	5				5		5	5,6	5,6		5	5	5	5		5			
7 Radioonkologie																				
8 Pathologie																				
9 Palliativversorgung / Hospizarbeit																				
10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität																				

- 1 = Chirurgische Klinik / IV. Med. Klinik
- 2 = Klinik f. Frauenheilkunde
- 3 = Klinik f. Urologie
- 4 = Klinik für HNO, Klinik f. MKG
- 5 = 2. Medizinische Klinik
- 6 = MVZ Gyn

Zentral	„Zentral“ im Onkologischen Zentrum geregelt Gemeinsame Organisation für verschiedene Organe und koordinierende Fachbereiche
Fachbereichs-bezogen	Wird von 1 koordinierenden Fachbereich für mehrere Organe geregelt
Organspezifisch	Wird „eigenständig“ von einem Bereich des Onkologischen Zentrums gelöst; „dezentraler Ansatz“
	Versorgungsbereich ist für entsprechendes Organ nicht relevant bzw. Versorgung findet bezogen auf ein Organ nicht statt

Nachweisstufe	
Z	Organkrebszentrum
M	Module
S	Schwerpunkte
T	Transfer-/Transitzentren
V	Aktive Versorgung, jedoch in Geltungsbereich Zertifizierung nicht betrachtet
n	Keine Versorgung dieses Organs im Sinne des Zentrumsgedankens

Zentrumsmatrix

Zentrale Zuständigkeiten

Anforderungen	Einheit (Praxis, Abteilung, Fachbereich)	Anschrift	Hauptansprechpartner	Tel.	E-Mail
1 Allgemeine Angaben zum OZ	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche	+49 (355) 462610	K.Gutsche@ctk.de
1.1 Struktur des Netzwerks	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche	+49 (355) 462610	K.Gutsche@ctk.de
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche	+49 (355) 462610	K.Gutsche@ctk.de
1.3 Kooperation Einweiser /Nachsorge					
Chirurgische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Rainer Kube	+49 (355) 462327	chirurgie@ctk.de
IV. Medizinische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Helmut Ernst	+49 (355) 462732	4.med.klinik@ctk.de
Frauenklinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Jörg Schreier	+49 (355) 462234	frauenklinik@ctk.de
Urologische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Bernd Hoschke	+49 (355) 462106	urologie@ctk.de
Klinik für HNO	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. Michael Herzog	+49 (355) 462849	HNO@ctk.de
Klinik für MKG	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Carsten Ruttig	+49 (355) 463063	mkg@ctk.de
2. Medizinische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber	+49 (355) 462220	2.med.klinik@ctk.de
Hautklinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Prof. Dr. med. habil. Matthias Fischer	+49 (355) 462639	Hautklinik@ctk.de
1.4 Psychoonkologie	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau CÄ Dr. med. Cordula Sikorski	+49 (355) 462811	psychiatrie@ctk.de
1.5 Sozialarbeit u. Rehabilitation	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau Dipl. Sozialarbeiterin Anja Handreg	+49 (355) 462129	A.Handreg@ctk.de
1.6 Patientenbeteiligung	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche	+49 (355) 462610	K.Gutsche@ctk.de
1.7 Studienmanagement					
Interdisziplinäre Studienzentrale	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau Dr. Ing. Madlen Löbel	+49 (355) 461416	M.Loebel@ctk.de
1.8 Pflege	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau Andrea Stewig-Nitschke	+49 (355) 462138	pflegedirektion@ctk.de
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke)	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau Dipl.-Pharm. Annegret Suschowk	+49 (355) 462545	A.Suschowk@ctk.de
2 Organspezifische Diagnostik					
Chirurgische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Rainer Kube	+49 (355) 462327	chirurgie@ctk.de
IV. Medizinische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Helmut Ernst	+49 (355) 462732	4.med.klinik@ctk.de
Frauenklinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Jörg Schreier	+49 (355) 462234	frauenklinik@ctk.de

Anforderungen	Einheit (Praxis, Abteilung, Fachbereich)	Anschrift	Hauptansprechpartner	Tel.	E-Mail
Urologische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Bernd Hoschke	+49 (355) 462106	urologie@ctk.de
Klinik für HNO	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. Michael Herzog	+49 (355) 462849	HNO@ctk.de
Klinik für MKG	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Carsten Ruttig	+49 (355) 463063	mkg@ctk.de
2. Medizinische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber	+49 (355) 462220	2.med.klinik@ctk.de
3 Radiologie	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Thomas Schulz	+49(355) 463208	T.Schulz@ctk.de
4 Nuklearmedizin	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Ullrich Grelke	+49 (355) 462660	Nuklearmedizin@ctk.de
5 Operative Onkologie					
Chirurgische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Rainer Kube	+49 (355) 462327	chirurgie@ctk.de
Frauenklinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Jörg Schreier	+49 (355) 462234	frauenklinik@ctk.de
Urologische Klinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Bernd Hoschke	+49 (355) 462106	urologie@ctk.de
Klinik für HNO	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. Michael Herzog	+49 (355) 462849	HNO@ctk.de
Klinik für MKG	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Carsten Ruttig	+49 (355) 463063	mkg@ctk.de
Hautklinik	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Prof. Dr. med. habil. Matthias Fischer	+49 (355) 462639	Hautklinik@ctk.de
6 Medikamentöse / Internistische Onkologie	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber	+49 (355) 462220	2.med.klinik@ctk.de
7 Radioonkologie	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Gunter Ziegenhardt	+49 (355) 462531	G.Ziegenhardt@ctk.de
8 Pathologie	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA Dr. med. Muin Sami Ahmad Tuffaha	+49 (355) 462252	M.Tuffaha@ctk.de
9 Palliativversorgung / Hospiz	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Herr CA PD Dr. med. habil. Jens Soukup	+49 (355) 462420	Anaesthesie@ctk.de
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche	+49 (355) 462610	K.Gutsche@ctk.de

1. Allgemeine Angaben zum Onkologischen Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.1.1	<p>Zentrumsmatrix In der Zentrumsmatrix sind die Zuständigkeiten für die Hauptanforderungen festzulegen.</p> <p>„Zentrale“ Zuständigkeit Dies bedeutet, dass bestimmte Leistungen/ Anforderungen des Organkrebszentrums oder der Fachabteilung zentral erbracht werden.</p> <p>„Dezentrale“ Zuständigkeit Unabhängig von zentralen Lösungen werden bestimmte Anforderungen eigenständig gelöst und erbracht.</p> <p>Mischformen „zentral“ und „dezentral“ möglich.</p>		
1.1.2	<p>Lenkungsgremium/ Leiter OZ Es ist ein Lenkungsgremium einzurichten, in dem die zentralen Zuständigkeiten organisiert und gesteuert werden.</p>	<p>Wir haben an unserem Zentrum ein Lenkungsgremium eingerichtet, in dem folgende Funktionen abgebildet wurden:</p> <p>Leiter des OZ: Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche Stellvertretende Leiter: Herr CA Dr. med. Gunter Ziegenhardt Herr CA PD Dr. med. Rainer Kube Herr CA Dr. med. Bernd Hoschke</p> <p>Koordinator OZ (Elternzeit seit 04/2019 bis 09/2020) Stellvertretende Koordinatorin OZ</p> <p>Koordinator QM zentral</p> <p>Außerdem gehören dem Lenkungsgremium an:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertreter der Krankenhausleitung • Leiter und Koordinator der Organzentren, Module und Schwerpunkte sowie der Organe im Transitstatus • Vertreter Radioonkologie • Vertreter Radiologie • Vertreter Pathologie • Vertreter der Pflegedirektion <p>Das Lenkungsgremium wird durch einen Beirat unterstützt. Dem Beirat gehören an:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertreter des Sozialdienstes • Vertreter Psychoonkologie • Vertreter der Apotheke • Vertreter Palliativmedizin/Schmerztherapie • Vertreter Laboratoriumsmedizin • Vertreter MID • Referent für Öffentlichkeitsarbeit • Vertreter der Abteilung Finanzen und Rechnungswesen sowie Controlling • Vertreter ambulanter Kooperationspartner <p>Dieses Lenkungsgremium kann anlassbezogen erweitert werden.</p> <p>Die Aufgaben und Arbeitsweise des Lenkungsgremiums unseres Zentrums sind in der Geschäftsordnung</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>geregelt. Die nebenstehenden Anforderungen sind dort alle enthalten.</p> <p>Gründungsvertrag Des Weiteren wurde ein Gründungsvertrag erstellt und von allen Kooperationspartnern (inkl. aller weiteren Partner und supportiven Partner) im Rahmen der Gründungsversammlung – am 15.10.2015 – unterzeichnet.</p> <p>Geschäftsordnung Die Geschäftsordnung und der Gründungsvertrag sind beim Koordinator des OZ und beim Ärztlichen Direktor archiviert.</p> <p>Lenkungsgremium Das Lenkungsgremium trifft sich aktuell alle 2 Monate. Die Frequenz der Treffen wird ein viertel Jahr vor dem internen und externen Audit auf monatlich gesteigert.</p> <p>Die Treffen des Lenkungsgremiums finden an den im Jahresplan des OZ aufgeführten Terminen jeweils von 15:30-17:00 Uhr statt. Der Ort des Treffens wird in der Einladung zum Lenkungsgremium, die 1 Woche vor dem Termin per Mail versandt wird, bekannt gegeben.</p> <p>Protokolle werden von dem Koordinator des OZ mittels eines fortlaufenden Protokolls dokumentiert. Die Protokolle werden spätestens 1 Woche nach stattgefundenen Lenkungsgremiumssitzung per Mail an die Vertreter und themenspezifisch an den Beirat versandt.</p> <p>Die Protokolle sind beim Koordinator des OZ im Ordner hinterlegt.</p>	
	<p>In dem Lenkungsgremium sind ein Leiter und ein Stellvertreter für das Zentrum zu benennen. Der Leiter des OZ und sein Stellvertreter sollen eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore einschließlich der Palliativmedizin besitzen.</p>	<p>Leiter des OZ: Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche</p> <p>In unserem Zentrum wurden aus Gründen der Arbeitsfähigkeit drei Stellvertreter benannt.</p> <p>Stellvertretende Leiter: - Herr CA Dr. med. Gunter Ziegenhardt (Leiter Radioonkologie & Strahlentherapie) - Herr CA PD Dr. med. habil. Rainer Kube (Leiter der Chirurgischen Klinik) - Herr CA Dr. med. Bernd Hoshcke (Leiter der Urologischen Klinik)</p> <p>Frau OÄ Dr. med. Gutsche besitzt die Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“.</p>	
	<p>Die Arbeitsweise des Lenkungsgremiums wird in einer Geschäftsordnung definiert. Hierzu werden insbesondere folgende Aussagen gemacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl und Benennung der Mitglieder (Empfehlung: Leiter der Organkrebszentren/ Module sowie Vertreter weiterer sonstiger Fachbereiche • Arbeitsweise des Lenkungsgremiums (Entscheidungswege) 	<p>Für das Onkologische Zentrum wurde eine Geschäftsordnung erstellt, in der die nebenstehenden Themen geregelt sind bzw. Verweise auf bereits bestehende andere Regelungen integriert sind.</p> <p>Die Geschäftsordnung ist beim Koordinator des OZ archiviert.</p> <p>Im Lenkungsgremium werden zukünftige Aktionen und erforderliche Maßnahmen besprochen. Diese werden</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Definition Zielsetzung, Ausrichtung und Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums; Erstellung und Verbreitung eines Leitbildes • Einbindung der Organkrebszentren • Benennung eines zentralen Zentrumskoordinators • Mitwirkung/ Aufgaben der zentralen QM-Abteilung • Öffentlichkeitsarbeit • Jahresreview • Zusammenarbeit mit externen/ überregionalen Stellen (Krebsregister, Stiftungen,) • Erstellung und Aktualisierung der Kooperationsvereinbarungen für die „zentralen Zuständigkeiten“ • Führung eines Aktionsplanes • Initiierung von Qualitätszirkel 	<p>einerseits in den Protokollen dokumentiert und durch die Koordinatorin des OZ fortlaufend im Jahresplan vermerkt.</p> <p>Die Ergebnisse aus Qualitätszirkeln fließen ein.</p>	
1.1.3	<p>Zentrumskoordinator – Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung Sitzung Lenkungsgremium • Koordination interne/ externe Audits • Überwachung der Fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung • Kommunikationsschnittstelle • Steuerung/ Überwachung der vom Lenkungsgremium eingeleiteten Aktionen 	<p>Die Aufgaben des Leiters und Koordinators des OZ sind in der Geschäftsordnung geregelt. Die nebenstehenden Anforderungen sind dort alle enthalten.</p> <p>Die Geschäftsordnung ist beim Koordinator des OZ archiviert.</p> <p>Aufgabendarstellung Leiter, Koordinator, QMB und Leitlinienverantwortliche</p> <p>Für alle Leiter und Fachbereichskoordinatoren der beteiligten Zentren/Module/Schwerpunkte sind die Aufgaben in separaten Anlagen zur Geschäftsordnung beschrieben.</p> <p>Alle Leiter, Koordinatoren, QMBs und Leitlinienverantwortlichen wurden schriftlich ernannt.</p> <p>Die unterschriebenen Ernennungen sind in den jeweiligen Fachbereichen verfügbar und als Kopie beim Koordinator OZ.</p>	
1.1.4	<p>Jahresreview</p> <p>In dem Jahresreview sind durch das Lenkungsgremium folgende Punkte zu betrachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zieldefinition/ -bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele • Einzelbewertung der zentralen Zuständigkeiten (in Verbindung mit Zielbetrachtung) • Betrachtung von Auditergebnissen (intern/ extern) • Das Jahresreview ist zu protokollieren (inkl. Aktualisierung des Aktionsplanes). 	<p>Wir haben im Rahmen unseres Qualitätsmanagementsystems die Routine einer jährlichen Managementbewertung (= Jahresreview) etabliert.</p> <p>Seit 2020 wurde eine Vorstellung aller Managementreviews der Zentren in der letzten Lenkungsgremiumsitzung vor dem externen Audit eingeführt, um mögliche Neuausrichtungen für das gesamte OZ festzulegen.</p> <p>Im jährlichen Report bewertet das Leitungsgremium die aktuelle Situation zu den jeweils geforderten und aus der Sicht des Gremiums sinnvollen Themen und formuliert auf dieser Basis Ziele für das kommende Jahr mit Benennung von Verantwortlichkeiten.</p> <p>Die Betrachtung von Auditergebnissen, die Bewertung der personellen Ressourcen, die Öffentlichkeitsarbeit,</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>unsere Kennzahlen, die Qualität unserer Tumordokumentation und eine ganze Reihe weiterer Punkte sind dort integriert.</p> <p>Die Jahresreviews des OZ und aller Organzentren sind in der aktuellen Version nach dem externen Audit im Intranet und beim Koordinator OZ verfügbar.</p>	
1.1.5	Der/ die Träger des Zentrums stellen ausreichende finanzielle Mittel/ Ressourcen zur Verfügung um die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zu erfüllen.	Es existiert seit Erstzertifizierung ein Finanzplan für das OZ, der jährlich durch die Leitung des OZ mit der Krankenhausleitung angepasst wird und die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen berücksichtigt.	
1.1.6	Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden externen Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen. Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägergesellschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.7 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	<p>Mit folgenden internen Hauptbehandlungspartnern wurden Kooperationsvereinbarungen geschlossen:</p> <p>Chirurgische Klinik</p> <p>Klinik f. Frauenheilkunde</p> <p>Klinik für Senologie und Medikamentöse Gynäkologiekologie</p> <p>Klinik f. Urologie</p> <p>Klinik für HNO</p> <p>Klinik f. MKG</p> <p>I. Medizinische Klinik (Kardiologie)</p> <p>II. Medizinische Klinik (Hämatologie/Onkologie)</p> <p>II. Medizinische Klinik (Nephrologie)</p> <p>III. Medizinische Klinik (Pulmologie)</p> <p>IV. Medizinische Klinik (Gastroenterologie)</p> <p>Hautklinik</p> <p>Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie</p> <p>Institut für Radiologie</p> <p>Klinik für Neurologie</p> <p>Nuklearmedizinische Klinik</p> <p>Institut für Pathologie</p> <p>Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</p> <p>Augenklinik</p> <p>Plastische Chirurgie</p> <p>MVZ Praxis für Radioonkologie und Strahlentherapie</p> <p>MVZ Praxis für Gynäkologie und Senologie</p> <p>MVZ Praxis für Zahnheilkunde</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>MVZ Diagnostisches Brustzentrum</p> <p>Apotheke</p> <p>Mit folgende externen Hauptbehandlungspartnern wurden Kooperationsvereinbarungen geschlossen:</p> <p>Praxis für Humangenetik</p> <p>Institut für Transfusionsmedizin (DRK)</p> <p>Universitätsklinikum Dresden (allogene Stammzelltransplantation) – Prof. Dr. Bornhäuser</p> <p>Mit folgenden internen supportiven Kooperationspartnern wurden Kooperationsvereinbarungen geschlossen:</p> <p>Klinik für Anästhesiologie, Intensivtherapie und Palliativmedizin</p> <p>Klinik für Neurochirurgie</p> <p>Psychoonkologie</p> <p>Sozialdienst</p> <p>Abteilung Physiotherapie und funktionelle Ergotherapie</p> <p>Logopädie</p> <p>Stomatherapie</p> <p>Ernährungsberatung</p> <p>Seelsorge</p> <p>Ambulante Krebsberatungsstelle am CTK</p> <p>Mit folgenden externen supportiven Kooperationspartnern wurden Kooperationsvereinbarungen geschlossen:</p> <p>Stadthospiz</p> <p>Hospiz Friedensberg Lauchhammer</p> <p>SAPV Team</p> <p>Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst der Malteser</p> <p>Ambulanter Hospizdienst Lauchhammer</p> <p>Schmerzmedizinisches Zentrum – Dr. Wolf</p> <p>Institut für Epithetik</p> <p>Phoniatische Praxis</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Selbsthilfegruppen/ Beratungsstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. • Bundesverband der Kehlkopfoperierten e. V. • ILCO Region Niederlausitz Gruppe Cottbus • Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V. • Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Senftenberg • Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Cottbus • Selbsthilfegruppe Multiples Myelom <p>Projekt „Wünschewagen“ (Kooperationsvertrag derzeit noch in Bearbeitung)</p> <p>Um die Situation der Kinder krebserkrankter Patienten besser begleiten und unterstützen zu können, ist seitens der Leitung des OZ besteht eine Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „Gesunde Kinder“. Zwischen den Leitungen des Netzwerkes und des OZ erfolgten dazu mehrere Gespräche, in deren Ergebnis bewusst von einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung abgesehen wurde, da die vorhandenen Ressourcen und Fachkompetenzen des Netzwerkes begrenzt sind. Wir vereinbarten deshalb Einzelfallentscheidungen, die den individuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen der betroffenen Familie am besten gerecht werden.</p> <p>Mit folgenden internen weiteren Kooperationspartner haben wir eine Kooperationsvereinbarung geschlossen:</p> <p>Hämatologische Ermächtigungsambulanz – PD Dr. Schmidt-Hieber</p> <p>Mit folgenden externen weiteren Kooperationspartner haben wir eine Kooperationsvereinbarung geschlossen:</p> <p>Lausitzer Seenland Klinikum GmbH Hoyerswerda</p> <p>Lausitz Klinik Forst GmbH</p> <p>Spremberger Krankenhaus GmbH</p> <p>Krankenhaus Lauchhammer</p> <p>Sandower Apotheke am Goethepark</p> <p>Urologische Praxis – Dr. Seehafer</p> <p>Hämato-Onkologische Praxis – Dr. Schmidt</p> <p>Hämato-Onkologische Praxis – Frau Schüler</p> <p>Hämato-Onkologische Praxis – Dr. Kreher</p> <p>Nuklearmedizin PET- CT Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité Berlin GmbH</p> <p>Nuklearmedizin PET- CT Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH</p> <p>Charité Comprehensive Cancer Center Berlin (Molekulargenetik)</p>

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Charité Comprehensive Cancer Center Berlin, Frau Dr. Speiser</p> <p>Nationales Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs</p> <p>Mammographie-Screening Brandenburg Süd – Frau Dr. Röger</p> <p>Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH (ab 28.09.2015 – 30.06.2019)</p> <p>Universitätsklinikum Dresden (allogene Stammzelltransplantation) – Prof. Dr. Bornhäuser</p> <p>Landesarbeitsgemeinschaft für Onkologie (LAGO) Brandenburg e.V. = Mitgliedschaft</p> <p>geplante Kooperation mit Zentrum für Komplementärmedizin der Charité</p>	
	<p>Mitglieder eines OZ: Kooperationsvereinbarungen sind für alle Mitglieder (registriert) eines Onkologischen Zentrums erforderlich. Das betrifft z.B. folgende Fachbereiche:</p> <p>Ambulante onkologische Pflege, Apotheke, Ernährungsberatung, Genetische Beratung, Hämatologie und Onkologie, Hospiz, Operative und Medikamentöse Onkologie, Palliativmedizin, Pathologie, Physiotherapie, Psychoonkologie, Radiologie, Radioonkologie, Schmerztherapie, Seelsorge, Selbsthilfe, Sozialdienst</p>	<p>Siehe bitte oben</p>	
	<p>Davon obligate Mitglieder eines OZ (= Hauptkooperationspartner): Gleichberechtigte Leistungserbringer, die sich einer Qualitätsüberprüfung (Audit) unterziehen, und obligat bei Tumorkonferenzen anwesend sein müssen. z.B. Hämatologie u. Onkologie, Operative und Medikamentöse Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie</p>	<p>Siehe bitte oben</p>	
1.1.7	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Folgende Punkte sind zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten 	<p>Die nebenstehenden Anforderungen an die Kooperationsvereinbarungen sind eingehalten und können jederzeit vor Ort belegt werden.</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) 		
1.1.8	<p>Tumorkonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Teilnahme • Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau • Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“) <p>Ersteller der Kooperationsvereinbarungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Zentrale“ Zuständigkeit: Lenkungsremium • „Dezentrale“ Zuständigkeit: jeweiliger Fachbereich <p>Überwachung/ Aktualisierung Aktualität ist jährlich zu überprüfen (siehe auch Jahresreview).</p>	<p>Die nebenstehenden Anforderungen an die Tumorkonferenz ist in den Kooperationsvereinbarungen enthalten und wird von den Kooperationspartnern zugesichert.</p> <p>Die Zuständigkeit für die Erstellung der Kooperationsvereinbarungen liegt bei der Leitung OZ. 10/2020 wurde dazu eine Verfahrensanweisung erarbeitet, im LG vorgestellt und 11/2020 im Intranet hinterlegt.</p> <p>Die Überprüfung der Aktualität der Kooperationsvereinbarungen erfolgt im Rahmen des internen Audits mind. 1 x jährlich – eine Bewertung dazu erfolgt im Jahresreview.</p>	
1.1.9	<p>QM-Zertifizierung Bei Erstzertifizierung sollte das OZ über ein zertifiziertes QM-System verfügen.</p> <p>Anerkannte Standards sind: ISO 9001, KTQ, pro-Cum Cert, Joint Commission und QEP (Praxen) sowie apothekenspezifisches QM in der Zytostatika-Herstellung (DGOP). Bei Pathologien auch Akkreditierung nach ISO/IEC17020.</p>	<p>WIESO CERT GmbH, Köln Erstzertifizierung KTQ 11.07.2006, Re-Zertifizierung am 11.07.2012 (gültig bis 10.07.2015) 3. Rezertifizierungsaudit vom 20. – 26.09.2015, (gültig bis 10.07.2018) 4. Rezertifizierungsaudit vom 21.04. – 27.04.2018 (gültig bis 10.07.2021)</p>	
1.1.10	<p>Darstellung Organkrebszentren, Onkologisches Zentrum und CCC</p> <p>Die Struktur der Zentren ist gesamtheitlich darzustellen und öffentlich bekanntzumachen (z.B. Internet). Dies umfasst auch die Benennung sämtlicher interner/ externer Kooperationspartner mit folgenden Angaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Anschrift des Kooperationspartners - Ansprechpartner mit Tel./ E-Mail-Kontakt 	<p>Die Darstellung des OZ und der Organkrebszentren erfolgt seit Januar 2016 auf der Homepage des CTK. Dort sind auch die Ansprechpartner unseres Zentrums für alle Partner benannt.</p> <p>Zusätzlich sind diese Informationen in der OZ-Patienteninformationsmappe und dem OZ-Flyer dargestellt.</p> <p>Alle Flyer des OZ und deren Organkrebszentren weisen ein Druckdatum auf. Dies wird durch die Öffentlichkeitsarbeit sichergestellt.</p>	
1.1.11	<p>Zentrumshandbuch Es ist ein Zentrumshandbuch (Papier oder elektronisch) zu erstellen, aus dem detailliert hervorgeht, wie die Anforderungen im Erhebungsbogen erfüllt werden (inkl. der in den einzelnen Kapiteln des Erhebungsbogens geforderten Prozessbeschreibungen/ Patientenpfade). Im Erhebungsbogen selber ist eine Kurzbeschreibung anzugeben mit einem Kapitelverweis auf das Zentrumshand-</p>	<p>Wir haben für unser Zentrum ausgehend von der Struktur des EB ein Handbuch erstellt, das die jeweiligen Regelungen enthält bzw. auf weitere Verfahrensanweisungen verweist. Das Handbuch ist im Intranet verfügbar.</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	buch. Sind die Anforderungen bereits in bestehenden Regelungen/ Handbüchern beschrieben, dann ist im Erhebungsbogen und Zentrumshandbuch auf diese zu verweisen.		
1.1.12	Internes Audit Das Onkologische Zentrum ist einmal jährlich einem internen Audit zu unterziehen, bei dem die Erfüllung der Fachlichen Anforderungen aus diesem Erhebungsbogen überprüft wird.	Das Interne Audit nach Rezertifizierung wurde vom 17.06.2019 bis 20.06.2019 durchgeführt. Der Auditbericht (mit Anlagen) liegt vor und wurde mit der Betrachtung der Anforderungen des EB (inkl. Feststellungen und Hinweisen) abgearbeitet. Das interne Audit 2020 erfolgte erstmalig nicht durch einen externen Auditor, sondern wurde durch die QM Abteilung des CTK im Zeitraum von Juni bis September 2020 zentrumsweise realisiert. Die Auditberichte liegen vor.	
1.1.13	Fortbildungen Es sind für die Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung anzubieten. Diese Fortbildungen sollten geeignet sein, die an die Kooperationspartner gestellten Anforderungen an die Fortbildung in Teilen zu entsprechen. Inhalte/ Ergebnisse sowie der Teilnahme sind zu protokollieren. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen. Kann zusammen mit Fortbildungsveranstaltungen mit Niedergelassenen erfolgen.	Im Jahresplan des OZ werden alle Veranstaltungen dargestellt. Die Planung der Fortbildungen erfolgt so frühzeitig wie möglich, um eine gute Abstimmung zwischen den Zentren zu erzielen und Terminüberschneidungen zu verhindern. Aufgrund der Vielzahl der Veranstaltungen, die bereits durch die Orgazentren organisiert wurden und an denen alle Mitglieder des OZ teilnehmen, vereinbarten wir, nur einmal jährlich eine zentrale Fortbildung seitens des OZ zu organisieren. Diese war für 2019 der Thematik „Begleitung von Sterbenden allgemein und in der Klinik als besondere Situation“ gewidmet und fand unter Leitung eines externen Referenten Herr Doll (Leiter Ambulanter Hospizdienstes Cottbus + Niederlausitz) am 21.11.2019 statt	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.2.1	Die Anzahl der behandelten Pat. für jede Tumorentität muss aufgeführt werden.	Darlegung im Zertrechner	
1.2.2	Ein zentrales Eingangsportale innerhalb des OZ ist wünschenswert	Als zentraler Ansprechpartner des OZ ist der Koordinator OZ tätig. Anfragen werden von ihm entgegen genommen und an den jeweiligen Verantwortlichen weitergeleitet. Externe Anmeldungen für Tumorkonferenzen werden zentral durch den Bereich Tumordokumentation entgegen genommen Ein zentrales Eingangsportale für unser OZ ist im Rahmen der Homepage etabliert.	
1.2.3	Varianten Tumorkonferenzen Sofern es unterschiedliche Varianten der Tumorkonferenzen gibt, sind die Unterschiede und Besonderheiten (Teilnehmerkreis, Zyklus, ...) zu beschreiben. Unterschiedliche Varianten können z.B. entstehen durch eine spezielle Betrachtungsweise für die prätherapeutische Behandlungsplanung.	Die Tumorkonferenzen sind zentral über das OZ organisiert und werden nach gleichen Prinzipien, entsprechend den Anforderungen des Erhebungsbogens, durchgeführt und dokumentiert. Ort: Carl-Thiem-Klinikum Cottbus Thiemstr. 111, 03048 Cottbus Demonstrationsraum der Radiologie Haus 5, Raum 5.1.36	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>dienstags 07.45 – 08.45 Uhr Interdisziplinäre Tumorkonferenz (inkl. Darm-, Pankreas-, gastrointestinale-, neuroendokrine Tumore) Teilnehmer: Chirurgie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Hämato-Onkologie, Gastroenterologie</p> <p>dienstags 14.30 – 15.30 Uhr Tumorkonferenz für Prostata und Uro-onkologische Tumore Teilnehmer: Urologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie</p> <p>mittwochs 07:45 – 08:45 Uhr Tumorkonferenz für Kopf-Hals-Tumore Teilnehmer: HNO, MKG, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Hämato-Onkologie</p> <p>mittwochs im Anschluss an die Tumorkonferenz für Kopf-Hals-Tumore: Tumorkonferenz für Hauttumore Teilnehmer: Hautklinik, HNO, MKG, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Hämato-Onkologie</p> <p>mittwochs 14:45 – 15:45 Uhr Tumorkonferenz für gynäkologische Tumore und Tumore der Mamma Teilnehmer: Gynäkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Chirurgie, Pathologie, Hämato-Onkologie</p> <p>donnerstags 07.45– 08.45 Uhr Interdisziplinäre Tumorkonferenz (inkl. Darm-, Pankreas-, gastrointestinale-, neuroendokrine Tumore) Teilnehmer: Chirurgie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Hämato-Onkologie, Gastroenterologie</p> <p>donnerstags im Anschluss an die interdisziplinäre Tumorkonferenz: Tumorkonferenz für hämatologische Neoplasien Teilnehmer: Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Hämato-Onkologie, Labormedizin</p>	
1.2.4	<p>Zyklus/ Teilnehmer Es muss mindestens 1x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden.</p>	<p>Siehe bitte Kap. 1.2.3</p>	
	<p>Alle Tumorpatienten sind in der Tumorkonferenz vorzustellen (organspezifische Anforderungen Zentren, Module, Schwerpunkte sind zu berücksichtigen), Ausnahmen sind zu begründen. Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperations-partner, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann. Für Standard-Fragestellungen ist eine zu dokumentierende Konsentierung auf elektronischem Wege – optimaler Weise vor der persönlich stattfindenden Tumorkonferenz – möglich.</p>	<p>Unter Berücksichtigung der organspezifischen Anforderungen wird sichergestellt, dass die Patienten in den spezifischen Tumorkonferenzen vorgestellt werden.</p> <p>Bereits erlangter Konsens bzgl. Standard-Fragestellung kann bei der digitalen Anmeldung zur Tumorkonferenz durch den anmeldenden Arzt vermerkt werden.</p> <p>Die Vorstellung von Patienten über die Videokonferenz ist seit dem 3. Quartal 2017 möglich. Die Möglichkeit, dass jeder Hauptkooperations-partner sowie extern anmeldende Krankenhäuser und Niedergelassene eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen können, ist gegeben.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Externe Anmeldungen für Tumorkonferenzen werden zentral durch den Bereich Tumordokumentation entgegengenommen.</p> <p>Aufgrund der geänderten Datenschutzregelungen erfolgt die Anmeldung per Fax und nicht mehr über die Homepage des OZ.</p> <p>Das Anmeldeformular ist auf der Homepage zu finden, wird ausgedruckt, ausgefüllt und per Fax an das OZ versendet.</p> <p>Die weitere Bearbeitung erfolgt durch den für die Tumorkonferenz zuständigen Dokumentar.</p>
	<p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzteebene an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostisches, operatives und ggf. organspezifisch-medikamentöses Fachgebiet (organspezifisch) • Radioonkologie • Hämatologie und Onkologie • Radiologie • Pathologie 	<p>Die Teilnahme der geforderten Fachdisziplinen ist gewährleistet (siehe bitte Teilnehmerlisten).</p> <p>Die Original-Teilnehmerlisten werden über das Sekretariat des Leiters der jeweiligen Tumorkonferenz archiviert. Eine Vergabe der Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer ist durch die jeweiligen Sekretariate gewährleistet.</p> <p>Kopien der Teilnehmerlisten der jeweiligen Tumorkonferenzen werden vom zuständigen Dokumentar fachbereichsbezogen archiviert und können eingesehen werden.</p>
	<p>Je nach Bedarf sind weitere Fächer und Berufsgruppen in die Tumorkonferenz einzubeziehen (z.B. Apotheker, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Palliativmedizin, Pflege, Psychoonkologie, spezielle Schmerztherapie, Nuklearmedizin, Studienkoordination).</p>	<p>Bedarfsgerecht werden weitere Fachbereiche / Partner wie z.B. Neurochirurgie, Pulmologie, Orthopädie, Nuklearmedizin, Augenheilkunde, Psychoonkologie, Palliativtherapie eingeladen.</p>
	<p>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).</p> <p>Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon an mind. 30% der Tumorkonferenzen teilzunehmen.</p>	<p>Seitens des CTKs ist die Teilnahme der geforderten Fachdisziplinen gewährleistet.</p>
	<p>Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensanweisung zu beschreiben</p>	<p>Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensanweisung beschrieben.</p>
1.2.5	<p>Demonstration Bildmaterial</p> <p>Patientenbezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss bei der Konferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein. Eine EDV-gestützte Darstellung ist ausreichend.</p>	<p>Die internen sowie auch externen Bilddaten (CT; MRT, PET) können digital und zeitgleich (Doppelprojektion) durch den Radiologen demonstriert werden.</p> <p>Klinische Daten können auf Wunsch in der Tumorkonferenz im KIS eingesehen werden.</p> <p>Die Präsentation von pathologischen Bildern ist seitens der technischen Voraussetzungen digital möglich. In Anbetracht der hohen zu besprechenden Patientenzahl und des eingeschränkten Zeitlimits der agierenden Personen haben wir uns aber bewusst gegen eine routinemäßige Darstellung in der Tumorkonferenz entschieden und nutzen diese Weiterbildungsmöglichkeit im Rahmen der Qualitätszirkel.</p>
1.2.6	<p>Vorbereitung Tumorkonferenz</p>	<p>Wir haben die Organisation und Durchführung</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Die wesentlichen Patientendaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabberachtung von geeigneten Studienpatienten ist vorzunehmen. Es sind alle Patienten mit Rezidiven und Metastasen vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. <p>Quoten für die Vorstellung werden organspezifisch festgelegt.</p>	<p>der Tumorkonferenz in einer Verfahrensweisung schriftlich festgelegt.</p> <p>Externe Anmeldung</p> <p>Alle ambulanten Partner und zuweisenden Kliniken wurden auf schriftlichem Wege über das Procedere in Kenntnis gesetzt und das Formular der Tumorkonferenzanmeldung (als Faxvorlage) zur Verfügung gestellt.</p> <p>Die Anmeldungen werden zentral durch den Bereich Tumordokumentation entgegengenommen. Aufgrund der geänderten Datenschutzregelungen erfolgt die Anmeldung per Fax und nicht mehr über die Homepage des OZ.</p> <p>Das Anmeldeformular ist auch auf der Homepage des OZ zu finden</p> <p>Die weitere Bearbeitung erfolgt durch den für die Tumorkonferenz zuständigen Dokumentar.</p> <p>Interne Anmeldung</p> <p>Die Anmeldung zur Vorstellung in der Tumorkonferenz von Patienten innerhalb des CTK erfolgt durch den anmeldenden Arzt der jeweiligen Fachabteilung über das Krankenhausinformationssystem (KIS) „Orbis“. Hier werden auch die Listen mit den vorzustellenden Patienten generiert und an die teilnehmenden Fachabteilungen der jeweiligen Tumorkonferenz über Outlook verschickt.</p>	
1.2.7	<p>Protokoll Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“). Das Protokoll Tumorkonferenz muss Teil der Patientenakte sein und Die Empfehlung der Tumorkonferenz soll auch den einen Teil des Arztbriefes darstellen. Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden. 	<p>Wir haben die Organisation und Durchführung der Tumorkonferenz in einer Verfahrensweisung schriftlich festgelegt.</p> <p>Im Rahmen der Tumorkonferenz wird die Frage nach der Möglichkeit des Studieneinschlusses (ja/nein und Studienart) des Patienten besprochen und in dem Beschluss dokumentiert.</p> <p>Das Protokoll der Tumorkonferenz wird für alle Teilnehmer sichtbar während der Tumorkonferenz von dem zuständigen Tumordokumentar erstellt.</p> <p>Der Konsens/Dissens und die individuelle Therapieempfehlung wird protokolliert, zeitgleich vom Leiter der jeweiligen Tumorkonferenz freigegeben und durch den zuständigen Tumordokumentar (im Auftrag des Leiters) digital gezeichnet. Somit ist das Protokoll der Tumorkonferenz schreibgeschützt hinterlegt.</p> <p>Das Protokoll der Tumorkonferenz wird in Orbis erstellt und als vidiertes Dokument in Orbis hinterlegt. Der Tumorkonferenzbeschluss kann in den Arztbrief übernommen werden.</p>	
1.2.8	<p>Ergebnis Tumorkonferenz Patient muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden</p> <p>Patienteninformation (fallbezogen): Der Patient erhält</p> <ul style="list-style-type: none"> Nachsorgeplan (wenn vorhanden)/ Nachsorgepass 	<p>Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird dem stationären Patienten durch den behandelnden Arzt am Folgetag mitgeteilt.</p> <p>Bei bereits entlassenen oder ambulanten Patienten wird dem Einweiser das Ergebnis der Tumorkonferenz im Arztbrief übermittelt.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Und auf Wunsch folgende Dokumente: • Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan • Arztbrief/ Entlassungsbrief • Ggf. Studienunterlagen 	<p>Sollte der Patient bereits mit Arztbrief vor dem Termin der TK entlassen worden sein, wird das TK-Protokoll nachträglich durch den behandelnden Arzt an den Einweiser gefaxt.</p> <p>Im Arztbrief wird eine Empfehlung zur Nachsorge getroffen.</p> <p>Fachspezifisch werden Therapiepässe geführt, in denen für den Patienten weiterführende Diagnostikmaßnahmen vermerkt werden.</p> <p>Auf Wunsch erhält der Patient jederzeit weitere Unterlagen.</p>
1.2.9	<p>Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen ist eine einmalige verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen (Auffrischung alle 3 Jahre):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie • Mitarbeiter Sozialdienst, Psychoonkologie und Apotheke • Onkologische Fachpflegekraft sowie mind. 2 Pflegekräfte pro Behandlungseinheit • Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt. 	<p>Die verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz als Fortbildung haben wir wie folgt organisiert:</p> <p>a) Die Mitarbeiter/innen aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Sozialdienst, Psychoonkologie und Apotheke sind über die verbindliche Teilnahme an den Tumorkonferenzen (alle 3 Jahre) informiert.</p> <p>b) Wir haben für das CTK individuell festgelegt, dass alle beteiligten Mitarbeiter – die der Pflegedirektion unterstehen - mind. 1 x jährlich an der TK teilnehmen müssen.</p> <p>Der Nachweis über die Teilnahme erfolgt mittels Teilnehmerlisten.</p> <p>Die Original-Teilnehmerlisten werden über das Sekretariat des Leiters der jeweiligen Tumorkonferenz archiviert. Eine Vergabe der Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer ist durch die jeweiligen Sekretariate gewährleistet.</p> <p>Jeder Teilnehmer erhält eine Teilnahmebestätigung bzw. kann diese im Sekretariat des Leiters der Tumorkonferenz anfordern.</p> <p>Kopien der Teilnehmerlisten der jeweiligen Tumorkonferenzen werden vom zuständigen Dokumentarfachbereichsbezogen archiviert und können dort eingesehen werden.</p>
1.2.10	<p>Behandlungsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für alle Patienten ist ein individualisierter interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen. Dies betrifft auch Patienten, die keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden. • Es wird eine einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan und Tumorkonferenzprotokoll empfohlen. 	<p>Für den onkologischen Arztbrief haben wir einen Standard entwickelt, der fachspezifisch modifiziert wurde. Aus diesem Arztbrief geht für die Patienten der Therapieplan hervor. Der TK-Beschluss ist im onkologischen Arztbrief enthalten.</p>
1.2.11	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend. • Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leit- 	<p>Wir haben die Festlegung zur Meldung bei Therapieabweichungen,-komplifikationen oder Tod schriftlich in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Diese wurden im Rahmen eines Qualitätszirkels (Gründungsversammlung am 15.10.2015) den internen und externen Partnern vorgestellt.</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>linien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist darzulegen (z.B. in Form eines Konzepts), wie sichergestellt wird, dass Abweichungen erfasst werden. <p>Wird eine Therapie auf Wunsch des Patienten (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.</p>	<p>Da ein Großteil der Patienten am CTK weiterführend behandelt wird, ist hier eine Rückverfolgbarkeit gegeben.</p> <p>Mind. 1 x jährlich besprechen und bewerten wir die gemeldeten Abweichungen als Qualitätszirkel. Zu diesem Zweck wurde 2016 im Anmeldeformular für die Tumorkonferenz die Möglichkeit und Pflicht der Meldung einer Therapieabweichung etabliert. Dies schließt Modifikationen aufgrund des Patientenwillens ein. Damit besteht auch die Möglichkeit der patientengenauen Auswertbarkeit im Qualitätszirkel. Seitens der Tumordokumentare kann jederzeit aus ORBIS auch unterjährig eine aktuelle Auswertungsliste der Therapieabweichungen generiert werden. Diese Option wurde von MID 2019 installiert.</p> <p>Seitens der Leitung des OZ ist seit 2020 die jährliche Auswertung der Therapieabweichungen immer im 2. Quartal des Folgejahres als Qualitätszirkel im Rahmen einer Lenkungs-gremiumssitzung terminiert. Die Auswertung erfolgt zentrumsbezogen und wird zentral diskutiert und ausgewertet. Für 2020 war dies am 14.5.2020 geplant, musste aber aufgrund der Corona-Pandemie auf den 18.6.2020 verschoben werden. Zur besseren Auswertbarkeit wurde 2020 beim Tumorkonferenzbeschluss ein weiterer Button eingefügt, mit dem bestätigt wird, ob es sich um eine wirkliche Therapieabweichung handelt.</p>
<p>1.2.12 a)</p>	<p>Metastasentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung aller metastasierten Patienten in der Tumorkonferenz • Darstellung der Behandlungsstrategien mit Zuständigkeiten für die verschiedenen Metastasen-Lokalisationen (Leber, Lunge, Skelett, Gehirn, ...) • Definition der Behandlungswege (Patiententransfer in anderen Fachbereich, Dokumentation und geregelter Informationsaustausch) 	<p>Unter Berücksichtigung der organspezifischen Anforderungen wird sichergestellt, dass die Patienten in den spezifischen Tumorkonferenzen vorgestellt werden. Dieses Vorgehen trifft zu 100% auf metastasierte Patienten zu, da dort eine interdisziplinäre Abstimmung der Therapie zwingend erforderlich ist. Um dies zu gewährleisten, wird über die Anmeldungen zur TK festgelegt, welche weiteren Fachdisziplinen als Teilnehmer erforderlich sind. Die Koordination der Informationsweiterleitung erfolgt durch den zuständigen Dokumentar.</p> <p>Die Metastasen-chirurgie wurde in einer Verfahrensanweisung dargestellt. Diese ist über das Intranet für die Beteiligten verfügbar.</p> <p>Bis Mai 2017 wurde in der Tumorkonferenz der Termin und Ort der Weiterbehandlung festgelegt. Dieses Vorgehen durfte aus konkurrenzrechtlichen Gründen nicht beibehalten werden. Aus diesem Grund erfolgt derzeit im Tumorkonferenzbeschluss keine namentliche Arztempfehlung. Seitens des behandelnden Arztes wird der Patient bei der Organisation der Weiterbehandlung unterstützt und auf Patientenwunsch auch ein erster Vorstellungstermin vereinbart.</p> <p>Die Darstellung der Behandlungsstrategie und die Definition der Behandlungswege liegen in den jeweiligen Fachbereichen vor.</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.2.12 b)	<p>Insbesondere für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung</p> <ol style="list-style-type: none"> Zur Identifikation von Symptomen und Belastungen soll ein Screening mit validierten Instrumenten (MIDOS, IPOS) angeboten werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin). Spezialisierte Palliativversorgung: Innerhalb des OZ ist im Geltungsbereich festzulegen, wie die Einbindung der spezialisierten Palliativversorgung in den Behandlungsprozess geregelt ist (Behandlungspfad der S3-Leitlinie). 	<p>Seit dem Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern von März 2016 ist es Ziel des OZ, jedem Patienten mit nicht-heilbarer Erkrankung den Zugang zur Palliativversorgung und die Mitbetreuung durch den ambulanten Hospizdienst zu ermöglichen. Basierend auf der Studie Early palliative care streben wir an, jedem Patienten mit nicht-heilbarer Erkrankung die begleitende Palliativversorgung bereits zeitgleich zur sonstigen Therapie anzubieten. Unser ausdrückliches Ziel ist es, dies nicht erst aufgrund ausgeprägter Symptome im Stadium einer weit fortgeschrittenen Erkrankung zu tun. Diesbezüglich existiert eine Verfahrensanweisung, die in der Lenkungs-gremiumssitzung am 16.06.2016 bekannt gegeben und aufgrund fehlender Durchdringung in der Lenkungs-gremiumssitzung am 12.10.2017 erneut thematisiert wurde.</p> <p>In Zusammenarbeit der Leitung des OZ mit Vertretern der ambulanten Palliativversorgung und des ambulanten Hospizdienstes wurde dazu 2017 ein Patientenflyer „Externe Supportivpartner des OZ am CTK“ erstellt.</p> <p>In diesem Flyer sind Informationen für Patienten und Angehörige über unsere Supportivpartner dargestellt.</p> <p>Die Einbindung der SAPV wird auf Anweisung des behandelnden Arztes vom Sozialdienst organisiert. Als Medium zur Optimierung der Zusammenarbeit hat sich bei uns der jährliche Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern bewährt.</p> <p>Die Identifikation von Symptomen und Belastungen mit Hilfe von Screeninginstrumenten (MIDOS, IPOS) wird auf der Palliativstation und im Rahmen der SAPV Versorgung angeboten.</p>
1.2.13 a)	<p>Patientenpfade</p> <p>Für alle in dem OZ behandelten Tumorentitäten sind Patientenpfade zu erstellen, die das Vorgehen vom Eintritt der Patienten in das Zentrum bis zum Abschluss der Betreuung abbilden (Unter besonderer Berücksichtigung der interdisziplinären und transektoralen Zusammenarbeit).</p>	<p>Die Darstellung der Behandlungsstrategie und die Definition der Behandlungswege liegen in den jeweiligen Fachbereichen vor und sind im Intranet verfügbar. (Klinische Pfade)</p>
1.2.13 b)	<p>Fertilitätserhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> Allen Patientinnen u. Patienten mit einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, System. Therapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden. Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen. 	<p>Die prätherapeutische Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen bei fertilitätsreduzierenden Therapien wurde zentral über das OZ mit der Pflicht zur Dokumentation geregelt. Dazu wurden 2016 eine Verfahrensanweisung und ein Aufklärungsformular zur Dokumentation erstellt und im Intranet hinterlegt.</p> <p>Die Verantwortlichkeit für die prätherapeutische Aufklärung trägt der behandelnde Facharzt, in dessen Zuständigkeit die fertilitätsreduzierende Therapie fällt. (OP = Operateur, Radiatio = Strahlentherapeut und systemische Therapie = Hämatonkologe)</p>
1.2.14	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel werden durch das Lenkungs-gremium in Absprache mit den beteiligten Fachdisziplinen definiert 	<p>Qualitätszirkel (QZ)</p> <p>Im QM-Handbuch unseres OZ ist die Vorgehensweise zu den Qualitätszirkeln definiert, dort sind alle nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt.</p> <p>Wir haben für unser Haus definiert, dass mind. 3 übergreifende QZ für das OZ durchgeführt werden,</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Die obligaten Mitglieder/ Hauptkooperationspartner des OZ haben obligat an QZ teilzunehmen bzw. haben solche zu initiieren • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen onkologische Themen als eine der Schwerpunkte betrachtet werden. • Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenz werden als Qualitätszirkel ebenfalls anerkannt • Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Organisation und Protokollierung durch Zentrumskoordinator oder QM-Beauftragten. • Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/ Verbesserung des Onkologischen Zentrums geeignet erscheinen. <p>Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ein Qualitätszirkel stattgefunden haben. Das Ergebnis des Qualitätszirkels ist zu protokollieren.</p>	<p>wovon einer zum spezifischen Thema der Supportivtherapie gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern stattfindet.</p> <p>In den beteiligten Zentren/Modulen werden weitere QZ – organspezifisch und lt. Anforderungen der Erhebungsbögen - umgesetzt.</p> <p>Die Planung der jeweiligen Termine erfolgt durch die Fachbereichskoordinatoren und durch den Koordinator OZ.</p> <p>Eine Zusammenführung aller Termine pflegt der Koordinator OZ über den Jahresplan.</p> <p>Für alle QZ werden Protokolle und Teilnehmerlisten geführt. Diese sind organspezifisch bei den Fachbereichskoordinatoren archiviert und die OZ-Nachweise beim Koordinator OZ.</p> <p>Der erste zentrale Qualitätszirkel des OZ hat im Rahmen der Lenkungsgremiumssitzung am 17.01. 2019 stattgefunden. Thema: Auswertung externes Audit 2018</p> <p>Der zweite Qualitätszirkel wurde am 23.05.2019 zur Auswertung der Einweiser- und Patientenbefragung durchgeführt.</p> <p>Im Qualitätszirkel am 20.06.2019 wurde das interne Audit ausgewertet.</p> <p>Am 12.09.2019 wurden im QZ die Therapieabweichungen 2018 ausgewertet und die Managementreviews der Zentren für 2019 vorgestellt.</p> <p>Der Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern wurde zum Thema „Begleitung von Sterbenden allgemein und in der Klinik als besondere Situation“ am 21.11.2019 durchgeführt.</p> <p>Am 16.01.2020 fand der erste Qualitätszirkel des Jahres 2020 zur Auswertung des externen Audits vom 11. und 12.11.2019 statt.</p> <p>Der zweite Qualitätszirkel in 2020 wurde am 18.06.2020 zur Auswertung der Therapieabweichungen 2019 durchgeführt.</p> <p>Neben diesen zentralen Qualitätszirkeln wird seitens der Organzentren mindestens ein spezifischer Qualitätszirkel organisiert.</p> <p>Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (MuM-Konferenzen) Im QM-Handbuch unseres OZ ist die Vorgehensweise zu den MuM-Konferenzen definiert, dort sind die nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt.</p> <p>Die Durchführung der MuM-Konferenzen liegt in der Verantwortung der Leiter/Fachbereichskoordinatoren der Zentren/Module.</p> <p>Die Planung der jeweiligen Termine erfolgt durch die Fachbereichskoordinatoren. Eine Zusammenführung</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		dieser Termine pflegt der Koordinator OZ über den Jahresplan. Für die MuM-Konferenzen werden Protokolle und Teilnehmerlisten geführt. Diese werden organspezifisch bei den Fachbereichskoordinatoren archiviert.	
1.2.15	Zentrale Liste der Leitlinien/ SOPs Es ist eine Liste der Leitlinien/ SOPs (gemäß Anlage 1) zu führen, zu deren Umsetzung sich die entsprechende Fachdisziplin verpflichtet. In der Liste ist für jede Leitlinie/ SOP ein Verantwortlicher zu benennen. SOPs sind aktuelle und konkretisierte Diagnostik- und Therapieanleitungen, die auf bestehenden S1-S3 Leitlinien beruhen. Bei Entitäten, für die keine entsprechenden Leitlinien existieren, wird die Implementierung von adäquaten SOPs erwartet. Für alle Tumorentitäten des Geltungsbereichs sind SOPs nachzuweisen. Für den Bereich Palliativmedizin können die SOPs des Netzwerks der Onkologischen Spitzenzentren genutzt werden (http://www.ccc-netzwerk.de/arbeitsgruppen/standard-operating-procedures/netzwerk-sops.html)	Die Liste der aktuell geltenden Leitlinien wurde aktualisiert - siehe dazu bitte Anlage 1 – und für die beteiligten Entitäten sind Verantwortliche benannt. Für die Implementierung, Überprüfung und Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Leitlinien liegt eine Verfahrensweisung vor. Die Notwendigkeit der Erstellung von SOPs im Sinne aktueller und konkretisierter Therapieanleitungen für Entitäten, für die keine entsprechenden Leitlinien existieren, wurde in den Lenkungs-gremiumssitzungen wiederholt thematisiert. Wir vereinbarten, dass die SOPs anhand international vorhandener Behandlungsempfehlungen durch die Kliniken erstellt werden. Die SOP's wurden anschließend in die Liste der geltenden Leitlinien, einschließlich der Verantwortlichen, aufgenommen.	
1.2.16	Aufgaben des Leitlinienverantwortlichen <ul style="list-style-type: none"> Überwachung der Aktualität und Weiterentwicklung Bekanntgabe der Leitlinieninhalte an neue Mitarbeiter (Beschreibung der Art der Bekanntgabe sowie der Protokollierung) Überwachung der Leitlinienumsetzung (z.B. Leitlinienaudit, Datenmonitoring) Bei Leitlinienänderung <ul style="list-style-type: none"> Systematische, zeitnahe und nachweisliche Bekanntgabe von Änderungen (protokolliert z.B. in Form von Fortbildungen, Q-Zirkeln) Änderung von internen Abläufen/ Vorgaben aufgrund der geänderten Leitlinien 	Für die Implementierung, Überprüfung und Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Leitlinien haben wir eine Verfahrensweisung erstellt. Die Überwachung der Leitlinienumsetzung erfolgt unterjährig fortlaufend durch den jeweiligen Leitlinienverantwortlichen. Dieser leitet mind. 1 x jährlich (vor dem internen Audit) die notwendige Aktualisierung an den Koordinator OZ weiter. Der Koordinator OZ ist für die Pflege der Liste der Leitlinien verantwortlich.	

1.3 Kooperationen Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.3.1	Kooperierende Einweiser Es ist eine Liste der kooperierenden Einweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Onkologischen Zentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren.	Die Fachbereichskoordinatoren haben Listen der kooperierenden Einweiser erstellt und an den Koordinator OZ weitergeleitet. Durch die Fachbereichskoordinatoren/Leiter wurden die Einweiser über die Zusammenarbeit mit dem OZ informiert.	

1.3 Kooperationen Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Pflichten des Onkologischen Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen, wenn deren Patienten vorgestellt werden. • Einweiser ist Möglichkeit einzuräumen, Patienten in der Tumorkonferenz vorzustellen 	<p>Alle Einweiser und zuweisenden Kliniken wurden im Rahmen der Vorbereitung auf die Zertifizierung schriftlich über die Möglichkeiten der Vorstellung von Patienten und der Teilnahme an der Tumorkonferenz informiert. Weiterhin wurde das Anmeldeformular –als Faxvorlage - zur Verfügung gestellt und auf das zentrale Eingangsportal auf der Homepage hingewiesen.</p> <p>Die Möglichkeit, dass Einweiser und zuweisende Kliniken eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen können, ist gegeben. Die Anmeldung erfolgt über das zentrale Eingangsportal der Homepage bei dem Koordinator des OZ.</p> <p>Die Vorstellung von Patienten über die Videokonferenz ist für Einweiser und externe Kliniken möglich. Seitens des OZ wurden 2018 verstärkt Anstrengungen unternommen, diesen Weg bekannt zu machen und die umliegenden Kliniken zu ermutigen, diesen Weg für die interdisziplinäre Behandlungsfestlegung zu nutzen. Außerdem wurden seitens der Leitung des OZ alle Kliniken im Umfeld des CTK noch einmal schriftlich über diesen Weg informiert.</p>	
1.3.2	<p>Ansprechpartner Die Ansprechpartner des Onkologischen Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekanntzugeben (z.B. Telefon, E-Mail). Dies kann mit der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.</p>	<p>Die Ansprechpartner unseres Zentrums sind für alle Partner benannt und sind in der OZ-Patienteninformationsmappe, auf der Homepage und dem OZ-Flyer dargestellt.</p> <p>Die nebenstehenden Anforderungen werden bei der Pflege der Homepage beachtet.</p>	
1.3.3	<p>Bereitstellung von Unterlagen Dem Einweiser sind folgende Unterlagen zeitnah bereitzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histologie • Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan • OP-Bericht (optional) • Arztbrief/ Entlassungsbrief • Änderungen der Therapie 	<p>Für den onkologischen Arztbrief haben wir einen Standard entwickelt, der fachspezifisch modifiziert wurde. In diesem Arztbrief sind die nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt.</p> <p>Alle stationär behandelten Patienten des OZ werden mit einem Arztbrief entlassen. Falls z.B. die Histologie oder andere wichtige Befunde fehlen, hat der Arztbrief einen vorläufigen Charakter und wird endgültig nach Einarbeitung aller wichtigen Befunde vidiert und versandt.</p>	
1.3.4	<p>Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/ Fragen/ Komplikationen der Einweiser einzurichten.</p>	<p>Das organisatorische Prozedere und die Dokumentation bei Rückmeldungen (Fragen, akute Komplikationen, Spät komplikationen, stationäre Wiederaufnahme, Notfälle etc.) sind in einer Verfahrensweisung geregelt. Es existiert ein Formular zur Meldung „Rückmeldedokumentation“. Dieses kann von allen Behandlungspartnern zur Meldung genutzt werden und dieses wurde den Behandlungspartner – als Faxvorlage - zur Verfügung gestellt und ist auf der Homepage des OZ hinterlegt.</p> <p>Durch den Vordergrunddienst und Hintergrunddienst der stationären Behandlungspartner ist an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr gewährleistet, dass Patienten mit Komplikationen zeitlich unmittelbar zugewiesen werden können.</p>	

1.3 Kooperationen Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Im Arztbrief werden die entsprechenden Kontaktdaten (Telefonnummern, Ansprechpartner) für die Möglichkeit zur Wiedervorstellung bei Komplikationen etc. genannt.</p>
1.3.5	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. 	<p>Im QM-Handbuch unseres OZ ist die Vorgehensweise zur Einweiserzufriedenheitsermittlung definiert. Ein einheitlicher Fragebogen wurde entwickelt.</p> <p>In Auswertung des Zertifizierungsaudits 12/2015 erfolgte seitens der Leitung des OZ eine genaue Absprache mit der QM-Abteilung zur Organisation, Durchführung und Auswertung der Einweiserbefragung. Es wurde unter Berücksichtigung der erhaltenen Hinweise der zentrale Einweiserfragebogen modifiziert und zentrenspezifisch angepasst. In der Lenkungsgremiumssitzung vom 14.01.2016 wurde dieser Bogen vorgestellt und die entsprechende Terminierung für das gesamte Onkologische Zentrum im Hinblick auf die Harmonisierung der Stichtage der Audittermine festgelegt. Dies diente vor allem der Organisation der Inanspruchnahme der Ressourcen der QM-Abteilung durch das OZ.</p> <p>Die Einleitung von entsprechenden Maßnahmen bzgl. der erhaltenen Ergebnisse obliegt der Verantwortung der Organkrebszentrumsleiter.</p> <p>Die Durchführung der ersten zentrumsweiten Einweiserbefragung erfolgte bis zum 31.03.2016.</p> <p>Die letzte Einweiserbefragung für alle Zentren des OZ fand von 01 – 03/2019 statt. Eine Vorstellung der Auswertung und Diskussion der Ergebnisse ist durch die QM-Abteilung im Rahmen der Lenkungsgremiumssitzung am 23.05.2019 erfolgt.</p> <p>Die nächste zentrumsweite Einweiserbefragung des OZ ist von 01 - 03/2022 geplant.</p> <p>Da das hämatologische Zentrum 2020 erstzertifiziert wird, ist aufgrund der Erfordernisse des Erhebungsbogens (Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit vorliegen) für dieses Zentrum eine zusätzliche Einweiserbefragung von 01 - 03 /2021 geplant.</p>
1.3.6	<p>Fortbildungen</p> <p>Es sind mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/ Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.</p>	<p>Im Jahresplan des OZ werden alle Veranstaltungen dargestellt. Die Planung der Fortbildungen erfolgt so frühzeitig wie möglich, um eine gute Abstimmung zwischen den Zentren zu erzielen und Terminüberschneidungen zu verhindern. Aufgrund der Vielzahl der Veranstaltungen, die bereits durch die Organzentren organisiert wurden und an denen alle Mitglieder des OZ teilnehmen, vereinbarten wir, nur einmal jährlich eine zentrale Fortbildung seitens des OZ zu organisieren.</p> <p>Diese war für 2019 der Thematik „Begleitung von Sterbenden allgemein und in der Klinik als besondere Situation“ gewidmet und fand unter Leitung eines externen Referenten Herr Doll (Leiter Ambulanter Hospizdienstes Cottbus + Niederlausitz) am 21.11.2019 statt.</p>

1.3 Kooperationen Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		Weitere Fortbildungen wurden 2019 zentrumsspezifisch organisiert und durchgeführt. Alle Fortbildungsveranstaltungen sind im Jahresplan des OZ ersichtlich

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.4.1	<p>Psychoonkologie-Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert <p>jeweils mit 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.</p> <p>und psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt).</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulante) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelprüfung erforderlich.</p>	<p>2019 waren für das OZ des CTK 4 Mitarbeiterinnen in der Psychoonkologie beschäftigt:</p> <p>2020 sind für das OZ des CTK 4 Mitarbeiterinnen in der PSO beschäftigt:</p> <p>Die Qualifikationen liegen im Sekretariat der verantwortlichen Chefärztin Psychiatrie Chefärztin Frau Dr. Sikorski vor und können dort eingesehen werden.</p>
1.4.2	<p>Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>	<p>Im OZ des CTK ist der Ablauf des psychoonkologischen Screenings, der Zugang zur psychoonkologischen Betreuung und die Betreuung selbst im Lenkungsgremium des OZ besprochen und das Betreuungskonzept zusammengefasst und im QM-Handbuch des OZ dargestellt.</p>

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Vorgehensweise generell: Patient*innen erhalten durch die behandelnden Mediziner*inne in der jeweiligen Klinik nach Diagnosestellung / Aufklärungsgespräch – seit 06/2015 - den Hornheider Fragebogen.</p> <p>Wird der Bedarf einer psychoonkologischen Beratung (bei ≥ 4 Pkt. Anmeldung über Konsil in ORBIS) erkannt, folgt die Anmeldung eines psychoonkologischen Konsils durch den zuständigen Arzt.</p> <p>Das CTK sichert zu, dass jeder Patient des Onkologischen Zentrums die Möglichkeit hat, ein psychoonkologisches Gespräch zu führen. Der behandelnde Arzt veranlasst außerdem bei akutem Bedarf oder auf Wunsch des Patienten den Kontakt. Die Bearbeitung der Konsile erfolgt durch die oben genannten Mitarbeiterinnen der Psychoonkologie. Sie nehmen zeitnah Kontakt zum Patienten auf. Darüber hinaus kann bei Krisensituationen die psychoonkologische Betreuung telefonisch über das Chefarztsekretariat der Psychiatrie oder über die persönlichen Kontaktdaten der einzelnen Mitarbeiter direkt angefordert werden.</p> <p>Für die onkologischen Patienten der HNO1 wurde aufgrund des erhöhten Bedarfs eine enge Zusammenarbeit mit der Klinikseelsorge vereinbart.</p> <p>Zusätzlich findet sich eine Darstellung der Angebote und Leistungen der Psychoonkologie in den Patientinformationsmappen des OZ und in Informationsflyern der Psychoonkologie. So können Patienten als auch Angehörige niederschwellig Kontakt mit der Psychoonkologie aufnehmen.</p> <p>Die Dokumentation der Gespräche erfolgt patientenbezogen in Orbis (Termine, Gesprächsdauer, Befunde, Tätigkeit, ggf. Beurteilung) durch die Mitarbeiterinnen der Psychoonkologie.</p> <p>In der Patientinformationsmappe und dem Flyer wurden zusätzlich zur E-Mail-Adresse die Telefonnummern der Psychoonkologinnen hinterlegt.</p> <p>Um ein unterschwelliges Angebot für die Patienten zu ermöglichen, wurden noch die Kontaktdaten des Chefarztsekretariates der Psychiatrie, dem im CTK die Psychoonkologie zugeordnet wurde, angegeben.</p>
1.4.3	<p>Psychoonkologie - Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Anforderungen der Organkrebszentren/ Module sind gesondert zu betrachten</p>	<p>Die personellen Ressourcen seitens der Psychoonkologie wurden seit Erstzertifizierung im Dezember 2015 entsprechend den Erfordernissen des Erhebungsbogens bis 2019 erhöht.</p> <p>Die weitere Planung bzgl. psychoonkologischer Ressourcen erfolgt entsprechend der Anzahl und des Zeitaufwandes der geleisteten psychoonkologischen Konsile, in Verantwortung der zuständigen Chefärztin für Psychiatrie. Die Zuordnung und Verteilung der personellen Ressourcen auf die einzelnen Organzentren orientiert sich</p>

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums																	
	<p>Empfehlung: Für koordinierende und wissenschaftliche Aufgaben sind ggf. weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z.B. Dokumentationsassistenten).</p>	<p>neben den Erfordernissen des Erhebungsbogens an dem Anforderungsverhalten der Patienten.</p> <p>Seitens der Leitung des OZ wird mind. zweimal jährlich die Thematik der Psychoonkologie in der Lenkungsgremiumssitzung aufgegriffen. Dies erfolgte in der Lenkungsgremiumssitzung am 17.01.2019, am 21.03.2019, am 11.4.2019, am 23.5.2019, am 15.8.2019, am 12.9.2019, sowie am 16.01.2020 und am 18.6.2020.</p>																	
1.4.4	<p>Umfang der Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Patienten, welche eine Psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen 	<p>Die Anzahl der betreuten Krebspatienten sowie die Häufigkeit und Dauer der Gespräche werden von den Psychoonkologen in Orbis erfasst.</p> <p>Anzahl der betreuten OZ-Primärfälle im Zeitraum 01.01. – 31.12.2019 = 399 Patienten</p> <p>Die Erfassung im Sinne der Kennzahlendarstellung erfolgt durch die Tumordokumentare im GTDS.</p> <p>Die Erfassung der Gesamtzahl der erfolgten Konsile 2019 durch die PSO wird nach Beendigung der COVID-19 Situation mit Hilfe von Hrn. Schicketanz (Leiter Medizincontrolling) erhoben. In dieser sind dann auch Mehrfachkonsultationen eines Patienten erkennbar.</p> <table border="1" data-bbox="869 1151 1469 2056"> <thead> <tr> <th data-bbox="869 1151 1331 1205">Entität</th> <th data-bbox="1334 1151 1469 1205">Quote 2019 bzgl. PF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="869 1209 1331 1317"> Darm Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1209 1469 1317"> 31/134 23,13 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 1321 1331 1429"> Pankreas Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1321 1469 1429"> 21/39 53,85 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 1433 1331 1563"> Schwerpunkt S1 (Gallenwege, NET und Dünndarm-Tumore) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1433 1469 1563"> 9/27 33,33 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 1568 1331 1675"> Mamma Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1568 1469 1675"> 83/204 40,69 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 1680 1331 1787"> GYN-Tumore Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1680 1469 1787"> 30/74 40,54 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 1792 1331 1899"> Prostata Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1792 1469 1899"> 37/154 24,03 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 1904 1331 2056"> Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1334 1904 1469 2056"> 46/156 29,49 % </td> </tr> </tbody> </table>	Entität	Quote 2019 bzgl. PF	Darm Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	31/134 23,13 %	Pankreas Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	21/39 53,85 %	Schwerpunkt S1 (Gallenwege, NET und Dünndarm-Tumore) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	9/27 33,33 %	Mamma Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	83/204 40,69 %	GYN-Tumore Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	30/74 40,54 %	Prostata Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	37/154 24,03 %	Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	46/156 29,49 %	
Entität	Quote 2019 bzgl. PF																		
Darm Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	31/134 23,13 %																		
Pankreas Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	21/39 53,85 %																		
Schwerpunkt S1 (Gallenwege, NET und Dünndarm-Tumore) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	9/27 33,33 %																		
Mamma Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	83/204 40,69 %																		
GYN-Tumore Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	30/74 40,54 %																		
Prostata Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	37/154 24,03 %																		
Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	46/156 29,49 %																		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums						
		<table border="1" data-bbox="874 383 1522 658"> <tr> <td data-bbox="874 383 1334 443">Zentrum Hämatologische Neoplasien</td> <td data-bbox="1334 383 1522 443"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 443 1334 533">Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote</td> <td data-bbox="1334 443 1522 533">45/118 38,14 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 533 1334 658">KHT-Tumore (HNO, MKG) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote</td> <td data-bbox="1334 533 1522 658">97/132 73,48 %</td> </tr> </table> <p data-bbox="874 712 1417 743">Siehe dazu bitte auch die Anlagen Tumorentitäten.</p>	Zentrum Hämatologische Neoplasien		Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	45/118 38,14 %	KHT-Tumore (HNO, MKG) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	97/132 73,48 %
Zentrum Hämatologische Neoplasien								
Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	45/118 38,14 %							
KHT-Tumore (HNO, MKG) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	97/132 73,48 %							
1.4.5	<p>Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>	<p>Für die Psychoonkologie stehen verschiedene Räumlichkeiten (Untersuchungs- oder Besprechungsräume, Kanzel) auf den jeweiligen Stationen zur Verfügung, die auf Anfrage genutzt werden dürfen.</p> <p>Eine weitere Möglichkeit für ein individuelles Gespräch mit dem Patienten besteht in den jeweiligen Büroräumen der Psychoonkologinnen.</p> <p>Zum Teil, bedingt durch Bettlägerigkeit der Patient*innen oder fehlende Räume (insbesondere auf der M2/3) und werden Gespräche mit Einverständnis des Bedürftigen im Patientenzimmer geführt. Unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes und der Belastung der Mitpatient*innen ist dies als kritisch zu bewerten.</p>						
1.4.6	<p>Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.</p>	<p>2019/2020:</p> <p>Mitarbeiter 1: war primäre Ansprechpartnerin für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Darmzentrum ➤ Pankreaszentrum ➤ Schwerpunkt S1 (gastrointestinale Tumore) <p>Mitarbeiter 2: war primäre Ansprechpartnerin für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hämatologie (S5) ➤ Hautkrebszentrum ➤ Palliativ (PAL1) <p>Mitarbeiter 3: war primäre Ansprechpartnerin für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prostatazentrum ➤ Schwerpunkt S6 (urologische Tumore) ➤ Kopf-Hals-Zentrum (HNO) <p>Mitarbeiter 4: war primäre Ansprechpartnerin für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Brustzentrum ➤ Gynäkologisches Zentrum ➤ Kopf-Hals-Zentrum (MKG) <p>Es erfolgt ein regelmäßiger Austausch über die Konsilanmeldungen und ggf. Übernahmen der Konsile aus dem Zuständigkeitsbereich.</p> <p>Die Arbeitsweise der Psychoonkologinnen unter den aktuellen Gegebenheiten der Neueinstellung von Kolleginnen wird im Laufe des Jahres 2020 neu festgelegt.</p>						

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Die weitere Planung bzgl. psychoonkologischer Ressourcen erfolgt entsprechend der Anzahl und des Zeitaufwandes der geleisteten psychoonkologischen Konsile, in Verantwortung der zuständigen Chefärztin für Psychiatrie.</p> <p>Die Zuordnung und Verteilung der personellen Ressourcen auf die einzelnen Organzentren orientiert sich neben den Erfordernissen des Erhebungsbogens an dem Anforderungsverhalten der Patienten.</p> <p>Eine Einschätzung der psychoonkologischen Durchdringung der Organzentren erfolgte im Qualitätszirkel des Onkologischen Zentrums am 15.06.2017 und war erneut Thema der Lenkungsgremiumssitzung am 14.09.2017.</p> <p>Seitens der Leitung des OZ wird mind. zweimal jährlich die Thematik der Psychoonkologie in der Lenkungsgremiumssitzung aufgegriffen. Letztmalig erfolgte dies in der Lenkungsgremiumssitzung 17.01.2019, 21.03.2019, am 11.4.2019, am 23.5.2019, am 15.8.2019, am 12.9.2019 sowie am 16.01.2020 und am 18.6.2020.</p>	
1.4.7	<p>Psychoonkologie - Aufgabenprofil Die psychoonkologische Betreuung von Patienten ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p>	<p>Das OZ am CTK sichert eine psychoonkologische Versorgung während des stationären Aufenthaltes zu.</p> <p>Zum Aufgabenprofil der Psychoonkologie gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Unterstützung und Begleitung der Patienten in allen Phasen der Behandlung • Regelmäßige Überprüfung der Konsile • Bereitstellung von Informationen für Patienten und Mitarbeiter in mündlicher und schriftlicher Form • Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote • Schulung und ggf. Betreuung (Supervision) von Mitarbeitern des OZ • Dokumentation der Nachfrage (ggf. auch der Ablehnung) und der Tätigkeit im ORBIS • Abstimmung mit und Rückmeldung an den behandelnden Arzt • Informationsaustausch mit Sozialdienst bzw. Seelsorge • Regelmäßige Teilnahme am Tumorboard und Qualitätszirkeln • Die Psychoonkologen stellen ihre Arbeit mind. 2x jährlich im Rahmen des Lenkungsgremiums vor. <p>Die Einhaltung dieser Anforderungen ist seitens des CTK in der Kooperationsvereinbarung zur Sicherstellung der supportiven Therapien gewährleistet. Dieser ist beim Koordinator des OZ einsehbar.</p> <p>Zur intensiveren poststationären Betreuung erhält der Patient auf Wunsch Vorschläge für ambulante Therapieangebote. Hierbei gibt es in Cottbus zwei Psychologen mit psychoonkologischem Schwerpunkt, zu denen Kontakt aufgenommen werden kann.</p> <p>Die Thematik der ambulanten psychoonkologischen Betreuung (Beratungsstelle) war Gegenstand der Lenkungsgremiumssitzung am 12.9.2019.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		Seitens des OZ ist für 2020 der Aufbau einer ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstelle am CTK angestrebt.	
	<p>Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening • Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Patientenveranstaltung o.ä.) • Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels 	<p>Es bestehen folgende Angebote seitens der psychoonkologischen Abteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Unterstützung und Begleitung in allen Phasen der Behandlung • Beratung und Informationen zur Erkrankung und zum Umgang mit Erkrankungsfolgen • Förderung der Krankheitsverarbeitung und Stressbewältigung • Aktivierung persönlicher Ressourcen • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes (Angebote von Paar/Familiengesprächen) • Unterstützung bei Entscheidungen im Behandlungsverlauf • Stabilisierung und Entlastung in Krisensituationen • Umgang mit belastenden Gefühlen (Angst, Depressivität, Hilflosigkeit, Wut etc.) und körperlichen Veränderungen • Entwicklung einer veränderten Lebensperspektive • Durchführung von Entspannungsverfahren (AT, PMR, Imaginationstechniken, CIPBS) <p>Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote im ambulanten Sektor (psychologische Weiterbetreuung, Selbsthilfegruppen)</p>	
	<p>Empfohlen wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren. • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte). • Regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • Kooperation mit Sozialdienst und anderen Zentren • Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen. 	<p>Um den Informationsaustausch zwischen medizinischen Behandlern und der Psychoonkologie sicher zu stellen, sind der Patientenkontakt und auch ggf. Empfehlungen der Psychoonkologie stets im Konsilprotokoll (ORBIS) als Vorabbeurteilung einsehbar, welches in der Patientenakte hinterlegt wird.</p> <p>Die regelmäßige Teilnahme der Psychoonkologinnen an den Visiten (insbesondere Chefarztvisiten) der entsprechenden Kliniken ermöglicht direkten, interdisziplinären Informationsaustausch.</p> <p>Zusätzlich ist eine Teilnahme eines Mitarbeiters der Psychoonkologie am Supportiven QZ gewährleistet.</p> <p>Jährlich wird für Pflegekräfte ein zentrumsspezifischer Fortbildungsplan erstellt, in dem auch psychoonkologische Themen vorgestellt werden.</p> <p>Seitens des OZ wurde eine 1 x jährliche Teilnahme der Psychoonkologinnen an Tumorkonferenzen festgelegt. Eine Vorstellung der Arbeit der Psychoonkologinnen in der Tumorkonferenz ist aus unserer Sicht nicht praktikabel, da der Zeitrahmen und die Ressourcen der beteiligten Fachrichtungen dies nicht gestatten. Aus diesem Grund wird die Arbeit der Psychoonkologinnen im Rahmen des Lenkungsremiums und ggf. in den Qualitätszirkeln vorgestellt und thematisiert.</p>	
1.4.8	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) durchzuführen.</p>	<p>Die Identifikation des Behandlungsbedarfs zur psychosozialen Belastung erfolgt über das Hornheider Screening Instrument und über das ärztliche Gespräch.</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>	<p>Verantwortlich für die Ausgabe der Bögen sind die Fachbereichskoordinatoren der einzelnen Zentren des OZ.</p> <p>Wird der Bedarf beim Patienten erkannt (Cut off ≥ 4) und stimmt der Patient einem psychoonkologischen Gesprächsangebot zu, erfolgt die Anforderung eines Konsils (KIS-System/ORBIS) durch den zuständigen Arzt.</p> <p>Die Dokumentation der Anzahl, Häufigkeit und Dauer der Kontakte erfolgt im ORBIS.</p> <p>Zusätzlich verwalten die Psychologinnen je nach eigener Einschätzung die erfolgten Kontakte in einer Excel-Liste, z.Z. aktualisiert bis 03/2019.</p> <p>Ziel für die Zukunft wäre es, die psychoonkologische Betreuungssituation der einzelnen Patienten mit der psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado) fortlaufend zu dokumentieren.</p>	
1.4.9	<p>Fort-/ Weiterbildung/ Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich) 	<p>Ein prospektiver Fortbildungsplan wird geführt. Der Nachweis der durchgeführten Fortbildungen wird in der Psychoonkologie geführt.</p> <p>Die Psychoonkologen nehmen immer an den gemeinsamen Veranstaltungen des OZ mit den Supportivpartnern teil. Diese fand am 21.11.2019 zur Thematik: „Begleitung von Sterbenden allgemein und in der Klinik als besondere Situation“ statt.</p> <p>Die nächste Veranstaltung mit den Supportivpartnern ist am 26.11.2020 geplant. Thematisch soll es dabei um den Aufbau, die inhaltliche Ausrichtung und mögliche Zusammenarbeit im Rahmen der ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstelle des OZ am CTK gehen.</p> <p>Aufgrund der Kooperation des OZ mit der LAGO nehmen unsere Psychoonkologen am Arbeitskreis „Psychoonkologie“ der LAGO teil. Dieser Arbeitskreis trifft sich 2x jährlich und verbindet einen Großteil der psychoonkologisch Tätigen in Brandenburg. Das letzte Treffen fand am 11.03.2019 statt.</p> <p>Die Psychoonkologen nehmen an der interdisziplinären Tumorkonferenz teil.</p> <p>Die Möglichkeit einer internen Supervision durch die Chefarztin der Psychiatrie ist 14-tägig gegeben.</p> <p>2019 wurde Supervision regelhaft nur für die Palliativstation als externe Dienstleistung in Anspruch genommen.</p> <p>Entsprechend den Erfordernissen des EB wurde seit 2019 eine externe Supervision auch für die Psychoonkologen angestrebt. Diesbezüglich erfolgten Antragstellungen bei der Krankenhausleitung. Außerdem wurden Anfragen an die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) bzgl. der Kontaktherstellung zu anerkannten Supervisor/inn/en gerichtet. Entsprechende Qualifikationen und Anfahrtszeiten der Supervisor/inn/en sowie der seitens des CTK gewünschte</p>	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Zeiträumen (bestenfalls 2x monatlich für je 1,5 h) wurden berücksichtigt.</p> <p>Auf sieben Anfragen, erfolgten vier Absagen und zwei Angebote.</p> <p>Das Angebot von Herrn Klepzig möchte das Team der Psychoonkologen annehmen. Derzeit werden die vertraglichen Details geklärt. Es umfasst die 2 x monatliche Supervision.</p>

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.5.1	<p>Sozialarbeit - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich • Zusatzqualifikation • Erfahrung in medizinischen/onkologischen Berufsfeld 	<p>Im Carl-Thiem-Klinikum Cottbus sind 10 Mitarbeiterinnen im Sozialdienst beschäftigt.</p> <p>Nachweise über Qualifikationen können in der Personalabteilung und bei der Leitung Sozialdienst eingesehen werden.</p> <p>Ansprechpartner für das Onkologische Zentrum ist die Abteilungsleitung Sozialdienst.</p> <p>Die Abteilung Sozialdienst unterliegt der Verwaltung/Zentrales Patientenmanagement.</p>
1.5.2	<p>Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Patienten 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.</p>	<p>Durch die Pflegekräfte erhalten die Patienten das Angebot des Sozialdienstes. Grundsätzlich erfolgt für alle Patienten die Anforderung zum Sozialdienst. Die Anforderung erfolgt per digitaler Konsilanforderung über ORBIS an den Sozialdienst.</p> <p>Sobald die Konsilanforderung vorliegt erfolgt die Verteilung an den jeweilig zuständigen Sozialarbeiter.</p> <p>Der zuständige Sozialarbeiter nimmt spätestens am Folgetag Kontakt zum Patienten auf.</p> <p>Abhängig von der Erkrankung und von der persönlichen Situation des Patienten wird die Beratung und Übergabe von Informationsmaterial abgestimmt und alle Belange erfasst.</p> <p>IdR erfolgt ein 2. Besuch des Sozialdienstes, um die gewünschten und erforderlichen Unterlagen zu überreichen und die notwendigen Anträge in die Wege leiten zu können.</p> <p>Jederzeit besteht für die Patienten die Möglichkeit den Sozialdienstmitarbeiter zu kontaktieren.</p> <p>Weitere Besuche beim Patienten sind notwendig bei Abbruch oder Abschluss der Therapie, bei Einleitung von Rehammaßnahmen oder bei Umstellung des Patienten auf eine palliative Situation.</p> <p>(Die detaillierten Abläufe sind in einer gesonderten Verfahrensbeschreibung erfasst)</p> <p>Für die ambulanten Patienten (Bestrahlungspatienten) bestehen feste Sprechstundenzeiten, hier ist keine</p>

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums											
		<p>Terminierung notwendig.</p> <p>IdR werden die Patienten am Bett beraten (Datenschutz wird gewährleistet). Mobile Patienten können jederzeit auf Wunsch die Beratung im Büro des Sozialdienstes erhalten.</p> <p>Über die Patienteninformationsmappe sowie über die Homepage werden die Patienten auf den Sozialdienst und die jeweils zuständigen Sozialarbeiter hingewiesen und können auch selbständig Kontakt aufnehmen.</p>											
1.5.3	<p>Ressourcen Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 Beratungen bei Patienten des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p>	<p>Aktuell sind die personellen Ressourcen des Sozialdienstes ausreichend.</p> <p>Die anhand der Vorgabe berechnete Beratungskapazität liegt deutlich über der vorhandenen. Die VK des Sozialdienstes (8,25VK) sind erforderlich für die Beratung aller Patienten des CTK, unabhängig ob Zentrumspatient oder nicht.</p> <p>Die Zuordnung der Sozialdienstmitarbeiter erfolgt nicht zentrums-spezifisch, sondern stations-spezifisch.</p>											
1.5.4	<p>Umfang Patientenbetreuung Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.</p>	<p>Die Anforderung, Verlaufsdocumentation und Leistungserfassung erfolgt im ORBIS.</p> <p>Die patientenbezogene Dokumentation der Beratung erfolgt bereits seit 01.01.2015 im Orbis.</p> <p>Ziel ist es, durch eine durchgängige digitale Datenerfassung der Beratungen den wirklichen Betreuungsaufwand seitens des Sozialdienstes inklusive Mehrfachzugänge und Beratungszeiten über Orbis auszuwerten.</p> <p>Die Auswertung für den Erhebungsbogen bzw. die Anlagen Tumorentitäten erfolgt durch die Medizinischen Dokumentare im GTDS.</p> <p>Die Anzahl der betreuten Primärfall-Patienten des OZ im Zeitraum 01.01. – 31.12.2019 = 761 Patienten</p> <table border="1" data-bbox="874 1541 1465 2063"> <thead> <tr> <th data-bbox="874 1541 1305 1594">Entität</th> <th data-bbox="1305 1541 1465 1594">Quote 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="874 1594 1305 1688"> Darm Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 1594 1465 1688"> 103/134 76,87 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 1688 1305 1809"> Pankreas Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 1688 1465 1809"> 23/39 58,97 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 1809 1305 1966"> Schwerpunkt S1 (Gallenwege, NET und Dünndarm-Tumore) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 1809 1465 1966"> 19/27 70,37 % </td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 1966 1305 2063"> Mamma Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 1966 1465 2063"> 190/204 93,14 % </td> </tr> </tbody> </table>	Entität	Quote 2019	Darm Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	103/134 76,87 %	Pankreas Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	23/39 58,97 %	Schwerpunkt S1 (Gallenwege, NET und Dünndarm-Tumore) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	19/27 70,37 %	Mamma Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	190/204 93,14 %	
Entität	Quote 2019												
Darm Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	103/134 76,87 %												
Pankreas Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	23/39 58,97 %												
Schwerpunkt S1 (Gallenwege, NET und Dünndarm-Tumore) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	19/27 70,37 %												
Mamma Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	190/204 93,14 %												

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums											
		<table border="1" data-bbox="869 376 1463 958"> <tr> <td data-bbox="869 376 1305 495"> GYN-Tumore Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 376 1463 495">71/74 95,95 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 495 1305 607"> Prostata Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 495 1463 607">87/154 56,49 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 607 1305 734"> Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 607 1463 734">79/156 50,64 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 734 1305 835"> Zentrum Hämatologische Neoplasien Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 734 1463 835">78/118 66,10 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="869 835 1305 958"> KHT-Tumore (HNO, MKG) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote </td> <td data-bbox="1305 835 1463 958">111/132 84,09 %</td> </tr> </table> <p data-bbox="869 1014 1422 1043">Siehe dazu bitte auch die Anlagen Tumorentitäten.</p> <p data-bbox="869 1070 1463 1290">Der zeitliche Umfang der Patientenbetreuung richtet sich nach den sich verändernden Bedürfnissen der Patienten während ihrer Behandlung (siehe Punkt 1.5.7). Die Betreuungsintensität seitens des Sozialdienstes liegt höher als die oben dargestellte Quote, da die Patienten in den meisten Fällen mehrfach von Mitarbeitern des Sozialdienstes aufgesucht und zu den aktuell wichtigen Belangen beraten und unterstützt werden.</p> <p data-bbox="869 1317 1445 1397">Außerdem geht die Zahl der durch den Sozialdienst betreuten Patienten mit Tumorerkrankungen über die Primärfallzahl hinaus.</p>	GYN-Tumore Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	71/74 95,95 %	Prostata Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	87/154 56,49 %	Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	79/156 50,64 %	Zentrum Hämatologische Neoplasien Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	78/118 66,10 %	KHT-Tumore (HNO, MKG) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	111/132 84,09 %	
GYN-Tumore Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	71/74 95,95 %												
Prostata Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	87/154 56,49 %												
Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	79/156 50,64 %												
Zentrum Hämatologische Neoplasien Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	78/118 66,10 %												
KHT-Tumore (HNO, MKG) Primärfallvorstellung / Primärfälle Quote	111/132 84,09 %												
1.5.5	Räumlichkeiten Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	<p data-bbox="869 1429 1463 1568">Im Carl-Thiem-Klinikum stehen den Mitarbeitern des Sozialdienstes 8 Einzelbüros und 1 Doppelbüro zur Verfügung. Die Büros befinden sich im Altbau Haus 45 Ebene 1 Zimmer 329 – 336 und Haus 44 Ebene 1 Zimmer 398 des Klinikums.</p> <p data-bbox="869 1594 1425 1648">Die Sozialarbeiterin für die Geriatrie hat ihr Büro im Neubau, Ebene 2 direkt hinter der Station.</p>											
1.5.6	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	<p data-bbox="869 1680 1463 1818">Für die Wahrnehmung der Aufgaben existiert ein Zuständigkeitsplan mit Vertretungsregelung. Dieser Plan ist beim Sozialdienst verfügbar. Im Intranet sowie auf der Homepage ist eine Liste der Zuständigkeiten aufgeführt.</p>											
1.5.7	Inhalte der Beratung: <ul data-bbox="263 1883 839 2101" style="list-style-type: none"> • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen RehaMaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen Fragen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleitungen, Renten, 	<p data-bbox="869 1850 1463 1930">Für die Mitarbeiter des Sozialdienstes liegt eine Stellenbeschreibung vor, diese ist im Einarbeitungsorder des Sozialdienstes zugänglich.</p> <p data-bbox="869 1957 1463 2016">Folgende Aufgaben werden durch den Sozialdienst abgedeckt:</p> <ul data-bbox="895 2042 1453 2121" style="list-style-type: none"> • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen RehaMaßnahmen 											

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile u.v.a.m.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten und Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Intervention bei Notfällen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung in sozialrechtlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile u.v.a.m.) • psychosoziale Beratung zur Krankheitsbewältigung sowie bei persönlichen Schwierigkeiten • Information und Beratung in sozialrechtlichen Fragen (insb. zu medizinischer/beruflicher Rehabilitation, Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungen der Pflegeversicherung etc.) • Unterstützung bei Antragsverfahren (insb. für onkologische Reha, ambulante Versorgung, Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung) • Organisation der Weiterbetreuung nach der Entlassung (insb. häusliche Versorgung, ambulante und stationäre Leistung der Pflegeversicherung) • Beratung über Hilfsmittel • Information und Beratung über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und gesetzliche Betreuung • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Intervention bei Notfällen • Zusammenarbeit mit dem Hospiz, Kontaktpflege und Regelung der gegenseitigen Information • Dokumentation des Angebots, Empfehlungen und Tätigkeit in der Patientenakte • Bereitstellen von Informationen in mündlicher und schriftlicher Form (Darstellung des Leistungsangebotes in Patienteninfomappe, Liste der kooperierenden Einrichtungen mit Kontaktdaten) • Abstimmung mit und Rückmeldung an den behandelnden Arzt • geregelter Informationsaustausch mit Psychoonkologie • Unterstützung der Dokumentarin bei der Erstellung von Statistiken und Bereitstellung der erforderlichen Kennzahlen 	
1.5.8	<p>Weitere Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Teilnahme an Stations- und Tumorkonferenzen, Supervision • interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a. 	<p>In den Büros des Sozialdienstes liegen aktuelle Listen sowie Broschüren, Prospekte und Flyer der kooperierenden Einrichtungen (onkologische Reha, Hospiz etc.) und anderer Kontaktstellen mit Ansprechpartnern und Kontaktdaten vor.</p> <p>Palliativteam Die Abstimmungen des Sozialarbeiters mit den Partnern des Palliativteams erfolgt bedarfsgerecht und kurzfristig in persönlichen Gesprächen.</p> <p>Die Mitarbeiter des Sozialdienstes nehmen 1 x jährlich an der interdisziplinären Tumorkonferenz teil.</p> <p>Vertreter des Sozialdienstes sind Teilnehmer an den Besprechungen der Arbeitsgruppe „Onkologische Pflege“ (alle 8 Wochen).</p>	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		Perspektivisch wird eine bedarfsweise Teilnahme des Sozialdienstes an onkologischen Pflegevisiten angestrebt.	
1.5.9	Dokumentation und Evaluation Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu dokumentieren (z.B. Lexsoft; ISH-med; DVSG Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen) und zu evaluieren.	Eine Dokumentation der Tätigkeit des Sozialarbeiters erfolgt über Orbis und wird evaluiert. Durch das ZBM erfolgt 48 h nach Entlassung eine Befragung der Nachversorger, um Probleme aufzudecken und zu korrigieren. Rückmeldungen über und Erfahrungen mit kooperierenden Einrichtungen werden von den Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes dokumentiert und abgeheftet. Probleme und Rückmeldungen werden im Arbeitskreis der Sozialdienste besprochen.	
1.5.10	Fort-/ Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).	Nachweise zur Fort-/Weiterbildung finden sich vor Ort bei den Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes. Die Sozialarbeiter wurden über die Teilnahme an der Tumorkonferenz als Weiterbildungsmöglichkeit informiert und werden regelmäßig zu den Qualitätszirkeln, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie Patientenveranstaltungen des Standorts eingeladen bzw. beteiligt. Eine bedarfsweise Teilnahme des Sozialdienstes an onkologischen Pflegevisiten wird angestrebt.	
1.5.11	Patientenbezogene Auswahl Reha-Einrichtungen Den Patienten sollte bei bestehender Indikation eine onkologische Reha im Gespräch angeboten werden. (siehe auch 1.5.7) Die Auswahl der Reha-Einrichtung hat entsprechend der Versorgungsbedürfnisse des Patienten bedarfsgerecht zu erfolgen. Dokumentation der Beratungsgespräche über Nachweis des AHB-Antrages.	Grundsätzlich wird den Patienten posttherapeutisch durch die betreuenden Ärzte eine Rehabilitationsmaßnahme angeboten. Die Empfehlung der Reha-Einrichtung erfolgt bedarfsgerecht entsprechend der Versorgungsbedürfnisse des Patienten durch den Sozialdienst. Das Auswahlverfahren und die Anmeldung in den Rehabilitationskliniken unterscheiden sich bei den verschiedenen Kostenträgern (Rentenversicherungen). Das Antragsverfahren der DRV Bund erlaubt es, den Patienten geeignete Vertragskliniken zu benennen und, bei Erfüllung der Voraussetzungen, die Anmeldung in der Wunschklinik des Patienten vorzunehmen. Bei der DRV Brandenburg und der DRV KBS ist eine Voranmeldung nicht möglich, diese erfolgt erst nach Prüfung der Voraussetzungen durch die Rentenversicherung. Patientenwünsche werden berücksichtigt und dem Kostenträger übermittelt. Die Dokumentation des Beratungsgesprächs, der Antragstellung und ggf. der Kontaktaufnahme zu der Rehabilitationsklinik erfolgt über das ORBIS.	
1.5.12	Information Reha-Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> • Informationsmaterial über die einzelnen Reha-Einrichtungen muss zur Verfügung stehen. • Die Besonderheiten/ Schwerpunkte der jeweiligen Reha-Einrichtung bei der Versorgung der onkologischen Patienten müssen bekannt und transparent sein. 	Der Sozialarbeiter informiert den Patienten über geeignete Vertragskliniken der verschiedenen Kostenträger. Informationsmaterial verschiedener Kliniken liegt in den Büros der Sozialarbeiter bereit und kann den Patienten bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Im Land Brandenburg ist es seitens des CTK nicht gestattet, Kooperationsvereinbarungen mit einzelnen Sanitätshäusern oder Rehakliniken zu schließen. Aus diesem Grund wurde in der Patienteninformationsmappe	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>und im Intranet eine Liste der Sanitätshäuser und Rehakliniken in Cottbus und Umgebung hinterlegt.</p> <p>Der Sozialdienst leitet die Verordnungen und Anträge entsprechend der Wahl des Patienten an die jeweiligen Einrichtungen weiter. Dabei müssen die unterschiedlichen Verfahrensweisen und Versorgungsverträge der einzelnen Krankenkassen berücksichtigt werden.</p> <p>Hinsichtlich der qualitativen Voraussetzungen der Sanitätshäuser und Rehakliniken wird von einer einrichtungsspezifischen Qualitätssicherung ausgegangen.</p>

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.6.1	<p>Patientenbefragungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. alle 3 Jahre wird einmal über 3 Monate allen Patienten die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten). 	<p>Im QM-Handbuch des CTK ist die Vorgehensweise zur Patientenbefragung definiert.</p> <p>In Auswertung des Zertifizierungsaudits 12/2015 erfolgte seitens der Leitung des OZ eine genaue Absprache mit der QM-Abteilung zur Organisation, Durchführung und Auswertung der Patientenbefragung. Es wurde unter Berücksichtigung der erhaltenen Hinweise der zentrale Patientenfragebogen modifiziert und zentren-spezifisch angepasst und die Terminierung festgelegt. Dies dient vor allem der Organisation der Inanspruchnahme der Ressourcen der QM-Abteilung durch das OZ.</p> <p>Die Durchführung der ersten zentrumsweiten Patientenbefragung erfolgte bis zum 18.04.2016.</p> <p>Seit 10/2017 erfolgt die Patientenbefragung kontinuierlich über einen standardisierten Fragebogen von Clinotel. Dieser ersetzt die bisherigen Fragebögen des OZ. Die Akzeptanz dieses Vorgehens wurde vor Implementierung (Lenkungsgrremiumssitzung 03/2017) bei OnkoZert angefragt. Die Auswertungen erfolgen monatlich extern durch die Firma anaQuesta.</p> <p>Für das laut Erhebungsbogen festgelegte Intervall der Patientenbefragung vereinbarten wir, dass die fachspezifische Auswertung (inkl. Rücklaufquote) trotzdem unter Koordination der QM-Abteilung erfolgt und das Ergebnis im Rahmen des OZ Qualitätszirkels vorgestellt und durch die Leitung der Zentren/ Module/ Schwerpunkte bewertet wird. Bei Bedarf werden Maßnahmen eingeleitet.</p> <p>Die letzte Patientenbefragung für alle Zentren des OZ entsprechend des im Erhebungsbogen festgelegten Intervalls fand von 01 – 03/2019 statt.</p>

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Eine Vorstellung der Auswertung und Diskussion der Ergebnisse erfolgte durch die QM-Abteilung im Rahmen der Lenkungs-gremiumssitzung am 23.05.2019.</p> <p>Die nächste zentrumsweite Patientenbefragung des OZ ist von 01 - 03/2022 geplant.</p>	
1.6.2	<p>Auswertung Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. • Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Onkologischen Zentrums zu beziehen. • Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. • Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen. 	<p>Die Auswertungen erfolgen monatlich extern durch die Firma anaQuestra.</p> <p>Für das laut Erhebungsbogen festgelegte Intervall der Patientenbefragung vereinbarten wir, dass die fachspezifische Auswertung (inkl. Rücklaufquote) trotzdem unter Koordination der QM-Abteilung erfolgt und das Ergebnis im Rahmen des OZ Qualitätszirkels vorgestellt und durch die Leitung der Zentren/ Module/ Schwerpunkte bewertet wird. Bei Bedarf werden Maßnahmen eingeleitet.</p> <p>Eine Vorstellung der Auswertung ist durch die QM-Abteilung im Rahmen der Lenkungs-gremiumssitzung am 23.05.2019 erfolgt.</p>	
1.6.3	<p>Patienteninformation (allgemein)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (z.B. in einer Broschüre, Patientenmappe, 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 	<p>Alle Patienteninformationen sind in der Patienteninformationsmappe des OZ zusammengefasst. Jeder Patient erhält im Rahmen seines stationären Erstaufenthaltes diese Mappe ausgehändigt. In dieser Mappe stellen sich neben den CTK internen Behandlern die supportiven Partner mit ihren Behandlungsangeboten und Kontaktdaten vor.</p> <p>Zur weiteren Information wird den Patienten des OZ die Informationsbroschüren der LAGO zur Verfügung gestellt, die in allen Bereichen zur Mitnahme öffentlich ausliegt.</p> <p>Reha/AHB-Informationsmaterial wird durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes an die Patienten weitergegeben.</p>	
1.6.4	<p>Entlassungsgespräch</p> <p>Mit jedem Patienten wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen breitgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) • Ggf. „Patientenleitlinie“ www.leitlinienprogramm-onkologie.de, Flyer Selbsthilfe 	<p>Das Verfahren des Entlassungsmanagements ist im Handbuch des OZ dargestellt.</p> <p>Bereits im Verlauf des stationären Aufenthaltes werden nach Möglichkeit die Diagnostik, Therapieplanung, die psychoonkologische Beratung, die Beratung durch den Sozialdienst angesprochen.</p> <p>Erst mit dem Ergebnis der TK ist eine endgültige Therapieplanung möglich, die dem stationären Patienten spätestens im Entlassungsgespräch mitgeteilt wird. Sollte dies aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein, erfolgt dies zu einem poststationären Termin.</p> <p>Bei bereits entlassenen oder ambulanten Patienten wird dem Einweiser mit dem Ergebnis der Tumorkonferenz auch die Therapieplanung mitgeteilt.</p> <p>Im Rahmen des Entlassungsgesprächs oder spätestens im Arztbrief erhält der Patient die Empfehlung zur Nachsorge.</p> <p>Fachspezifisch werden Therapiepässe geführt, in denen für den Patienten weiterführende Diagnostik- und Therapiemaßnahmen vermerkt werden.</p>	

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Auf Wunsch erhält der Patient jederzeit weitere Unterlagen.</p> <p>Zusätzlich wird auf einer Seite der Patienteninformationsmappe auf das im Internet unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de verfügbare krankheitsspezifische Informationsmaterial hingewiesen.</p>
1.6.5	<p>Veranstaltung für Patienten Es ist mind. 1x jährlich vom Onkologischen Zentrum eine Informationsveranstaltung für Patienten und/oder Interessierte durchzuführen. Wenn möglich in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.</p>	<p>Für das Jahr 2020 liegt ein Jahresplan vor. In diesem sind neben den Fortbildungen, Lenkungsgremiumssitzungen, Qualitätszirkel, Einweiserveranstaltungen auch die Patientenveranstaltungen geplant.</p> <p>Dieser wird durch den Koordinator des OZ gepflegt und ist über das Intranet verfügbar.</p> <p>Mind. 1 x jährlich finden Patientenveranstaltungen im Rahmen des OZ statt. Zusätzlich organisieren die beteiligten Fachdisziplinen weitere (spezifische) Veranstaltungen. Außerdem wird vom CTK 1 x monatlich eine Sonntagsvorlesung durchgeführt, die häufig auch onkologische Themen abdeckt.</p> <p>Die Nachweise der durchgeführten Veranstaltungen werden in den jeweiligen Fachbereichen oder/und bei dem Koordinator OZ geführt.</p> <p>Der Tag der offenen Tür des CTK fand am 23.06.2018 statt. Der nächste ist aufgrund des 2-Jahres-Rhythmus in 2020 geplant. Am 19.10.2019 gehörte das CTK mit einem umfangreichen Programm zu den Veranstaltern der Nacht der kreativen Köpfe.</p>
1.6.6	<p>Beschwerdemanagement Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Patienten erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.</p>	<p>An unserem Klinikum ist im Rahmen des QM-Systems ein Beschwerdemanagement etabliert.</p> <p>Gemäß Landeskrankenhausgesetz existiert eine unabhängige Patientenbeschwerdestelle mit einem unabhängigen Beauftragten, der nicht Mitglied des Klinikums ist.</p> <p>Sie steht den Patienten beratend und unterstützend jeden zweiten und vierten Donnerstag im Monat von 15.00 – 17.00 Uhr oder nach Vereinbarung (Haus 44/45, Raum 44.1.418) zur Seite.</p> <p>In einer Verfahrensanweisung sind der genaue Beschwerdeweg und die Informationsweiterleitung an die zuständigen Mitglieder der Geschäftsführung geregelt. Die Patienten haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden und Wünsche über das Internet mithilfe des Kontaktformulars, über die Mitarbeiter der Stationen und Bereiche sowie über direkten Kontakt mit der Krankenhausleitung anzuzeigen.</p> <p>Eine genaue Ablaufbeschreibung des Beschwerdemanagements am CTK kann im zentralen QM-Handbuch des Klinikums eingesehen werden.</p> <p>Eingegangene Beschwerden werden durch das QM bewertet und an die Leitung des Bereiches/ Klinik/ Institut weitergeleitet zur Erstellung eines Statements.</p> <p>Abgeleitete Maßnahmen werden protokolliert und können ggf. nachvollzogen werden.</p>

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Es erfolgt eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer.</p> <p>Seitens des CTK ist das Beschwerdemanagement der QM-Abteilung angegliedert.</p>	
1.6.7	<p>Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Onkologische Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Ansprechpartner muss benannt sein • Die Aufgaben der Selbsthilfegruppen können nur von Mitgliedern der Selbsthilfegruppen wahrgenommen werden 	<p>Alle Selbsthilfegruppen mit denen das OZ zusammenarbeitet, sind in der Patienteninformationsmappe auf einer gesonderten Seite zusammengefasst.</p> <p>Seit 24.06.2019 gibt es zusätzlich eine Selbsthilfegruppe „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ für Frauen mit Mamma-Karzinom.</p> <p>Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erhalten die Patienten durch Flyer und persönliche Kontakte Gelegenheit, das Angebot der Selbsthilfegruppen kennenzulernen.</p> <p>Weiterhin informiert der Sozialdienst über die Option der Kontaktaufnahme mit den Selbsthilfegruppen und übergibt dem Patienten bei Bedarf Informationsmaterial.</p> <p>Außerdem sind in der Informationsbroschüre der LAGO alle Selbsthilfegruppen etc. aufgeführt. Diese wird den Patienten des OZ zur Verfügung gestellt und liegt in allen Bereichen zur Mitnahme öffentlich aus.</p> <p>Im Rahmen der Patientenveranstaltungen streben wir an, Vertreter der Selbsthilfegruppen und der LAGO einzubeziehen.</p> <p>1 x jährlich wird ein Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern unter Beteiligung der Selbsthilfegruppen durchgeführt. Dieser fand am 21.11.2019 statt und ist für das Jahr 2020 am 26.11.2020 geplant.</p>	
	<p>Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und die folgende Punkte beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, Nachsorge,...) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüre, Homepage des OZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am OZ für Patientengespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Onkologischen Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig 	<p>Kooperationsvereinbarungen bestehen mit folgenden Selbsthilfegruppen/ Beratungsstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. • Bundesverband der Kehlkopfoperierten e. V. • ILCO Region Niederlausitz Gruppe Cottbus • Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V. • Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Senftenberg • Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Cottbus • Selbsthilfegruppe Multiples Myelom <p>- Landesarbeitsgemeinschaft für Onkologie (LAGO) Brandenburg e.V. = Mitgliedschaft</p> <p>Die nebenstehenden Anforderungen sind in den Kooperationsvereinbarungen enthalten.</p> <p>Generell werden mündlich oder schriftlich geäußerte Anliegen der Selbsthilfegruppen die vor allem im internen und externen Audit geäußert wurden, im Lenkungsgremium des OZ thematisiert, ggf. mit Hilfe der Krankenhausleitung auf Umsetzbarkeit geprüft und notwendige Schritte eingeleitet. Darüber erfolgt seitens der Leitung des OZ bzw. der Leiter der Organkrebszentren eine Rückinformation an die Selbsthilfegruppen.</p>	

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe 	<p>Seitens des OZ und der Organkrebszentren werden gemeinsame Veranstaltungen durchgeführt.</p> <p>Mitglieder der Selbsthilfegruppen nehmen aufgrund des Datenschutzes nicht an Tumorkonferenzen teil.</p>	

Zusammenfassende Betrachtung der Thematik Studien

Seit dem 4. Quartal 2017 existiert ein zentrales Studienmanagement für das gesamte CTK, welches alle Organzentren/Module und Schwerpunkte des OZ einschließt.

Die Organisation und Koordination von Studien erfolgt seitdem über die interdisziplinäre Studienzentrale, die bereits im Januar 2017 mit der Einstellung von Frau Dr. Löbel als Studienkordinatorin mit 0,5 VK etabliert wurde. Der Stellenanteil wurde 01/2018 auf 0,75 VK erhöht. Mit der Etablierung der Interdisziplinären Studienzentrale am CTK ist jetzt eine Vereinheitlichung grundlegender, norm- und gesetzeskonformer Prozesse sowie Abläufe zur Planung und Durchführung klinischer Studien gewährleistet. Die Interdisziplinäre Studienzentrale ist Stabstelle des Ärztlichen Direktors des CTK. Die Struktur ergibt sich aus dem Organigramm. Für das interne Genehmigungsverfahren ist ein Leitungsgremium verantwortlich. Das Leitungsgremium tagt einmal monatlich. Die Tagungstermine sind auf der Intranet-Seite der Interdisziplinären Studienzentrale zu finden. Das Leitungsgremium lädt bei Bedarf Prüfarzte in die Sitzung ein und setzt sich aus dem Leiter der Interdisziplinären Studienzentrale, einem ärztlichen Vertreter, einem Vertreter der Apotheke, einem Vertreter aus Finanz- und Rechnungswesen und einem Vertreter aus dem Justizariat zusammen. Seit 11/2019 gehört auch die neue Ärztliche Direktorin dem Leitungsgremium an.

Alle Dokumente sind auf der Intranetseite der Studienzentrale hinterlegt. Die Entwicklungen bzgl. der Studienzentrale wurden kontinuierlich im Rahmen des OZ Lenkungsgremiums vorgestellt.

Insgesamt kam es 2017 zu einer Neu-Initiierung von insgesamt 7 Studien im OZ, was einer Steigerung um mehr als 50% gegenüber 2016 entspricht. Im Jahr 2018 wurden weitere 5 Studien und in 2019 weitere 13 Studien initiiert. Die detaillierte Studienübersicht liegt bei der Koordinatorin des OZ und in der Studienzentrale vor.

Im Auditbericht 2019 wurde im Speziellen darauf hingewiesen, dass die Implementierung von Studien im Schwerpunkt 6 vorangetrieben werden soll. Seit längerem sind wir aktiv in der European PROspective Penile Cancer Study (E-PROPS) als eine von 45 teilnehmenden Kliniken beteiligt. Dieses Projekt ist allerdings in mehreren Modulen aufgebaut und wir haben derzeit Modul 1 absolviert, in dem es um die Erfassung von Daten des SPCC-Patienten behandelnden Zentrums geht. Die tatsächliche geplante retrospektive Erfassung (Modul 2) und die prospektive Datenbank (Modul 3) sind noch nicht für einen Patienteneinschluss offen.

Ebenso wurde im Auditbericht auf die Anpassung der Kapazitäten des Personals der Studienzentrale hingewiesen. Diese Anpassung ist tatsächlich auf Grund der stetig steigenden Studienaktivität im Zentrum und der Tatsache, dass das Studienpersonal auch interdisziplinär für Kliniken außerhalb des OZ zuständig ist, erforderlich. Eine Anpassung des Stellenschlüssels ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorgenommen worden.

2017 erfolgte eine GCP-Inhouse-Schulung für zu schulende Mitarbeiter (Ärztliches und Nicht-ärztliches Personal). Eine erneute GCP-Inhouse-Schulung im Sinne eines GCP-Grund- und Auffrischkurses für die Mitarbeiter (nach EU-V 536/2014) fand am

15-16.02.2018 und vom 6.-8.03.2019 statt. Die letzte GCP-Schulung am CTK erfolgte am 13. und 14.2.2020 und umfasste einen Grundlagen- und einen Aufbaukurs.

Übersicht der Patientenanzahl in Studien bzgl. der Zentren/ Module und Schwerpunkte des OZ für das Betrachtungsjahr 2019

Zentrum/Modul/Schwerpunkt	Patienten in Studien	Studienquote
Darmkrebszentrum (VZ)	53	39,55 %
Pankreaskarzinomzentrum (VZ)	15	38,46 %
Gynäkologisches Krebszentrum	5	6,76 %
Brustkrebszentrum	21	10,29 %
Kopf-Hals-Zentrum	7	5,19 %
Prostatakrebszentrum	76	49,35 %
Schwerpunkt S6 (Hoden, Penis, Niere, Harnblase)	0	(0) %
Zentrum Hämatologische Neoplasien	42	35,59 %
Gesamt OZ bei 1038 Primärfällen 2019	219	21,10 %

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.7.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums nachzuweisen, der Studien für Tumorpatienten anbietet bzw. durchführt. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.</p>	<p>Das Thema Studienmanagement ist für das OZ seit dem 4. Quartal 2017 zentral organisiert. Dazu verweisen wir auf die zusammenfassenden Aufführungen am Anfang des Kapitels.</p> <p>Koordinatorin der Studienzentrale: Frau Dr. Madlen Löbel</p>
1.7.2	<p>Prüfarzt/ Studienbeauftragter Sind in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. Prüfarzt und Studienbeauftragter können in einer Person vereint sein.</p> <p>Definition Prüfarzt</p> <ul style="list-style-type: none"> gemäß AMG (§40) verantwortlich für die Studiendurchführung mindestens zweijährige Erfahrung in der klinischen Prüfung von Arzneimitteln <p>Definition Studienbeauftragter</p> <ul style="list-style-type: none"> von dem Prüfarzt benannter Arzt 	<p>Prüfärzte mit aktuell gültigem GCP-Zertifikat:</p> <p>Urologie: Herr Dr. Bernd Hoschke, Herr Dr. Robin Bechler</p> <p>Frauenklinik: Frau Juliane Bock, Herr Dr. Jörg Schreier, Frau Dr. Nikola Bangemann, Frau Katharina Burdack</p> <p>Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Herr PD Dr. Michael Herzog</p> <p>Chirurgische Klinik/ IV. Med. Klinik: Herr PD Dr. Rainer Kube, Herr Prof. Dr. Björn Brücher</p>

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Prüfarzt delegiert Aufgaben an den Studienbeauftragten sofern ein Studienbeauftragter neu benannt wird, dann ist eine spezifische Studienfortbildung nachzuweisen 	2. Med. Klinik: Herr PD Dr. Martin Schmidt-Hieber, Frau Dr. Kerstin Gutsche, Herr Pierre Kremer, Herr Dr. Maximilian Desole	
1.7.3	Studienassistent <ul style="list-style-type: none"> Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. Diese kann in Ausnahmen für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 	Studienassistent: 3 Mitarbeiter Siehe Anlage 2	
1.7.4	Studienassistent - Qualifikation Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheit-/ Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte) Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentenfunktion nachzuweisen. Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragter die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.	Eine gelernte Krankenschwester Zertifizierte Study Nurse (Zertifikat), GCP-geschult Eine gelernte MFA, GCP-geschult Ein umgeschulter Gesundheitskaufmann Zertifizierter Studienassistent (Zertifikat), GCP-geschult Nachweise hierzu sind beim Studienkoordinator hinterlegt und einsehbar.	
1.7.5	Studienassistent - Aufgaben Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen-/ Funktionsbeschreibung) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> Durchführung von Studien gemeinsam mit Prüfarzt rekrutieren, registrieren und die unterstützende Aufklärung von Patienten Patientenbetreuung 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 Vertretungsregelung Die Tätigkeit der Studienassistent kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung des Studienkoordinators Studiendokumentation und Teilnahme an Schulungen für notwendige Dokumentationssysteme Führen von Übersichten zu rekrutierten Studienpatienten Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Monitoring- und ggfs. Auditbesuchen Hilfestellung für Studienpatienten beim Führen von Patiententagebüchern und Fragebögen Durchführen von Telefonbefragungen Unterstützung bei der Probenlogistik Unterstützung bei der Bereitstellung von Quelldokumenten (Patientenakten) Aufgaben des Studienkoordinators: <ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken und Einrichtungen des CTK Zusammenarbeit mit externen Partnern wie Kliniken, Studienleitungen, Studiengruppen und Sponsoren Unterstützung bei der Prüfung der Verfügbarkeit rekrutierbarer Patienten mit Hilfe der Abteilung Finanzen und Rechnungswesen/ Controlling Klärung von Zuständigkeiten im Rahmen der Studie innerhalb der Klinik des Prüfarztes und in den beteiligten Einrichtungen Regelung der Leistungen, die über die Studienzentrale in Anspruch genommen werden sollen Meldungen bei Behörden und Ethikkommissionen (An- und Abmelden von Studien, Einholen von Ethikvoten, Anzeige von Prüferwechseln) 	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Verwendungsnachweises des Studienantrages zu Verwendungszweck der Einnahmen und zu erbringenden Leistungen unter Beachtung des Studienvertrages - Überprüfung der Studienunterlagen auf Vollständigkeit und fortlaufende Pflege des Prüfarztordners - Bereitstellung der zur Durchführung der Studie benötigten Unterlagen an die Prüfarzte - Verwaltung der Korrespondenz mit Studienzentren, Sponsoren und Behörden - Organisatorische Planung und Logistik vor und während der klinischen Studie - Unterstützung bei Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Monitoring- und ggfs. Auditbesuchen - Zuarbeit an Finanzen und Rechnungswesen bei: <ul style="list-style-type: none"> - interner Verrechnung von Studienleistungen des Prüfers und beteiligter Einrichtungen - Rechnungsstellung und Aufforderung der Prüfarzte zur Prüfung der abrechenbaren Leistungen - der Erstellung von Übersichten zu Studieneinnahmen und -ausgaben - Archivierung der Unterlagen (Prüfordner/ Patientenunterlagen nach Abschluss der Studie) - Organisation von Schulungsangeboten für GCP-Zertifikate - Fachliche und disziplinarische Verantwortlichkeit für Studienassistenten/ Dokumentare 	
1.7.6	<p>Zusammenarbeit Studienassistent - Prüfarzt Direkte Verfügbarkeit des Prüfarztes bzw. Studienbeauftragten für die Studienassistent ist sicherzustellen (Nachweis z.B. über regelmäßigen Austausch).</p>	<p>Die Zusammenarbeit zw. Studienarzt und Studienkoordinator/ Studienassistent ist sichergestellt und detailliert in den Verfahrensanweisungen zur Initiierung und Durchführung von klinischen Studien am CTK geregelt, i.B. Antragstellung und Genehmigung intern, Pflichten im Rahmen des Onkologischen Zentrums, Ethikvoten/ berufsrechtliche Beratung, Verträge, Erklärungen, Vereinbarungen, Planung zur Studienlogistik, Behördenmeldung, Prüfarztordner/ Investigator Site File (ISF), Studiendurchführung, SAE Meldungen, Dokumentation, Rechnungsstellung und Auswertungen und Abschlussberichte).</p> <p>Die Mitarbeiter der Studienzentrale haben jederzeit Zugang zu den Prüfarzten und können jederzeit Fragen stellen.</p>	
1.7.7	<p>Studiensekretariat Es sind definierte Räumlichkeiten zuzuordnen, an denen die Dokumentationsdurchführung und -ablage organisiert wird.</p>	<p>Interdisziplinäre Studienzentrale Räume 8.2.43, 8.2.44 und 8.2.45 Archiv der Studienzentrale 44.0.226 Und extern vertraglich geregelt im Zuge der Digitalisierung und jederzeit abrufbar in Spezialarchivierungsräumen des Dienstleisters DMI GmbH & Co.KG.</p> <p>Die Studienunterlagen werden verschlossen aufbewahrt und archiviert. Die Unterlagen befinden sich entweder in der Interdisziplinären Studienzentrale oder in einem verschlossenen Raum der durchführenden Klinik oder des Dienstleisters DMI. Die gesetzlichen Anforderungen werden eingehalten.</p>	
1.7.8	<p>Prozessbeschreibung Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien sind die Prozesse incl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.:</p>	<p>Prozessbeschreibungen sind in Verfahrensanweisungen zur Initiierung und Durchführung von klinischen Studien am CTK geregelt und auf der Intranet-Seite der Interdisziplinären Studienzentrale einsehbar.</p>	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums													
	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl neuer Studien incl. Freigabeentscheidung • Interne Bekanntgabe neuer Studie (Aktualisierung Studienliste (siehe Anlage 2), ...) • Qualifizierung der eingebundenen Mitarbeiter • Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpatienten, Dokumentation, ...) • Kommunikationsaustausch/Aufgabenteilung zwischen Studiensekretariat und ausführenden Mitarbeitern • Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Patienten) 	<p>Seitens des OZ ist es angestrebt, die Teilnahme an Studien entsprechend der Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft auszuwählen. (siehe http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/klinische-forschung/guetesiegel-klinische-studien.html)</p> <p>Innerhalb des Onkologischen Zentrums werden neue Studien durch die einzelnen Zentrumsleiter im Lenkungsgremium bekannt gegeben und inhaltlich kurz vorgestellt.</p> <p>Zusätzlich sollten die Inhalte der Studien in den Qualitätszirkeln der Organzentren besprochen werden.</p> <p>Aktuelle Studien werden auf der Internet-Seite des OZ veröffentlicht.</p> <p>Studienergebnisse sollten ebenfalls im Lenkungsgremium des OZ kurz dargestellt werden.</p>													
1.7.9	<p>Zugang zu Studien Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Onkologischen Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren (inkl. Kurzbeschreibung der Studie).</p>	<p>Auf der Homepage des OZ ist eine Liste der Studien veröffentlicht und damit den Patienten und Einweisern zugänglich. Die Aktualisierung der Homepage liegt in der Verantwortung des Koordinators des OZ.</p>													
1.7.10	<p>Studienezuführung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevor einem Patient eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine patientenbezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen. • Die Vorgaben für die Studienteilnahme sind in den organspezifischen Anforderungen (Organkrebszentrum, Modul, Schwerpunkt) formuliert. 5% aller Tumorpatienten, die innerhalb des Onkologischen Zentrums behandelt werden, sollten an Studien teilnehmen. • Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle/ diagnostische Studien werden anerkannt) und Studienplan. 	<p>Grundsätzlich wird in der Tumorkonferenz der Einschluss in eine Studie in Erwägung gezogen und im Tumorkonferenzprotokoll vermerkt.</p> <p>Die endgültige Entscheidung bzgl. der Eignung zur Rekrutierung für die Studienteilnahme ist erst bei Zustimmung des Patienten und nach individuellem Arztgespräch bzgl. der Qualifikation hinsichtlich der Einschlusskriterien möglich.</p> <p>Einzelheiten zu den eingebrachten Patienten in Studien und der Studienquote der einzelnen Zentren finden Sie in der beigefügten Studienliste.</p> <p>Die Vorgabe, dass 5% aller Tumorpatienten die innerhalb des OZ behandelt werden in Studien eingebracht werden, konnte für 2019 mit 21,10 % erreicht werden.</p> <p>Hinsichtlich der einzelnen Organzentren/Module und Schwerpunkte ist dies, wie aus der obenstehenden Tabelle zu ersehen, gelungen.</p> <p><u>Siehe bitte Studienliste Anlage 1</u></p> <p>Weitere Studien sind momentan in Bearbeitung:</p> <table border="1" data-bbox="869 1892 1380 2105"> <tbody> <tr> <td>Gyn</td> <td><i>FraStroc</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>CICARO</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>Niractiv</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>MAMOC</i></td> </tr> <tr> <td>Brust</td> <td><i>CAPItello-291</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>CICARO</i></td> </tr> </tbody> </table>	Gyn	<i>FraStroc</i>		<i>CICARO</i>		<i>Niractiv</i>		<i>MAMOC</i>	Brust	<i>CAPItello-291</i>		<i>CICARO</i>	
Gyn	<i>FraStroc</i>														
	<i>CICARO</i>														
	<i>Niractiv</i>														
	<i>MAMOC</i>														
Brust	<i>CAPItello-291</i>														
	<i>CICARO</i>														

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums																				
		<table border="1"> <tr><td></td><td><i>ADAPTlate</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>VITALIA</i></td></tr> <tr><td>VZ - Darm</td><td><i>CIRCULATE - AIO-KRK-0217</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>OCUM2</i></td></tr> <tr><td>Zentrum Hämatologische Neoplasien</td><td><i>CNS-2</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>PRIOR-1</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>AML003</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>BODEGA</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>DounoDouble</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>OSHO-Myelomregister</i></td></tr> </table>		<i>ADAPTlate</i>		<i>VITALIA</i>	VZ - Darm	<i>CIRCULATE - AIO-KRK-0217</i>		<i>OCUM2</i>	Zentrum Hämatologische Neoplasien	<i>CNS-2</i>		<i>PRIOR-1</i>		<i>AML003</i>		<i>BODEGA</i>		<i>DounoDouble</i>		<i>OSHO-Myelomregister</i>
	<i>ADAPTlate</i>																					
	<i>VITALIA</i>																					
VZ - Darm	<i>CIRCULATE - AIO-KRK-0217</i>																					
	<i>OCUM2</i>																					
Zentrum Hämatologische Neoplasien	<i>CNS-2</i>																					
	<i>PRIOR-1</i>																					
	<i>AML003</i>																					
	<i>BODEGA</i>																					
	<i>DounoDouble</i>																					
	<i>OSHO-Myelomregister</i>																					
1.7.11	Kommunikation kritische Ereignisse Es ist sicherzustellen, dass bei kritischen Ereignissen (SAEs) das entsprechende Studiensekretariat umgehend informiert wird. Dies setzt voraus, dass für die Fachabteilung der Studienstatus patientenbezogen eindeutig ersichtlich ist.	<p>Die Kommunikation kritischer Ereignisse ist vom Studieninitiator jeweils geregelt.</p> <p>Der Studienstatus des Patienten ist in der Patientenakte und im Krankenhausverwaltungssystem markiert.</p> <p>Die Meldung von SAEs ist im Studienprotokoll festgelegt und unterliegt der Verantwortung des Prüfarztes.</p>																				
1.7.12	„Durchführende Einheit“ nicht Teil des Klinikums Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung nachzuweisen, durch welche die Erfüllung sämtlicher in diesem Abschnitt festgelegten Fachlichen Anforderungen sichergestellt wird.	Entfällt																				

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte (pädiatrische onkologische Pflege ist ausgenommen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Onkologischen Zentrum müssen mind. 2 VK onkologische Fachpflegekräfte zusätzlich im Tagdienst angestellt sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Patienten versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen. • Sofern in einem onkologischen Bereich keine onkologische Fachpflegekraft direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegekraft namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. 	<p>Seit Etablierung der Organzentren bilden wir eigenes Personal zu onkol. Fachpflegekräften aus.</p> <p>In den Bereichen, in denen keine onkologische Fachpflegekraft zur Verfügung steht, werden die Patienten durch Frau Heidi Stark aus dem Primärpool mit betreut. Sie wird nach Meldung des Bedarfs seitens der Station durch das Kompetenzzentrum Pflege auf die Station zeitnah entsendet. Ist dieses nicht möglich tritt der Zuständigkeitsplan (Organigramm) der onkologischen Fachpflege in Kraft, damit der Patient zeitnah eine onkologische Pflegevisite erhält und notwendige Maßnahmen eingeleitet werden können.</p> <p>Die Aufgaben der onkologischen Fachpflegekraft, Frau Heidi Stark, sind in der Stellenbeschreibung einzusehen. 2020 wurde eine Tätigkeitsbeschreibung zentrumsübergreifend für alle onkologischen Fachpflegekräfte konzipiert und integriert.</p>

	<p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich. 	<p>Die Planung des Weiterbildungsbedarfs an onkologischen Fachpflegekräften und Palliativ-Care-Nurses liegt in den Händen der Pflegedirektion. Für 2019/2020 ist es geplant, dass weitere Pflegekräfte die Ausbildung zur onkologischen Fachpflegekraft beginnen.</p> <p>Nachweise der Qualifikationen und Fortbildungen liegen vor Ort und können eingesehen werden.</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit: Es wurde 05/2016 ein Flyer zur Vorstellung der onkologischen Fachpflege erstellt, der auf den Stationen des Onkologischen Zentrums ausliegt. Entsprechend wurde der Inhalt der Patienteninformationsmappe aktualisiert. Der Flyer „Onkologische Fachpflege“ und die Patienteninformationsmappen befinden sich derzeit in Überarbeitung.</p>
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <p>Patientenbezogene Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen • Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards • Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen • Ermittlung des individuellen patientenbezogenen Beratungsbedarfs. • Im Rahmen des Pflegekonzeptes der einzelnen Organzentren ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren • Kontinuierliche Information und Beratung des Patienten (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes • Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Patienten 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 Patienten sind festzulegen; pro Jahr und Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums sind mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in 	<p>Wir haben für die Therapie und Betreuung der onkologischen Patienten ein onkologisches Pflegekonzept erstellt, das im QM-Handbuch im Intranet eingesehen werden kann.</p> <p>Die Themenbereiche Ernährungsmanagement und Primärpflege werden zurzeit in das bestehende Konzept eingepflegt.</p> <p>Patientenbezogene Aufgaben Die Pflegefachkräfte ermitteln anhand der Tumorentität und der bekannten Therapieschemata den zu erwartenden Pflegebedarf und handeln nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Auftretende pflegerische Probleme werden stationsintern in Form einer Kollegialen Beratung, sowie in der onkologischen Fallbesprechung mit Onkologischen Pflegefachkräften besprochen und notwendige Maßnahmen ab- und -eingeleitet. Zudem ist ein pflegerisch onkologischer Konsildienst im Klinikum etabliert worden. Alle Mitarbeiter des CTK's können ein Konsil im KIS Orbis auslösen. Die Zuweisung des Durchzuführenden erfolgt durch die pflegerische Leitung und den Koordinator der Fachpflege des Onkologischen Zentrums.</p> <p>Die Teilnahme an der Tumorkonferenz ist für jeden Mitarbeiter des Onkologischen Zentrums einmal jährlich verpflichtend. Die Teilnahme wird durch die Koordinatorin des OZ erfasst und 1x monatlich dem Koordinator der Fachpflege zur Auswertung und Koordination zur Verfügung gestellt. Mindestens 2x jährlich wird diese Übersicht während der AG Onkologischer Treff besprochen und Maßnahmen konstruktiv erarbeitet.</p> <p>Auf allen Stationen des Onkologischen Zentrums erfolgen regelmäßig (1x im Quartal) bzw. anlassbezogen onkologische Pflegevisiten. Diese werden durch die onkologischen Fachpflegekräfte entsprechend des Organigramms durchgeführt. Im Anschluss an die durchgeführte onkologische Pflegevisite erfolgt eine kollegiale Beratung (TN onkologische Fachkraft, Guk v. Station ggfls. TL). Die stationsinterne Pflegevisite erfolgt regelhaft 1x pro Monat.</p>

	<p>den Organkrebszentren/ Modulen Berücksichtigung finden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer Kollegialen Beratung/ Supervision. • Vernetzung der onkologischen Fachpflegekräfte im OZ z.B. in gemeinsamen Qualitätszirkeln • und dort Organisation des Qualifizierungsplans für das OZ mit seinen Organkrebszentren/ Modulen (entsprechend 1.8.5). • Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3).</p>	<p>Es steht allen Mitarbeitern des Zentrums Assessments, Standards und Handlungsrichtlinien zur Verfügung, welche im Intranet hinterlegt sind. Der Schulungs- und Beratungsbedarf wird von den Pflegefachkräften der Station an das Kompetenzzentrum Pflege gemeldet. Das Kompetenzzentrum organisiert den Einsatz der onkologischen Fachkraft des Primärpools (Heidi Stark.), die vor Ort die Beratung und Schulung durchführt. 2020 konnte zudem erfolgreich der Palliativ-onkologische Konsildienst etabliert werden.</p> <p>Die Fortbildungsplanung für den Pflegedienst liegt in den Händen der Pflegedirektion und ist für jeden Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Stationen können zu jeder Zeit interne Fortbildungsmaßnahmen durchführen. Der Koordinator der Fachpflege erstellt die entsprechenden Teilnahmenachweise nach Teilnehmerliste. Die Nachweise sind in den jeweiligen Bereichen einsehbar.</p> <p>Die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkräfte und ihre Durchführungsvoraussetzungen sind in einer Dienstanweisung als Ergänzung/ Erweiterung zur Injektionsordnung hinterlegt.</p> <p>Es wurde ein CTK-interner Befähigungsnachweis „Zytostatikaapplikation durch examiniertes Pflegepersonal“ etabliert. Dieser setzt eine mindestens einjährige Erfahrung im Umgang mit Zytostatika, die vollständige Teilnahme am Curriculum zur Zytostatikaapplikation sowie den Praxis-Check durch den abteilungsverantwortlichen Chefarzt/Oberarzt voraus. Jährlich erfolgt eine Überprüfung der praktischen Fähigkeiten, die durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt bestätigt wird.</p> <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <p>Für das onkologische Zentrum wurde 2014 ein onkologisches Pflegekonzept erarbeitet. Dieses befindet sich zurzeit in Überarbeitung. Die Themenbereiche Ernährungsmanagement und Primärpflege werden in das bestehende Konzept eingepflegt</p> <p>Für das Klinikum existieren Handlungsrichtlinien, die regelmäßig überprüft bzw. überarbeitet werden. Die Erarbeitung von speziell auf die Spezifika des onkologischen Zentrums zugeschnittenen Handlungsrichtlinien bzw. SOP's wurde 2018 begonnen und weiterhin fortgeführt. 2019/2020 konnten bereits die SOP Obstipation und die SOP orale Mukositis etabliert werden. Die onkologischen Pflegefachkräfte sind vernetzt und treffen sich quartalsweise zu einer Arbeitsgruppe (AG Onkologischer Treff). Der Teilnehmerkreis umfasst das Kompetenzzentrum, onkologische Fachkräfte, Teamleiter, alle interessierten Pflegekräfte und Schnittstellen des Zentrums. Es gibt als Nachweis eine Teilnehmerliste und jeder Teilnehmer erhält eine Teilnahmebescheinigung. Termine werden durch Herrn Skade für das gesamte Jahr festgeschrieben, so dass die Teamleitung diese in ihrer Dienstplanung berücksichtigen können.</p> <p>Onkologische Fallbesprechungen erfolgen regelhaft 4-6x pro Jahr. Auch hier stehen die Termine fest. Die Fallbesprechungen sind offen für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Der Nachweisführung erfolgt zentral über Herrn Skade.</p>
--	--	--

		<p>Der Qualifizierungsplan der Pflege obliegt der Pflegedirektion. Relevante Themen werden in den Fortbildungskatalog aufgenommen.</p> <p>Für das onkologische Zentrum wurde zusätzlich eine Koordinationsstelle der onkologischen Fachpflege eingerichtet.</p>	
1.8.3	<p>Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/ -plans unter Beteiligung der onkologischen Fachkraft zu erfolgen.</p>	<p>Im CTK haben wir seit Jahren ein etabliertes Einarbeitungskonzept, das neue Mitarbeiter bei Einstellung durch die Personalabteilung erhalten. Dabei achten wir auf allgemeine Schritte der Einarbeitung wie Vorstellung des Teams und der Räumlichkeiten, Schlüsselordnung, Datenschutz, Tagesroutinen, Vorstellung der Standards, Einweisungen auf Medizinprodukte, die Einstellungsuntersuchung, die notwendigen Punkte aus dem Arbeitsschutz und weitere stationsspezifische Besonderheiten.</p> <p>Zusätzlich wurden im Onkologischen Zentrum stationsbezogenen Einarbeitungschecklisten unter Beteiligung der onkologischen Fachkräfte erarbeitet, um neue Mitarbeiter in Besonderheiten der onkologischen Pflege nachweislich einzuarbeiten. Die Einarbeitung erfolgt ab 2018 mit einem onkologisch ausgebildeten Mentor. Die Checkliste liegt den Stationen vor und ist seit 2020 im Intranet hinterlegt.</p>	
1.8.5	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Onkologische Zentrum wahrnimmt. 	<p>Qualifizierungen werden für das folgende Jahr (2019 für 2020) in der Pflegedirektion eingereicht. Hier werden die Qualifizierungen bestätigt. Es gibt für die gesamte Pflege ein Budget, was komplett in der Pflegedirektion mit der verantwortlichen Mitarbeiterin für Fort- und Weiterbildung anhand von einem Qualifizierungsplan besprochen und festgelegt wird. Der Qualifizierungsplan ist bei der Pflegedirektion einsehbar. Die qualifizierten onkologischen Fachpflegekräfte sind im Erhebungsbogen festgeschrieben.</p> <p>Jeder Mitarbeiter kann sich anhand des Fortbildungskataloges für relevante FB OZ anmelden. TN Listen liegen in den Bereichen aus.</p>	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.9.1	<p>Pharmazeutische Betreuung Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • approbierte(r) Apotheker(in) • erwünschte Zusatzqualifikation: Von Apothekerkammern oder DGOP anerkannte Fort-/Weiterbildung auf dem Gebiet „Onkologische Pharmazie“. 	<p>Verantwortliche ist die Fachapothekerin.</p> <p>Darüber hinaus verfügt die Apotheke über die Weiterbildungsmöglichkeit für die Weiterbildung von Apothekerinnen / Apothekern im Bereich Klinische Pharmazie, dies beinhaltet die Onkologie.</p> <p>Nachweise liegen vor und können jederzeit eingesehen werden.</p>	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.9.2	Angebot und Zugang Information und Beratung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten durch auf Onkologie spezialisierten Apotheker soll im Bedarfsfall möglich sein (Nachweis erforderlich).	Die Betreuung der onkologischen Stationen erfolgt i.d.R. telefonisch (mehrmals täglich) durch den Apotheker. Eine persönliche Beratung vor Ort durch den Apotheker ist ebenfalls möglich. Als Nachweis ist die Empfehlung der Apotheker auf der Anordnung / Bestellung zu finden. Für Patienten steht die Apotheke sowohl auf Station und in der Ambulanz zur Verfügung.
1.9.3	Ressourcen Es sind adäquate Ressourcen für die pharmazeutische Versorgung und Betreuung vorzuzulassen.	In der Apotheke sind im Sterilbereich: – 2 Apotheker (von insgesamt 8 Apotheker), – 4 PTA (von insgesamt 9 PTA) und 1 PKA beschäftigt.
1.9.4	Organisationsplan Sofern die Pharmazeutisch-Onkologische Versorgung und Betreuung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtlichen Prozesse (Belieferung, Bestellung usw.) erkennbar sind.	Die Apotheke bietet 24 h Verfügbarkeit für den Labor- und auch den übrigen Versorgungsbereich, 24 h Rufbereitschaft. Der Organisationsplan ist im Intranet auf der Seite der Apotheke einsehbar.
1.9.5	Apotheke - Aufgabenprofil Ziele und Aufgaben der pharmazeutischen Versorgung und Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> • tägliche zentrale qualitätsgesicherte Herstellung der zur intravenösen Tumorthapie benötigten Wirkstoffe • Überprüfung der Stabilitäten und Kompatibilitäten von Therapieschemata • Plausibilitätsprüfung der Dosierung unter Berücksichtigung individueller Patienten-Laborparameter • Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung des Personals, Dekontamination, Paravasation und Entsorgung von Zytostatika • ordnungsgemäße Vereinnahme, Lagerung, Herstellung bzw. Zubereitung, Verteilung und Vernichtung der Prüfarzneimittel • Information und Beratung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten durch Apotheker im Bedarfsfall • Teilnahme an Tumorkonferenzen (entsprechend Kap. 1.2) Empfohlen wird: <ul style="list-style-type: none"> • Apotheker sollte regelmäßig an Treffen der Studienzentralen teilnehmen (Qualitätssicherungsprotokolle in der Onkologie) 	Die Apotheke ist über die Zertifizierung des CTK (= KTQ) zertifiziert. Im Rahmen dieses QM-Systems sind alle notwendigen Festlegungen geregelt und über das vorliegende Handbuch (ApoBetrO) nachvollziehbar beschrieben. <ul style="list-style-type: none"> – die qualitätsgesicherte Herstellung wird neben unserem QM-System auch durch die Amtsapotheker überwacht; dabei werden regelmäßig die gesetzlichen Anforderungen überprüft; letzte Begehung erfolgte durch den Amtsapotheker am 06.05.2020. Zur letzten liegt ein Bericht vor, die sich daraus ergebenden Hinweise sind in Bearbeitung in keinem Fall kritisch. – Stabilitäten und Kompatibilitäten werden bei Eingabe des Schemas mit Hilfe von Datenbanken und Literatur geprüft. Was nicht hinterlegt ist, wird durch Apotheker abgeklärt und in die EDV eingegeben – ebenso Plausibilitätsprüfung. Zusätzliche Möglichkeit: Hinterlegen der Therapieschemata und Prüfung auf eigene Schemata – Schulungen zur Zytostatika Herstellung erfolgen intern – Studien verlaufen nach dem Schema, das für die Studie von extern vorgegeben wird, Verlauf wird EDV-unterstützt (Zenzy). – Frau Suschowk ist Mitglied im Leitungsgremium der Studienzentrale und nimmt 1 x im Monat an der Sitzung des Leitungsgremiums teil – Verfügbarkeit siehe bitte 1.9.4

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Apotheke sollten ihre Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen. 	<ul style="list-style-type: none"> Teilnahme am Tumorboard ist bei Bedarf jederzeit möglich ordnungsgemäße Vereinnahme, Lagerung, Herstellung bzw. Zubereitung, Verteilung und Vernichtung der Prüfartemittel wird regelmäßig durch das QM-System (ApoBetrO) und durch die Monitore im Rahmen von Studien überprüft, dies ist gewährleistet. Die Leiterin der Apotheke oder ein Vertreter der Apotheke ist Mitglied im Beirat des Lenkungsgremiums des OZ und nimmt themenbezogen an den Sitzungen des Lenkungsgremiums teil, letztmalig am 24.9.2020 In diesem Zusammenhang wird auch die Arbeit der Apotheke vorgestellt, da eine Vorstellung in der Tumorkonferenz aufgrund der Zeitressourcen nicht praktikabel ist <p>Außerdem erfolgen 2x jährlich gesonderte Qualitätszirkel mit der Apotheke. 2019 erfolgten die Qualitätszirkel mit der Apotheke am 10.05.2019 und 22.10.2019. Der erste Qualitätszirkel mit der Apotheke in 2020 fand am 23.3.2020 statt. Die Protokolle des QZ mit der Apotheke werden beim Koordinator des Onkologischen Zentrums archiviert und sind dort einsehbar.</p>	
1.9.6	<p>Dokumentation und Evaluation Die pharmazeutische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. computer-gestützte Dokumentation mit Cypro, Zenzy etc.) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>	<p>In der Apotheke erfolgt die fortlaufende Dokumentation und Evaluation in Zenzy</p>	
1.9.7	<p>Die externe Abnahme eines QM-Systems wird empfohlen (z.B. apothekenspezifisches QM in der Zytostatika-Herstellung (DGOP))</p>	<p>Die Apotheke ist über die Zertifizierung des CTK (= KTQ) zertifiziert.</p>	
1.9.8	<p>Fort-/ Weiterbildung Jährlich mind. 2 spezifische Fortbildungen pro Mitarbeiter der Zytostatika-Herstellung, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das OZ wahrnimmt.</p>	<p>Jährlich mind. eine interne Fortbildung mit Gefahrschulung, zusätzlich gemeinsame Überarbeitung des Handbuchs (Hygiene, Umgang mit Zytostatika, Ablauf der Vorbereitung und Produktion).</p> <p>Darüber hinaus finden auch externe Schulungen statt.</p> <p>Nachweise hierzu können vor Ort eingesehen werden.</p> <p>Außerdem erfolgen 2x jährlich gesonderte Qualitätszirkel mit der Apotheke. 2019 erfolgten die Qualitätszirkel mit der Apotheke am 10.05.2019 und 22.10.2019. Der erste Qualitätszirkel mit der Apotheke in 2020 fand am 23.3.2020 statt. Die Protokolle des QZ mit der Apotheke werden beim Koordinator des Onkologischen Zentrums archiviert und sind dort einsehbar.</p>	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
1.9.9	<p>Schmerztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für zentrale Bereiche des OZ (OP, medikamentöse Therapie, Strahlentherapie) muss eine SOP „Schmerzbehandlung“ vorliegen • Definierte Ansprechpartner für Schmerztherapie/ Schmerzkonsile sind benannt • Ein Merkblatt „Schmerztherapie“ sollte bereichsspezifisch für Patienten zur Verfügung stehen 	<p>Eine SOP „Medikamentöse Therapie von Tumorpatienten“ sowie „Postoperative Schmerztherapie“ ist im Intranet unter den klinikumsweiten Dokumenten der Anästhesie verfügbar.</p> <p>Diese SOP regelt auch die Verantwortlichkeiten. Im „Rotationsplan“ der Klinik für Anästhesiologie, Intensivtherapie und Palliativmedizin ist seit Jahren dem Oberarzt Verantwortungsbereich Orthopädie/Traumatologie zugeordnet. Schmerzkonsile sind via Orbis anzumelden. Hier liegt die Verantwortlichkeit bei Frau OÄ Stöbe (Palliativmedizin/Schmerztherapie).</p> <p>Ein Merkblatt „Schmerztherapie“ für Patienten ist in Bearbeitung und wird zum externen Audit (11/2020) im Intranet vorliegen.</p>	
1.9.10	<p>Ernährungsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung muss Bestandteil des OZ sein, eine SOP sollte zur Verfügung stehen • Bedarf für Ernährungsberatung ist patientenbezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen • Das metabolische Risiko („Nutritional Risk“) sollte spätestens bei der stationären Aufnahme mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden. 	<p>Mit dem Screening sollen Patientinnen und Patienten erfasst werden, die eine Mangelernährung und eine Ernährungsberatung vor oder nach OP, oder beides, nach Leitlinien bekommen sollten, da sie Bestandteil einer Therapie sind.</p> <p>Dieser Screening Bogen sollte bei der Aufnahme der Patienten auf Station ausgefüllt und bearbeitet werden.</p> <p>So kann eine notwendige Ernährungsberatung über Orbis angefordert werden und von uns Diätassistenten abgearbeitet werden. Dabei wird immer nach den, z. B. S3 Leitlinien des jeweiligen Krankheitsbildes oder nach Vorgaben der DGE, Patienten betreut und beraten. Gleichzeitig schreiben wir einen Bericht über die Ernährungsberatung im Orbis und kodieren ihn anschließend.</p> <p>Jeder Patient bekommt nach der Beratung eine Patienteninformation zur Ernährung und eine Nahrungsmittelauswahl für das jeweilige Krankheitsbild ausgehändigt.</p> <p>Des Weiteren werden damit Risikopatienten sofort erfasst, schnellstmöglich beraten und ein Therapieplan für die Weiterbehandlung erstellt.</p> <p>Wenn in ambulanten Sprechstunden eine Ernährungsberatung als unumgänglich angesehen wird, wird bereits zu diesem Zeitpunkt eine Vorstellung zur Beratung veranlasst.</p> <p>Beratungen werden auch vom OZ angefordert, um Patienten vor oder während der Chemotherapie ernährungstherapeutisch zu informieren und ggf. Schritte zur Optimierung zu veranlassen.</p>	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
1.9.11	<p>Hygienemanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Für den Geltungsbereich des OZ sind Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte zu benennen. Die Umsetzungen der zentralen Hygienevorgaben sind für die einzelnen Bereiche (u.a. OP, medikamentöse Therapie) nachzuweisen. 	<p>Im Intranet findet man unter Institute, Krankenhaushygiene, die aktuell geltende Geschäftsordnung der Hygienekommission des CTK. Die Aufgaben und die Hygienebeauftragten Ärzte der einzelnen Fachbereiche sind dort namentlich benannt.</p> <p>Eine namentliche Auflistung aller Hygienebeauftragten in der Pflege steht im Intranet unter Pflege, MA mit Zusatzfunktion, Verantwortliche Hygiene zur Verfügung.</p> <p>Für das Onkologische Zentrum haben wir definiert, dass die Zuständigkeit weiter fachbereichsbezogen verbleibt im Sinne der benannten Hygienebeauftragten Ärzte der Kliniken. Dies erscheint uns für die Umsetzung der Richtlinien und deren Kontrolle als praktikabler.</p> <p>Im CTK gibt es einen allg. geltenden Hygieneplan, in dem umfangreich hygienerelevante Themen aufgeführt sind. Darüber hinaus gibt es Hygienepläne für einige spezielle Bereiche, in denen bereichsspezifische Festlegungen getroffen werden. Des Weiteren werden seitens der Krankenhaushygiene regelmäßig Schulungen zu verschiedenen Themen angeboten. Zu diesen Schulungen zählen u.a. die hygienische HD sowie andere bereichsspezifische Schulungen. Die Nachweise liegen den einzelnen Bereichen bzw. der KH-Hygiene vor. Eine stichpunktartige Überprüfung von bezgl. der Umsetzung von geltenden Vorgaben, erfolgt im Zuge von regelmäßigen Hygienebegehungen und bei Compliance-Messungen. Ein Bericht bzw. eine mündliche Auswertung gehen der jeweiligen Abteilung im Anschluss daran zu.</p>

Darstellungen zu 2.1 und 2.2 in den Anlagen der Tumorentitäten bzw. in den Modul-/Organ-Erhebungsbögen – hier zu nennen:

- 1 = Chirurgische Klinik / IV. Med. Klinik
- 2 = Klinik f. Frauenheilkunde
- 3 = Klinik f. Urologie
- 4 = Klinik für HNO, Klinik f. MKG

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
2.1.1	<p>Die Anforderungen an die organspezifische Sprechstunde sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen.</p>	<p>Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“</p>

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
2.2.1	Die Anforderungen an die organspezifische Diagnostik sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen.	Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
3.1	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen 	Institut für Radiologie am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus Es sind 9 Fachärzte im Institut für Radiologie tätig. Eine gegenseitige Vertretung ist bei gleicher Qualifikation garantiert. Die Darstellung ist im Arbeitshandbuch KTQ enthalten. Nachweise für die Qualifikationen liegen in der Personalabteilung des CTK vor und können eingesehen werden. Die Abteilung ist nach KTQ zertifiziert. Es existiert im Institut für Radiologie eine Matrix „Verantwortlichkeiten Zentren“. Diese Matrix stellt die internen verantwortlichen FÄ zu den jeweiligen Fachdisziplinen zum Onkologischen Zentrum dar.
3.2	Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA) Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen.	Für die Tätigkeiten, die das OZ betreffen, sind im Institut für Radiologie 36 MTRA beschäftigt. – Die MTRAs sind examinierte Fachkräfte und nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. Nachweise liegen jeweils vor Ort vor.
3.3	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: <ul style="list-style-type: none"> • konventionelles Röntgen • Angiographie • Sonographie • Spiral-CT • MRT (Feldstärke mind. 1,5 Tesla) 	In unserem OZ sind die untenstehenden Verfahren alle gewährleistet. Röntgen: 3x Digitale Radiographie mit mobilen und festen Flachdetektoren - DRX (inkl. Notaufnahme) (Carestream) Mammographie mit Tomosynthese (Hologic Selenia Dimensions) Digitale Volumetomographie (DVT) OPG DXA-Knochendichtemessung 10x mobile Röntgeneräte auf den Stationen

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Multi-Slice-CT: Somatom Definition (64 Zeilen Siemens) Somatom Definition AS+ (128 Zeilen Siemens) Brilliance (16 Zeilen Philips) = Ausfallkonzept</p> <p>MRT: 3 Tesla – Skyra (Siemens) 1,5 Tesla - Avanto (Siemens)</p> <p>Angiographie: 2 Ebenen DSA-Anlage Artis Zee biplan (Siemens) 1 Ebenen DSA-Anlage Artis Zee (Siemens) = Ausfallkonzept DSA</p> <p>Ultraschall: 1 Sonographiegerät für Abdomen (Philips) 1 Sonographiegerät für Mammasonographie (Super-sonic AI Explorer)</p> <p>Es werden Gerätelisten geführt, die Zuständigkeiten und Abläufe der Diagnostik sind über Patientenpfade und Verfahrensanweisungen geregelt.</p>
3.4	<p>Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOPs) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.</p>	<p>Es existieren SOPs für die Untersuchungen.</p> <p>Die SOPs sind über das Intranet verfügbar und werden 1 x jährlich auf Aktualität geprüft.</p>
3.5	<p>Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.</p>	<p>Der schriftliche Befund ist spätestens innerhalb von 24h über das ORBIS verfügbar.</p>
3.6	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.</p>	<p>Am CTK existiert ein zentrales Einarbeitungskonzept.</p> <p>Im Institut für Radiologie existieren weiterhin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einarbeitungskonzept und Protokolle Ärzte - Einarbeitungshefter Ärzte - Einarbeitungsordner MTRA - Einarbeitungsprotokolle MTRA <p>Die Weiterbildungsplanung der Ärzte erfolgt anhand der Weiterbildungsordnung.</p>
3.7	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und Assistenz-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 Onkologische Zentrum wahrnimmt 	<p>Eine prospektive Fort-/ Weiterbildungsplanung liegt vor.</p> <p>Interne Fortbildungen werden regelhaft geführt. Die Teilnahme ist für Ärzte und MTRAs möglich.</p> <p>Die internen Veranstaltungen erfolgen mit Vortrag und anschließender Diskussion zu spezifischen Weiterbildungsthemen der radiologischen Diagnostik und Therapie.</p> <p>Es werden regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt.</p>

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>2 x jährlich finden überregionale MTRA-Veranstaltungen statt. Dabei werden Themen der spezifischen Weiterbildung von MTRA vermittelt.</p> <p>1 x jährlich besuchen ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter den Deutschen Röntgenkongress, um qualitätsrelevante Tätigkeiten im Rahmen der verschiedenen Tumorzentren des Carl-Thiem-Klinikums zu vertiefen.</p> <p>Die Teilnahme der MTRAs an der Tumorkonferenz erfolgt.</p> <p>Nachweise der durchgeführten Fort-/Weiterbildungen werden geführt und können vor Ort eingesehen werden.</p>
3.8	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>	<p>Seitens des Instituts für Radiologie ist die Teilnahme an den Qualitätszirkeln der Organkrebszentren und an den Veranstaltungen des OZ gewährleistet.</p> <p>Nachweise liegen vor und können eingesehen werden.</p>

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
4.1	<p>Fachärzte der Nuklearmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen 	<p>Am Zentrum befindet sich die Klinik für Nuklearmedizin, von Chefarzt Dr. U. Grelke geleitet. In der Klinik sind 4 FÄ tätig, 3 FÄ mit Doppelfacharztausbildung.</p> <p>Die Facharznachweise liegen vor Ort vor. Die benannten Fachärzte vertreten sich gegenseitig.</p>
4.2	<p>MTRAs der Nuklearmedizin</p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTRA müssen zur Verfügung stehen.</p>	<p>Für die Tätigkeiten sind am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus für die Klinik für Nuklearmedizin 6 MTRA und 1 MTLA beschäftigt.</p> <p>Die MTRAs sind examinierte Fachkräfte und nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. Nachweise sind vor Ort verfügbar.</p>
4.3	<p>Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knochenszintigrafie (obligat) <p>Fakultativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PET-CT, PET-MRT • Stationäre Radionuklidtherapie 	<p><u>Knochenszintigrafien</u> mit ergänzenden SPECT/CT Messungen werden in der Klinik für Nuklearmedizin regelmäßig durchgeführt und im Kontext mit den vorhandenen radiologischen Bilddaten (CT, MRT) bewertet. Die Zuständigkeiten und Abläufe der Diagnostik sind geregelt.</p>

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p><u>PET-CT:</u> Seit dem 01.09.2015 existiert eine Kooperationsvereinbarung mit der Charité Berlin und seit 09/2016 eine zusätzliche Vereinbarung mit dem Klinikum Potsdam. Die Prozesse der Durchführung einer PET/CT-Diagnostik mit den Kooperationspartnern ist in einer separaten Verfahrensanweisung geregelt. Die Einordnung der extern erhobenen PET/CT-Bilddaten und Befunde im Rahmen der Tumorkonferenz und des klinischen Kontextes erfolgt primär durch Dr. Starke als Doppelfacharzt NUK/Radiologie mit PET/CT-Expertise.</p> <p>Die Installation eines digitalen PET/CT für das 2. QT 2021 ist beabsichtigt, Ausschreibungsverfahren diesbezüglich wurden gestartet. Im Rahmen der Vorbereitung der Inbetriebnahme erfolgen Hospitationen im Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam durch MTRA Frau Becker, Assistenzarzt Herr Spatz und Dr. Starke.</p> <p><u>Stationäre Radionuklidtherapien:</u> Aktuell erfolgen Therapien mit Jod-131 Mit Inbetriebnahme des neuen Heißlabors 2023 ist die Aufnahme von Therapien mit Lutetium-177 beabsichtigt.</p>	
4.4	<p>Prozessbeschreibungen (SOPs) Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.</p>	<p>SOP liegen als Ausdruck und digital im Intranet vor, Gültigkeit jeweils 3 Jahre, letzte Aktualisierung 11/2019</p> <p><u>PET-CT:</u> Der schriftliche Befund wird nach der Diagnostik direkt an CA Herrn Dr. Grelke per Post übermittelt. Herr CA Dr. Grelke ist für die Verteilung der Befunde zuständig. Die digitalen Bilderdaten der PET-CT-Untersuchungen werden in das PACS eingespielt und sind somit für Demonstrationszwecke verfügbar. Regelhaft erfolgt die Befunddemonstration und Erörterung im Rahmen der Tumorkonferenz durch einen fachärztlichen nuklearmedizinischen Kollegen.</p>	
4.5	<p>Befunderstellung Der schriftliche Befund des Nuklearmediziners muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.</p>	<p>Die nebenstehenden Anforderungen werden erfüllt.</p> <p>Auf Anforderung erfolgt eine Kurzbefundung im Anschluss an die Untersuchung. Der Kurzbefund wird eingescannt und steht über Orbis den mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung.</p>	
4.6	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter</p>	<p>Für die ärztlichen Mitarbeiter hat Herr CA Dr. Grelke (zum 01.04.2015) einen detaillierten Ausbildungsplan zur Facharztausbildung erstellt. Darüber sind alle not-</p>	

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.	wendigen Schritte der Ausbildung in Bezug auf Strahlenschutz, Radiochemie, nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie abgebildet. Für die MTRA-Ausbildung/Schüler existiert ein Ausbildungskonzept.
4.7	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt 	Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung wird von allen Mitarbeitern der Klinik (sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal) sichergestellt. Neben den prinzipiellen internen Weiterbildungsangeboten des CTKs werden ebenfalls externe Schulungen absolviert. Eine prospektive Fortbildungsplanung liegt vor und für die durchgeführten Fortbildungen sind Kopien der Teilnahmezertifikate, Teilnehmerlisten etc. vorhanden. Die Planung und Nachweisführung können vor Ort eingesehen werden.
4.8	Qualitätszirkel <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>	Im OZ-Handbuch ist die Vorgehensweise zu den Qualitätszirkeln definiert, dort sind alle nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt. Das Protokoll und die Teilnehmerlisten liegen bei der Koordinatorin OZ vor und können dort eingesehen werden. Termine der Qualitätszirkel des Onkologischen Zentrums und der Organkrebszentren: s. bitte Kap. 1.2.10.

Darstellungen zu 5. in den Anlagen der Tumorentitäten

bzw. in den Modul-/Organ-Erhebungsbögen – hier zu nennen:

- 1 = Chirurgische Klinik / IV. Med. Klinik
- 2 = Klinik f. Frauenheilkunde
- 3 = Klinik f. Urologie
- 4 = Klinik für HNO, Klinik f. MKG

Darm	Zertifiziertes Organkrebszentrum seit 2011 Siehe bitte separater EB
Pankreas	Zertifiziertes Modul seit 2014 Siehe bitte separater EB
Prostata	Zertifiziertes Organkrebszentrum seit 2011 Siehe bitte separater EB

Für die beteiligten Bereiche/Kliniken sind die Anforderungen zu Kap. 5.1 separat in den Anlagen dargestellt.

Schwerpunkt 1: Gallenwege, Neuroendokrine Tumore, Dünndarm-Tumoren	Siehe bitte Anlage Tumorentität Chirurgie SP1Z
--	--

Mamma	Z siehe bitte separater EB Zertifiziertes Organkrebszentrum seit 2018
Gynäkologische Tumore	Z siehe bitte separater EB Zertifiziertes Organkrebszentrum seit 2015
Schwerpunkt 6: Tumoren der Niere, der Harnblase, des Hodens und des Penis	Siehe bitte Anlage Tumorentität Urologische Tumore
Kopf-/Hals Tumore (Mund, Rachen, Kehlkopf)	M siehe bitte Modul KHT Zertifiziertes Modul seit 2015

5 Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
5.1.1	Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner: Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der Chirurgie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.	Organspezifische bzw. fachbereichsspezifische Darstellung im jeweiligen Erhebungsbogen (=GYN, BZ, DZ, PAN, PZ und HZ), Modul für das KHT -Zentrum sowie in den Anlagen für SP1 und SP6.	
5.1.2.	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Viszeralchirurgie Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Ggf. Nachweis über Kooperationsvereinbarung 	In der Chirurgischen Klinik am CTK sind folgende Fachärzte für die onkologische Chirurgie definiert: <ul style="list-style-type: none"> • CA PD Dr. med. habil. Rainer Kube • Ltd. OA Prof. Dr. med. Björn Brücher • OA Dr. med. Mario Liese 	
5.1.3	Erreichbarkeit/ Bereitschaft <ul style="list-style-type: none"> • 24h-Erreichbarkeit eines Facharztes für Chirurgie, einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Möglichkeit der operativen Notfallversorgung über 24h muss gewährleistet sein 	In der Chirurgischen Klinik am CTK existiert ein 24 Stunden verfügbarer Hintergrunddienst (immer Facharzt). Der Hintergrunddienst ist an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr verfügbar. Zusätzlich ein Anwesenheitsdienst auf Facharztniveau. Die Möglichkeit der operativen Notfallversorgung ist über 24h gewährleistet.	
5.1.4	Fallzahlen Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Die organspezifischen Anforderungen sind in den Kapiteln 5.2 der organspezifischen Erhebungsbögen hinterlegt 	siehe bitte Kap. 5.2 organspezifischer Erhebungsbogen des VZ	
5.1.5	Interdisziplinäres Vorgehen <ul style="list-style-type: none"> • Für jeden Tumorpatienten mit fortgeschrittenem Befund und/ oder Fernmetastasierung, ist entsprechend der Empfehlung der Tumorkonferenz präoperativ das Vorgehen durch die beteiligten Fachdisziplinen zu planen und zu dokumentieren. 	Tumorpatienten mit fortgeschrittenem Befund u./o. Fernmetastasierung werden von allen beteiligten Disziplinen präoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt. Teilnehmer an der Tumorkonferenz sind die relevanten Fachdisziplinen, bedarfsgerecht werden weitere Fachdisziplinen hinzugezogen. Zum interdisziplinären Vorgehen sind in den jeweiligen Modulbögen bzw. in den Anlagen Tumorentitäten weitere Angaben enthalten.	

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
5.1.6	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Konzepte zur Versorgung bei speziellen chirurgischen Behandlungsnotwendigkeiten (Metastasierung, fortgeschrittenes Rezidiv etc.) sind darzustellen (z.B. die Zusammenarbeit Urologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie) Für Patienten mit Myelonkompression und neurologischen Symptomen muss eine SOP zur Versorgung innerhalb von 24h nach Verdachtsdiagnose erstellt werden Das interdisziplinäre Vorgehen bei chirurgischen Eingriffen muss unter Berücksichtigung der Schnittstellen beschrieben und das Konzept mit entsprechenden Kooperationsvereinbarungen bei der Zertifizierung vorgelegt werden Postoperative Betreuung der Patienten mit intraoperativ führendem chirurgischen Befund Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung Rückverlegung auf die Normalstation der primär behandelnden Fachrichtung Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren 	<p>Die chirurgische Versorgung ist für die einzelnen Entitäten in internen Standards festgelegt worden, dort sind die nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> interdisziplinäres Vorgehen bei Metastasierung, fortgeschrittenes Rezidiv etc. postoperative Betreuung der Patienten intensivmedizinische Versorgung Rückverlegung auf Normalstation Supportive Maßnahmen / Therapiekonzepte 	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
5.2.1	<p>Die Anforderungen an die organspezifische operative Therapie sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen.</p>	<p>Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“</p>	

6 Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Medizinische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
6.1.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung</p>	<p>II. Medizinische Klinik</p> <p>Herr CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber</p>	

	<p>Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner (Hämatologen und Onkologen) des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ambulant).</p>		
6.1.2	<p>Es ist wünschenswert, die Systemtherapie räumlich in zentralen, multidisziplinär betreuten Therapieeinheiten durchzuführen.</p>	<p>Im Rahmen des Aufbaus des Onkologischen Zentrums wurde eine zentrale multidisziplinäre Therapieeinheit gegründet. In dieser sind jetzt räumlich die Onkologische Tagesklinik (OT1), der interdisziplinäre Bereich zur Chemotherapieverabreichung, die Ermächtigungsambulanz von Herrn CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber und das MVZ Gynäkologie und Senologie zusammengefasst.</p> <p>Zentralisiert erfolgt dort teilstationär die medikamentöse Tumorthherapie des Onkologischen Zentrums in der Onkologischen Tagesklinik (OT1) und stationär für die Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums, des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums sowie für die Strahlentherapie im interdisziplinären Bereich.</p> <p>Bis 05/2018 erfolgte die stationäre medikamentöse Tumorthherapie urologischer Tumore auf der Station URO1. Seit 06/2018 werden die stationären Chemotherapien urologischer Tumore auch im interdisziplinären Bereich verabreicht.</p> <p>Im Mai 2019 (ab 01.05.2019) wurde das MVZ für Gynäkologie und Senologie etabliert, das für die Verabreichung der Systemtherapie Räume in der zentralen Therapieeinheit nutzt. Über diesen Weg kann zusätzlich eine ambulante Applikation der Systemtherapien bei Mamma-Ca und gyn. Neoplasien am CTK realisiert werden.</p> <p>Die medikamentöse Systemtherapie für hämatologische Neoplasien erfolgt fast ausschließlich auf der Station M2/3 und über die Ermächtigungsambulanz von Herrn PD Dr. Schmidt-Hieber.</p> <p>Patienten mit soliden Neoplasien, denen eine teilstationäre Behandlung aufgrund des Allgemeinzustandes nicht möglich ist, werden ebenfalls auf der Station M2/3 therapiert, wenn es fachspezifisch nicht anders zu realisieren ist.</p>	
6.1.3	<p>Ärztliche Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie • Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen 	<p>Am CTK gibt es zurzeit 3 Fachärzte für Hämatologie / Onkologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber – Dr. med. Kerstin Gutsche – Dr. med. Maximilian Desole <p>Die Vertretung ist geregelt.</p>	

	<p>Anforderungen Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Medizinische Onkologie. Wenn keine Berechtigung zur vollen Weiterbildung vorliegt, muss 6.1.4 - 6.1.6 erfüllt sein</p>	<p>Die volle Weiterbildungsberechtigung (36 Monate) im Bereich Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie besitzt Herr PD Dr. Schmidt-Hieber.</p> <p>Zusätzlich besitzt Frau Dr. med. Gutsche die Weiterbildungsberechtigung für die Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“.</p>	
6.1.4	<p>Die Zusammenarbeit mit einer Einheit für allogene und autologe Stammzelltransplantation muss bei entsprechendem Geltungsbereich des OZ nachgewiesen werden. Ggf. über Kooperation. Eine Beschreibung (Verfahrensanleitung) soll vorliegen.</p>	<p>Bezüglich Patienten mit geplanter oder bereits erfolgter allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation erfolgt seit vielen Jahren eine enge Zusammenarbeit mit der 1. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden. Die konventionelle Primärtherapie bei Patienten mit der prinzipiellen Option einer allogenen Stammzelltransplantation (z.B. Induktionstherapie bei akuten Leukämien) erfolgt hierbei in der Regel in der 2. Medizinischen Klinik des Carl-Thiem-Klinikums. Die Durchführung der allogenen Stammzelltransplantation inkl. der Konditionierung wird im Universitätsklinikum Dresden durchgeführt. Die Nachsorge bzw. Behandlung von Komplikationen (z.B. CMV-Reaktivierung, GvHD) allogenen-stammzelltransplanterter Patienten findet in einem der beiden Zentren statt (ambulant oder stationär). Alle Therapieabschnitte erfolgen in enger Abstimmung zwischen den Behandlern der Carl Gustav Carus Dresden und des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus. Regelmäßig erfolgen persönliche Treffen mit den Beteiligten beider Einrichtungen mit dem Ziel der Prozessevaluation und – optimierung (z.B. 04/19 SAL AML Treffen in Frankfurt). Die Zusammenarbeit ist in einem Kooperationsvertrag geregelt, der bei Bedarf eingesehen werden kann.</p>	
6.1.5	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Während der regulären Arbeitszeiten muss ein in der bettenführenden Abteilung der Klinik (siehe 6.1.6) angestellter FA für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie anwesend sein • Es muss ein Visitedienst am Wochenende eingerichtet sein. 	<p>Die Anwesenheit der benannten Fachärzte während der Arbeitszeit und die 24 h Erreichbarkeit sind gewährleistet.</p> <p>An Wochenenden und Feiertagen besteht ein hämatotoonkologischer Visiten- und Rufbereitschaftsdienst. Die Kompetenz eines Facharztes für Hämatologie/Onkologie für die bettenführenden Abteilungen wird durchgängig sichergestellt.</p>	
6.1.6	<ul style="list-style-type: none"> • Betten in einem geschlossenen stationären Bereich für hämatologische und onkologische Patienten, in Einrichtungen, die den Anforderungen als Weiterbildungsstätte für Hämatologie und Medizinische Onkologie entsprechen, müssen jederzeit verfügbar sein (Nachweis über Bettenplan des Gesamt-OZ) • Die Isolation von Patienten und die Umkehrisolation müssen möglich sein und es müssen entsprechende Maßnahmen (z.B. Händedesinfektion, Screening auf Problemkeime, Filter) geregelt sein (Verfahrensanleitung). • Einzelüberwachungsplätze bzw. Monitore sowie der Zugang zur Intensivmedizin müs- 	<p>Auf der Station M2/3 stehen 27 Betten für hämatologische und onkologische Patienten zur Verfügung.</p> <p>Bettenführende Einheiten im Geltungsbereich des OZ:</p> <p>Siehe bitte Tabelle unter Kapitel 1.8</p> <p>Die Isolation von Patienten und die Umkehrisolation sind möglich und entsprechende Maßnahmen (z.B. Händedesinfektion, Screening auf Problemkeime, Filter) sind geregelt.</p> <p>Eine Umkehrisolation erfolgt bei Patienten mit Neutropenie (ANC <1/nl) oder anderer schwerer Immunsuppression (z.B. Antikörpermangel, schwere chronische GvHD). Hochgradig immunsupprimierte Patienten (z.B. Neutropenie mit ANC<1/nl) erhalten in der Regel zusätzlich eine keimreduzierte Kost. Screeninguntersu-</p>	

	sen im gleichen Krankenhaus für onkologische Patienten jederzeit zur Verfügung stehen.	<p>chungen auf Problemkeime (z.B. multiresistente Erreger oder Norovirus) sowie Isolationsmaßnahmen bei deren Nachweis erfolgen in Anlehnung an publizierte Leitlinien (s. z.B. Schmidt-Hieber et al, Ann Hematol. 2018 Jan;97(1):31-49). In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene (CA PD Dr. KH Reuner und CÄ PD Dr. H. Peltroche) erfolgen regelmäßig Schulungen und Weiterbildungen im Umgang mit Immunsupprimierten Patienten. Wichtige Maßnahmen welche die Hygiene und den Umgang mit immunsupprimierten Patienten betreffen sind hierbei in SOPs und Verfahrensanweisungen geregelt und können bei Bedarf eingesehen werden.</p> <p>Bei Notwendigkeit zur Einzelüberwachung bzw. intensivmedizinischer Betreuung ist jederzeit eine stationäre Aufnahme auf das IMC2 oder die ITS möglich.</p>	
6.1.7	Kooperation mit ambulant tätigen Fachärzten für Hämatologie und Medizinische Onkologie muss nachgewiesen werden (z.B. auch über Ermächtigung, MVZ).	<p>Es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit den ambulanten hämatoonkologischen Praxen.</p> <p>Außerdem wurde eine Kooperationsvereinbarung mit der hämatologischen Ermächtigungsumbulanz Herr PD Dr. Schmidt-Hieber getroffen.</p>	
6.1.8	Bereitstellung von onkologischen Konsiliardiensten für alle stationären Abteilungen am Ort, die in die Tumorthherapie eingebunden sind.	Es besteht ein hämatoonkologischer Konsiliardienst am CTK dessen Anmeldung über Orbis erfolgt. Eine Vertretungsregelung ist gewährleistet.	
6.1.9	Der Prozess der Inanspruchnahme der Rufbereitschaft des Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie durch einen im Krankenhaus vorstellig werdenden Patienten muss beschrieben und anhand von konkreten Fällen dargestellt werden.	<p>Durch den Vordergrunddienst und Hintergrunddienst der stationären Behandlungspartner wird an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr gewährleistet, dass Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen im CTK vorgestellt werden können.</p> <p>Durch die Diensthabenden wird ein hämatoonkologisches Konsil veranlasst, das innerhalb von 24 Stunden die Vorstellung beim Hämatoonkologen absichert. Während der Wochenenden und Feiertage erfolgt durch die Diensthabenden die telefonische Information der hämato-onkologischen Rufbereitschaft. Entsprechend der akuten Fragestellung wird durch den Hämatoonkologen im Einzelfall entschieden, ob eine direkte Patientenvorstellung erforderlich ist oder Ratschläge bzgl. der weiteren Therapie, die durch den vor Ort Diensthabenden umgesetzt werden, ausreichend erscheinen.</p> <p>An den Wochenenden und Feiertagen umfasst die hämatoonkologische Rufbereitschaft auch die Visite bei hämatoonkologischen Problempatienten.</p> <p>Angestrebt ist, dass ab 11/2020 die hämatoonkologische Rufbereitschaft auch auf die Wochentage Montag bis Donnerstag ausgeweitet wird.</p>	
6.1.10	Teilnahme an der Tumorkonferenz Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz.	Die verbindliche Teilnahme an den Tumorkonferenzen ist sichergestellt.	
6.1.11	Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll <ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar. 	Unter Berücksichtigung der organspezifischen Anforderungen wird sichergestellt, dass die Patienten in den spezifischen Tumorkonferenzen vorgestellt werden.	

	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein. • Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen. • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren 	<p>Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensweisung beschrieben und wird umgesetzt.</p> <p>Die nebenstehenden Anforderungen sind Bestandteil der Kooperationsvereinbarungen mit den ambulanten hämatonkologischen Praxen und der Ermächtigungsambulanz und werden von allen Partnern erfüllt.</p> <p>Das Protokoll der Tumorkonferenz wird in Orbis erstellt und als vidiertes Dokument in Orbis hinterlegt. Der Tumorkonferenzbeschluss kann in den Arztbrief übernommen werden.</p> <p>Therapieabweichungen von den Empfehlungen der Tumorkonferenz werden entsprechend der Verfahrensweisung gemeldet und erneut in der Tumorkonferenz besprochen.</p> <p>Das Vorgehen bei nichtoperativen Therapiekomplikationen sowie bei Todesfällen ist im Teil 2 der gleichen Verfahrensweisung beschrieben. Die Meldung erfolgt über ein spezielles Formular beim jeweiligen Koordinator des Organzentrums/ Moduls/ Schwerpunktes, wird dort archiviert und als individuelle Darstellung in Morbiditätskonferenzen oder Qualitätszirkeln ausgewertet.</p> <p>Seitens des Onkologischen Zentrums orientieren wir uns an den Empfehlungen der DGHO zur Supportivtherapie im Leitlinienprogramm Onkopedia (siehe https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines) und im jährlich aktualisierten Handbuch der Onkologie (letzte Version Onko-Update 2018).</p> <p>Die Supportivtherapie bzgl. der medikamentösen Tumorthherapie ist im Apothekenprogramm Zenzy bei den einzelnen Therapieschemata hinterlegt. In Zusammenarbeit zwischen Frau Dr. Gutsche und Frau Schemmel als verantwortlichen Apothekerin werden diese Schemata entsprechend des aktuellen Kenntnisstandes aktualisiert.</p> <p>Standards für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen wurden etabliert, im Intranet hinterlegt und in den Qualitätszirkeln Hämatologie/Onkologie diskutiert.</p>	
6.1.12	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	<p>Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung wird von allen Mitarbeitern der Klinik (sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal) sichergestellt. Neben den prinzipiellen internen Weiterbildungsangeboten des Krankenhauses, die im Jahres-Fortbildungsplan beschrieben sind, wird an externen Fort- und Weiterbildungen regelmäßig teilgenommen.</p> <p>Der Plan liegt vor Ort vor und kann, wie auch Nachweise, eingesehen werden.</p>	
6.1.13	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden 	<p>Im QM-Handbuch unseres OZ ist die Vorgehensweise zu den Qualitätszirkeln definiert, dort sind alle nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>	<p>Die Kollegen der Hämatonkologie sind Kooperationspartner aller Organzentren, so dass sie an den Qualitätszirkeln der Organzentren aktiv teilnehmen. Nachweise liegen beim Koordinator des OZ vor.</p> <p>Außerdem erfolgen 2x jährlich gesonderte Qualitätszirkel mit der Apotheke. 2019 erfolgten die Qualitätszirkel mit der Apotheke am 10.05.2019 und 22.10.2019. Der erste Qualitätszirkel mit der Apotheke in 2020 fand am 23.3.2020 statt. Der zweite Qualitätszirkel ist Anfang Dezember 2020 geplant. Die Protokolle des QZ mit der Apotheke werden beim Koordinator des Onkologischen Zentrums archiviert und sind dort einsehbar.</p>	
6.1.14	<p>Studien Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.</p>	Siehe bitte Kapitel 1.7	
6.1.15	<p>Pflege Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.</p>	Siehe bitte Kapitel 1.8	

6.2 Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
6.2.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ ambulant).</p>	<p>II. Medizinische Klinik CA PD Dr. med. M. Schmidt-Hieber</p> <p>Frauenklinik CA Dr. med. J. Schreier</p> <p>Klinik für HNO CA PD Dr. med. M. Herzog</p> <p>Klinik für MKG CA Dr. med. C. Ruttig</p> <p>Klinik für Urologie CA Dr.med. B. Hoschke</p> <p>Klinik für Strahlentherapie CA Dr. med. G. Ziegenhardt</p> <p>Im Rahmen des Aufbaus des Onkologischen Zentrums wurde eine zentrale multidisziplinäre Therapieeinheit gegründet. Für das OZ sind die Onkologische Tagesklinik, der interdisziplinäre Bereich zur Chemotherapie-Verabreichung, die hämatologische Ermächtigungambulanz von CA Schmidt-Hieber und das MVZ für Gynäkologie und Senologie räumlich in Haus 63 zusammengefasst. Die Verfahrensanweisung für die Onkologische Tagesklinik und den interdisziplinären Bereich ist identisch. Damit ist die Zentralisierung der Tumorthherapie bis auf wenige Details bzgl. der Systemtherapie hämatologischer Neoplasien und das MVZ für Gynäkologie und Senologie umgesetzt.</p>	

6.2 Medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Die Leitung der zentralen multidisziplinären Therapieeinheit zur Chemotherapieverabreichung obliegt der II. Medizinischen Klinik Frau OÄ Dr. med. Gutsche. Diese erfolgt für den interdisziplinären Bereich in gleichberechtigter Kooperation mit den Chefärzten der zuweisenden Kliniken.</p> <p>Die <u>medikamentöse onkologische Therapie gynäkologischer Neoplasien und des Mammakarzinoms</u> erfolgt teilweise auch über das MVZ Gynäkologie und Senologie unter Leitung von Frau Dr.med. Nikola Bange- mann. Dies wird gesondert dargestellt.</p>	

<p>6.2.2</p>	<p>Durchführung der medikamentösen Tumorthherapie (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie)</p> <p>Facharzt für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Medizinische Onkologie für das gesamte Spektrum <p>Für die folgenden Fachdisziplinen gilt die Durchführung ausschließlich fachspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie (in Modulen: Durchführung in gleichberechtigter Kooperation mit den oben genannten Fachärzten • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie • Innere Medizin und Gastroenterologie oder Innere Medizin und Pneumologie • Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie-Onkologie“ • Strahlentherapie ausschließlich für simultane, die Radiotherapie modulierende Systemtherapien (z.B. Radiochemotherapie) <p>Ein Vertreter (die Vertreter der Kooperation) mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p>	<p>Der größte Teil der medikamentösen Tumorthherapie des Onkologischen Zentrums erfolgt in der Onkologischen Tagesklinik (OT1).</p> <p>Leitung OT1: OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche Vertretung: CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber</p> <p>Außerdem werden in der Ermächtigungsambulanz von Herrn CA PD Dr. Schmidt-Hieber Systemtherapien für hämatologische Neoplasien verabreicht.</p> <p>Seit 04/2019 existiert eine kassenärztliche Zulassung für die medikamentöse Tumorthherapie gynäkologischer Erkrankungen, die über das MVZ für Gynäkologie und Senologie in Hauptverantwortung durch Frau OÄ Dr. Bangemann und vertretungsweise CA Dr. Schreier realisiert wird.</p> <p>Zentralisiert erfolgt die medikamentöse Therapie für die stationären Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrum, des Urologischen Zentrums, des Gynäkologischen Krebszentrums, des Brustkrebszentrums sowie der Strahlentherapie im interdisziplinären Bereich.</p> <p>Die Verantwortlichkeit für die medikamentöse Therapie im interdisziplinären Bereich zur Chemotherapieverabreichung obliegt entitätsspezifisch den Fachärzten mit der jeweiligen Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ in Kooperation mit den Hämatonkologen. Diese werden im Folgenden berechnigte Ärzte genannt.</p> <p><u>Berechnigte Ärzte mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie:</u></p> <p>Gynäkologisches Krebszentrum und Brustkrebszentrum: CA Dr. N. Bangemann Vertretung: CA Dr. Schreier</p> <p>Kopf-Hals-Tumorzentrum: CA PD Dr. med. M. Herzog Vertretung: OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche</p> <p>Urologisches Zentrum: CA Dr. med. B. Hoshcke OA Dr. med. Bechler</p> <p>Die Nachweise für die erforderliche Qualifikation zur medikamentösen onkologischen Therapie liegen bei der Koordinatorin des OZ vor.</p> <p>Die ambulante medikamentöse Tumorthherapie des Prostatakarzinoms und der urologischen Tumore erfolgt zum größten Teil ambulant bei den niedergelassenen Urologen, die mit dem Prostatakarzinomzentrum und dem Schwerpunkt urologische Tumore kooperieren. Die Vertretung ist geregelt. Die Nachweise für die erforderlichen Qualifikationen liegen bei den Leitern der Organzentren/ Module/ Schwerpunkte vor.</p> <p>Basierend auf den Regelungen in der Verfahrensweisung „Medikamentöse Tumorthherapie“ und der Bestellung der Systemtherapie im Apothekenprogramm Zenzy ist es abgesichert, dass die medikamentöse Tumorthherapie von den berechnigten Ärzten überwacht wird und nicht delegiert werden kann.</p>
--------------	--	--

		<p>Es liegen personenbezogene Berechtigungen für die Bestellung der Therapie in Zenzy und für die Freigabe der Applikation (auf dem Dokumentationsformular) vor.</p> <p><u>Medikamentöse Tumorthherapie auf der Station M2/3 und in der Ermächtigungssprechstunde von CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber</u></p> <p>Medikamentöse Tumorthapien bei Leukämien, Lymphomen und anderen hämatologischen Neoplasien werden überwiegend auf der Station M2/3 und der Ermächtigungssprechstunde von CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber durchgeführt.</p> <p><u>Leitung Station M2/3:</u> CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber</p> <p><u>Vertretung:</u> OA Dr. med. Maximilian Desole OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche</p> <p>Die Verantwortlichkeit für die medikamentöse Tumorthherapie auf der Station M2/3 und der Ermächtigungsambulanz obliegt den genannten Fachärzten mit der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“.</p> <p>Die Vertretung ist geregelt. Die Nachweise für die erforderliche Qualifikation liegen bei der Koordinatorin des OZ vor.</p> <p>Basierend auf den Regelungen in der Verfahrensweisung „Medikamentöse Tumorthherapie“ und der Bestellung der Systemtherapie im Apothekenprogramm Zenzy ist es abgesichert, dass die medikamentöse Tumorthherapie von den berechtigten Ärzten überwacht wird und nicht delegiert werden kann.</p> <p>Es liegen personenbezogene Berechtigungen für die Bestellung der Therapie in Zenzy und für die Freigabe der Applikation (auf dem Dokumentationsformular) vor.</p> <p><u>Medikamentöse onkologische Therapie für Kinder und Jugendliche</u></p> <p>Die medikamentöse onkologische Therapie für Kinder und Jugendliche erfolgt unter alleiniger Verantwortung der Kinderklinik. Diesbezüglich gibt es keine Zusammenarbeit innerhalb des OZ. Die Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie –Onkologie“ haben am CTK folgende Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PD Dr. med. Georg C. Schwabe - Dr. med. Albrecht Grunske - Dr. med. Gundula Böschow - Ebru Saribeyoglu <p>Nachweise liegen beim Koordinator des OZ vor.</p>	
6.2.3	<p>Pflegefachkraft/ MFA (ambulant/ stationär) Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird, müssen unter pflegefachlicher Führung einer onkologischen 	<p>Im Rahmen des Aufbaus des Onkologischen Zentrums wurde eine zentrale multidisziplinäre Therapieeinheit gegründet. In dieser sind räumlich die Onkologische Tagesklinik (OT1) und der interdisziplinäre Bereich zur Chemotherapieabreichung zusammengefasst. In dieser Therapieeinheit sind derzeit zwei onkologische Fachpflegekräfte tätig: Frau Ines Minetzke – OT1 Frau Rosalie Schuffenhauer - Interdisziplinärer Bereich</p>	

<p>Fachpflegekraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Pflegefachkräfte) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen <p>Die pflegerische Beratung und/ oder Edukation der Patienten ist dokumentiert nachzuweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis einer Befähigung für die Chemotherapeutika Applikation durch die unter 6.2.2 benannten Fachärzte. <p>Für die Befähigung wird der Nachweis von jährlichen Schulungen u.a. mit den Inhalten von 6.2.13 und 6.2.14 gefordert</p>	<p>Siehe hierzu bitte ebenfalls Kapitel 1.8</p> <p>Die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkräfte und ihre Durchführungsvoraussetzungen sind in einer Dienstanweisung als Ergänzung/Erweiterung zur Injektionsordnung hinterlegt.</p> <p>Es wurde ein CTK-interner Befähigungsnachweis „Zytostatikaapplikation durch examinierteres Pflegepersonal“ etabliert. Dieser setzt eine mindestens einjährige Erfahrung im Umgang mit Zytostatika, die vollständige Teilnahme am Curriculum zur Zytostatikaapplikation sowie den Praxis-Check durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt voraus. Jährlich erfolgt eine Überprüfung der praktischen Fähigkeiten, die durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt bestätigt wird.</p> <p>Entsprechend dieses Modus sind für die zentrale interdisziplinäre Therapieeinheit (OT1 und interdisziplinärer Bereich) 6 Pflegekräfte zur Chemotherapieapplikation zusätzlich befähigt.</p> <p>Nachweise der Qualifikationen und Fortbildungen liegen vor können vor Ort eingesehen werden.</p> <p>Innerhalb des am OZ etablierten Pflegekonzeptes (siehe Kapitel 1.8) ist die Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen gewährleistet.</p> <p>Neben der persönlichen pflegerischen Beratung im Rahmen der Therapievorbereitung und Durchführung wird den Patienten der Patientenratgeber „Diagnose Krebs - Was nun?“ (Firma medac) kostenlos ausgehändigt.</p> <p><u>Medikamentöse Tumorthherapie auf der Station M2/3 und in der Ermächtigungssprechstunde von CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber</u></p> <p>Das Pflegepersonal der 2. Medizinischen Klinik betreut seit vielen Jahren hämatoonkologische Patienten und hat in dieser Zeit eine entsprechende Expertise erworben.</p> <p>Herr Dieter Urbach ist als Fachpfleger mit der Zusatzbezeichnung Onkologie auf der Station M2/3 tätig und Frau Kathrin Wolf befindet sich dazu in der Ausbildung.</p> <p>Die Ermächtigungssprechstunde findet in einer Therapieeinheit mit der Onkologischen Tagesklinik und dem interdisziplinären Bereich zur Chemotherapieverabreichung statt, in denen Frau Rosalie Schuffenhauer sowie Frau Ines Minetzke als onkologische Fachschwestern tätig sind.</p> <p>Nachweise der Qualifikationen und Fortbildungen liegen vor und können vor Ort eingesehen werden. Die pflegerischen Aufgaben sind in Tätigkeitsbeschreibungen geregelt.</p> <p>Die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkräfte und ihre Durchführungsvoraussetzungen</p>
---	--

		<p>sind in einer Dienstanweisung als Ergänzung/Erweiterung zur Injektionsordnung hinterlegt. Es wurde ein CTK-interner Befähigungsnachweis „Zytostatikaapplikation durch examiniertes Pflegepersonal“ etabliert. Dieser setzt eine mindestens einjährige Erfahrung im Umgang mit Zytostatika, die vollständige Teilnahme am Curriculum zur Zytostatikaapplikation sowie den Praxis-Check durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt voraus. Jährlich erfolgt eine Überprüfung der praktischen Fähigkeiten, die durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt bestätigt wird. Innerhalb des am OZ etablierten Pflegekonzeptes (siehe Kapitel 1.8) ist die Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen gewährleistet.</p>	
<p>6.2.4</p>	<p>Medikamentöse Tumorthherapie im Onkologischen Zentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Tumorthherapie durchführenden Behandlungseinheiten des OZ inkl. der dazugehörigen Organkrebszentren und Module sind in der Zentrumsmatrix (Seite 10) darzustellen • Zentrale Tumorthherapie durchführende Behandlungseinheiten sind anzustreben 	<p>Im Rahmen des Aufbaus des Onkologischen Zentrums wurde eine zentrale multidisziplinäre Therapieeinheit gegründet. Für das OZ sind die Onkologische Tagesklinik, der interdisziplinäre Bereich zur Chemotherapie-Verabreichung, die hämatologische Ermächtigungsamбуланз von CA Schmidt-Hieber und das MVZ für Gynäkologie und Senologie räumlich in Haus 63 zusammengefasst. Die Verfahrensanweisung für die Onkologische Tagesklinik und den interdisziplinären Bereich ist identisch. Damit ist die Zentralisierung der Tumorthherapie bis auf wenige Details bzgl. der Systemtherapie hämatologischer Neoplasien und das MVZ für Gynäkologie und Senologie umgesetzt.</p> <p>Die medikamentöse Tumortherapien bei Leukämien, Lymphomen und anderen hämatologischen Neoplasien werden überwiegend auf der Station M2/3 und in der Ermächtigungssprechstunde von CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber durchgeführt. Die Station M2/3 befindet sich im Haus 49.</p> <p>2019 Teilstationär: OT1 368</p> <p>und stationär: interdisziplinärer Bereich gesamt: 165</p> <ul style="list-style-type: none"> • OT1-HNO – 2 • OT1-S1 – 85 • OT1-F1 – 40 • OT1-H1 – 1 • OT1- Uro – 37 <p>Station M2/3 – 260</p> <p>Ambulant: Ermächtigungssprechstunde CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber: 78</p> <p>MVZ Gynäkologie und Senologie: 61</p> <p><u>Anmerkung Zentrum:</u> Das MVZ für Gynäkologie und Senologie wurde erst 5/2019 am CTK etabliert. Bis dahin wurde die medikamentöse Tumorthherapie des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums in Kooperation mit den Hämatonkologen für die stationären Patienten im interdisziplinären Bereich des OZ oder teilstationär über die Onkologische Tagesklinik realisiert.</p>	

		<p>Ab 5/2019 konnten Chemotherapien und die oralen Therapien (z.B. Parpinhibitoren, Zellzyklusmodulatoren, antiresorptive Therapien, endokrine Therapien) über das MVZ ambulant durchgeführt werden.</p> <p>Die Fallzahlen der Behandlungseinheit MVZ für Gynäkologie und Senologie können deshalb erst ab 5/2019 dargestellt werden.</p>	
6.2.5	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein <p>Besonderheiten stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitedienst am Wochenende 	<p>Die Anwesenheit der benannten Fachärzte während der Arbeitszeit und die 24h Erreichbarkeit sind gewährleistet.</p> <p>Die medikamentöse Tumorthherapie in der OT1 und im interdisziplinären Bereich findet nicht an Wochenenden und Feiertagen statt.</p> <p>An Wochenenden und Feiertagen besteht ein hämatotoonkologischer Rufbereitschaftsdienst. Die Anwesenheit eines Facharztes für Hämatologie/Onkologie für die sonstigen bettenführenden Abteilungen wird durchgängig sichergestellt.</p> <p>An den Wochenenden und Feiertagen ist am CTK ein Oberarztvisitedienst etabliert. Außerdem umfasst die hämatotoonkologische Rufbereitschaft auch die Visite bei hämatotoonkologischen Problempatienten.</p>	
6.2.6	<p>Fallzahlen pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 200 medikamentöse Tumorthérapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich bzw. mind. 50 mit spezifischer Indikation (z.B. Mamma, Darm,) sofern in den organspezifischen Vorgaben nicht anderweitig vorgegeben • Strahlentherapie: mind. 50 simultane, die Radiotherapie modulierende Systemtherapien (z.B. Radiochemotherapie) • Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Patienten (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie). Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. 1 Therapie pro Patienten = 1 Therapielinie pro Erkrankung pro Patienten • Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen). 	<p>Die medikamentöse Tumorthherapie des OZ erfolgt ambulant über das MVZ Gynäkologie und Senologie, teilstationär in der OT1 und stationär seit dem 24.08.2015 im interdisziplinären Bereich zur Chemotherapieverarbeitung.</p> <p>Die medikamentöse Tumorthérapien bei hämatologischen Neoplasien werden überwiegend auf der Station M2/3 und in der Ermächtigungssprechstunde von CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber durchgeführt.</p> <p>Entsprechend der vorgegebenen Zählweise (abgeschlossene Chemotherapie pro Patienten, bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) wurden folgende Chemotherapien verabreicht:</p> <p>2019 Teilstationär: OT1 368</p> <p>und stationär: interdisziplinärer Bereich gesamt: 165</p> <ul style="list-style-type: none"> • OT1-HNO – 2 • OT1-S1 – 85 • OT1-F1 – 40 • OT1-H1 – 1 • OT1- Uro – 37 <p>Station M2/3 – 260</p> <p>Ambulant: Ermächtigungssprechstunde CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber: 78</p> <p>MVZ Gynäkologie und Senologie: 61</p>	

		<p><u>Anmerkung Zentrum:</u> Das MVZ für Gynäkologie und Senologie wurde erst 5/2019 am CTK etabliert. Bis dahin wurde die medikamentöse Tumortherapie des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums in Kooperation mit den Hämatonkologen für die stationären Patienten im interdisziplinären Bereich des OZ oder teilstationär über die Onkologische Tagesklinik realisiert.</p> <p>Ab 5/2019 konnten Chemotherapien und die oralen Therapien (z.B. Parpinhibitoren, Zellzyklusmodulatoren, antiresorptive Therapien, endokrine Therapien) über das MVZ ambulant durchgeführt werden.</p> <p>Die Fallzahlen der Behandlungseinheit MVZ für Gynäkologie und Senologie können deshalb erst ab 5/2019 dargestellt werden.</p> <p>Die Nachweise liegen vor und können vor Ort eingesehen werden.</p>	
6.2.7	Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie (nur ambulant) Mindestens 4 Behandlungsplätze für die intravenöse Tumortherapie und Bluttransfusionen in einem separaten Raum.		
6.2.8	Basisdiagnostik Labor Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor während der Dienstzeiten muss möglich sein. Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag. Basisdiagnostik Labor muss im Onkologischen Zentrum 24h täglich verfügbar sein.	Das CTK verfügt jeweils über ein eigenes Labor. Die Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor ist während der Dienstzeiten bzw. in Notfällen 7 Tage die Woche durchgehend gewährleistet.	
6.2.9	Basisdiagnostik Bildgebung <ul style="list-style-type: none"> • 24h täglich Zugang zur sonographischen Diagnostik. • 24h täglich Zugang zur radiologischen Notfalldiagnostik inkl. CT. • Verfügbarkeit MRT Diagnostik <p>Nachweis ggf. über einen Kooperationsvertrag.</p>	<p>Die sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik ist am CTK im Rahmen der standardisierten Patientenaufnahme geregelt. Über die Notaufnahme bzw. die diensthabenden Ärzte der Klinik besteht ein 24-Stunden täglicher Zugang zur</p> <ul style="list-style-type: none"> • sonographischen Diagnostik • radiologischen Notfalldiagnostik inkl. CT sowie • Verfügbarkeit MRT Diagnostik <p>Zusätzlich sind dazu Vereinbarungen in den Kooperationsvereinbarungen mit der II. Medizinischen Klinik, der IV. Medizinischen Klinik und der Radiologie getroffen.</p>	
6.2.10	Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar. • Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein. • Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen. 	<p>Unter Berücksichtigung der organspezifischen Anforderungen wird sichergestellt, dass die Patienten in den spezifischen Tumorkonferenzen vorgestellt werden.</p> <p>Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensweisung beschrieben und wird umgesetzt.</p> <p>Das Protokoll der Tumorkonferenz wird in ORBIS erstellt und als vidiertes Dokument in Orbis hinterlegt. Der Tumorkonferenzbeschluss kann in den Arztbrief übernommen werden.</p> <p>Therapieabweichungen von den Empfehlungen der Tumorkonferenz werden entsprechend der Verfahrensweisung gemeldet und erneut in der Tumorkonferenz besprochen.</p>	

		<p>Das Vorgehen bei nichtoperativen Therapiekomplicationen sowie bei Todesfällen ist im Teil 2 der gleichen Verfahrensanweisung beschrieben. Die Meldung erfolgt über ein spezielles Formular beim jeweiligen Koordinator des Organzentrums/ Moduls/ Schwerpunktes, wird dort archiviert und als individuelle Darstellung in Morbiditätskonferenzen oder Qualitätszirkeln ausgewertet.</p>	
6.2.11	<p>a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im OZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Erstellung/ Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen. Im speziellen bei hoch-emetogenen/ moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33 • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. <p>b) Individueller Therapieplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. • Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. <p>c) Freigabe/ Gabe der Therapie Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Patienten freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren.</p>	<p>Zwischen den Kliniken erfolgte bei identischen Indikationen ein Abgleich der Therapieschemata, die im Zenzy hinterlegt sind.</p> <p>Die Erstellung/ Änderung und Freigabe der Therapieschemata kann nur durch die im Kapitel 6.2.2 benannten, für die medikamentöse Tumorthherapie qualifizierten Ärzte erfolgen.</p> <p>Neue Schemata bzw. Änderungen bestehender werden erst nach Prüfung durch den Apotheker freigegeben.</p> <p>Bei neuen Therapieschemata erfolgt durch die für die medikamentöse Tumorthherapie qualifizierten Ärzte eine schriftliche Vorinformation an die Apotheke, da die Hinterlegung des geplanten Schemas im Apothekenprogramm Zenzy nur durch den Apotheker erfolgen kann. Durch diesen wurden vor Eingabe Stabilitäten und Kompatibilitäten sowie die Plausibilität geprüft.</p> <p>Die Therapieschemata sind durch festgelegte Berechtigungen im Apothekenprogramm Zenzy vor unbeabsichtigten Veränderungen geschützt.</p> <p>Es besteht gantztägig die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache mit der Apotheke zwecks persönlicher Beratung.</p> <p>Die Supportivtherapie bzgl. der medikamentösen Tumorthherapie ist ebenfalls im Apothekenprogramm Zenzy bei den einzelnen Therapieschemata hinterlegt. In Zusammenarbeit zwischen Frau Dr. Gutsche und Frau Schemmel als verantwortlichen Apothekerin werden diese Schemata entsprechend des aktuellen Kenntnisstandes kontinuierlich aktualisiert. In diesem Zusammenhang werden auch die Leitlinienentsprechenden Antiemetika berücksichtigt.</p> <p>Die Therapieschemata, anhand derer die systemische Therapie erfolgt, sind im Apothekenprogramm Zenzy hinterlegt und zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</p> <p>Individuelle Therapien werden im Aufklärungsgespräch thematisiert und auf dem Aufklärblatt dokumentiert. Entsprechende Schemata werden mit dem notwendigen Vermerk im Zenzy hinterlegt, nachdem eine persönliche Rücksprache des therapierenden Arztes mit der Apotheke erfolgte.</p> <p>Die unter Punkt c) angegebenen Erfordernisse sind durch die Benutzung von Zenzy garantiert. Die Applikation der Therapie wird durch das applizierende Personal auf dem Zenzyprotokoll inkl. der Uhrzeit dokumentiert.</p>	

6.2.12	<p>Zytostatikazubereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, AP-BetrO, 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 Patienten erforderlich. Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen. 	<p>Die Zubereitung der Zytostatika erfolgt für das Onkologische Zentrum applikationsfertig durch die Krankenhausapotheke des CTK. (Ausnahme MVZ Gynäkologie/ Senologie: Versorgung erfolgt aufgrund kassenärztlicher Anforderung über die Sandower Apotheke am Goethepark)</p> <p>Diese garantiert die standardisierte Herstellung durch ApothekerInnen und PTAs, die Endkontrolle durch eine/n ApothekerIn und die regelmäßigen mikrobielle Untersuchungen durch ein unabhängiges Institut.</p> <p>Während der Applikation besteht jederzeit die Möglichkeit mit der zubereitenden Stelle Kontakt aufzunehmen. Unseren Mitarbeitern sind die Kontaktdaten der Apotheke bekannt.</p> <p>Die qualitätsgesicherte Herstellung wird neben unserem QM-System auch durch die Amtsapotheker überwacht.</p>	
6.2.13	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein. 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 patientenbezogen detailliert zu dokumentieren. 	<p>Die verschiedenen Phasen der medikamentösen onkologischen Therapie haben wir Prozessbeschreibung hinterlegt, die über das Intranet jederzeit einsehbar ist.</p> <p>Die Planung der systemischen Therapie erfolgt anhand von Therapieschemata, die im Apothekenprogramm Zenzy hinterlegt sind, durch den Facharzt überprüft und patientenspezifisch freigegeben werden.</p> <p>Seitens des Onkologischen Zentrums orientieren wir uns an den Empfehlungen der DGHO zur Supportivtherapie im Leitlinienprogramm Onkopedia (siehe https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines) und im jährlich aktualisierten Handbuch der Onkologie (letzte Version Onko-Update 2019) .</p> <p>Die Supportivtherapie bzgl. der medikamentösen Tumorthherapie ist im Apothekenprogramm Zenzy bei den einzelnen Therapieschemata hinterlegt. In Zusammenarbeit zwischen Frau Dr. Gutsche und Frau Suschowk als Leiterin der Apotheke werden diese Schemata entsprechend des aktuellen Kenntnisstandes aktualisiert. Patientenspezifische Modifikation sind jederzeit möglich und werden mit Handzeichen des berechtigten Arztes auf dem Formular „Dokumentation der Applikation“ vermerkt.</p> <p>Standards für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen wurden etabliert, im Intranet hinterlegt und in den Qualitätszirkeln Hämatologie/Onkologie diskutiert und mit den an der Therapie beteiligten Partnern abgestimmt.</p> <p>Komplikationen werden an den Koordinator des Zentrums gemeldet und mind. 1 x jährlich im Qualitätszirkel Hämatologie/ Onkologie bzw. in Morbiditätskonferenzen des OZ besprochen und Maßnahmen festgelegt. Die Protokolle dieser Besprechungen und die abgeleiteten Maßnahmen sind nachvollziehbar und werden vom Koordinator des OZ archiviert.</p>	
6.2.14	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Prophylaxe/ Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> insbesondere die Behandlung von Paravasaten (Paravasate-Set und SOP), Infektionen, 	<p>Standards für die Therapie und für die Prophylaxe von Begleit- und Folgeerkrankungen wurden etabliert, in den Qualitätszirkeln Hämatologie/Onkologie diskutiert und mit den an der Therapie beteiligten Partnern abgestimmt.</p>	

	<p>thromboembolischen Komplikationen, allergischen Reaktionen und Vorgehen bei Fieber in der Neutropenie</p> <ul style="list-style-type: none"> • und das Nebenwirkungsmanagement bei immunologischen und zielgerichteten Therapien (z.B. Osteoprotektion bei Bisphosphonaten, RANK-Ligand-AK, zahnärztliche/ MKG-chirurgische Untersuchung vor Therapiebeginn), <p>sind Standards zu erstellen und die Schulung für Ärzte u. Pflegepersonal nachzuweisen (Protokoll).</p>	<p>Sie sind unter dem Kapitel medikamentöse onkologische Therapie im QM-Handbuch und im Intranet hinterlegt.</p>	
6.2.15	<p>Notfallbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. • Eine jährliche Schulung des medizinischen Personals der Behandlungseinheit muss nachgewiesen werden (Inhalte z.B. allergischer Schock, Reanimation usw.). Die Schulungsprotokolle sind nachzuweisen (Schulungsprotokolle mit Anwesenheit der letzten 12 Monate). 	<p>Es existiert für Notfälle wie Herz-Kreislaufstillstand ein für das CTK gültiger Standard der Abteilung für Anästhesiologie. Die Verfügbarkeit eines Notfallteams ist etabliert. Dieses ist hausintern über die Telefonnummer 2525 jederzeit erreichbar. Eine standardisierte Notfallausrüstung existiert auf jeder Station. Die jährliche Schulung des ärztlichen Personals wird über die Chefarztsekretariate der Kliniken organisiert und die Protokolle sind dort einsehbar. Das Pflegepersonal verfügt über ein eigenes Schulungsprogramm. Jeder Mitarbeiter erhält bei Besuch einer Schulung einen persönlichen Nachweis, der im Stationsbereich abgeheftet wird.</p>	
6.2.16	<p>Fallbezogene Information/ Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard • Schriftliche Patienteninformationen (Merkblatt) u.a. über immunologische/ zielgerichtete Therapien und Impfpfehlungen bei Immunsuppression sollen dem Patienten ausgehändigt werden <p>Patientenbezogen sind Patientengespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	<p>Während der gesamten Behandlungszeit findet ein fortwährender Dialog mit dem Patienten bzgl. der notwendigen Diagnostik und der daraus abzuleitenden Therapie statt. Die Informationsvermittlung erfolgt im Arztgespräch und wird auf spezifischen Aufklärungsbögen und ggf. in der Patientenakte vermerkt. Schriftliche Patienteninformationen über immunologische/ zielgerichtete Therapien werden dem Patienten ebenfalls ausgehändigt.</p> <p>Bzgl. der Inhalte der Patientengespräche erfolgt auch eine Stellungnahme im Arztbrief, um eine koordinierte Behandlungsführung in Kooperation mit dem Hausarzt und sonstigen mitbehandelnden Ärzten zu ermöglichen.</p> <p>Im Aufklärungsgespräch über die Therapie erfolgt ein Hinweis auf alternative Behandlungskonzepte. Entsprechend des Patientenwunsches wird die Einholung einer Zweitmeinung unterstützt und ggf. vermittelt.</p> <p>Die Therapieempfehlung der Tumorkonferenz ist im Arztbrief enthalten. Therapieablehnungen werden in der Patientenakte dokumentiert und führen zu Wiederstellung des Patienten in der Tumorkonferenz auf Grund der Therapieabweichung.</p>	
6.2.17	<p>Information Therapiedurchführung/ -planung Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Patient und/oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, ...), z.B. über Nachsorge-/ Therapiepass.</p> <p>Erstellung Arztbrief Nach Abschluss der systemischen Therapie (letzte Applikation) und/ oder bei Therapieende</p>	<p>Patient und der weiterbehandelnde Arzt erhalten nach jeder Applikation einer systemischen Therapie einen Arztbrief zur Information über den Therapiestand.</p> <p>Informationen wie Ergebnisse von Blutuntersuchungen und Nachsorgetermine sind außerdem aus dem Therapiepass des Patienten zu entnehmen.</p>	

	<p>ung und/ oder nach Abschluss-Staging/ Therapieabbruch erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.</p>		
6.2.18	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen. Die Umsetzung des Einarbeitungskonzepts ist nachzuweisen (Vorlage der Listen der neu eingestellten Mitarbeiter der letzten 12 Monate).</p>	<p>Im CTK haben wir seit Jahren ein etabliertes Einarbeitungskonzept, welches klinikintern modifiziert wurde. Dabei achten wir auf allgemeine Schritte der Einarbeitung wie Vorstellung des Teams und der Räumlichkeiten, Schlüsselordnung, Tagesroutinen, Vorstellung der Standards, Einweisungen auf Medizinprodukte, die Einstellungsuntersuchung, die notwendigen Punkte aus dem Arbeitsschutz und weitere stationsspezifische Besonderheiten.</p> <p>Dieses Dokument kann im Chefarztsekretariat der jeweiligen Klinik jederzeit eingesehen werden.</p> <p>Spezifische Besonderheiten bzgl. der medikamentösen onkologischen Therapie sind in einem gesonderten Formular für die OT1 und den interdisziplinären Bereich hinterlegt.</p>	
6.2.19	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt. 	<p>Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung wird von allen Mitarbeitern der Klinik (sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal) sichergestellt. Neben den prinzipiellen internen Weiterbildungsangeboten des Krankenhauses, die im Jahres-Fortbildungsplan beschrieben sind, wird an externen Fort- und Weiterbildungen regelmäßig teilgenommen.</p> <p>Der Plan liegt vor Ort vor und kann, wie auch die Nachweise, eingesehen werden.</p>	
6.2.20	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>	<p>Im QM-Handbuch unseres OZ ist die Vorgehensweise zu den Qualitätszirkeln definiert, dort sind alle nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt.</p> <p>Alle Belange der medikamentösen Tumortherapie werden in den Qualitätszirkel Hämatologie und Onkologie besprochen, auch wenn es sich um organspezifische Besonderheiten handelt, da es Ziel des OZ ist, die Therapie in den ambulanten und stationären Einheiten des CTK vergleichbar zu gestalten. Angestrebt wird auch eine Angleichung mit den niedergelassenen Kooperationspartnern.</p> <p>Die Kollegen der Hämatoonkologie sind Kooperationspartner aller Organzentren, so dass sie an den Qualitätszirkeln der Organzentren aktiv teilnehmen und die Besonderheiten der medikamentös/onkologischen Therapie einbringen. Nachweise liegen beim Koordinator des OZ vor.</p> <p>Außerdem erfolgen 2x jährlich gesonderte Qualitätszirkel mit der Apotheke. 2019 erfolgten die Qualitätszirkel mit der Apotheke am 10.05.2019 und 22.10.2019. Der erste Qualitätszirkel mit der Apotheke in 2020 fand am 23.3.2020 statt. Die Protokolle des QZ mit der Apotheke werden beim Koordinator des Onkologischen Zentrums archiviert und sind dort einsehbar.</p>	
6.2.21	<p>Studien</p>	<p>Siehe bitte 1.7</p>	

	Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.		
6.2.22	Pflege Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.	Siehe bitte 1.8	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
6.2.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ ambulant).</p>	<p><u>Erklärung des Zentrums:</u></p> <p>Ein Teil der Chemotherapien und die oralen Therapien des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums (z.B. Parpinhibitoren, Zellzyklusmodulatoren, antiresorptive Therapien, endokrine Therapien) werden über das MVZ ambulant durchgeführt und im folgenden Kapitel hinsichtlich der Durchführung beschrieben.</p> <p>Die übrige medikamentöse Tumorthherapie des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums wird in Kooperation mit den Hämatonkologen für die stationären Patienten im interdisziplinären Bereich des OZ oder teilstationär über die Onkologische Tagesklinik realisiert. Die Durchführung dieser Therapien wurde bereits im vorausgehenden Kapitel dargestellt.</p> <p>Eine kassenärztliche Zulassung für die medikamentöse Tumorthherapie gynäkologischer Erkrankungen besteht seit 4/2019 und wird über den KV Sitz von Frau Dr. Nikola Bangemann und Herrn Dr. Jörg Schreier realisiert.</p> <p>Die intravenöse systemische Therapie findet in der zentralen multidisziplinären Therapieeinheit statt, die im Rahmen des Aufbaus des Onkologischen Zentrums gegründet wurde und fast alle Bereiche, die medikamentöse Tumorthherapie verabreichen, zusammenfasst.</p> <p>Das MVZ Gynäkologie/ Senologie nutzt dazu die Räumlichkeiten im Wechsel mit der Ermächtigungsamбуланз von Herrn CA PD Dr. med Martin Schmidt-Hieber.</p> <p>Die perorale Systemtherapie, Aufklärungsgespräche und intermittierende Blutentnahmen werden in der MVZ-Sprechstunde der Gynäkologie und Senologie im 1. Obergeschoss des CTK Cottbus durchgeführt.</p> <p>Leiter des Gesamt-MVZ ist der Prokurist des MVZ.</p> <p>Leitung für das MVZ Gynäkologie und Senologie ist Dr. Nikola Bangemann</p> <p>Vertretung ist Dr. Jörg Schreier</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
6.2.2	<p>Durchführung der medikamentösen Tumorthherapie (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie)</p> <p>Facharzt für</p> <ul style="list-style-type: none"> Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Medizinische Onkologie für das gesamte Spektrum <p>Für die folgenden Fachdisziplinen gilt die Durchführung ausschließlich fachspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie (in Modulen: Durchführung in gleichberechtigter Kooperation mit den oben genannten Fachärzten Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie Innere Medizin und Gastroenterologie oder Innere Medizin und Pneumologie Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie-Onkologie“ Strahlentherapie ausschließlich für simultane, die Radiotherapie modulierende Systemtherapien (z.B. Radiochemotherapie) <p>Ein Vertreter (die Vertreter der Kooperation) mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p>	<p>Die Durchführung der medikamentösen Tumorthherapie (Chemotherapie, Antikörpertherapien, antiresorptive Therapien, immunmodulierende Therapien, Zellzyklusmodulator, antihormonelle Therapie) im MVZ Gynäkologie und Senologie erfolgt durch</p> <p>Fachärzte für Gynäkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie <p><u>Berechtigte Ärzte:</u> Dr. N. Bangemann Vertretung: CA Dr. Schreier In Ausbildung: OÄ J. Bock</p> <p>Die Nachweise für die erforderliche Qualifikation liegen bei der Koordinatorin des OZ und den Leitern des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebiszentrums vor.</p> <p>Ausbildungsassistenten dürfen unter persönlicher fachlicher Anleitung der berechtigten Ärzte die Therapien durchführen. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung wurden entsprechende Qualitätsnachweise akzeptiert. Ausbildungsassistenten sind Frau OÄ J. Bock und Frau Dr. M. Eichelroth</p>
6.2.3	<p>Pflegefachkraft/ MFA (ambulant/ stationär) Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird, müssen unter pflegefachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegekraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. 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 Pflegefachkräfte) 	<p>Das MVZ verfügt über eigene Pflegekräfte, die für die onkologische Pflege qualifiziert sind bzw. sich in der Fachausbildung befinden.</p> <p>Im Onkologischen Zentrum sind die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkräfte und ihre Durchführungsvoraussetzungen in einer Dienstanweisung als Ergänzung/Erweiterung zur Injektionsordnung hinterlegt. Es wurde ein CTK-interner Befähigungsnachweis „Zytostatikaapplikation durch examiniertes Pflegepersonal“ etabliert. Dieser setzt eine mindestens einjährige Erfahrung im Umgang mit Zytostatika, die vollständige Teilnahme am Curriculum zur Zytostatikaapplikation sowie den Praxis-Check durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt voraus. Jährlich erfolgt eine Überprüfung der praktischen Fähigkeiten, die durch den abteilungsverantwortlichen Oberarzt bestätigt wird.</p> <p>Die Anforderungen wurden vom MVZ für Gynäkologie und Senologie übernommen.</p>

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen Die pflegerische Beratung und/ oder Edukation der Patienten ist dokumentiert nachzuweisen • Nachweis einer Befähigung für die Chemotherapeutika Applikation durch die unter 6.2.2 benannten Fachärzte. Für die Befähigung wird der Nachweis von jährlichen Schulungen u.a. mit den Inhalten von 6.2.13 und 6.2.14 gefordert 	<p>Leitende Pflegekraft des MVZ für Gynäkologie und Senologie ist Schwester Annika Beck Frau Beck befindet sich derzeit in der Spezialfachausbildung zur onkologischen Schwester, hat bereits 1 Jahr auf der Hämatonkologie gearbeitet, bevor sie in den Mutterschutz gegangen ist. Bis zum Abschluss ihrer Zertifizierung werden alle Chemotherapien ärztlich von Frau Dr. N. Bangemann bzw. Frau OÄ Bock unter Anleitung von Dr. N. Bangemann oder Dr. J. Schreier begleitet.</p> <p>Nachweise der Qualifikationen und Fortbildungen liegen vor und können bei den Leitern des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums sowie bei der Leitung des MVZ, Herrn M. Eis, eingesehen werden.</p> <p>Da fast alle medikamentösen Systemtherapien des Onkologischen Zentrums räumlich in der zentralen Therapieeinheit im Haus 62 stattfinden, wird sichergestellt, dass im Notfall immer spezialisierte Pflegekräfte und Ärzte in unmittelbarer Nähe des MVZ abrufbar sind.</p> <p>Innerhalb des am OZ etablierten Pflegekonzeptes (siehe Kapitel 1.8) ist die Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen gewährleistet.</p> <p>Neben der persönlichen pflegerischen Beratung im Rahmen der Therapievorbereitung und Durchführung wird dem Patienten das entsprechende persönliche Informationsmaterial schriftlich mitgegeben. Die Patienteninformationen befinden sich im gleichnamigen Ordner unter „Chemotherapie Bangemann“ im Z- Server und sind für alle Mitarbeiter zugänglich.</p>	
6.2.4	<p>Medikamentöse Tumortherapie im Onkologischen Zentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Tumortherapie durchführenden Behandlungseinheiten des OZ inkl. der dazugehörigen Organkrebszentren und Module sind in der Zentrumsmatrix (Seite 10) darzustellen • Zentrale Tumortherapie durchführende Behandlungseinheiten sind anzustreben 	<p>Für das OZ sind die Onkologische Tagesklinik, der interdisziplinäre Bereich zur Chemotherapieverabreichung, die hämatologische Ermächtigungsambulanz von CA Schmidt-Hieber und das MVZ für Gynäkologie und Senologie räumlich in Haus 63 zusammengefasst. Die medikamentöse Tumortherapien bei Leukämien, Lymphomen und anderen hämatologischen Neoplasien werden überwiegend auf der Station M2/3 und in der Ermächtigungssprechstunde von CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber durchgeführt.</p> <p>2019 Teilstationär: OT1 368</p> <p>und stationär: interdisziplinärer Bereich gesamt: 165</p> <ul style="list-style-type: none"> • OT1-HNO – 2 • OT1-S1 – 85 • OT1-F1 – 40 • OT1-H1 – 1 • OT1- Uro – 37 <p>Station M2/3 – 260</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Ambulant: Ermächtigungssprechstunde CA PD Dr. med. Martin Schmidt-Hieber: 78</p> <p>MVZ Gynäkologie und Senologie: 61</p> <p>Das MVZ für Gynäkologie und Senologie wurde erst 5/2019 am CTK etabliert. Bis dahin wurde die medikamentöse Tumortherapie des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustkrebszentrums in Kooperation mit den Hämatonkologen für die stationären Patienten im interdisziplinären Bereich des OZ oder teilstationär über die Onkologische Tagesklinik realisiert.</p> <p>Ab 5/2019 konnten Chemotherapien und die oralen Therapien (z.B. Parpinhibitoren, Zellzyklusmodulatoren, antiresorptive Therapien, endokrine Therapien) über das MVZ ambulant durchgeführt werden.</p> <p>Die Fallzahlen der Behandlungseinheit MVZ für Gynäkologie und Senologie können deshalb erst ab 5/2019 dargestellt werden.</p>	
6.2.5	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein <p>Besonderheiten stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitedienst am Wochenende 	<p>Die Anwesenheit der benannten Fachärzte während der Arbeitszeit und die 24h Erreichbarkeit sind gewährleistet.</p> <p>Die medikamentöse Tumortherapie findet im MVZ nicht an Wochenenden und Feiertagen statt.</p> <p>An Wochenenden und Feiertagen besteht ein gynäkologischer Bereitschaftsdienst. Ein gynäkoonkologischer Arzt ist in Rufbereitschaft über 0177/5492683 24h/Tag zu erreichen. Alle Patientinnen erhalten eine Notfallnummer bei Planung der Systemtherapie</p> <p>An den Wochenenden und Feiertagen ist am CTK ein Oberarztvisitedienst etabliert. Problempatientinnen werden durch die Gynäkoonkologen bei Bedarf visitiert.</p>	
6.2.6	<p>Fallzahlen pro Behandlungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 200 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich bzw. mind. 50 mit spezifischer Indikation (z.B. Mamma, Darm,) sofern in den organspezifischen Vorgaben nicht anderweitig vorgegeben • Strahlentherapie: mind. 50 simultane, die Radiotherapie modulierende Systemtherapien (z.B. Radiochemotherapie) • Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie). Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene 	<p>2019 Die medikamentöse onkologische Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie wurde im Mai 2019 begonnen.</p> <p>Insgesamt wurden 2019 44 Patientinnen mit einer intravenösen Chemotherapie, Antikörpertherapie oder Checkpointinhibitorentherapie behandelt. 17 Patientinnen wurden mit Zellzyklusmodulatoren oder PARP-Inhibitoren therapiert.</p> <p>Die Nachweise liegen im MVZ vor und können vor Ort eingesehen werden.</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Therapie. 1 Therapie pro Patient = 1 Therapielinie pro Erkrankung pro Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen). 		
6.2.7	<p>Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie (nur ambulant)</p> <p>Mindestens 4 Behandlungsplätze für die intravenöse Tumortherapie und Bluttransfusionen in einem separaten Raum.</p>	<p>Das MVZ Gynäkologie/ Senologie nutzt die Räumlichkeiten im Wechsel mit der Ermächtigungsambulanz von Herrn CA PD Dr. med Martin Schmidt-Hieber Zur Verfügung stehen insgesamt 8 Therapieplätze an 2 Tagen in zwei Räumen</p>	
6.2.8	<p>Basisdiagnostik Labor</p> <p>Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor während der Dienstzeiten muss möglich sein. Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag.</p> <p>Basisdiagnostik Labor muss im Onkologischen Zentrum 24h täglich verfügbar sein.</p>	<p>Das CTK verfügt jeweils über ein eigenes Labor. Die Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor ist während der Dienstzeiten bzw. in Notfällen 7 Tage die Woche durchgehend gewährleistet.</p> <p>Das Labor hat einen MVZ Part, so dass die Laborwerte seitens des MVZ-Gyn im CTK eigenen Labor untersucht werden können. Die Ergebnisse wichtiger Untersuchungen können bei entsprechendem Bedarf schon innerhalb von 30 min zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Bei einem Notfall am Wochenende oder Feiertag sind unsere MVZ Patientinnen angewiesen, sich über die Notaufnahme bei den diensthabenden Gynäkologen zu melden, der jederzeit eine Laborabnahme veranlassen kann.</p>	
6.2.9	<p>Basisdiagnostik Bildgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> 24h täglich Zugang zur sonographischen Diagnostik. 24h täglich Zugang zur radiologischen Notfalldiagnostik inkl. CT. Verfügbarkeit MRT Diagnostik <p>Nachweis ggf. über einen Kooperationsvertrag.</p>	<p>Die sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik ist am CTK im Rahmen der standardisierten Patientenaufnahme geregelt. Über die Notaufnahme bzw. die diensthabenden Ärzte der Klinik besteht ein 24-Stunden täglicher Zugang zur</p> <ul style="list-style-type: none"> sonographischen Diagnostik radiologischen Notfalldiagnostik inkl. CT sowie Verfügbarkeit MRT Diagnostik <p>Zusätzlich sind dazu Vereinbarungen in den Kooperationsvereinbarungen mit der II. Medizinischen Klinik, der IV. Medizinischen Klinik und der Radiologie getroffen.</p> <p>Bei einem Notfall am Wochenende oder Feiertag sind unsere MVZ Patientinnen angewiesen, sich über die Notaufnahme bei den diensthabenden Gynäkologen zu melden, der jederzeit eine Bildgebung veranlassen kann.</p>	
6.2.10	<p>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar. Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein. Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen. 	<p>Unter Berücksichtigung der organspezifischen Anforderungen wird sichergestellt, dass die Patienten in den spezifischen Tumorkonferenzen vorgestellt werden.</p> <p>Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensweisung des Onkologischen Zentrums beschrieben und wird auch im MVZ Gyn umgesetzt.</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Das Protokoll der Tumorkonferenz wird in Orbis erstellt und als vidiertes Dokument in Orbis hinterlegt. Der Tumorkonferenzbeschluss wird auch bei MVZ Patientinnen in den Arztbrief übernommen.</p> <p>Therapieabweichungen von den Empfehlungen der Tumorkonferenz werden entsprechend der Verfahrensanweisung gemeldet und erneut in der Tumorkonferenz besprochen.</p> <p>Das Vorgehen bei nichtoperativen Therapiekomplicationen sowie bei Todesfällen ist im Teil 2 der gleichen Verfahrensanweisung beschrieben. Die Meldung erfolgt über ein spezielles Formular beim jeweiligen Koordinator des Organzentrums/ Moduls/ Schwerpunktes, wird dort archiviert und als individuelle Darstellung in Morbiditätskonferenzen oder Qualitätszirkeln ausgewertet.</p> <p>Für das MVZ als Teil der Gynäkologischen Klinik ist die entsprechende Verfahrensweise in gleicher Weise bindend.</p>	
6.2.11	<p>d) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im OZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Erstellung/ Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen. Im speziellen bei hoch-emetogenen/ moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33 • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheke eingeholt werden. • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. <p>e) Individueller Therapieplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. • Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. <p>f) Freigabe/ Gabe der Therapie Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Patienten freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren.</p>	<p>Zwischen den Kliniken erfolgte bei identischen Indikationen ein Abgleich der Therapieschemata, die im Zenzy hinterlegt werden.</p> <p>Die Erstellung und Änderung der Therapieschemata kann nur durch die im Kapitel 6.2.2 benannten, für die medikamentöse Tumorthherapie qualifizierten Ärzte erfolgen.</p> <p>Neue Schemata bzw. Änderungen bestehender werden erst nach Prüfung durch den Apotheker freigegeben.</p> <p>Die Schemata des MVZ sind an die im Zenzy hinterlegten Therapiepläne angelehnt.</p> <p>Bei neuen Therapieschemata erfolgt durch die für die medikamentöse Tumorthherapie qualifizierten Ärzte eine schriftliche Planerstellung, welche unter „Chemotherapie neu“ auf dem Z- Server hinterlegt wird und der Apotheke per Fax zugestellt wird. Durch den Apotheker werden vor definitiver Umsetzung des Schemas Stabilitäten und Kompatibilitäten sowie die Plausibilität geprüft.</p> <p>Es besteht gantzätig die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache mit der Apotheke zwecks persönlicher Beratung.</p> <p>Die Supportivtherapie bzgl. der medikamentösen Tumorthherapie ist ebenfalls im jeweiligen Therapieplan festgelegt.</p> <p>Auf Basis der aktuellen Empfehlungen der größten gynäkoonkologischen Gesellschaften (KEM, und AGO) werden diese Schemata entsprechend des aktuellen Kenntnisstandes kontinuierlich durch Dr. N. Bange mann in Rücksprache mit dem Apotheker aktualisiert. In diesem Zusammenhang werden auch die Leitlinien-entsprechenden Antiemetika berücksichtigt.</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Die Therapieschemata, anhand derer die systemische Therapie erfolgt, sind unter „Chemotherapie neu“ auf dem Z- Server hinterlegt und zwischen den ambulanten und stationären Einheiten (Zenzy) vergleichbar.</p> <p>Individuelle Therapien werden im Aufklärungsgespräch thematisiert und auf dem Aufklärblatt dokumentiert. Entsprechende Schemata werden mit dem notwendigen Vermerk auf dem individuellen Protokoll (auf dem Z-Server unter Chemotherapiepläne Patientinnen) hinterlegt, nachdem eine persönliche Rücksprache des therapierenden Arztes mit der Apotheke erfolgte.</p> <p>Die Applikation der Therapie wird durch das applizierende Personal auf dem Therapieprotokoll, welches ebenfalls unter dem Chemotherapieserver hinterlegt wurde, mit der Uhrzeit dokumentiert.</p> <p>Nach Applikation werden die Pläne zur Sicherung der unveränderbaren Dokumentation eingescannt und im Orbis hinterlegt.</p>	
6.2.12	<p>Zytostatikazubereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, AP-BetrO, 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 Patienten erforderlich. • Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen. 	<p>Die Zubereitung der Chemotherapie findet in der Sandower Apotheke am Goethepark statt, verantwortlich für die Zubereitung ist Dr. A. Baumgertel Franz-Mehring-Straße 12 03046 Cottbus Telefon 0355/4869092 Fax: 0355/4869093.</p> <p>Es wurde ein Kooperationsvertrag seitens des OZ mit der genannten Apotheke geschlossen. Dieser ist bei der Koordinatorin des OZ und im Intranet einsehbar.</p> <p>Die Chemotherapien werden entsprechend der SOPs, die auf dem Z-Server der Gynäkologie hinterlegt sind, geplant, berechnet und über KV Rezepte bestellt. Die Zubereitung der Zytostatika erfolgt für das MVZ Gynäkologie und Senologie applikationsfertig durch die oben genannte Sandower Apotheke, die auch für die Belieferung anderer Chemotherapiepraxen in Cottbus zuständig ist und über fundierte Erfahrungen in der Zubereitung der Zytostatika verfügt.</p> <p>Die Sandower Apotheke unter Leitung von Dr. Baumgertel garantiert die standardisierte Herstellung durch ApothekerInnen und PTAs, die Endkontrolle durch eine/n ApothekerIn und die regelmäßigen mikrobiellen Untersuchungen durch ein unabhängiges Institut.</p> <p>Während der Applikation besteht jederzeit die Möglichkeit mit der zubereitenden Stelle Kontakt aufzunehmen. Unseren Mitarbeitern sind die Kontaktdaten der Apotheke bekannt.</p> <p>Die qualitätsgesicherte Herstellung wird neben unserem QM-System auch durch die Amtsapotheker überwacht.</p>	
6.2.13	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein. 	<p>Die verschiedenen Phasen der medikamentösen onkologischen Therapie am MVZ entsprechen den Prozessbeschreibungen des Onkologischen Zentrums, welche für die OT1 und den interdisziplinären Bereich</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben. Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren. 	<p>im Intranet hinterlegt und für am CTK arbeitende Ärzte und Pflegekräfte jederzeit einsehbar sind</p> <p>Die Planung der systemischen Therapie erfolgt anhand von Therapieschemata, die auf individualisierten Chemotherapieplänen festgelegt, durch den Facharzt überprüft und patientenspezifisch freigegeben werden.</p> <p>Seitens des MVZ Gyn orientieren wir uns an den Empfehlungen der DGHO zur Supportivtherapie im Leitlinienprogramm Onkopedia (siehe https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines) und im jährlich aktualisierten Handbuch der Onkologie (letzte Version Onko-Update 2019). Desweiteren werden Empfehlungen des NIH, der AGO und des KEM berücksichtigt.</p> <p>Die Supportivtherapie bzgl. der medikamentösen Tumorthherapie ist in den einzelnen Therapieschemata hinterlegt.</p> <p>Die seitens des Organzentrums erarbeiteten Chemotherapiepläne, welche im Zenzy hinterlegt sind, wurden bei der Erstellung der auf dem Z-Server hinterlegten Therapieschemata - Gyn/MVZ berücksichtigt, um die Therapien aller CTK Patientinnen weit möglichst zu standardisieren.</p> <p>Patientenspezifische Modifikation sind jederzeit möglich und werden mit Handzeichen des berechtigten Arztes auf dem Formular „Dokumentation der Applikation“ vermerkt.</p> <p>Standards für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen wurden seitens des OZ etabliert und im Intranet veröffentlicht. Weitere Standards für das MVZ Gynäkologie und Senologie sind gesondert auf dem Z-Server hinterlegt. Notwendige Therapiemodifikationen werden im Tumorboard – im Einzelfall auch individuell mit der Onkologie diskutiert und abgestimmt.</p> <p>Komplikationen werden an den Koordinator des Zentrums gemeldet und mind. 1 x jährlich im Qualitätszirkel Hämatologie/ Onkologie bzw. in Morbiditätskonferenzen des OZ besprochen und Maßnahmen festgelegt. Die Protokolle dieser Besprechungen und die abgeleiteten Maßnahmen sind nachvollziehbar und werden vom Koordinator des OZ archiviert.</p>	
6.2.14	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Prophylaxe/ Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> insbesondere die Behandlung von Paravasaten (Paravasate-Set und SOP), Infektionen, thromboembolischen Komplikationen, allergischen Reaktionen und Vorgehen bei Fieber in der Neutropenie und das Nebenwirkungsmanagement bei immunologischen und zielgerichteten Therapien (z.B. Osteoprotektion bei Bisphosphonaten, RANK-Ligand-AK, zahnärztliche/ MKG-chirurgische Untersuchung vor Therapiebeginn), 	<p>Standards für die Therapie und für die Prophylaxe von Begleit- und Folgeerkrankungen wurden seitens des OZ etabliert, in den Qualitätszirkeln diskutiert, mit den an der Therapie beteiligten Partnern abgestimmt und im Intranet veröffentlicht.</p> <p>Sie sind für das MVZ-Gyn zusätzlich auf dem Z-Server Chemotherapie hinterlegt und für alle Gynäkologen zugänglich.</p> <p>Für die regelmäßige Überarbeitung der Verfahrensweisungen seitens des MVZ ist Dr. N. Bangemann verantwortlich.</p> <p>Ein Paravasateset liegt im MVZ vor und wird von der Sandower Apotheke gewartet.</p> <p>Alle onkologisch tätigen Schwestern werden engmaschig über das Vorgehen bei Paravasaten oder anderen akuten Notfällen geschult.</p>	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	sind Standards zu erstellen und die Schulung für Ärzte u. Pflegepersonal nachzuweisen (Protokoll).	Das Management spezieller Nebenwirkungen z.B. unter Checkpointinhibitoren wurde nicht nur den direkt zuständigen Ärzten und Pflegekräften vermittelt, sondern allen Gynäkologen, die in der ersten Hilfe mit entsprechenden Nebenwirkungen konfrontiert werden könnten.	
6.2.15	<p>Notfallbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. • Eine jährliche Schulung des medizinischen Personals der Behandlungseinheit muss nachgewiesen werden (Inhalte z.B. allergischer Schock, Reanimation usw.). Die Schulungsprotokolle sind nachzuweisen (Schulungsprotokolle mit Anwesenheit der letzten 12 Monate). 	<p>Es existiert für Notfälle wie Herz-Kreislaufstillstand ein für das CTK gültiger Standard der Abteilung für Anästhesiologie. Die Verfügbarkeit eines Notfallteams ist etabliert. Dieses ist hausintern über die Telefonnummer 2525 jederzeit erreichbar. Dies gilt auch für Patientinnen des MVZ- Gynäkologie und Senologie. Eine standardisierte Notfallausrüstung existiert auf jeder Station und auch in der MVZ-Ambulanz.</p> <p>Die jährliche Schulung des ärztlichen Personals wird über das Chefarztsekretariat der Klinik organisiert und die Protokolle sind dort einsehbar. Das Pflegepersonal verfügt über ein eigenes Schulungsprogramm. Jeder Mitarbeiter erhält bei Besuch einer Schulung einen persönlichen Nachweis.</p>	
6.2.16	<p>Fallbezogene Information/ Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Entlassungsgespräche als Standard • Schriftliche Patienteninformationen (Merkblatt) u.a. über immunologische/ zielgerichtete Therapien und Impfpfehlungen bei Immunsuppression sollen dem Patienten ausgehändigt werden <p>Patientenbezogen sind Patientengespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	<p>Während der gesamten Behandlungszeit findet ein fortwährender Dialog mit dem Patienten bzgl. der notwendigen Diagnostik und der daraus abzuleitenden Therapie statt. Die Informationsvermittlung erfolgt im Arztgespräch und wird in der Verlaufsdokumentation des ORBIS vermerkt.</p> <p>Schriftliche Patienteninformationen über immunologische/ zielgerichtete Therapien werden dem Patienten ebenfalls ausgehändigt. Bzgl. der Inhalte der Patientengespräche erfolgt auch eine Stellungnahme im Arztbrief, um eine koordinierte Behandlungsführung in Kooperation mit dem Hausarzt und sonstigen mitbehandelnden Ärzten zu ermöglichen.</p> <p>Im Aufklärungsgespräch über die Therapie erfolgt ein Hinweis auf alternative Behandlungskonzepte. Entsprechend des Patientenwunsches wird die Einholung einer Zweitmeinung unterstützt und ggf. vermittelt. Diesbezüglich besteht eine Zusammenarbeit mit der Champ Ambulanz für Naturheilkunde, Charité Campus Mitte. Des Weiteren hat Dr. N. Bangemann die Zusatzausbildung für Naturheilkunde in 4 Modulen absolviert.</p> <p>Die Therapieempfehlung der Tumorkonferenz ist im Arztbrief enthalten. Therapieablehnungen werden in der Patientenakte dokumentiert und führen zu Wiedervorstellung des Patienten in der Tumorkonferenz auf Grund der Therapieabweichung.</p>	
6.2.17	Information Therapiedurchführung/ -planung Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Patient und/oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen	Patient und der weiterbehandelnde Arzt erhalten zu Beginn der Therapie, bei jedem Wechsel und nach Beendigung der Systemtherapie einen Arztbrief zur Information über den Therapiestand.	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, ...), z.B. über Nachsorge-/ Therapiepass.</p> <p>Erstellung Arztbrief Nach Abschluss der systemischen Therapie (letzte Applikation) und/ oder bei Therapieänderung und/ oder nach Abschluss-Staging/ Therapieabbruch erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.</p>	<p>Informationen wie Ergebnisse von Blutuntersuchungen und Nachsorgetermine sind dem Therapiepass des Patienten zu entnehmen.</p>	
6.2.18	<p>Einarbeitung neuer Mitarbeiter Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen. Die Umsetzung des Einarbeitungskonzepts ist nachzuweisen (Vorlage der Listen der neu eingestellten Mitarbeiter der letzten 12 Monate).</p>	<p>Im CTK haben wir seit Jahren ein etabliertes Einarbeitungskonzept, welches Klinikintern modifiziert und auch auf das MVZ des CTK übertragen wurde.</p> <p>Dabei achten wir auf allgemeine Schritte der Einarbeitung wie Vorstellung des Teams und der Räumlichkeiten, Schlüsselordnung, Tagesroutinen, Vorstellung der Standards, Einweisungen auf Medizinprodukte, die Einstellungsuntersuchung, die notwendigen Punkte aus dem Arbeitsschutz und weitere stationsspezifische Besonderheiten.</p> <p>Dieses Dokument kann im Chefarztsekretariat der Frauenklinik jederzeit eingesehen werden.</p>	
6.2.19	<p>Fort-/ Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt. 	<p>Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung wird von allen Mitarbeitern der Klinik (sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal) sichergestellt. Neben den prinzipiellen internen Weiterbildungsangeboten des Krankenhauses, die im Jahres-Fortbildungsplan beschrieben sind, wird an externen Fort- und Weiterbildungen regelmäßig teilgenommen.</p> <p>Der Plan liegt vor Ort vor und kann, wie auch die Nachweise, im Sekretariat der Frauenklinik eingesehen werden.</p>	
6.2.20	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. <p>Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).</p>	<p>Im QM-Handbuch unseres OZ ist die Vorgehensweise zu den Qualitätszirkeln definiert, dort sind alle nebenstehenden Anforderungen berücksichtigt. Das gilt in gleicher Weise für das MVZ Gynäkologie und Senologie als ambulantem Teil der Frauenklinik des CTK</p> <p>Alle Belange der medikamentösen Tumorthherapie werden in den Qualitätszirkeln des OZ, im Qualitätszirkel mit der Apotheke, im Qualitätszirkel Hämatologie und Onkologie und teilweise im Lenkungsgremium besprochen. Das interdisziplinäre Vorgehen wird präferiert auch wenn es sich um organspezifische Besonderheiten handelt, da es Ziel des OZ ist, die Therapie in den ambulanten und stationären Einheiten des CTK vergleichbar zu gestalten. Angestrebt wird auch eine Angleichung mit den niedergelassenen Kooperationspartnern.</p> <p>Nachweise liegen beim Koordinator des OZ vor.</p>	
6.2.21	Studien	Studien werden über das allgemeine Studienzentrum des CTK durchgeführt- s.a. 1.7 Studienmanagement	

6.2 Medikamentöse Therapie im MVZ Gynäkologie und Senologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.		
6.2.22	Pflege Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.	Siehe bitte 1.8	

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/ -begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.onkozert.de und https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	Als Hauptkooperationspartner nutzt der Partner den neuen DKG-Erhebungsbogen „Radioonkologie“ (Version H1, 16.12.2019). Siehe bitte spezieller EB für Radioonkologie Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie – Herr CA Dr. med. Gunter Ziegenhardt	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.0	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 Mehrfachdarle-	Siehe bitte spezieller EB für Pathologie (Version I1, 16.12.2019) Institut für Pathologie – Herr CA Dr. Muin Sami Ahmad Tuffaha	

8 Pathologie

	<p>gungen/ -begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.onkozeit.de und https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</p>	
--	--	--

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

9. Allgemein (für Abschnitte 9.1 - 9.3 geltend)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.0.1	<p>Die Integration von Palliativversorgung in die Behandlung der Patienten ist in einer SOP anhand des Behandlungspfades der S3-Leitlinie Palliativmedizin darzustellen.</p>	<p>Seit dem Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern von März 2016 ist es Ziel des OZ, jedem Patienten mit nicht-heilbarer Erkrankung den Zugang zur Palliativversorgung/Mitbetreuung durch den ambulanten Hospizdienst zu ermöglichen. Basierend auf der Studie Early palliative care streben wir an, jedem Patienten mit nicht-heilbarer Erkrankung die begleitende Palliativversorgung bereits zeitgleich zur sonstigen Therapie anzubieten. Unser ausdrückliches Ziel ist es, dies nicht erst aufgrund ausgeprägter Symptome im Stadium einer weit fortgeschrittenen Erkrankung zu tun. Diesbezüglich existiert eine Verfahrensanweisung, die in der Lenkungsgremiumssitzung am 16.06.2016 bekannt gegeben und aufgrund fehlender Durchdringung in der Lenkungsgremiumssitzung am 12.10.2017 erneut thematisiert wurde.</p> <p>Im Mai 2016 wurde seitens des OZ ein Formular zur Mitbehandlung des Patienten beim ambulanten Palliativmediziner bzw. durch den Hospizdienst erstellt, welches eine direkte Überleitung ermöglichen soll. Da ein Teil der palliativmedizinischen Versorgung auch seitens des ambulanten Hospizdienstes erbracht wird, haben wir bewusst diesen Weg auch auf diesen Dienst ausgeweitet. Das Formular („Überleitungsbogen zur ambulanten Behandlung Supportivpartner“) ist im Intranet hinterlegt und wird auch seitens des Sozialdienstes für die Organisation der Weiterbehandlung genutzt. Eine SOP anhand des Behandlungspfades der S3-Leitlinie existiert.</p> <p>Mit dem Ziel der Integration der Palliativversorgung in die Behandlung des Patienten wird derzeit von der Leitung des OZ in Zusammenarbeit mit Vertretern der ambulanten Palliativversorgung und des ambulanten Hospizdienstes ein Patientenflyer erstellt.</p>
9.0.2	<p>Für die Patienten der spezialisierten Palliativversorgung geltend. Die Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente (z.B. MIDOS, iPOS) ist zu beschreiben.</p>	<p>Eine Verfahrensanweisung zur Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente wurde erstellt. Die Dokumentation erfolgt über das System PalliDoc</p>

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
9.1.1	<p>Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen. Die Qualitätsmerkmale der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind im Folgenden zu beschreiben. Regionale und länderspezifische Besonderheiten sind zu berücksichtigen. Wenn sich eine SAPV Struktur erst im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine) darzulegen. Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist zur Re-zertifizierung funktionsfähig nachzuweisen, entweder hauseigen oder in Kooperation.</p>	<p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) steht unter Trägerschaft der Cottbuspflege GmbH (seit 1.1.16) mit der Geschäftsführerin Frau Annette Wallenburg. Sitz der Geschäftsführung ist in 03046 Cottbus, Bahnhofstraße 62. Das Palliative-Care-Team (PCT) mit den Namen PalliativTeam Cottbus Spree/Neiße (SAPV) hat seinen Sitz in der Bahnhofstraße 66 in 03046 Cottbus.</p> <p>Die Leitung des PCT bilden als Koordinatoren Frau Sandra Marass/Frau Diana Budert und Frau Dr. med. Beatrice Schütze (seit 01.01.2019) als leitende Palliativärztin.</p> <p>Die weitere Personalstruktur des PCT wird unter den Punkten 9.1.2 und 9.1.3 erklärt.</p> <p>Das Palliative-Care-Team bildet einen multidisziplinären Qualitätszirkel und tauscht sich regelmäßig mit den in der SAPV Tätigen über Erfahrungen und Optimierungsmöglichkeiten aus. Der multidisziplinäre Qualitätszirkel tritt mindestens halbjährlich zusammen. Inhalt und Ziel sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die qualifizierte Umsetzung von Behandlungsleitlinien bezogen auf die relevanten Erkrankungsbilder von Palliativpatienten, - Beschreibung der Schnittstellen und Aufgabenverteilung der beteiligten Leistungserbringer, - systematischer und abgestufter Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, - Kriterien für die Notwendigkeit der Einweisung von Palliativpatienten in ein Krankenhaus. <p>Ferner ist ein geeignetes Verfahren zur Schmerzmessung und der daraus abzuleitenden medikamentösen Maßnahmen für eine sachgerechte Schmerztherapie abzustimmen.</p> <p>Das Palliative-Care-Team beteiligt sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Die Teilnahme an Supervisionen wird ermöglicht. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen werden in überschaubaren Intervallen durchgeführt; die inhaltliche und zeitliche Organisation obliegt der Leitung des PCT.</p>	
9.1.2	<p>Pflegerisches Personal Namentliche Nennung von mind. 4 hauptamtlichen Vollkräften mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung</p> <p>(Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)</p>	<p>13 Mitarbeiter des Pflegepersonals haben die Palliative Care-Qualifikation.</p>	
9.1.3	<p>Ärztliches Personal Mindestens 2 Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sind namentlich zu benennen: Name: Name:</p>	<p>14 ärztliche Mitarbeiter haben die Qualifikation Palliativmedizin.</p>	

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
9.1.4	Fallzahlen und Kennzahlen Mind. 30 multiprofessionell betreute und dokumentierte Palliativpatienten pro Jahr.	Vom PalliativTeam (SAPV) Cottbus/Spree-Neiße wurden 2019 = 752 Patienten und 2020 bis zum 28.02.2020 = 294 Patienten betreut.	
9.1.5	Notfall- und Krisenintervention Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die betreuten Patienten (einschließlich ärztliche Hausbesuche) ist sicherzustellen: Nennung der Telefonnummer unter der die SAPV 24h/ 7d für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.	Das Palliative-Care-Team ist über die Notrufnummer (0175-5250821) 24h erreichbar.	
9.1.6	Supervision/ Praxisbegleitung <ul style="list-style-type: none"> Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter ist nachzuweisen. Mindestanforderung 12 Zeitstd./Jahr (Nachweis) 	Das Palliative-Care-Team bildet einen multidisziplinären Qualitätszirkel und tauscht sich regelmäßig mit den in der SAPV Tätigen über Erfahrungen und Optimierungsmöglichkeiten aus. Der multidisziplinäre Qualitätszirkel tritt mindestens halbjährlich zusammen. Inhalt und Ziel sind insbesondere: - die qualifizierte Umsetzung von Behandlungsleitlinien bezogen auf die relevanten Erkrankungsbilder von Palliativpatienten, - Beschreibung der Schnittstellen und Aufgabenverteilung der beteiligten Leistungserbringer, - systematischer und abgestufter Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, - Kriterien für die Notwendigkeit der Einweisung von Palliativpatienten in ein Krankenhaus. - Supervisionen werden bedarfsgerecht angeboten - Erstmals seit 11/2015 = 1 ½ h - 01/2016 – 12/2016 = 0 h - 01/2017 – 12/2017 = 3 h - 01/2018 – 12/2018 = 20 h - 01/2019 - 12/2019 = 52 h - Nachweise dazu sind vorhanden und können durch die Leitung des SAPV-Teams vorgelegt werden	
9.1.7	Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Nationales Hospiz- und Palliativregister wird empfohlen.	Die Dokumentation der Patienten erfolgt im HOPE-Dokumentationssystem. Eine Ablaufbeschreibung liegt vor und kann vor Ort eingesehen werden.	
9.1.8	Ambulante Hospizarbeit <ul style="list-style-type: none"> Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten gemäß §39a SGB V (sofern vorhanden) Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Patienten und Angehörige mit Hospizdiensten und Hospizehrenamtlichen sind darzulegen 	Im Herbst 2015 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem OZ und dem Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst der Malteser geschlossen. Der ambulante Hospizdienst steht unter Trägerschaft des Malteser Hilfsdienst e.V. Der ambulante Hospizdienst hat seinen Sitz in der Klopstockstraße 4 a in 03050 Cottbus und steht unter der Leitung von Herrn Michael Doll. Im Hospizdienst sind zurzeit 100 qualifizierte ehrenamtliche Begleiter (=EA) und 4 Fachbereichskordinatoren tätig. Der Ambulanter Hospizdienst der Malteser Spremberg ist im Mai 2019 umgezogen und hat nun seinen Sitz in der Karl-Marx-Straße 87, 03130 Spremberg. In 2019 konnte eine Ausbildung neuer Hospizbegleiter abgeschlossen werden und 12 neue Ehrenamtliche	

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>unterstützen nun die Dienste in Cottbus und Spremberg.</p> <p>Der Hospizdienst erfüllt die Voraussetzungen nach §39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.</p> <p>Er ist seit 2002 von den Verbänden der Krankenkassen anerkannt und wird unter IK 501206146 geführt. Zusätzlich unterliegen die Hospizdienste der Malteser einem eigenen QM und schreiben dieses regelmäßig fort.</p> <p>Alle erforderlichen Unterlagen liegen beim Hospizdienst vor und können eingesehen werden.</p> <p>Alle Schnittstellen mit dem Onkologischen Zentrum wie zum Beispiel Verantwortlichkeiten, Leistungen, Zugangsmöglichkeiten, Informationswege sind in der Kooperationsvereinbarung geregelt.</p> <p>Dieser liegt bei den Kooperationspartnern vor und ist einsehbar.</p> <p>Feste Ansprechpartner sind definiert.</p> <p>Beim OZ: Leitung OZ Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche Vertretung: Koordinator OZ aktuell: Frau Christiane Schramme</p> <p>Beim ambulanten Hospizdienst: Leiter Hospizdienst und Vertretung. Das Angebot des ambulanten Hospizdienstes ist im Flyer, der Patienteninformationsmappe und auf der Homepage des Onkologischen Zentrums sowie der Homepage des ambulanten Hospizdienstes abgebildet. (www.malteser-cottbus.de)</p> <p>Die Ansprechpartner sind auf der jeweiligen Seite mit Kontaktdaten benannt.</p> <p>Seitens des Onkologischen Zentrums wird dem Patienten bzw. seinen Angehörigen bei Bedarf das Angebot des ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienstes vorgestellt.</p> <p>Willigt der Patient bzw. dessen Angehörige in die Mitbetreuung ein, erfolgt in der Regel eine telefonische Kontaktaufnahme durch den betreuenden Arzt mit dem Koordinator/Leitung des ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienstes.</p> <p>Die Begleitung erfolgt nur dann, wenn dies dem ausdrücklichen, in Ermangelung eines solchen, dem mutmaßlichen Wunsch des Patienten und, wenn sich ein solcher nicht ermitteln lässt, dem Wunsch der Angehörigen entspricht.</p> <p>1 x jährlich treffen sich die Verantwortlichen aller supportiven Partner des OZ und die Leitung des OZ (inkl. QMB und Koordinatoren) im Rahmen eines Qualitätszirkels und tauschen ihre Erfahrungen und Informationen aus.</p> <p>Hierzu wird ein Protokoll erstellt und an alle Beteiligten versandt. Dieses kann zusätzlich beim Koordinator angefordert oder eingesehen werden.</p> <p>Der erste Qualitätszirkel des OZ hat mit den Supportivpartnern am 17.03.2016 stattgefunden.</p> <p>Themen:</p>

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>1. „Sollte jedem Tumorpatienten Kontakt zu einem Palliativmediziner ermöglicht werden?“ 2. „Wie werden schlechte Nachrichten überbracht und wie werden diese aufgenommen“</p> <p>Ein Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern in 2017 fand am 14.09.2017 statt. Thematik dieser Veranstaltung: Wie gehe ich damit um bzw. welchen Einfluss hat es auf mich als Pfleger bzw. Arzt/Therapeut, schwerkranke, nicht heilbare Patienten zu betreuen? Gibt es dafür Verarbeitungsstrategien?</p> <p>In 2018 fand ein Qualitätszirkel am 20.09.2018 statt. Thema: Supportive Versorgung des Tumorpatienten in der Häuslichkeit - Wann AAPV, SAPV oder sonstige Unterstützung? Was ist vom Krankenhaus zu organisieren?</p> <p>Auf der Basis dieses Qualitätszirkel wurde in einer weiteren Zusammenkunft der Leitung des OZ mit Vertretern der ambulanten Palliativversorgung und des ambulanten Hospizdienstes der Inhalt eines Patientenflyers besprochen, mit dessen Hilfe jedem Patienten mit nicht-heilbarer Erkrankung der Zugang zur Palliativversorgung und die Mitbetreuung durch den ambulanten Hospizdienst ermöglicht wird.</p> <p>Der Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern 2019 fand am 21.11.19 zu der Thematik „Begleitung von Sterbenden allgemein und in der Klinik als besondere Situation“ statt.</p> <p>Für 2020 ist der Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern für den 26.11.2020 zum Thema des Aufbaus einer ambulanten Krebsberatungsstelle am OZ des CTK geplant.</p> <p>Gemeinsame Veranstaltungen Die Mitgestaltung von Veranstaltungen des Onkologischen Zentrums seitens des ambulanten Hospizdienstes wird gelebt.</p>	

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Ambulanter Hospizdienst Oberspreewald Lausitz

9.1.7	<p>Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Nationales Hospiz- und Palliativregister wird empfohlen.</p>	<p>Die Dokumentation der Patienten erfolgt mit der Statistik für ambulante Hospizdienste der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.</p>
9.1.8	<p>Ambulante Hospizarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten gemäß §39a SGB V (sofern vorhanden) 	<p>Im August 2018 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem OZ und dem Ambulanten Hospizdienst Oberspreewald-Lausitz e.V. Senftenberg geschlossen.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Patienten und Angehörige mit Hospizdiensten und Hospizehrenamtlichen sind darzulegen 	<p>Der ambulante Hospizdienst ist ein eigenständiger gemeinnütziger Verein, der im Jahr 2005 gegründet wurde.</p> <p>Der ambulante Hospizdienst hat seinen Sitz in der Fischreiherr Straße 7 in 01968 Senftenberg. Koordinatoren für den südlichen Landkreis Oberspreewald-Lausitz sind: Frau Doreen Kahl Frau Simone Kipsch</p> <p>Im Hospizdienst sind zurzeit 55 qualifizierte ehrenamtliche Begleiter (=EA) und 2 Fachbereichskoordinatoren tätig.</p> <p>Der Hospizdienst erfüllt die Voraussetzungen nach §39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Er ist seit 2005 von den Verbänden der Krankenkassen anerkannt und wird unter IK 463 202 044 geführt.</p> <p>Alle erforderlichen Unterlagen liegen beim Hospizdienst vor und können eingesehen werden.</p> <p>Alle Schnittstellen mit dem Onkologischen Zentrum wie zum Beispiel Verantwortlichkeiten, Leistungen, Zugangsmöglichkeiten, Informationswege sind in der Kooperationsvereinbarung geregelt. Dieser liegt bei den Kooperationspartnern vor und ist einsehbar.</p> <p>Feste Ansprechpartner sind definiert. Beim OZ: Leitung OZ Frau OÄ Dr. med. Kerstin Gutsche und Vertretung</p> <p>Beim ambulanten Hospizdienst: 2 Koordinatoren</p> <p>Das Angebot des ambulanten Hospizdienstes ist im Flyer, der Patienteninformationsmappe und auf der Homepage des Onkologischen Zentrums sowie der Homepage des ambulanten Hospizdienstes abgebildet. (www.hospizdienst-osl.de)</p> <p>Die Ansprechpartner sind auf der jeweiligen Seite mit Kontaktdaten benannt.</p> <p>Seitens des Onkologischen Zentrums wird dem Patienten bzw. seinen Angehörigen bei Bedarf das Angebot des ambulanten Hospizdienstes vorgestellt.</p> <p>Willigt der Patient bzw. dessen Angehörige in die Mitbetreuung ein, erfolgt in der Regel eine telefonische Kontaktaufnahme durch den betreuenden Arzt mit den Koordinatoren des ambulanten Hospizdienstes.</p> <p>Die Begleitung erfolgt nur dann, wenn dies dem ausdrücklichen, in Ermangelung eines solchen, dem mutmaßlichen Wunsch des Patienten und, wenn sich ein solcher nicht ermitteln lässt, dem Wunsch der Angehörigen entspricht.</p> <p>1 x jährlich treffen sich die Verantwortlichen aller supportiven Partner des OZ und die Leitung des OZ (inkl. QMB und Koordinatoren) im Rahmen eines Qualitätszirkels und tauschen ihre Erfahrungen und Informationen aus.</p>
--	--

		<p>Hierzu wird ein Protokoll erstellt und an alle Beteiligten versandt. Dieses kann zusätzlich beim Koordinator angefordert oder eingesehen werden.</p> <p>In 2018 fand ein Qualitätszirkel am 20.09.2018 statt. Thema: Supportive Versorgung des Tumorpatienten in der Häuslichkeit - Wann AAPV, SAPV oder sonstige Unterstützung? Was ist vom Krankenhaus zu organisieren?</p> <p>Der Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern 2019 fand am 21.11.19 zu der Thematik „Begleitung von Sterbenden allgemein und in der Klinik als besondere Situation“ statt.</p> <p>Für 2020 ist der Qualitätszirkel mit den Supportivpartnern für den 26.11.2020 zum Thema des Aufbaus einer ambulanten Krebsberatungsstelle am OZ des CTK geplant.</p> <p>Gemeinsame Veranstaltungen Die Mitgestaltung von Veranstaltungen des Onkologischen Zentrums seitens des ambulanten Hospizdienstes wird gelebt.</p>
--	--	---

9.2 Stationäres Hospiz
Stadthospiz Cottbus

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.2.1	<p>Wenn sich ein zentrumsnahes stationäres Hospiz im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Gründung (Zieltermine) darzulegen. Ein stationäres Hospiz ggf. in Kooperation sollte zur Re-zertifizierung funktionsfähig nachgewiesen werden.</p>	<p>Im Herbst 2015 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem OZ und dem Stadthospiz geschlossen. Das Stadthospiz steht seit 1997 unter privater Trägerschaft. Geschäftsführerin ist Frau Dipl. med. paed. Annette Wallenburg. Das Stadthospiz befindet sich in der Bahnhofstraße 62, 03046 Cottbus.</p>
9.2.2	<p>Informationsübergabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen über das Hospiz müssen für Patienten und Angehörige zur Verfügung stehen, Ansprechpartner müssen namentlich benannt sein. • Die geregelte Informationsübergabe zwischen dem Hospiz und den betroffenen Kooperationspartnern ist zu beschreiben • Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen 	<p>Das Angebot des StadtHospiz Cottbus ist im Flyer, der Patienteninformationsmappe und der Homepage des Onkologischen Zentrums sowie der Homepage des stationären Hospizes abgebildet. Die Ansprechpartner sind auf der jeweiligen Seite mit Kontaktdaten benannt.</p> <p>Zusätzlich wird der Patient bei Bedarf über unseren Sozialdienst informiert.</p> <p>Seitens des Onkologischen Zentrums wird dem Patienten bzw. seinen Angehörigen bei Bedarf das Angebot des StadtHospiz Cottbus durch den betreuenden Arzt oder durch den Sozialdienst vorgestellt. Willigt der Patient bzw. dessen Angehörige in die Mitbetreuung ein, erfolgt in der Regel eine telefonische Kontaktaufnahme mit der Leitung des StadtHospiz Cottbus.</p>

9.2 Stationäres Hospiz
Stadthospiz Cottbus

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Das Stadthospiz Cottbus hält für Patienten und Angehörige einen Flyer mit allgemeinen Informationen, Aufnahmekriterien und Kontaktdaten bereit. Dieser Flyer wird seitens des Stadthospiz Cottbus auch dem Onkologischen Zentrum zur Verfügung gestellt.</p> <p>Das Stadthospiz Cottbus und das PalliativTeam (SAPV) Cottbus/Spree-Neiße und der ambulante Palliativdienst stehen unter einer Leitung. Damit ist eine koordinierte Patientenbetreuung gegeben. Zudem besteht eine Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospizdienst HospizHilfe Cottbus e.V. und den Hausärzten der Patienten.</p> <p>Im Todesfall erfolgt eine telefonische Information an die Kooperationspartner.</p>

9.2 Stationäres Hospiz
Hospiz Lauchhammer

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.2.1	Wenn sich ein zentrumsnahes stationäres Hospiz im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Gründung (Zieltermine) darzulegen. Ein stationäres Hospiz ggf. in Kooperation sollte zur Re-zertifizierung funktionsfähig nachgewiesen werden.	<p>Im Jahr 2009 wurde das Hospiz Friedensberg für 10 Hospizgäste in Lauchhammer (Süd-Brandenburg) eröffnet.</p> <p>Geschäftsführer sind Frau Manuela Remmert und Frau Sylvia Finsterbusch.</p> <p>Das Hospiz befindet sich in der Kirchstraße 23 in 01979 Lauchhammer</p> <p>Das Hospiz arbeitet in Trägerschaft des AWW Hospiz Südbrandenburg e.V. Der Träger ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein.</p>
9.2.2	<p>Informationsübergabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen über das Hospiz müssen für Patienten und Angehörige zur Verfügung stehen, Ansprechpartner müssen namentlich benannt sein. • Die geregelte Informationsübergabe zwischen dem Hospiz und den betroffenen Kooperationspartnern ist zu beschreiben • Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen 	<p>Aus dem Flyer, der Patienteninformationsmappe und der Homepage des Onkologischen Zentrums sowie der Homepage des Hospizes können Sie die Angebote des Hospizes Friedensberg Lauchhammer entnehmen.</p> <p>Das Onkologische Zentrum stellt dem Patienten bzw. deren Angehörigen das Angebot des (eines) Hospizes durch den betreuenden Arzt oder Sozialdienst des CTK vor.</p> <p>Willigt der Patient bzw. dessen Angehörige / Bevollmächtigte in die Mitbetreuung ein, erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Sozialdienst des Hospizes.</p> <p>Der Sozialdienst des Hospizes informiert Patienten und deren Angehörige/Bevollmächtigte zu näheren Aufnahmekriterien im Hospiz Friedensberg.</p> <p>Das Hospiz Friedensberg hält einen Flyer mit allgemeinen Informationen bereit. Dieser wird dem Onkologischen Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>

9.2 Stationäres Hospiz

Hospiz Lauchhammer

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>Das Hospiz arbeitet mit ambulanten Hausärzten, Palliativ- und Schmerzmedizinern sowie verschiedenen Therapeuten zusammen.</p> <p>Im Todesfall erfolgt eine telefonische Information, bei Einverständnis, an die Kooperationspartner.</p>

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
9.3.1	<p>Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner:</p> <p>Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der stationären palliativmedizinischen Versorgung einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.</p>	<p>Seit dem 1. Dezember 2006 gibt es am CTK eine Schmerz- und Palliativstation (im Folgenden kurz Palliativstation genannt; Pal1). Die Station verfügt über 8 Palliativbetten in 6 Ein- und 2 Zweibettzimmern und 2 Schmerzbetten.</p> <p>Die Palliativstation untersteht im Rahmen der Klinik für Anästhesiologie, Intensivtherapie und Palliativmedizin der Leitung von Herrn Chefarzt PD Dr. med. Jens Soukup.</p> <p>Für die Behandlung steht ein spezialisiertes Team mit erfahrenen und speziell ausgebildeten Ärzten im Bereich der Palliativmedizin und Speziellen Schmerztherapie, in Palliative Care ausgebildeten und versierten Pflegekräften, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, ehrenamtlichen Mitarbeitern sowie Kunst- und Musiktherapeuten zur Verfügung.</p> <p>Ziel der Therapie ist es, eine bestmögliche Lebensqualität zu erhalten oder wiederherzustellen, sodass eine Entlassung in die vertraute Umgebung „nach Hause“ möglich werden kann.</p> <p>Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Familien der Patienten in die Therapie einbezogen und enger Kontakt mit den Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten gehalten.</p> <p>Im Herbst 2015 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem OZ und der Palliativstation des CTK geschlossen.</p> <p>Alle Schnittstellen mit dem Onkologischen Zentrum, wie zum Beispiel Verantwortlichkeiten, Leistungen, Zugangsmöglichkeiten, Informationswege sind in der Kooperationsvereinbarung geregelt.</p> <p>Innerhalb dieser Vereinbarung werden seitens des Onkologischen Zentrums dem Patienten bzw. seinen Angehörigen bei medizinischer Notwendigkeit das Angebot der Palliativstation vorgestellt. Bei Einwilligung des Patienten erfolgt die telefonische Kontaktaufnahme mit der Leitung der Palliativstation durch den betreuenden Arzt.</p>

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
		<p>Der Prozess zur Aufnahme in die palliativmedizinische Versorgung und die Aufnahmekriterien sind in einem Standard festgelegt, dieser ist über das Intranet verfügbar.</p> <p>Ein Vertreter der Klinik für Anästhesiologie, Intensivtherapie und Palliativmedizin vertritt die Belange der Palliativmedizin im Beirat des Lenkungsgremiums des OZ. Der Beirat wird themenbezogen zum Lenkungsgremium eingeladen.</p> <p>1 x jährlich treffen sich die Verantwortlichen aller supportiven Partner des OZ und die Leitung des OZ (inkl. QMB und Koordinatoren) im Rahmen eines Qualitätszirkels und tauschen ihre Erfahrungen und Informationen aus.</p> <p>Hierzu wird ein Protokoll erstellt und an alle Beteiligten versandt. Dieses kann zusätzlich beim Koordinator angefordert oder eingesehen werden.</p> <p>Fortbildungsveranstaltungen Die Mitgestaltung von Fortbildungsveranstaltungen des Onkologischen Zentrums seitens der Palliativstation wird angestrebt.</p>		
9.3.2	Wenn sich eine eigenständige Palliativstation erst im Aufbau befindet, ist ein Konzept zu formulieren, in dem die Ressourcen (personell/ finanziell), die räumliche Infrastruktur, die in dem Kapitel 9.3 aufgeführten Anforderungen sowie die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine, Kooperationspartner) darzulegen sind. Ein Palliativdienst entsprechend den Vorgaben des OPS (8-982 und 8-982h) muss bei der Erstzertifizierung vorhanden sein. Die Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.	Seit dem 1. Dezember 2006 gibt es am CTK eine Schmerz- und Palliativstation.		
9.3.3	Kennzahlen der Palliativstation (separate Einheit) <ul style="list-style-type: none"> Anzahl Betten: ≥ 5 Neuaufnahmen: ≥ 100 Patienten/ Jahr 	<p>Kennzahlen der stationären Palliativstation</p> <p>Anzahl Betten: 8 Betten</p> <p>Neuaufnahmen Palliativ- Patienten/Jahr: 01.01.2018 bis 31.12.2018: 194 01.01.2019 bis 31.12.2019: 216</p>		
9.3.4	<p>Ärztliche Leitung Leitung und Vertretung sind namentlich und mit Qualifikation zu benennen</p> <p>Leitung: Name, Qualifikation, Stellenumfang Stellvertreter: Name, Qualifikation, Stellenumfang</p>	<p>Leitung: Frau OÄ Dr. med. Sabine Stöbe Fachärztin für Anästhesiologie Zusatzqualifikation Palliativmedizin und Spezielle Schmerztherapie</p>		
9.3.5	<p>Facharzt Mind. 2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</p> <p>Ressourcen: 0,2 VK pro aufgestelltem Patientenbett</p> <p>(Name, Stellenumfang)</p>	Siehe bitte 9.3.4		
9.3.6	Pflegeleitung	Pflegeleitung Palliativstation		

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
	<p>Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)</p> <p>Name: Stellvertreter:</p>	<p>Eine pflegerische Stellvertretung gibt es nicht. Schichtverantwortliche Mitarbeiter</p>		
9.3.7	<p>Qualifikation Pflege Es sollten über 75% der Pflegekräfte die Qualifikation „Palliative Care“ besitzen (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung, s.o.)</p> <p>Anzahl VK Pflegekräfte: Davon mit Palliative Care Qualifikation:</p> <p>Entsprechend S3-LL Palliativmedizin: mind. 1,2 VK/ aufgestelltes Patientenbett</p>	<p>Anzahl VK Pflegekräfte Aktuelle Gesamt-VK für 10 Betten = 11,56 VK</p> <p>VK pro aufgestelltes Patientenbett</p> <p>Bei einer Anzahl von insgesamt 10 Betten auf der Palliativstation, sind es 1,15 VK pro aufgestelltes Patientenbett.</p> <p>Qualifikation Pflege Die Qualifikation Palliativ Care besitzen 7 Pflegekräfte auf der Palliativstation. Dies ergibt insgesamt 65,7 %.</p> <p>Anmerkungen des Zentrums: Es sind weitere Qualifizierungen Palliativ Care vorgesehen, um die geforderten 75 % zu erfüllen. Das dazu notwendige Budget ist in der Planung vorhanden und wird auch für 2020 eingestellt.</p> <p>Nachweise der Qualifikationen liegen vor Ort vor und können eingesehen werden.</p>		
9.3.8	<p>Räumlichkeiten Palliativstation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung spezieller Räumlichkeiten als abgeschlossener Bereich • Gesprächs- und/ oder Abschiedsraum • Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen 	<p>Die Palliativstation (Pal1) ist ein abgeschlossener Bereich mit 8 Palliativbetten in 6 Ein- und 2 Zweibettzimmern, 2 Schmerzbetten sowie einem Wohnzimmer und einem Behandlungsraum für die Physio- und Ergotherapie.</p> <p>Die Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen ist gegeben.</p> <p>Gespräche mit den Patienten und Angehörigen werden in den Patientenzimmern oder im Wohn- oder Arztzimmer geführt.</p>		
9.3.9	<p>Es ist ein Prozess für die Aufnahme von Patienten festzulegen, in dem u.a. definiert ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmekriterien, die an die Kooperationspartner kommuniziert werden • Multidimensionales Basisassessment (z.B. Kerndatensatz der DGP/DHPV) • Dokumentiertes Verfahren zur Umsetzung der vorausschauenden Versorgungsplanung 	<p>Im Rahmen der Zentrumsbildung im CTK haben wir Aufnahmekriterien für den Palliativbereich definiert. Diese sind im Nexus Curator (Intranet+ QM Handbuch) hinterlegt.</p> <p>Im Aufnahmeprozess des CTK's wird jeder Patient zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten befragt und deren Vorhandensein im KIS hinterlegt. Zusätzlich wird es in der Pflegeanamnese und auf dem Patientenaktendeckblatt vermerkt. Bei Bedarf werden individuelle Maßnahmen unter Beteiligung der Angehörigen und des Sozialdienstes eingeleitet.</p> <p>Ein dokumentiertes Verfahren zum Umgang und Erstellung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten wurde 2015 durch die Klinische Ethik-</p>		

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
		Kommission aktualisiert. Das Dokument ist ebenfalls im Intranet einsehbar.		
9.3.10	Palliativmedizinische Therapieplanung Therapieplanung erfolgt für jeden Patienten individuell und wird entsprechend dokumentiert	<p>Die Therapieplanung erfolgt im Rahmen der wöchentlichen multidisziplinären Teambesprechung (siehe Kap. 9.3.17) für jeden Patienten individuell und wird auf dem Formular „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ dokumentiert.</p> <p>In der Teamdokumentation werden die Therapieziele und ggf. deren Änderungen, Art und Umfang der geplanten Versorgung (inklusive Beratungsangebote der supportiven Partner) hinterlegt.</p> <p>Es gibt für jeden Patienten einen routinemäßigen Kontakt mit dem Sozialdienst und der Physiotherapie. Das Formular ist in den klinischen Pfaden im Intranet einsehbar.</p> <p>Die Therapie wird in einem gesondert dokumentierten Verlauf dokumentiert. Hier werden auch die beteiligten Abteilungen und Mitarbeiter sowie die geplanten Maßnahmen und die Therapieeffekte sowie Therapieänderungen aufgeführt.</p> <p>Der Nachweis über die an der Erstellung des Therapieplanes beteiligten Mitarbeiter erfolgt durch die Teilnehmerlisten der Teambesprechung.</p>		
9.3.11	Behandlungsstandards und Leitlinien bei anderen Symptomen Definierte und dokumentierte Symptomerfassung und Verfahren zur Behandlung sind anhand von Patientenbeispielen nachzuweisen	<p>Folgende Behandlungsstandards und Leitlinien liegen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S3-Leitlinie Palliativmedizin - Medikamentöse Therapie von Tumorschmerzen - „Stationäre postoperative Schmerztherapie beim Erwachsenen“ <p>Folgende Behandlungsstandards und Leitlinien können jederzeit im QM-Handbuch im Intranet eingesehen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komplexe Schmerzsymptomatik <p>Für die komplexe Schmerzsystematik liegen die Verfahrensanweisungen „Standard zur Schmerztherapie in konservativen Fachabteilungen“ sowie der „Allgemeine Standard für die postoperative Schmerztherapie“ und der „Standard perioperative Therapie“ (der FA Allg. Chirurgie) vor.</p>		
9.3.12	Es ist ein Prozess für die Entlassung von Patienten festzulegen Es besteht eine systematische, dokumentierte Entlassungsplanung mit Information aller relevanten beteiligten Behandler (z.B. Hausarzt/ Einweiser, Fachbereiche OZ) <ul style="list-style-type: none"> • Die Informationsabfolge im Todesfall ist geregelt (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, andere Kooperationspartner usw.) • Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen 	<p>Die Entlassung der Patienten der Palliativstation erfolgt in der Regel nach telefonischer Information des Hausarztes bzw. einweisenden Arztes oder über ein Fax vor Entlassung. In Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst wird die häusliche Versorgung einschließlich der Organisation der Heil- und Hilfsmittel sowie des ambulanten Pflegedienstes abgesichert.</p> <p>Der Patient erhält den Entlassungsbrief für den einweisenden Arzt und die behandelnden Ärzte zur Entlassung ausgehändigt.</p> <p>Die Informationsweitergabe im Todesfall wurde in einem Algorithmus „Informationsweitergabe im Todesfall“ festgelegt.</p> <p>Betroffene Kooperationspartner werden innerhalb eines Arbeitstages informiert.</p>		

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
9.3.13	Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung des Palliativdienstes muss vorliegen. Der multiprofessionelle Palliativdienst muss für Konsile und ggf. die Tumorkonferenz zur Verfügung stehen.	Die Möglichkeit der Beantragung von Palliativkonsilen ist über das Krankenhausinformationssystem (Orbis) gegeben. Im CTK Cottbus haben in der Klinik für Anästhesiologie zwei Fachärzte die Zusatzqualifikation Palliativmedizin (siehe Kap. 9.3.4 und 9.3.6)		
9.3.14	Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren Qualifikation: <ul style="list-style-type: none"> • Psychologin mit therapeutischer Zusatzausbildung in einem Richtlinienverfahren (Psychologischer Psychotherapeut, KJ-Psychotherapeut) oder Gesprächspsychotherapie oder systemischer Familientherapie und spezielle Qualifikation: Palliative-Care-Weiterbildung (DGP) oder Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (DKG) • Sozialarbeiter/ -pädagogin • Physiotherapeut • Ergotherapeut • Kunst-Musik-Therapeut • Case-Manager • Seelsorger Ressourcen: In der Summe 0,2 VK/ aufgestelltem Patientenbett.	2019 betreute Mitarbeiter 1 die Patienten der Palliativstation psychologisch. Sie sieht jeden Patienten 1-1,5 Stunden pro Woche. 2020 betreut Frau Mitarbeiter 2 die Patienten der Palliativstation psychologisch. Sie sieht ebenfalls jeden Patienten 1-1,5 Stunden pro Woche. Seitens des Sozialdienstes erfolgt die Betreuung der Palliativpatienten durch die Leitung des Sozialdienstes und vertretungsweise durch die Stellvertreterin. Jeder Patient der Palliativstation hat mindestens einmal mit der Sozialarbeiterin Kontakt. Eine Physiotherapeutin sowie eine Ergotherapeutin sind auf der Palliativstation tätig. Weithin besteht das Angebot der Musiktherapie für die Palliativpatienten. Ein Patientenseelsorger steht zur Verfügung. Er wird auf deren Wunsch in die Therapie einbezogen.		
9.3.15	Multidisziplinäre Fallbesprechung <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentlicher Zyklus • Besprechung der Behandlungspläne aller anwesenden Pat., Dokumentation der Ergebnisse (Befunde, Therapieziele, Änderungen, Maßnahmen) fallbezogen (Akte, Therapieplan) und gesprächsbezogen (Kurzprotokoll) • Eine Teilnehmerliste der Besprechungen mit Benennung von Therapieverantwortlichen ist zu führen • Teilnahme von >75% aller anwesenden Mitarbeiter auf Station; mind. 1 Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung 	Die multidisziplinäre Fallbesprechung von Palliativpatienten findet wöchentlich dienstags von 13:30 bis 14:30 Uhr statt. Das Team setzt sich aus Mitarbeitern des Pflegedienstes, Psychoonkologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, ggf. Kunst- und Musiktherapie und Ärzten der Palliativstation zusammen. Ergebnisse der Besprechung der Behandlungspläne werden auf dem Palliativkomplexbogen fallbezogen dokumentiert und in den Patientenakten archiviert. Dort wird auch der therapieverantwortliche Arzt benannt. Die Teilnehmerlisten des Palliativteams werden von den Ärzten der Station archiviert und können vor Ort eingesehen werden. Die Teilnahme von mind. 1 Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie Psychologie, Sozialdienst und Physiotherapie ist regelmäßig gewährleistet.		
9.3.16	Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Kerndatensatz DGP und DHPV wird empfohlen.	Die Erfassung des Palliativmedizinischen Basis Assessments erfolgt entsprechend der Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Hier enthalten sind unter anderen der Kerndatensatz der DGP, MIDOS, BPI, BISAD, HADS und das Genogramm. Externe Qualitätssicherung:		

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
		<ul style="list-style-type: none"> - CLINOTEL bis 2015 - IQM ab 01.07.2015 Zusätzlich CLINOTEL ab 2017		
9.3.17	Öffentlichkeitsarbeit Aktuelle Informationen für Patienten und Angehörige (z.B. Flyer, Homepage) sind vorhanden.	Das Angebot der Palliativstation ist im Flyer, der Patienteninformationsmappe und der Homepage des Onkologischen Zentrums abgebildet. Zusätzlich werden Visitenkarten der Palliativstation an Patienten und Angehörige auf Station vor Ort bzw. bei Konsilbesuchen ausgehändigt.		
9.3.18	Fortbildungsveranstaltung Es ist mind. 1x jährlich eine Informations-/ Fortbildungsveranstaltung mit Palliativmedizinischen Inhalten durchzuführen. Dies kann als Teil einer zentralen Veranstaltung des Onkologischen Zentrums erfolgen.	Die Mitgestaltung von Fortbildungsveranstaltungen des Onkologischen Zentrums seitens der Palliativstation wird angestrebt. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Anästhesie-Symposien, Qualitätszirkel oder Veranstaltungen des Ethik-Komitees sowie der Pflegeweiterbildung werden palliativmedizinische und schmerztherapeutische Themen bearbeitet. Der Fortbildungsplan wird über das CA-Sekretariat der Anästhesie geführt.		
9.3.19	Einarbeitung neuer Mitarbeiter <ul style="list-style-type: none"> • Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. • Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen. 	Jährlich wird ein ärztlicher Kollege auf der Palliativstation eingearbeitet (Mentorenprinzip). Die Einarbeitung der Pflege erfolgt nach einem strukturierten Einarbeitungskonzept, das im Intranet der Klinik (klinikerne Dokumente) eingesehen werden kann. Nachweise liegen vor Ort vor.		
9.3.20	Fort- und Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und psychosoziale Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Qualifizierung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt 	<u>Ärzte</u> Der Fortbildungsplan wird über das CA-Sekretariat der Anästhesie geführt. Für die Ärztliche Fort- und Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin" ist die Teilnahme an einem Basiskurs mit 40 Unterrichtsstunden erforderlich und wird auch realisiert. <u>Pflegekräfte</u> Seitens der Pflegekräfte erfolgt das Angebot zentral über den onkologischen Fortbildungskatalog. Die Mitarbeiter mit qualitätsrelevanten Tätigkeiten nehmen jährlich an einer spezifischen Fortbildung teil. Nachweise von durchgeführten Fortbildungen werden auf der Palliativstation archiviert.		
9.3.21	Supervision/ Praxisbegleitung <ul style="list-style-type: none"> • Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für alle Mitarbeiter/ -innen ist nachzuweisen. • Jahresplan und Teilnehmerlisten von zusammen mind. 12 Zeitstd. im Jahr pro Mitarbeiter sind vorzulegen. 	Die Möglichkeit der externen Supervision ist gegeben. Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Station Pa1 finden regelmäßig Supervision mit einem externen Supervisor. Angestrebt werden pro Mitarbeiter 12 Stunden Supervision pro Jahr. Nachweise sind vor Ort einzusehen. Zusätzlich wurden durch das klinische Ethikkomitee, ethische Konsile etabliert, welche auf Anforderung		

9.3 Palliativstation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
		durchgeführt werden. Die Anforderung kann über Orbis erfolgen.		
9.3.22	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. • Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“). 	<p>Für das Jahr 2020 liegt ein OZ Jahresplan vor, in diesem sind die Fortbildungen, Lenkungsgremiumssitzungen, Qualitätszirkel, Einweiserveranstaltungen, Patientenveranstaltungen etc. geplant. Dieser ist über das Intranet verfügbar.</p> <p>Mindestens 4 x jährlich werden seitens des OZ Qualitätszirkel angeboten, die teilweise im Rahmen der Lenkungsgremiumssitzungen stattfinden. Wenn die Thematik Palliativmedizin in der Tagesordnung der Lenkungsgremiumssitzung beinhaltet ist, wird ein Vertreter der KAIP im Sinne des Beirates mit eingeladen. 1x jährlich findet ein supportiver Qualitätszirkel des OZ mit palliativmedizinischem Schwerpunkt statt. In jedem Fall treffen sich die Verantwortlichen aller supportiven Partner des OZ und die Leitung des OZ (inkl. QMB und Koordinatoren) 1 x jährlich im Rahmen eines supportiven Qualitätszirkels und tauschen ihre Erfahrungen und Informationen aus.</p> <p>Bei allen Qualitätszirkeln wird ein Protokoll erstellt und an alle Beteiligten versandt. Dieses kann zusätzlich beim Koordinator angefordert oder eingesehen werden.</p>		
9.3.23	<p>Studien</p> <p>Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.</p>	<p>Für die Palliativpatienten erfolgen aktuell keine Studien.</p>		

Kennzahlen Palliativ (Erfasst werden die Patienten des Zentrums)

Die Kennzahlen sind **nicht** im Erhebungsbogen anzugeben. Für die Darlegung ist das Tabellenblatt „Kennzahlen Palliativ“ im Datenblatt Onkologisches Zentrum zu verwenden!

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums		
10.1	<p>DKG zertifizierte Organkrebszentren/Module</p> <p>Tumordokumentationssystem</p> <p>Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält</p>	<p>Im Januar 2017 wurde am CTK das Tumordokumentationssystem GTDS angeschafft, mit dem entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) die Dokumentation für die klinische Krebsmeldung und die Organzentren, Module und Schwerpunkte erfolgt.</p>		

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	<p>Dieser Prozess wurde 01/2017 mit der Einstellung von zwei Dokumentaren eingeleitet und seit 09/2018 für alle Kliniken und das gesamte OZ umgesetzt. Seit 2018 wurden von den Tumordokumentaren des CTK alle Primärfälle des Onkologischen Zentrums im GTDS dokumentiert. Damit ist die Kennzahlendarstellung ab 2018 seitens des OZ eigenständig möglich.</p> <p>Es existieren mehrere Verfahrensanweisungen, die im Intranet hinterlegt sind, die die Datenerfassung und Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister regeln und damit sicherstellen, dass die gesetzlich festgelegten Meldefristen eingehalten werden.</p> <p>Es existiert eine Verfahrensanweisung, die für die Ärzte des CTK festlegt, wie meldepflichtige Ereignisse angezeigt und die zuständigen Dokumentare informiert werden. Diese beinhaltet eine detaillierte Beschreibung, wie dies auf elektronischem Wege in Orbis erfolgen kann. Diese ist bezeichnet. - „Meldeanweisungen von Tumorerkrankungen durch Ärzte des CTK“</p> <p>Das weitere Vorgehen für den Bereich Tumordokumentation des CTK ist in den nachfolgenden Verfahrensanweisungen ebenfalls geregelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Patienteninformation zur Meldepflicht“ - „Vorgehen bei fehlenden Meldeanlässen“ - „Labormeldungen“ - „Pathologiemeldungen“ <p>Bezüglich der Erstellung des Follow-up und der Zusammenarbeit mit den Zentren sind zwei weitere Verfahrensanweisungen in Bearbeitung.</p>	
10.2	<p>Einsatz mehrerer EDV-Systeme Pro Tumorentität ist in der „Matrix Tumordokumentation“ festzulegen, welches System für die Ermittlung der Ergebnisqualität herangezogen wird.</p>	<p>Aufgrund der Entscheidung, die Tumordokumentation am CTK eigenständig durchzuführen, deren Gründe unter dem Punkt 10.4 detailliert erläutert werden, besteht momentan die Notwendigkeit der Nutzung mehrerer EDV-Systeme. Im GTDS erfolgt die komplette Kennzahlendarstellung. Da für die Ermittlung der Ergebnisqualität Primärfalljahrgänge vor 2018 betrachtet werden, die noch nicht im CTK-eigenen GTDS erfasst sind, befinden wir uns momentan noch in einer Übergangszeit, die die Nutzung eines zweiten Dokumentationssystems erforderlich macht. Für die Entitäten, bei denen ein Follow up dargestellt werden muss, wurden alle zu betrachtenden Primärfallpatienten in einer Excel-Datei erfasst und hinsichtlich der Festlegungen Matrix - Ergebnisqualität jahrgangweise recherchiert. In dieser Excel-Datei sind die Daten patientenbezogen rückverfolgbar. Die vom KKRBB aus dem Vorjahr erstellten Ergebnisse stellten dafür eine Grundlage dar. Da ab September 2018 auch alle weiteren gesetzlich festgelegten Meldeanlässe im GTDS dokumentiert wurden, gehen wir davon aus, dass nach einer Übergangszeit die komplette Dokumentation (Kennzahlenerfassung und Ergebnisqualität) für die Organzentren, Module und Schwerpunkte des OZ im GTDS des CTK erfolgen wird, einschließlich der Befüllung der Onkobox.</p>	

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		Die Excel-Dateien für das Follow up können erst entfallen, wenn keine Betrachtung von Primärfalljahrgängen vor 2018 erforderlich ist.
10.3	Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr darzustellen.	Das Kalenderjahr 2019 ist vollständig dargestellt.
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen §65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen Link Tumorzentren.de • Die OncoBox (wenn für die entsprechende Tumorentität vorhanden) soll vom zuständigen Krebsregister befüllt werden. Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. • Die Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität sollte über das Krebsregister gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen. • Parallele Systeme sind zu vermeiden • Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung. 	<p>Bereits seit 07/2014 existierte eine Kooperationsvereinbarung mit dem Krebsregister. Am 01.01.2016 wurde die Nachsorgeleitstelle in das Klinische Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH als Tochtergesellschaft der Landesärztekammer Brandenburg überführt.</p> <p>Die bisher für das CTK einschließlich OZ kostenlose Leistungserbringung der Krebsregistrierung wurde auf Grund des Trägerwechsels kostenpflichtig. Die Kooperationsvereinbarung mit dem Krebsregister wurde dementsprechend modifiziert und regelte folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation der Kennzahlen entsprechend Onko-zert für die Organzentren - Erstellung Follow-up sowie - Auswertung, Validitätsprüfung und Erstellung von Kennzahlenbögen für die Zertifizierung - Darstellung der Ergebnisqualität <p>Die Daten wurden mittels des Onkologischen Arztbriefes und eines organspezifischen Zusatzblattes an das Krebsregister übermittelt.</p> <p>Parallel wurde seitens der Koordinatoren der Organzentren/ Module/ Schwerpunkte eine Excel-Tabelle zur Kennzahlenerfassung geführt. Quartalsweise erfolgte ein Datenabgleich zwischen Koordinator und Klinischem Krebsregister.</p> <p>Mit der Einführung der gesetzlichen Meldepflicht zum 01.07.2016 und dem für das CTK hohen Kostenfaktor bei Leistungserbringung durch das KKRBB wurde 01/2017 am CTK eine Projektgruppe etabliert, die die Zusammenarbeit mit dem Krebsregister neu organisieren und dabei auch die wiederholten Hinweise der externen Auditoren zu dieser Thematik berücksichtigen sollte. Ein weiterer Auslöser für die Veränderungen bezüglich der Tumordokumentation war die Problematik des Datenschutzes. Die bisherige Kooperation mit dem KKRBB basierte auf einem uneingeschränkten Zugangsrecht des KKRBB auf das Krankenhausinformationssystem Orbis des CTK. Im Rahmen der neuen Datenschutzverordnung erfolgte die Überprüfung der Kommunikationswege des OZ und seitens des Datenschutzbeauftragten wurde zum 15.01.2019 der Datenzugriff für das KKRBB aus Gründen des Schutzes der Gesundheitsdaten gesperrt. In Folge dessen war eine Fortführung der bestehenden Kooperationsverträge nicht möglich und diese wurden mit der entsprechenden Kündigungszeit beendet.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Problematik des Datenschutzes, der gesetzlichen Pflicht zur Tumormeldung, der Problematik, der vollständigen Übermittlung der Patientendaten für die Zentrumserfassung an das Krebsregister, und der langjährigen Doppeldokumentation (Koordinatoren der Organzentren parallel zum Krebsregister) entschieden wir uns, die klinische Krebsmeldung</p>

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>und die Tumordokumentation am CTK selbst zu organisieren. Dazu wurde ein hauseigenes GTDS angeschafft, indem nicht nur die gesetzliche Tumormeldung, sondern auch die Kennzahlendokumentation für die Organzentren, Module und Schwerpunkte erfolgt. Dieser Prozess wurde 01/2017 mit der Einstellung von zwei Dokumentaren eingeleitet und seit 09/2018 für alle Zentren umgesetzt. Der Bereich Tumordokumentation wurde am CTK etabliert. Es existiert ein Organigramm in dem die Verantwortlichkeiten festgelegt sind und die Arbeitsweise entsprechend von Verfahrensweisungen geregelt ist.</p> <p>Ab 2018 wurden von den Dokumentaren des CTK alle Primärfälle des Onkologischen Zentrums im GTDS dokumentiert. Damit ist die Kennzahlendarstellung ab 2018 seitens des OZ eigenständig möglich.</p> <p>Bezüglich des Follow up wurde seitens der Leitung des OZ eine Fortführung der Kooperation mit dem KKRBB angestrebt. Diesbezüglich fanden mehrere Gespräche zwischen KKRBB, Krankenhausleitung und Leitung des OZ über neue Vertragsentwürfe statt. Letztlich führte die Mitteilung des KKRBB, dass für die vom CTK gewünschten Inhalte (Follow up) keine gesonderte Kooperationsvereinbarung erforderlich wäre, zum Verzicht auf einen neuen Kooperationsvertrag. Seitens des KKRBB wurde vorgeschlagen, die Follow up Daten über die Abfrage des Best-of-Datensatzes zu eruieren. Laut KKRBB gehört diese Aufgabe zu den regulären Pflichten des Krebsregisters und ist im „Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg über die Einrichtung des Klinischen Krebsregister § 65 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ geregelt und bedarf einer gesonderten Antragsstellung auf Datenbereitstellung.</p> <p>Bis zum Auditjahr 2019 galten noch die früheren Kooperationsinhalte aus dem Vertrag mit dem KKRBB, der die</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation der Kennzahlen - Erstellung Follow-up sowie - Auswertung, Validitätsprüfung und Erstellung von Kennzahlenbögen für die Zertifizierung - Darstellung der Ergebnisqualität und - Befüllung der Onkobox <p>regelte.</p> <p>Aus den oben beschriebenen Gründen wurde der bestehende Kooperationsvertrag zum 30.06.2019 gekündigt.</p> <p>Im Auditjahr 2019 erfolgte deshalb erstmalig die Kennzahlendarstellung und die Befüllung der Onkobox für die geforderten Entitäten parallel durch das CTK. Da die Primärfälle des Darm-, Pankreas- und Prostatazentrums aus den vorangegangenen Jahrgängen nicht im CTK-eigenen GTDS erfasst sind, konnte die Matrix/Ergebnisqualität nicht elektronisch aus dem GTDS befüllt werden. Hinsichtlich dieser Problematik erfolgte eine Anfrage bei OnkoZert und entsprechende Antragsstellung. Bezüglich des Follow up erfolgte eine manuelle Nachrecherche aller Patienten in einer ge-</p>

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>sonderten Excel-Datei durch den Bereich Tumordokumentation des CTK. Die vom KKRBB aus dem Vorjahr erstellten Ergebnisse stellten dafür eine Basis dar.</p> <p>Entsprechend der Absprache mit OnkoZert wird die Matrix/ Ergebnisqualität für die Übergangszeit aus den Daten der genannten Excel-Datei händisch befüllt.</p> <p>Erst ab dem Primärfalljahr 2018 kann eine komplette Befüllung der Onkobox und der Matrix/ Ergebnisqualität aus dem GTDS des CTK erfolgen.</p> <p>Im Auditjahr 2019 erfolgte eine parallele Kennzahlen-darstellung und Darstellung der Ergebnisqualität durch das KKRBB aus den im GTDS übertragenen und abgeglichenen Daten und durch den Bereich Tumordokumentation des CTK. (Grund: Ende Kooperationsvertrag mit KKRBB 30.06.2019).</p> <p>2020 wurden folgende Aufgaben komplett durch den Bereich Tumordokumentation des CTK realisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation der Kennzahlen - Erstellung Follow-up sowie - Auswertung, Validitätsprüfung und Erstellung von Kennzahlenbögen für die Zertifizierung - Darstellung der Ergebnisqualität und - Befüllung der Onkobox <p>Datendefizite wurden durch Abfrage des Best-of-Datensatzes beim KKRBB eruiert.</p>
10.5	<p>Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Name/ Funktion:</p> <p>Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Übermittlung und Qualität der für die Zertifizierung relevanten Patientendaten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister • Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathologische Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen) • Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insb. im zeitlichen Verlauf 	<p>Seitens des CTK steht der Bereich Tumordokumentation unter der Leitung von Frau Dr. Gutsche als Leiterin des OZ. Die Organisation und Kommunikation wird zusätzlich durch die Koordinatorin des OZ unterstützt.</p> <p>Es existieren mehrere Verfahrensanweisungen, die im Intranet hinterlegt sind, die die Datenerfassung und Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister regeln und damit sicherstellen, dass die gesetzlich festgelegten Meldefristen eingehalten werden.</p> <p>Es existiert eine Verfahrensanweisung, die für die Ärzte des CTK festlegt, wie meldepflichtige Ereignisse angezeigt und die zuständigen Dokumentare informiert werden. Diese beinhaltet eine detaillierte Beschreibung, wie dies auf elektronischem Wege in Orbis erfolgen kann. Diese ist bezeichnet.</p> <p>- „Meldeanweisungen von Tumorerkrankungen durch Ärzte des CTK“</p> <p>Das weitere Vorgehen für den Bereich Tumordokumentation des CTK ist in den nachfolgenden Verfahrensanweisungen ebenfalls geregelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Patienteninformation zur Meldepflicht“ - „Vorgehen bei fehlenden Meldeanlässen“ - „Labormeldungen“ - „Pathologiemeldungen“

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
		<p>Bezüglich der Erstellung des Follow-up und der Zusammenarbeit mit den Zentren sind zwei weitere Verfahrensanweisungen in Bearbeitung.</p> <p>Es existiert ein Organigramm, in dem die Verantwortlichkeiten festgelegt sind und die Arbeitsweise ist in entsprechenden Verfahrensanweisungen geregelt.</p> <p>Es erfolgte am 23.01.2019 für alle Tumordokumentare eine GTDS-Schulung am CTK.</p> <p>Die Qualifizierung des für die Datenerfassung tätigen Personals erfolgt einerseits kontinuierlich durch ständigen Kontakt mit den Systembetreuern des GTDS. Außerdem werden die Fortbildungsangebote der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) genutzt. Alle Dokumentare haben an der Fortbildung der ADT „TNM“ am 21.03.2019 teilgenommen.</p> <p>Die Teilnahme an weiteren Modulen erfolgte mitarbeiterspezifisch wird kontinuierlich weiter geplant.</p> <p>Es wird angestrebt, dass alle unbefristet angestellten Mitarbeiter des Bereiches Tumordokumentation das „Zertifikat Tumordokumentar/in (ADT, DVMD, GEKID)“ erwerben, welches allgemein als Qualitätssiegel betrachtet wird.</p> <p>Diesbezüglich erfolgte eine Absicherung der Kostenübernahme durch die Krankenhausleitung des CTK.</p> <p>Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Tumorkonferenzen erfolgt durch den für die jeweilige Entität zuständigen Dokumentar mit dem Ziel der vollständigen Datenerfassung.</p> <p>Aktuell finden wöchentliche Arbeitsbesprechungen für den Bereich Tumordokumentation statt, die protokolliert werden. Diese dienen der internen Prozessoptimierung und Ergebnisanalyse.</p> <p>Außerdem finden bedarfsweise, mindestens aber 2 x jährlich vor dem internen und externen Audit, mit den einzelnen Organzentren „Qualitätszirkel Tumordokumentation“ statt, die der Organisation der Zusammenarbeit, der Qualitätsverbesserung der Dokumentation und der Diskussion der Ergebnisse dienen. Darüber werden Protokolle geführt und allen Beteiligten per Mail zugesandt. Die Protokolle sind elektronisch im Bereich Tumordokumentation hinterlegt.</p> <p>Gleichzeitig stellt die Kommunikation mit dem KKRBB eine externe Qualitätskontrolle dar.</p> <p>Die Tumordokumentare nehmen an den Qualitätszirkeln und auf Einladung an Lenkungsgremiumssitzungen des OZ teil.</p> <p>Seit dem 1. Quartal 2020 erfolgt eine quartalsweise Erfassung der Primärfallzahlen und Zwischenanalyse der Kennzahlenauswertung durch den Bereich Tumordokumentation für alle Zentren. Diese Analysen der Auswertungen werden den Zentren elektronisch zugesandt und werden von den Tumordokumentaren als Mittel zur Kennzahlenverbesserung betrachtet.</p>	
10.6	Bereitstellung von Ressourcen	Die Tumordokumentation und Erfassung der zertifizierungsrelevanten Daten für alle Organzentren, Module	

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).</p>	<p>und Schwerpunkte des Onkologischen Zentrums werden durch die Tumordokumentare des CTK realisiert.</p> <p>Dafür wurden personelle Ressourcen bereitgestellt.</p> <p>Mit diesen Ressourcen werden aber auch die meldepflichtigen Ereignisse außerhalb des zertifizierten Bereiches an das Klinische Krebsregister übermittelt. (Pulmologie, Thorax-Chirurgie, Neurochirurgie, Hautklinik, Nuklearmedizin, Pathologie und Labor sowie Sonstiges)</p> <p><u>Ressourcenanalyse anhand des PF Jahres 2018:</u></p> <p>Primärfälle 2018: 891, dafür erforderlich 2,2 VK (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK)</p> <p>Nachsorgefälle 2018: 1312, dafür erforderlich 0,66 VK (Richtwert: pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK)</p> <p>Insgesamt 2,86 VK erforderlich für reine Dokumentation der zertifizierten Zentren</p> <p>Verbleiben 0,64 VK für Dokumentation der meldepflichtigen Ereignisse des CTK außerhalb des zertifizierten Bereiches an das Klinische Krebsregister (Pulmologie, Thorax-Chirurgie, Neurochirurgie, Hautklinik, Nuklearmedizin, Pathologie und Labor sowie Sonstiges)</p> <p>Im CTK erfolgt durch die Tumordokumentare zusätzlich die Organisation der Tumorkonferenz (Vorbereitung, Dokumentation und Protokollierung). Dafür wurden pro Dokumentar 0,05 VK veranschlagt, was den Gegebenheiten gerecht wird.</p>	
10.7	<p>Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jahrgängen • TNM-Klassifikation oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) • Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie) • Datum der Rezidive/ Metastasierungen • Sterbefälle • Follow-up-Status (letzte Aktualisierung) 	<p>Die nebenstehenden Selektionsmöglichkeiten sind im GTDS gegeben.</p> <p>Auf Basis der dokumentierten Daten können umfangreiche Qualitätsauswertungen zu Diagnostik und Therapie erstellt werden, inkl. der Kennzahlenauswertungen für Organzentren.</p>	
10.8	<p>Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität</p> <p>Kaplan-Meier-Kurven: Gesamtüberleben (OAS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT-Kategorien, Stadien Lokalrezidivfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen. Metastasenfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen.</p>	<p>Die nebenstehenden Selektionsmöglichkeiten sind im GTDS gegeben.</p> <p>Auf Basis der dokumentierten Daten können umfangreiche Qualitätsauswertungen zu Diagnostik und Therapie erstellt werden, inkl. der Kennzahlenauswertungen für Organzentren.</p>	

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
	<p>Überleben ab Progression (PDS)</p> <p>In Abhängigkeit der Fragestellung können Jahrgänge getrennt zusammengefasst werden (z.B. bei niedrigen Patientenzahlen). Bei größeren Patientenzahlen und Ereigniszahlen sollen Jahrgänge getrennt ausgewertet werden.</p> <p>Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Patientenzahlen und den Überlebensdaten.</p> <p>Organspezifische detaillierte Anforderungen sind im Anhang zur Matrix Ergebnisqualität zusammengestellt.</p>		
10.9	<p>Auswertung der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Darstellung der Ergebnisqualität (oberer Punkt) muss zu den Rezertifizierungen möglich sein. • Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich nach den entsprechenden Kennzahlen auszuwerten. • Sofern ein Benchmarking/ Jahresbericht angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten. • Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär erfolgen, sofern regionale oder überregionale Verbünde bestehen, ist daran teilzunehmen. 	<p>Grundsätzlich ist die Auswertung der nebenstehenden Daten gewährleistet.</p> <p>Für das Auditjahr 2019 galten noch die früheren Kooperationsinhalte aus dem Vertrag mit dem KKRBB, der die</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation der Kennzahlen - Erstellung Follow-up sowie - Auswertung, Validitätsprüfung und Erstellung von Kennzahlenbögen für die Zertifizierung - Darstellung der Ergebnisqualität und - Befüllung der Onkobox <p>regelte.</p> <p>Aus den unter Kapitel 10.4 beschriebenen Gründen endet der bestehende Kooperationsvertrag 30.06.2019.</p> <p>Im Auditjahr 2019 erfolgte eine parallele Kennzahlendarstellung und Darstellung der Ergebnisqualität durch das KKRBB aus den im GTDS übertragenen und abgeglichenen Daten und durch den Bereich Tumordokumentation des CTK. (Grund: Ende Kooperationsvertrag mit KKRBB 30.06.2019).</p> <p>Dieses Vorgehen diene der externen Qualitätskontrolle für den Bereich Tumordokumentation des CTK. 2020 wurde diese Doppeldokumentation beendet.</p> <p>2020 wurden folgende Aufgaben komplett durch den Bereich Tumordokumentation des CTK realisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation der Kennzahlen - Erstellung Follow-up sowie - Auswertung, Validitätsprüfung und Erstellung von Kennzahlenbögen für die Zertifizierung - Darstellung der Ergebnisqualität und - Befüllung der Onkobox <p>Datendefizite wurden durch Abfrage des Best-of-Datensatzes beim KKRBB eruiert.</p> <p>Da die Primärfälle des Darm-, Pankreas- und Prostatazentrums aus den Jahrgängen vor 2018 nicht im CTK-eigenen GTDS erfasst sind, kann die Matrix/ Ergebnisqualität nicht elektronisch aus dem GTDS befüllt werden. Hinsichtlich dieser Problematik erfolgte 2018 eine Anfrage bei OnkoZert und entsprechende Antragsstel-</p>	

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
		<p>lung, da erst ab dem Primärfalljahr 2018 eine komplette Befüllung der Onkobox und der Matrix/ Ergebnisqualität aus dem GTDS des CTK möglich sein wird.</p> <p>Für das Auditjahr 2019 erfolgte erstmalig seitens des Follow up eine manuelle Nachrecherche aller Patienten in einer gesonderten Excel-Datei durch den Bereich Tumordokumentation des CTK, die seitdem kontinuierlich fortgeführt wird. Die vom KKRBB aus dem Vorjahr erstellten Ergebnisse stellten dafür eine Basis dar.</p> <p>Entsprechend der Absprache mit OnkoZert wird für die genannten Zentren die Matrix/ Ergebnisqualität für die Übergangszeit aus diesen Daten der genannten Excel-Datei händisch befüllt.</p> <p>Eine vergleichende Ergebnisanalyse im Sinne eines Benchmarkings, ist bereits über die Jahresberichte der DKG möglich. Eine darüber hinaus reichende Analyse könnte über die Arbeitsgruppen des Krebsregisters angestrebt werden. Seitens des KKRBB wurden wir informiert, dass keine regelmäßige Bereitstellung von Benchmarking Analysen im Zusammenhang mit einem Kooperationsvertrag zur Zentrumsbetreuung möglich ist.</p> <p>Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt regelmäßig in den wöchentlichen Besprechungen des Bereiches Tumordokumentation und interdisziplinär im Lenkungsgremium sowie in den Qualitätszirkeln der Organkrebszentren, Module und Schwerpunkte.</p> <p>Außerdem finden bedarfsweise, mindestens aber 2 x jährlich vor dem internen und externen Audit, mit den einzelnen Organzentren „Qualitätszirkel Tumordokumentation“ statt, die der Organisation der Zusammenarbeit, der Qualitätsverbesserung der Dokumentation und der Diskussion der Ergebnisse dienen. Darüber werden Protokolle geführt und allen Beteiligten per Mail zugesandt. Die Protokolle sind elektronisch im Bereich Tumordokumentation hinterlegt.</p> <p>Gleichzeitig stellt die Kommunikation mit dem KKRBB eine externe Qualitätskontrolle dar.</p>
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist (siehe Ergebnismatrix spezifische Tumorentität)</p> <p>Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up-Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet</p> <p>Zum Follow-up Status gehören: auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionale Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression)</p>	<p>Bis zum Auditjahr 2019 galten noch die früheren Kooperationsinhalte aus dem Vertrag mit dem KKRBB, der auch die Erstellung des Follow-up sowie die Darstellung der Ergebnisqualität und Befüllung der Onkobox regelte.</p> <p>Aus den unter Kapitel 10.4 beschriebenen Gründen wurde der bestehende Kooperationsvertrag zum 30.06.2019 beendet.</p> <p>Bezüglich des Follow up wurde seitens der Leitung des OZ eine Fortführung der Kooperation mit dem KKRBB angestrebt. Diesbezüglich fanden mehrere Gespräche zwischen KKRBB, Krankenhausleitung und Leitung des OZ über neue Vertragsentwürfe statt. Letztlich führte die Mitteilung des KKRBB, dass für die vom CTK gewünschten Inhalte (Follow up) keine gesonderte Kooperationsvereinbarung erforderlich wäre, zum Verzicht auf einen neuen Kooperationsvertrag.</p>

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums
	<p>Zweitmalignome Sterbefälle Lebt unter der aktuellen Adresse, Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Bundesland)</p>	<p>Seitens des KKRBB wurde vorgeschlagen, die Follow up Daten über die Abfrage des Best-of-Datensatzes zu eruieren. Laut KKRBB gehört diese Aufgabe zu den regulären Pflichten des Krebsregisters und ist im „Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg über die Einrichtung des Klinischen Krebsregister § 65 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ geregelt und bedarf einer gesonderten Antragsstellung auf Datenbereitstellung.</p> <p>Da die Primärfälle des Darm-, Pankreas- und Prostatazentrums aus den Jahrgängen vor 2018 nicht im CTK-eigenen GTDS erfasst sind, kann die Matrix/ Ergebnisqualität nicht elektronisch aus dem GTDS befüllt werden. Hinsichtlich dieser Problematik erfolgte 2018 eine Anfrage bei OnkoZert und entsprechende Antragsstellung, da erst ab dem Primärfalljahr 2018 eine komplette Befüllung der Onkobox und der Matrix/ Ergebnisqualität aus dem GTDS des CTK möglich sein wird.</p> <p>Für das Auditjahr 2019 erfolgte erstmalig seitens des Follow-up eine manuelle Nachrecherche aller Patienten in einer gesonderten Excel-Datei durch den Bereich Tumordokumentation des CTK, die seitdem kontinuierlich fortgeführt wird. Die vom KKRBB aus dem Vorjahr erstellten Ergebnisse stellten dafür eine Basis dar.</p> <p>Entsprechend der Absprache mit OnkoZert wird für die genannten Zentren die Matrix/ Ergebnisqualität für die Übergangszeit aus diesen Daten der genannten Excel-Datei händisch befüllt.</p> <p>Im Auditjahr 2019, in dem das Primärfalljahr 2018 betrachtet wurde, erfolgte eine parallele Darstellung der Ergebnisqualität durch das KKRBB aus den im GTDS übertragenen und abgeglichenen Daten und durch den Bereich Tumordokumentation des CTK (Grund: Ende Kooperationsvertrag mit KKRBB 30.06.2019).</p> <p>Dieses Vorgehen diene der externen Qualitätskontrolle für den Bereich Tumordokumentation des CTK. 2020 wurde diese Doppeldokumentation beendet.</p> <p>2020 wurden die Erstellung des Follow-up, sowie die Darstellung der Ergebnisqualität komplett durch den Bereich Tumordokumentation des CTK realisiert</p> <p>Datendefizite wurden durch Abfrage des Best-of-Datensatzes beim KKRBB eruiert.</p>

A Entwicklung/Vernetzung der onkologischen Versorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
A1	<p>Aktualisierungsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie wird die rasche Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse (unter Berücksichtigung der bestehenden S3-Leitlinien) in die klinische Praxis organisiert? 	<p>Für die Implementierung, Überprüfung und Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Leitlinien haben wir eine Verfahrensanweisung erstellt.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Wie wird der Zugang aller Patienten zu den erforderlichen innovativen Verfahren in Diagnostik und Therapie sichergestellt? 	<p>Die Überwachung der Leitlinienumsetzung erfolgt unterjährig fortlaufend durch den jeweiligen Leitlinienverantwortlichen. Dieser leitet mind. 1 x jährlich (vor dem internen Audit) die – notwendige Aktualisierung - an den Koordinator OZ weiter. Der Koordinator OZ ist für die Pflege der Liste der Leitlinien verantwortlich.</p> <p>Bei Änderungen ist der Leitlinienverantwortliche zuständig, diese kurzfristig in der eigenen Klinik bekannt zu geben und ggf. notwendige Maßnahmen zu veranlassen. Außerdem sollten diese Änderungen Inhalt von Qualitätszirkeln und Fortbildungen des OZ sein. Dieses Vorgehen sollte ebenfalls neue wissenschaftliche Erkenntnisse betreffen, auch wenn diese noch nicht in die derzeit gültige Version der Leitlinie Eingang gefunden haben.</p> <p>Prinzipiell werden alle Patienten entsprechend des neuesten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt. Sollten innovativen Diagnostik und Therapieverfahren nicht am CTK vorgehalten werden, werden die Patienten seitens des OZ an entsprechende Kompetenzzentren vermittelt. In diesem Zusammenhang stellt die Tumorkonferenz eine geeignete Plattform zum interdisziplinären Austausch dar.</p>	
A2	<p>Obligate Stellungnahme der Zentren, wie diese sich in ihrer Kooperation für die Durchführung/ Rekrutierung bei Studien horizontal und vertikal (z.B. Studienteilnahme) mit den jeweils anderen Ebenen des 3-Stufensystems sehen (Organkebszentren, Onkologische Zentren, Onkologische Spitzenzentren)</p> <ul style="list-style-type: none"> Welche Studienaktivitäten haben Sie derzeit? Wie stellen Sie sich zukünftig eine Kooperation vor? Wie soll der Studieneinschluss optimiert werden? 	<p>Seit dem 4. Quartal 2017 existiert ein zentrales Studienmanagement für das gesamte CTK, welches alle Organzentren/Module und Schwerpunkte des OZ einschließt. Die Interdisziplinäre Studienzentrale ist Stabstelle des Ärztlichen Direktors des CTK und koordiniert innerhalb unseres OZ die Studienaktivitäten für alle Organzentren/Module/Schwerpunkte zentral. Eine Zusammenarbeit mit externen Organkebszentren anderer Kliniken wird momentan nicht vordergründig angestrebt. Die Kooperation mit Onkologischen Spitzenzentren ist aber für das OZ des CTK unabdingbar, da ein Großteil der Studien durch diese initiiert werden. Unter den Gegebenheiten, dass das CTK aktiv an Studien teilnimmt, ist die Pflicht zur Kooperation entsprechend des Studiendesign gegeben (z.B. Teilnahme an Präfarzttreffen).</p> <p>Seitens der Leitung des OZ wird stärker auf die Notwendigkeit zur Teilnahme an Studien hingewiesen und diese stringent intern überwacht. Es wird angestrebt, vor allem an Studien teilzunehmen, die gemäß des DKG-Zertifizierungssystems akkreditiert sind.</p> <p>Das Thema Studien wird mindestens 2 x jährlich in den Lenkungsgremiumssitzungen aufgegriffen.</p>	
A3	<p>Zusammenarbeit mit den jeweils anderen Ebenen des 3-Stufen-Systems</p>	<p>Geplant sind gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit Organzentren in Berlin-Brandenburg, um einen klinikübergreifenden Austausch umzusetzen und Impulse für das CTK aufzunehmen.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit Onkologischen Spitzenzentren beinhaltet (neben der oben aufgeführten Studienthematik) vor allem die Vorstellung von Problempatienten, die Einholung von Zweitmeinungen bei Pati-</p>	

		<p>entenwunsch und die Absicherung einer höchsten Behandlungsqualität bei seltenen Tumorerkrankungen in Kompetenzzentren.</p> <p>Sollten innovativen Diagnostik und Therapieverfahren nicht am CTK vorgehalten werden, werden die Patienten seitens des OZ ebenfalls an entsprechende Kompetenzzentren vermittelt.</p> <p>Es existieren bereits diesbezügliche Kooperationsvereinbarungen mit</p> <p>Charité Comprehensive Cancer Center Berlin (Molekulargenetik)</p> <p>Nationales Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs</p> <p>Universitätsklinikum Dresden (allogene Stammzelltransplantation) – Prof. Dr. Bornhäuser</p> <p>Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Charité Berlin</p> <p>Außerdem ist das OZ des CTK Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft für Onkologie (LAGO) Brandenburg e.V., über die innerhalb des Bundeslandes eine Vernetzung der Aktivitäten erfolgt.</p> <p>Eine Kooperationsvereinbarung mit dem Zentrum für Komplementärmedizin der Charité ist in Bearbeitung.</p>	
--	--	---	--

B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
B0	Die fachlichen Anforderungen an die Onkologischen Spitzenzentren sind in dem Dokument „Application Guidelines Oncology Centers of Excellence“ zusammengefasst. Die aktuelle Version der Application Guidelines sind auf https://www.krebshilfe.de/forschen/foerderung/ausschreibungen/ downloadbar.		
B1	Internationally competitive and innovative research programs, most importantly in the area of translational cancer research ('bench to bedside'). This must include important solid tumors. The number and quality of ongoing peer-reviewed research projects is important. Active participation in local, national or international collaborative research consortia is expected.		
	What measures have been taken to support development of scientific excellence and to integrate (translational) research into the different		

B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	multidisciplinary groups responsible for health care?	
B2	<ul style="list-style-type: none"> • What are the most important research programs/main focuses at your center? Describe these programs giving special attention to translational research aspects as well as the integration of both clinicians and basic scientists. • How do these programs complement each other to reach the scientific goals/ visions of your center? • How do the different cancer-related scientific themes of the parent institution fit together with those of the center? How do they complement each other? • How does the center contribute to practice changing developments which lead to more effective prevention, diagnosis and treatment of cancer? 	
B3	<p>Obligatory development and realization of innovative clinical trials, including investigator initiated trials. The trials must include a reasonable portfolio of the most important cancer entities. The fraction of patients in trials must approach 90% for pediatric neoplasms, 50% for hematolymphoid and 10% for solid tumors.</p> <p>Availability of a specialized clinical trials office for oncology with a central coordination. The office must be involved in the design and management of the clinical trials. Existence of a central early clinical trials unit where all Phase-I/II-cancer trials are performed.</p>	
B4	Programs in outcomes research, including tumor epidemiology, and the identification of cancer risks and predictive factors.	
B5	<p>A comprehensive and Centralized tumor- and biobank with defined quality and documentation standards is expected.</p> <p>Give a summary of the cancer center's tumor-/biobank(s) with special consideration to the center's policies for the operation of the biobank and for the use of tumor tissues (project management, standard operating procedures, quality control, connection to clinical documentation system). Is the complete clinical data of each patient accessible? Describe the development of the biobank during the last years with specific reference to the biobank-IT/laboratory information management system (LIMS) and quality management. Include as well a description of your activi-</p>	

B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>ties in the field of liquid biobanking. Please comment on the size of the tumor-/ biobank (current number of patients whose fresh frozen tissue specimens and liquid samples are stored in the biobank). Describe whether and how the paraffin blocks archive of the Pathology Institute is accessible for projects of the biobank. Describe the degree of centralization/ harmonization of the tumor-/ biobank(s). Describe your concept of performance measurement of the biobank.</p> <p>Please address the criteria defined in the list of requirements for CCC biobanks (Enclosure 1 in https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Foerderung/CCCs_7th_call/Ausschreibung_Leitfaden_7._Call_final.pdf).</p> <p>Hinweis: Onkologischen Zentren, die im Bereich der translationalen Forschung aktiv sind, wird der Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung von qualitätsgesicherten Tumor- bzw. Biobanken ebenfalls empfohlen.</p>	
B6	Infrastructure which promotes interdisciplinary as well as translational research. Core facilities/ technology platforms and shared resources available to the center must be presented.	
B7	<p>Metrics</p> <p>Catchment area (map, number of inhabitants). Number of all cancer patients treated in the cancer center. Number of cancer patients newly diagnosed Number of patients enrolled in clinical trials List of specific clinical trials running at the cancer center (Investigator Initiated Trials (IIT) and Industry Trials) etc.</p>	
B8	Fields of specific competence of the cancer center (e.g. rare tumor entities, specific diagnostic or therapeutic options).	
B9	<p>Multidisciplinary care and research must be supported by an up-to-date and adequate information technology.</p> <p>Describe the Information Technology structure and systems operated at the cancer center. Please give special consideration to the following points/ issues:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clinical information system • electronic medical record for each patient • local clinical cancer registry • documentation of tumor board decisions • electronic clinical pathways/care plans 	

B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren‘ zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • access to information about clinical trials/study management • biobank IT system • data warehouse • user access (Who has access?) • responsibilities/ support from IT-Department 		

Anlage 1 - Liste der Leitlinien/ SOPs

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie (inkl. Versionsstand, Angabe S1-3)	Bezeichnung der SOP (inkl. Versionsstand)	Leitlinien-/SOP- Verant- wortlicher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik	Kolorektales Karzinom Registernummer 021-007OL Stand: 30.11.2017, gültig bis 29.11.2022 S3		Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik	Exokrines Pankreaskarzinom Registernummer 032-010OL (in Überarbeitung) Stand: 31.10.2013, gültig bis 30.10.2018 S3 – keine neue Version awmf.org		Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik	Magenkarzinom: Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogast- ralen Übergangs Registernummer 032-009OL Stand: 2.0-August 2019 Gültig bis August 2022		Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik	Plattenepithelkarzinome und A- denokarzinome des Ösophagus, Diagnostik und Therapie Registernummer 021-023OL In Überarbeitung (Anmeldeda- tum: 01.04.2020, Geplante Fer- tigstellung: 30.09.2020)		Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik	Esophageal cancer: Clinical Practice Guidelines for diagno- sis, treatment and follow-up		Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik	"Hepatozelluläres Karzinom, Di- agnostik und Therapie" Registernummer 032-053OL In Überarbeitung		Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik		Dünndarm-Tumore (Stand: 20.09.2018)	Herr Prof. Dr. med. Brücher
Chirurgische Klinik IV. Medizinische Klinik		Gallengangs-Tumore (Stand: 10/2018)	Herr Prof. Dr. med. Brücher
Frauenklinik	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms Version 4.1, 2018 AWMF-Register-Nummer: 032 – 045OL S3		Frau OÄ Bock
	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom AWMF-Register-Nr. 032-034-OL Stand: 30.04.18, gültig bis 29.04.2023 S3		Herr LOA Dr.med. St. Sägner

Anlage 1 - Liste der Leitlinien/ SOPs

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie (inkl. Versionsstand, Angabe S1-3)	Bezeichnung der SOP (inkl. Versionsstand)	Leitlinien-/SOP- Verant- wortlicher
	Zervixkarzinom; Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin AWMF-Register-Nr. 032 – 033OL Stand: 15.10.2014 gültig bis 31.10.2019 S3		
	Maligne Ovarialtumore; Diagnostik, Therapie und Nachsorge AWMF-Register-Nr. 032–035OL Stand: 01.10.2016 gültig bis 31.10.2019 S3		
	Vulvakarzinom und seine Vorstufen, Diagnostik und Therapie AWMF-Register-Nr. 015 – 059 Stand: 01.11.2015 gültig bis 31.10.2020 S2k		
Urologische Klinik	Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms Register-Nr. 043-022OL Stand: 01.04.18, gültig bis 30.04.2021 S3		Herr OA Gaber
	S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms Register-Nr. 032-038OL Gültig bis 30.09.2021 S3		Herr OA Dr. med. Bechler
	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms Gültig bis: 01.09.2019 S3		
	Guidelines on testicular cancer (EAU) Update 03/2017 S1 <i>S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens (Konsultationsfassung) November 2018</i>		
	Guidelines on penile cancer (EAU)		

Anlage 1 - Liste der Leitlinien/ SOPs

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie (inkl. Versionsstand, Angabe S1-3)	Bezeichnung der SOP (inkl. Versionsstand)	Leitlinien-/SOP- Verant- wortlicher
	Update 04/2017 S1 <i>Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Peniskarzinoms</i> Registernummer 043 - 042OL Geplante Fertigstellung: 31.12.2019		
Klinik für MKG, HNO-Klinik	Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms AWMF-Register-Nummer (007- 100OL) Stand: 16.11.2012 gültig bis 15.11.2017 (z. Zt. in Überarbei- tung) S3		Herr CA Dr. med. Rüttig
	Bisphosphonat-assoziierte Kie- fernekrose (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kie- fernekrosen AWMF-Register-Nr. 007 – 091 Stand: 15.04.2012 gültig bis 14.04.2017 (z. Zt. in Überarbei- tung) S3		
	Larynxkarzinom: Diagnostik, Therapie und Nachsorge Register-Nr: 017 - 076OL Januar 2019, S3		
	Diagnostik, Therapie und Nach- sorge des Melanoms Registernummer 032 - 024OL Stand: 30.04.2018 gültig bis 29.04.2023 S3		
	Aktinische Keratose und Plat- tenepithelkarzinom der Haut AWMF-Registernummer: 032/0240OL Stand: Juni 2019 Gültig bis: 2024 S3		
		Staging bei Malignomen im Kopf- Hals-Bereich (Stand: 09/2018)	
		cervikales CUP-Syndrom (Stand: 10/2018)	
2. Med. Klinik	S3-Leitlinie zur Diagnostik, The- rapie und Nachsorge für Patien- ten mit einer chronischen lym- phatischen Leukämie (CLL) Register-Nr: 018-032OL Stand: 31.03.2018 gültig bis 31.03.2021 S3		Herr CA PD Dr. med. Schmidt-Hie- ber

Anlage 1 - Liste der Leitlinien/ SOPs

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie (inkl. Versionsstand, Angabe S1-3)	Bezeichnung der SOP (inkl. Versionsstand)	Leitlinien-/SOP- Verant- wortlicher
	Hodgkin Lymphom; Diagnostik, Therapie und Nachsorge von er- wachsenen Patienten Register-Nr: 018 - 029OL Stand: 30.06.2018 gültig bis 29.06.2023 S3		
	Kutane Lymphome Register-Nr.: 032 – 027 Stand: 01.08.2017 gültig bis 31.08.2020		
	Hämatologische Neoplasien (Onkopedia)		
		Hochdosistherapie mit nach-fol- gender autologer SZT (Stand: 03.09.2018)	
		Diagnostik und Therapie hämato- logischer Neoplasien (Stand: 11/2018)	
Hautklinik	Diagnostik, Therapie und Nach- sorge des Melanoms Registernummer 032 - 024OL Stand: 30.04.2018 gültig bis 29.04.2023 S3		Herr Prof. Dr. med. habil. Matthias Fi- scher
	Aktinische Keratose und Plat- tenepithelkarzinom der Haut AWMF-Registernummer: 032/0240OL Stand: Juni 2019 Gültig bis: 2024 S3		
Palliativmedizin	Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkran- kung AWMF-Register-Nr. 128-001OL Stand: August 2019 gültig bis: 2024 S3		Frau OÄ Dr. med. Stöbe
	Supportive Therapie bei onko-lo- gischen PatientInnen AWMF-Registernummer: 032/054OL April 2017 gültig bis 10.11.2021, S3		Frau OÄ Dr. med. Gutsche
Psychoonkologie	Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten 31.01.2014 gültig bis 30.01.2019 S3 (z.Zt. in Überarbeitung)		Frau CÄ Dr. med. Sikorski
Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	Supportive Maßnahmen in der Radioonkologie Register-Nr. 052 - 014 12.02.2015 gültig bis 28.02.2019 S2e		Herr CA Dr. med. Ziegenhardt

Anlage 1 - Liste der Leitlinien/ SOPs

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie (inkl. Versionsstand, Angabe S1-3)	Bezeichnung der SOP (inkl. Versionsstand)	Leitlinien-/SOP- Verant- wortlicher

Anlage 1 - Studienliste

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
Prostata-Zentrum	PCO	85	76	7	153	55,56	154	49,35

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
Gyn	TMMR	0	0	0	45	13,33	74	6,76
	EMRISK	-	5	2				
	QS-OVAR	6	-	-				

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
Brust	INSEMA	12	10	0	129	10,85	204	10,29
	GBG-29	2	1	0				
	RIBANNA	-	9	1				
	NataLEE	-	-	0				
	ADAPT cycle	-	1	0				

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
Kopf-Hals	SUPRATOL	0	0	0	119	5,88	132	5,30
	HANNA	6	3	0				
	NPC-2016	1	0	0				
	Geschmack	0	-	-				
	OPTIM	0	3	0				
	SMS oncology	-	1	1				

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
VZ - Pankreas	PANCALYZE	16	15	1	39	41,03	39	38,46

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
VZ - Darm	Kolonsegment (Chemo)-Studie	20	13	0	114	49,12	134	39,55
	MSKK	36	37	0				
	Colopredict Plus 2.0	-	3	3				

Durchführendes Zentrum	Studie	2018	2019	2020 bisher	Primärfälle 2018	Quote 2018 [%]	Primärfälle 2019	Quote 2019 [%]
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	GMALL Register	2	1	0	59	3,69	118	35,59
	GMMG-HD7	-	2	1				
	SECURITY	(29)	(62)	0				
	SAL AML Register	1	23	7				
	SZNS	-	6	0				
	BLAST	-	1	-				
	GMALL 08/2013	-	1	0				
	OPTIMOB	-	4	2				
	BVML	-	4	0				
Granulo MM	-	0	7					

Anlage 2 - Studienorganigramm

Durchführende Einheit	Prüfarzt (§40 AMG)	Studienbeauftragte - sofern vorhanden	Studienassistenz	Kontakt (e-mail, Telefon)
Darmkrebszentrum	Herr PD Dr. Kube, Herr Prof. Dr. Brücher	-		Zentrale Studienkoordination Dr. M. Löbel m.loebel@ctk.de +49 (355) 46 1416
Pankreaskrebszentrum	Herr Dr. Kube, Herr Prof. Dr. Brücher	-		
Gynäkologisches Krebszentrum	Herr Dr. Schreier, Frau Dr. Bangemann, Frau Burdack, Frau Bock, Fr. Weiland	-		
Brustkrebszentrum	Frau Bock, Frau Dr. Bangemann	-		
Kopf-Hals-Zentrum	Herr PD Dr. Herzog, Frau Dr. Gutsche	-		
Prostatakrebszentrum	Herr Dr. Hoschke, Herr Dr. Bechler	-		
Schwerpunkt 6	Herr Dr. Hoschke, Herr Bechler	-		
Schwerpunkt 5	Herr PD Dr. Schmidt-Hieber, Herr Dr. Desole, Herr Kremer, Fr. Chigladze	-		

Anlage 3 - Matrix Tumordokumentation

Tumorentität(en)	Fachbereich Systembetreuung / Tumordokumentationsbeauftragter	Bezeichnung des Systems	Schnittstelle klinisches Krebsregister
Mamma	Brustzentrum (Gynäkologie)	GTDS	Klinisches Krebsregister Berlin Brandenburg gGmbH

Anlage 4 - Verteiler / Beteiligte Fachgesellschaften (in alphabetischer Reihenfolge)

Arbeitsgemeinschaft Bildung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V.
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (CAO-V)
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Studium des Schmerzes (DGSS)
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Deutsche Krebshilfe (DKH)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Haus der Krebselbsthilfe -Bundesverband e.V.
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)
Sprecher des Netzwerkes der Onkologischen Spitzenzentren (CCC)
Vorsitzende der Kommissionen der Organkrebszentren und Organmodule