

**Grundsätze und Kriterien  
für die Voraussetzungen eines  
Onkologischen Schwerpunktes**

**2008**

## **Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines Onkologischen Schwerpunkts (OSP)\***

Version 28.02.08

### **I. Präambel**

Onkologische Schwerpunkte sind für eine umfassende und kontinuierliche Versorgung von Krebspatienten verantwortlich und sollen dazu mit anderen Einrichtungen Kooperationen aufbauen, um die interdisziplinäre Diagnostik, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation bei allen Tumorarten sicherzustellen. Der OSP gewährleistet die Beteiligung und Einbindung aller an der onkologischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen. Onkologische Schwerpunkte nehmen entsprechend ihrer Leistungsstufe grundsätzlich die gleichen Versorgungsaufgaben wahr wie die Tumorzentren bzw. die Comprehensive Cancer Centers (CCC) an den Universitäten.

Die Organzentren müssen integraler Bestandteil des OSP sein. Organisation, Art und Umfang der Zusammenarbeit sind zu regeln: Insbesondere sind vertragliche Vereinbarungen zur Integration in den OSP mit niedergelassenen onkologisch spezialisierten Ärzten bzw. Schwerpunkt-Praxen und mit anderen selbstständigen Institutionen, z.B. Krankenhäusern verschiedener Träger zu schließen.

Der OSP muss die regionale Infra- und Versorgungsstruktur berücksichtigen.

Die Kernkompetenz eines Onkologischen Schwerpunktes besteht darin, umfassende, integrierende Behandlungskonzepte für alle Krebserkrankungen ggf. in Kooperation zu gewährleisten.

Diese Kriterien gelten für alle OSPs. Die CCCs/TZ erfüllen zusätzliche Aufgaben in Forschung, Weiterbildung und Behandlung seltener Erkrankungen.

---

\* Der besseren Lesbarkeit wegen wurden im folgenden Text feststehende Berufsbezeichnungen benutzt bzw. darauf verzichtet, bei Berufs- und Funktionsbezeichnungen geschlechtsneutral stets die männliche und weibliche Form zu nennen. Wenn z. B. von einem Pfleger geredet wird, ist immer auch eine Pflegerin gemeint.

## **Zentrale Voraussetzungen für einen Onkologischen Schwerpunkt sind:**

- **Interdisziplinarität:**  
Beteiligung und Einbindung aller an der onkologischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen  
zum Beispiel an:
  - Fallkonferenzen
  - der Qualitätssicherung
  - Studien
  - Fortbildungen
  
- **Qualitätssicherung**  
Fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen/Krankenhäusern des OSP unter Einbeziehung weiterer Krankenhäuser und niedergelassener Ärzte des Einzugsbereichs des OSP.
  - Der OSP hält ein System zur Qualitätssicherung vor.  
Bei Vorliegen unterschiedlicher Systeme ist deren Geltungsbereich zu klären. Das System muss u.a. ein regelmäßiges Selbstinspektionsprogramm, ein Qualitätshandbuch, Einarbeitungskonzepte und Standardanweisungen für die wichtigsten Prozesse enthalten.
  - Leitlinienerstellung und –kommunikation
  - Tumordokumentation, Zusammenarbeit mit dem Landeskrebsregister und Dokumentation der Ergebnisqualität
  - Teilnahme an Studien zur Qualitätssicherung und/oder Therapieoptimierung
  - Weiterbildung und Qualifizierung aller Berufsgruppen des OSP
  - Qualitätszirkel:  
Im Hinblick auf regionale Qualitätskonferenzen, wie sie im Landeskrebsregistergesetz vorgesehen sind, ist es wünschenswert, dass durch geeignete organisatorische Maßnahmen Doppelstrukturen vermieden werden.
  
- **Kooperationen**
  - Der Onkologische Schwerpunkt gewährleistet die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten
  - Der Onkologische Schwerpunkt bemüht sich um eine ambulante psychoonkologische Weiterversorgung. Er kooperiert hierzu mit psychoonkologisch fortgebildeten niedergelassenen Psychotherapeuten und ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen. Diese Beratungsstellen sollten sich an der AWMF-Leitlinie „Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen“ orientieren.
  - Der schnelle Zugang der Betroffenen zu Patientenvertretern und zur organisierten Selbsthilfe ist gewährleistet. Der Onkologische Schwerpunkt arbeitet auf strukturierter Basis mit Selbsthilfegruppen zusammen.
  - Der Onkologische Schwerpunkt arbeitet strukturiert mit den lokalen Hospizgruppen zusammen.

## **Der OSP benötigt eine Geschäftsordnung.**

Voraussetzung für den Betrieb eines OSP ist die Einrichtung einer Koordinationsstelle mit den folgenden Aufgaben:

- Funktion als zentrale Anlaufstelle
- Sicherung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb des OSP
- Koordination der Leitlinienarbeit
- Koordination der Tumorboards und Qualitätszirkel
- Zusammenarbeit mit den regionalen und übergeordneten Qualitätskonferenzen
- Verantwortung für und Koordination der Brückenpflege
- Organisation und Betrieb des klinischen Krebsregisters
- Erstellung von Vereinbarungen über die regionale und überregionale Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Tumorzentren,
- Öffentlichkeitsarbeit, incl. webbasierte Information
- Koordination des telefonischen Informationsdienstes
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen

## **Einbeziehung vorhandener Zertifikate**

- Integration der vorhandenen und zukünftigen onkologischen Organ-Zentren, zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft, an den Standorten des OSP. Entsprechende Zertifikate reichen aus, um die angemessene Qualität der Versorgung dieser Erkrankungen zu belegen. Solche Zertifikate treten nicht an Stelle der Zertifizierung im Rahmen der Landesplanung Einbeziehung der onkologisch verantwortlichen Ärzte (entsprechend der „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung“ (Anlage 7 EKV, Stand 1.7.1995) und niedergelassenen Fachärzte mit Schwerpunkt Onkologie (Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie und andere Fachärzte mit einem Schwerpunkt in der Onkologie)
- Integration und Mitarbeit in der „Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und verwandten Organisationen in Baden-Württemberg“ (ATO).

## **Aufgaben und Fachbereiche**

Die fachgerechte Behandlung der häufigen Tumorerkrankungen muss gewährleistet sein wie z.B.:

- Mammacarcinom
- Kolorectales Carcinom
- Lungencarcinom
- Prostatacarcinom
- Hämatologische Erkrankungen
- Gynäkologische Tumore

Folgende Disziplinen und Querschnittsbereiche sind integraler Bestandteil eines Onkologischen Schwerpunktes, Kooperationen der Arbeitsbereiche müssen belegt sein.

Fachdisziplinen:

- Internistische Onkologie/Hämatologie
- Chirurgische Onkologie
- Urologische Onkologie
- Gynäkologische Onkologie
- Radioonkologie
- Pathologie
- Diagnostische Radiologie inklusive für die onkologische Diagnostik wichtige nuklearmedizinische Techniken

Querschnittsbereiche:

- Palliativ- und Schmerztherapie
- Psychoonkologie
- Sozialberatung
- Klinisches Krebsregister
- Prävention und Früherkennung
- Rehabilitation
- Transfusionsmedizin und Arzneimittelversorgung
- Fort- und Weiterbildung
- Öffentlichkeitsarbeit

Darüber hinaus sollten folgende an der Tumordiagnostik, Primärbehandlung, Nachsorge und palliativen Behandlung beteiligten Fachgebiete über strukturierte Kooperationen zur Verfügung stehen z.B.:

- Neurologie und Neurochirurgie
- HNO
- Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie
- Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie
- Dermatologie
- Orthopädie
- Augenheilkunde
- Genetik

## II.

### Fachbereiche und Kompetenzen

#### 1 Organzentren nach DKG-Richtlinien

Organzentren nach den Richtlinien der DKG sind in den OSP eingebunden. Entsprechende Zertifikate reichen aus, um die angemessene Qualität der Versorgung dieser Erkrankungen zu belegen.

#### 2 Onkologische Innere Medizin

##### Aufgabenstellung

Diagnostik und Therapie von Patienten mit bösartigen Neubildungen nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten unter Beherrschung und Verfügbarkeit anerkannter Methoden im Fachgebiet Innere Medizin.

Die pflegerische Versorgung orientiert sich an einem wissenschaftlich fundierten Pflegekonzept. Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten sind festgelegt.

##### Ärztliches und pflegerisches Personal

- a) Der/die Leiter/in des stationären Bereiches besitzt die Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie und sollte von der zuständigen Ärztekammer die Berechtigung zur Weiterbildung von Internisten im Schwerpunkt erhalten. Der/die Leiter/in ist Inhaber/Inhaberin des ESMO-Zertifikats oder vergleichbarer Anforderungen und erfüllt die Anforderungen der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung in seinem Fachgebiet. Der/die Leiter/in besitzt damit breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore und hämatologischer Systemerkrankungen einschließlich der Palliativmedizin. Er erfüllt die Voraussetzungen des § 40 AMG zur Durchführung von Arzneimittelstudien und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil.
- b) Die fachärztliche Betreuung in der Praxis/ambulanten Versorgung ist gewährleistet. In der Praxis besitzt mindestens ein Arzt die Schwerpunktsbezeichnung Hämatologie und Onkologie und ist onkologisch verantwortlicher Arzt gem. Onkologievereinbarung der KBV.
- c) Als ständiger Vertreter und Abwesenheitsvertreter fungiert ein/e Arzt mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie. Er ist ebenfalls Inhaber des ESMO-Zertifikats oder vergleichbarer Anforderungen.

- d) Eine qualifizierte ärztliche Betreuung ist kontinuierlich gewährleistet. Diese beinhaltet die Präsenz eines Arztes mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie während der Regelarbeitszeit in der Ambulanz/Praxis, sowie eine 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten einschließlich der Wochenenden und Feiertage für die behandelten Patienten und eine häusliche Betreuung in Kooperation mit den Hausärzten.
- e) Eine qualifizierte pflegerische Betreuung durch Gesundheits- und Krankenpfleger und/oder medizinische Fachangestellte ist kontinuierlich gewährleistet. In den Krankenhäusern sind Gesundheits- und Krankenpfleger mit 2-jähriger Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie nach landesrechtlichen Regelungen oder den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft präsent, in den Praxen medizinische Fachangestellte mit entsprechender onkologischer Qualifikation. Für die anderen Mitarbeiter liegen Qualifizierungskonzepte oder Qualifikationsprofile vor. Sollten nur vereinzelt Mitarbeiter die Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie besitzen, sind diese teilweise für die Einarbeitung und laufende Qualifizierung ihrer Kollegen freizustellen sowie weitere Zuständigkeiten und Aufgaben zu beschreiben.

**Richtzahl für eine optimale Versorgung**  
**300** neue Tumorpatienten pro Jahr.

### **Stationäre Versorgung**

Eine onkologische Schwerpunktstation innerhalb des internistischen Planbettenkontingents mit mindestens 20 Betten sollte vorliegen. Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert. Für die überwachungsintensiven Therapien wie z.B. bei akuten Leukämien und Stammzelltransplantation müssen Stationen eingerichtet sein, deren Personalschlüssel IMC oder Intensivstationsstandard entspricht. Sollte keine spezielle Station für die Therapie dieser Erkrankungen vorhanden sein, sind entsprechende Kooperationen nachzuweisen.

### **Ambulante Versorgung:**

Mindestens 4 Behandlungsplätze für die intravenöse Chemotherapie und Bluttransfusionen in einem separaten Raum.

Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. . Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert. Die ärztliche Betreuung beinhaltet die Präsenz eines Arztes mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie während der Regelarbeitszeit sowie Rufdienst über 24 Stunden außerhalb der Dienstzeiten. Die pflegerische Versorgung beinhaltet die möglichst weitgehende Präsenz von Gesundheits und Krankenpflegern oder entsprechend qualifiziertem Personal (Fachangestellte) mit onkologischer Weiterbildung.

### **3 Chirurgische Onkologie**

#### **Aufgabe**

Diagnostik / Therapie und Nachsorge von Patienten mit bösartigen Neubildungen entsprechend vorliegenden Leitlinien orientierend auf evidenzbasierenden Richtlinien. Wünschenswert wäre eine Beteiligung an klinischen Studien in Kooperation mit onkologischen Strukturen der Umgebung.

Die pflegerische Versorgung orientiert sich an einem wissenschaftlich fundierten Pflegekonzept. Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten sind festgelegt.

#### **Ärztliches und pflegerisches Personal**

- a) Die Struktur muss zumindest zwei Verantwortliche (Leiter und Stellvertreter) für chirurgische Onkologie vorhalten, diese müssen regelmäßig onkologische Fortbildungsnachweise in seinem Fachgebiet erbringen. Der Leiter besitzt eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie und Nachsorge solider Tumore.

Er erfüllt die Voraussetzung des § 40 AMG zur Durchführung von Arzneimittelstudien und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil.

- b) Eine qualifizierte Betreuung durch Gesundheits- und Krankenpfleger oder medizinische Fachangestellte ist kontinuierlich gewährleistet. In den Krankenhäusern sind Gesundheits- und Krankenpfleger mit 2-jähriger Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie nach landesrechtlichen Regelungen oder den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft präsent, in den Praxen medizinische Fachangestellte mit entsprechender onkologischer Qualifikation. Für die anderen Mitarbeiter liegen Qualifizierungskonzepte oder Qualifikationsprofile vor. Sollten nur vereinzelt Mitarbeiter die Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie besitzen, sind diese teilweise für die Organisation der Einarbeitung und laufende Qualifizierung ihrer Kollegen freizustellen und weitere Zuständigkeiten und Aufgaben zu beschreiben.

#### **Richtzahl für eine optimale Versorgung**

**150** neue Tumorpatienten pro Jahr mit folgenden Karzinomtypen: Kolon-Rektum, Magen, Mamma, soweit die Mammachirurgie nicht nach Absprache ausschließlich vom Gynäkologen durchgeführt wird. Verpflichtung, Patienten mit Ovariakarzinom, Ösophagus- und Pankreaskarzinom, Tumoren der Leber- und Gallenwege sowie seltene Tumorformationen an entsprechende fachliche Zentren weiterzuverweisen. Verpflichtend ist die Vorstellung der Patienten in einem regelmäßig tagenden Tumorboard.



## **Stationäre Versorgung**

Eigene onkologische Schwerpunktstation innerhalb des chirurgischen Planbettenkontingents.  
Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt.  
Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert.

## **Ambulante Versorgung**

Für ambulante Versorgungskonzepte sind ggf. vergleichbare Qualitätsstandards vorzuweisen.

## **Technische Ausstattung**

Möglichkeiten der Gefriereinrichtung für Gewebe, z. B. zur Rezeptorbestimmung, müssen vorhanden sein, ebenso die Voraussetzungen für eine intraoperative Schnellschnittuntersuchung.

# **4 Gynäkologische Onkologie**

## **Aufgabe**

Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit bösartigen Neubildungen nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten unter Beherrschung und Verfügbarkeit anerkannter Methoden im Fachgebiet Gynäkologie.

Die pflegerische Versorgung orientiert sich an einem wissenschaftlich fundierten Pflegekonzept. Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten sind festgelegt.

## **Ärztliches und pflegerisches Personal**

- a) Der/die Leiter/in ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und besitzt die Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie. Von der zuständigen Ärztekammer sollte die Berechtigung zur Weiterbildung im Schwerpunkt gynäkologische Onkologie vorliegen.  
Der/die Leiter/in erfüllt die Anforderung der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung in seinem Fachgebiet.

Der/die Leiter/in besitzt damit eine mehrjährige Erfahrung in der Krebsfrüherkennung, in der Diagnostik, der Operation, der medikamentösen und radiologischen Therapie sowie der Nachsorge von gynäkologischen Tumoren sowie beim Mammakarzinom.

Der/Die Leiter/in erfüllt die Voraussetzung des §40 AMG zur Durchführung von Arzneimittelstudien und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der gynäkologischen Onkologie teil.

- b) Als ständiger Vertreter und Vertreter bei Abwesenheit fungiert ein/e Arzt mit der Gebietsbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der Vertreter sollte ebenfalls die Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie oder zumindest die Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumorthherapie besitzen.
- c) Eine qualifizierte ärztliche Betreuung ist kontinuierlich gewährleistet. Diese beinhaltet die Präsenz von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe und dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie bzw. der Zusatzbezeichnung medikamentöse Onkologie während der Arbeitszeit in der Ambulanz/Praxis sowie eine 24 Stunden Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten einschließlich der Wochenenden und Feiertagen für die behandelnden Patientinnen.
- d) Eine qualifizierte pflegerische Betreuung durch Gesundheits- und Krankenpfleger und/oder medizinische Fachangestellte ist kontinuierlich gewährleistet. In den Krankenhäusern sind Gesundheits- und Krankenpfleger mit 2-jähriger Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie nach landesrechtlichen Regelungen oder den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft präsent, in den Praxen medizinische Fachangestellte mit entsprechender onkologischer Qualifikation. Für die anderen Mitarbeiter liegen Qualifizierungskonzepte oder Qualifikationsprofile vor. Sollten nur vereinzelt Mitarbeiter die Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie besitzen, sind diese teilweise für die Organisation der Einarbeitung und laufende Qualifizierung ihrer Kollegen freizustellen und weitere Zuständigkeiten und Aufgabenstellungen zu beschreiben.

### **Richtzahl für die optimale Versorgung**

**200** neue Tumorpatienten pro Jahr (incl. Mammacarcinom)

### **Stationäre Versorgung**

Eine gynäkologisch-onkologische Schwerpunktstation innerhalb des Planbettenkontingentes der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sollte mindestens 20 Betten aufweisen. Für die Überwachung intensiver Therapien müssen spezielle Stationen eingerichtet sein. Sollte keine spezielle Station für die Therapie dieser Erkrankung vorhanden sein, sind entsprechende Kooperationen nachzuweisen.

Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert.

## **Ambulante Versorgung**

Für ambulante Versorgungskonzepte sind ggf. vergleichbare Qualitätsstandards vorzuweisen. Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert. Die ärztliche Betreuung beinhaltet die Präsenz von Ärzten mit Schwerpunkt Gynäkologie und der Zusatzbezeichnung gynäkologische Onkologie während der Regelarbeitszeit sowie Rufdienst über 24 Stunden außerhalb der Dienstzeiten. Die in einer Praxis tätigen Ärzte müssen die Ermächtigung als onkologisch verantwortliche Ärzte gem. des Onkologie-Vertrags besitzen. Die pflegerische Versorgung beinhaltet die möglichst weitgehende Präsenz von Pflegekräften oder entsprechend qualifiziertem Personal (Fachangestellte) mit onkologischer Weiterbildung.

### **Technische Ausstattung:**

Es gelten die Kriterien für Brustzentren und gynäkologisch-onkologische Zentren (DKG/DGS)

### **Besondere Funktionen oder Leistungen**

- Spezielle gynäkologische Zytodiagnostik
- **Gynäko-Radioonkologie** für die intrakavitäre After-loading-Therapie in Kooperation mit dem Radioonkologischen Zentrum

## **5 Urologische Onkologie**

### **Aufgabe:**

Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Nachsorge bösartiger Erkrankungen auf urologischem Fachgebiet. Diese erfolgen nach Kenntnissen der Wissenschaft und nach evidenz-basierten Leitlinien, erforderlichenfalls interdisziplinär. Eine Beteiligung an und Einbringung von Patienten an klinischen Studien ist wünschenswert.

Die pflegerische Versorgung orientiert sich an einem wissenschaftlich fundierten Pflegekonzept. Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten sind festgelegt.

### **Personelle Voraussetzungen:**

- a) Die Leitung muss Facharzt für Urologie sein und das gesamte Spektrum der Uro-Onkologie beherrschen. Dazu sollte er die über die Anforderungen zur

Weiterbildung auf urologischem Fachgebiet verfügen und bei der Ärztekammer die Berechtigung zur vollständigen Weiterbildung haben. Die fachärztliche Betreuung stationär und im ambulanten Versorgungsbereich muss gewährleistet sein, somit müssen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich genügend Ärzte mit der Facharztbezeichnung Urologie verfügbar sein.

Als ständiger Vertreter in Abwesenheit der ärztlichen Leitung fungiert ein Arzt für Urologie, der ebenso das Gebiet der Uro-Onkologie abdecken kann. Eine qualifizierte ärztliche Betreuung muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gewährleistet sein. Dies bedeutet, dass ein Arzt für Urologie über 24 Stunden erreichbar sein muss.

- b) Eine qualifizierte pflegerische Betreuung durch Gesundheits- und Krankenpfleger und/oder medizinische Fachangestellte ist kontinuierlich gewährleistet. In den Krankenhäusern sind Gesundheits- und Krankenpfleger mit 2-jähriger Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie nach landesrechtlichen Regelungen oder den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft präsent, in den Praxen medizinische Fachangestellte mit entsprechender onkologischer Qualifikation. Für die anderen Mitarbeiter liegen Qualifizierungskonzepte oder Qualifikationsprofile vor. Sollten nur vereinzelt Mitarbeiter die Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie besitzen, sind diese teilweise für die Organisation der Einarbeitung und laufende Qualifizierung ihrer Kollegen freizustellen und weitere Zuständigkeiten und Aufgaben zu beschreiben.

### **Richtzahl für eine optimale Versorgung:**

**200** uro-onkologische Patienten pro Jahr.

### **Stationäre Versorgung:**

Die urologische Klinik verfügt über mindestens 20 Betten unter der Leitung eines Facharztes für Urologie.

Die stationäre Versorgung umfasst die konservative und operative Therapie uro-onkologischer Patienten.

Das operative Spektrum umfasst transurethrale, endourologische sowie offenchirurgische Eingriffe.

Eine postoperative Intensivversorgung der Patienten muss gewährleistet sein.

Eine psychoonkologische Beratung ist schon stationär bei Bedarf anzubieten, der Zugang zu Selbsthilfegruppen sollte ermöglicht werden.

### **Ambulante Versorgung**

Für die ambulanten Versorgungskonzepte sind ggf. vergleichbare Qualitätsstandards vorzuweisen. Es muss eine enge Verknüpfung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich vorhanden sein.

Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. .  
Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert. Die  
ärztliche Betreuung beinhaltet die Präsenz von Ärzten mit Schwerpunkt  
Urologie während der Regelarbeitszeit sowie Rufdienst über 24 Stunden  
außerhalb der Dienstzeiten. Die in einer Praxis tätigen Ärzte müssen die  
Ermächtigung als onkologisch verantwortliche Ärzte gem. des Onkologie-  
Vertrags besitzen. Die pflegerische Versorgung beinhaltet und die möglichst  
weitgehende Präsenz von Pflegekräften oder entsprechend qualifiziertem  
Personal (Fachangestellte) mit onkologischer Weiterbildung.

## **Technische Ausstattung**

Es muss sowohl ein transurethraler, endourologischer als auch ein offen-  
chirurgischer Operationssaal zur Verfügung stehen.

## **6 Radioonkologie**

### **Aufgabe**

Diagnostik und Therapie von Patienten mit bösartigen Neubildungen nach  
aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft und auf dem Boden der  
evidenzbasierten Leitlinien, um die Radioonkologie in den interdisziplinären  
multimodalen Therapieansätzen fachgerecht einzubinden.

Die pflegerische Versorgung orientiert sich an einem wissenschaftlich  
fundierte Pflegekonzept. Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten sind  
festgelegt.

### **Ärztliches und pflegerisches Personal**

- a) Der Leiter besitzt den Facharzt für Strahlentherapie und ist erfahren und  
ausgebildet im gesamten Spektrum der Radioonkologie.  
Er sollte in seiner klinischen Verantwortung über die gesamten Anforderungen  
zur Weiterbildung auf dem Fachgebiet Strahlentherapie / Radioonkologie  
verfügen und bei der zuständigen Ärztekammer die Berechtigung zur  
vollständigen Weiterbildung haben.  
Der Leiter besitzt eine breite klinische Erfahrung in onkologischen  
diagnostischen Strategien, in multimodalen interdisziplinären  
Therapiekonzepten, ist erfahren in allen radioonkologischen  
Behandlungsmodalitäten, verfügt über breite Kenntnisse des Faches  
Strahlentherapie, sowie über die onkologische Nachsorge von Patienten mit  
soliden Tumoren und Systemerkrankungen einschließlich der Palliativmedizin.  
Er erfüllt die Voraussetzung des § 40 AMG zur Durchführung von  
Arzneimittelstudien und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an  
Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil.

- b) Die fachärztliche Betreuung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich muss gewährleistet sein. Somit müssen sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich genügend Ärzte mit der Facharztbezeichnung Strahlentherapie verfügbar sein.
- c) Als ständiger Vertreter in Abwesenheit fungiert ein Arzt der ebenfalls über die Facharztbezeichnung Strahlentherapie verfügt. Er verfügt ebenfalls über das umfassende Gebiet der klinischen Radioonkologie und Strahlentherapie.
- d) Eine qualifizierte ärztliche Betreuung muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich kontinuierlich gewährleistet sein. Dies bedeutet eine Präsenz von Ärzten mit der Facharztbezeichnung Strahlentherapie während der Regelarbeitszeit sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich, sowie eine 24 Stunden Erreichbarkeit, auch außerhalb der Dienstzeit, einschl. von Wochenenden und Feiertagen für die zu behandelnden Patienten.
- e) Im stationären Bereich ist eine qualifizierte pflegerische Betreuung durch Gesundheits- und Krankenpfleger kontinuierlich gewährleistet. Gesundheits- und Krankenpfleger mit 2-jähriger Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie nach landesrechtlichen Regelungen oder den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind präsent. Für die anderen Mitarbeiter liegen Qualifizierungskonzepte oder Qualifikationsprofile vor. Sollten nur vereinzelt Mitarbeiter die Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie besitzen, sind diese teilweise für die Organisation der Einarbeitung und laufende Qualifizierung ihrer Kollegen freizustellen und weitere Zuständigkeiten und Aufgaben zu beschreiben. Im ambulanten Bereich haben die Patienten Zugang zu pflegerischer Beratung

### **Richtzahl für eine optimale Versorgung**

**800** zu bestrahlende Patienten pro Jahr.

### **Stationäre Versorgung**

Die Besonderheiten eines onkologischen Schwerpunktes sind im Bereich Radioonkologie durch die enge Verknüpfung des ambulanten Funktionsbereiches Strahlentherapie mit dem klinischen Bereich Radioonkologie gekennzeichnet.

Die Klinik für Radioonkologie verfügt über eine stationäre Einheit mit mindestens 10 Betten.

Eine einheitliche Behandlung von radioonkologischen Patienten muss sektorenübergreifend gewährleistet sein. Sollten mehrere Sektoren beteiligt sein, muss diese Kooperation genau beschrieben sein, insbesondere im Hinblick auf die wachsende Zahl der Patienten mit Radiochemotherapie, die ambulant, teil- bzw. vollstationär durchgeführt wird.

Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert.

### **Ambulante Versorgung**

Der Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird ermittelt. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind entsprechend qualifiziert. Die ärztliche Betreuung beinhaltet die Präsenz von Ärzten mit Schwerpunkt Strahlentherapie während der Regelarbeitszeit sowie Rufdienst über 24 Stunden außerhalb der Dienstzeiten. Die in einer Praxis tätigen Ärzte müssen die Ermächtigung als onkologisch verantwortliche Ärzte gem. des Onkologie-Vertrags besitzen. Die pflegerische Versorgung beinhaltet die möglichst weitgehende Präsenz von Pflegekräften oder entsprechend qualifiziertem Personal (Fachangestellte) mit onkologischer Weiterbildung.

### **Technische Ausstattung**

Die Ausstattung einer Strahlentherapie im Rahmen eines onkologischen Schwerpunktes muss mindestens über zwei Linearbeschleuniger verfügen, mit entsprechendem Ausfallskonzept (Tandemlösung), über alle Modalitäten zur modernen Bestrahlungsplanung, das bedeutet ausreichender Zugang zur Computertomographie für die Bestrahlungsplanung, sowie zur Kernspintomographie, außerdem muss über ein modernes dreidimensionales Bestrahlungsplanungssystem und/oder eine virtuelle oder röntgenologische Simulationstechnologie vorhanden sein.

Weiterhin sind entsprechende Ambulanzen für neue Patienten, Betreuung während der Strahlenbehandlung und Nachsorge vorzuhalten.

Es sind sämtliche Bestimmungen im Rahmen des Atomgesetzes einzuhalten. Die Begehung der ärztlichen Stelle muss mindestens die Kategorie I (keine Mängel) oder II (geringgradige Mängel, erneute Begehung in 2 Jahren) erfüllen.

### **Medizintechnische Assistenten und Physik**

Die entsprechende Qualität im Rahmen der ambulanten Strahlentherapie ist zum einen durch die fachärztliche Führung und Kontrolle, aber auch durch die entsprechende ausreichende Anzahl von Medizin-Technischen-Assistenten zu gewährleisten. Ebenso muss entsprechendes Personal und Fachkompetenz im Bereich der Medizinphysik vorhanden sein.

## **7 Pathologie**

Ein Onkologischer Schwerpunkt soll grundsätzlich über ein eigenes Pathologisches Institut oder eine räumlich und organisatorisch eng eingebundene Praxis verfügen. Es muss mit Referenzzentren kooperieren.

### **Aufgabe**

Sicherstellung einer allen Anforderungen des aktuellen Standes der Wissenschaft genügenden quantitativen und qualitativen Tumordiagnostik, insbesondere der Tumorentitätsbestimmung, pathologischen Stadieneinteilung und der Bestimmung des Malignitätsgrades, der Resektionsrandbeurteilung und Bestimmung von Tumormarkern und Targets.

Es sollten die Leitlinien des Berufsverbandes Deutscher Pathologen e.V. bzw. der zuständigen klinischen Fachgesellschaft, ggf. des zuständigen Comprehensive Cancer Center befolgt werden.

### **Personelle Ausstattung**

- a) Das Institut sollte mit mindestens 2 Fachpathologen besetzt sein. Primäre Malignitätsdiagnosen sollten durch jeweils 2 Pathologen zertifiziert werden. Eine Ermächtigung für die Facharztausbildung von mindestens 1 Jahr sollte vorliegen und nach Möglichkeit auch wahrgenommen werden. Eine regelmäßige Fortbildung (z.B. IAP) sollte wahrgenommen werden. Wissenschaftliche Aktivität (zumindest im Rahmen von Multicenter-Studien) sowie eigene Referenzfähigkeit auf einem speziellen onkologischen Gebiet ist wünschenswert.
- b) Ausreichendes, ausschließlich im Institut arbeitendes (keine Heimarbeit) und ausgebildetes nicht-ärztliches Personal sollte zur Verfügung stehen (Richtzahl entsprechend Zertifizierungsanforderungen). Die Mitarbeiter müssen sich regelmäßig weiterbilden

### **Richtzahlen**

- a) Histologische und zytologische Untersuchungen  
15.000 Untersuchungen (Fallzahlen) und 1.000 Extragenitale sowie 2.000 gynäkologische Zytologien (Pap-Abstrich). Hiervon sollten mindestens 1.000 primäre Malignitätsdiagnosen sein.
- b) Zur Tumordifferenzierung sollten ca. 50 Antikörper vorgehalten werden. Untersuchungen mit in situ-Hybridisierungen können sich auf wenige gängige Bestimmungen beschränken (z.B. HPV-Nachweis).

### **Qualitätssicherung**

Eine Zertifizierung des Pathologischen Institutes nach DIN EN ISO 9001 2000 oder besser ISO/IEC 17020 wird empfohlen.



## **Organisation**

- a) Schnellschnittuntersuchungen:  
Die Möglichkeit einer intraoperativen Schnellschnittuntersuchung sollte in der Klinik oder in mittelbarer Nähe (max. Transportdauer 10-15 Minuten) gegeben sein. Bei dezentralen operativen Einrichtungen sollte mindestens einmal in der Woche ein Pathologe zum Schnellschnitt vor Ort zur Verfügung stehen (ggfs. auf Abruf).
- b) Obduktionen  
Das den Onkologischen Schwerpunkt versorgende Pathologische Institut sollte die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen vorhalten.
- c) Die Befunde sollten durch ein gängiges EDV-System dokumentiert, die Vollständigkeit gesichert sein und an den Onkologischen Schwerpunkt übermittelt werden.

## **Räumlichkeiten, Technische Ausstattung**

Ein eigener Obduktionsraum in den Kliniken, ausreichende Räumlichkeiten und moderne technische Geräte unter Berücksichtigung der geltenden Arbeitsschutz- und Sicherheitsbestimmungen sollten vorhanden sein.

## **Organisation**

Die Teilnahme an den allgemeinen und speziellen Onkologischen Konferenzen erfolgt regelmäßig.  
In regelmäßigen (vierwöchigen) klinisch-pathologische Konferenzen werden Problemfälle auch anhand des histologischen/zytologischen Befundes demonstriert und diskutiert

## **Besondere Funktionen und Leistungen**

Besondere Verfahren, wie molekulare Diagnostik, Elektronenmikroskopie, Großschnitt-Techniken, können an wenigen entsprechend spezialisierten Instituten zentralisiert werden.

Immunhistologische, histochemische Untersuchungen und in situ-Hybridisierungen sollten routinemäßig am eigenen Institut durchgeführt werden.

Die Delegation an Speziallabors darf nur dann erfolgen, wenn der Leiter der Pathologie hierbei in Organisation und Qualitätssicherung involviert ist und in allen Fällen die Färbungen und Reaktionsbeurteilung durch ärztliche Mitarbeiter der Pathologie des Onkologischen Schwerpunktes erfolgen und hier dokumentiert werden.

### III.

## Querschnittsbereiche

### 1 Palliativmedizin inklusive Schmerztherapie

Die stationäre und ambulante Versorgung von Palliativpatienten muss durch geeignete qualifizierte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter gewährleistet sein. Es sind stationäre Bereiche auszuweisen, die für die Palliativmedizinische Betreuung zuständig sind. Deren personelle und räumliche Ausstattung hat sich an den dafür vorgesehenen Normen zu orientieren. Im ambulanten Bereich ist ein flächendeckendes Netz von ambulanten Pflegediensten und Ärzten anzustreben. Diese müssen über die entsprechenden Qualifikationen verfügen. Der Zugang zu allen Methoden der Symptomkontrolle ist zu gewährleisten. Die Onkologischen Schwerpunkte sollen mit ambulanten und stationären Hospizdiensten strukturiert zusammenarbeiten. Palliativmedizin ist integraler Bestandteil der Fort- und Weiterbildung des OSP.

#### **Aufgabe:**

Ein Arbeitsbereich „Palliativmedizin“ ist als solcher innerhalb des OSP / TZ festgelegt. Dieser regelt die Zuständigkeit, zur Verfügung stehende Ressourcen und deren Verfügbarkeit für die Versorgung palliativer Patienten im OSP. Weiter organisiert dieser Bereich die Fort- und Weiterbildung ärztlicher, pflegerischer und sonstiger Mitarbeiter im OSP zu palliativmedizinischen Themen. In den Bereich eingebunden ist die Brückenpflege als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer palliativer Versorgung sowie zwischen anderen für die Versorgungskontinuität zuständigen Einrichtungen.

#### **Ärztliches und pflegerisches Personal:**

Mind. 2 Ärzte am OSP / TZ können die Zusatzqualifikation in „Palliativmedizin“ (Kurs, bzw. entsprechende Qualifikation nach der Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte 2003 bzw. entsprechender Regelungen der Landesärztekammern) nachweisen. Im stationären Bereich sind Gesundheits- und Krankenpfleger mit 2-jähriger Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie nach landesrechtlichen Regelungen oder den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft präsent. Die anderen Pflegekräfte sollen überwiegend und möglichst alle Brückenpflegekräfte die Qualifikation „Palliativ Care“ nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin besitzen oder vergleichbare Anforderungen erfüllen.

### **Stationäre Palliative Versorgung:**

Ein stationärer Palliativbereich wird nach entsprechenden Kriterien der DGP ausgewiesen. Dessen Personalausstattung orientiert sich an Leitlinien.

### **Ambulante Palliative Versorgung**

Die Versorgung ambulanter Patienten muss ärztlich und pflegerisch sichergestellt sein, z.B. durch eine bestehende Ambulanzermächtigung für die palliative Versorgung und / oder feste Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Zusätzlich sollten Ärzte mit Qualifikationen in palliativer Behandlung (Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Ernährungstherapie) einbezogen werden.

Zusätzlich sollen strukturierte Organisationsformen mit spezialisierten ambulanten Pflegedienst bzw. stationären Pflegeeinrichtungen bestehen.

## **2 Psychoonkologie**

Im Rahmen der Zertifizierung von Onkologischen Schwerpunkten ist die Gewährleistung einer angemessenen psychoonkologischen Mitbehandlung von Tumorpatienten unter Einbeziehung ihrer Angehörigen ein zentraler und unverzichtbarer Bestandteil. Die psychoonkologische Behandlung ist fest in die Versorgungsstrukturen des OSP integriert und darüber hinaus durch eine enge Kooperation mit nachsorgenden Einrichtungen an der psychosozialen Nachsorge beteiligt. Sie zielt darauf ab, psychosozialen Folgeproblemen vorzubeugen bzw. sie mit geeigneten Interventionen zu behandeln, persönliche und soziale Ressourcen zu aktivieren und die Lebensqualität bestmöglich zu erhalten.

### **Aufgaben:**

Diagnostik, psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung, Einbeziehung des sozialen Umfelds; Kommunikation und Kooperation mit dem medizinischen Behandlungsteam; Fortbildungs- und Supervisionsangebote. Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern bzw.

Aufbau eines Netzwerkes entsprechender ambulanter Angebote.

### **Qualifikation:**

Diplom-Psychologen oder Ärzte, jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung. Der Nachweis ist über ein spezielles Ausbildungscurriculum zu erbringen (z.B. „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ der PSO/DKG). Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) benötigen ebenfalls den Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen. Die Wahrnehmung von

psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.

### **Personalbedarf (Richtzahl):**

Pro OSP ist mindestens eine Psychoonkologenstelle (100%) zu gewährleisten.

Eine analoge Regelung entsprechend den für die Organkrebszentren definierten Richtzahlen ist anzustreben. Eine Delegation an eine kooperierende Einrichtung ist möglich, wenn die o.g. Stellen-Kapazität zur Verfügung gestellt wird, die genannten Qualifikationsmerkmale erfüllt werden und die Leistungen zeitnah verfügbar sind.

### **Zugangswege:**

Grundsätzlich haben alle Tumorpatienten auf eigenen Wunsch, auf Anraten des medizinischen Behandlungsteams oder nach Identifikation durch den psychoonkologischen Mitarbeiter Zugang zu psychoonkologischen Leistungen. Der Einsatz eines Verfahrens zum Screening und Belastungsmonitoring ist vorzusehen und sollte stufenweise implementiert werden.

### **Räumliche Ausstattung / Qualitätssicherung:**

Für psychoonkologische Patientengespräche ist ein geeigneter Raum zur Verfügung zu stellen. Der Psychoonkologe dokumentiert und evaluiert seine Tätigkeit fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo L). Er nimmt regelmäßig die durch den OSP zur Verfügung gestellte Supervision in Anspruch (mindestens zwei Stunden pro Monat).

## **3 Sozialarbeit**

Die Sicherstellung eines qualifizierten Sozialen Beratungsangebotes als Bestandteil ihres umfassenden Versorgungsangebotes für alle ambulanten und stationären Patienten gehört zu den Aufgaben von Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten.

## **Aufgabe**

- Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen
- Qualifizierte und aktuelle Information und Beratung zu allen sozialrechtlich relevanten Fragestellungen (insbesondere zu Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, zu Fragen des Schwerbehindertenrechtes, Lohnersatzleistungen, Renten etc.)
- Einleitung entsprechender Maßnahmen, Unterstützung bei Antragsverfahren zur Sicherung nahtloser bzw. zeitnaher Behandlungs- und Sektorenübergänge (Akutkrankenhaus – Rehabilitation; Akutkrankenhaus – ambulante Versorgung).
- Intervention bei Notfällen
- Begleitung von Patienten und Angehörigen, Unterstützung des sozialen Netzwerkes
- Vermittlung und Verweis an Fachdienste, Organisationen der Selbsthilfe, Psychotherapie etc.
- Kooperation mit allen beteiligten Fachdiensten, Leistungs- und Kostenträgern, Selbsthilfe und Verbänden
- Aufbau eines Netzwerkes ambulanter sozialer Beratungsangebote für onkologische Patienten
- Eine organisatorische, räumliche und fachliche Bündelung mit Krebsberatungsstellen ist anzustreben.

## **Fachliche Voraussetzungen/Qualifikation:**

Diplom-Sozialarbeiter/-pädagog (FH) oder Sozialarbeiter/-pädagog BA, vergleichbare Qualifikationen z.B. Pädagoge M.A., Diplompädagog  
Erwünschte Zusatzqualifikation z.B. „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ der PSO/DKG. Erfahrung in medizinischem/onkologischem Berufsfeld  
Nachweis einer Fort-/Weiterbildung  
Er nimmt regelmäßig die durch den OSP zur Verfügung gestellte Supervision in Anspruch.

## **Organisatorische Anbindung:**

Die organisatorische Anbindung kann erfolgen über den  
Kliniksozialdienst/Klinische Sozialarbeit  
Psychoonkologischer Fachdienst  
Ambulante Beratungsstelle

## **Stellenbedarf:**

Auf der Grundlage der Anhaltzahlen der Fachgesellschaft Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. ist im stationären Bereich eine Vollzeitstelle je 400 bis 500 Fälle (Haus der Maximalversorgung) vorgesehen (bei Ø zwei Beratungskontakten).

Im ambulanten Sektor liegt gemäß der Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen der PSO in der DKG im ambulanten Sektor die Beratungskapazität einer Vollzeitstelle bei 800 bis 1000 Kontakten/Jahr.

### **Qualitätssicherung:**

Dokumentation und Evaluation der Beratungstätigkeit im Rahmen vorhandener oder zu entwickelnder Dokumentationssysteme (Lexsoft; ISH-med; DVSG Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen)

## **4 Klinische Krebsregister - Dokumentation und Informationsverarbeitung**

### **Zielsetzung des Klinischen Krebsregisters**

Ziele des Klinischen Krebsregisters (KKR) eines Onkologischen Zentrums in Baden-Württemberg (BW) sind:

- a) Qualitätssicherung von Diagnostik, Therapie und Verlauf aller am Onkologischen Zentrum diagnostizierten und / oder behandelten bösartigen Neubildungen zur Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität incl. Qualitätsvergleiche mit anderen Einrichtungen (regionale Qualitätskonferenz)
- b) Unterstützung des landesweiten Krebsregisters von Baden-Württemberg sowie der regionalen, landesweiten und bundesweiten Qualitätskonferenzen durch regelmäßige Meldungen zu bösartigen Neubildungen entsprechend Landeskrebsregistergesetz (LkrebsRG) an das Landeskrebsregister
- c) Unterstützung von Studien und wissenschaftlichen Projekten der am KKR beteiligten Einrichtungen durch Bereitstellung von Datenauswertungen

### **Methoden der Tumordokumentation**

- a) Erfassung aller Patienten, die in den Mitgliedseinrichtungen des OSP mit einer Neubildung diagnostiziert bzw. behandelt wurden, unabhängig von ihrem Wohnort; Selektion der Neubildungen gemäß gesetzlichen Vorgaben
- b) Beachtung von vorgegebenen Dokumentationsinhalten und -standards; so z.B. Anforderungen des Landeskrebsregisters und des bundesweiten onkologischen Datensatzes der ADT  
Unterscheidung zwischen generellen Inhalten und tumorspezifischen Inhalten sowie zwischen obligatorischen und optionalen Inhalten
- c) Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Einrichtungen zum selben Krankheitsfall incl. Dublettenprüfung

- d) Regelmäßige Vitalstatus-Nachverfolgung der entlassenen Tumorpatienten (Follow-up) und Ermittlung von Verlaufsdaten, z.B. über die klinische Landesregisterstelle (KLR)
- e) Rückmeldung von Follow-up-Daten an die Behandler im OSP
- f) Meldungen an das Landeskrebsregister und Auskunftserteilung bei Rückfragen durch das Register
- g) Einsatz eines elektronischen Tumordokumentationssystems, mit Schnittstelle gemäß den Vorgaben des Landeskrebsregisters und Schnittstellen zu anderen vorhandenen Dokumentationssystemen oder Software-Paketen zur Minimierung von doppelter Datenerfassung
- h) Beachtung der Datenschutzvorgaben

### **Messgrößen zur Qualitätsbeurteilung des Klinischen Krebsregisters**

- a) Vollständigkeit und Aktualität: Erfassungsrate von mindestens 90 % aller in Frage kommenden Patienten mit einer einschlägigen ICD10-Diagnose in den zuständigen Krankenhausinformationssystemen (KIS), spätestens 3 Monate nach Entlassung
- b) Vollständigkeit: Erfassung der obligatorischen Merkmale (wie vom Landeskrebsregister vorgegeben) bei mindestens 90 % aller erfassten Erkrankungsfälle, incl. Vitalstatus
- c) Rückmeldung: jährliche Rückmeldung des aktualisierten Vitalstatus an die Behandler im OSP sowie jährlicher Qualitätsbericht mit tabellarischen und graphischen Auswertungen der KKR-Daten
- d) Studienbeteiligung: Anzahl der Patienten in Studien

### **Stellenbedarf (Richtzahlen)**

Für die reine Basisdokumentation, wie sie z. B. für das Landeskrebsregister gebraucht wird, ist im Durchschnitt eine Vollzeit-Dokumentationskraft für 800 Neuerfassungen pro Jahr einzusetzen.

Dies setzt voraus, dass die Basisinformationen vorliegen, dass die Dokumentationskraft keine anderen Tätigkeiten ausfüllen muss und dass ein ärztlicher Ansprechpartner mit definiertem Zeitkontingent für die Tumordokumentation zur Verfügung steht.

Für eine vertiefte Tumordokumentation (z. B. in zertifizierten Organzentren) ist entsprechend mehr Personal erforderlich.

## **5 Prävention und Früherkennung**

Der OSP unterstützt Präventionsprogramme. Früherkennungsprogramme sollten in den OSP integriert werden. Der OSP soll die Schnittstelle zur Krebsfrüherkennung strukturieren.

## **6 Rehabilitation**

Stationäre und ambulante Patienten haben über die soziale Beratung Zugang zu allen Informationen über rehabilitative Möglichkeiten. Die Beratung umfasst sämtliche medizinischen, beruflichen und sozialen Teilhabeleistungen. Durch Kooperationen mit Rehabilitationseinrichtungen wird eine abgestimmte Weiterbehandlung in diesen Einrichtungen angestrebt.

## **7 Arzneimittelversorgung und Versorgung mit Blutprodukten:**

Die Bereitstellung von Medikamenten und Blutprodukten für die Tumortherapie ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Kooperation mit klinischen Pharmazeuten/Pharmakologen und Transfusionsmediziner muss sichergestellt sein.

## **8 Fort- und Weiterbildung**

- Vorliegen von berufsgruppenspezifischen Qualifizierungskonzepten oder Qualifikationsprofilen
- Information und Zugang zu Leitlinien
- Weiterbildungsberechtigung
- Veranstaltungen
- Bibliothek/Zugang zu Medien

## **9 Öffentlichkeitsarbeit**

- Öffentlichkeitsarbeit, incl. webbasierte Information
- Patientenorientierte Informationen und Veranstaltungen
- Selbsthilfeangebote
- Koordination eines telefonischen Informationsdienstes



**Autoren:**

Prof. Dr. med. Walter E. Aulitzky  
Dr. med. Martin Barth  
Prof. Dr. med. Gerd Becker  
Prof. Dr. med. Arne Burkhardt  
Prof. Dr. med. Hartmut Döner  
Vera Gumpp, wiss. Dok.  
Dr. med. Gerhard Hege-Scheuing  
Prof. Dr. med. Else Heidemann  
PD Dr. med Thomas Hehr  
Dr. med. Emil Höring  
Prof. Dr. med. Dirk Jäger  
PD. Dr. med. Monika Keller  
Prof. Dr. med. Alfred Königsrainer  
Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg  
Dr. med. Franz Mosthaf  
Dr. med. Alexandre E. Pelzer  
Rosemarie Rau, Krankenschwester  
Dr. med. Ingeborg Schneider  
Jürgen Walther, Dipl. Soz. Arb.  
Ilse Weis, Dipl. Soz. Päd.  
Martin Wickert, Dipl. Psych.  
Birgit Wohland-Braun, Ärztin

Im Auftrag des Beirates „Onkologie“ der Landesregierung Baden-Württemberg  
Überarbeitung 2008

**Redaktion:**

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.  
**Adalbert-Stifter-Str. 105**  
**70437 Stuttgart**  
Tel.: 0711 848 10770  
E-Mail: info@krebsverband-bw.de