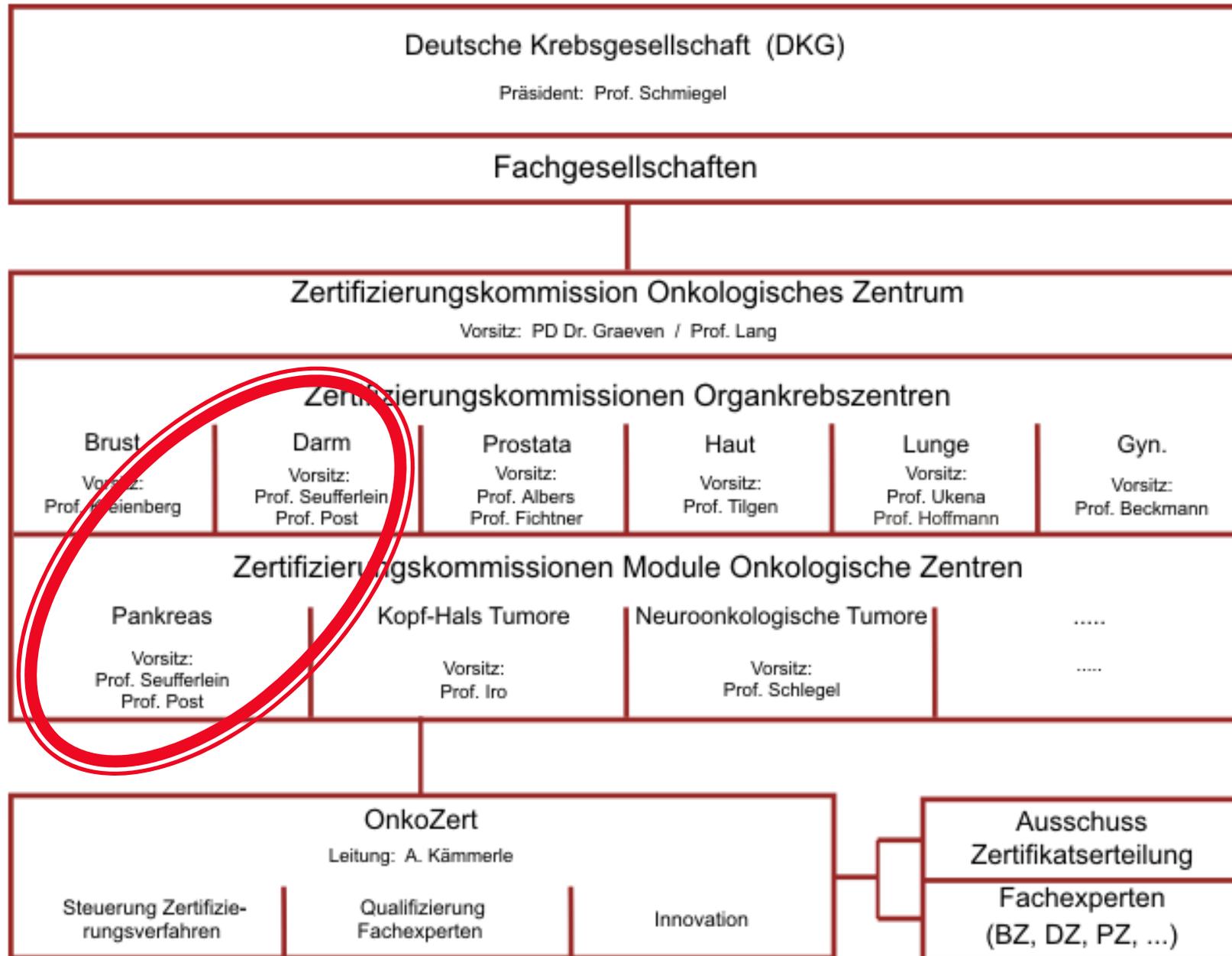




Arbeitsgemeinschaft  
deutscher Darmkrebszentren (addz):  
**Aktuelles aus der  
Zertifizierungskommission**

*Bernd Greger*  
*Lichtenfels / Bayreuth*

## Gremien des Zertifizierungssystems



# Zertifizierungskommission (legislativ)

Die Zertifizierungskommission ist das politische Organ des Zertifizierungssystems und ist somit befugt, die **Vorgaben für die Zertifizierung** festzulegen. Dies umfasst insbesondere die Gestaltung der Fachlichen Anforderungen (Zertifizierungskriterien) sowie deren Weiterentwicklung.

Mitglieder der Zertifizierungskommission sind die **Vertreter der an der interdisziplinären Versorgung beteiligten Fachgesellschaften** sowie **gesellschaftliche Interessensvertreter** wie z.B. Selbsthilfegruppen. Die Steuerung der Zertifizierungskommission erfolgt über die Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft.

**Vorsitz der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. Thomas Seufferlein

**Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren der DKG  
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):**

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)  
Arbeitsgemeinschaft DKG-zertifizierter Darmkrebszentren eV (ADDZ)  
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)  
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)  
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)  
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)  
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)  
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)  
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)  
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)  
Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)  
Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGD)  
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V.  
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)  
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)  
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)  
Deutsche ILCO  
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)  
Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)  
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)  
Verbundprojekt Familiärer Darmkrebs



DKG, Berlin - 30. April 2014

# Agenda Zertifizierungskommission Darm / Viszeralonkologisches Zentrum

1. Vorstellung Konzept Viszeralonkologisches Zentrum
2. Vorstellung Erhebungsbogen/Kennzahlenbogen  
**Viszeralonkologisches Zentrum** (EB VOZ; KeZa VOZ)  
Besprechung/Konsentierung Inhalte /Änderungseingaben  
für DZ/PZ
3. Statusbericht OnkoZert DZ / PZ (Studien (studybox.de),  
OncoBox)
4. Vorstellung Jahresberichte/Kennzahlenergebnisse 2014  
DZ / PZ

# NEU: Viszeralonkologisches Zentrum

1.

**Erhebungsbogen  
Allgemeine Anforderungen  
Zertifizierung**

der Deutschen Krebsgesellschaft

2.

**Erhebungsbogen  
Viszeralonkologisches Zentrum**

der Deutschen Krebsgesellschaft

**Geltungsbereich des Zentrums:**

Darm



Pankreas

Magen

Leber (HCC)

(Ösophagus)

# Viszeralonkologische Zentren: Ausgangspunkt

## Ergebnisprotokoll der Sitzung der Zertifizierungskommission DZ/PZ

Berlin, 22.4.2013, 11-15 Uhr

### 4. TOP 3

Die quantitativen Mindestvorgaben für das Modul Magen werden diskutiert und die operative Mindestmenge auf 20 Resektionen Magen / AEG reduziert im Vergleich zu dem im Vorfeld versendeten Diskussionsentwurf (Anforderungen siehe beigefügtes pdf). In einer umfassenden Diskussion wird festgehalten, dass mit der Forderung 30 Resektionen/Jahr eine flächendeckende Versorgung der Patienten nicht abgedeckt werden kann bzw. kaum Kliniken existieren, die mehr als 30 Resektionen/Jahr operieren. Mit weniger als 20 Resektionen/Jahr (bzw. ohne Mindestmengenvorgaben) ist jedoch eine valide, statistisch aussagekräftige Qualitätssicherung nicht

Die Kommission kommt wie in der Sitzung 2012 zu dem Ergebnis, dass sie anstelle von Einzelmodulen (und damit Einzelerhebungsbögen und Einzelzertifizierungen) auf Basis der S3-Leitlinien ein viszeralonkologisches Gesamtmodul für die Umsetzung der S3-Leitlinien favorisiert. In dem Gesamtmodul kann das Zentrum entsprechend seiner Kompetenz den Geltungsbereich (z.B. Magen, (zukünftig) Ösophagus, Pankreas etc.) wählen. Damit wird ein Erhebungsbogen ausgefüllt und ein Audit pro Jahr durchgeführt. Ein entsprechender Vorschlag wird erarbeitet.

Die Kommission wird ihre Stellungnahme erneut in den Vorstand der DKG einbringen und schlägt dem Vorstand vor, dem beschriebenen Konzept zuzustimmen.

Die Veröffentlichung des Gesamtmoduls bedarf der abschliessenden inhaltlichen Zustimmung der

Die Veröffentlichung des Gesamtmoduls bedarf der abschliessenden inhaltlichen Zustimmung der Zertifizierungskommission, vor allem im Hinblick auf die quantitativen Vorgaben.

# Aufbau Viszeralonkologisches Zentrum



## Erhebungsbogen Viszeralonkologisches Zentrum

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. T. Seufferlein, Prof. Dr. S. Post

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission der DKG  
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Inkraftsetzung am

### Geltungsbereich des Zentrums:

Darm  Pankreas  Magen  Leber  (Ösophagus)

- Eingearbeitet wurde:
- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs“ der DGVS und DKG
  - S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“ der DGVS und DKG
  - S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms“ der DGVS und DKG

- **1 Erhebungsbogen** für ALLE (viszeral)onkologischen Tm-entitäten
- **1 Auditverfahren** für ALLE (viszeral)onkologischen Tm-entitäten

# Aufbau Viszeralonkologisches Zentrum



## Erhebungsbogen Viszeralonkologisches Zentrum

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. T. Seufferlein, Prof. Dr. S. Post

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission der DKG  
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Inkraftsetzung am

Geltungsbereich des Zentrums:

Darm  Pankreas  Magen  Leber  (Ösophagus)

Eingearbeitet wurde:

- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs“ der DGVS und DKG
- S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“ der DGVS und DKG
- S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms“ der DGVS und DKG



## Erhebungsbogen Allgemeine Anforderungen Zertifizierung

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission:  
Erarbeitet von der Zertifizierungskommission der DKG  
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)  
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)  
Arbeitsgemeinschaft DKG-zertifizierter DZ e.V. (ADDZ)  
.....

Der vorliegende Erhebungsbogen stellt die Basis für organspezifische Zertifizierungen dar und ist mit dem Erhebungsbogen „Viszeralonkologisches Zentrum“ ([Link](#)) zu bearbeiten.

Inkraftsetzung am XXX

# Änderungen

**Erhebungsbogen  
Allgemeine Anforderungen  
Zertifizierung  
der Deutschen Krebsgesellschaft**

# 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

## 1.2.8. Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

- Für folgende Funktionen/Berufsgruppen ist eine ~~einmalige verbindliche~~ Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen:
- Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie und Strahlentherapie
- .....

# 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

## 1.2.11 Qualitätszirkel:

- Es sind mind. 3 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen

**Aber:**

**Vorbehaltlich Bestätigung durch  
Zertifizierungskommission Onkologische Zentren**

# 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

## 1.3.3 Bereitstellung von Unterlagen

Den mitbehandelnden Ärzten sind folgende Informationen zeitnah bereitzustellen (Einzeldokumente bzw. zusammenfassend im Arztbrief):

### Histologie mit Journalnummer ?

- | Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan
- | OP-Bericht (optional)
- | Änderungen der Therapie
- | Angabe obligat mit Journalnummer

**Aber:**

**Vorbehaltlich Bestätigung durch Zertifizierungskommission  
Onkologische Zentren**

# 1.4 Psychoonkologie

## EB 1.4.2. (Neu: S3 –Leitlinie PsO):

### Dokumentation und Evaluation

Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ~~wird empfohlen~~ ist es erforderlich, ein Screening zu psych.-sozialen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie ~~DKG~~empfohlene Screeningverfahren ~~in der Psychoonkologie~~) und das Ergebnis zu dokumentieren.

Für jeden Behandlungsabschnitt NEU zu erheben

# 1.4 Psychoonkologie

## 1. 4. 6. Ziele und Aufgaben der Betreuung:

- | Diagnostische Abklärung nach positivem Screening
- | Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen
- | Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen

# 1.6 Patientenbeteiligung

## 1. 6. 1. Patientenbefragungen:

- ~~Minimum jährlich einmal~~ alle 3 Jahre über 3 Monate wird allen Zentrumspatienten stationären Primärfallpatienten (operativ) die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen.
- ~~Die Befragung kann während oder nach dem stationären Aufenthalt erfolgen.~~

# 1.6 Patientenbeteiligung

- Die „Rücklaufquote Patientenbefragung“ sollte über 50 % betragen; insgesamt haben mind. 30 Fragebögen im Jahreszeitraum vorzuliegen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).

# 1.6 Patientenbeteiligung

## 1.6.2. : Auswertung Patientenbefragung:

- Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen.
- Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Darmkrebszentrums zu beziehen.
- Eine protokollierte Auswertung hat ~~mindestens 1 x pro Jahr~~ zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen.
- Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen.
- Die Auswertung kann im Zusammenhang mit einem Q-Zirkel betrachtet werden.

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

### 6.2.6. Basisdiagnostik Labor:

Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor ~~während der Dienstzeiten~~ muss 24h möglich sein. Sofern Labor nicht über 24 h besetzt, schriftliche Regelung/Vereinbarung für 24h-Notfalllabor erforderlich. ~~Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag.~~

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

### 6.2.7. Basidiagnostik Bildgebung:

Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik.

~~Nachweis über einen Kooperationsvertrag.~~

Sofern Bildgebung nicht über 24 h besetzt, schriftliche Regelung/Vereinbarung für 24h-Notfalldiagnostik erforderlich

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

### 6.2.11. Zytostatika-Zubereitung: Regeln sollen vereinfacht werden

**Aber:**  
**Vorbehaltlich Bestätigung durch  
Zertifizierungskommission Onkologische Zentren**

# 7. Radioonkologie

## 7.4. Erreichbarkeit / Bereitschaft

Anwesenheit eines Facharztes für Strahlentherapie während der Arbeitszeit, 24-Stunden-Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten ggf. über Kooperation (einschließlich Wochenenden und Feiertage) : **bleibt**

(darlegen wir durchgeführt, u.U. über Koop.verträge)

# Änderungen

## Erhebungsbogen Viszeralonkologisches Zentrum

der Deutschen Krebsgesellschaft

Darm  Pankreas  Magen  Leber (HCC)  (Ösophagus)

„Spezifische Anforderungen  
Darm“

Ein VZ erfüllt mindestens die Anforderungen (s. Deckblatt „Geltungsbereich“) für:  
1 Darmkrebszentrum + 1 weitere Tumorentität

Ungeachtet dessen ist die Zertifizierung eines eigenständigen Darmkrebszentrums weiterhin möglich. Dafür muss die Erfüllung der Anforderungen aus dem EB „Allgemeine Anforderungen Zertifizierung“ und die Darm-spezifischen Anforderungen aus dem vorliegenden EB nachgewiesen werden.

Die Zertifizierung erfolgt, unabhängig von der Anzahl der gewählten Module, während 1es Audits. Eine spätere Veränderung des Geltungsbereichs ist möglich. Der Geltungsbereich wird auf dem Zertifikat ausgewiesen.

Die Namensgebung für die zertifizierten Bereiche kann wie bisher erfolgen:

Beispiele:

1. Ausschließlich Anforderungen Darmkrebs zertifiziert:

- Darmkrebszentrum Musterhausen

2. Anforderungen Darmkrebs und Pankreaskarzinom zertifiziert:

- Darmkrebszentrum bzw. Pankreaskarzinomzentrum im Viszeralonkologischen Zentrum Musterhausen

- Viszeralonkologisches Zentrum Musterhausen mit den Schwerpunkten Darmkrebs und Pankreaskarzinom

# 1.7. Studienmanagement

1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss  $\geq 1$  Patient in Studien eingebracht worden sein\* (Richtwert:  $\leq 6$  Mo. vor Zertifizierung)

2. nach 1 Jahr: mind. ~~10%~~ **5%** der Primärfallzahl

~~Abweichung bei Nicht-Erfüllen; Zentrum muss Begründung für Nichterfüllung sowie seine Initiative für eine Studienteilnahme darstellen (gilt nicht für Punkt 1).~~

## Liste der Studien

Name Studieneinheit	Studienbezeichnung	Zentrumspatienten		Patienten gesamt	
		In 2013 rekrutiert	Insgesamt rekrutiert 1) Incl. Vorjahre	In 2013 rekrutiert 1)	Insgesamt rekrutiert 1) Incl. Vorjahre
Zähler Kennzahl Nr. 6 „Studienquote“					

1) Angabe optional

# 1.7. Studienmanagement

Neues Tool in Vorbereitung:

## **Study box (Onkozert)**

Hier sollen alle Studien, die anerkannt sind, mit den entsprechenden Links genannt und beschrieben werden.

Zentren werden per mail informiert

# 1.8. Pflege

| Anerkannte Ausbildung Stomatherapie

Diskussion: 400 h – 720 h

Lösung wird noch gesucht: Treffen der  
Vertreter von KOK, Fachges. FgSKW,  
Zert.Komm.

# Darm

## 2.1.8. Kennzahlen Früherkennung / Prävention

### Kennzahlen Früherkennung / Prävention

- KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese
- Genetische Beratung
- Immunhistochemische Bestimmung DNA-Mismatch-Reparatur-Proteine MLH1, MSH2, MSH6 und PMS2
- ~~MSI-Untersuchung (primär immunhistochemisch)~~

# Änderungen



**Kennzahlen Erhebungsbogen Viszeralonkologisches Zentrum**

## a) Darmkrebs

KN	EB	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Sollvorgabe
1	1.2.3 LL QI 5	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit einem <u>Rektumkarzinom</u> u. <u>Kolonkarzinom</u> UICC Stad. IV	Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Alle Patienten mit RK und alle Pat. mit KK Stad. IV	≥ 95%
2	1.2.3	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / <u>metachrone Metastasen</u>	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Rezidiv / <u>metachronen Metastasen</u>	Alle Pat. mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen, die in der präoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Alle Pat. mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen	≥ 95%
3	1.2.3	Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller <u>Primärfallpat.</u>	Alle Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Operative und endoskopische Primärfälle	≥ 95%
4	1.4.2	Psychoonkologische Betreuung	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Anzahl der Patienten, die <u>stationär oder ambulant</u> psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	<u>Gesamtprimärfälle + Pat. mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen</u>	Derzeit keine Vorgaben
5	1.5.2	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Anzahl der Patienten, die <u>stationär oder ambulant</u> durch den Sozialdienst beraten wurden	<u>Gesamtprimärfälle + Pat. mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen</u>	Derzeit keine Vorgaben
6	1.7.6	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	Alle Patienten des DZ, die in eine Studie oder <u>kolorektale Präventionsstudie</u> eingebracht wurden	Primärfälle gesamt	≥ 5%

7	2. 1. 8	<b>KRK- Patienten ausge- fülltem Genetik- Frage- bogen</b>	<b>Möglichst hohe Anzahl ausge- füllter Genetik- Fragebögen</b>	<b>Anzahl der Primärfallpat. mit einem KRK und pos. Familienanamn- ese <u>ausgefülltem</u> <u>Genetik-</u> <u>Fragebogen</u></b>	<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>Derzeit keine Vorgab- en</b>
---	---------------	--	---	--	-------------------------------	---

<b>8</b>	<b>2.1. 8</b>	<b>Genetische Beratung</b>	<b>Möglichst hohe Rate an Beratungen</b>	<b>Empfohlene genet. Beratung</b>	<b>Positive Fragebogen</b>	<b>Derzeit keine Vorgaben</b>
----------	-------------------	--------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

# Definition

## Therapeutische Koloskopie

Eine therapeutische Koloskopie beinhaltet die Entnahme von Polypen. Eine therapeutische Koloskopie kann, muss aber nicht, eine Teilmenge der vollständigen Koloskopien sein, sofern der Dickdarm vollständig untersucht wird.

# Definition

## Vollständige elektive Koloskopie

Unter einer vollständigen Koloskopie wird die vollständige Untersuchung des Darms mit oder ohne Polypenabtragung bezeichnet. Eine Koloskopie wird dann als „elektiv“ bezeichnet wenn der Termin zur Koloskopie mit einem zeitlichen Vorlauf geplant werden kann; z.B. der Zeitraum zwischen Aufklärung und Untersuchung > 24 h beträgt.

12	3.3 LL QI 1	<b>Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK <u>im</u> <u>unteren und</u> <u>mittleren</u> <u>Drittel</u></b>	<b>Möglichst häufig Angabe im Befundbericht</b>	<b>Pat. mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht</b>	<b>Pat. mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens</b>	<b>Derzeit keine Vorgab e</b>
----	----------------------	--	---	--	---	---

Bei der neu definierten Kennzahl Nr. 12 (Angabe Abstand mesorektale Faszie) gibt es Rückmeldungen von Zentren / Fachexperten, dass der Abstand zur mesorektalen Faszie für das obere Rektumdrittel nicht adäquat zu treffen ist. Die Problematik wird hierbei in dem konischen Verlauf des Mesorektums zum rektosigmoidalen Übergang gesehen.

23	5.2 .7 LL QI 10	<b>Anzeichnung Stoma- position</b>	<b>Möglichst häufig präoperative Anzeichnung Stomaposition</b>	<b>Anzahl der Pat. mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition</b>	<b>Alle Pat. mit RK, bei denen <u>vorhersehbar</u> eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wird</b>	<b>Der- zeit keine Vor- gabe</b>
----	-----------------------------	--	--	--	---	--

24	5.2 .8	Primäre Leber- metastasen- resektion (KRK UICC Stad. IV)	≥15% primäre Lebermetastasen- resektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	Alle Pat. <u>Primärfälle</u> mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasen- resektion erhalten	Alle Pat. <u>Primärfälle</u> mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV	≥ 15%
----	-----------	---	--	---	--	----------

25	5.2.8	<b>Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)</b>	<b>≥ 10% sekundäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV</b>	<b>Anzahl der Patienten <u>Primärfälle</u> mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde</b>	<b>Alle Patienten <u>Primärfälle</u> mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben</b>	<b>≥ 10%</b>
----	-------	---	--	--	--	--------------

26	6.2 .8 LL QI 6	Adjuvante Chemother- apien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	Anzahl der Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	≥ <u>70%</u>
----	----------------------------	---	--	---	--	-----------------

# Danke, ich habe fertig...



Greger 24.05.2014







<b>Fachgesellschaften</b>	<p>Die <u>Deutsche</u> Krebsgesellschaft (DKG) ist der Träger des Zertifizierungssystems. Fachgesellschaften und DKG geben die <u>Politik</u> und Ausrichtung für die Weiterentwicklung dieses Zertifizierungssystems vor. Ihnen obliegt auch die Aufsichtsfunktion <u>über</u> dieses System.</p>
<b>Zertifizierungs- kommission</b> (legislativ)	<p>Die Zertifizierungskommission <u>ist das</u> politische Organ des Zertifizierungssystems und ist somit befugt, die Vorgaben für die Zertifizierung festzulegen. Dies umfasst insbesondere die Gestaltung der Fachlichen Anforderungen (Zertifizierungskriterien) sowie deren Weiterentwicklung.</p> <p>Mitglieder der Zertifizierungskommission sind die Vertreter der an der <u>interdisziplinären</u> Versorgung beteiligten Fachgesellschaften sowie gesellschaftliche Interessensvertreter wie z.B. Selbsthilfegruppen. Die Steuerung der Zertifizierungskommission erfolgt über die Geschäftsstelle <u>der Deutschen</u> Krebsgesellschaft.</p>
<b>Ausschuss Zertifikatserteilung</b> (judikativ)	<p>Der Ausschuss Zertifikatserteilung ist ein von der Auditdurchführung unabhängiges Gremium, welches anhand der <u>von den</u> Fachexperten erstellten Auditdokumentation jedes einzelne Zertifizierungsverfahren auf korrekte Durchführung überprüft. Die Ausstellung eines Zertifikates setzt die Zustimmung des Ausschusses Zertifikatserteilung voraus.</p>
<b>OnkoZert</b> (executiv)	<p>Die Steuerung der Zertifizierungsverfahren und somit die ausführende Verwaltung des Zertifizierungssystems erfolgt über das <u>unabhängige</u> Zertifizierungsinstitut OnkoZert. Erfahrungen aus den Zertifizierungsverfahren werden von OnkoZert aufbereitet <u>und der</u> Zertifizierungskommission für die Weiterentwicklung des Zertifizierungssystems zur Verfügung gestellt.</p>
<b>Fachexperten</b>	<p>Als Fachexperten <u>werden</u> Personen <u>bezeichnet</u>, die für die Ausführung der Zertifizierungsverfahren <u>vor Ort</u> qualifiziert und von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) hierfür ernannt sind.</p>