

Erhebungsbogen Sarkomzentren Modul im Onkologischen Zentrum der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. P. Hohenberger, Prof. Dr. V. Grünwald

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

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation u. Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GFH)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Radiologie (DGMSR)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)/Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) vertreten durch die Sektion Muskuloskeletale Tumore/ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
German Interdisciplinary Sarcoma Group e.V. (GISG)
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hyperthermie (IAH)
Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Weichteilsarkome (IAWS)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
S3-Leitlinie Adulte Weichgewebesarkome

Inkraftsetzung durch Deutsche Krebsgesellschaft am 18.04.2019.

Angaben zum Sarkomzentrum

Standort (Klinikum/Ort) _____

Leiter des Zentrums _____

Zentrumskoordinator _____

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 _____

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Sarkomen innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Die in diesem Modul erfassten Entitäten sind der Diagnoseliste im Datenblatt zu entnehmen.

Wenn das vorliegende Modul Teil des Onkologischen Zentrums ist, sind die hier aufgeführten fachlichen Anforderungen Basis für die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2019 (DIMDI) dar.

Erstellung/ Aktualisierung

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

Die Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/ Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

Der hier vorliegende Erhebungsbogen kann ab sofort verwendet werden und stellt für alle Audits die Bewertungsgrundlage dar. Für alle Audits ab dem 01.01.2020 ist der Erhebungsbogen verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der Version vom 20.07.2018 sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis

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

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.1.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 1.1.2 | <p>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 (Verwaltung über OnkoZert).</p> <p>Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein). Folgende Punkte sind zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen. • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien. • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits. • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten. • Einhaltung Schweigepflicht. • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage). <p>Hauptkooperationspartner Chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Sarkome (vertreten durch Orthopädie/ Unfallchirurgie und Allgemein- und Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie und Plastische Chirurgie), Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie.</p> | | |

1.1 Struktur des Netzwerks

| | | | |
|-------|--|--|--|
| | <p>Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren unter 1.1.6 genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Gefäßchirurgie, Gastroenterologie, Urologie, Gynäkologie, Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie, HNO, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Humangenetik.</p> <p>Die Kooperationspartner sollten vorzugsweise zertifizierte Zentren (Gynäkologisches Krebszentrum, Kinderonkologisches Zentrum usw.) sein. Wenn eine Kooperation mit einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul (ggf. auch im gleichen Krankenhaus) besteht, dann ist in einer Kooperationsvereinbarung zu definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Zählung der Zentrums- bzw. Primärfälle ist unter diesen Voraussetzungen für beide Partner möglich.</p> | | |
| 1.1.3 | <p>Es sind folgende Funktionen namentlich zu benennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung des Zentrums (inkl. Angabe Fachdisziplin) • Zentrumskoordinator (inkl. Angabe Fachdisziplin) | | |
| 1.1.4 | Die durch das Zentrum vertretenen Sarkom-Schwerpunkte sind zu benennen. | | |
| 1.1.5 | 1x/ Jahr sollte eine Veranstaltung für Patienten und/ oder Zuweiser des Sarkomzentrums durchgeführt werden. | | |

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.2.0 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 1.2.1 | <p>Anzahl Zentrumsfälle Patienten des Zentrums a) Zentrumsfälle Mind. 50 Zentrumsfälle mit Sarkomen (siehe Diagnosenliste im Datenblatt) jeder Lokalisation bei Erwachsenen pro Jahr</p> | | |

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| | |
|--|--|
| <p>Definition Zentrumsfall</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten, die als Zentrumsfälle in anderen Organkrebszentren/ Modulen gezählt werden, können hier auch angerechnet werden (Doppelzählung möglich; Voraussetzung siehe 1.1.2). • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen. • Histologischer Befund muss vorliegen. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes). • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. • Alle Patienten, lokalisiert oder metastasiert, die im Sarkom-Zentrum/ dem kooperierenden Organkrebszentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und in diesem/ diesen wesentliche Teile der Therapie erhalten. • Patient kann nur für 1 Zentrum als Zentrumsfall gezählt werden; Ausnahme: Primärfälle, für die andere Zertifizierungsverfahren bestehen (z.B. Gynäkologisches Krebszentrum: Doppelzählung möglich, Voraussetzung: siehe 1.1.2). • Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister. • Die Zentrumsfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden. | |
| <p>Definition Primärfall (Teilmenge Zentrumsfall)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Patienten mit Erstdiagnose Weichgewebetumor inkl. GIST und/ oder Erstdiagnose primärer Knochentumor einschließlich primär metastasierter Patienten. • Patienten, die als Primärfälle in anderen Organkrebszentren/ Modulen gezählt werden, können hier auch angerechnet werden (Doppelzählung möglich; Voraussetzung siehe 1.1.2). • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen. • Histologischer Befund muss vorliegen. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes). • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. • Alle Patienten mit lokalisierter Ersterkrankung oder primärer Metastasierung, die im Sarkom- | |

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| | | | |
|-------|---|--|--|
| | <p>Zentrum/ dem kooperierenden Organkrebszentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und in diesem/ diesen wesentliche Teile der Therapie erhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden nur Erstdiagnosen gezählt. • Patient kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; Ausnahme: Primärfälle, für die andere Zertifizierungsverfahren bestehen (z.B. Gynäkologisches Krebszentrum: Doppelzählung möglich, Voraussetzung: siehe 1.1.2). • Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister. • Die Primärfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden. | | |
| 1.2.2 | <p>Interdisziplinäre prätherapeutische* und postoperative Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus/ Teilnehmer Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzteebe an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operative Fachdisziplin • Radiologie • Pathologie • Radioonkologie • Hämatologie/ Onkologie • Gastroenterologie/ Gynäkologie, wenn die systemischen Therapien durch diese Disziplinen durchgeführt werden <p>Mind. 1 operative Fachdisziplin muss obligat in der Tumorkonferenz vertreten sein.</p> <p>Bei der Besprechung von Patienten mit Knochentumoren muss der Vertreter (Tumor-) Orthopädie/ Unfallchirurgie obligat an der Tumorkonferenz teilnehmen.</p> <p>Davon unabhängig gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die chirurgischen Fachdisziplinen Orthopädie/ Unfallchirurgie, Allgemein-/ Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie müssen patientenbezogen teilnehmen. • Pädiatrisch-onkologische Kooperationspartner sind patientenbezogen einzuladen. | | |

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| | | | |
|-------|--|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Weitere Fachdisziplinen (wie z.B. Gynäkologie, HNO, Palliativmedizin, Urologie) sind indikationsbezogen einzuladen. <p>*: nach durchgeführtem Staging/ Diagnostik</p> | | |
| 1.2.3 | Vorstellung aller metastasierten Patienten in der Tumorkonferenz | | |
| 1.2.4 | <p>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> Prätherapeutische Fallvorstellung: <ul style="list-style-type: none"> Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95% Postoperative Fallvorstellung: <ul style="list-style-type: none"> Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95% | Angabe im Datenblatt | |
| 1.2.5 | <p>Kooperation mit Organkrebszentren</p> <p>Wenn Kooperationen mit Organkrebszentren bestehen, sind diese anhand von konkreten Beispielen darzustellen (z.B. Teilnahme an Tumorkonferenzen)</p> <p>Die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den kooperierenden Organkrebszentren und Patientenpfade sind darzulegen (z.B. gynäkologische Sarkome, neurogene Tumoren).</p> | | |

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| 1.3.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |

1.4 Psychoonkologie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| 1.4.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 1.4.2 | <p>Psychoonkologie - Ressourcen</p> <p>Mind. 1 Psychoonkologe steht dem Zentrum zur Verfügung.</p> <p>Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum stehen mind. 0,5 VK für 150 Beratungen bei Patienten des Zentrums (=Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| 1.4.3 | Umfang der Versorgung | | |

1.4 Psychoonkologie

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <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. | | |
|--|--|--|--|

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.5.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 1.5.2 | <p>Sozialdienst - Ressourcen</p> <p>Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK Sozialarbeit pro 400 beratede Patienten für 400 Beratungen bei Patienten des Zentrums (=Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) dem Zentrum zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| 1.5.3 | <p>Umfang Patientenbetreuung</p> <p>Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.</p> | Angabe im Datenblatt | |

1.6 Patientenbeteiligung

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| 1.6.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 1.6.2 | <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). | | |

1.7 Studienmanagement

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

1.7 Studienmanagement

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 1.7.1 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
| 1.7.3 | Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen. Studienassistent b) Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. c) Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. | | |
| 1.7.4 | Anteil Studienpatienten Erstzertifizierung: es müssen Patienten in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle | | |
| | Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt). | | |
| | Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpatienten bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Patienteneinwilligung. • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. | | |

1.8 Pflege

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| 1.8.1 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
| 1.8.2 | Onkologische Fachpflegekräfte <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft (1 VK) aktiv im Tagdienst angestellt eingebunden sein. | | |

1.8 Pflege

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. | | |
| Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018 | | | |

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

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.9.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 1.9.2 | <p>Physiotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Zugang zur spezialisierten physiotherapeutischen Versorgung (insbesondere Gangschulung) ist ambulant und stationär zu ermöglichen. Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
| 1.9.3 | <p>Ernährungsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> Zugang zur Ernährungsberatung ist ambulant und stationär zu ermöglichen. Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
| 1.9.4 | <p>Prothetik</p> <ul style="list-style-type: none"> Die orthopädietechnische Versorgung ist ambulant und stationär zu ermöglichen. Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |

2 Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|--|----------------------------|--|
| 2.1.1 | <p>Information/ Dialog mit Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit primärem Weichgewebetumor und/ oder primärem Knochentumor Pat. mit Rezidiv/ Fernmetastasierung <p>Mitteilung der Diagnose, Erläuterung des Befundes, Darstellung der unterschiedlichen Therapieoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> der Vorteile der vorgeschlagenen Therapie der Risiken, der therapiebedingten Nebenwirkungen und deren Behandlung, ggf. der Spätfolgen ggf. der Möglichkeit, an einer klinischen Studie teilzunehmen Information über supportive Maßnahmen | | |

2.1 Sprechstunde

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Angebot (und Vermittlung) einer Zweitmeinung • Dem Patienten muss ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse eingeräumt werden • Während der gesamten Versorgungskette muss die Informationsvermittlung am Bedürfnis des Patienten ausgerichtet werden • Anforderung ist in Verbindung mit Kapitel 1.6 zu bearbeiten • Entlassungsgespräche als Standard <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen oder Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p> | | |
| 2.1.2 | <p>Die Sprechstunde muss mind. 1x pro Woche in den operativen Einheiten oder in der Hämatologie/ Onkologie (ggf. auch als gemeinsame Sprechstunde) unter elektiv ambulanten Bedingungen stattfinden. Für die Sprechstunde ist ein für Patientengespräche mit Angehörigen geeigneter Raum zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Die Sprechstunde muss folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung; • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens; • Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz; • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz); • Erfassung Familienanamnese bzgl. Hintergrund familiäres Karzinomrisiko (insb. Li-Fraumeni-Syndrom und familiäre adenomatöse Polyposis) (siehe auch Abschnitt 2.1.6); • Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p> | <p>Die Sprechstunde erfolgt in der</p> <p><input type="checkbox"/> Hämatologie/ Onkologie</p> <p><input type="checkbox"/> Operativen Einheit</p> <p>Benennung operative Einheit:</p> | |
| 2.1.3 | <p>Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: < 60 Min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: 5 Werktage (Sollvorgabe)</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten</p> | | |

2.1 Sprechstunde

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| | (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr). | | |
| 2.1.4 | <p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische Vorstellung der Patienten in der Thorax- bzw. Gefäßchirurgie bzw. Plastische Chirurgie bzw. Viszeralchirurgie bzw. Strahlentherapie bzw. Hämatologie/ Onkologie (Hauptkooperationspartner) möglichst am gleichen Tag; • Konsiliarische Vorstellung der Patienten in anderen Fachdisziplinen/ Kooperationspartner binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde; • Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie unmittelbar in der Weichgewebetumor-Sprechstunde oder binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde | | |
| 2.1.5 | <p>Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarkomdiagnostik inkl. Befundmitteilung; • Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern (v.a. extern) • Vorbereitung der Patienten für die Tumorkonferenz; • Stationäre Aufnahme; • Diagnostik bei Patienten mit Lokalrezidiv/ Fernmetastasierung; • Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation. <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p> | | |
| 2.1.6 | <p>Familiäres Krebsrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das genetische Risiko sollte mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Patienten mit Weichgewebetumoren“ erfasst werden. Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Beratungsgespräch (z.B. durch den behandelnden Facharzt) über mögliche erbliche Ursachen für die Erkrankungen gemacht werden. • Der Algorithmus zur Zusammenarbeit mit der Humangenetik muss definiert sein und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. | | |

2.2 Diagnostik

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

2.2 Diagnostik

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 2.2 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
|-----|--|--|--|

3 Radiologie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|------|---|----------------------------|--|
| 3.1 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
| 3.2 | Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR). • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. <p>Farbllegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| 3.3 | Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA) Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen. | | |
| 3.4 | Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie <ul style="list-style-type: none"> • Ganzkörper-MRT mit mind. 1,5 Tesla • Ganzkörper-CT mit Möglichkeit zur CT-gestützten Biopsie einschließlich entsprechender Dokumentation • Möglichkeit zur ultraschallgestützten Biopsie/ Punktion einschließlich entsprechender Dokumentation • Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde. | | |
| 3.5 | Techniken <ul style="list-style-type: none"> • CT aller Körperregionen • MRT aller Körperregionen • CT-Angiographie • MR-Angiographie • Ganzkörper-MRT (ggf. über Kooperationsvereinbarung) | | |
| 3.6 | Interventionelle Radiologie mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/ DGNR Stufe 2-Zertifikates | | |

3 Radiologie

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Vertretung mit gleicher Qualifikation muss ggf. über Kooperation gewährleistet sein | | |
| | Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018 | | |

4 Nuklearmedizin

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|------|---|----------------------------|--|
| 4.1 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |
| 4.2 | Fachärzte der Nuklearmedizin <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. | | |
| 4.3 | MTAs der Nuklearmedizin Mind. 2 qualifizierte MTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein | | |
| 4.4 | FDG-PET/ PET-CT Der Zugang ist sicherzustellen. Sofern dies nicht direkt am Standort des Zentrums möglich ist, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu organisieren. | | |

5 Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Onkologischen Zentrums | |
|-------|--|--|--|
| 5.1.1 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |

5.2 Organspezifische operative Therapie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| 5.2.1 | Fachärzte Für die Fachdisziplinen muskuloskelettale Tumor Chirurgie (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie) sowie Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie ist jeweils mind. 1 Facharzt namentlich zu benennen. 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein. Eine bewährte | | |

5.2 Organspezifische operative Therapie

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| | <p>Vertretungsregelung mit gleicher chirurgischer Expertise für Sarkome muss (ggf. in Kooperation) vorhanden sein.</p> <p>Bei der Erstzertifizierung gilt für den Vertreter (Viszeralchirurgie bzw. Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie): Es müssen mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren ist die geforderte Mindestexpertise von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachzuweisen.</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| <p>5.2.2 a)</p> | <p>Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumorresektionen bei Patienten mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. • Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss definiert sein (z.B. SOPs) und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. • Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Patienten nachzuweisen. • Für die Sarkomchirurgie (kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/ unfallchirurgische und ggf. plastisch-chirurgische Abteilungen an 1 Standort) gilt: Es müssen gemeinsam mind. 30 50 muskuloskeletale Tumorresektionen/ Standort/ Jahr bei Patienten mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden. • Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Tumorresektionen/ Standort/ Jahr durchgeführt werden. Diese können Teilmenge der 30 50 muskuloskeletale Tumorresektionen sein. <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| <p>b)</p> | <p>Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur. | | |

5.2 Organspezifische operative Therapie

| | | | |
|-------|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> In Kooperation durchgeführte Eingriffe können für beide Hauptoperateure gezählt werden. Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden. <p>Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| | <p>c) Zulassung neuer Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). | | |
| 5.2.3 | <p>Qualifikation benannte Operateure Thoraxchirurgie Die Beschreibung der Qualifikation der benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula.</p> <p>Folgende Parameter müssen erfüllt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie. Nachweis folgender Eingriffe: Mind. 100 selbstständig durchgeführte Lungenresektionen nach dem Facharzt, davon mind. 15 anatomische Segmentresektionen, 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen. | | |
| 5.2.4 | <p>Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)</p> <p>a)</p> <ul style="list-style-type: none"> Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr durchgeführt werden. Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Patienten können jeweils gezählt werden. Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-058.4, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden. | | |
| | <p>b) Qualifikation benannte Operateure Plastische Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 15 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr pro benanntem Operateur. | | |
| | <p>c) Zulassung neuer Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 50 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr pro | | |

5.2 Organspezifische operative Therapie

| | | | |
|-------|--|--|--|
| | <p>Operateur innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte).</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| 5.2.5 | <p>Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 75 operierte Fälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.</p> | | |
| 5.2.6 | <p>Postoperative Komplikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung | | |
| 5.2.7 | <p>Postoperative Überwachung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Unit zur Verfügung stehen. • Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. | | |

6 Medikamentöse/ Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|--|----------------------------|--|
| 6.1.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 6.1.2 | <p>Ärztliche Qualifikation Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen.</p> | | |

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|-------|---|----------------------------|--|
| 6.2.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 6.2.2 | <p>Der durchführende/ therapieüberwachende Arzt muss folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder | | |

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|-------------------|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. <p>Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2.3 | <p>Fallzahlen im Sarkomzentrum mind. 30 systemische Therapien bei Patienten mit Sarkomen (Chemotherapien, Antikörpertherapien, TKI etc.)/ Jahr Zählweise: systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2.4 | <p>Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolierte Extremitätenperfusion • Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen • Regionale Tiefenhyperthermie (gemäß ESHO-Guidelines) <p>Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und die Organisation der Zuweisung von Patienten für die o.g. Eingriffe in SOPs zu beschreiben. Die patientenspezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.</p> | <p>Folgende Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen):</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Im Zentrum</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Externe Kooperation</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Isolierte Extremitätenperfusion</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Regionale Tiefenhyperthermie</td> </tr> </table> | Im Zentrum | Externe Kooperation | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Isolierte Extremitätenperfusion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regionale Tiefenhyperthermie | |
| Im Zentrum | Externe Kooperation | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Isolierte Extremitätenperfusion | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regionale Tiefenhyperthermie | | | | | | | | | | | | | |

7 Radioonkologie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|------|---|----------------------------|--|
| 7.0 | <p>Die Anforderungen an die Radioonkologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Radioonkologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Radioonkologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de</p> | | |
| 7.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 7.2 | <p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens zwei Fachärzte; • Fachärzte sind namentlich zu benennen. <p>Bei kombinierten Therapien (z.B. perkutane Bestrahlung/ Brachytherapie/ IORT, simultane Radiochemotherapie) darf die medizinische und medizin-physikalische Verantwortung nicht wechseln. Sollte ein Wechsel der Verantwortung aus organisatorischen Gründen unabdingbar sein, muss vor Behandlungsbeginn der Behandlungsplan zwischen allen verantwortlichen Behandlern abgestimmt und von ihnen unterschrieben werden.</p> | | |
| 7.3 | <p>Medizinphysikexperte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein MPE steht der Abteilung werktäglich zur Verfügung; • MPE und Vertreter sind namentlich zu benennen; • Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein. | | |
| 7.4 | <p>Medizinisch-technische Röntgenassistenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens zwei MTRAs müssen pro Beschleuniger zur Verfügung stehen. • Pro Linearbeschleuniger müssen während der Bestrahlung 2 MTRA anwesend sein. • Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein. <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |

7 Radioonkologie

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 7.5 | <p>Anzahl der Bestrahlungen pro Behandlungseinheit Mindestens 20 behandelte Patienten mit Sarkomen/ Jahr.</p> <p>Wenn Radiochemotherapien durchgeführt werden gilt: mind. 30 Patienten mit Radiochemotherapie in der Radioonkologischen Abteilung (nicht auf Pat. mit Sarkomen beschränkt).</p> | | |
| 7.6 | <p>Dokumentation/ Tumorkontrolle Möglichkeiten der supportiven Behandlung müssen dargestellt werden; Maßnahmen zur/ bei Zahnsanierung; Mangelernährung; Mukositis; Verhalten bei Neutropenie; Thrombopenie; Sepsis, Zystitis (bei Bestrahlungen im Bereich der Harnblase).</p> | | |
| 7.7 | <p>Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung):</p> <ul style="list-style-type: none"> • IORT | | |

8 Pathologie

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|------|---|----------------------------|--|
| 8.0 | <p>Die Anforderungen an die Pathologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Pathologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Pathologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de</p> | | |
| 8.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 8.2 | <p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Pathologie aus der Gesamtzahl der Pathologen des Onkologischen Zentrums. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. | | |

8 Pathologie

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 8.3 | <p>Pro Institut/ Abteilung Pathologie Der Facharzt muss müssen pro Jahr mindestens 60 100 Histologien von Sarkomen gemäß Versorgungsumfang (Diagnosenliste laut Datenblatt) begutachten, dokumentierte Doppelbefundung wird anerkannt.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018</p> | | |
| 8.4 | <p>Zeit bis zum ersten pathologischen Befund Anforderung: ≤ 5 Arbeitstage (Ausnahmen sind zu begründen, z.B. Entkalkung)</p> | | |
| 8.5 | <p>Pathologieberichte</p> <p>a) Pathologieberichte für Weichgewebetumoren außer GIST müssen zusätzlich zu den Anforderungen des Erhebungsbogens Pathologie folgende Angaben enthalten (Abweichungen sind zu begründen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumorlokalisation (klinische Angabe ist Verantwortlichkeit des Kliniklers); • Makroskopische Tumorgöße; • Histologischer Tumortyp nach WHO-Klassifikation; • Histologischer Tumorgrad nach FNCLCC (sofern anwendbar); • Tiefenlokalisation; • Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und Perineurale Invasion; • Lokal infiltrierte Strukturen; • Klassifikation pT: Angaben zu befallenen Bezirken und Unterbezirken, infiltrierte anatomischen Strukturen sind Verantwortlichkeit des Kliniklers (TNM-Klassifikation kann auch interdisziplinär festgelegt werden, z.B. postoperative Tumorkonferenz); • R-Status und Sicherheitsabstände in mm; • bei Zustand nach neoadjuvanter Therapie: Angabe zum Anteil der Tumornekrose/ Tumorregression | | |
| | <p>b) Pathologieberichte für GIST müssen zusätzlich zu den Anforderungen des Erhebungsbogens Pathologie folgende Angaben enthalten (Abweichungen sind zu begründen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitoserate Mitosezahl (in einer Fläche von 5 mm²) • Tumorlokalisation (klinische Angabe ist Verantwortlichkeit des Kliniklers); • Makroskopische Tumorgöße; • R-Status; • Angaben zu Abwesenheit/Vorhandensein einer Tumorrupur nach außen; • bei Zustand nach neoadjuvanter Therapie: Angabe zum Anteil der Tumornekrose/ Tumorregression. | | |

8 Pathologie

| | | | |
|-----|---|--|--|
| | Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018 | | |
| 8.6 | <p>Molekulare Diagnostik Zusätzlich zu den Anforderungen des Erhebungsbogens Pathologie ist die Möglichkeit zur Bestimmung relevanter molekularer Marker vorzuhalten (ggf. in Kooperation). Dabei sollen sowohl diagnostisch relevante molekulare Marker (z.B. tumorspezifische Translokation) als auch prädiktive Biomarker angewendet werden. Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfolgreiche Teilnahme an 3 Ringversuchen pro 3 Jahren, davon mind. 1 Sarkom-spezifischer Ringversuch (z.B. GIST, CD117) (Nachweis). • Für GIST gilt: Für Patienten, die zu einer medikamentösen Therapie anstehen, ist eine Mutationsanalyse (KIT-Rezeptor bzw. PDGF-Rezeptor KIT- bzw. PDGFRA-Gen, ggf. auch weitere Gene) verpflichtend. | | |
| | Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 20.07.2018 | | |
| 8.7 | <p>Referenzpathologie Der Ablauf zur Einholung einer referenzpathologischen Beurteilung ist zu beschreiben und an einzelnen Beispielen nachzuweisen.</p> | | |

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|------|---|----------------------------|--|
| 9.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |

10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität

| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums | |
|------|---|----------------------------|--|
| 10.1 | <p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> | | |
| 10.2 | <p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung ein Tumordokumentationssystem bestehen, in dem für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten eingepflegt sind. | | |

10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die Patienten mit Sarkomen müssen in <u>einem</u> zentralen Tumordokumentationssystem erfasst werden. • Die verschiedenen Therapien (z.B. OP, Rad. neoadj./ adj.) müssen auswertbar hinterlegt sein. <p>Name des Tumordokumentationssystems:</p> | | |
|--|---|--|--|

Datenblatt

Für die Erfassung der Kennzahlen und Daten zur Ergebnisqualität steht den Zentren eine strukturierte EXCEL-Vorlage (Datenblatt) zur Verfügung. Dieses Datenblatt beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität. Für die Zertifizierung sind ausschließlich Kennzahlendarlegungen möglich, die auf Basis des von OnkoZert bereitgestellten Datenblattes erfolgen. Das Datenblatt darf nicht verändert werden.

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