

Erhebungsbogen Kinderonkologie Modul im Onkologischen Zentrum

Erhebungsbogen Auditjahr 2020 ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Frau Prof. Dr. A. Eggert, Herr Prof. Dr. H. Jürgens

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Kinderonkologische Zentren

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Erblicher Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Radioonkologie (APRO)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit (ASO)
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. (DLFH)
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V. (GFH)
Deutsche Gesellschaft für Immunologie e.V. (DGfI)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie e.V. (DGKED)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGNUM)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin e.V. (DGRM)
Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR)
German Paediatric Oncology Nurses Group (GPONG)
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GN)
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH)
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostasenforschung e.V. (GTH)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH)

Inkraftsetzung am 25.09.2018

Der vorliegende Erhebungsbogen Kinderonkologie berücksichtigt die Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL in der Fassung vom 1. Mai 2006 (mit Änderungen vom 1. November 2017), und beinhaltet alle darin enthaltenen Anforderungen zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Die Anforderungen sind in dem vorliegenden Erhebungsbogen mit einem „§“ gekennzeichnet.

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von onkologischen Krankheiten von Patienten im Alter von 0 bis einschließlich 17 Jahren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Verbindlichkeit / Übergangsfristen

Die in der Sitzung Zertifizierungskommission am 28.05.2018 beschlossenen Änderungen können von den Onkologischen Zentren ab sofort angewendet werden.

Die vorgenommenen inhaltlichen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ markiert bzw. mit Kommentaren versehen.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2018 (DIMDI) dar.

Angaben zum Kinderonkologischen Zentrum

Kinderonkologisches Zentrum (KIO) _____

Leiter _____

Zentrumskoordinator _____

Standort (Klinikum/Ort) _____

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 _____

Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammblasses zu benennen. Das Stammblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

Erstellung/Aktualisierung

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

Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

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

- 2 Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Erstaufnahme - Sprechstunde - Nachsorge
 - 2.2 Diagnostik

- 3 Radiologie

- 4 Nuklearmedizin

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

- 6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie
 - 6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

- 7 Radioonkologie

- 8 Pathologie

- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
 - 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung
 - 9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

- 10 Tumordokumentation

Anlagen

- Basisdaten (Falldefinition/Versorgungsumfang)
- Kennzahlenbogen
- Netzwerk Chirurgie

(separates Dokument im Excel-Format)

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 die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.1.2 §5 (3)	<p>Kooperationsvereinbarungen Mit folgenden Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen und die Kooperationspartner (Facharzt) sind zu nennen.</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).</p> <p>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 Kinderonkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) 		
	<p>Hauptkooperationspartner Alle Hauptkooperationspartner müssen sich am Klinikstandort befinden oder max. 45 km entfernt sein. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung ist verpflichtend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pädiatrische Hämatologie/Onkologie • Kinderchirurgie • Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie • Pathologie • Radioonkologie 		
	<p>Kooperationspartner am Klinikstandort verpflichtend. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder- und Jugendmedizin mit allen Subspezialisierung 		

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>(Schwerpunktbezeichnung: Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie sowie Zusatzweiterbildung: Kinder-Endokrinologie/-Diabetologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Pneumologie und Kinder-Rheumatologie. Falls diese Spezialisierung am Zentrum nicht vorhanden ist, muss die entsprechende Disziplin aus der Erwachsenenmedizin eingebunden sein.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pädiatrische Intensivmedizin • Pflege • Psychosozialer Dienst (PSD) 	
	<p>Alle nachfolgend aufgeführten Kooperationspartner dürfen max. 45 km entfernt sein. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädie/Unfallchirurgie • Hämatologisch-onkologisches Speziallabor • Transfusionsmedizin • Dokumentations-Studienassistentz • Ergotherapie • Physiotherapie • Diät-/ Ernährungsberatung • Humangenetik • Labormedizin (klinisch-chemisch) • Neurochirurgie • Neuropathologie (Ausnahmen sind zu begründen) • Neuroradiologie (Ausnahme: Neuroradiologie darf max. 60 km von der Neurologie/ Neurochirurgie entfernt sein. Ausnahmen sind zu begründen) • Nuklearmedizin • Patienten-/ Elternvertretung <p>Für die nachfolgenden Kooperationspartner Tumorchirurgie gilt die Distanzbegrenzung von 45 km nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgie • Orthopädie/Unfallchirurgie • Referenzchirurgie <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
	<p>Für den nachfolgend genannten Kooperationspartner besteht keine Anforderung bzgl. der Entfernung. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem</p>	

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> SAPPV <p>Kooperation bei Referenz-Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wenn im Rahmen von Studien Patienten an Referenzstellen (z.B. Referenzchirurgie) überwiesen werden, ist die Art der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs (z.B. Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu definieren. Für die Zusammenarbeit mit lokalthérapeutischen Referenz-Leistungserbringern, die in einem zertifizierten Onkologischen Zentrum oder Organkrebszentrum tätig sind, sind keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig. <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
1.1.3	<p>Die fachliche Zentrumsleitung muss durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und –Onkologie“ besetzt sein.</p> <p>Zusätzlich zu dieser Stelle müssen mind. zwei weitere Fachärzte mit der oben genannten Qualifikation am Zentrum vorhanden sein (vgl. 6.1.2). Der Gesamtumfang muss 3 VK entsprechen.</p> <p>Es ist wünschenswert, dass einer dieser benannten Fachärzte über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügt.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	<p>Anzahl Zentrumsfälle</p> <p>Das Zentrum muss jährlich 30 Patienten (Zentrumsfälle) im Alter von 0 bis 17 Jahre (einschließlich) mit einer onkologischen Krankheit behandeln (Erstumoren, Zweittumoren, Erstvorstellungen mit Rezidiv).</p> <p>Definition</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Fallliste (Versorgungsumfang) am Ende des Erhebungsbogens. Histologischer/zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen. 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Erst-, Zweittumor bzw. Erstvorstellung mit Rezidiv. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen/zytologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboard-Beschluss bei pathologisch nicht-gesicherten Tumoren. • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. 		
1.2.2 § 4 (5)	<p>Zusammensetzung multiprofessionelles Team Das multiprofessionelle Team setzt sich (mindestens) zusammen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztlichem Dienst (Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und – Onkologie“) • Pflege • Psychosozialen Dienst (PSD) 		
	<p>und soweit erforderlich zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diät-/Ernährungsberatung • Physio- und/oder Ergotherapie • Dokumentations-/Studienassistentz 		
	<p>Jedem Teammitglied soll die Möglichkeit zu einer Supervision angeboten werden.</p>		
1.2.3 § 5 (1)	<p>Multiprofessionelle Teambesprechung Aufgaben Jeder Patient ist in der abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team vorzustellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Teambesprechung wird für die Patienten, die nicht in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, festgelegt, nach welchem Therapieprotokoll zu behandeln ist. Nach der Besprechung ist ggf. Rücksprache mit einem Mitglied der Prüfgruppe zu halten. • Ggf. Beschluss zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz. 		
	<p>Zyklus und Dokumentation Die Besprechung findet mind. wöchentlich statt und ist zu dokumentieren.</p>		
	<p>Anteil der im multiprofessionellen Team vorgestellten Patienten: Sollvorgabe ≥ 95%</p>	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.2.4	<p>Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information an das multiprofessionelle Team zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.</p>		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.5	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz</p> <p>a) A) Interdisziplinär zu behandelnde Patienten sind in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen B) Grundsätzlich vorzustellen sind die Patienten aus den Bereichen II – XII (vgl. Versorgungsumfang)</p> <p>Vorstellung: (1.) zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. zu Beginn/Durchführung einer primären systemischen Therapie und (2.) zur Vorbereitung der ggf. durchzuführenden Lokalthherapie vorzustellen.</p>		
	<p>b) Zusätzliche Tumorkonferenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Tumorkonferenzen sind möglich. • Alternative Tumorkonferenzen zu der Anforderung 1.2.5 b) sind jedoch ausschließlich für Hirntumore möglich. Die Teilnehmer müssen sich an den Fachdisziplinen der interdisziplinären Tumorkonferenz orientieren und ggf. tumorspezifisch angepasst werden (Bsp.: Neuropathologie anstelle Pathologie). 		
	<p>Zyklus und Dokumentation</p> <p>Es muss mindestens einmal pro Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Die Tumorkonferenz ist zu protokollieren.</p>		
	<p>Teilnehmer</p> <p>Pädiatrische Hämatologie/Onkologie, Kinderchirurgie, Pathologie, Radiologie (mit Schwerpunkt Kinderradiologie) und Radioonkologie (indikationsbezogene Ausnahmen sind zu begründen).</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsbezogen sind weitere Fachrichtungen (z.B. Allgemeinpädiatrie, pädiatrische Intensivmedizin, Psychosozialer Dienst (PSD), Kinderpalliativmedizin, Nuklearmedizin, Humangenetik, Pflege) in die Tumorkonferenz einzuladen. • Wenn Patienten besprochen werden, die sicher oder ggf. eine neurochirurgische Intervention erhalten, müssen der neurochirurgische, neuroradiologische und neuropathologische Kooperationspartner an der Tumorkonferenz teilnehmen (ggf. Telemedizin). • Die Teilnahme der lokalen Neuropathologie für neurochirurgische Pat. ist obligat. <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Anteil der in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellten Patienten: Sollvorgabe $\geq 95\%$	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.2.6	Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information in der Tumorkonferenz zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.		
	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz: Sollvorgabe $\leq 5\%$	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.2.7	Leitlinien Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 (Therapieabweichung) gilt: <ul style="list-style-type: none"> Die Hauptkooperationspartner des Zentrums müssen für (kinder-) onkologische Krankheiten einheitliche Standards für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge festlegen (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels). Grundlage dafür sind die aktuellen Protokolle der Therapieoptimierungsstudien, die vorliegenden S1 und S2K Leitlinien und die, sowie aktuelle Registerempfehlungen (s. 1.7.3). <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> Die S3-LL zur psychosozialen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie ist Grundlage für die Tätigkeit des Psychosozialen Dienst (PSD). Die S3-LL zur endokrinologischen Nachsorge nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist zu berücksichtigen. Die Standards müssen durch den LL-Verantwortlichen (siehe EB OZ 1.2.16) aktualisiert und bekannt gemacht werden. Die Implementierung muss durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Der Prozess ist zu beschreiben. 		
1.2.8	Qualitätszirkel Folgende Punkte sind sicherzustellen: <ul style="list-style-type: none"> Die Hauptkooperationspartner haben obligat an QZ teilzunehmen bzw. haben solche zu initiieren. Es ist mind. 1x jährlich ein Qualitätszirkel durchzuführen, in denen onkologische Themen als einer der Schwerpunkte betrachtet werden. Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenz werden als Qualitätszirkel ebenfalls anerkannt. Eine Teilnehmerliste wird geführt. <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.3.2 §5 (2)	Information Kinderarzt/Hausarzt <ul style="list-style-type: none"> Der niedergelassene Kinderarzt bzw. Hausarzt ist regelmäßig, insbesondere bei Therapiebeginn und Abschluss, über die Behandlung seines Patienten zu informieren. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Ihm und der betroffenen Familie ist nach Abschluss der Therapie im Zentrum ein patientenbezogener Arztbrief und Nachsorgeplan schriftlich (z.B. als Anhang an den Arztbrief) zu übergeben bzw. übermitteln. 		
1.3.3	Einweiserzufriedenheitsermittlung <ul style="list-style-type: none"> Regelmäßig (mind. alle drei Jahre) muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Zu befragen sind z.B. einweisende Kliniken und niedergelassene Kinderärzte. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum ersten Überwachungsaudit (ein Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. 		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1	In den Kapiteln 1.4 „Psychoonkologie“ und 1.5 „Sozialarbeit und Rehabilitation“ sind die Anforderungen an den „Psychosozialen Dienst“ aus der KiOn-RL enthalten. Im Modul Kinderonkologie sind die Anforderungen in den beiden Kapiteln identisch, so dass nur das Kapitel 1.4 ausgefüllt werden muss.		
1.4.2 §4 (6)	Ressourcen und Qualifikation Das Team des Psychosozialdienstes ist multiprofessionell: Es besteht aus mind. je einem Vertreter mit der Grundqualifikation: <ul style="list-style-type: none"> Dipl. / MA Psychologe Dipl. / MA Soziale Arbeit / Sozialpädagogik / Dipl. Sozialarbeit Pädagogisch qualifizierte Fachkraft (z.B. staatl. anerkannte Erzieher/-innen oder staatl. anerkannte Heilpädagogen/-innen) Die Teammitglieder sind namentlich zu nennen.		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Zur leitlinienkonformen Ausübung der jeweiligen Aufgaben sind geeignete personelle und räumliche Ressourcen vorzuhalten (Richtwert: mind. 2 VK Psychologie u Sozialarbeit pro 44 Fälle).		
1.4.3 §4 (6)	<p>Angebot und Zugang Jedem Patienten mit seiner Familie muss eine psychosoziale Grundversorgung (psGV) während Akuttherapie und Nachsorge angeboten werden. Die psGV erfolgt im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells und beinhaltet mindestens Angebote zu folgenden Bereichen (entsprechend der Leitlinie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Krankheitsbewältigung • Sicherstellung der Therapie und Kooperation • Behandlung spezifischer Symptome (z.B. emotionaler- und Verhaltensauffälligkeiten) • Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung/Beratung und Beantragung stationärer Rehabilitation (z.B. familienorientierte Rehabilitation (FOR)/Nachsorgeorganisation) <p>Das Angebot muss niederschwellig, aufsuchend sowie orts- und zeitnah zum Bedarf erfolgen.</p>		
	Die Anzahl der Patienten/Familien, die mind. einmalig eine Beratung zu den genannten Bereichen erhalten haben, ist zu dokumentieren.	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.4.4	<p>Dokumentation und Evaluation Die Identifikation der psychosozialen Belastung erfolgt anhand diagnostischer Maßnahmen im Rahmen der psGV. Bei mehrdimensionaler oder hochgradiger Belastung ist eine gegenüber der psGV intensivierte psychosoziale Versorgung angezeigt (entsprechend der Leitlinie).</p> <p>Weitere Angebote Eine Ausweitung der psychosozialen Betreuung z.B. durch musik-, kunst- und/oder sporttherapeutische Angebote ist wünschenswert.</p>		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	In den Kapiteln 1.4 „Psychoonkologie“ und 1.5 „Sozialarbeit und Rehabilitation“ sind die Anforderungen an den „Psychosozialen Dienst“ aus der KiOn-RL enthalten. Im Modul Kinderonkologie sind die Anforderungen in den beiden Kapiteln identisch, so dass nur das Kapitel 1.4 ausgefüllt werden muss.	Siehe Angaben im Kapitel 1.4	

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.6.2	Patienten-/ Elternbefragungen <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens alle 3 Jahre soll über mindestens drei Monate allen Patienten und ihren Familien die Möglichkeit gegeben werden, an einer Patienten-/Elternbefragung teilzunehmen. Das Zentrum kann sowohl Kinder- als auch Elternbefragungen durchführen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). 		
1.6.3	Neben dem Arztbrief und patientenbezogenen Nachsorgeplan (vgl. 1.3.2) ist dem Patienten und seiner Familie weiteres geprüftes Informationsmaterial bereitzustellen. Das beinhaltet die Patienteninformationen auf der Webseite www.kinderkrebsinfo.de und www.kinderkrebsstiftung.de .		
1.6.4	Patienten-/ Elternvertretung Die Patienten-/ Elterngruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Ein Ansprechpartner muss benannt werden. Die Elterngruppe sollte Mitglied im Dachverband Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. sein. Eine Zusammenarbeit von Zentrum und einer Elterngruppe ist verpflichtend.		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.7.2	Studienbeauftragte Studienbeauftragte Prüfgruppen sind namentlich zu benennen: Eine Liste der im Zentrum aktiven Studien ist mit Nennung des Prüfarztes und der weiter beteiligten Ärzte zu führen. Studienassistenz <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistenz namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Qualifikation der Studienassistenten ist durch industrieunabhängige Fortbildungskurse bei z.B. KKS/ZKS nachzuweisen (z.B. Study Nurse). 		
1.7.3 § 6 (1)	<p>Wenn möglich, sollte jedem Patienten bzw. seinem Sorgeberechtigten die Behandlung unter Teilnahme an einer/m</p> <p>Therapieoptimierungsstudie / Register empfohlen werden. Die Studien müssen durch die GPOH unterstützt werden; Eine Übersicht über das aktuelle Studienangebot finden Sie auf https://www.kinderkrebsinfo.de/fachinformationen/studienportal/index_ger.html</p>		
1.7.4	Anzahl der in Studien eingeschlossenen Patienten (mit nationalem Wohnsitz): Sollvorgabe $\geq 90\%$	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.7.5 § 5 (6)	Für die Therapieoptimierungs-/ Registerstudien , an denen das Zentrum beteiligt ist, müssen den Studiengruppen regelmäßige Treffen ermöglicht und ärztliches Personal (Prüfärzte) dafür freigestellt werden.		
1.7.6 § 6 (3)	<p>Ressourcen</p> <p>Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden.</p> <p>Das Zentrum muss eine Forschungs- und Studienassistenten bereitstellen (Richtwert: 1 VK* pro 50 Zentrumsfälle). *zusammen mit Dokumentationsassistenten vgl. 10.4)</p>		
1.7.7 § 5 (5)	Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet.		
1.7.8	<p>Kliniken mit Studiengruppenleitung für GPOH-Studien</p> <p>Grundlage für die Tätigkeit als Studiengruppenleiter sind die GPOH-Studienregeln in der jeweils gültigen Fassung (abrufbar unter https://www.kinderkrebsinfo.de/fachinformationen/studienportal/allgemeine_informationen/gpoh_studienregeln/index_ger.html)</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> Neben dem Studiengruppenleiter ist ein Stellvertreter zu benennen. Für die Ausführung der Aufgaben der GPOH-Studienleitung (u.a. Dokumentation, Datenmanagement, Organisation der Studienzentrale, Betreuung der Studienteilnehmer) muss die erforderliche Personalkapazität zur Verfügung stehen bzw. durch studienspezifische Drittmittel finanziert sein. 		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Beratungsleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Studiengruppenleiter muss ein Beratungsangebot für Vertreter anderer Studienzentren teilnehmenden Kliniken u.a. zur Umsetzung des Studienprotokolls, und zur Beantwortung inhaltlicher Fragen zum Protokoll und für die Behandlung von Studienpatienten vorhalten. • Auf Anfrage von Studienzentren teilnehmenden Kliniken ist die Beratung durch den Studiengruppenleiter bzw. seinem Stellvertreter binnen 3 Werktagen bzw. bei Fragen die einer interdisziplinären Abstimmung bedürfen binnen 3 Werktagen nach der studienspezifischen Tumorkonferenz zu gewährleisten. Der Prozess ist zu beschreiben und das Einhalten der Zeitschiene exemplarisch zu belegen anhand von Beispielen darzustellen. <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
	<p>Weitere Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Prozess der Referenzdiagnostik im Rahmen der Studie ist sicherzustellen und darzulegen. • Konsiliarische Zweitbefundung Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch teilnehmende Zentren erbeten. Der Prozess ist darzustellen. • Studienspezifische Tumorkonferenz Eine studienspezifische TK ist als bundesweite Referenz durchzuführen. Den teilnehmenden Zentren ist die Vorstellung ihrer Patienten in der TK zu ermöglichen. Der Prozess ist darzulegen. Die studienspezifische Tumorkonferenz muss mindestens einmal pro Woche stattfinden. • Eine begleitende Studienkommission ist einzurichten. Teilnehmer siehe: GPOH-Studienregeln. Die Teilnehmer sind namentlich zu nennen und die durchgeführten Sitzungen nachzuweisen. <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		

Liste der Studien ¹⁾

Name des beauftragten Prüfarztes	Name der Studie	Anzahl eingeschlossene Patienten im Kennzahlenjahr ²⁾

Zähler Kennzahl Nr. 6 „Studienquote“	

- 1) Die Liste der Studien ist obligat zu bearbeiten. Ein Verweis auf den Erhebungsbogen des Onkologischen Zentrums ist nicht möglich.
2) es dürfen ausschließlich Studienpatienten gezählt werden, die im Zentrum als Zentrumspatient geführt werden und die 2019 in die Studie eingeschlossen wurden (keine Doppelzählung von Studienpatienten in mehr als 1 Zentrum).

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.8.2 § 4 (4)	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum müssen mindestens 2 VK aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie im Tagdienst eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • Sofern in einem stationären Bereich u.a. auch in Bereichen, in denen pädiatrisch-onkologische Patienten betreut werden, ist für diesen Bereich jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft namentlich zu benennen nachzuweisen und die Aufgabenbereiche sind schriftlich nachzuweisen zu benennen. <p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft in der Pädiatrie ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Erfahrung in der Kinderonkologie <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
1.8.3 § 4 (4)	Jede Schicht muss mit mindestens zwei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden besetzt sein.	
1.8.4	Fort-/Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. 	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 		
1.8.5	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben Die im Erhebungsbogen des onkologischen Zentrums benannten Aufgaben werden analog umgesetzt, berücksichtigen aber grundsätzlich die Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.</p> <p>Patientenbezogene Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen Ermittlung des individuellen patientenbezogenen Beratungsbedarfs. Kontinuierliche Information und Beratung aller Patienten (und deren Angehöriger) während des gesamten Krankheitsverlaufes ist nachzuweisen Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten altersentsprechenden Beratungsgesprächen und Anleitung von Patienten und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit pädiatrisch-onkologischer Fachexpertise durchgeführt werden <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstellung von fachspezifischen, hausinternen pädiatrisch-onkologischen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien Angebot einer kollegialen Beratung/Supervisionen Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3)</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
1.8.6	<p>Pflegekonzept Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Besonderheiten der</p>		

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>pädiatrisch-onkologischen Pflege Berücksichtigung finden.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
1.8.7	<p>Einarbeitung</p> <p>Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines pädiatrisch-onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.9.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Für die Kinderonkologie ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p>		
1.9.2	<p>Hämatookologisches Speziallabor</p> <p>Das Labor ist zur aktiven Mitarbeit im Rahmen der Referenzdiagnostik verpflichtet (vgl. 1.7.7). Die Verpflichtung ist Bestandteil der Kooperationsvereinbarung. Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein).</p>		
1.9.3	<p>Zur Sicherstellung eines angemessen zeitnahen Befundcontrollings muss das Akutlabor eine Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden gewährleisten (vgl. 2.2.3). Die Prozesse müssen beschrieben werden.</p>		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	<p>Erstkontakt: Information/Dialog mit dem Patienten und seiner Familie</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Initialgespräch: Sorgeberechtigten-/ Patienten-Information und Therapieeinwilligung • Darstellung weiterer Behandlungskonzepte 		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen Kontaktaufnahme durch den psychosozialen Dienst innerhalb der ersten Woche 		
	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen bzw. Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.		
	<p>Gespräch zur Überleitung in die Nachsorge Mit jedem Patienten/Familie wird zur Überleitung in die Nachsorge ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden: z.B. Krankheitsstatus, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z.B. Reha, Sanitätshaus, psychosoziales Angebot).</p>		
2.1.2	<p>Sprechstunde Für die Sprechstunde ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, mit Anerkennung „Kinder-Hämatologie und –Onkologie“ verantwortlich.</p>		
2.1.3	<p>Die Sprechstunde in der Kinderonkologie findet werktätlich (Mo. – Fr.) statt und muss folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens Vermittlung an das multiprofessionelle Team bzw. die interdisziplinäre Tumorkonferenz Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses des multiprofessionellen Teams bzw. der Tumorkonferenz) Postoperative/posttherapeutische Nachsorge Tumornachsorge 		
2.1.4	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min. (Sollvorgabe)</p>		
	Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin: Anforderung: <2 Wochen		
	Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).		
2.1.5	<p>Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Konsentierter Ablauf Diagnostik Vorbereitung der Patienten für die Besprechung multiprofessionelles Team/ interdisziplinäre Tumorkonferenz Stationäre Aufnahme Stationäre Entlassung 		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierter Übergabeablauf zwischen Station, Ambulanz und Tagesklinik (Prozesse sind zu beschreiben und zu dokumentieren) <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>		
2.1.6	<p>Transition- Interdisziplinäre NachsorgeSurvivorsprechstunde - Transition</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SurvivorNachsorgeSprechstunde sollte wöchentlich stattfinden. Der verantwortliche Arzt (vgl. 2.1.2) sollte zusammen mit Fachärzten aus anderen Disziplinen einem Facharzt aus dem Erwachsenenbereich (z.B. FA für Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie oder FA für Innere Medizin und Endokrinologie) und dem Psychosozialen Dienst die erforderlichen Prozesse und Standards festlegen. Für Patienten über 18 Jahre sollte eine geordnete Transition in den Erwachsenenbereich umgesetzt werden (z.B. SOP) Die Sprechstunde sollte gemeinsam durchgeführt werden. Diese Prozesse und Standards sind zu beschreiben. <p>Farbllegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
2.1.7	<p>Genetische Beratung</p> <p>Die Zusammenarbeit mit einer Humangenetik ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln. Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein). Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Das genetische Risiko ist mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Krebserkrankung im Kindesalter“ für alle Primärfälle zu erfassen. Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Gespräch über mögliche erbliche Ursachen der Erkrankungen gemacht werden. <p>Die Checkliste ist unter www.krebsgesellschaft.de bzw. unter www.onkozert.de verfügbar.</p>		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Qualifikation Die genetische Beratung erfolgt durch einen FA für Humangenetik bzw. einen FA mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ (bis Musterweiterbildungsordnung 2003) bzw. der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung (durch eine Landesärztekammer) (Qualifikation analog zum Gendiagnostikgesetz (GenDG)).</p>		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.2.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
2.2.2	<p>Die Diagnostik erfolgt gemäß den Therapieprotokollen bzw. Leitlinien.</p>		
2.2.3	<p>Befundcontrolling</p> <ul style="list-style-type: none"> Zur Sicherstellung eines angemessen zeitnahen Befundcontrollings ist der Prozess der Befundübermittlung unter Nennung der Verantwortlichkeiten zu beschreiben Zu berücksichtigen sind: Bildgebung (3.8), Labor (1.9.3) und Pathologie (8.5). 		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
3.2 § 5 (3)	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> Mindestens ein Facharzt (1 VK) für Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie Vertretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation ist schriftlich zu belegen. Facharzt und Vertreter, sowie die Abteilung sind namentlich zu benennen. 		
3.3	<p>MTRA Mindestens zwei für Bildgebung qualifizierte MTRA (2 VK) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>		
3.4	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit</p>		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
§ 5 (3)	Klinik oder Institut für Radiologie steht auf dem klinikeigenen Gelände 24 Stunden zur Verfügung.		
3.5	Zusätzlich zu den vorzuhaltenden Methoden in der Radiologie (EB Onkologische Zentren): <ul style="list-style-type: none"> • Sonographie mit für Kinder geeigneten Schallköpfen • MRT mindestens 1,5 Tesla mit für Kinder adaptierten Spulensystemen und Untersuchungsprotokollen • Modernes Mehrzeilen CT (multislice CT, MSCT) • mit speziellen alters- und körperrgewichtsadaptierten Untersuchungsprotokollen sowie entsprechenden low-dose Protokollen soweit indiziert. 		
3.6 § 5 (3)	Durchführung der Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> • Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. • Die Durchführung der Narkose/Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. • Die Durchführung der Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
3.7	Telefonische Rückmeldung (sofortige Vorabmitteilung) auffälliger, interventionsbedürftiger Befunde innerhalb eines Arbeitstages (insbesondere neu aufgetretene Fernmetastasierung). Der Prozess ist zu beschreiben.		
3.8	Die Bildgebung erfolgt gemäß den Leitlinien und Standards des Therapieprotokolls der jeweiligen Tumorentität. Die radiologische Abteilung ist zur aktiven Mitarbeit für die Referenzdiagnostik verpflichtet (vgl. 1.7.7). Die Verpflichtung ist Bestandteil der Kooperationsvereinbarung (vgl. 1.1.2). Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein).		
3.9	Neuroradiologie <ul style="list-style-type: none"> • Für die Klinikstandorte, die neurochirurgische Eingriffe im Rahmen der KIONK-Zentren durchführen, muss 1 Facharzt für Neuroradiologie oder Facharzt für Kinderradiologie mit neuroradiologischer 		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Expertise benannt sein. Kooperationen im Umkreis von 60 km sind möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation muss benannt sein. 		
3.10	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche u. MTRA-Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 		

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
4.2 §5 (3)	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit</p> <p>Die Nuklearmedizin steht werktäglich (Mo.-Fr.) zur Verfügung. Dringliche Untersuchungen müssen innerhalb von 2 Werktagen möglich sein.</p>		
4.3	<p>Vorzuhaltende Methoden</p> <p>Obligat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knochen- u. Nierenszintigrafie • MIBG-Szintigraphie einschließlich SPECT (ggf. in Kooperation) • FDG-PET/CT (ggf. in Kooperation) <p>Fakultativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PET/MR • SPECT-CT • Non-FDG-Tracer • MIBG-Therapie 		
4.4	<p>Durchführung der Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. • Die Durchführung der Narkose/Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. • Die Durchführung der Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.5	Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Bildmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet.	
4.6	Fort-/Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

5 Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben	
5.1.2	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 3 VK Fachärzte für Kinderchirurgie in der Abteilung • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen 	
5.1.3	Qualifikation Abteilung Nachweis von mindestens 15 Operationen (inkl. PE) pro Jahr bei malignen soliden Tumoren Pat. mit Tumoren der Erkrankungsgruppen II-XII. Kinderchirurgische Fälle des KIONK, die an benannte Kooperationspartner überwiesen werden, werden angerechnet. Kooperationen (intern und extern) mit anderen, chirurgisch tätigen Abteilungen müssen bestehen (Angabe im Datenblatt „Netzwerk Chirurgie“). Ausnahmen sind zu begründen. Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017	
5.1.4	Die 24h/7d-Verfügbarkeit einer Anästhesie mit Kindererfahrung ist sicherzustellen. <ul style="list-style-type: none"> • Neben der Sedierung und Analgesie bei Diagnostik und Interventionen ist die Betreuung des Akutschmerzdienstes (ebenfalls 24h/7d) zu gewährleisten. • SOPs zu folgenden Themen sollen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interdisziplinäre Vorplanung bei großen Tumor-OPs ○ Vorgehen bei mediastinal mass Syndrom 	

5 Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Schmerztherapie (insbes. bei Immunsuppression) ○ PONV-Prophylaxe und Therapie unter Kortisontherapie ○ Sedierung für Diagnostik und Intervention an Außenarbeitsplätzen 	
5.1.5 §5 (3)	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage für Kinderchirurgie und Chirurgie</p>	
5.1.6	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische operative Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
5.2.2	<p>Fachärzte für Neurochirurgie</p> <p>a) Mind. 2 VK Fachärzte für Neurochirurgie, die für die pädiatrischen Patienten zuständig sind. Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</p> <p>Mind. 1 der FÄ muss an einem DGNC-Kurs teilgenommen haben oder bei Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein.</p> <p>b) Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 10 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen (von diesen 10 Fällen dürfen max. 2 stereotaktische, offene oder endoskopische Biopsien sein; inkl. RM) pro Jahr. Wenn die Anforderung nicht erreicht wird, können alternativ 30 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen (davon max. 6 stereotaktische, offene oder endoskopische 	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Biopsien; inkl. RM) über die letzten 3 Jahre nachgewiesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 5 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen pro benanntem Neurochirurg/Jahr. Wenn die Anforderung nicht erreicht wird, können alternativ 15 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen pro benanntem Operateur über die letzten 3 Jahre nachgewiesen werden. • Jeder Eingriff kann nur einem benannten Operateur zugeordnet werden. 		
5.2.3	<p>Fachärzte für Orthopädie</p> <p>a) Mind. 2 VK Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit onkolog. Schwerpunkt Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</p> <p>b) Qualifikation Abteilung Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE); davon mind. 5 bei Kindern und Jugendlichen. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumorresektion können angerechnet werden (Definition: OPS 5-900 bis 5-907, 5-916, 5-781 bis 5-785, 5-789.1, 5-789.2, 5-789.4, 5-820.2, 5-822.9, 5-828.0 bis 5-828.8, 5-829.0 bis 5-829.9, 5-852 bis 5-859, 5-862 bis 5-866, 5-869, 5-832.1, 5-832.2, 5-832.7 bis 5-832.9, 5-837 in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste "Zentrumsfälle Kinderonkologie" (siehe Datenblatt))</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
5.2.4	<p>Die 24h/7d-Verfügbarkeit einer Anästhesie mit Kindererfahrung ist sicherzustellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neben der Sedierung und Analgesie bei Diagnostik und Interventionen ist die Betreuung des Akutschmerzdienstes (ebenfalls 24h/7d) zu gewährleisten. • SOPs zu folgenden Themen sollen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interdisziplinäre Vorplanung bei großen Tumor-OPs ○ Vorgehen bei mediastinal mass Syndrom ○ Rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Schmerztherapie (insbes. bei Immunsuppression) ○ PONV-Prophylaxe und Therapie unter Kortisontherapie ○ Sedierung für Diagnostik und Intervention an Außenarbeitsplätzen 		
5.2.5 §5 (3)	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage</p>		
5.2.6	<p>Externe Kooperationspartner Wenn die organspezifische operative Therapie</p>		

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>(Neurochirurgie, Tumororthopädie) durch externe Kooperationspartner erbracht wird, sind folgende Punkte sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme Tumorkonferenz (siehe 1.2), wenn gemeinsame Patienten besprochen werden • 1x/Jahr Durchführung gemeinsamer Fortbildungsangebote für medizinisches Personal, Einweiser u./o. Patienten und ihre Angehörigen • Teilnahme an Qualitätszirkeln des KIONK mind. 1x/Jahr • Kennzahlen werden zur Verfügung gestellt • Die Umsetzung der Anforderungen an die Pathologie (8.3 - 8.8) muss sichergestellt werden. 		
5.2.7	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische operative Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 		

6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie

6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
6.1.2 § 4 (1)	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens drei Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie – Onkologie“ für Station, Ambulanz und/oder Tagesklinik (3 VK). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 		
6.1.3 § 5 (6)	<p>Weiterbildung</p> <p>Ermächtigung zur Schwerpunktweiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie muss bestehen.</p>		
6.1.4 § 5 (3)	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit</p> <p>Die pädiatrische Hämatologie und Onkologie muss täglich 24 Stunden erreichbar sein.</p>		

6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie

6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.1.5	Das Zentrum verfügt über einen eigenständigen , kideronkologischen bettenführenden Bereich in der Kinderklinik.		
6.1.6	Pädiatrische Intensivmedizin <ul style="list-style-type: none"> Das Zentrum verfügt über ausreichende Beatmungskapazitäten für Kinder aller Altersklassen. Es stehen intensivmedizinische Plätze in der Kinderklinik zur Verfügung. 		

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
6.2.2	Verordnung und Überwachung der medikamentösen onkologischen Therapie durch: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie –Onkologie“ Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.		
6.2.3	Pflegefachkraft Applikation von CMR Arzneimitteln findet grundsätzlich im Vieraugenprinzip statt. Voraussetzungen für die Assistenzärzte und Pflegefachkräfte, die eine Chemotherapie verantwortlich applizieren: <ul style="list-style-type: none"> Mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der pädiatrischen Onkologie Mindestens 50 Chemotherapieapplikationen/ Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung kann eine Schätzung abgegeben werden. In den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit erfolgen.) Nachweis einer Schulung nach der Handlungsempfehlung der KOK unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten (Handlungsempfehlung der 		

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen • Die Beratung und/oder Edukation der Patienten ist dokumentiert nachzuweisen. • Die entsprechenden personellen Ressourcen sind zu gewährleisten und nachzuweisen. <p>Für Assistenzärzte, die eine Chemotherapie verantwortlich applizieren, ist die Teilnahme an einer Schulung zur Applikation von Zytostatika nachzuweisen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
6.2.4	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen und thromboembolischen Komplikationen wie auch für die Transfusion von Blutprodukten sind Standards zu erstellen.</p>	
6.2.5	<p>Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.</p>	
6.2.6	<p>Die Behandlung erfolgt nach den Standards der Protokolle der aktuellen Therapieoptimierungsstudien, sowie den aktuellen Registerempfehlungen.</p>	
6.2.7	<p>Prozessbeschreibung (SOP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Prozesse in der Supportivmedizin sind festzulegen (u.a.): • Akuter Notfall • Allergische Reaktionen • Blutungskomplikationen • Paravasate • Übelkeit und Erbrechen • Sedierung und Kurznarkosen • Mukositis • Schmerztherapie • Nichtmed. Infektionsprävention • Zentrale Gefäßzugänge • Antibakterielle Therapie • Prophylaxe und Therapie Pneumocystis, invasiver Pilzinfektion, Virusinfektionen • Impfungen • Prozess bei Kindern mit Fieber bei Neutropenie muss beschrieben sein • Umsetzung krankenhaushygienischer Vorgaben • Sicherstellung 4-Augen-Prinzip für die Applikation i.v. systemische Therapie von CMR Arzneimitteln 	

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Zeit von der Kontaktaufnahme mit dem Zentrum, der Vorstellung im Krankenhaus bis zur Antibiotikagabe muss erfasst werden und mindestens über die Dauer von drei Monaten stichprobenartig statistisch ausgewertet werden. <p>Farbliegende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		
6.2.8	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. Nachweis einer Schulung des ärztlichen Personals zur Applikation von Zytostatika unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten. 		

7 Radioonkologie

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

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.0	<p>Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer</p>		

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.onkozert.de.</p>		

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

9.0 Allgemein (für Abschnitte 9.1-9.3 geltend)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.0.1	<p>Für die Patienten ist in einem schriftlichen Konzept darzulegen, wie Aspekte der Palliativversorgung in die Versorgung integriert werden. Insbesondere sind Patientengruppen und Zeitpunkte zu definieren, an denen aktiv über palliative Behandlungsoptionen mit den Patienten und deren Angehörigen kommuniziert wird. Für Patienten, bei denen keine realistische Aussicht auf Heilung besteht, sollte ein advanced care planning (ACP) stattfinden, um die weitere Behandlung an den Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie auszurichten.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>		

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
	<p>Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) für Kinder und Jugendliche zu erbringen und nachzuweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Zentrum soll sollte entweder über ein eigenes SAPV-Team für Kinder und Jugendliche verfügen oder muss eine KP-Vereinbarung mit einem SAPV-Team für Kinder und Jugendliche nachweisen. 		

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Für die im Zentrum behandelten Patienten ist die wohnortnahe Versorgung durch ein SAPV-Team für Kinder und Jugendliche sicherzustellen. <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
9.1.2	<p>Pflegerisches Personal</p> <p>Namentliche Nennung von hauptamtlichen Vollkräften mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung</p> <p>(Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung z.B. nach Dattelner Curriculum)</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
9.1.3	<p>Ärztliches Personal</p> <p>Mindestens 1 Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ist namentlich zu benennen.</p> <p>Name:</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
9.1.4	<p>Fallzahlen und Kennzahlen</p> <p>Die SAPV-Versorgung ist allen terminal erkrankten Kindern und Jugendlichen anzubieten. Dies ist zu dokumentieren. Die Versorgungen werden einzeln dokumentiert.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
9.1.5	<p>Notfall- und Krisenintervention</p> <p>Das kooperierende SAPV-Team für Kinder und Jugendliche stellt eine Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die ambulant betreuten Palliativpatienten (einschließlich ärztliche Hausbesuche) zur Verfügung:</p> <p>Nennung der Telefonnummer unter der die SAPV 24h/ 7d für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
9.1.6	<p>Supervision/ Praxisbegleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter wird dokumentiert. <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	

9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.2.1	Eine Kooperation mit einem stationären Kinderhospiz ist wünschenswert.	

9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Informationen über Kinderhospize werden vorgehalten (z.B. Adresse u. Kontaktdaten, Flyer, Link auf die Website).</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	
9.2.2	<p>Stationäre Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Informationsmaterial zu den Kinderpalliativstationen in Deutschland sollte vorhanden sein und 1 x pro Jahr aktualisiert werden. <p>In einer SOP wird das Vorgehen bzgl. folgender Themen festgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorausplanung (Notfälle, z.B. n. Rellensmann und Hasan MoKi 2009; Änderung des Therapieziels, Therapiebegrenzung...) • Symptomkontrolle (u.a. Sedierung am Lebensende) • psychosoziale Betreuung (u.a. Begleitung der Familie, insbes. von Geschwister) • Nachsorge (u.a. Trauerbegleitung, Umgang mit dem Leichnam des Kindes, Information, Supervision und Debriefing des Personals, Information der anderen Patienten der Station, Nachsorgegespräche) • Regelmäßig (mindestens 1 x /Jahr) sollen alle Mitarbeiter der kideronkologischen Station in pädiatrischer Palliativversorgung und der Umsetzung der SOP fortgebildet werden. Die SOP ist Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen für neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. • Die Umsetzung der SOP auf der kideronkologischen Station wird anhand von konkreten Beispielen während des Audits nachgewiesen. <p>Farblgende: Änderung gegenüber der Version vom 20.10.2017</p>	

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
10.2 §6 (2)	<p>Das Zentrum meldet die neu erkrankten Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Erkrankungen (mit nationalem Wohnsitz) an das Deutsche (bzw. nationale) Kinderkrebsregister.</p>	

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Die Meldung beim nationalen Kinderkrebsregister muss nachgewiesen werden: Sollvorgabe $\geq 95\%$	Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
10.3	Die Verlaufsdokumentation erfolgt über die Studienleitungen der jeweiligen Therapieoptimierungs-/Registerstudien. Sie richtet sich nach den studienspezifischen „Case-Report-Forms“ (CRF).		
10.4	Ressourcen Ein Dokumentationsassistent steht dem Zentrum zur Verfügung. Als Richtwert gilt eine VK*/50 Zentrumsfälle. *zusammen mit Studienassistenz vgl. 1.7.6)		

Datenblatt

Zur Erfassung der Basisdaten/ Kennzahlen steht eine strukturierte Excel-Vorlage zur Verfügung, bestehend aus Basisdaten und Kennzahlenbogen. Diese Excel-Vorlage beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität. Für die Zertifizierung sind ausschließlich Kennzahlendarlegungen möglich, die auf Basis der von OnkoZert bereitgestellten Excel-Vorlage erfolgen. Die Excel-Vorlage darf nicht verändert werden.

Die EXCEL-Vorlage ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar.