

Erhebungsbogen für Neuroonkologische Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Erhebungsbogen Auditjahr 2020 ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. U. Schlegel, Prof. Dr. W. Stummer

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

Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)
Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie (DGNN)
Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Hirntumorhilfe e.V. (DHH)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpfleger (KOK)
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)

Inkraftsetzung am 19.07.2018

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 19.07.2018 wurde an einigen Stellen gegenüber der Vorversion D3 (09.10.2017) modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2020 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ gekennzeichnet.

Eingearbeitet wurde:
Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien der DKG

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von Neuroonkologischen Tumoren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Wenn die in dem vorliegenden Modul beschriebene Tumorentität 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 2019 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2019 (DIMDI) dar.

Angaben zum Neuroonkologischen Zentrum

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 _____

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 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 (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
- 2 Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
- 3 Radiologie
- 4 Nuklearmedizin
- 5 Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
- 6 Medikamentöse/Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
- 7 Radioonkologie
- 8 (Neuro-) 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	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.1.2	Kooperationsvereinbarungen Hauptkooperationspartner Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie, Hämatologie und Onkologie und Medikamentöse Onkologie Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Pathologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Kinder Hämatologie und Onkologie, Ergotherapie, Augenheilkunde, Endokrinologie und Logopädie		
1.1.3	Neurologie und Neurochirurgie Neurologie und Neurochirurgie sind als betten führende Abteilungen mit 24-h-Anwesenheitsdienstbereitschaft obligater Bestandteil der Neuroonkologischen Zentren.		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.1	Anzahl Primärfälle Das Zentrum muss jährlich 100 Pat. mit der Primärdiagnose eines neuroonkologischen Tumors behandeln. Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt. Definition: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Primärfallliste am Ende des Erhebungsbogens. • Histologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen (z.B. Akustikusneurinom, Meningeome, etc.). • Pat. mit Ersterkrankung. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboardbeschluss bei histologisch nicht-gesicherten Tm (z.B. Akustikusneurinom, Meningeom, etc.). 		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. (siehe auch 5.2.3 Operative Primärfälle)</p>		
1.2.2	<p>Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Teilnehmer: Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuropathologe, Strahlentherapeut, internistischer Onkologe*. Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die Tumorkonferenz einzuladen</p> <p>*Hämato-/Onkologe Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Neuroonkologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.</p>		
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz Alle Primärfallpatienten sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden: Elektivpatienten: präinterventionell, Notfallpatienten: mind. postinterventionell (Patient kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden).</p> <p>Umfang der besprochenen Primärfälle $\geq 95\%$</p>		
1.2.4	<p>Weitere Vorstellung Tumorboard (nicht für den Kennzahlenbogen zu berücksichtigen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Abschluss der neuropathologischen Diagnose, wenn präinterventionell eine entsprechende Empfehlung des Tumorboards erfolgte, • nach Abschluss einer Therapiesequenz, • bei jeder Änderung des klinischen/ bildgebenden Befundes, soll eine erneute Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen, • Notfallpatienten, die nicht präinterventionell besprochen wurden, • Es sind alle Patienten mit Rezidiven vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. <p>Angabe Anzahl der Vorstellungen:</p>		
1.2.5	<p>Leitlinien</p>		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Hauptkooperationspartner des Zentrums müssen für neuroonkologische Tumoren, für die keine evidenzbasierten LL existieren, einheitliche Standards für die Diagnostik, Therapie u. Nachsorge festlegen (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels). • Die Standards müssen durch den LL-verantwortlichen (siehe EB OZ 1.2.12) aktualisiert und bekannt gemacht werden. Die Implementierung muss durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Der Prozess ist zu beschreiben. 		
1.2.6	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden • Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. M&M-Konferenzen sind 4-2x jährlich durchzuführen. • M&M-Konferenzen sind zu protokollieren. <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017</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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.3.2	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. 		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p>		

1.4 Psychoonkologie

	Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.4.2	Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
1.4.3	Psychoonkologie- Ressourcen Mind. 0,5 VK pro 100 beratene Patienten stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017		
1.4.4	Neuropsychologie <ul style="list-style-type: none"> • 1 Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). • Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im Betrachtungszeitraum dargestellt werden. • Folgende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien der Patientenvorstellung, • Kommunikation innerhalb des Zentrums, • Einbindung in Veranstaltungen, Qualitätszirkel, Tumorkonferenz o.ä. des Zentrums. 		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.5.2	Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines Gespräches mit dem Sozialdienst angeboten werden (Nachweis erforderlich).		
1.5.3	Sozialdienst – Ressourcen Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung. Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 Beratungen bei Patienten des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen. Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017		

1.5.4	Bei jedem Patienten ist der Rehabilitationsbedarf zu prüfen.		
-------	--	--	--

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.6.2	Patientenbefragungen: <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Patienten die Möglichkeit gegeben werden, an der Patientenbefragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). 		

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.7.2	- Kapitel nicht belegt -		
1.7.3	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen. Studienassistentz <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 		
1.7.4	Anteil Studienpatienten 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient in Studien eingebracht worden sein. 2. nach 1 Jahr: mind. 5% der malignen Primärfallzahl (ICD C70-72, C75.1-3) Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt).		

1.7 Studienmanagement

	<p>Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpatienten bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <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. • Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden. 		
--	---	--	--

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.8.2	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. 		

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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.9.2	<p>Logopädie Mind. 1 Logopädin steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). Aufgaben Logopädie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: über Kooperationsvereinbarungen ist der zeitnahe ambulante Zugang zu Sprech-, Sprach- und Schlucktherapien zu gewährleisten. 		

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Stimm- und Schlucktraining, Sprech-, Sprach- und Schluckdiagnostik und –therapie. • Essenbegleitung. 		
1.9.3	<p>Ergotherapie Mind. 1 Ergotherapeut steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). Aufgaben Ergotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: • Über Kooperationsvereinbarungen ist in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der zeitnahe ambulante Zugang zu gewährleisten. • Wiedererlangen und/ oder Erhaltung der Handlungsfähigkeit und damit größtmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. • Sensomotorisch-perzeptives Training. • Kognitives und neuropsychologisches Training. • Hilfsmittelberatung und-versorgung. 		

2 Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	<p>Information/ Dialog mit Patient 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"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte. • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen. • Entlassungsgespräche als Standard. <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
2.1.2	<p>Durchführung der Sprechstunde Für die Durchführung der Sprechstunde ist ein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Neurologie oder • Facharzt für Neurochirurgie <p>Verantwortlich.</p>		
2.1.3	<p>Die Sprechstunde in der Neurologie und Neurochirurgie muss mind. 1x pro Woche stattfinden und 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). • Postoperative Nachsorge. • Tumornachsorge. 		

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.		
2.1.3	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min (Sollvorgabe) 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).		
2.1.4	Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/Methoden sicherzustellen: <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur Bildgebung. • Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. • Neuropsychologische Diagnostik. • Neurophysiologische Diagnostik z.B. EEG. • Liquordiagnostik. • Neurologische Untersuchung. 		
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> • Konsentierter Ablauf Diagnostik. • Vorbereitung der Patienten für die Tumorkonferenz. • Stationäre Aufnahme. Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.2.1	Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren 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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
3.2	Fachärzte		

3 Radiologie

	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Neuroradiologie. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. <p>Der Kooperationspartner der Neuroradiologie darf max. 60 km entfernt sein.</p>		
3.3	RTAs der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.		
3.4	Notwendige Untersuchungsmethoden am Standort: <ul style="list-style-type: none"> • Perfusions-MRT • Digitale Subtraktionsangiographie (DSA) • Fakultativ: MR-Spektroskopie 		
3.5	Notwendige therapeutische Techniken (ggf. über Kooperation): <ul style="list-style-type: none"> • Interventionelle Katheterverfahren 		
3.6	Die neuroradiologische Beurteilung sollte nach den RANO-Kriterien erfolgen. Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017		

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
4.2	Notwendige Untersuchungsmethoden (ggf. über Kooperation): Sofern kein Zugang zur MR-Spektroskopie gewährleistet ist: <ul style="list-style-type: none"> • Aminosäure-PET 		

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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

5.2 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
5.2.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Fachärzte für Neurochirurgie • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen 		
5.2.3	<p>5.2.3a Operative Primärfälle</p> <p>Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operators zu operieren. (Als 1. oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision).</p> <p>Definition operative Therapie: OPS-Schlüssel: 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1, 5-035, 5-075</p> <p>5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510. - 1-512.; 1-514 - 1-515</p>		
5.2.4	<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro Operateur Nachweis von mind. 25 offenen neuroonkologischen Operationen/ Jahr (als 1. Operateur oder als 2. Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure). • Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. <p>OPS-Schlüssel 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1; 5-035; 5-075</p>		
5.2.5	<p>Zulassung neuer Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Neurochirurgie • Zusätzlich zu der Facharztbezeichnung: Nachweis von mind. 50 OPs bei supra- oder infratentoriellen Tumoren, 20 OPs bei spinalen Tumoren (inklusive Wirbelkörper- Metastasen) und 20 Biopsien, die mit Hilfe computergestützter, dreidimensionaler Planungssysteme (z.B. Stereotaxie, Neuronavigationssysteme) durchgeführt wurden (Vorlage OP-Berichte, Durchführung als 1. Operateur). 		
5.2.6	<p>Stereotaxie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Stereotaxie muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein). • Vertretungsregelung muss bestehen. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Qualifikation muss über Curricula nachgewiesen werden. • Anforderung: 10 stereotaktische Operationen/ Jahr. 		
5.2.7	Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 50 Primärfälle muss die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.		
5.2.8	Vorzuhaltende Strukturen/ Techniken <ul style="list-style-type: none"> • Minimalinvasive, stereotaktische OP-Methoden auch unter Anwendung von Neuronavigation. • Mikrochirurgie. • Intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring (evozierte Potentiale, EMG, kortikale und subkortikale Stimulation). • Methoden der intraoperativen Tumorlokalisation (intra-OP MRT, Ultraschall, Fluoreszenz). • Frühe postoperative MRT Kontrollen binnen 72 Stunden. • Intraoperative Schnellschnittdiagnostik durch Neuropathologen. 		
5.2.9	Bereitschaft/ Erreichbarkeit Neurochirurgie 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage.		
5.2.10	Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> • Operative Vorbehandlung der Patienten. • Standard der operativen Strategien. • Operative Nachbehandlung. 		
5.2.11	Postoperative Komplikationen <ul style="list-style-type: none"> • Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung. • Postoperative Wundinfektionen. 		
5.2.12	Postoperative Überwachung <ul style="list-style-type: none"> • Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Station 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	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.		

6.1 Hämatologie und Onkologie

	Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
6.1.2	<p>Ärztliche Qualifikation Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie</p> <p>Anforderungen (fakultativ) Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie</p> <p>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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
6.2.2	<p>Autologe Stammzelltransplantation Die Möglichkeiten zur autologen Stammzelltransplantation muss, ggf. in Kooperation vorhanden sein.</p>		

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 https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017</p>		

8 (Neuro-) 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.onkoziert.de</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017</p>		
8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
8.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Neuropathologen stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 		
8.3	<p>MTAs</p> <p>Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTAs/ Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.</p>		
8.4	<p>Fallzahlen Institut/Abteilung für Neuropathologie</p> <p>Jährlich mind. 1.000 histologische inkl. zytologische und immunhistochemische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.).</p>		
8.5	<p>Histologische Klassifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach den Kriterien der aktuellen WHO-Klassifikation der Tumoren des zentralen Nervensystems. • Die nach WHO-Kriterien notwendigen histologischen, zytologischen, histochemischen und immunhistochemischen Verfahren müssen etabliert sein. 		
8.6	<p>Stereotaktische Hirnbiopsien</p> <p>Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von stereotaktischen Hirnbiopsien muss gegeben sein.</p>		
8.6.1	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch Neuropathologen zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen >45km sind zu begründen). 		

8 (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die telemedizinische, mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden. <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017</p>		
8.7	Zytopathologische Beurteilung Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von liquorzytologischen Präparaten muss gegeben sein.		
8.8	Molekulare Diagnostik Möglichkeit zur Bestimmung neuroonkologisch relevanter molekularer Marker entsprechend WHO-Klassifikation 2016 (z.B. MGMT Promotormethylierung, 1p/ 19q Deletion, Mutationen im IDH1 Gen) (ggfs. in Kooperation) und Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein.		
8.9	Asservierung von Gewebeproben Zusätzlich zur Asservierung von Paraffinblöcken und Schnittpräparaten muss die Möglichkeit zur Asservierung von schockgefrorenen Gewebeproben bei mindestens -80°C vorhanden sein.		
8.10	Beteiligung an klinischen Studien und translationalen Forschungsprojekten <ul style="list-style-type: none"> Bereitstellung/ Versand von Gewebeproben für referenzhistologische Begutachtung im Rahmen klinischer Studien. Asservierung, Bereitstellung und ggfs. Versand von Gewebeproben für translationale Forschungsprojekte im Rahmen klinischer Studien. 		

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

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

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

10.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren 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 eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält. • Anzahl erfasste Primärfälle: 100% • Die Patienten mit Neuroonkologische Tumoren müssen in <u>einem</u> Tumordokumentationssystem erfasst werden (parallele Systeme sind nicht zulässig). <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum</p> <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.10.2017</p>		

Datenblatt

Für die Erfassung der Kennzahlen und Daten steht den Zentren eine strukturierte EXCEL-Vorlage (Datenblatt) zur Verfügung. 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.