

# Erhebungsbogen für Sarkomzentren Modul im Onkologischen Zentrum

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Sarkomzentren der DKG.

**Vorsitzende der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. P. Hohenberger, Prof. Dr. L. Lindner

**Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):**

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

## Inkraftsetzung am 18.10.2021

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

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

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

In einem Sarkomzentrum können Pat. mit Weichteilsarkomen inkl. GIST und/ oder Pat. mit Knochensarkomen behandelt werden. Das Zentrum kann den Geltungsbereich des Sarkomzentrums frei wählen:

- Zertifiziertes Sarkomzentrum für Weichteilsarkome,
- Zertifiziertes Sarkomzentrum für Knochensarkome,
- Zertifiziertes Sarkomzentrum Weichteilsarkome und Knochensarkome.

Sofern das Sarkomzentrum nur für Weichteilsarkome zertifiziert werden soll, ist es unerheblich, ob Knochentumoren versorgt werden.

Wenn der Geltungsbereich Weichteilsarkome und Knochensarkome umfasst, sind die operativen quantitativen Vorgaben an die Operationen bei Knochentumoren im Kap. 5.2.2 a) nachzuweisen.

Das Logo des Sarkomzentrums spiegelt den jeweiligen Geltungsbereich wider. Voraussetzung für die Zertifizierung eines Sarkomzentrums mit nur einer Entität ist, dass die jeweilige andere Entität nicht am Zentrum versorgt wird (siehe hierzu auch FAQ-Dokument).

Der hier vorliegende Erhebungsbogen kann ab sofort verwendet werden und stellt für alle Audits die Bewertungsgrundlage dar. Für alle Audits ab dem **01.01.2022** ist der Erhebungsbogen verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der Version vom **27.07.2020** sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

### Änderung vom 31.08.2022

Gegenüber der Version D1 vom 18.10.2021 sind die Änderungen farblich „gelb“ markiert.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (DIMDI) (Morphologie) 2020 und die OPS-Klassifikation OPS 2022 (DIMDI) dar.

Hinweis: Im Sinne einer gendgerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient\*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

**Angaben zum Sarkomzentrum**

**Geltungsbereich des Zentrums:**

Weichgewebetumoren inkl. GIST

Knochentumoren

Zentrumsname

---

Leitung des Zentrums

---

Zentrumskoordinator

---

Standort Name Klinikum

---

Ort

---

**QM-Systemzertifizierung**

QM-Systemzertifizierung

ja

nein

**Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner**

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stamblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter [www.oncomap.de](http://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 Stamblattes zu benennen. Das Stamblatt 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 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 Beteiligung Patientinnen und Patienten
  - 1.7 Studienmanagement
  - 1.8 Pflege
  - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
- 2 Organspezifische Diagnostik und Therapie
  - 2.1 Sprechstunde
  - 2.2 Diagnostik
- 3 Radiologie
- 4 Nuklearmedizin
- 5 Operative Onkologie
  - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
  - 5.2 Organspezifische operative Therapie
- 6 Medikamentöse/Internistische Onkologie
  - 6.1 Hämatologie und Onkologie
  - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
- 7 Radioonkologie
- 8 Pathologie
- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
- 10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

## Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

**1 Allgemeine Angaben zum Zentrum**

**1.1 Struktur des Netzwerks**

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

## 1.1 Struktur des Netzwerks

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

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

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

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

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

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Pat. mit lokalisierter Ersterkrankung oder primärer Metastasierung, die im Sarkom-Zentrum/ dem kooperierenden Organkrebszentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und in diesem/ diesen wesentliche Teile der Therapie erhalten.</li> <li>• Es werden nur Erstdiagnosen gezählt.</li> <li>• Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; Ausnahme: Primärfälle, für die andere Zertifizierungsverfahren bestehen (z.B. Gynäkologisches Krebszentrum: Doppelzählung möglich, Voraussetzung: siehe 1.1.2).</li> <li>• Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister.</li> <li>• Die Primärfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden.</li> </ul> <p>Farbllegende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>		
1.2.2	<p><b>Interdisziplinäre prätherapeutische* und postoperative Tumorkonferenz</b></p> <p>Zyklus/ Teilnehmer Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operative Fachdisziplin</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Pathologie</li> <li>• Radioonkologie</li> <li>• Hämatologie/ Onkologie</li> <li>• Gastroenterologie/ Gynäkologie, wenn die systemischen Therapien durch diese Disziplinen durchgeführt werden</li> </ul> <p>Mind. 1 operative Fachdisziplin muss obligat in der Tumorkonferenz vertreten sein.</p> <p>Bei der Besprechung von Pat. mit Knochentumoren muss der Vertreter (Tumor-) Orthopädie/ Unfallchirurgie obligat an der Tumorkonferenz teilnehmen.</p> <p>Davon unabhängig gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die chirurgischen Fachdisziplinen Orthopädie/ Unfallchirurgie, Allgemein-/ Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie müssen pat.bezogen teilnehmen.</li> </ul>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pädiatrisch-onkologische Kooperationspartner sind pat.bezogen einzuladen.</li> <li>• Weitere Fachdisziplinen (wie z.B. Gynäkologie, HNO, Palliativmedizin, Urologie) sind indikationsbezogen einzuladen.</li> </ul> <p>*: nach durchgeführtem Staging/ Diagnostik</p>		
1.2.3	<p>Vorstellung aller <b>metastasierten Pat. mit Metastasen</b> in der Tumorkonferenz</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>		
1.2.4	<p><b>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prätherapeutische Fallvorstellung: Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95%</li> <li>• Postoperative Fallvorstellung: Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95%</li> </ul>	Angabe im Datenblatt	
1.2.5	<p><b>Kooperation mit Organkrebszentren</b> Wenn Kooperationen mit Organkrebszentren bestehen, sind diese anhand von konkreten Beispielen darzustellen (z.B. Teilnahme an Tumorkonferenzen)</p> <p>Die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den kooperierenden Organkrebszentren und Pat.pfade sind darzulegen (z.B. gynäkologische Sarkome, neurogene Tumoren).</p>		

## 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

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

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.4.2	<p><b>Psychoonkologie - Ressourcen</b> Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum stehen mind. 0,5 VK für 150 Beratungen bei Pat. des Zentrums (=Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit</p>		

#### 1.4 Psychoonkologie

	den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).  Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020		
1.4.3	<b>Umfang der Versorgung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anzahl der Pat., welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.</li> <li>Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen.</li> </ul>		

#### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.5.2	<b>Sozialdienst - Ressourcen</b> Für die Beratung der Pat.ienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK Sozialarbeit für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) Beratungen bei Pat- des Zentrums (=Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.  Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020		
1.5.3	<b>Umfang Pat.betreuung</b> Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	Angabe im Datenblatt	

#### 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.6.2	<b>Pat.befragungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mind. alle 3 Jahre wird einmal über 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben, an der Pat.befragung teilzunehmen.</li> <li>Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten).</li> </ul>		

**1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten**

<p><b>1.6.3</b> <b>neu</b></p>	<p><b>Pat.veranstaltungen</b> Pat.veranstaltungen im Zentrum sollen ohne Unterstützung kommerzieller Unternehmen (z.B. Pharmaindustrie) durchgeführt werden.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>		
------------------------------------	--	--	--

**1.7 Studienmanagement**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.7.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.7.3	<p><b>Studienbeauftragter</b> Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.</p> <p>Studienassistentz b) Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. c) Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.</p>		
1.7.4	<p><b>Anteil Studienpat.</b> Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt, <b>alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen</b>).</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p> <p>Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung.</li> <li>• Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien.</li> <li>• Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden.</li> </ul>		

## 1.8 Pflege

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

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

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

## 2 Organspezifische Diagnostik und Therapie

### 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	<b>Information/ Dialog mit Pat.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. mit primärem Weichgewebetumor und/ oder primärem Knochentumor</li> <li>• Pat. mit Rezidiv/ Fernmetastasierung</li> </ul>		

**2.1 Sprechstunde**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Mitteilung der Diagnose, Erläuterung des Befundes, Darstellung der unterschiedlichen Therapieoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Vorteile der vorgeschlagenen Therapie</li> <li>• der Risiken, der therapiebedingten Nebenwirkungen und deren Behandlung, ggf. der Spätfolgen</li> <li>• ggf. der Möglichkeit, an einer klinischen Studie teilzunehmen</li> <li>• Information über supportive Maßnahmen</li> <li>• Angebot (und Vermittlung) einer Zweitmeinung</li> <li>• Dem Pat. muss ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse eingeräumt werden</li> <li>• Während der gesamten Versorgungskette muss die Informationsvermittlung am Bedürfnis des Pat. ausgerichtet werden</li> <li>• Anforderung ist in Verbindung mit Kapitel 1.6 zu bearbeiten</li> <li>• Entlassungsgespräche als Standard</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen oder Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
2.1.2	<p>Die <b>Sprechstunde</b> muss mind. 1x pro Woche in den operativen Einheiten oder in der Hämatologie/ Onkologie (ggf. auch als gemeinsame Sprechstunde) unter elektiv ambulanten Bedingungen stattfinden. Für die Sprechstunde ist ein für Pat.gespräche mit Angehörigen geeigneter Raum zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Die Sprechstunde muss folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung;</li> <li>• Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens;</li> <li>• Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz;</li> <li>• Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz);</li> <li>• Erfassung Familienanamnese bzgl. Hintergrund familiäres Karzinomrisiko (insb. Li-Fraumeni-Syndrom und familiäre adenomatöse Polyposis) (siehe auch Abschnitt 2.1.6);</li> <li>• Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation</li> </ul>	<p>Die Sprechstunde erfolgt in der</p> <p><input type="checkbox"/> Hämatologie/ Onkologie</p> <p><input type="checkbox"/> Operativen Einheit</p> <p>Benennung operative Einheit:</p>	

**2.1 Sprechstunde**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.		
2.1.3	<p><b>Wartezeiten während der Sprechstunde</b> Anforderung: &lt; 60 Min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: 5 Werktage (Sollvorgabe)</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>		
2.1.4	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende <b>Leistungen/ Methoden</b> sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsiliarische Vorstellung der Pat. in der Thorax- bzw. Gefäßchirurgie bzw. Plastische Chirurgie bzw. Viszeralchirurgie bzw. Strahlentherapie bzw. Hämatologie/ Onkologie (Hauptkooperationspartner) möglichst am gleichen Tag;</li> <li>• Konsiliarische Vorstellung der Pat. in anderen Fachdisziplinen/ Kooperationspartner binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde;</li> <li>• Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie unmittelbar in der Weichgewebetumor-Sprechstunde oder binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde</li> </ul>		
2.1.5	<p>Folgende qualitätsbestimmende <b>Prozesse</b> sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarkomdiagnostik inkl. Befundmitteilung;</li> <li>• Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern (v.a. extern)</li> <li>• Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz;</li> <li>• Stationäre Aufnahme;</li> <li>• Diagnostik bei Pat. mit Lokalrezidiv/ Fernmetastasierung;</li> <li>• Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation.</li> </ul> <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>		
2.1.6	<p><b>Familiäres Krebsrisiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das genetische Risiko sollte mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Pat. mit Weichgewebetumoren“ erfasst werden. Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Beratungsgespräch (z.B. durch den behandelnden Facharzt) über mögliche erbliche Ursachen für die Erkrankungen gemacht werden.</li> </ul>		

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Algorithmus zur Zusammenarbeit mit der Humangenetik muss definiert sein und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</li> </ul>		

## 2.2 Diagnostik

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

## 3 Radiologie

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

### 3 Radiologie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CT-Angiographie</li> <li>• MR-Angiographie</li> <li>• Ganzkörper-MRT (ggf. über Kooperationsvereinbarung)</li> </ul>		
--	---	--	--

### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
4.2	<b>Fachärzte der Nuklearmedizin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung.</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.</li> </ul>		
4.3	<b>MTAs der Nuklearmedizin</b> Mind. 2 qualifizierte MTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein		
4.4	<b>FDG-PET/ PET-CT</b> Der Zugang ist sicherzustellen. Sofern dies nicht direkt am Standort des Zentrums möglich ist, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu organisieren.		

### 5 Operative Onkologie

#### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

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

#### 5.2 Organspezifische operative Therapie

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

**5.2 Organspezifische operative Therapie**

	<p>Vertretungsregelung mit gleicher chirurgischer Expertise für Sarkome muss (ggf. in Kooperation) vorhanden sein.</p> <p>Es muss eine Vertretungsregelung bestehen. Bei der Erstzertifizierung gilt Für den Vertreter (Viszeralchirurgie bzw. Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie) gilt bei der Benennung: Es müssen mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren ist die geforderte Mindestexpertise von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) nachzuweisen.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>		
<p>5.2.2 a)</p>	<p><b>Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen.</li> <li>• Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss definiert sein (z.B. SOPs) und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</li> <li>• Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Pat. nachzuweisen.</li> <li>• Für die Sarkomchirurgie (kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/ unfallchirurgische und ggf. plastisch-chirurgische Abteilungen an 1 Standort) gilt: Es müssen gemeinsam mind. 50 Tumorresektionen/ Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.</li> <li>• Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Tumorresektionen/ Standort/ Jahr durchgeführt werden. Diese können Teilmenge der 50 Tumorresektionen sein.</li> </ul>		
<p>b)</p>	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur.</li> <li>• In Kooperation durchgeführte Eingriffe bei komplexen Fällen können für beide Hauptoperateure gezählt werden.</li> </ul>		

**5.2 Organspezifische operative Therapie**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden.</li> </ul> <p><b>Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen</b> Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>		
c)	<p><b>Zulassung neuer Operateure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte).</li> </ul>		
5.2.3	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Thoraxchirurgie</b> Die Beschreibung der Qualifikation der benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula.</p> <p>Folgende Parameter müssen erfüllt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie.</li> <li>Nachweis folgender Eingriffe: Mind. 100 selbstständig durchgeführte Lungenresektionen nach dem Facharzt, davon mind. 15 anatomische Segmentresektionen, 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen.</li> </ul>		
5.2.4 a)	<p><b>Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr durchgeführt werden.</li> <li>Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Pat. können jeweils gezählt werden.</li> <li>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-058.4, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden.</li> </ul>		
	<p><b>Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen</li> </ul> <p>Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und die Organisation der Zuweisung von Pat. für die o.g. Eingriffe in SOPs zu beschreiben.</p>	<p>Folgende Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen):</p> <p><b>Im Zentrum</b>      <b>Externe Kooperation</b></p> <p>—                      —</p>	

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

	<p>Die pat.spezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>			Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen	
b)	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Plastische Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 15 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr pro benanntem Operateur.</li> </ul>				
c)	<p><b>Zulassung neuer Operateure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 50 plastisch-rekonstruktive Eingriffe pro Operateur innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte).</li> </ul>				
5.2.5	<p><b>Ausbildung neuer Operateure</b></p> <p>Pro Zentrum und pro 75 operierte Fälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.</p>				
5.2.6	<p><b>Postoperative Komplikationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung</li> </ul>				
5.2.7	<p><b>Postoperative Überwachung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Unit zur Verfügung stehen.</li> <li>Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</li> </ul>				

## 6 Medikamentöse/ Internistische Onkologie

### 6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
6.1.2	<p><b>Ärztliche Qualifikation</b></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung 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 Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>										
6.2.2	<p><b>Der durchführende/ therapieüberwachende Arzt muss folgende Kriterien erfüllen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder</li> <li>• Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder</li> <li>• Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie.</li> </ul> <p>Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.</p>										
6.2.3	<p><b>Fallzahlen im Sarkomzentrum</b></p> <p>mind. 30 systemische Therapien bei Pat. mit Sarkomen (Chemotherapien, Antikörpertherapien, TKI etc.)/ Jahr. Zählweise: systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie.</li> </ul>										
6.2.4	<p><b>Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolierte Extremitätenperfusion</li> <li>• Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen</li> <li>• Regionale Tiefenhyperthermie (gemäß ESHO-Guidelines)</li> </ul> <p>Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und die Organisation der Zuweisung von Pat. für die o.g. Eingriffe in SOPs zu beschreiben. Die pat.spezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 27.07.2020</p>	<p>Folgende Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen):</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>Im Zentrum</b></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>Externe Kooperation</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><b>Isolierte Extremitätenperfusion</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><b>Regionale Tiefenhyperthermie</b></td> </tr> </table>	<b>Im Zentrum</b>	<b>Externe Kooperation</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Isolierte Extremitätenperfusion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Regionale Tiefenhyperthermie</b>
<b>Im Zentrum</b>	<b>Externe Kooperation</b>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Isolierte Extremitätenperfusion</b>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Regionale Tiefenhyperthermie</b>									

## 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 <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkoziert.de">www.onkoziert.de</a>.</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 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 <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkoziert.de">www.onkoziert.de</a>.</p>	

## 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

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

**10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
10.2	<p><b>Tumordokumentationssystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung ein Tumordokumentationssystem bestehen, in dem für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten eingepflegt sind.</li> <li>• Die Pat. mit Sarkomen müssen in einem zentralen Tumordokumentationssystem erfasst werden.</li> <li>• Die verschiedenen Therapien (z.B. OP, Rad. neoadj./ adj.) müssen auswertbar hinterlegt sein.</li> </ul> <p>Name des Tumordokumentationssystems:</p>		

**Datenblatt**

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

Das Datenblatt ist als Download unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) und [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) abrufbar.