

# 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 Orthopädische Chirurgie (DGOOC)  
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 Röntgengesellschaft (DRG)  
Deutsche Sarkomstiftung (Selbsthilfe)  
Deutscher 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 15.05.2023**

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 01.01.2023 ist der Erhebungsbogen verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der Version vom 31.08.2022 sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichnet.

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 2023 (DIMDI) dar.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten 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.a	<p><b>Kooperationsvereinbarungen</b></p> <p>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).</p> <p>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></p> <p>Chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Sarkome (vertreten durch Orthopädie/ Unfallchirurgie und Allgemein- und Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie und Plastische Chirurgie), Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie.</p>	
1.1.2.b	<p><b>Kooperationspartner</b></p> <p>Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren unter 1.1.6 genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit:</p>	

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>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.a	<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>	
1.2.1.b	<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> </ul>	

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <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;</li> <li>• 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>	
1.2.1.c	<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 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> <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;</li> <li>• 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>	

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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> <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 Pat. mit Metastasen in der Tumorkonferenz</p>	
1.2.4	<p>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</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> <p>Angabe im Datenblatt</p>	
1.2.5	<p><b>Kooperation mit Organkrebszentren</b></p> <p>Wenn Kooperationen mit Organkrebszentren bestehen, sind diese anhand von konkreten Beispielen darzustellen (z.B. Teilnahme an Tumorkonferenzen)</p>	



## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den kooperierenden Organkrebszentren und Pat.pfade sind darzulegen (z.B. gynäkologische Sarkome, neurogene Tumoren).	

## 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 Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.4.2	<b>Psychoonkologie - Ressourcen</b> Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	
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.in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des Zentrums (=Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	
1.5.3	<b>Umfang Pat.betreuung</b>	

### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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>	
1.6.3	<b>Pat.veranstaltungen</b> <del>Pat.veranstaltungen im Zentrum sollen ohne Unterstützung kommerzieller Unternehmen (z.B. Pharmaindustrie) durchgeführt werden.</del> Sofern Patientenveranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	

### 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.7.3	<b>Studienbeauftragter</b> Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.  Studienassistent b) Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. c) Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.4.a	<b>Anteil Studienpat.</b> Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein.	

### 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle	
1.7.4.b	Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt, alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen).	
1.7.4.c	Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: <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>	

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

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

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <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>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>	
2.1.2.b	<p>Die Sprechstunde erfolgt in der Hämatologie/ Onkologie Operativen Einheit</p> <p>Benennung operative Einheit:</p>	
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> </ul>	

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <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 zur Feststellung der Indikation zur Genetischen Beratung bei Diagnose Sarkom und Erkrankungsalter <math>\geq 18</math> Jahre „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> <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>	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen.	
3.4	<b>Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie</b> <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	<b>Techniken</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CT aller Körperregionen</li> <li>• MRT aller Körperregionen</li> <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	<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>	
4.2	<b>Fachärzte der Nuklearmedizin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt/ <b>fachkundiger Arzt</b> für Nuklearmedizin steht zur Verfügung.</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.</li> <li>• Facharzt/ <b>fachkundiger Arzt</b> 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	<p><b>Fachärzte</b> Für die Fachdisziplinen <b>muskuloskeletale Tumorchirurgie (Orthopädie/ bzw. Unfallchirurgie bzw. und/ oder Plastische Chirurgie und/ oder sowie Viszeralchirurgie) und Thoraxchirurgie</b> ist jeweils mind. 1 Facharzt namentlich zu benennen. <b>Bei Zertifizierung für Knochensarkome ist mind. 1 Facharzt für Orthopädie/ Unfallchirurgie zu benennen.</b> 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein.</p> <p><b>Es muss eine bewährte Vertretungsregelung (mind. 1 Vertretung pro Zentrum) vorhanden sein bestehen.</b></p> <p><b>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.</b></p>	
5.2.2.a	<p><b>Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder ggf. Plastische Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tumorresektionen bei Sarkomen umfassen folgende Bereiche:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Weichgewebesarkome viszeral/retroperitoneal</b></li> <li>- <b>Weichgewebesarkome muskuloskeletal</b></li> <li>- <b>Knochensarkome</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Tumorresektionen bei Sarkomen in den oben genannten Bereichen sind von einem benannten Operateur bzw. von einer benannten Vertretung durchzuführen.</b></li> <li>• <b>Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen.</b></li> </ul>	



**5.2 Organspezifische operative Therapie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss <b>definiert sein (z.B. SOPs) und</b> 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 <b>Weichgewebesarkome (kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/ unfallchirurgische und ggf. plastisch-chirurgische Abteilungen an 1 Standort)</b> gilt: Es müssen gemeinsam mind. <b>50 Tumorresektionen Weichgewebesarkomresektionen/ Standort/ Jahr</b> bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive <b>(auch bei Sarkompatienten &lt;18 Jahren)</b>; Biopsien <b>und Sarkom-Metastasen</b> werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.</li> <li>• Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. <b>10 Tumorresektionen—Knochensarkomresektionen/ Standort/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten &lt;18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt)</b> durchgeführt werden. <b>Diese können Teilmenge der 50 Tumorresektionen sein.</b></li> </ul>	
5.2.2.b	<p><b>Jährliche Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder ggf. Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen.</b></li> <li>• Mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur <b>(siehe Kap. 5.2.2c).</b></li> <li>• Bei Durchführung von Resektionen von <b>Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich</b> gilt: Es müssen als 1. Operateur mind. 10 Fälle im <b>jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein.</b></li> <li>• In <b>interdisziplinärer</b> Kooperation durchgeführte Eingriffe bei komplexen Fällen können für beide Hauptoperateure gezählt werden.</li> <li>• <b>Eine benannte Vertretung (siehe Kap. 5.2.2c) muss mind. 10 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) nachweisen können.</b></li> <li>• Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden.</li> </ul>	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p><b>Bei Zertifizierung für Knochensarkome:</b>  <b>Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Facharzt für Orthopädie/ Unfallchirurgie</b></li> <li>• Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).</li> <li>• Bei Erstzertifizierung ist pro benanntem Operateur für Knochentumorresektionen mind. eine Anmeldung zur Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC ausreichend. Nach 1 Jahr ist die abgeschlossene Qualifikation (bzw. die positive Einzelfallprüfung) nachzuweisen.</li> </ul>	
5.2.2.c	<p><b>Qualifikation für Zulassung neuer Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</b></p> <p><b>Zulassung neuer benannter Operateure Weichgewebesarkome:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Weichgewebesarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte).</li> <li>• Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als Hauptoperateur mind. 25 Operationen im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein</li> </ul> <p><b>Knochensarkome:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Knochensarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte)</li> </ul> <p><b>Zulassung neuer Stellvertreter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Erstzertifizierung Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) (Vorlage OP-Berichte)</li> <li>• Nach 3 Jahren Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich müssen mind. 25 im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein</li> </ul>	

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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 <b>(keine Beschränkung auf Sarkompatienten)</b> 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>	
5.2.4.b	<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. Die pat.spezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.</p>	
5.2.4.c	<p>Folgende Untersuchungstechniken/Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen):</p> <p>Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen Im Zentrum Externe Kooperation</p>	
5.2.4.d	<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 <b>(keine Beschränkung auf Sarkompatienten)</b>.</li> </ul>	

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.4.e	<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) <b>(keine Beschränkung auf Sarkopatien)</b>.</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 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 <u>durchführende/ therapieüberwachende Arzt</u> 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 Tumortherapie oder</li> </ul>	

**6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <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> 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.a	<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>• 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>	
6.2.4.b	<p>Folgende Untersuchungstechniken/Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen):</p> <p>Isolierte Extremitätenperfusion Im Zentrum Externe Kooperation</p> <p>Regionale Tiefenhyperthermie Im Zentrum Externe Kooperation</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 <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.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.onkozert.de">www.onkozert.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	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
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 ein strukturiertes 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 Datenblatts 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.