

Erhebungsbogen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Keine inhaltlichen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2023 gültigen Version

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumoren

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. H. Iro, Prof. Dr. Dr. M. Ehrenfeld

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Bundesverband der Kehlkopferoperierten e.V. (BVK)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)
Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL)
Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen- Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V. (DGHNO)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
Deutsch - Österreichisch - Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Interdisziplinäre AG Kopf-Hals-Tumoren (IAG-KHT)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Leitlinie S3 Larynx (LL S3 Larynx)
Leitlinie S3 Mundhöhle (LL S3 Mundhöhle)

Inkraftsetzung am 21.09.2023

Die in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2022 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2023 durchgeführten Audits gültig.
Der Erhebungsbogen des Auditjahres 2023 kann, sofern ggf. enthaltene Jahreszahlen durch das Zentrum angepasst werden, auch im Auditjahr 2024 weiterhin verwendet werden.

Eingearbeitet wurden:

Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien Mundhöhlen- und Larynxkarzinom

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

Wenn die in dem vorliegenden Modul beschriebene Tumorentität Teil des Onkologischen Zentrums ist, sind die hier aufgeführten fachlichen Anforderungen Basis für die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2023 (DIMDI) sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (DIMDI) (Topographie) 2019 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 Kopf-Hals-Tumor-Zentrum

Zentrumsname _____

Leitung des Zentrums _____

Zentrumskoordination _____

Standort Name Klinikum _____

Ort _____

QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung ja nein

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

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

Erstellung/ Aktualisierung

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

Die Daten 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
- 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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
1.1.2	<p>Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden externen Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert). Interne Kooperationen sind über Dienstverträge geregelt.</p> <p>Hauptkooperationspartner Operative und Medikamentöse Onkologie (HNO-Heilkunde <u>und</u> MKG-Chirurgie), Hämatologie/Onkologie, Radiologie, Pathologie, Radioonkologie.</p> <p>Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren unter 1.1.6 genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Phoniatry/ Logopädie, Dermatologie, Augenheilkunde, Neurochirurgie.</p>	
1.1.3	<p>Verbindung Onkologisches Zentrum Eine der Behandlungseinheiten, HNO und/ oder MKG, muss Teil eines zertifizierten Onkologischen Zentrums sein.</p>	
1.1.4	<p>Mehrstandortigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungseinheiten MKG und HNO können sich an verschiedenen Standorten befinden. • Behandlungseinheit MKG kann mit mehreren KHT-Zentren kooperieren; Zuordnung aller Pat. auf die Zentren muss sichergestellt sein. • Die Entfernung zwischen MKG und HNO darf max. 45 km betragen (bei Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung Sonderentscheidung bis max. 90 km möglich). • Soweit am Ort verfügbar, sind Kooperationen onkologisch tätiger Hauptfachabteilungen die Regel und haben Vorzug vor anderen Kooperationen. 	
1.1.5	<p>1x/ Jahr sollte eine Veranstaltung für Pat. und/ oder Zuweiser des KHT-Zentrums durchgeführt werden.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1.a	<p>Anzahl Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> 75 Primärfälle (=invasive Neoplasien und in-situ Karzinome des oberen Aerodigestivtrakts (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen) ohne Ösophagus). <p>ICD-10-Liste im Datenblatt</p>	
1.2.1.b	<p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; ein metachron, nach Ende der Primärtherapie aufgetretener Zweittumor einer anderen Entität (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen) wird als weiterer Primärfall erfasst; Histologischer Befund muss vorliegen; Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose (Datum des histologischen Befundes Biopsie); Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt; alle Pat. mit Erstdiagnose, lokalisiert oder metastasiert, die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten; Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem. 	
1.2.1.c	<p>Rezidive und sekundäre Fernmetastasen</p> <p>Rezidive (Lokal, regionale LK-Metastasen) und sek. Fernmetastasen werden unabhängig von den Primärfällen erfasst (siehe Datenblatt).</p>	
1.2.2	<p>Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz</p> <p>Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe</p> <p>Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Nuklearmediziner, Plastische Chirurgie, etc.) einzuladen. Sofern der Hämatologe/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/ erfüllt, vertreten werden.</p> <p>*: nach durchgeführtem Staging</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	**: die Fallbesprechungen werden für die Fachgebiete HNO <u>und</u> MKG gemeinsam abgehalten.	
1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Vorstellung der Primärfälle prätherapeutisch: Erstzertifizierung > 90% nach 1 Jahr > 95% (ausgenommen Speicheldrüsentumoren: siehe Datenblatt)	
1.2.4	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Nach Abschluss einer Therapiesequenz sollte eine erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz stattfinden, um eine evtl. Anschlusstherapie festzulegen. Anzahl der Vorstellungen nach einer Therapiesequenz:	
1.2.5	Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz) <ul style="list-style-type: none"> • Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden • Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. M&M-Konferenzen sind 2x jährlich durchzuführen. • M&M-Konferenzen sind zu protokollieren. 	
1.2.6	Alle Pat., bei denen eine Radio(chemo)therapie it. TK geplant ist, sollen prätherapeutisch persönlich bei einem Kooperationspartner vorgestellt werden (kann auch während TK erfolgen, wenn dort persönliche Vorstellung erfolgt), auch wenn die Therapie dort nicht geplant ist (z.B. wegen heimatnaher Versorgung). Das geplante Radio(chemo)therapie-Protokoll soll der durchführenden Strahlentherapie zur Verfügung gestellt werden. Die Umsetzung der Empfehlung ist zu überprüfen.	

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 Kopf-Hals-Tumoren 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.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.4.2	<p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p>	
1.4.3	<p>Psychoonkologie - Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p>	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
1.5.2	<p>Sozialdienst - Ressourcen 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.</p>	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
1.6.2	<p>Pat.befragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben sein, an der Pat.befragung teilzunehmen. 	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). Behandlungsspezifische Fragestellungen sind zu berücksichtigen. 	

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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
1.7.2	<p>Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.</p> <p>Studienassistentz</p> <ul style="list-style-type: none"> Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 	
1.7.3.a	<p>Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle</p>	
1.7.3.b	<p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt, Biobanksammlungen sind ausgeschlossen).</p>	
1.7.3.c	<p>Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument). Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. Informationen über offene Studien können über https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-b- 	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	arbeitsgemeinschaften/iag-kht.html erhalten werden.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.8.2	Onkologische Fachpflegekräfte <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. Aufgaben u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Trachealkanülen inkl. Beratung und Versorgung ist im Rahmen des speziellen Pflegekonzepts zu regeln. 	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1	Phoniatrie <ul style="list-style-type: none"> • Die Diagnostik und Therapie der Sprech- und Stimm- und Schluckstörungen sollte in Kooperation mit einer phoniatischen Abteilung oder niedergelassenen Phoniatern erfolgen. • Die Zusammenarbeit Phoniatrie, HNO/ MKG-Chirurgie und Logopädie muss im Falle einer Kooperation dargestellt werden. • In den Kliniken, in denen die Fachrichtung Phoniatrie vertreten ist, ist die Kooperation obligat. 	
1.9.2	Logopädie Mind. 1 Logopäde steht dem Zentrum zur Verfügung.	
1.9.3	Zugang Phoniatrie/ Logopädie Zugang der Pat. mit Funktionsstörung (Nachweis erforderlich).	
1.9.4	Aufgaben Stimm-/ Schlucktherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: über Kooperationsvereinbarungen ist der zeitnahe ambulante Zugang zu Stimm- bzw. Schluckrehabilitationstherapien zu gewährleisten; • Stimm- und Schlucktraining, Stimm-, Sprech- und Schluckdiagnostik und -therapie, Stimmersatzanbahnung, Artikulation; • Essensbegleitung, Ernährungsplanung; 	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Funktioneller Umgang und Beratung Trachealkanüle (z.B. spezifische Kanülenversorgung); • Versorgung Tracheostoma; • Durchführung gemeinsamer Fortbildungen mit Pflegepersonal. 	
1.9.5	<p>Ernährungsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur Ernährungsberatung ist ambulant und stationär zu ermöglichen. • Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. • Ernährungsberatung muss Bestandteil des OZ inkl. KHT-Zentrum sein, eine SOP sollte zur Verfügung stehen • Bedarf für Ernährungsberatung ist pat.bezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen • Das metabolische Risiko ("Nutritional Risk") sollte spätestens bei der stationären Aufnahme mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden. 	
1.9.6	<p>Sanitätshaus/ spezialisierter Dienstleister</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Trachealkanülen) ist zu ermöglichen. • Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. 	
1.9.7	<p>Zusammenarbeit supportive Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die Pat. mit Larynxkarzinom muss die Zusammenarbeit der supportiven Bereiche (Phoniatrie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychoonkologie, Palliativmedizin und Rehabilitation) sichergestellt sein. • Nachweis erforderlich (z.B. SOP). 	
1.9.8	<p>Zahnärztliche/ MKG-Chirurgische Vorstellung vor/ nach Radiatio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Prozess der zahnärztlichen bzw. MKG-Chirurgischen Vorstellung der Pat. vor und nach einer notwendigen Radiatio ist in Absprache zwischen den Hauptkooperationspartnern festzulegen. • Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. 	
1.9.9	<p>Epithetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit mit der Epithetik ist zu beschreiben. Dabei sind u.a. auf den Prozess der der Terminvereinbarung mit Benennung von Verantwortlichen und das Indikationsspektrum einzugehen. • Eine einheitliche Liste der kooperierenden Epithetiker ist durch das Zentrum aktuell und für alle Mitarbeiter einsehbar zu führen (z.B. Intranet, QM-Handbuch). 	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	<p>Information/ Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte; • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen; • Entlassungsgespräche als Standard. <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	
2.1.2	<p>Die Sprechstunde muss mind. 1x pro Woche in der HNO-Heilkunde und/ oder MKG-Chirurgie stattfinden und folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung; • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens; • Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz; • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz); • Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation durch MKG-Chirurgie. <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>	
2.1.3	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 Min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen</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 Leistungen/ Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische Vorstellung der Pat. an MKG bzw. HNO möglichst am gleichen Tag; • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥ 5 MHz: <p>Anforderung Durchführung: KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung</p> <p>Kriterien für die Beurteilung der Dignität: verfügbar unter</p>	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html (Reiter „Kopf-Hals-Tumor-Zentren“)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panendoskopie: Terminvergabe <2Wochen; Anforderung an die Durchführung: siehe Kap. 5. • Für HNO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lupenlaryngoskop; ○ starre Endoskope mit unterschiedlichen Blickwinkeln (z.B. 25°, 70°); ○ Flexibles Nasopharyngolaryngoskop. ○ Für MKG: ○ Orthopantomogramm. 	
2.1.5	<p>Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation/ Durchführung HNO-Spiegel-Untersuchung/ Panendoskopie bei (Entsprechend S3-Leitlinie): <ol style="list-style-type: none"> a) Mundhöhlenkarzinom: „Zum Ausschluss synchroner Zweittumoren soll im Rahmen der Primärdiagnostik des Mundhöhlenkarzinoms eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Spiegel-Untersuchung, ggf. eine Endoskopie durchgeführt werden.“ b) Larynxkarzinom: „Die Panendoskopie soll bei Pat. mit Larynxkarzinom durchgeführt werden.“ c) Pharynxkarzinom: „Durchführung Panendoskopie zur Feststellung der Ausdehnung und Ausschluss Zweitkarzinome“ (S3-LL Pharynxkarzinom gegenwärtig in Erstellung) • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz; • Stationäre Aufnahme für HNO und MKG; • Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation. <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2	Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
3.2	Fachärzte	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Kopf-Hals-Radiologie (Nachweis über Curriculum). • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. 	
3.3	Medizinisch-technische Röntgenassistenten (MTR) Mind. 2 qualifizierte MTRs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
3.4	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: <ul style="list-style-type: none"> • MRT mit Oberflächenspule Kopf-Hals 1,5 oder 3 Tesla (ggf. über Kooperationsvereinbarung); • Sonographie 7-13 MHz; • Durchleuchtungsgerät für Breischluckuntersuchungen. 	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
4.2	Fachärzte der Nuklearmedizin: <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung. • als FÄ werden auch Radiologen mit Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik anerkannt • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. 	
4.3	Medizinisch-technische Röntgenassistenten (MTR) Mind. 2 qualifizierte MTRs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
4.4	PET-CT Der Zugang ist sicherzustellen. Sofern dies nicht direkt am Standort des Zentrums möglich ist, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu organisieren.	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
5.2	Operative Einheit Falls sich eine Einheit (HNO und/ oder MKG) an der operativen Versorgung beteiligt, müssen mind. 20 Resektionen/ Jahr (Entfernung eines inv. Tm /in-situ-Tm, Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.	
5.3	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Fachärzte aus den Fachrichtungen HNO-Heilkunde und/ oder MKG-Chirurgie. • Eine erprobte Vertretung mit gleicher Qualifikation ist namentlich zu benennen. • In den Kliniken, in denen HNO und MKG als Hauptabteilungen bzw. als Fachärzte in einer Hauptabteilung vertreten sind, ist die operative Zusammenarbeit obligat, d.h. HNO und MKG sind als operative Fachärzte zu benennen. • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 	
5.4	Qualifikation Operateure <ul style="list-style-type: none"> • mind. 10 Operationen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive); • Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“; • Verfügt kein Operateur über die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ ist eine Kooperation mit einem Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie namentlich zu belegen. 	
5.5	Inhalte Kooperationsvereinbarung Plastische Chirurgie (Sofern die Plastischen Operationen über eine externe Kooperation abgedeckt werden.) Extern: Name/ Anschrift Kooperationspartner <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbare Ressourcen für das Zentrum (Sicherstellung zeitnahe Versorgung); • Bestimmung OP-Standort(e); • Geregelttes Verfahren für die Therapieentscheidung/ -abstimmung (Bezug Tumorkonferenz), Information/ Aufklärung des Pat., operative Nachsorge; • Informationsaustausch über Zufriedenheitsermittlung ästhetisch-funktionelles Ergebnis; • Die Qualifikation des Plastischen Chirurgen ist über ein Curriculum zu belegen. 	
5.6	Zulassung neuer HNO- u. MKG-Operateure <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für HNO-Heilkunde bzw. MKG-Chirurgie • Nachweis von mind. 50 als 1.Operateur durchgeführten kurativen Tumorresektionen innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte) 	
5.7	Ausbildung neuer Operateure	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pro Zentrum und pro 75 Primärfälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.	
5.8	<p>Vorzuhaltende Untersuchungstechniken/ Operationsmethoden durch die Operateure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panendoskopie (mit OP-Bericht) • Enorale bzw. transorale Chirurgie (unter Einschluss der Laserchirurgie) • Rekonstruktive Verfahren, Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen (siehe 5.9) 	
5.9	<p>Rekonstruktive Verfahren</p> <p>Folgende Verfahren zur Rekonstruktion sind anzubieten (ggf in Kooperation):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kategorie 1: Lokale Lappenplastiken • Kategorie 2: Gestielte muskulokutane Lappen (z.B. Latissimus-dorsi, Pectoralis), • Kategorie 3: mikrochirurgisch revascularisierte Transplantate <ul style="list-style-type: none"> ○ zum Weichgewebeersatz (z.B. Unterarmlappen, Oberarmlappen, ALT), ○ zum ggf. kombinierten Weichgewebe-/Knochenersatz (z.B. Transplantate der Skapula, Fibula, des Beckenkamms) • Kategorie 4: Nervenrekonstruktionen <p>Die OP-Aufklärung der Pat. über Rekonstruktionsverfahren hat durch einen entsprechend qualifizierten/erfahrenen Operateur zu erfolgen.</p> <p>Siehe Liste OPS-Codes im Datenblatt.</p>	
5.10	<p>Rekonstruktive Verfahren - Allgemeine Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der durchgeführten Rekonstruktionen (inkl. Sekundärrekonstruktionen) ist eingeteilt in die oben genannten Kategorien zu erfassen, ggf. unterteilt in Durchführung intern/extern. • Die Vor- und Nachteile der rekonstruktiven Möglichkeiten sind dem Pat. mitzuteilen und ihre Entscheidung ist zu dokumentieren. <p>Die unmittelbare perioperative Betreuung nach Rekonstruktion ist unter der Aufsicht eines in der durchgeführten OP-Technik ausgebildeten Facharztes zu gewährleisten.</p>	
5.11	<p>Postoperative Komplikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung 	
5.12	<p>Postoperativen Überwachung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Unit zur Verfügung stehen. • Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. 	

Liste der rekonstruktiven Verfahren

	Anzahl der durchgeführten Rekonstruktionen	
	intern	extern
Kategorie 1		
Kategorie 2		
Kategorie 3		
Kategorie 4		

Kategorie 1: Lokale Lappenplastiken

Kategorie 2: Gestielte muskulokutane Lappen (z.B. Latissimus-dorsi, Pectoralis),

Kategorie 3: mikrochirurgisch revascularisierte Transplantate zum Weichgewebeersatz (z.B. Unterarmklappen, Oberarmklappen, ALT) bzw. zum ggf. kombinierten Weichgewebe-/Knochenersatz (z.B. Transplantate der Skapula, Fibula, des Beckenkamms)

Kategorie 4: Nervenrekonstruktionen

Siehe Liste OPS-Codes in Datenblatt.

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

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

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

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

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	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	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkoziert.de.</p>	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	<p>Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkoziert.de.</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 Kopf-Hals-Tumoren 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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
10.2	<p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält. 	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> Die Pat. mit Kopf-Hals-Tumoren müssen in <u>einem</u> zentralen Tumordokumentationssystem erfasst werden. <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum:</p> <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	

Datenblatt

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

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