

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Sarkomzentren

11.03.2025, 10:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. P. Hohenberger, Prof. L. Lindner

Teilnehmer:

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Sarkomzentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Änderung der Geschäftsordnung

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgeschlagenen Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Sarkomzentren (Kaiser/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2024 gab es 21 Sarkomzentren an 21 Standorten. 2024 wurde 1 Zertifikat erteilt, 1 Zertifikat beendet und das erste Zentrum im Ausland zertifiziert. Die Zertifizierung als Sarkomzentrum ist weiterhin nur im Rahmen eines Onkologischen Zentrums möglich.

Im Auditjahr 2024 wurden insgesamt 25 Audits durchgeführt, darunter 3 Erstaudits, 16 Überwachungsaudits und 6 Wiederholaudits. 3 Zentren nutzten die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus (REDZYK). In 10 der auditierten Zentren wurden insgesamt 32 Abweichungen ausgesprochen (17 in Erstaudits, 9 in Überwachungsaudits und 6 in Wiederholaudits). Diese betrafen insbesondere die Unterschreitungen der operativen Expertise, fehlende Qualifikationsnachweise sowie Nichterfüllung von Kennzahlvorgaben., 2 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer ausgestellt und 1 Zentrum wurde das Zertifikat nicht erteilt.

Aktuell stehen für das Zertifizierungssystem „Sarkom“ 8 aktive FE zur Verfügung, darunter 4 Ausschussexperten. Zur Erweiterung der Ressourcen werden künftig 3 weitere FE in den Ausschuss aufgenommen. Derzeit befinden sich 3 FE im Qualifizierungsverfahren; das Hospitationsaudit wurde durchgeführt, die Ernennung steht bevor. Im Anschluss an die Sitzung ist ein FE-Update geplant, das aktuelle Themen sowie Änderungen der Zertifizierungsanforderungen umfasst.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlauswertung der Sarkomzentren (Sabet/ DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen des Auditjahres 2024 werden berichtet. Im Jahresbericht wurden 21 Zentren berücksichtigt, in denen 3.764 Zentrumsfälle (+21% im Vgl. zum Vorjahr) behandelt wurden, davon 2.579 Primärfälle (PF) (+25% im Vgl. zum Vorjahr). Nach umfassenden Änderungen des Kapitels 5 „operative Therapie“ im Jahr 2023 erreichten alle Zentren im aktuellen KeZa Jahr die Sollvorgabe (SV) der neuen KeZa 1d (Resektion der Weichgewebesarkome) und 1e (Resektion der Knochensarkome).

- Diskussion-Morphologie-Codes in den Basisdaten: Auf Nachfrage, ob die PF nach einzelnen ICD-O-3-Codes in den Basisdaten aufgeschlüsselt werden können, teilt die DKG mit, dass die Zentren die PF den übergeordneten Tumorkategorien (z. B. Weichgewebetumore viszeral/retroperitoneal/muskuloskeletal, operativ/nicht operativ) in den Basisdaten zuordnen. Somit steht nur eine aggregierte Auswertung der übergeordneten Tumorkategorien zur Verfügung.

- KeZa 2a (prätherapeutische Tumorkonferenz/Primärfälle): Die Kommission hebt kritisch hervor, dass die SV von >60% der Zentren unterschritten wird. Im Kontext der Diskussion, ob die Begründungen zur Unterschreitung (Notfalloperationen, Zufallsbefunde) als plausibel anzusehen sind, berichten DKG und OnkoZert, dass die Fälle durch die FE detailliert geprüft und für nachvollziehbar befunden wurden.
- KeZa 9 (prätherapeutische histologische Sicherung): Die Kommission diskutiert über die deutliche und z.T. wiederholte Unterschreitung der SV durch einzelne Zentren. Die Zentren begründeten Unterschreitungen mit einem hohen Anteil an Exzisions-/Resektionsbiopsien bei atypischem kartilaginären Tumor, Riesenzelltumor, aggressiver Fibromatose etc. In den Audits wurden diese Fälle plausibilisiert. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen und als Maßnahme die Prozessbeschreibung der prätherapeutischen histologischen Sicherung in einer Verfahrensanweisung sowie deren nachvollziehbare kontinuierliche Umsetzung festgelegt.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblatt

(Vorsitzende, Sabet/DKG)

Erhebungsbogen (EB)

Allgemeine Anmerkungen:

Da der EB Sarkome Teil eines Systems von 20 weiteren Zentrumsarten im Rahmen des Onkologischen Zentrums ist, sind Abschnitte des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems geknüpft. Das betrifft z.B. das Inhaltsverzeichnis, die einheitliche Definition von (Haupt-)Kooperationspartnern sowie viele Entitäten überschreitende Anforderungen.

Während der Sitzung werden die im Vorfeld versandten Dokumente mit den Änderungseingaben beraten. Das Ergebnis der Sitzung sind die konsentierten Dokumente (EB und DS) inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.2.a Kooperationsvereinbarungen

- Eine Eingabe schlägt vor, dass die Kooperation Thoraxchirurgie auch durch externe Kooperation mit einem Lungenkrebszentrum erbracht werden kann.

Hintergrund dieser Eingabe ist die Festlegung von Mindestmengen für Lungenkrebs durch den G-BA (≥ 75 anatomische Resektionen/Jahr). Dies könnte dazu führen, dass Standorte, die über kein zertifiziertes Lungenkrebszentrum (LZ) verfügen (aktuell 10 von 21 Sarkomzentren ohne LZ) und die Mindestmenge nicht erreichen, zukünftig keinen Thoraxchirurgen mit der geforderten Qualifikation am Standort vorhalten. Die Eingabe wird in der Sitzung angenommen.

1.2.3 Vorstellung Pat. mit Metastasen

- Es wird eingegeben, dass die Formulierung „*Vorstellung aller Patienten mit Metastasen in der Tumorkonferenz*“ ungenau sei und gemäß OZ Kap. 1.2.12.a präzisiert werden sollte.

Konsens der darauffolgenden Diskussion ist, den Passus aus dem EB OZ aufzunehmen, um die Verbindlichkeit und Klarheit für Sarkomzentren zu erhöhen – auch wenn dies zu einer Dopplung im mitgeltenden EB OZ führt. Zusätzlich wird ein letzter Stichpunkt neu aufgenommen, der die Bedeutung des Austauschs zwischen niedergelassenen Onkologen mit den Sarkomzentren insbesondere bei

komplexen Patienten mit Progress unterstreicht. Die bisherige Formulierung „*Vorstellung aller Patienten mit Metastasen in der Tumorkonferenz*“ wird gestrichen und durch eine präziserte Version ersetzt.

1.4.3. Psychoonkologie – Umfang der Versorgung

- Die Harmonisierung mit dem Erhebungsbogen OZ wird in der Sitzung angenommen. Der Passus „Umfang der Versorgung“ wird aus dem Erhebungsbogen Sarkom gestrichen. Es gilt nun auch für die Sarkomzentren die Anforderung des Erhebungsbogens OZ Kapitel 1.4.4. (siehe Anhang „Änderung Erhebungsbogen“).

2.1.1. Sprechstunde – Information/Dialog mit Pat.

- Die übergreifende Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden 2023, dass Zentren bei der Einholung von Zweitmeinungen unterstützen sollen (bislang Vermittlung), wird von der Kommission angenommen.

2.1.2. Sprechstunde – Eingabe Kommission:

- Im Kontext der Eingaben zum Kapitel 6 „Medikamentöse/Internistische Onkologie“ nimmt die Kommission die Änderung auf, dass die sarkomspezifische Sprechstunde nicht *entweder* durch die operativen Einheiten *oder* durch die Hämato-/Onkologie durchgeführt werden muss, sondern *durch beide Disziplinen*, ggf. auch als gemeinsame Sprechstunde, zu erfolgen hat.

5.2 Organspezifische operative Therapie

Auswertung Netzwerk Chirurgie

Vorstellung der *Auswertung des Netzwerks Chirurgie* Kennzahlenjahr 2023 durch DKG/OnkoZert Kennzahlenjahr 2023. Die erste Auswertung nach Überarbeitung des Kapitels „Operative Therapie“ zeigt eine hohe Umsetzung der Anforderungen durch die Zentren. Alle Zentren erfüllen die SV für Zentrumsresektionen der Weichgewebe- (n=50) und Knochensarkomen (n=10) sowie die Operateursregelungen zu Hauptoperateuren und Stellvertretungen. Die Stellvertretung wird von vielen Zentren bereits als fester Bestandteil des operativen Sarkomteams verstanden und regelmäßig eingebunden.

- Vier Zentren unterschreiten die Jahresexpertise für den benannten Operateur.
- Vier weitere Zentren unterschreiten die Jahresexpertise für die Stellvertretung.

5.2.1. Fachärzte

- Eine Eingabe schlägt folgende Änderungen vor: Tausch der Kapitel 5.2.1 und 5.2.2.a und Änderung des Wordings im aktuellen Kapitel 5.2.1 zur Klarstellung. Die Eingabe wird durch die Kommission angenommen.
- Die aktuelle Vertreterregelung erlaubt eine fächerübergreifende Vertretung (z.B. Orthopädie/Unfallchirurgie durch Viszeralchirurgie), was ggf. zu einer Verzögerung der

Patientenversorgung führen kann. Es wird vorgeschlagen, dass Vertreter die gleiche fachliche Qualifikation wie die von ihnen vertretenen benannten Operateure aufweisen müssen.

Die Kommission nimmt den Änderungsvorschlag nicht an. Die ursprüngliche Regelung (vor der Kommissionssitzung 2023) sah eine fachgleiche Stellvertretung vor, wurde jedoch zum damaligen Zeitpunkt von der Kommission bewusst in die aktuelle Form geändert. Ziel ist es, sicherzustellen, dass auch der Stellvertreter als Teil des operativen Teams fungiert. Die Zentren sind aufgefordert, sinnvolle Wege für die Umsetzung zu finden.

5.2.2.a Operativer Standort Sarkomchirurgie

- Eine Eingabe schlägt folgende Änderungen vor: Tausch der Kapitel 5.2.1 und 5.2.2.a zur Klarstellung und Integration der Operationsanforderung (Kapitel 5.2.2b) in das Ende des aktuellen Kapitels 5.2.1a
Die Eingabe wird durch die Kommission angenommen.
- Zur Erfüllung der geforderten 50 Zentrumsresektionen für Weichgewebesarkome werden laut einer Eingabe teils auch Eingriffe aus anderen Fachdisziplinen (z. B. Dermatologie, Gynäkologie) einbezogen. Eine Klarstellung wird vorgeschlagen, die die Zählung auf Resektionen der Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastischen Chirurgie begrenzt. DKG und OnkoZert bestätigen, dass bereits zum aktuellen Zeitpunkt eine Unterschreitung bzw. Zählung von Operationen durch andere Fachdisziplinen im Rahmen der Wiederholaudits im Dreijahresdurchschnitt betrachtet werden und somit eine kurzfristige Unterschreitung der Sollvorgabe keine Auswirkung auf das Zertifikat hat.

Die Kommission entscheidet, die Anforderungen unverändert zu lassen und diese in den Basisdaten klarzustellen. Vertreter der ACO/CAO schlagen vor, die Anzahl der Resektionen durch andere Fachdisziplinen in ausgewählten Zentren auszuwerten und die Ergebnisse in der nächsten Sitzung zu präsentieren.

5.2.2.b Jährliche Expertise benannte Operateure Sarkomchirurgie

- Eine Eingabe schlägt folgende Änderungen vor: Verschieben der Operateursanforderung in Kapitel 5.2.1 und Qualifikation Unfallchirurgie/Orthopädie in Kapitel 5.2.2a
Die Änderungen wurden durch die Kommission angenommen.
- Aktuell können Zufallsbefunde (Mikro-GIST), die postoperativ pathologisch auffallen zur operativen Expertise der Sarkomchirurgie gezählt werden. Eine Eingabe schlägt vor, eine FAQ aufzunehmen, um dies zu verhindern und Ungerechtigkeiten zwischen den Zentren zu vermeiden. Der Sachverhalt wird in der Sitzung ausführlich und kontrovers diskutiert. Es besteht Konsens, dass GIST-Inzidentalome, die intraoperativ zu keiner Änderung des operativen Vorgehens führen und erst postoperativ pathologisch auffallen, nicht für die jährliche Expertise der benannten Operateure gezählt werden dürfen.
Die Kommission beschließt, dass die DKG einen Formulierungsvorschlags bzgl. der Zählweise Inzidentalome-GIST erarbeitet. Dieser wurde mit Genehmigung des Protokolls von der Kommission konsentiert.

Formulierungsvorschlag für die Aufnahme als FAQ:

F: Können (Mikro-)GIST, die erst postoperativ als Zufallsbefund (Inzidentalom) diagnostiziert wurden, für die jährliche Expertise der benannten Operateure angerechnet werden?

A: Ein (Mikro-)GIST kann nur gezählt werden, wenn er

- präoperativ bekannt war *oder* intraoperativ entdeckt wird
- *und* das operative Vorgehen entsprechend angepasst werden muss.

(Mikro-)GIST, die intraoperativ nicht bemerkt und erst postoperativ im Pathologiebefund als Inzidentalom diagnostiziert werden, sind nicht anrechenbar.

- Um vorzubeugen, dass Zentren mehrere Hauptoperateure bzw. Vertretungen in einem OP-Bericht angeben, wird vorgeschlagen, dass bei Nicht-Ausbildungseingriffen im OP-Bericht vermerkt werden muss, welcher der genannten Operateure den Hauptteil der Tumorresektion durchgeführt hat. Nach ausführlicher Diskussion wird beschlossen, keine neuen Anforderungen diesbezüglich aufzunehmen. Wenn aus dem OP-Bericht der Hauptoperateur nicht klar ersichtlich ist, sollen FE Hinweise aussprechen dürfen. Die Sachlage wird dann im nächsten Audit kritisch überprüft.

5.2.4.a Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)

- Eine Eingabe gibt zu bedenken, dass die Anforderungen an die jährliche Expertise der plastischen Rekonstruktionen sehr gering seien und ggf. angehoben werden sollten. Die Kommission sieht kein Qualitätsdefizit in diesem Bereich, das eine Anpassung erforderlich machen würde. Der Eingabe wird nicht gefolgt.

6.2. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

6.2.2. Medikamentöse Therapie:

- Die Kommissionsmitglieder diskutieren, neue Anforderungen an den die Therapie durchführenden bzw. überwachenden Hämato-/Onkologen aufzunehmen, um die sarkomspezifische Expertise in der Hämato-/Onkologie zu stärken. Diese Anforderungen sollen eine persönliche Teilnahme an der Sarkomsprechstunde (mind. 2x/Monat) sowie mind. 1 sarkomspezifische Fortbildung alle zwei Jahre (z. B. DGHO, Deutsche Sarkomkonferenz, CTOS, ESMO, ASCO) umfassen. Die Eingabe wird von der Kommission angenommen (siehe Anhang „Änderung Erhebungsbogen“).

6.2.3. Medikamentöse Tumorthherapie

- Laut einer Eingabe sei die Anforderung von mind. 30 systemischen Therapien zu gering und sollte ggf. angehoben werden. Die Kommission sieht keinen Bedarf der Anpassung der Anforderung.

Datenblatt

Basisdaten: Klarstellung entsprechend der Eingabe Kapitel 5.2.2a

Anzahl Resektionen Weichgewebesarkome

(nur viszeral/ retroperitoneal und muskuloskelettal – vgl. EB Kap. 5.2.2 a- erbracht durch die Disziplinen Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/Unfallchirurgie und/oder plastische Chirurgie)

ICD-O-Liste:

- Eine Eingabe schlägt eine Aktualisierung der ICD-O-Liste im Datenblatt vor. Die Mandatsträger der Pathologie erklären sich bereit dies im Nachgang der Sitzung zu tun.

Kennzahlen

- Im Zusammenhang mit KeZa 9 wird die Aufnahme einer FAQ diskutiert. Hintergrund ist die Frage, ob auswärtige histologische Sicherungen, z.B. als Zufallsbefund im Rahmen einer nicht-onkologischen Operation, in den Zähler der KeZa 9 des Zentrums einfließen dürfen. Die Kommission beschließt keine FAQ aufzunehmen. Diese Fälle dürfen in den Zähler einbezogen werden.
- In der Sitzung der Sarkomzentren 2023 wurde eingegeben, dass die Aufnahme einer Kennzahl zur Anwendung des Fragebogens zum familiären Risiko in der nächsten Sitzung geprüft werden sollte. Der Fragebogen wurde im Nachgang zur letzten Sitzung überarbeitet. Die Aufnahme als Kennzahl fand in der Kommission keine Mehrheit.

Auswertung Gastrointestinaler Stromatumore

Die Kommissionsmitglieder der Sarkomzentren stellten in der Sitzung 2023 fest, dass der Anteil der GIST-Fälle an der Gesamtzahl der Sarkome auffallend gering erscheint, und regten die zusätzliche Erfassung von GIST durch die Viszeralonkologischen Zentren an (Eingabe an die Sitzung der Viszeralonkologischen Zentren vom 03.05.2023). Seit 2023 werden die GIST PF nun auch in den Basisdaten der Magenkarzinomzentren erfasst. Die aktuelle Auswertung zeigt, dass insgesamt 494 GIST-Primärfälle (Modul Magenkarzinom n=224, Modul Sarkom n=270) in den Zentren behandelt wurden, was bezogen auf die Gesamtinzidenz in Deutschland (ca. 1920 GIST Pat./Jahr*) einer Abdeckung von 28 % entspricht. Die Abdeckung der Magenkarzinome durch die Zentren beträgt im Vergleich hierzu 14%.

* Quelle: RKI, [Krebs - Kurzbeiträge - Gastrointestinale Stromatumoren im Fokus: Neue Leitlinie bei Onkopedia](#)

TOP 5 Verschiedenes (Utzig/Sabet - DKG)

- Wahl der Vorsitzenden

Herr Prof. Hohenberger und Herr Prof. Lindner werden von der Kommission für weitere vier Jahre im Amt der Kommissionsvorsitzenden bestätigt. Herr Prof. Hohenberger und Herr Prof. Lindner bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an.

- Die DKG-Geschäftsstelle informiert über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen.

Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen „Ovarialkarzinom“ bzw. „tiefe Rektumchirurgie“ sind in NRW zertifizierte Darmkrebszentren (DZ) bzw. Gynäkologische Krebszentren (GZ) nicht berücksichtigt worden. Eine vorenthaltende Zuweisung von Leistungsgruppen (insbesondere Ovarialkarzinom, tiefe Rektumchirurgie) kann dazu führen, dass ein Zentrum den Status als GZ bzw. DZ und folgender Unterschreitung des Versorgungsumfangs auch als Onkologisches Zentrum verliert. Dies hätte auch unmittelbare Auswirkungen auf die daran gekoppelten Sarkomzentren. Vor diesem Hintergrund wird erneut die Möglichkeit einer eigenständigen Anerkennung der Sarkomzentren („Stand-Alone-Lösung“) diskutiert. Die Kommission einigt sich darauf, hierzu eine erneute Eingabe für die Sitzung OZ 2025 vorzubereiten.

▪ Ergebnis der Eingaben an Sitzung der OZ 2023:

Die Eingabe der Kommissionsmitglieder der Sarkomzentren aus dem Jahr 2023 an die Onkologischen Zentren, eine personenbezogene Expertise für die systemische Therapie bei hochkomplexen Therapien einzuführen, wurde von der Kommission OZ am 25.10.23 abgelehnt. Begründet wurde dies mit der Stabilität und Akzeptanz der bestehenden Anforderungen sowie dem Fehlen von Hinweisen auf Qualitätsprobleme.

• Versorgungsforschung

Herr Prof. Jakob stellt als Koautor die Publikation von Roohani et al. (2025) zu den Ergebnissen der Ringversuche der Sarkomzentren vor. Im Anschluss werden die Ergebnisse reflektiert und Möglichkeiten zur besseren Kohärenz der Behandlungsempfehlungen zwischen den Zentren erörtert.

Herr PD Dr. Kowalski (Abt.-Leiter Versorgungsforschung, DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Er weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmern für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 15:30 Uhr beendet.

Berlin, 11.03.2025

Protokoll: Utzig, Sabet, Vogt

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.1.2.a	<p>Kooperationsvereinbarungen</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"> • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen. • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien. • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits. • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten. • Einhaltung Schweigepflicht. • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage). <p>Hauptkooperationspartner</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>	<p>Kooperationsvereinbarungen</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"> • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen. • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien. • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits. • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten. • Einhaltung Schweigepflicht. • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage). <p>Hauptkooperationspartner</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> <p>Die Kooperation Thoraxchirurgie kann auch durch externe Kooperation mit einem zertifiziertem Lungenkrebszentrum erbracht werden.</p>
1.2.3	<p>Vorstellung aller Pat. mit Metastasen in der Tumorkonferenz</p>	<p>Vorstellung aller Pat. mit Metastasen in der Tumorkonferenz</p> <p>Metastasentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. einmalige prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Metastasen in der Tumorkonferenz; Ziel: z.B. Bewertung Metastasenresektabilität oder Anwendung lokaler Therapiemaßnahmen oder andere Therapieintervention • Darstellung der Behandlungsstrategien (unter besonderer Berücksichtigung einer Oligometastasierung) mit Zuständigkeiten für die verschiedenen Metastasen-Lokalisationen (Leber, Lunge, Skelett, Gehirn, ...) • Definition der Behandlungswege (Pat.transfer in anderen Fachbereich, Dokumentation und geregelter Informationsaustausch) • bei Systemtherapie außerhalb des Sarkomzentrum soll bei Progress mind. einmalig eine erneute Vorstellung im Sarkomzentrum erfolgen
1.4.3	<p>Umfang der Versorgung</p>	<p>Umfang der Versorgung</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Pat., welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Pat., welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
2.1.1	<p>Information/ Dialog mit Pat.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit primärem Weichgewebetumor und/ oder primärem Knochentumor Pat. mit Rezidiv/ Fernmetastasierung <p>Mitteilung der Diagnose, Erläuterung des Befundes, Darstellung der unterschiedlichen Therapieoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> der Vorteile der vorgeschlagenen Therapie der Risiken, der therapiebedingten Nebenwirkungen und deren Behandlung, ggf. der Spätfolgen ggf. der Möglichkeit, an einer klinischen Studie teilzunehmen Information über supportive Maßnahmen Angebot (und Vermittlung) einer Zweitmeinung Dem Pat. muss ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse eingeräumt werden Während der gesamten Versorgungskette muss die Informationsvermittlung am Bedürfnis des Pat. ausgerichtet werden Anforderung ist in Verbindung mit Kapitel 1.6 zu bearbeiten Entlassungsgespräche als Standard <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>	<p>Information/ Dialog mit Pat.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit primärem Weichgewebetumor und/ oder primärem Knochentumor Pat. mit Rezidiv/ Fernmetastasierung <p>Mitteilung der Diagnose, Erläuterung des Befundes, Darstellung der unterschiedlichen Therapieoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> der Vorteile der vorgeschlagenen Therapie der Risiken, der therapiebedingten Nebenwirkungen und deren Behandlung, ggf. der Spätfolgen ggf. der Möglichkeit, an einer klinischen Studie teilzunehmen Information über supportive Maßnahmen Angebot (und Vermittlung) und Unterstützung bei der Einholung einer Zweitmeinung Dem Pat. muss ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse eingeräumt werden Während der gesamten Versorgungskette muss die Informationsvermittlung am Bedürfnis des Pat. ausgerichtet werden Anforderung ist in Verbindung mit Kapitel 1.6 zu bearbeiten Entlassungsgespräche als Standard <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 Sprechstunde 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"> 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); Erfassung Familienanamnese bzgl. Hintergrund familiäres Karzinomrisiko (insb. Li-Fraumeni-Syndrom und familiäre adenomatöse Polyposis) (siehe auch Abschnitt 2.1.6); Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>	<p>Die Sprechstunde muss mind. 1x pro Woche in den operativen Einheiten oder und 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"> 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); Erfassung Familienanamnese bzgl. Hintergrund familiäres Karzinomrisiko (insb. Li-Fraumeni-Syndrom und familiäre adenomatöse Polyposis) (siehe auch Abschnitt 2.1.6); Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>
vormals 5.2.2.a	<p>Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/oder Plastische Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> Tumorresektionen bei Sarkomen umfassen folgende Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Weichgewebesarkome viszeral/retroperitoneal 	<p>Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/oder Plastische Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> Tumorresektionen bei Sarkomen umfassen folgende Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Weichgewebesarkome viszeral/retroperitoneal

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<p>- Weichgewebesarkome muskuloskelettal - Knochensarkome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumorresektionen bei Sarkomen in den oben genannten Bereichen sind von einem benannten Operateur bzw. von einer benannten Vertretung durchzuführen. • Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. • Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. • Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Pat. nachzuweisen. • Für die Sarkomchirurgie Weichgewebesarkome gilt: Es müssen gemeinsam mind. 50 Weichgewebesarkomresektionen/Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) nachgewiesen werden. • Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Knochensarkomresektionen/Standort/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) durchgeführt werden. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>- Weichgewebesarkome muskuloskelettal - Knochensarkome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumorresektionen bei Sarkomen in den oben genannten Bereichen sind von einem benannten Operateur bzw. von einer benannten Vertretung durchzuführen. • Tumorresektionen bei Pat. mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. • Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. • Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Pat. nachzuweisen. • Für die Sarkomchirurgie Weichgewebesarkome gilt: Es müssen gemeinsam mind. 50 Weichgewebesarkomresektionen/Standort/ Jahr bei Pat. mit Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) nachgewiesen werden. • Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Knochensarkomresektionen/Standort/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive (auch bei Sarkompatienten <18 Jahren); Biopsien und Sarkom-Metastasen werden nicht gezählt) durchgeführt werden. <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen • Mind 1 FA für Thoraxchirurgie ist namentlich zu benennen <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
<p>vormals 5.2.1</p>	<p>Fachärzte Für die Fachdisziplinen Tumorchirurgie (Orthopädie/Unfallchirurgie und/oder Plastische Chirurgie und/oder Viszeralchirurgie) und Thoraxchirurgie ist jeweils mind. 1 Facharzt namentlich zu benennen. Bei Zertifizierung für Knochensarkome ist mind. 1 Facharzt für Orthopädie/ Unfallchirurgie zu benennen. 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein.</p> <p>Eine bewährte Vertretungsregelung (mind. 1 Vertretung pro Zentrum) muss vorhanden sein.</p>	<p>Fachärzte Für die Fachdisziplinen Tumorchirurgie Bereiche Weichgewebssarkome viszeral/retroperitoneal und muskuloskelettal sind jeweils 2 FÄ aus den Fachdisziplinen (Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie und/ oder Viszeralchirurgie) und Thoraxchirurgie ist jeweils mind. 1 Facharzt namentlich zu benennen. 1 FA kann auch für beide Bereiche benannt sein. Mind. 1 FA Thoraxchirurgie ist namentlich zu benennen.</p> <p>Bei Zertifizierung für Knochensarkome ist mind. 1 Facharzt FA für Orthopädie/ Unfallchirurgie mit Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung) zu benennen. 1 Facharzt FA kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein.</p> <p>Eine bewährte Vertretungsregelung (mind. 1 Vertretung pro Zentrum) muss vorhanden sein.</p>
<p>vormals 5.2.2.b</p>	<p>Jährliche Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</p>	<p>Jährliche Qualifikation Expertise benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen. • Mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur (siehe Kap. 5.2.2c). • Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als 1. Operateur mind. 10 Fälle im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein. • In interdisziplinärer Kooperation durchgeführte Eingriffe bei komplexen Fällen können für beide Hauptoperateure gezählt werden. • 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. • Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden. <p>Bei Zertifizierung für Knochensarkome: Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Orthopädie/ Unfallchirurgie • Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung). • 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. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen. • Mind. 15 Tumorresektionen bei Sarkomen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive) pro benanntem Operateur (siehe Kap. 5.2.2c). • Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszeralen/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als 1. Operateur mind. 10 Fälle im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein. • In interdisziplinärer Kooperation durchgeführte Eingriffe bei komplexen Fällen können für beide Hauptoperateure gezählt werden. • 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. • Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden. <p>Bei Zertifizierung für Knochensarkome: Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Orthopädie/ Unfallchirurgie • Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung). • 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. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
6.2.2	<p>Der <u>durchführende/ therapieüberwachende Arzt</u> muss folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder • Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. <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>	<p>Der <u>durchführende/ therapieüberwachende Arzt</u> muss folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder • Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie oder • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. <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> <ul style="list-style-type: none"> • persönliche Teilnahme an Sarkomsprechstunden mind. 2x/Monat • mind. 1 Sarkom-spezifische Fortbildung alle 2 Jahre (z.B. DGHO, Deutsche Sarkomkonferenz, CTOS, ESMO, ASCO)