

Erhebungsbogen für Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft Modul im Onkologischen Zentrum

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Kinderonkologische Zentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Frau Prof. Dr. Dr. B. Burkhardt, Frau Prof. Dr. M. Nathrath

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Erblicher Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Radioonkologie (APRO)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit (ASO)
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe (DLFH)/ Deutsche Kinderkrebsstiftung
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie (DGNN)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM)
Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR)
Fachexpert*innen
German Paediatric Oncology Nurses Group (GPONG)
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)
Gesellschaft für Neuropädiatrie (GfN)
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH)
Ständige Gäste:

- OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

Der hier vorliegende Erhebungsbogen inkl. Anlagen ist für alle Zentren verbindlich anzuwenden.

Auditjahr: **2027**

Version: **G2**

Stand: **16.07.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich **grün** gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2025 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2026 durchgeführten Audits gültig.

Der Erhebungsbogen des Auditjahres 2026 kann, sofern ggf. enthaltene Jahreszahlen durch das Zentrum angepasst werden, auch im Auditjahr 2027 weiterhin verwendet werden.

Der vorliegende Erhebungsbogen Kinderonkologie berücksichtigt die Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL in der Fassung vom 1. Mai 2006 (mit Änderungen vom 6. November 2024), und beinhaltet alle darin enthaltenen Anforderungen zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Die Anforderungen sind in dem vorliegenden Erhebungsbogen mit einem „§“ gekennzeichnet.

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von onkologischen Krankheiten von Pat. im Alter von 0 bis einschließlich 17 Jahren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Eingearbeitet wurde:

S2k-Versorgungsleitlinie: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der pädiatrisch onkologischen und hämatologischen Versorgung.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) 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 Kinderonkologischen Zentrum

Zentrumsname	
Leitung des Zentrums	
Zentrumskoordination	
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	

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.

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 / Pädiatrische Onkologie
 - 6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Das Inhaltsverzeichnis ist für alle Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft einheitlich. Die nicht relevanten Kapitel sind als "Nicht belegt" gekennzeichnet.

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt - Darm (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.1.2.a	§5 (3) Kooperationsvereinbarungen Mit folgenden Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen und die Kooperationspartner (Facharzt) sind zu nennen. Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein). Folgende Punkte sind zu regeln: • 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 Kinderonkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage)	
1.1.2.b	Hauptkooperationspartner Alle Hauptkooperationspartner müssen sich am Klinikstandort befinden oder max. 45 km entfernt sein. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung ist verpflichtend. • Pädiatrische Hämatologie/Onkologie • Kinderchirurgie • Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie • Pathologie • Radioonkologie	
1.1.2.c	Kooperationspartner am Klinikstandort verpflichtend. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. • Kinder- und Jugendmedizin mit allen Subspezialisierung (Schwerpunktbezeichnung:	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie sowie Zusatzweiterbildung: Kinder-Endokrinologie/-Diabetologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Pneumologie. Falls diese Spezialisierung am Zentrum nicht vorhanden ist, muss die entsprechende Disziplin aus der Erwachsenenmedizin eingebunden sein.) • Pädiatrische Intensivmedizin • Pflege • Psychosozialer Dienst (PSD) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.1.2.d	Alle nachfolgend aufgeführten Kooperationspartner dürfen max. 45 km entfernt sein. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. • Hämatologisch-onkologisches Speziallabor • Transfusionsmedizin • Dokumentations-Studienassistenz • Ergotherapie • Physiotherapie • Diät-/ Ernährungsberatung • Humangenetik • Labormedizin (klinisch-chemisch) • Neuropathologie (Ausnahmen sind zu begründen) • Neuroradiologie (Ausnahme: Neuroradiologie darf max. 60 km von der Neurologie/ Neurochirurgie entfernt sein. Ausnahmen sind zu begründen) • Nuklearmedizin • Pat.-/ Elternvertretung • HNO • Ophthalmologie Für die nachfolgenden Kooperationspartner Tumorchirurgie gilt die Distanzbegrenzung von 45 km nicht: • Neurochirurgie • Orthopädie/Unfallchirurgie • Referenzchirurgie	
1.1.2.e	Für den nachfolgend genannten Kooperationspartner besteht keine Anforderung bzgl. der Entfernung. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. • SAPPV	
1.1.2.f	Kooperation bei Referenz-Leistungen • Wenn im Rahmen von Studien Pat. an Referenzstellen (z.B. Referenzchirurgie)	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	überwiesen werden, ist die Art der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs (z.B. Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu definieren. - Für die Zusammenarbeit mit Referenz-Leistungserbringern, die in einem zertifizierten Onkologischen Zentrum oder Organkrebszentrum tätig sind, sind keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig. - Wenn eine chirurgische Leistung durch Referenzchirurgen durchgeführt wird, sind diese im Datenblatt aufzuführen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.1.3.a	Die fachliche Zentrumsleitung muss durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und –Onkologie“ besetzt sein.	
1.1.3.b	Zusätzlich zu dieser Stelle müssen mind. zwei weitere Fachärzte mit der oben genannten Qualifikation am Zentrum vorhanden sein (vgl. 6.1.2). Der Gesamtumfang muss 3 VK entsprechen. Es ist wünschenswert, dass einer dieser benannten Fachärzte über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügt.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	Anzahl Zentrumsfälle Das Zentrum muss jährlich 30 Pat. (Zentrumsfälle) im Alter von 0 bis 17 Jahre (einschließlich) mit einer onkologischen Krankheit behandeln (Ersttumoren, Zweittumoren, Erstvorstellungen mit Rezidiv). Definition - Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Fallliste im Datenblatt. - Histologischer/zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen. - Pat. mit Erst-, Zweittumor bzw. Erstvorstellung mit Rezidiv. Das Wiederauftreten eines Tumors innerhalb einer Hauptgruppe - egal, ob in der Primärlokalisation oder in einer anderen Lokalisation als Metastase - zählt als Rezidiv. - Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.2.a	§4 (7) Zusammensetzung multiprofessionelles Team Das multiprofessionelle Team setzt sich (mindestens) zusammen aus: • Ärztlichem Dienst (Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und – Onkologie“) • Pflege • Psychosozialen Dienst (PSD)	
1.2.2.b	und soweit erforderlich zusätzlich: • Diät-/Ernährungsberatung • Physio- und/oder Ergotherapie • Dokumentations-/Studienassistenten	
1.2.2.c	Jedem Teammitglied soll die Möglichkeit zu einer Supervision angeboten werden.	
1.2.3.a	§5 (1) Multiprofessionelle Teambesprechung Aufgaben Jeder Pat. ist in der abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team vorzustellen. • In der Teambesprechung wird für die Pat., die nicht in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, festgelegt, nach welchem Therapieprotokoll zu behandeln ist. Nach der Besprechung ist ggf. Rücksprache mit einem Mitglied der Prüfgruppe zu halten. • Ggf. Beschluss zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz.	
1.2.3.b	Zyklus und Dokumentation Die Besprechung findet mind. wöchentlich statt und ist zu dokumentieren.	
1.2.3.c	Anteil der im multiprofessionellen Team vorgestellten Pat.: Sollvorgabe $\geq 95\%$ Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.2.4	Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information an das multiprofessionelle Team zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.	
1.2.5.a	Interdisziplinäre Tumorkonferenz 1. Interdisziplinär zu behandelnde Pat. sind in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen 2. Grundsätzlich vorzustellen sind die Pat. aus den Bereichen II – XII (vgl. Versorgungsumfang) Vorstellung: 1. zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. zu Beginn/Durchführung einer primären	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	systemischen Therapie und 2. zur Vorbereitung der ggf. durchzuführenden Lokalthherapie vorzustellen. Pat. der Behandlungsgruppe I (Leukämie) können in speziellen Leukämie-Boards vorgestellt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.b	Zusätzliche Tumorkonferenzen - Zusätzliche Tumorkonferenzen sind möglich. - Alternative Tumorkonferenzen zu der Anforderung 1.2.5 f) sind jedoch ausschließlich für Hirntumore möglich. Die Teilnehmer müssen sich an den Fachdisziplinen der interdisziplinären Tumorkonferenz orientieren und ggf. tumorspezifisch angepasst werden (Bsp.: Neuropathologe anstelle Pathologie). - Teilnehmende Leukämie-Board: mind. 2 FA pädiatrische Hämatologie/Onkologie Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.c	Zyklus und Dokumentation Es muss mindestens einmal pro Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Die Tumorkonferenz ist zu protokollieren. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.d	Teilnehmer Pädiatrische Hämatologie/Onkologie, Kinderchirurgie, Pathologie, Radiologie (mit Schwerpunkt Kinderradiologie) und Radioonkologie (indikationsbezogene Ausnahmen sind zu begründen).	
1.2.5.e	Indikationsbezogen sind weitere Fachrichtungen (z.B. Allgemeinpädiatrie, pädiatrische Intensivmedizin, Psychosozialer Dienst (PSD), Kinderpalliativmedizin, Nuklearmedizin, Humangenetik, Pflege) in die Tumorkonferenz einzuladen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.f	- Wenn Pat. besprochen werden, die sicher oder ggf. eine neurochirurgische Intervention erhalten, müssen der neurochirurgische, neuroradiologische und neuropathologische Kooperationspartner an der Tumorkonferenz teilnehmen (ggf. Telemedizin). - Die Teilnahme der lokalen Neuropathologie für neurochirurgische Pat. ist obligat. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.g	Anteil der in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellten Pat. (Hauptgruppe	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	II-XII): Sollvorgabe $\geq 95\%$ Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.2.6.a	Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information in der Tumorkonferenz zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.	
1.2.6.b	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz: Sollvorgabe $\leq 5\%$ Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
1.2.6.c	Fertilitätserhalt - Allen Pat. (ab Tanner II) mit einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, System. Therapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden. - Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen.	
1.2.7.a	Leitlinien Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 (Therapieabweichung) gilt: Die Hauptkooperationspartner des Zentrums müssen für (kinder-) onkologische Krankheiten einheitliche Standards für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge festlegen (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels). Grundlage dafür sind die aktuellen Protokolle der Therapieoptimierungsstudien, die vorliegenden S1 und S2K Leitlinien, sowie aktuelle Registerempfehlungen (siehe 1.7.3).	
1.2.7.b	- Die S3-LL zur psychosozialen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie ist Grundlage für die Tätigkeit des Psychosozialen Dienst (PSD). - Die S3-LL zur endokrinologischen Nachsorge nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist zu berücksichtigen.	
1.2.7.c	Die Standards müssen durch den LL-Verantwortlichen (siehe EB OZ 1.2.16) aktualisiert und bekannt gemacht werden. Die Implementierung muss durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Der Prozess ist zu beschreiben.	
1.2.8	Qualitätszirkel Folgende Punkte sind sicherzustellen: - Die Hauptkooperationspartner haben obligat an QZ teilzunehmen bzw. haben solche zu initiieren. - Es ist mind. 1x jährlich ein Qualitätszirkel	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	durchzuführen, in denen onkologische Themen als einer der Schwerpunkte betrachtet werden. • Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz werden als Qualitätszirkel ebenfalls anerkannt. • Eine Teilnehmerliste wird geführt.	

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 die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.3.2.a	§5 (2) Information Kinderarzt/Hausarzt • Der niedergelassene Kinderarzt bzw. Hausarzt ist regelmäßig, insbesondere bei Therapiebeginn und Abschluss, über die Behandlung seines Pat. zu informieren.	
1.3.2.b	• Ihm und der betroffenen Familie ist nach Abschluss der Therapie im Zentrum ein pat.bezogener Arztbrief und Nachsorgeplan schriftlich (z.B. als Anhang an den Arztbrief) zu übergeben bzw. übermitteln.	
1.3.3.a	Einweiserzufriedenheitsermittlung • Regelmäßig (mind. alle drei Jahre) muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. • Zu befragen sind z.B. einweisende Kliniken und niedergelassene Kinderärzte.	
1.3.3.b	• Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum ersten Überwachungsaudit (ein Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	In den Kapiteln 1.4 „Psychoonkologie“ und 1.5 „Sozialarbeit und Rehabilitation“ sind die Anforderungen an den „Psychosozialen Dienst“ aus der KiOn-RL enthalten. Im Modul Kinderonkologie sind die Anforderungen in den beiden Kapiteln identisch, so dass nur das Kapitel 1.4 ausgefüllt werden muss.	
1.4.2	§4 (8) Ressourcen und Qualifikation Das Team des Psychosozialdiensts ist multiprofessionell: Es besteht aus mind. je einem	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Vertreter mit der Grundqualifikation: • Dipl. / MA Psychologe • Dipl. / MA/Bachelor Soziale Arbeit / Sozialpädagogik / Dipl. Sozialarbeit • pädagogisch qualifizierte Fachkraft (z.B. staatl. anerkannte Erzieher/-innen oder staatl. anerkannte Heilpädagogen/-innen) Die Teammitglieder sind namentlich zu nennen. Für alle psychosozialen Mitarbeiter liegen Stellenbeschreibungen vor. Zur leitlinienkonformen Ausübung der jeweiligen Aufgaben sind folgende Ressourcen vorzuhalten (Richtwert): • Personell: mind. 2 VK Psychologie und Sozialarbeit pro 44 Zentrumsfälle. • Räumlich: Jederzeit zugängliche Räumlichkeiten, die einen ungestörten Rahmen für vertrauensvolle Gespräche oder Diagnostik und Dokumentation sowie Teambesprechungen bieten; uneingeschränkter, persönlicher Zugang zu einem Rechner und Telefon. • Materiell: Verbrauchsmaterialien (Infobroschüren der DKKS, Therapiematerialien, Spielzimmerausstattung), psychodiagnostische Messinstrumente (klinische Verfahren, Neuropsychologie), Zugriff auf Fachartikel/ -bücher. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.3.a	§4 (8) Angebot und Zugang Jedem Pat. mit seiner Familie muss eine psychosoziale Grundversorgung (psGV) während Akuttherapie und Nachsorge angeboten werden. Der PSD wird umgehend über eine Neuaufnahme/ Neu-, Rezidiv- oder Progressdiagnose sowie die Änderung der therapeutischen Zielsetzung informiert und eingebunden. Die Prozesse sind zu beschreiben (SOP/ AA). Die psGV erfolgt im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells und beinhaltet mindestens Angebote zu folgenden Bereichen (entsprechend der Leitlinie): • Möglichst unverzügliche Krisenintervention/ psychosoziale Notfallversorgung bei sehr hoher Belastung und peritraumatischer Situation (z.B. durch Diagnoseschock, schlechte Prognose, Wechsel von kurativer zu palliativer Situation) • Einbindung psychosozialer Mitarbeiter in für die Behandlung wegweisende Arztgespräche (Teilnahme daran, Vor- und/ oder Nachbesprechung mit ärztlichen Kollegen) • Unterstützung der Krankheitsbewältigung	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Sicherstellung der Therapie und Kooperation • Behandlung spezifischer Symptome (z.B. emotionaler- und Verhaltensauffälligkeiten) • Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung sowie Beratung und Beantragung stationärer Rehabilitation (z.B. familienorientierte Rehabilitation (FOR)/ Nachsorgeorganisation) • Schnittstellengespräche zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (z. B. Diagnoseaufklärung, Abschluss der Intensivtherapie, Nachsorgeübergabe) sind dokumentiert Die Angebote müssen niederschwellig, aufsuchend sowie orts- und zeitnah zum Bedarf erfolgen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.3.b	Die Anzahl der Pat./ Familien, die mind. einmalig eine Beratung zu den genannten Bereichen erhalten haben, ist zu dokumentieren.	
1.4.4	Durchzuführende Diagnostik • Erhebung der psychosoziale Familien-, Entwicklungs- und Krankheitsanamnese. • Einschätzung der familiären Ressourcen und krankheitsabhängiger und krankheitsunabhängiger Belastungen. • Vertiefende Diagnostik bei Risiko für psychische Störungen von Krankheitswert und Beeinträchtigung der (neurokognitiven) Entwicklung.	
1.4.5.a	Dokumentation und Evaluation Identifikation der psychosozialen Belastung und des psychosozialen Versorgungsbedarfs anhand diagnostischer Maßnahmen im Rahmen der psGV (siehe 1.4.4.). Bei mehrdimensionaler oder hochgradiger Belastung ist eine gegenüber der psGV intensivierte psychosoziale Versorgung angezeigt (entsprechend der Leitlinie). Verlaufsdokumentation von psychosozialen Kontakten und Interventionen. Regelmäßige psychosoziale Fallbesprechungen innerhalb des PSD.	
1.4.5.b	Qualitätssicherung Psychosoziale/n Mitarbeiter/n • wird die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen (insbesondere im Rahmen der PSAPOH) ermöglicht. • nutzen die PSAPOH-Regionalgruppen als Qualitätszirkel und sind so regional vernetzt. • haben Zugang zu regelmäßiger externer Supervision. • mind. 1 MA kann das Zertifikat oder die begonnene Weiterbildung „Pädiatrische Psychoonkologie“ (PSAPOH/ GPOH) nachweisen. Die entsprechenden Personen sind namentlich zu nennen.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.6	Weitere Angebote Eine Ausweitung der psychosozialen Betreuung z.B. durch musik-, kunst- und/oder sporttherapeutische Angebote ist wünschenswert.	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	In den Kapiteln 1.4 „Psychoonkologie“ und 1.5 „Sozialarbeit und Rehabilitation“ sind die Anforderungen an den „Psychosozialen Dienst“ aus der KiOn-RL enthalten. Im Modul Kinderonkologie sind die Anforderungen in den beiden Kapiteln identisch, so dass nur das Kapitel 1.4 ausgefüllt werden muss.	

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 die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.6.2	Pat.-/ Elternbefragungen - Mindestens alle 3 Jahre soll über mindestens drei Monate allen Pat. und ihren Familien die Möglichkeit gegeben werden, an einer Pat.-/ Elternbefragung teilzunehmen. Das Zentrum kann sowohl Kinder- als auch Elternbefragungen durchführen. - Die Rücklaufquote sollte über 50% 30% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).	
1.6.3	Neben dem Arztbrief und pat.bezogenen Nachsorgeplan (vgl. 1.3.2) ist dem Pat.und seiner Familie weiteres geprüftes Informationsmaterial bereitzustellen. Das beinhaltet die Pat.informationen auf der Webseite www.kinderkrebsinfo.de und www.kinderkrebsstiftung.de .	
1.6.4	Pat.-/Elternvertretung Die Pat.-/Elterngruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Ein Ansprechpartner muss benannt werden. Die Elterngruppe sollte Mitglied im Dachverband Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. sein. Eine Zusammenarbeit von Zentrum und einer Elterngruppe ist verpflichtend.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.7.2.a	Studienbeauftragte Studienbeauftragte Prüfgruppen sind namentlich zu benennen: Eine Liste der im Zentrum aktiven Studien ist mit Nennung des Prüfarztes und der weiter beteiligten Ärzte zu führen.	
1.7.2.b	Studienassistent - Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent namentlich zu benennen. - Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. - Die Qualifikation der Studienassistent ist durch industrieunabhängige Fortbildungskurse bei z.B. KKS/ZKS nachzuweisen (z.B. Study Nurse).	
1.7.3	§6 (1) Wenn möglich, sollte jedem Pat. bzw. seinem Sorgeberechtigten die Behandlung unter Teilnahme an einer/m Therapieoptimierungsstudie/ Register empfohlen werden. Die Studien müssen durch die GPOH unterstützt werden; Eine Übersicht über das aktuelle Studienangebot finden Sie auf www.kinderkrebsinfo.de/fachinformationen/studienportal Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.4	Anzahl der in Studien/ Register einer GPOH-Studiengruppe (nicht Meldung an Kinderkrebsregister) eingeschlossenen Pat. (mit nationalem Wohnsitz): Sollvorgabe $\geq 90\%$. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen. Wenn eine für einen Pat. passende GPOH-Studie in Deutschland offen ist und die Einschlusskriterien erfüllt sind, sollen die Pat. in die GPOH-Studie und nicht allein in ein parallel vorhandenes Register eingeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.5	§5 (6) Für die Therapieoptimierungs-/ Registerstudien , an denen das Zentrum beteiligt ist, müssen den Studiengruppen regelmäßige Treffen ermöglicht und ärztliches Personal (Prüfarzte) dafür freigestellt werden.	
1.7.6	§6 (3) Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation soll die erforderliche	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Personalkapazität bereitgestellt werden. Das Zentrum muss eine Forschungs- und Studienassistent bereitstellen (Richtwert: 1 VK* pro 35 Zentrumsfälle). *zusammen mit Dokumentationsassistent vgl. 10.4)	
1.7.7	§5 (5) Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.8.2	§4 (5) Onkologische Fachpflegekräfte • Am Zentrum müssen mindestens 2 VK aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie im Tagdienst eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen pädiatrisch-onkologische Pat. betreut werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen und die Aufgabenbereiche schriftlich zu benennen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft in der Pädiatrie ist die • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Erfahrung in der Kinderonkologie Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.3	§4 (4)	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Der Pflegedienst des Zentrums muss aus • Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden oder • Pflegefachfrauen/-männern mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ oder Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ o. „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den „Empfehlungen zur pflegerischen Weiterbildung“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft bzw. gleichwertiger Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung mit mind. 1260 Std. Berufserfahrung in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Berufserfahrung, bestehen. Für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, die ihre Ausbildung auf der Grundlage der Vorschriften des Krankenpflegegesetzes abgeschlossen haben oder bis zum 31. Dezember 2024 noch abschließen werden, entfällt die Forderung nach Berufserfahrung von mind. 1260 Std. Zudem können Gesundheits- und Krankenpflegende eingesetzt werden, die am 01. Januar 2022 mind. 5 Jahre Berufstätigkeit in Vollzeit (seit Ausbildungsabschluss) in der direkten Patientenversorgung in einem Zentrum für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung, nachweisen können. Von den geforderten 5 Jahren Berufstätigkeit müssen mind. 3 Jahre in der Zeit von 1. Januar 2015 bis 1. Januar 2022 absolviert worden sein. Der Anteil der jeweils eingesetzten Gesundheits- und Krankenpflegenden darf max. 15 Prozent (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen. §4 (6) Jede Schicht muss mit mindestens zwei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden besetzt sein.	
1.8.4	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.5	Zuständigkeiten / Aufgaben Die im Erhebungsbogen des onkologischen Zentrums benannten Aufgaben werden analog umgesetzt, berücksichtigen aber grundsätzlich die Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	jugen Erwachsenen. Pat.bezogene Aufgaben: - Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen - Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards - Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen - Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. - Kontinuierliche Information und Beratung aller Pat. (und deren Angehöriger) während des gesamten Krankheitsverlaufes ist nachzuweisen - Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten altersentsprechenden Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit pädiatrisch-onkologischer Fachexpertise durchgeführt werden Übergeordnete Tätigkeiten: - Erstellung von fachspezifischen, hausinternen pädiatrisch-onkologischen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien - Angebot einer kollegialen Beratung/Supervisionen - Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3)	
1.8.6	Pflegekonzept Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Besonderheiten der pädiatrisch-onkologischen Pflege Berücksichtigung finden.	
1.8.7	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines pädiatrisch-onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.	

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

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

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Für die Kinderonkologie ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	
1.9.2	Hämatookologisches Speziallabor Das Labor ist zur aktiven Mitarbeit im Rahmen der Referenzdiagnostik verpflichtet (vgl. 1.7.7). Die Verpflichtung ist Bestandteil der Kooperationsvereinbarung. Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein).	
1.9.3	Zur Sicherstellung eines angemessen zeitnahen Befundcontrollings muss das Akutlabor eine Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden gewährleisten (vgl. 2.2.3). Die Prozesse müssen beschrieben werden.	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1.a	Erstkontakt: Information/ Dialog mit dem Pat. und seiner Familie Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Initialgespräch: Sorgeberechtigten-/ Pat.-Information und Therapieeinwilligung • Darstellung weiterer Behandlungskonzepte • Angebot (und Vermittlung) und Unterstützung bei der Einholung einer zweiten Zweitmeinungen • Kontaktaufnahme durch den psychosozialen Dienst innerhalb der ersten Woche	
2.1.1.b	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen bzw. Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
2.1.1.c	Gespräch zur Überleitung in die Nachsorge Mit jedem Pat./Familie wird zur Überleitung in die Nachsorge ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden: z.B. Krankheitsstatus, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z.B. Reha, Sanitätshaus, psychosoziales Angebot).	
2.1.2	Sprechstunde Für die Sprechstunde ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, mit Anerkennung „Kinder-Hämatologie und –Onkologie“ verantwortlich.	
2.1.3	Die Sprechstunde in der Kinderonkologie findet werktäglich (Mo. – Fr.) statt und muss folgende	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Themen abdecken: • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens • Vermittlung an das multiprofessionelle Team bzw. die interdisziplinäre Tumorkonferenz • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses des multiprofessionellen Teams bzw. der Tumorkonferenz) • Postoperative/posttherapeutische Nachsorge • Tumornachsorge	
2.1.4.a	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min. (Sollvorgabe) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.1.4.b	Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin: Anforderung: <2 Wochen	
2.1.4.c	Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: • Konsentierter Ablauf Diagnostik • Vorbereitung der Pat. für die Besprechung multiprofessionelles Team/ interdisziplinäre Tumorkonferenz • Stationäre Aufnahme • Stationäre Entlassung • Strukturierter Übergabeablauf zwischen Station, Ambulanz und Tagesklinik (Prozesse sind zu beschreiben und zu dokumentieren) Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	
2.1.6	Interdisziplinäre Survivorsprechstunde - Transition • Die Survivorsprechstunde sollte wöchentlich stattfinden. • Der verantwortliche Arzt (vgl. 2.1.2) sollte zusammen mit Fachärzten aus anderen Disziplinen und dem Psychosozialen Dienst die erforderlichen Prozesse und Standards festlegen. • Für Pat. über 18 Jahre sollte eine geordnete Transition in den Erwachsenenbereich umgesetzt werden (z.B. SOP) • Diese Prozesse und Standards sind zu beschreiben.	
2.1.7.a	Genetische Beratung Die Zusammenarbeit mit einer Humangenetik ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln. Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein). Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. - Das genetische Risiko ist mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Krebserkrankung im Kindesalter“ für alle Primärfälle zu erfassen. - Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Gespräch über mögliche erbliche Ursachen der Erkrankungen gemacht werden. Die Checkliste ist unter www.krebsgesellschaft.de bzw. unter www.onkozert.de verfügbar.	
2.1.7.b	Qualifikation Die genetische Beratung erfolgt durch einen FA für Humangenetik bzw. einen FA mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ (bis Musterweiterbildungsordnung 2003) bzw. der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung (durch eine Landesärztekammer) (Qualifikation analog zum Gendiagnostikgesetz (GenDG)).	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
2.2.2	Die Diagnostik erfolgt gemäß den Therapieprotokollen bzw. Leitlinien. Für die (Analgo-) Sedierung bei diagnostischen Maßnahmen ist eine SOP auf Basis der S2k-Leitlinie „(Analgo-) Sedierung für diagnostische und interventionelle Prozeduren bei Kindern“ zu erstellen. In der SOP wird das Vorgehen bzgl. folgender Aspekte festgehalten: - Patientenvorbereitung - Ausstattung des Arbeitsplatzes - Monitoring - Dokumentation - Qualifikation der durchführenden Personen - Komplikationsmanagement - Post-prozedurale Überwachung und Entlassung	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.3	Befundcontrolling - Zur Sicherstellung eines angemessen zeitnahen Befundcontrollings ist der Prozess der Befundübermittlung unter Nennung der Verantwortlichkeiten zu beschreiben - Zu berücksichtigen sind: Bildgebung (3.8), Labor (1.9.3) und Pathologie (8.5).	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
3.2	§5 (3) Fachärzte - Mindestens ein Facharzt (1 VK) für Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie - Vertretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation ist schriftlich zu belegen. - Facharzt und Vertreter, sowie die Abteilung sind namentlich zu benennen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
3.3	MTR Mindestens zwei für Bildgebung qualifizierte MTR (2 VK) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
3.4	§5 (3) Bereitschaft/Erreichbarkeit Klinik oder Institut für Radiologie steht auf dem klinikeigenen Gelände 24 Stunden zur Verfügung.	
3.5	Zusätzlich zu den vorzuhaltenden Methoden in der Radiologie (EB Onkologische Zentren): - Sonographie mit für Kinder geeigneten Schallköpfen - MRT mindestens 1,5 Tesla mit für Kinder adaptierten Spulensystemen und Untersuchungsprotokollen - Modernes Mehrzeilen CT (multislice CT, MSCT) - mit speziellen alters- und körpengewichtsadaptierten Untersuchungsprotokollen sowie entsprechenden low-dose Protokollen soweit indiziert.	
3.6	§5 (3) Durchführung der Untersuchung Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Die Durchführung der Narkose muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. - Die Durchführung der Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen.	
3.7	Telefonische Rückmeldung (sofortige Vorabmitteilung) auffälliger, interventionsbedürftiger Befunde innerhalb eines Arbeitstages (insbesondere neu aufgetretene Fernmetastasierung). Der Prozess ist zu beschreiben.	
3.8	Die Bildgebung erfolgt gemäß den Leitlinien und Standards des Therapieprotokolls der jeweiligen Tumorentität. Die radiologische Abteilung ist zur aktiven Mitarbeit für die Referenzdiagnostik verpflichtet (vgl. 1.7.7). Die Verpflichtung ist Bestandteil der Kooperationsvereinbarung (vgl. 1.1.2). Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein).	
3.9	Neuroradiologie - Für die Klinikstandorte, die neurochirurgische Eingriffe im Rahmen der KIO-Zentren durchführen, muss 1 Facharzt für Neuroradiologie oder Facharzt für Kinderradiologie mit neuroradiologischer Expertise benannt sein. Kooperationen im Umkreis von 60 km sind möglich. - Eine Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation muss benannt sein.	
3.10	Fort-/Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche u. MTR-Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
4.2	§5 (3) Bereitschaft/Erreichbarkeit Die Nuklearmedizin steht werktäglich (Mo.-Fr.) zur Verfügung. Dringliche Untersuchungen müssen innerhalb von 2 Werktagen möglich sein.	
4.3	Vorzuhaltende Methoden Obligat: • Knochen- u. Nierenszintigrafie • MIBG-Szintigraphie einschließlich SPECT (ggf. in Kooperation) • FDG-PET/CT (ggf. in Kooperation) Fakultativ: • PET/MR • SPECT-CT • Non-FDG-Tracer • MIBG-Therapie	
4.4	Durchführung der Untersuchung • Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. • Die Durchführung der Narkose muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. • Die Durchführung der Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen.	
4.5	Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Bildmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet.	
4.6	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

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.	

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.1.2	Fachärzte • Mindestens 3 VK Fachärzte für Kinderchirurgie in der Abteilung • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen	
5.1.3	Qualifikation Abteilung Nachweis von mindestens 15 Operationen (inkl. PE) pro Jahr bei Pat. mit Tumoren der Erkrankungsgruppen II-XII. Kinderchirurgische Fälle des KIO, die an benannte Kooperationspartner überwiesen werden, werden angerechnet. Kooperationen (intern und extern) mit anderen, chirurgisch tätigen Abteilungen müssen bestehen (Angabe im Datenblatt „Netzwerk Chirurgie“). Ausnahmen sind zu begründen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.1.4	Die 24h/7d-Verfügbarkeit einer Anästhesie mit Kindererfahrung ist sicherzustellen. • Neben der Sedierung und Analgesie bei Diagnostik und Interventionen ist die Betreuung des Akutschmerzdienstes (ebenfalls 24h/7d) zu gewährleisten. • SOPs zu folgenden Themen sollen vorliegen: ○ Interdisziplinäre Vorplanung bei großen Tumor-OPs ○ Vorgehen bei mediastinal mass Syndrom ○ Rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Schmerztherapie (insbes. bei Immunsuppression) ○ PONV-Prophylaxe und Therapie unter Kortisontherapie ○ Sedierung für Diagnostik und Intervention an Außenarbeitsplätzen	
5.1.5	§5 (3) Bereitschaft/Erreichbarkeit 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage für Kinderchirurgie und Chirurgie	
5.1.6	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische operative Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
5.2.2.a	Fachärzte für Neurochirurgie Mind. 2 VK Fachärzte für Neurochirurgie, die für die pädiatrischen Pat. zuständig sind. Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Mind. 1 der FÄ muss an dem DGNC-Kurs pädiatrische Neurochirurgie teilgenommen haben oder bei Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein. Alternativ Anerkennung des ESPN-Zertifikats bzw. die Anmeldung zur Teilnahme Mind. 1 der FÄ muss mind. alle 2J. an der HIT-Netzwerktagung teilgenommen haben Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.2.b	Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie - Mind. 5 kindliche Hirntumore (bis 18 Geburtstag) pro Jahr pro Zentrum (ohne PE) verteilt auf die 2 benannten Operateure (mind. 2 OPs/ benanntem Operateur, wenn mehr als 3 Operateure benannt werden, muss eine schriftliche Begründung erfolgen) UND durch mind. einen der benannten Operateure Nachweis von mind. 50 entfernten kindlichen Hirntumoren (bis 18 Geburtstag) nach Erlangen der Facharztqualifikation (Lifetime-Erfahrung; gezählt werden nur als Erstoperateur durchgeführte OPs). - Wenn die erste Anforderung (5/ Jahr) nicht erreicht wird, können alternativ 15 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen pro benanntem Operateur über die letzten 3 Jahre nachgewiesen werden. - Jeder Eingriff kann nur einem benannten Operateur zugeordnet werden.	
5.2.3.a	Fachärzte für Orthopädie Mind. 2 VK Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit onkolog. Schwerpunkt Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.	
5.2.3.b	Qualifikation Abteilung Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE);	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	davon mind. 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 40. Geburtstag. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumoresektion können angerechnet werden (Definition: OPS 5-900 bis 5-907, 5-916, 5-781 bis 5-785, 5-789.1, 5-789.2, 5-789.4, 5-820.2, 5-822.9, 5-828.0 bis 5-828.8, 5-829.0 bis 5-829.9, 5-852 bis 5-859, 5-862 bis 5-866, 5-869, 5-832.1, 5-832.2, 5-832.7 bis 5-832.9, 5-837, 5-838 in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste "Zentrumsfälle Kinderonkologie" (siehe Datenblatt)). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4	Die 24h/7d-Verfügbarkeit einer Anästhesie mit Kindererfahrung ist sicherzustellen. • Neben der Sedierung und Analgesie bei Diagnostik und Interventionen ist die Betreuung des Akutschmerzdienstes (ebenfalls 24h/7d) zu gewährleisten. • SOPs zu folgenden Themen sollen vorliegen: ○ Interdisziplinäre Vorplanung bei großen Tumor-OPs ○ Vorgehen bei mediastinal mass Syndrom ○ Rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Schmerztherapie (insbes. bei Immunsuppression) ○ PONV-Prophylaxe und Therapie unter Kortisontherapie ○ Sedierung für Diagnostik und Intervention an Außenarbeitsplätzen Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.5	§5 (3) Bereitschaft/Erreichbarkeit 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage	
5.2.6	Externe Kooperationspartner Wenn die organspezifische operative Therapie (Neurochirurgie, Tumororthopädie) durch externe Kooperationspartner erbracht wird, sind folgende Punkte sicherzustellen: • Teilnahme Tumorkonferenz (siehe 1.2), wenn gemeinsame Pat. besprochen werden • 1x/ Jahr Durchführung gemeinsamer Fortbildungsangebote für medizinisches Personal, Einweiser und/ oder Pat. und ihre Angehörigen • Teilnahme an Qualitätszirkeln des KIO mind. 1x/ Jahr • Kennzahlen werden zur Verfügung gestellt • Die Umsetzung der Anforderungen an die Pathologie (8.3 - 8.8) muss sichergestellt werden.	
5.2.7	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	und pflegerische operative Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/ Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

6. Medikamentöse / Pädiatrische Onkologie

6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
6.1.2	§4 (1) Fachärzte - Mindestens drei Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie“ für Station, Ambulanz und/oder Tagesklinik (3 VK). - Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Die Anzahl der Ärzten/-innen unabhängig von der weiteren Qualifikation (d.h. Kinder- und Jugend-Hämato- und Onkologen/-innen, FÄ in Weiterbildung Kinder- und Jugend-Hämatologie und Onkologie oder Weiterbildungsassistenten/-innen Kinder- und Jugendmedizin) in Vollzeitäquivalent ist anzugeben. Empfehlung lt. S2k-Leitlinie: - Richtwert: ab einer Zentrumsgröße von mehr als 60 Zentrumsfällen/ Jahr pro 20 jährlichen Zentrumsfällen mind. 1 Vollzeitäquivalent von Fachärzten für Kinder- u. Jugendmedizin mit Schwerpunkt „Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie“. - Richtwert: auf 10 jährliche Zentrumsfälle mind. ein Vollzeitäquivalent von Ärzten/-innen unabhängig von der weiteren Qualifikation (d.h. Kinder- und Jugend-Hämato- und Onkologen/-innen, Fachärzte/-innen in Weiterbildung Kinder- und Jugend-Hämatologie und Onkologie oder Weiterbildungsassistenten/-innen Kinder- und Jugendmedizin).	

6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.1.3	§5 (6) Weiterbildung Ermächtigung zur Schwerpunktweiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie muss bestehen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.1.4	§5 (3) Bereitschaft/ Erreichbarkeit Die pädiatrische Hämatologie und Onkologie muss täglich 24 Stunden erreichbar sein. Tägliche Visite unter Leitung eines FA Kinder- und Jugendmedizin in der Weiterbildung zum oder mit Schwerpunkt "Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie".	
6.1.5	Das Zentrum verfügt über einen eigenständigen, kideronkologischen bettenführenden Bereich in der Kinderklinik. Die kideronkologische Station soll eine angemessene Ausstattung für eine altersentsprechende Pflege und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen vorhalten (entsprechend S2k-Versorgungsleitlinie Pädiatrische Onkologie und Hämatologie).	
6.1.6	Pädiatrische Intensivmedizin - Das Zentrum verfügt über ausreichende Beatmungskapazitäten für Kinder aller Altersklassen. - Es stehen intensivmedizinische Plätze in der Kinderklinik zur Verfügung. - Es besteht die Möglichkeit zur Nierenersatztherapie am Standort bzw. in geregelter Kooperation mit einem ortsnahen kindernephrologischen Partner.	

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
6.2.2	Verordnung und Überwachung der medikamentösen onkologischen Therapie	

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	durch: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie –Onkologie“ Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	
6.2.3	Fachpflegeperson Applikation von CMR Arzneimitteln findet grundsätzlich im Vieraugenprinzip statt. Voraussetzungen für Fachpflegepersonen, die eine Chemotherapie verantwortlich applizieren: • Mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der pädiatrischen Onkologie • 50 Chemotherapieapplikationen/ Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung kann eine Schätzung abgegeben werden. In den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit erfolgen.) • Nachweis einer Schulung nach der Handlungsempfehlung der KOK unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Fachpflegepersonen) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen • Die Beratung und/oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen. • Die entsprechenden personellen Ressourcen sind zu gewährleisten und nachzuweisen. Für Assistenzärzte, die eine Chemotherapie verantwortlich applizieren, ist die Teilnahme an einer Schulung zur Applikation von Zytostatika nachzuweisen.	
6.2.4	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen und thromboembolischen Komplikationen wie auch für die Transfusion von Blutprodukten sind Standards zu erstellen.	
6.2.5	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
6.2.6	Die Behandlung erfolgt nach den Standards der Protokolle der aktuellen Therapieoptimierungsstudien, sowie den aktuellen Registerempfehlungen.	

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.7	Prozessbeschreibung (SOP): - Standardisierte Prozesse in der Supportivmedizin sind festzulegen (u.a.): - Akuter Notfall - Allergische Reaktionen - Blutungskomplikationen - Paravasate - Übelkeit und Erbrechen - Sedierung und Kurznarkosen - Mukositis - Schmerztherapie - Nichtmed. Infektionsprävention - Zentrale Gefäßzugänge - Antibakterielle Therapie - Prophylaxe und Therapie Pneumocystis, invasiver Pilzinfektion, Virusinfektionen - Impfungen - Prozess bei Kindern mit Fieber bei Neutropenie muss beschrieben sein - Umsetzung krankenhaushygienischer Vorgaben - Sicherstellung 4-Augen-Prinzip für die Applikation von CMR Arzneimitteln - Die Zeit von der Kontaktaufnahme mit dem Zentrum, der Vorstellung im Krankenhaus bis zur Antibiotikagabe muss erfasst werden und mindestens über die Dauer von drei Monaten stichprobenartig statistisch ausgewertet werden.	
6.2.8	Fort-/Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. - Nachweis einer Schulung des ärztlichen Personals zur Applikation von Zytostatika unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten.	

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	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	„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. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.onkozert.de.	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	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. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.onkozert.de.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.0.0	<u>Allgemein (für Abschnitte 9.1-9.3 geltend)</u>	
9.0.1	Für die Pat. ist in einem schriftlichen Konzept darzulegen, wie Aspekte der Palliativversorgung in die Versorgung integriert werden. Insbesondere sind Pat.gruppen und Zeitpunkte zu definieren, an denen aktiv über palliative Behandlungsoptionen mit den Pat. und deren Angehörigen kommuniziert wird. Für Pat., bei denen keine realistische Aussicht auf Heilung besteht, sollte ein advanced care planning (ACP) stattfinden, um die weitere Behandlung an den Bedürfnissen des Pat. und seiner Familie auszurichten.	
9.1.0	<u>Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung</u>	
9.1.1.a	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
9.1.1.b	Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche zu erbringen und nachzuweisen.	
9.1.1.c	- Das Zentrum sollte entweder über ein eigenes SAPV-Team für Kinder und Jugendliche verfügen oder eine KP-Vereinbarung mit einem SAPV-Team für Kinder und Jugendliche nachweisen. - Für die im Zentrum behandelten Pat. ist die Versorgung durch ein SAPV-Team für Kinder und Jugendliche sicherzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
9.1.2	Pflegerisches Personal Namentliche Nennung von hauptamtlichen Vollkräften mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung (Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung z.B. nach Dattelner Curriculum)	
9.1.3	Ärztliches Personal Mindestens 1 Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ist namentlich zu benennen. Name:	
9.1.4	Fallzahlen und Kennzahlen Die SAPV-Versorgung ist allen terminal erkrankten Kindern und Jugendlichen anzubieten. Dies ist zu dokumentieren. Die Versorgung werden einzeln dokumentiert.	
9.1.5	Notfall- und Krisenintervention Das kooperierende SAPV-Team für Kinder und Jugendliche stellt eine Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die ambulant betreuten Palliativpat.(einschließlich ärztliche Hausbesuche) zur Verfügung: Nennung der Telefonnummer unter der die SAPV 24h/ 7d für Pat./ Angehörige erreichbar ist.	
9.1.6	Supervision/ Praxisbegleitung Eine Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter wird dokumentiert.	
9.2.0	<u>Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung</u>	
9.2.1	Eine Kooperation mit einem stationären Kinderhospiz ist wünschenswert. Informationen über Kinderhospize werden vorgehalten (z.B. Adresse u. Kontaktdaten, Flyer, Link auf die Website).	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.2.2	Stationäre Palliativversorgung - Aktuelles Informationsmaterial zu den Kinderpalliativstationen in Deutschland sollte vorhanden sein und 1 x pro Jahr aktualisiert werden. In einer SOP wird das Vorgehen bzgl. folgender Themen festgehalten: Vorausplanung (Notfälle, z.B. n. Rellensmann und Hasan MoKi 2009; Änderung des Therapieziels, Therapiebegrenzung...) Symptomkontrolle (u.a. Sedierung am Lebensende) psychosoziale Betreuung (u.a. Begleitung der Familie, insbes. von Geschwister) Nachsorge (u.a. Trauerbegleitung, Umgang mit dem Leichnam des Kindes, Information, Supervision und Debriefing des Personals, Information der anderen Pat. der Station, Nachsorgegespräche) - Regelmäßig (mindestens 1 x /Jahr) sollen alle Mitarbeiter der kideronkologischen Station in pädiatrischer Palliativversorgung und der Umsetzung der SOP fortgebildet werden. Die SOP ist Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen für neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. - Die Umsetzung der SOP auf der kideronkologischen Station wird anhand von konkreten Beispielen während des Audits nachgewiesen.	

10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
10.2.1	§6 (2) Das Zentrum meldet die neu erkrankten Pat. mit pädiatrisch-onkologischen Erkrankungen (mit nationalem Wohnsitz) an das Deutsche (bzw. nationale) Kinderkrebsregister.	
10.2.2	Die Meldung beim nationalen Kinderkrebsregister muss nachgewiesen werden: Sollvorgabe $\geq 95\%$ Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	
10.3	Die Verlaufsdokumentation erfolgt fristgerecht durch die Zentren an die Leitungen der jeweiligen	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Therapieoptimierungs-/ Registerstudien. Sie richtet sich nach den studienspezifischen Vorgaben.	
10.4	Ressourcen Ein Dokumentationsassistent steht dem Zentrum zur Verfügung. Als Richtwert gilt eine VK*/ 35 Zentrumsfälle. *zusammen mit Studienassistent, vgl. 1.7.6	

Datenblatt

Für die Darlegung der Basisdaten, Kennzahlen und weiteren Zentrumsdaten steht ein Datenblatt (EXCEL-Vorlage) zur Verfügung. Das Datenblatt ist eine Anlage zum Erhebungsbogen.

Das Datenblatt ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar.