

Erhebungsbogen für Sarkomzentren der Deutschen Krebsgesellschaft Modul im Onkologischen Zentrum

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Sarkomzentren der DKG

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

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

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

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

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

Auditjahr: **2027**

Version: **G2**

Stand: **15.07.2026**

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.

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

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

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

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (Morphologie), 2. Revision 2019 (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.

Präambel

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

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

Sofern das Sarkomzentrum nur für Weichteilsarkome oder nur für Knochentumore zertifiziert werden soll, ist es unerheblich, ob der jeweils andere Bereich versorgt wird (siehe hierzu auch FAQ-Dokument).

Die jeweiligen operativen quantitativen Vorgaben an die Operationen im Kap. 5.2.2 a) sind nachzuweisen.

Das Logo des Sarkomzentrums spiegelt den jeweiligen Geltungsbereich wider.

Angaben zum Sarkomzentrum

Zentrumsname

Leitung des Zentrums

Zentrumskoordination

Standort 1 (Klinikum/ Ort)

Standort 2 (Klinikum/ Ort)

Geltungsbereich des Zentrums:

☐

Weichgewebetumoren inkl. GIST

☐

Knochtumoren

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 Stammblates 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 / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie
 - 6.2 Medikamentöse Tumorthherapie
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 (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 Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.1.2.a	Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden externen Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert). 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 Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage). Hauptkooperationspartner Chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Sarkome (vertreten durch Orthopädie/ Unfallchirurgie und Allgemein- und Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie und Plastische Chirurgie), Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie. Die Kooperation Thoraxchirurgie kann auch durch externe Kooperation mit einem zertifizierten Lungenkrebszentrum erbracht werden.	
1.1.2.b	Kooperationspartner	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren unter 1.1.6 genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Gefäßchirurgie, Gastroenterologie, Urologie, Gynäkologie, Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie, HNO, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Humangenetik. Die Kooperationspartner sollten vorzugsweise zertifizierte Zentren (Gynäkologisches Krebszentrum, Kinderonkologisches Zentrum usw.) sein. Wenn eine Kooperation mit einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul (ggf. auch im gleichen Krankenhaus) besteht, dann ist in einer Kooperationsvereinbarung zu definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Zählung der Zentrums- bzw. Primärfälle ist unter diesen Voraussetzungen für beide Partner möglich.	
1.1.3	Es sind folgende Funktionen namentlich zu benennen: • Leitung des Zentrums (inkl. Angabe Fachdisziplin) • Zentrumskoordination (inkl. Angabe Fachdisziplin)	
1.1.4	Die durch das Zentrum vertretenen Sarkom-Schwerpunkte sind zu benennen.	
1.1.5	1x/ Jahr sollte eine Veranstaltung für Pat. und/ oder Zuweiser des Sarkomzentrums durchgeführt werden.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.0	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.2.1.a	Anzahl Zentrumsfälle Pat. des Zentrums a) Zentrumsfälle Mind. 50 Zentrumsfälle mit Sarkomen (siehe Diagnosenliste im Datenblatt) jeder Lokalisation bei Erwachsenen pro Jahr	
1.2.1.b	Definition Zentrumsfall • Pat., die als Zentrumsfälle in anderen Organkrebszentren/ Modulen gezählt werden, können hier auch angerechnet werden (Doppelzählung möglich; Voraussetzung siehe 1.1.2).	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen. • Histologischer Befund muss vorliegen. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes). • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. • Alle Pat., lokalisiert oder metastasiert, die im Sarkom-Zentrum/ dem kooperierenden Organkrebszentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und in diesem/ diesen wesentliche Teile der Therapie erhalten. • Pat. kann nur für 1 Zentrum als Zentrumsfall gezählt werden; • Ausnahme: Primärfälle, für die andere Zertifizierungsverfahren bestehen (z.B. Gynäkologisches Krebszentrum: Doppelzählung möglich, Voraussetzung: siehe 1.1.2). • Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister. • Die Zentrumsfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden.	
1.2.1.c	Definition Primärfall (Teilmenge Zentrumsfall) • Alle Pat. mit Erstdiagnose Weichgewebetumor inkl. GIST und/ oder Erstdiagnose primärer Knochentumor einschließlich Pat. mit primärer Metastasierung. • Pat., die als Primärfälle in anderen Organkrebszentren/ Modulen gezählt werden, können hier auch angerechnet werden (Doppelzählung möglich; Voraussetzung siehe 1.1.2). • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen. • Histologischer Befund muss vorliegen. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes). • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. • Alle Pat. mit lokalisierter Ersterkrankung oder primärer Metastasierung, die im Sarkom-Zentrum/ dem kooperierenden Organkrebszentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und in diesem/ diesen wesentliche Teile der Therapie erhalten. • Es werden nur Erstdiagnosen gezählt. • Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden;	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Ausnahme: Primärfälle, für die andere Zertifizierungsverfahren bestehen (z.B. Gynäkologisches Krebszentrum: Doppelzählung möglich, Voraussetzung: siehe 1.1.2). - Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister. - Die Primärfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden.	
1.2.2	Interdisziplinäre prätherapeutische* und postoperative Tumorkonferenz Zyklus/ Teilnehmer Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene an der Konferenz zwingend: - Operative Fachdisziplin - Radiologie - Pathologie - Radioonkologie - Hämatologie/ Onkologie - Gastroenterologie/ Gynäkologie, wenn die systemischen Therapien durch diese Disziplinen durchgeführt werden Mind. 1 operative Fachdisziplin muss obligat in der Tumorkonferenz vertreten sein. Bei der Besprechung von Pat. mit Knochentumoren muss der Vertreter (Tumor-) Orthopädie/ Unfallchirurgie obligat an der Tumorkonferenz teilnehmen. Davon unabhängig gilt: - Die chirurgischen Fachdisziplinen Orthopädie/ Unfallchirurgie, Allgemein-/ Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie müssen pat.bezogen teilnehmen. - Pädiatrisch-onkologische Kooperationspartner sind pat.bezogen einzuladen. - Weitere Fachdisziplinen (wie z.B. Gynäkologie, HNO, Palliativmedizin, Urologie) sind indikationsbezogen einzuladen. *: nach durchgeführtem Staging/ Diagnostik	
1.2.3	Vorstellung aller Pat. mit Metastasen in der Tumorkonferenz Metastasentherapie	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• 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 Sarkomzentrums sollte bei Progress mind. einmalig eine erneute Vorstellung im Sarkomzentrum erfolgen.	
1.2.4	Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz • Prätherapeutische Fallvorstellung: Erstzertifizierung $\geq 90\%$ nach 1 Jahr $\geq 95\%$ • Postoperative Fallvorstellung: Erstzertifizierung $\geq 90\%$ nach 1 Jahr $\geq 95\%$ Angabe im Datenblatt Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5	Kooperation mit Organkrebszentren Wenn Kooperationen mit Organkrebszentren bestehen, sind diese anhand von konkreten Beispielen darzustellen (z.B. Teilnahme an Tumorkonferenzen) Die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den kooperierenden Organkrebszentren und Pat.pfade sind darzulegen (z.B. gynäkologische Sarkome, neurogene Tumoren).	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

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

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.4.2	Psychoonkologie - Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

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

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.6.2	Pat.befragungen - Mind. alle 3 Jahre wird einmal über 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben, an der Pat.befragung teilzunehmen. - Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten).	
1.6.3	Pat.veranstaltungen Sofern Patientenveranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Beeinflussung von Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.7.3	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen. Studienassistent b) Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. c) Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.4.a	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.4.b	Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt, alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen).	
1.7.4.c	Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument), Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung. • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Sarkomkrebszentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ),	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.8.2	Onkologische Fachpflegekräfte - Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft (1 VK) aktiv im Tagdienst angestellt sein. - Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.2	Physiotherapie - Zugang zur spezialisierten physiotherapeutischen Versorgung (insbesondere Gangschulung) ist ambulant und stationär zu ermöglichen. - Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.3	Ernährungsberatung - Zugang zur Ernährungsberatung ist ambulant und stationär zu ermöglichen. - Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.4	Prothetik - Die orthopädietechnische Versorgung ist ambulant und stationär zu ermöglichen. - Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	Information/ Dialog mit Pat. • Pat. mit primärem Weichgewebetumor und/ oder primärem Knochentumor • Pat. mit Rezidiv/ Fernmetastasierung Mitteilung der Diagnose, Erläuterung des Befundes, Darstellung der unterschiedlichen Therapieoptionen • 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 Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen oder Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
2.1.2	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. Die Sprechstunde muss folgende Themen abdecken: • 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	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	adenomatöse Polyposis) (siehe auch Abschnitt 2.1.6); • Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.	
2.1.3	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: < 60 Min. (Sollvorgabe) Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: 5 Werktage (Sollvorgabe) Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.1.4	Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen: • Konsiliarische Vorstellung der Pat. in der Thorax- bzw. Gefäßchirurgie bzw. Plastische Chirurgie bzw. Viszeralchirurgie bzw. Strahlentherapie bzw. Hämatologie/ Onkologie (Hauptkooperationspartner) möglichst am gleichen Tag; • Konsiliarische Vorstellung der Pat. in anderen Fachdisziplinen/ Kooperationspartner binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde; • Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie unmittelbar in der Weichgewebetumor-Sprechstunde oder binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde	
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: • Sarkomdiagnostik inkl. Befundmitteilung; • Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern (v.a. extern) • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz; • Stationäre Aufnahme; • Diagnostik bei Pat. mit Lokalrezidiv/ Fernmetastasierung; • Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation. Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	
2.1.6	Familiäres Krebsrisiko • Das genetische Risiko sollte mittels der Checkliste zur Feststellung der Indikation zur Genetischen Beratung bei Diagnose Sarkom und Erkrankungsalter ≥18 Jahre erfasst	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	werden. Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Beratungsgespräch (z.B. durch den behandelnden Facharzt) über mögliche erbliche Ursachen für die Erkrankungen gemacht werden. Der Algorithmus zur Zusammenarbeit mit der Humangenetik muss definiert sein und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.	

2.2 Diagnostik

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

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
3.2	Fachärzte - Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR). - Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. - Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
3.3	Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR) Mind. 2 qualifizierte MTRs müssen zur Verfügung stehen.	
3.4	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie - Ganzkörper-MRT mit mind. 1,5 Tesla - Ganzkörper-CT mit Möglichkeit zur CT-gestützten Biopsie einschließlich entsprechender Dokumentation - Möglichkeit zur ultraschallgestützten Biopsie/	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Punktion einschließlich entsprechender Dokumentation Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde.	
3.5	Techniken - CT aller Körperregionen - MRT aller Körperregionen - CT-Angiographie - MR-Angiographie - Ganzkörper-MRT (ggf. über Kooperationsvereinbarung)	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
4.2	Fachärzte der Nuklearmedizin - Mind. 1 Facharzt/ fachkundiger Arzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung. - Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. - Facharzt/ fachkundiger Arzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.	
4.3	MTRs der Nuklearmedizin Mind. 2 qualifizierte MTRs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	
4.4	FDG-PET/ PET-CT Der Zugang ist sicherzustellen. Sofern dies nicht direkt am Standort des Zentrums möglich ist, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu organisieren.	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

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

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Operativer Standort Sarkomchirurgie (Tumoresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie - Tumoresektionen bei Sarkomen umfassen folgende Bereiche: - Weichgewebesarkome viszeral/retroperitoneal - Weichgewebesarkome muskuloskelettal - Knochensarkome - Tumoresektionen bei Sarkomen in den oben genannten Bereichen sind von einem benannten Operateur bzw. von einer benannten Vertretung durchzuführen. - Tumoresektionen 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. - Mind. 2 Operateure und mind. 1 Vertretung sind pro Zentrum zu benennen - Mind. 1 FA für Thoraxchirurgie ist namentlich zu benennen Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.2.a	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.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Mind. 1 FA Thoraxchirurgie ist namentlich zu benennen. 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. 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. 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein. Eine bewährte Vertretungsregelung (mind. 1 Vertretung pro Zentrum) muss vorhanden sein.	
5.2.2.b	Jährliche Qualifikation Expertise benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.1) • 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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.2.c	Qualifikation für Zulassung neuer Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und/ oder Orthopädie/ Unfallchirurgie und/ oder Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.1)	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Zulassung neuer benannter Operateure Weichgewebesarkome: - Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Weichgewebesarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). - Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszerale/ retroperitonealen und im muskuloskelettalen Bereich gilt: Es müssen als Hauptoperateur mind. 25 Operationen im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein Knochensarkome: - Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Knochensarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte) Zulassung neuer Stellvertreter - Bei Erstertifizierung Nachweis von mind. 25 als 1. Operateur durchgeführte Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive, unabhängig von der jeweiligen Eingriffsgruppe gemäß Kap. 5.2.2a) (Vorlage OP-Berichte) - Nach 3 Jahren Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) (Vorlage OP-Berichte). Bei Durchführung von Resektionen von Weichgewebesarkomen im viszerale/retroperitonealen <u>und</u> im muskuloskelettalen Bereich müssen mind. 25 im jeweiligen Bereich durchgeführt worden sein Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.3	Qualifikation benannte Operateure Thoraxchirurgie Die Beschreibung der Qualifikation der benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula. Folgende Parameter müssen erfüllt werden: - Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie. - Nachweis folgender Eingriffe: Mind. 100 selbstständig durchgeführte Lungenresektionen nach dem Facharzt, davon mind. 15 anatomische Segmentresektionen, 10 bronchio/ angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen.	
5.2.4.a	Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion) Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr (keine Beschränkung auf Sarkompatienten) durchgeführt werden.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Pat. können jeweils gezählt werden. - Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4.b	Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung): Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und die Organisation der Zuweisung von Pat. für die o.g. Eingriffe in SOPs zu beschreiben. Die pat.spezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.	
5.2.4.c	Untersuchungstechniken/Behandlungsmethoden Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen (bitte Angabe, ob im Zentrum oder in externer Kooperation durchgeführt).	
5.2.4.d	Qualifikation benannte Operateure Plastische Chirurgie Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 15 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr pro benanntem Operateur (keine Beschränkung auf Sarkompatienten).	
5.2.4.e	Zulassung neuer Operateure Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 50 plastisch-rekonstruktive Eingriffe pro Operateur innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte) (keine Beschränkung auf Sarkompatienten).	
5.2.5	Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 75 operierte Fälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.	
5.2.6	Postoperative Komplikationen Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung	
5.2.7	Postoperative Überwachung Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Intermediate Care Unit zur Verfügung stehen. Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

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

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
6.2.2	<u>Der durchführende/ therapieüberwachende Arzt muss folgende Kriterien erfüllen:</u> - Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder - Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder - Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. - persönliche Teilnahme an Sarkomsprechstunden mind. 2x/ Monat - mind. 1 Sarkom-spezifische Fortbildung alle 2 Jahre (z.B. DGHO, Deutsche Sarkomkonferenz, CTOS, ESMO, ASCO) Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	nicht möglich.	
6.2.3	Fallzahlen im Sarkomzentrum mind. 30 systemische Therapien bei Pat. mit Sarkomen (Chemotherapien, Antikörpertherapien, TKI etc.)/ Jahr. Zählweise: systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie) Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie.	
6.2.4.a	Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung): - Isolierte Extremitätenperfusion - Regionale Tiefenhyperthermie (gemäß ESHO-Guidelines) Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und die Organisation der Zuweisung von Pat. für die o.g. Eingriffe in SOPs zu beschreiben. Die pat.spezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.	
6.2.4.b	Folgende Untersuchungstechniken/Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen): Isolierte Extremitätenperfusion Im Zentrum Externe Kooperation Regionale Tiefenhyperthermie Im Zentrum Externe Kooperation	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und 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.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

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

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0	Die Darlegungen der Daten im gesamten Erhebungsbogen sowie im Datenblatt umfassen grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B. wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...).	
10.1.1	Geltungsbereich	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet werden, dann sind die Tumordokumentations-Einheiten zu benennen (inkl. Aufteilung Zuständigkeiten für die Tumorentitäten, ggf. Organigramm). Im Erhebungsbogen sind ggf. spezifische dezentrale Regelungen ergänzend zu den zentralen Regelungen auszuführen.	
10.1.2	Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3	Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und qualitätsgesichert zu liefern. Organspezifische Anforderungen an die Datendarlegung und deren Umfang (Basisdaten, Kennzahlen, Ergebnisqualität, ...) sind in dem jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung rückverfolgbar sein.	
10.1.4	Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden. Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5	Gesetzliche Krebsregistrierung Die gesetzlichen Anforderungen an die Krebsregistrierung sind nachweislich zu erfüllen. Für die Erhebung/ Darlegung der Krebsregisterdaten muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c verwendet werden.	
10.2.1	Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter pro Zertifizierungssystem bzw. Organgruppe zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Der Dokumentationsbeauftragte ist namentlich zu benennen (inkl. Funktion im Klinikum).	
10.2.2	Aufgaben Dokumentationsbeauftragter • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung • Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf	
10.2.3	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.	
10.2.4	Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).	
10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK). Kriterien für höheren Ressourcenbedarf • Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien • Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen • Unterstützung bei der Tumorkonferenz	
10.2.6	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1	Auswahl Tumordokumentationssystem (TDS) Die Art des Tumordokumentationssystems (TDS) ist dem Zentrum freigestellt (z.B. Eigenentwicklung, externer Anbieter, im KIS integriert oder über das §65c-Krebsregister).	
10.3.2	Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden: • Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge) • TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) • Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie, ...) • Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweitumoren und Sterbefälle) • Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)	
10.4.1	Nutzung OncoBox	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Darm: Nutzung OncoBox verbindlich • Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	
10.5.2	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend) Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden. Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) • Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0	Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.	
10.7.1	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a	Ergebnisqualität Brust Die Einreichung der Matrix Ergebnisqualität ist nur für die Brustkrebszentren verpflichtend, die	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	über ein funktionierendes Krebsregister verfügen. Standorte, die einen Antrag auf Reduktion des Auditzyklus stellen bzw. bei denen auf Grundlage einer positiven Bewertung des Antrags keine Vorort-Begehung stattfindet, sind weiterhin verpflichtet, die Matrix Ergebnisqualität (Follow-up Quote $\geq 70\%$) einzureichen.	
10.7.2.b	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen. Die Tumordokumentation/ Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts), zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP). Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom • Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	
10.7.2.c	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Definition biochemisches Rezidiv: a. Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf $> 0,2$ ng/ml b. Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. 2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) 3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
10.8	Parameter Ergebnisqualität / Kaplan-Meier-Kurve Sofern die Kaplan-Meier Kurven aus der OncoBox bzw. aus dem TDS generiert werden können, sind diese jährlich zu erstellen und auszuwerten. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten. • Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ • Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP • Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ • Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ • Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ • Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP • Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH • Gesamtüberleben (OAS)	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.9.1	Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren - Übermittlung patientenbezogener Follow-up Daten an das §65c-Krebsregister Die Follow-up Daten sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vom Zentrum an das §65c-Krebsregister übermittelt werden. - Anfrage patientenbezogene Follow-up Daten beim §65c-Krebsregister Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Die Follow-up Daten sollten mind. 1x pro Jahr durch das Zentrum beim §65c-Krebsregister angefragt werden. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich). Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden.	
10.9.3.a	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata ≥ 80% - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...) < 60% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben	
10.9.3.b	Follow-up Quote Lunge - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: ≥ 80% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d	Erfassung Follow-up FBREK - Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP - Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

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.