

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen Kinderonkologie in Onkologischen Zentren

Sprecher der Zertifizierungskommission: Frau Prof. Dr. A. Eggert, Herr Prof. Dr. H. Jürgens

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Version FAQ und Erhebungsbogen

Versions-Stand FAQ: 20.10.2017

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's beziehen sich auf folgende in Kraft gesetzte Dokumente:

Erhebungsbogen KIO	Version B2	20.10.2017
Kennzahlenbogen KIO	Version B2.1	20.10.2017

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Anzahl Zentrumsfälle	09.05.2017
	1.2.5	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	09.05.2017
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Ressourcen und Qualifikation	09.05.2017
	1.4.3	Angebot und Zugang	09.05.2017
1.7 Studienmanagement	1.7.3	Therapieoptimierungsstudie/ Register	09.05.2017
	1.7.4	Anzahl der in Studien eingeschlossenen Patienten	09.05.2017
1.8 Pflege	1.8.2	Onkologische Fachpflegekräfte	09.05.2017
	1.8.4	Fort-/ Weiterbildung	09.05.2017
2 Organspezifische Diagnostik	2.1.6	Transition – Interdisziplinäre Survivorsprechstunde	09.05.2017
3 Radiologie	3.2	Fachärzte	09.05.2017
4 Nuklearmedizin	4.6	Fort-/ Weiterbildung	09.05.2017
5 Operative Onkologie	5.1.1	Kooperationen Referenzchirurgie	09.05.2017
	5.1.3	Qualifikation Abteilung	09.05.2017
	5.1.6	Fort-/Weiterbildung	09.05.2017
	5.2.4	Anästhesie mit Kindererfahrung	09.05.2017
6 Medikamentöse/ Pädiatrische Onkologie	6.1.3	Weiterbildung	09.05.2017
7 Radioonkologie	7.7	Bestrahlungsserien	09.05.2017
9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung	9.2.2	Stationäre Palliativversorgung	09.05.2017

Kennzahlenbogen

Kennzahl		letzte Aktualisierung
4	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz	09.05.2017
5	Beratung durch den Psychosozialdienst	09.05.2017
6	Anzahl eingeschlossener Zentrumsfälle in Therapieoptimierungsstudien/ GPOH-Register	09.05.2017

FAQ's - Erhebungsbogen Kinderonkologie

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1	<p>Anzahl Zentrumsfälle Das Zentrum muss jährlich 30 Patienten (Zentrumsfälle) im Alter von 0 bis 17 Jahre (einschließlich) mit einer onkologischen Krankheit behandeln (Ersttumoren, Zweittumoren, Erstvorstellungen mit Rezidiv).</p> <p>Definition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Fallliste (Versorgungsumfang) am Ende des Erhebungsbogens • Histologischer/zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen. • Patienten mit Erst-, Zweittumor bzw. Erstvorstellung mit Rezidiv. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen/zytologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboard-Beschluss bei pathologisch nicht-gesicherten Tumoren. • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Für welches Zentrum zählt ein Fall, wenn relevante Therapieelemente an einer anderen Klinik durchgeführt werden?</p> <p>Antwort: Fall zählt für entsendendes Zentrum.</p>	
1.2.5	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz</p> <p>a) A) Interdisziplinär zu behandelnde Patienten sind in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen B) Grundsätzlich vorzustellen sind die Patienten aus den Bereichen II – XII (vgl. Versorgungsumfang)</p> <p>Vorstellung: (1.) zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. zu Beginn/Durchführung einer primären systemischen Therapie und (2.) zur Vorbereitung der ggf. durchzuführenden Lokaltherapie vorzustellen.</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es ausreichend das Patienten nur bei anstehenden wichtigen medizinischen oder psychosozialen Therapieentscheidungen in der Tumorkonferenz vorgestellt werden?</p> <p>Antwort: Nein. Es sind grundsätzlich alle Patienten mit Diagnosen aus den Bereichen II-XII sowie interdisziplinär zu behandelnde Patienten vorzustellen.</p>	
	<p>b) Zusätzliche Tumorkonferenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Tumorkonferenzen sind möglich. • Alternative Tumorkonferenzen zu der Anforderung 1.2.5 b) sind jedoch ausschließlich für Hirntumore möglich. <p>Die Teilnehmer müssen sich an den Fachdisziplinen der interdisziplinären Tumorkonferenz orientieren und ggf. tumorspezifisch angepasst werden (Bsp.: Neuropathologe anstelle Pathologie)</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es ausreichend, z.B. Retinoblastom-Fälle in der Retinoblastom-Konferenz der Augenklinik vorzustellen?</p> <p>Antwort: Grundsätzlich sollen alle kinder-onkologischen Fälle des Zentrums in der Tumorkonferenz des Zentrums vorgestellt werden. Eine zusätzliche Vorstellung der Fälle in Entitäten-spezifischen Tumorkonferenzen (z.B. Retinoblastome) ist möglich, wenn alle unter EB_1.2.5 b) genannten Teilnehmer vertreten sind.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

		<u>Vorschlag für die Umsetzung:</u> z.B. Information des Teams via Tischvorlage	
	Zyklus und Dokumentation Es muss mindestens einmal pro Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Die Tumorkonferenz ist zu protokollieren.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Kann der Zyklus der Tumorkonferenzen verändert werden, wenn es nicht wöchentlich Patienten zu besprechen gibt? Antwort: Der wöchentliche Zyklus soll auch beibehalten werden wenn kein Patient vorzustellen ist. Für Wochen ohne vorzustellende Patienten genügt die Vorlage einer entsprechenden Dokumentation.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2 §4 (6)	Ressourcen und Qualifikation Das Team des Psychosozialdienstes ist grundsätzlich multiprofessionell zu bilden: Es besteht aus mind. je einem Vertreter mit der Grundqualifikation: <ul style="list-style-type: none"> • Dipl. / MA Psychologe • Dipl. / MA 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. Zur leitlinienkonformen Ausübung der jeweiligen Aufgaben sind geeignete personelle und räumliche Ressourcen vorzuhalten (Richtwert: mind. 2 VK Psychologie u Sozialarbeit pro 44 Fälle).	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist ein konsiliarischer Psychologe ausreichend oder muss diese/ dieser direkt in der Klinik angestellt sein? Antwort: Nein, ein konsiliarischer Psychologe ist nicht ausreichend. Zur Sicherstellung der leitlinienkonformen psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Onkologie ist ein psychosoziales Team als Teil eines integrierten multiprofessionellen Versorgungsmodells erforderlich. <u>FAQ (09.05.2017):</u> Können alternative Abschlüsse, z.B. definierte Weiter-/ Fortbildungen oder langjährige Berufserfahrung als Ressourcen im Psychosozialen Dienst anerkannt werden? Antwort: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Besitzstandswahrung:</u> Langjährige KollegInnen (mind. 5 Jahre hauptberuflich in der päd. Onkologie tätig) anderer Berufsgruppen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss (z.B. Pädagogen Dipl. oder Master; Psychotherapeuten), die nachweisbar eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten, sind anerkennungsfähig. • <u>Neueinstellungen:</u> Stellenschlüssel für Psychologen (Dipl./ M.Sc.) und Sozialberater [=Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen (Dipl.) bzw. Klinische Sozialarbeiter (M.A.)] ist zu gewährleisten. 	

1.4 Psychoonkologie

		<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Wird ein Bachelor als Qualifikation anerkannt?</p> <p>Antwort: Für Mitarbeiter des Bereichs Sozialberatung ist eine Einzelfallprüfung möglich.</p> <p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Können Mitarbeiter anerkannt werden, die sich derzeit noch im Studium befinden?</p> <p>Antwort: Für Mitarbeiter des Bereichs Sozialberatung, die sich nach abgeschlossener Bachelor-Qualifikation im Master-Studium befinden, ist eine Anerkennung möglich.</p> <p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Müssen Psychologen und andere Mitarbeiter des psychosozialen Teams ausschließlich für das Kinderonkologische Zentrum tätig sein oder kann auch eine Kooperation mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Wenn durch den PSD eine leitlinienkonforme psychosoziale Versorgung der Patienten in der päd. Onkologie gewährleistet ist, können diese PSD-Mitarbeiter mit einem definierten Stellenanteil darüber hinaus Tätigkeiten auch in anderen Abteilungen des Klinikums durchführen.</p> <p>Eine alleinige Kooperation mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum reicht zur Erfüllung der Anforderung nicht aus.</p>	
<p>1.4.3</p>	<p>Angebot und Zugang Jedem Patienten mit seiner Familie muss eine psychosoziale Grundversorgung (psGV) während Akuttherapie und Nachsorge angeboten werden. Die psGV erfolgt im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells und beinhaltet mindestens Angebote zu folgenden Bereichen (entsprechend der Leitlinie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Krankheitsbewältigung • Sicherstellung der Therapie und Kooperation • Behandlung spezifischer Symptome (z.B. emotionaler- und Verhaltensauffälligkeiten) • Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung/Beratung und Beantragung stationärer Rehabilitation (z.B. familienorientierte Rehabilitation (FOR)/Nachsorgeorganisation) <p>Das Angebot muss niederschwellig, aufsuchend sowie orts- und zeitnah zum Bedarf erfolgen.</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Kann das Angebot zur psychosozialen Grundversorgung auch durch den behandelnden Arzt offeriert/ der Bedarf eingeschätzt werden und an den psychosozialen Dienst weitergegeben werden?</p> <p>Kann das Angebot ggf. auch durch die Übergabe eines Flyers offeriert werden?</p> <p>Antwort: Der Arzt kann das Angebot zur psychosozialen Versorgung offerieren. Dennoch ist ein Gespräch zur Information und Bedarfschätzung durch einen Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes unumgänglich. Aktuelle Informationsmaterialien, sowie die Angebotsdarstellung in schriftlicher Form (z.B. Flyer) sollten zusätzlich gut zugänglich verfügbar sein.</p>	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
1.7.3 § 6 (1)	<p>Wenn möglich, sollte jedem Patienten 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</p> <p>http://www.kinderkrebsinfo.de/gpoh/arbeitsfelder/therapieoptimierungsstudien/index_ger.html</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Für ca. 50% der kindlichen Malignomen gibt es in der Schweiz gar keine offene Studie. Können für die Anforderung von >95% Studienpatienten alternativ nur die Patienten gezählt werden, für welche in der Schweiz ein offenes Studienprotokoll vorliegt?</p> <p>Antwort: Die Anforderung gilt unverändert. Für Schweizer Zentren gilt: Darlegung der eingeschlossenen Studienpatienten im Audit; wenn die Einschlussquote für die Patienten erfüllt wird, für die eine Studie verfügbar war, gilt die Kennzahl als erfüllt.</p>
1.7.4	<p>Anzahl der in Studien eingeschlossenen Patienten (mit nationalem Wohnsitz): Sollvorgabe \geq 90%</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Bei fehlender Zustimmung zu der Studie durch lokale Ethikkommission kann die Studie trotzdem bei der Kennzahl angerechnet werden, wenn eine protokollgerechte Therapie nachgewiesen werden kann.</p>

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	
1.8.2 § 4 (4)	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum müssen mindestens zwei aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • Sofern in einem stationären Bereich u.a. auch pädiatrische Patienten betreut werden, ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegekraft namentlich zu benennen und die Aufgabenbereiche sind schriftlich nachzuweisen. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Qualifikation Pflege in der Schweiz: Kann der Master anerkannt werden? Kann ein 3-tägiger Basiskurs anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Master als Qualifikation für onkologische Pflege in D/A/S wird anerkannt. Ein 3-tägiger Basiskurs nicht.</p>
1.8.4	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Welcher Stundenumfang ist mit der Angabe „1 Tag pro Jahr“ gemeint?</p> <p>Antwort: Hier sind 8 x 45 Min. Fortbildungsdauer gemeint. Diese können in Teilen erfüllt werden (z.B. 1. FB 0,5 Tage, dann 4x Teilnahme an einer 45 Min. klinikinternen FB).</p>

2 Organspezifische Diagnostik

Kap.	Anforderungen		
2.1.6	<p>Transition – Interdisziplinäre Survivorsprechstunde</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Sprechstunde sollte wöchentlich stattfinden. Der verantwortliche Arzt (vgl. 2.1.2) sollte zusammen mit einem Facharzt aus dem Erwachsenenbereich (z.B. FA für Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie oder FA für Innere Medizin und Endokrinologie) und dem Psychosozialen Dienst die erforderlichen Prozesse und Standards festlegen. Die Sprechstunde sollte gemeinsam durchgeführt werden. Diese Prozesse und Standards sind zu beschreiben. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es ausreichend, statt der wöchentlichen Sprechstunde ein Konzept mit definierten Abläufen, wie die Transition in die Onkologische Nachsorge geregelt ist, nachzuweisen?</p> <p>Antwort: Die Anforderung gilt unverändert, eine wöchentliche Transitionssprechstunde sollte vorgehalten werden.</p>	

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen		
3.2 § 5 (3)	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> Mindestens ein Facharzt (1VK) für Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie Vertretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation ist schriftlich zu belegen. Facharzt und Vertreter, sowie die Abteilung sind namentlich zu benennen. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Wie ist der Begriff "Schwerpunkt" hier gemeint?</p> <p>Antwort: Hier ist die Schwerpunktweiterbildung "Kinderradiologie" gemeint (siehe Weiterbildungsordnung Bundesärztekammer).</p>	3.2 § 5 (3)

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen		
4.6	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 kinder-onkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es notwendig, alle Mitarbeiter jährlich kinder-onkologisch zu schulen?</p> <p>Antwort: Die Anforderung gilt für Mitarbeiter, die qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnehmen. Definition obliegt dem Zentrum.</p>	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
5.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Sind für die Zusammenarbeit mit Referenzchirurgen zwingend zusätzliche Kooperationsverträge vorzulegen? Ist die Zusammenarbeit nicht ausreichend über die Studienverträge geregelt?</p> <p>Antwort: Für die chirurgischen Kooperationspartner sind Kooperationsvereinbarungen vorzuhalten. Für die Zusammenarbeit mit Referenzchirurgen, die an einem zertifizierten Kinderonkologischen Zentrum</p>	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
		<p>arbeiten, sind keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig.</p> <p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Wie werden Operationen gezählt, die durch Referenzchirurgen durchgeführt werden?</p> <p>Antwort: Die Eingriffe werden entsprechend EB Kap. 5.1.3 gezählt.</p>	
5.1.3	<p>Qualifikation Abteilung Nachweis von mindestens 15 Operationen (inkl. PE) pro Jahr bei malignen soliden Tumoren. Fälle des KIONK, die an benannte Kooperationspartner überwiesen werden, werden angerechnet.</p> <p>Kooperationen (intern und extern) mit anderen, chirurgisch tätigen Abteilungen müssen bestehen (Eintrag Liste Ende Kapitel 5.2). Ausnahmen sind zu begründen.</p>	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Wieviel Operationen zählen bei einem Kind?</p> <p>Antwort: Jede Operation bei Kindern mit malignen soliden Tumoren kann gezählt werden, also auch mehrere Operationen bei einem Kind.</p>	
5.1.6	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Müssen alle Mitarbeiter der Kinderchirurgie und der anderen operativen Disziplinen jährlich an kinderonkologischen Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen?</p> <p>Antwort: Die Anforderung gilt für Mitarbeiter, die qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnehmen. Definition obliegt dem Zentrum.</p>	
5.2.4	<p>Die 24h/7d-Verfügbarkeit einer Anästhesie mit Kindererfahrung ist sicherzustellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neben der Sedierung und Analgesie bei Diagnostik und Interventionen ist die Betreuung des Akutschmerzdienstes (ebenfalls 24h/7d) zu gewährleisten. • SOP's zu folgenden Themen sollen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<p><u>FAQ (09.05.2017):</u> Gelten die Angaben nur für die Orthopädie oder auch für die Neurochirurgie?</p> <p>Antwort: Die Anforderung gilt für alle chirurgischen Abteilungen, die an der operativen Versorgung der Zentrumspatienten beteiligt sind.</p>	

6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	
6.1.3 §5 (6)	Weiterbildung Ermächtigung zur Schwerpunktweiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie muss bestehen.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist hier die volle Weiterbildungsermächtigung gemeint? Antwort: Nein, der Nachweis einer Weiterbildungsermächtigung für Teile der Schwerpunktweiterbildung ist ausreichend.

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	
7.7	5 abgeschlossene Bestrahlungsserien/Jahr bei pädiatrischen Patienten sind nachzuweisen. Patienten, die zur Protonentherapie überwiesen werden, können angerechnet werden. Eine referenzstrahlentherapeutische Beratung sollte eingeholt werden und ist zu dokumentieren. Die Anzahl der pädiatrischen Patienten mit abgeschlossener Bestrahlungsserie muss erfasst werden Angabe Anzahl:	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Werden nur Bestrahlungen bei Primärfallpatienten gezählt? Antwort: Nein, es werden neben Bestrahlungen bei primärfällen auch metastasierten, rezidierten und palliativen Patienten gezählt. <u>FAQ (09.05.2017):</u> Können bei der Expertise auch Patienten angerechnet werden, bei denen eine Protontherapie durchgeführt wird? Antwort: Ja, es sollte eine referenzstrahlentherapeutische Beratung eingeholt und dokumentiert werden.

9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	
9.2.2 neu	Stationäre Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Informationsmaterial zu den Kinderpalliativstationen in Deutschland sollte vorhanden sein und 1 x pro Jahr aktualisiert werden. • In einer SOP ist festzuhalten, wie die terminale Versorgung eines pädiatrisch-onkologischen Palliativpatienten auf der kideronkologischen Station umgesetzt wird. Die SOP muss folgende Hinweise und Planungen enthalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorgehen im Notfall, (siehe Rellensmann, Hasan. Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen. Monatschr Kinderheilkd 2009) ⇨ Symptomkontrolle, Sedierung am Lebensende (Indikation, Durchführungsempfehlungen} ○ Kooperation mit pädiatrischen palliativmedizinischen Konsiliardienst 24h am Tag, 7 Tage die Woche 	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Kann der palliativmedizinische Konsiliardienst auch durch das SAPPV Team abgedeckt werden? Antwort: Ja, wenn das SAPPV-Team auch stationär beratend oder mitbetreuend tätig sein darf.

9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Beenden nicht mehr sinnvoller Behandlungsmassnahmen, orientiert am Liverpool Care Pathway ○ Räumliche Planung inklusive Angebot für Eltern/Geschwister ○ Psychosozialer und spirituelle Versorgung inklusive Betreuung von Eltern, Großeltern, Geschwister und weiterer Angehöriger ○ Umgang mit dem Leichnam des Kindes nach dessen Tod (kultursensitiv) ○ Supervision und De-briefing für das Personal ○ Informationsvermittlung an die übrigen Patienten der Station ○ Angebote der Trauerarbeit ○ Nachsorgegespräch <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßig (mindestens 1 x /Jahr) sollen alle Mitarbeiter der kinderonkologischen Station in pädiatrischer Palliativversorgung und der Umsetzung der SOP fortgebildet werden. Neue Mitarbeiter erhalten bei Einstellung eine Kopie der SOP, dies ist zu dokumentieren. • Die Umsetzung der SOP auf der kinderonkologischen Station ist anhand von konkreten Beispielen während des Audits nachzuweisen. 		

FAQ's - Kennzahlenbogen Kinderonkologie

Basisdaten Kennzahlenbogen		---		
4	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz	Zähler	Anzahl der Zentrumsfälle, bei denen es zu mind. einer Abweichung gegenüber der/den Therapieempfehlung der Tumorkonferenz gekommen ist	<p>FAQ (09.05.2017): Wieviel Abweichungen werden bei einem Patienten gezählt?</p> <p>Antwort: Pro Patient wird max. eine Therapieabweichung pro Vorstellung in der Tumorkonferenz gezählt.</p>
		Nenner	Zentrumsfälle, die in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt worden sind (= Zähler Kennzahl 3)	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
5	Beratung durch den Psychosozialdienst (PSD)	Zähler	Anzahl der Zentrumsfälle bzw. deren Familien, die durch den Psychosozialdienst beraten worden sind	<p>FAQ (09.05.2017): Kann ein informatives Erstgespräch gezählt werden? Oder zählen ausschließlich z.B. psychotherapeutische Gespräche?</p> <p>Antwort: Ja, auch Erstgespräche können gezählt werden.</p>
		Nenner	Zentrumsfälle	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
6	Anzahl eingeschlossener Zentrumsfälle in Therapieoptimierungsstudien/ GPOH-Register	Zähler	Anzahl der Zentrumsfälle, die in Therapieoptimierungsstudien/GPOH-Register eingeschlossen wurden	<p>FAQ (09.05.2017): Wie ist zu verfahren, wenn die lokale Ethikkommission dem Zentrum die Meldung von Patienten zu TOS/ Registerstudien verweigert?</p> <p>Antwort: Fehlende Zustimmung zu der Studie durch lokale Ethikkommission nicht hinderlich für Kennzahlenerfüllung, wenn protokollgerechte Therapie nachgewiesen werden kann.</p>
		Nenner	Primärfälle mit nationalem Wohnsitz	
		Sollvorgabe	≥ 90%	