

# Erhebungsbogen Sarkomzentren Modul im Onkologischen Zentrum der Deutschen Krebsgesellschaft

**Erhebungsbogen Auditjahr 2019 ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr**

**Vorsitz der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. P. Hohenberger, Prof. Dr. V. Grünwald

**Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Sarkomzentren der DKG.  
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):**

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)  
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)  
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)  
Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)  
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)  
Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)  
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)  
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)  
Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettradiologie (DGMSR)  
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)/Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) vertreten durch die Sektion Muskuloskelettrale Tumore/ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)  
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 Krebsgesellschaft e.V. (DKG)  
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)  
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
German Interdisciplinary Sarcoma Group e.V. (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  
Selbsthilfegruppen: Das Lebenshaus e.V.

**Inkraftsetzung durch Deutsche Krebsgesellschaft am **22.06.2018**.**

**Angaben zum Sarkomzentrum**

Standort (Klinikum/Ort) \_\_\_\_\_

Leiter des Zentrums \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

**QM-Systemzertifizierung**

QM-Systemzertifizierung  ja  nein

Ein zertifiziertes QM-System ist im Rahmen der DKG-Zertifizierung nicht verbindlich gefordert, sollte jedoch vorhanden sein.

QM-Standard  ISO 9001  KTQ  
 Joint Commission  proCum Cert

Zertifizierungsstelle QM \_\_\_\_\_

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten 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, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2017 (DIMDI) dar.

**Erstellung/ Aktualisierung**

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

Die Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr

Erstellung-/ Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem **22.06.2018** durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2017 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ gekennzeichnet.

## **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 Patientenbeteiligung
  - 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 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
- 7 Radioonkologie
- 8 Pathologie
- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
- 10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität

## Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt

**1 Allgemeine Angaben zum Zentrum**

**1.1 Struktur des Netzwerks**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
1.1.2	<p><b>Kooperationsvereinbarungen</b></p> <p>Es ist mit den in Kooperation stehenden externen Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).</p> <p>Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein).</p> <p>Folgende Punkte sind zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen.</li> <li>• Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien.</li> <li>• Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits.</li> <li>• Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten.</li> <li>• Einhaltung Schweigepflicht.</li> <li>• Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit.</li> <li>• Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage).</li> </ul> <p><b>Hauptkooperationspartner</b> Chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> (vertreten durch Orthopädie/ Unfallchirurgie und Allgemein- und Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie und</p>		

## 1.1 Struktur des Netzwerks

	<p>Plastische Chirurgie), Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p> <p><b>Kooperationspartner</b> 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.</p> <p>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.</p>		
1.1.3	<p>Es sind folgende Funktionen namentlich zu benennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung des Zentrums (inkl. Angabe Fachdisziplin)</li> <li>• Zentrumskoordinator (inkl. Angabe Fachdisziplin)</li> </ul>		
1.1.4	<p>Der/Die durch das Zentrum vertretenen Weichgewebetumor-Sarkom-Schwerpunkte ist/sind zu benennen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
1.1.5	<p>1x/ Jahr sollte eine Veranstaltung für Patienten und/ oder Zuweiser des Weichgewebetumor Sarkomzentrums durchgeführt werden.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.0	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Weichgewebetumoren Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

<p>1.2.1</p>	<p><b>Anzahl Zentrumsfälle</b> Patienten des Zentrums</p> <p>a) <b>Zentrumsfälle</b> Mind. 50 40 Zentrumsfälle mit Weichgewebetumoren Sarkomen (siehe ICD-O-Liste Diagnosenliste im Datenblatt) jeder Lokalisation bei Erwachsenen pro Jahr</p> <p>b) <b>Primärfälle</b> Mind. 50 Primärfälle mit Weichgewebetumoren (siehe ICD-O-Liste im Datenblatt) jeder Lokalisation bei Erwachsenen pro Jahr</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	
	<p><b>Definition Zentrumsfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten, die als Zentrumsfälle in anderen Organkrebszentren/ Modulen gezählt werden, können hier auch angerechnet werden (Doppelzählung möglich; Voraussetzung siehe 1.1.2).</li> <li>• Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen.</li> <li>• Histologischer Befund muss vorliegen.</li> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes).</li> <li>• Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt.</li> <li>• Alle Patienten, lokalisiert oder metastasiert, die im Sarkom-Zentrum/ dem kooperierenden Organkrebszentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und in diesem/ diesen wesentliche Teile der Therapie erhalten.</li> <li>• <del>Es werden nicht nur Erstdiagnosen gezählt.</del></li> <li>• Patient 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).</li> <li>• Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister.</li> <li>• Die Zentrumsfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden.</li> </ul> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	
	<p><b>Definition Primärfall (Teilmenge Zentrumsfall)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Patienten mit Erstdiagnose Weichgewebetumor inkl. GIST und/ oder Erstdiagnose primärer Knochentumor einschließlich primär metastasierter Patienten.</li> </ul>	

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten, die als Primärfälle in anderen Organkrebszentren/ Modulen gezählt werden, können hier auch angerechnet werden (Doppelzählung möglich; Voraussetzung siehe 1.1.2).</li> <li>• Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen.</li> <li>• Histologischer Befund muss vorliegen.</li> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum des histologischen Befundes).</li> <li>• Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt.</li> <li>• Alle Patienten 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.</li> <li>• Es werden nur Erstdiagnosen gezählt.</li> <li>• Patient kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; Ausnahme: Primärfälle, für die andere Zertifizierungsverfahren bestehen (z.B. Gynäkologisches Krebszentrum: Doppelzählung möglich, Voraussetzung: siehe 1.1.2).</li> <li>• Vollständige und vollzählige Erfassung im Tumordokumentationssystem, soweit dies die Landeskrebsregistergesetze zulassen, ggf. in Kooperation mit dem zuständigen klinischen Krebsregister.</li> <li>• Die Primärfälle können von jedem Hauptkooperationspartner eingebracht werden.</li> </ul> <p style="background-color: #e0f0ff; padding: 2px;">Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
1.2.2	<p><b>Interdisziplinäre prätherapeutische* und postoperative Tumorkonferenz</b></p> <p>Zyklus/ Teilnehmer Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operative Fachdisziplin</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Pathologie</li> <li>• Radioonkologie</li> <li>• Hämatologie/ Onkologie</li> <li>• Gastroenterologie/ Gynäkologie, wenn die systemischen Therapien durch diese Disziplinen durchgeführt werden</li> </ul>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>Mind. 1 operative Fachdisziplin muss obligat in der Tumorkonferenz vertreten sein.</p> <p>Bei der Besprechung von Patienten mit Knochentumoren muss der Vertreter (Tumor-) Orthopädie/ Unfallchirurgie obligat an der Tumorkonferenz teilnehmen.</p> <p>Davon unabhängig gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die chirurgischen Fachdisziplinen Orthopädie/ Unfallchirurgie, Allgemein-/ Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie müssen patientenbezogen teilnehmen.</li> <li>• Pädiatrisch-onkologische Kooperationspartner sind patientenbezogen einzuladen.</li> <li>• Weitere Fachdisziplinen (wie z.B. Gynäkologie, HNO, Palliativmedizin, Urologie) sind indikationsbezogen einzuladen.</li> </ul> <p>*: nach durchgeführtem Staging/ Diagnostik</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
1.2.3	Vorstellung aller metastasierten Patienten in der Tumorkonferenz		
1.2.4	<p><b>Kennzahl Vorstellung Tumorkonferenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prätherapeutische Fallvorstellung: Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95%</li> <li>• Postoperative Fallvorstellung: Erstzertifizierung ≥ 90% nach 1 Jahr ≥ 95%</li> </ul>	Angabe im Datenblatt	
1.2.5	<p><b>Kooperation mit Organkrebszentren</b></p> <p>Wenn Kooperationen mit Organkrebszentren bestehen, sind diese anhand von konkreten Beispielen darzustellen (z.B. Teilnahme an Tumorkonferenzen)</p> <p>Die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den kooperierenden Organkrebszentren und Patientenpfade sind darzulegen (z.B. gynäkologische Sarkome, neurogene Tumoren).</p>		

## 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Weichgewebetumoren Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		

#### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.  <b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b>	
1.4.2	<b>Psychoonkologie - Ressourcen</b> Mind. 1 Psychoonkologe steht dem Zentrum zur Verfügung.	
1.4.3	<b>Umfang der Versorgung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.</li> <li>Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen.</li> </ul>	

#### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.  <b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b>	
1.5.2	<b>Sozialdienst - Ressourcen</b> Mind. 1 VK Sozialarbeit pro 400 beratene Patienten steht dem Zentrum zur Verfügung.	
1.5.3	<b>Umfang Patientenbetreuung</b> Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	Angabe im Datenblatt

#### 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.  <b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b>	
1.6.2	<b>Patientenbefragungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mind. alle 3 Jahre wird einmal über 3 Monate allen Patienten die Möglichkeit gegeben, an der Patientenbefragung teilzunehmen.</li> <li>Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten).</li> </ul>	

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>	
1.7.3	<p><b>Studienbeauftragter</b> Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.</p> <p>Studienassistentz</p> <p>c) Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen.</p> <p>d) Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.</p>	
1.7.4	<p><b>Anteil Studienpatienten</b> Erstzertifizierung: es müssen Patienten in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt).</p> <p>Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpatienten bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Patienteneinwilligung.</li> <li>• Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien.</li> <li>• Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden.</li> </ul>	

## 1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	

## 1.8 Pflege

	Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017		
1.8.2	<p><b>Onkologische Fachpflegekräfte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein.</li> <li>• Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> </ul>		

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.9.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Weichgewebetumoren Sarkome sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
1.9.2	<p><b>Physiotherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zur spezialisierten physiotherapeutischen Versorgung (insbesondere Gangschulung) ist ambulant und stationär zu ermöglichen.</li> <li>• Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</li> </ul>		
1.9.3	<p><b>Ernährungsberatung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zur Ernährungsberatung ist ambulant und stationär zu ermöglichen.</li> <li>• Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</li> </ul>		
1.9.4	<p><b>Prothetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die orthopädietechnische Versorgung ist ambulant und stationär zu ermöglichen.</li> <li>• Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</li> </ul>		

## 2 Organspezifische Diagnostik und Therapie

### 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	<p><b>Information/ Dialog mit Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. mit primärem Weichgewebetumor und/ oder primärem Knochtumor</li> <li>• Pat. mit Rezidiv/ Fernmetastasierung</li> </ul> <p>Mitteilung der Diagnose, Erläuterung des Befundes, Darstellung der unterschiedlichen Therapieoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Vorteile der vorgeschlagenen Therapie</li> <li>• der Risiken, der therapiebedingten Nebenwirkungen und deren Behandlung, ggf. der Spätfolgen</li> </ul>		

**2.1 Sprechstunde**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. der Möglichkeit, an einer klinischen Studie teilzunehmen</li> <li>• Information über supportive Maßnahmen</li> <li>• Angebot (und Vermittlung) einer Zweitmeinung</li> <li>• Dem Patienten muss ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse eingeräumt werden</li> <li>• Während der gesamten Versorgungskette muss die Informationsvermittlung am Bedürfnis des Patienten ausgerichtet werden</li> <li>• Anforderung ist in Verbindung mit Kapitel 1.6 zu bearbeiten</li> <li>• Entlassungsgespräche als Standard</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen oder Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p> <p style="background-color: #e0f0ff;">Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	
2.1.2	<p>Die <b>Sprechstunde</b> muss mind. 1x pro Woche in den operativen Einheiten oder in der Hämatologie/ Onkologie (ggf. auch als gemeinsame Sprechstunde) unter elektiv ambulanten Bedingungen stattfinden. Für die Sprechstunde ist ein für Patientengespräche mit Angehörigen geeigneter Raum zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Die Sprechstunde muss folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung;</li> <li>• Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens;</li> <li>• Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz;</li> <li>• Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz);</li> <li>• Erfassung Familienanamnese bzgl. Hintergrund familiäres Karzinomrisiko (insb. Li-Fraumeni-Syndrom und familiäre adenomatöse Polyposis) (siehe auch Abschnitt 2.1.6);</li> <li>• Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation</li> </ul> <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>	<p>Die Sprechstunde erfolgt in der</p> <p><input type="checkbox"/> Hämatologie/ Onkologie</p> <p><input type="checkbox"/> Operativen Einheit</p> <p>Benennung operative Einheit:</p> <hr/>
2.1.3	<p><b>Wartezeiten während der Sprechstunde</b> Anforderung: &lt; 60 Min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin</p>	

**2.1 Sprechstunde**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Anforderung: 5 Werktage (Sollvorgabe)</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>		
2.1.4	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende <b>Leistungen/ Methoden</b> sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsiliarische Vorstellung der Patienten in der Thorax- bzw. Gefäßchirurgie bzw. Plastische Chirurgie bzw. Viszeralchirurgie bzw. Strahlentherapie bzw. Hämatologie/ Onkologie (Hauptkooperationspartner) möglichst am gleichen Tag;</li> <li>• Konsiliarische Vorstellung der Patienten in anderen Fachdisziplinen/ Kooperationspartner binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde;</li> <li>• Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie unmittelbar in der Weichgewebetumor-Sprechstunde oder binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde</li> </ul>		
2.1.5	<p>Folgende qualitätsbestimmende <b>Prozesse</b> sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarkomdiagnostik inkl. Befundmitteilung;</li> <li>• Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern (v.a. extern)</li> <li>• Vorbereitung der Patienten für die Tumorkonferenz;</li> <li>• Stationäre Aufnahme;</li> <li>• Diagnostik bei Patienten mit Lokalrezidiv/ Fernmetastasierung;</li> <li>• Koordination der orthopädisch-funktionellen Rehabilitation.</li> </ul> <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>		
2.1.6	<p><b>Familiäres Krebsrisiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das genetische Risiko sollte mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Patienten mit Weichgewebetumoren“ erfasst 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.</li> <li>• Der Algorithmus zur Zusammenarbeit mit der Humangenetik muss definiert sein und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</li> </ul>		

## 2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	

## 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	
3.2	<p><b>Fachärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II, DGMSR Stufe II, ESSR).</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.</li> </ul>	
3.3	<p><b>Medizinisch-technische Röntgenassistenten Radiologieassistenten (MTRA)</b></p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen <b>und namentlich benannt sein.</b></p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	
3.4	<p><b>Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganzkörper-MRT mit mind. 1,5 Tesla</li> <li>• Ganzkörper-CT mit Möglichkeit zur CT-gestützten Biopsie einschließlich entsprechender Dokumentation</li> <li>• Möglichkeit zur ultraschallgestützten Biopsie/ Punktion einschließlich entsprechender Dokumentation</li> <li>• Planung und Durchführung einer Gewebeentnahme zur Histologie binnen 5 Werktagen ab Vorstellung in der Sprechstunde.</li> </ul>	
3.5	<p><b>Techniken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CT aller Körperregionen</li> <li>• MRT aller Körperregionen</li> <li>• CT-Angiographie</li> <li>• MR-Angiographie</li> </ul>	

### 3 Radiologie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganzkörper-MRT (ggf. über Kooperationsvereinbarung)</li> </ul>		
3.6	<p><b>Interventionelle Radiologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/ DGNR-Stufe 2-Zertifikates</li> <li>• Vertretung mit gleicher Qualifikation muss ggf. über Kooperation gewährleistet sein</li> </ul>		

### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
4.2	<p><b>Fachärzte der Nuklearmedizin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung.</li> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.</li> </ul>		
4.3	<p><b>MTAs der Nuklearmedizin</b></p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein</p>		
4.4	<p><b>FDG-PET/ PET-CT</b></p> <p>Der Zugang ist sicherzustellen. Sofern dies nicht direkt am Standort des Zentrums möglich ist, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu organisieren.</p>		

### 5 Operative Onkologie

#### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Onkologischen Zentrums	
5.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		

#### 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
------	---------------	----------------------------	--

**5.2 Organspezifische operative Therapie**

5.2.1	<p><b>Fachärzte</b> Für die Fachdisziplinen muskuloskelettale Tumorchirurgie (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bzw. Plastische Chirurgie) sowie Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie <b>sind ist</b> jeweils mind. <b>2 1 Facharzt Fachärzte</b> namentlich zu benennen. 1 Facharzt kann auch für mehr als eine Fachdisziplin benannt sein. <b>Eine bewährte Vertretungsregelung mit gleicher chirurgischer Expertise für Sarkome muss (ggf. in Kooperation) vorhanden sein.</b> <b>Es muss sichergestellt sein, dass alle Eingriffe von den benannten Fachärzten durchgeführt werden.</b></p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
5.2.2 a)	<p><b>Operativer Standort Einheit Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorresektionen bei Patienten mit Sarkomen sollen in interdisziplinärer Kooperation erfolgen.</li> <li>• Der Algorithmus der interdisziplinären Zusammenarbeit zur operativen Versorgung muss definiert sein (z.B. SOPs) und anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</li> <li>• Insbesondere ist der strukturierte präoperative interdisziplinäre Austausch über die Patienten nachzuweisen.</li> <li>• Für die <b>Sarkomchirurgie (kooperierende viszeralchirurgische und orthopädische/ unfallchirurgische und ggf. plastisch-chirurgische Abteilungen an 1 Standort Einheiten)</b> gilt: <b>Wenn eine Einheit Tumorresektionen durchführt, Es müssen gemeinsam mind. 30 muskuloskelettale Tumorresektionen/ Standort Einheit/ Jahr bei Patienten mit onkologischen Weichgewebetumoren Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.</b></li> <li>• Wenn Operationen bei primären malignen Knochentumoren durchgeführt werden, müssen mind. 10 Tumorresektionen/ Standort/ Jahr durchgeführt werden. Diese können Teilmenge der 30 muskuloskelettalen Tumorresektionen sein.</li> </ul> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
b)	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Sarkomchirurgie (Tumorresektion), vertreten durch Viszeralchirurgie und Orthopädie/ Unfallchirurgie und ggf. Plastische Chirurgie (in Einheit entsprechend 5.2.2 a)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. <b>15 Tumorresektionen bei Weichgewebetumoren Sarkomen/ Jahr</b></li> </ul>		

**5.2 Organspezifische operative Therapie**

	<p>(Primärfälle/ Rezidive) in der jeweiligen Körperregion (Angabe unterteilt in Extremitäten und Stamm) pro benanntem Operateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In Kooperation durchgeführte Eingriffe können für beide Hauptoperateure gezählt werden.</li> <li>Als Zweitoperateur können nur Fälle angerechnet werden, die zum Zwecke der Ausbildung assistiert werden.</li> </ul> <p><b>Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen</b> Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde).</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
c)	<p><b>Zulassung neuer Operateure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten Tumorresektionen bei Weichgewebetumoren Sarkomen (Primärfälle/ Rezidive) innerhalb der letzten 3 Jahre (Vorlage OP-Berichte).</li> </ul> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
5.2.3 a)	<p><b>Operative Einheit Thoraxchirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für thoraxchirurgische Einheiten gilt: es müssen mind. 75 anatomische Lungenresektionen/ Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Patienten mit C-Diagnose durchgeführt werden.</li> <li>Alternativ kann die Kooperation mit einem zertifizierten Lungenkrebszentrum nachgewiesen werden.</li> </ul> <p><b>Definition operative Therapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anatomische Resektionen (Anatomische Segmentresektion, Lobektomie, Pneumektomie, bronchio- u. angioplastische Operationen).</li> <li>Atypische Resektionen (Keilresektionen) können nicht zu der geforderten operativen Expertise gezählt werden.</li> <li>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-323 bis 5-328) belegt werden.</li> </ul> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
b)	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Thoraxchirurgie</b></p> <p>Die Beschreibung der Qualifikation der benannten Thoraxchirurgen erfolgt über Curricula.</p> <p>Folgende Parameter müssen erfüllt werden:</p>		

**5.2 Organspezifische operative Therapie**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Führen der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie.</li> <li>Nachweis folgender Eingriffe: Mind. 100 selbstständig durchgeführte Lungenresektionen nach dem Facharzt, davon mind. 15 anatomische Segmentresektionen, 10 bronchio/angioplastische Resektionen, 10 erweiterte Resektionen.</li> </ul>		
5.2.4	<p><b>Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr durchgeführt werden.</li> <li>Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Patienten können jeweils gezählt werden.</li> <li>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-058.4, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden.</li> </ul>		
a)			
b)	<p><b>Qualifikation benannte Operateure Plastische Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 15 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr pro benannter Operateur.</li> </ul>		
c)	<p><b>Zulassung neuer Operateure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: mind. 50 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr pro Operateur innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte).</li> </ul>		
5.2.5	<p><b>Ausbildung neuer Operateure</b></p> <p>Pro Zentrum und pro 75 operierte Fälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.</p>		
5.2.6	<p><b>Postoperative Komplikationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung</li> </ul>		
5.2.7	<p><b>Postoperative Überwachung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Unit zur Verfügung stehen.</li> <li>Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</li> </ul>		

Erfassung im Datenblatt; Tabellenblatt Netzwerk Chirurgie.

**Tabelle „Operateure“**

Titel, Name, Vorname	Fachdisziplin	Zeitraum <sup>†)</sup> von ... bis ...	Anzahl OP's Extremitäten	Anzahl OP's Stamm


1) Zeitraum in der Regel das zurückliegende Kalenderjahr (=Kennzahlenjahr); Abweichungen z.B. bei Personalfluktuations, unterjährige Ernennung von Operateuren.

Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017

## 6 Medikamentöse/ Internistische Onkologie

### 6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.  Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017	
6.1.2	<b>Ärztliche Qualifikation</b> Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen.	

### 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.  Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.  Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017	
6.2.2	<b>Der durchführende/ therapieüberwachende Arzt muss folgende Kriterien erfüllen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder</li> <li>• Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder</li> <li>• Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie.</li> </ul> Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	

**6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie**

<p>6.2.3</p>	<p><b>Fallzahlen im Sarkomzentrum pro Behandlungseinheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 30 systemische Weichgewebetumor-Therapien bei Patienten mit Sarkomen (Chemotherapien, Antikörpertherapien, TKI etc.)/ Jahr <b>oder</b> mind. 200 Chemotherapien systemische Therapien (nicht Hormontherapien) jährlich (organübergreifend)</li> <li>• Zählweise: systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie)</li> <li>• Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie.</li> <li>• Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen).</li> </ul> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>														
<p>6.2.4</p>	<p><b>Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolierte Extremitätenperfusion</li> <li>• Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen</li> <li>• Regionale Tiefenhyperthermie (gemäß ESHO-Guidelines)</li> </ul> <p>Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und die Organisation der Zuweisung von Patienten für die o.g. Eingriffe in SOPs zu beschreiben. Die patientenspezifische Einladung und Teilnahme externer Kooperationspartner an der interdisziplinären Tumorkonferenz (ggf. telemedizinisch) ist zu gewährleisten und zu beschreiben.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>	<p>Folgende Untersuchungstechniken/ Behandlungsmethoden werden angeboten (bitte ankreuzen):</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>Im Zentrum</b></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>Externe Kooperation</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Isolierte Extremitätenperfusion</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Regionale Tiefenhyperthermie</td> </tr> </table>	<b>Im Zentrum</b>	<b>Externe Kooperation</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isolierte Extremitätenperfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regionale Tiefenhyperthermie	
<b>Im Zentrum</b>	<b>Externe Kooperation</b>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isolierte Extremitätenperfusion													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regionale Tiefenhyperthermie													

**7 Radioonkologie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
7.0	<p>Die Anforderungen an die Radioonkologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Radioonkologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Radioonkologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.de</a></p>		
7.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
7.2	<p><b>Fachärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens zwei Fachärzte;</li> <li>• Fachärzte sind namentlich zu benennen.</li> </ul> <p>Bei kombinierten Therapien (z.B. perkutane Bestrahlung/ Brachytherapie/ IORT, simultane Radiochemotherapie) darf die medizinische und medizin-physikalische Verantwortung nicht wechseln. Sollte ein Wechsel der Verantwortung aus organisatorischen Gründen unabdingbar sein, muss vor Behandlungsbeginn der Behandlungsplan zwischen allen verantwortlichen Behandlern abgestimmt und von ihnen unterschrieben werden.</p>		
7.3	<p><b>Medizinphysikexperte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens ein MPE steht der Abteilung werktätig zur Verfügung;</li> <li>• MPE und Vertreter sind namentlich zu benennen;</li> <li>• Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein.</li> </ul>		
7.4	<p><b>Medizinisch-technische Röntgenassistenten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens zwei MTRAs müssen pro Beschleuniger zur Verfügung stehen.</li> <li>• Pro Linearbeschleuniger müssen während der Bestrahlung 2 MTRA anwesend sein.</li> <li>• Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein.</li> </ul>		

**7 Radioonkologie**

7.5	<p><b>Anzahl der Bestrahlungen pro Behandlungseinheit</b> Mindestens 20 behandelte <b>Weichgewebetumoren mit Sarkomen</b>/ Jahr.</p> <p>Wenn Radiochemotherapien durchgeführt werden gilt: mind. 30 Patienten mit Radiochemotherapie in der Radioonkologischen Abteilung (nicht auf Pat. mit <b>Weichgewebetumoren Sarkomen</b> beschränkt).</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
7.6	<p><b>Dokumentation/ Tumorkontrolle</b> Möglichkeiten der supportiven Behandlung müssen dargestellt werden; Maßnahmen zur/ bei Zahnsanierung; Mangelernährung; Mukositis; Verhalten bei Neutropenie; Thrombopenie; Sepsis, Zystitis (bei Bestrahlungen im Bereich der Harnblase).</p>		
7.7	<p><b>Zugang zu folgenden Untersuchungstechniken ist vorzuhalten (ggf. auch in Kooperation - ohne Entfernungsbegrenzung):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IORT</li> </ul>		

**8 Pathologie**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.0	<p>Die Anforderungen an die Pathologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Pathologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Pathologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.de</a></p>		
8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
8.2	<p><b>Fachärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Facharzt für Pathologie aus der Gesamtzahl der Pathologen des Onkologischen Zentrums.</li> </ul>		

**8 Pathologie**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen.</li> <li>• Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.</li> </ul>		
8.3	<p>Der <b>Facharzt</b> muss pro Jahr mindestens 60 Histologien von <b>Weichgewebetumoren Sarkomen</b> gemäß Versorgungsumfang (<b>ICD-Liste Diagnosenliste laut Datenblatt</b>) begutachten, dokumentierte Doppelbefundung wird anerkannt.</p> <p><b>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
8.4	<p><b>Zeit bis zum ersten pathologischen Befund</b> Anforderung: ≤ 5 Arbeitstage (Ausnahmen sind zu begründen, <b>z.B. Entkalkung</b>)</p> <p><b>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
8.5	<p><b>Pathologieberichte</b></p> <p>a) Pathologieberichte für Weichgewebetumoren außer GIST müssen zusätzlich zu den Anforderungen des Erhebungsbogens Pathologie folgende Angaben enthalten (Abweichungen sind zu begründen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorlokalisierung (klinische Angabe ist Verantwortlichkeit des Kliniklers);</li> <li>• Makroskopische Tumorgöße;</li> <li>• Histologischer Tumortyp nach WHO-Klassifikation;</li> <li>• Histologischer Tumorgrad nach FNCLCC (sofern anwendbar);</li> <li>• Tiefenlokalisierung;</li> <li>• Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und Perineurale Invasion;</li> <li>• Lokal infiltrierte Strukturen;</li> <li>• Klassifikation pT: Angaben zu befallenen Bezirken und Unterbezirken, infiltrierte anatomischen Strukturen sind Verantwortlichkeit des Kliniklers (TNM-Klassifikation kann auch interdisziplinär festgelegt werden, z.B. postoperative Tumorkonferenz);</li> <li>• R-Status und Sicherheitsabstände in mm;</li> <li>• bei Zustand nach neoadjuvanter Therapie: Angabe zum Anteil der Tumornekrose/ Tumorregression</li> </ul> <p>b) Pathologieberichte für GIST müssen zusätzlich zu den Anforderungen des Erhebungsbogens Pathologie folgende Angaben enthalten (Abweichungen sind zu begründen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitoserate (in einer Fläche von 5 mm<sup>2</sup>)</li> <li>• Tumorlokalisierung (klinische Angabe ist Verantwortlichkeit des Kliniklers);</li> <li>• Makroskopische Tumorgöße;</li> <li>• R-Status;</li> <li>• Angaben zu Abwesenheit/Vorhandensein einer Tumorruptur;</li> </ul>		

## 8 Pathologie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Zustand nach neoadjuvanter Therapie: Angabe zum Anteil der Tumornekrose/ Tumorregression.</li> </ul>		
8.6	<p><b>Molekulare Diagnostik</b></p> <p>Zusätzlich zu den Anforderungen des Erhebungsbogens Pathologie ist die Möglichkeit zur Bestimmung relevanter molekularer Marker vorzuhalten (ggf. in Kooperation). Dabei sollen sowohl diagnostisch relevante molekulare Marker (z.B. tumorspezifische Translokation) als auch prädiktive Biomarker angewendet werden. Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für GIST gilt: Für Patienten, die zu einer medikamentösen Therapie anstehen, ist eine Mutationsanalyse (KIT-Rezeptor bzw. PDGF-Rezeptor, ggf. auch weitere Gene) verpflichtend.</li> </ul>		
8.7	<p><b>Referenzpathologie</b></p> <p>Der Ablauf zur Einholung einer referenzpathologischen Beurteilung ist zu beschreiben und an einzelnen Beispielen nachzuweisen.</p>		

## 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		

## 10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für <b>Weichgewebetumoren Sarkome</b> sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</b></p>		
10.2	<p><b>Tumordokumentationssystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung ein Tumordokumentationssystem bestehen, in dem für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten eingepflegt sind.</li> </ul>		

**10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Patienten mit Weichgewebetumoren Sarkomen müssen in einem zentralen Tumordokumentationssystem erfasst werden.</li> <li>• Die verschiedenen Therapien (z.B. OP, Rad. neoadj./ adj.) müssen auswertbar hinterlegt sein.</li> </ul> <p>Name des Tumordokumentationssystems:</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 22.09.2017</p>		
--	--	--

**Datenblatt**

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

Das Datenblatt ist als Download unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) und [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) abrufbar.