

Erhebungsbogen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. H. Iro, Prof. Dr. Dr. M. Ehrenfeld

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumoren

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation u. Sozialmedizin (ASORS)
Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Bundesverband der Kehlkopferoperierten e.V. (BdK)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (CAO-V)
Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)
Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL)
Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen- Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V. (DGHNO)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
Deutsch - Österreichisch - Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Interdisziplinäre AG Kopf-Hals-Tumoren (IAG-KHT)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Leitlinie S3 Larynx (LL S3 Larynx)
Leitlinie S3 Mundhöhle (LL S3 Mundhöhle)

Inkraftsetzung am 19.07.2018

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 19.07.2018 wurde an einigen Stellen gegenüber der Vorversion D3 (14.07.2016) modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2019 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ gekennzeichnet.

Eingearbeitet wurden:

Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien Mundhöhlen- und Larynxkarzinom

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von Kopf-Hals-Tumoren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Wenn die in dem vorliegenden Modul beschriebene Tumorentität 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-10-GM 2017 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2017 (DIMDI) dar.

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

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

- 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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.1.2	<p>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). Interne Kooperationen sind über Dienstverträge geregelt.</p> <p>Hauptkooperationspartner Operative und Medikamentöse Onkologie (HNO-Heilkunde <u>und</u> MKG-Chirurgie), Hämatologie/Onkologie, Radiologie, Pathologie, Radioonkologie.</p> <p>Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren unter 1.1.6 genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Phoniatrie/ Logopädie, Dermatologie, Augenheilkunde, Neurochirurgie.</p>		
1.1.3	<p>Verbindung Onkologisches Zentrum Eine der Behandlungseinheiten, HNO und/ oder MKG, muss Teil eines zertifizierten Onkologischen Zentrums sein.</p>		
1.1.4	<p>Mehrstandortigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungseinheiten MKG und HNO können sich an verschiedenen Standorten befinden. • Behandlungseinheit MKG kann mit mehreren KHT-Zentren kooperieren; Zuordnung aller Patienten auf die Zentren muss sichergestellt sein. • Die Entfernung zwischen MKG und HNO darf max. 45 km betragen (bei Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung Sonderentscheidung bis max. 90 km möglich). • Soweit am Ort verfügbar, sind Kooperationen onkologisch tätiger Hauptfachabteilungen die Regel und haben Vorzug vor anderen Kooperationen. 		

1.1 Struktur des Netzwerks

1.1.5	1x/ Jahr sollte eine Veranstaltung für Patienten und/ oder Zuweiser des KHT-Zentrums durchgeführt werden.		
-------	---	--	--

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.1	<p>Anzahl Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 Primärfälle (=invasive Neoplasien und in-situ Karzinome des oberen Aerodigestivtrakts (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf) ohne Ösophagus u Speicheldrüsen). ICD-10-Liste im Datenblatt <p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; • Histologischer Befund muss vorliegen; • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose (Datum des histologischen Befundes); • Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt; • alle Patienten mit Erstdiagnose, lokalisiert oder metastasiert, die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten; • Patient kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; • Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem. 		
1.2.2	<p>Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz</p> <p>Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe</p> <p>Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Nuklearmediziner, Plastische Chirurgie, etc.) einzuladen.</p> <p>Sofern der Hämatologe/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/ erfüllt, vertreten werden.</p> <p>*: nach durchgeführtem Staging</p>		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>** : die Fallbesprechungen werden für die Fachgebiete HNO <u>und</u> MKG gemeinsam abgehalten.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz Vorstellung der Primärfälle prätherapeutisch: Erstzertifizierung > 90% nach 1 Jahr > 95%</p>		
1.2.4	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz Nach Abschluss einer Therapiesequenz sollte eine erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz stattfinden, um eine evtl. Anschlusstherapie festzulegen. Anzahl der Vorstellungen nach einer Therapiesequenz:</p>		
1.2.5	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden • Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. M&M-Konferenzen sind 2x jährlich durchzuführen. • M&M-Konferenzen sind zu protokollieren. <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.4.2	<p>Psychoonkologie - Ressourcen Mind. 1 VK steht pro 400 beratene Patienten 0,5 VK pro 150 Gesamtfallzahl (=Nenner Kennzahl</p>		

1.4 Psychoonkologie

	<p>Psychoonkologie) 1 Psychoonkologe stehen dem Zentrum zur Verfügung. Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 Beratungen bei Patienten des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
1.4.3	<p>Umfang der Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl der Patienten, welche eine Psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen. Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen. 		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.5.2	<p>Sozialdienst - Ressourcen</p> <p>Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung. Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 Beratungen bei Patienten des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
1.5.3	<p>Umfang Patientenbetreuung</p> <p>Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.</p>		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.6.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

1.6 Patientenbeteiligung

1.6.2	<p>Patientenbefragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Patienten die Möglichkeit gegeben sein, an der Patientenbefragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). • Behandlungsspezifische Fragestellungen sind zu berücksichtigen. 		
-------	--	--	--

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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.7.2	- Kapitel nicht belegt -		
1.7.3	<p>Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.</p> <p>Studienassistentz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 		
1.7.4	<p>Anteil Studienpatienten 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"> • Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Patienteneinwilligung. • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. 		

1.7 Studienmanagement

	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Informationen über offene Studien können über https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-bearbeitung-arbeitsgemeinschaften/iag-kht.html erhalten werden. <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
--	--	--	--

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.8.2	Onkologische Fachpflegekräfte <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. 		

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.9.1	Phoniatrie <ul style="list-style-type: none"> • Die Diagnostik und Therapie der Sprech- und Stimm- und Schluckstörungen sollte in Kooperation mit einer phoniatischen Abteilung oder niedergelassenen Phoniatern erfolgen. • Die Zusammenarbeit Phoniatrie, HNO/ MKG-Chirurgie und Logopädie muss im Falle einer Kooperation dargestellt werden. • In den Kliniken, in denen die Fachrichtung Phoniatrie vertreten ist, ist die Kooperation obligat. 		
1.9.2	Logopädie Mind. 1 Logopäde steht dem Zentrum zur Verfügung.		
1.9.3	Zugang Phoniatrie/ Logopädie Zugang der Patienten mit Funktionsstörung (Nachweis erforderlich).		
1.9.4	Aufgaben Logopädie: <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: über Kooperationsvereinbarungen ist der zeitnahe 		

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

	<p>ambulante Zugang zu Stimm- bzw. Schluckrehabilitationstherapien zu gewährleisten;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimm- und Schlucktraining, Stimm-, Sprech- und Schluckdiagnostik und -therapie, Stimmersatzanbahnung, Artikulation; • Essensbegleitung, Ernährungsplanung; • Pflege Versorgung Tracheostoma; • Durchführung gemeinsamer Fortbildungen mit Pflegepersonal. <p>Farbllegende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
1.9.5	<p>Ernährungsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur Ernährungsberatung ist ambulant und stationär zu ermöglichen. • Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. 		
1.9.6	<p>Sanitätshaus/ spezialisierter Dienstleister</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Trachealkanülen) ist zu ermöglichen. • Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. 		
1.9.7	<p>Zusammenarbeit supportive Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die Patienten mit Larynxkarzinom muss die Zusammenarbeit der supportiven Bereiche (Phoniatrie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychoonkologie und Rehabilitation) sichergestellt sein. • Nachweis erforderlich (z.B. SOP) <p>Farbllegende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
1.9.8 1.9.7	<p>Zahnärztliche/ MKG-Chirurgische Vorstellung vor/ nach Radiatio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Prozess der zahnärztlichen bzw. MKG-Chirurgischen Vorstellung der Patienten vor und nach einer notwendigen Radiatio ist in Absprache zwischen den Hauptkooperationspartnern festzulegen. • Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. 		
1.9.9 1.9.8	<p>Epithetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit mit der Epithetik ist zu beschreiben. Dabei ist u.a. auf den Prozess der der Terminvereinbarung mit Benennung von Verantwortlichen und das Indikationsspektrum einzugehen. • Eine einheitliche Liste der kooperierenden Epithetiker ist durch das Zentrum aktuell und für alle Mitarbeiter einsehbar zu führen (z.B. Intranet, QM-Handbuch). 		

2 Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	<p>Information/ Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte; • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen; • Entlassungsgespräche als Standard. <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
2.1.2	<p>Die Sprechstunde muss mind. 1x pro Woche in der HNO-Heilkunde und/ oder MKG-Chirurgie stattfinden und folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung; • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens; • Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz; • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz); • Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation durch MKG-Chirurgie. <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>		
2.1.3	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 Min. (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen</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 Leistungen/ Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische Vorstellung der Patienten an MKG bzw. HNO möglichst am gleichen Tag; • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥ 5 MHz; • Panendoskopie: Terminvergabe <2Wochen; Anforderung an die Durchführung: siehe Kap. 5. • Für HNO: <ul style="list-style-type: none"> • Lupenlaryngoskop; 		

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> starre Endoskope mit unterschiedlichen Blickwinkeln (z.B. 25°, 70°); Flexibles Nasopharyngolaryngoskop. Für MKG: <ul style="list-style-type: none"> Orthopantomogramm. 		
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> Organisation/ Durchführung Panendoskopie bei allen Plattenepithelkarzinomen des oberen Aero-Digestivtraktes; Vorbereitung der Patienten für die Tumorkonferenz; Stationäre Aufnahme für HNO und MKG; Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation. Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein. Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.2	Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren 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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
3.2	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Kopf-Hals-Radiologie (Nachweis über Curriculum). Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. 		
3.3	Medizinisch-technische Röntgenassistenten (MTRA) Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.		
3.4	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie:		

3 Radiologie

	<ul style="list-style-type: none"> • MRT mit Oberflächenspule Kopf-Hals 1,5 oder 3 Tesla (ggf. über Kooperationsvereinbarung); • Sonographie 7-13 MHz; • Durchleuchtungsgerät für Breischluckuntersuchungen. 		
--	---	--	--

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
4.2	<p>Fachärzte der Nuklearmedizin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. 		
4.3	<p>Medizinisch-technische Röntgenassistenten (MTRA)</p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTRAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>		
4.4	<p>PET-CT</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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
5.2	<p>Operative Einheit</p> <p>Falls sich eine Einheit (HNO und/ oder MKG) an der operativen Versorgung beteiligt, müssen mind. 20 Operationen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden</p>		
5.3	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Fachärzte aus den Fachrichtungen HNO-Heilkunde und/ oder MKG-Chirurgie. • Eine erprobte Vertretung mit gleicher Qualifikation ist namentlich zu benennen. 		

5 Operative Onkologie

	<ul style="list-style-type: none"> • In den Kliniken, in denen HNO und MKG als Hauptabteilungen bzw. als Fachärzte in einer Hauptabteilung vertreten sind, ist die operative Zusammenarbeit obligat, d.h. HNO und MKG sind als operative Fachärzte zu benennen. • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 		
5.4	<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benennung KHT-Operateur mind. 30 Operationen (Primärfälle/ Rezidive) in 5 Jahren; • Aufrechterhaltung Qualifikation mind. 10 Operationen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive); • Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“; • Verfügt kein Operateur über die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ ist eine Kooperation mit einem Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie namentlich zu belegen. 		
5.5	<p>Inhalte Kooperationsvereinbarung Plastische Chirurgie (Sofern die Plastischen Operationen über eine externe Kooperation abgedeckt werden.) Extern: Name/ Anschrift Kooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbare Ressourcen für das Zentrum (Sicherstellung zeitnahe Versorgung); • Bestimmung OP-Standort(e); • Geregelttes Verfahren für die Therapieentscheidung/ -abstimmung (Bezug Tumorkonferenz), Information/ Aufklärung des Patienten, operative Nachsorge; • Informationsaustausch über Zufriedenheitsermittlung ästhetisch-funktionelles Ergebnis; • Die Qualifikation des Plastischen Chirurgen ist über ein Curriculum zu belegen. 		
5.6	<p>Zulassung neuer HNO- u. MKG-Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für HNO-Heilkunde bzw. MKG-Chirurgie • Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten kurativen Tumorresektionen innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte) 		
5.7	<p>Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 75 Primärfälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.</p>		
5.8	<p>Vorzuhaltende Untersuchungstechniken/ Operationsmethoden durch die Operateure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panendoskopie (mit OP-Bericht) • Enorale bzw. transorale Chirurgie (unter Einschluss der Laserchirurgie) 		

5 Operative Onkologie

	<ul style="list-style-type: none"> • Plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen 		
5.9	Postoperative Komplikationen <ul style="list-style-type: none"> • Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung 		
5.10	Postoperativen Überwachung <ul style="list-style-type: none"> • Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder 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 für Kopf-Hals-Tumoren 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 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		

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		

7 Radioonkologie

	<p>„Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de.</p>		
--	---	--	--

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.0	<p>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.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de.</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 Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		

10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p>		

10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität

	Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
10.2	<p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, in dem die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält eingepflegt sind. • Die Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren müssen in einem zentralen Tumordokumentationssystem erfasst werden. • Die verschiedenen Therapien (z.B. OP, Rad. def./ adj.) müssen auswertbar hinterlegt sein. <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum:</p> <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		

Datenblatt

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

Die EXCEL-Vorlage ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar.