

Erhebungsbogen Kinderonkologie in Onkologischen Zentren

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

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Kinderonkologische Zentren

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Erblicher Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Radioonkologie (APRO)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit (ASO)
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. (DLFH)
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V. (GFH)
Deutsche Gesellschaft für Immunologie e.V. (DGfI)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie e.V. (DGKED)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGNUK)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin e.V. (DGRM)
Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR)
German Paediatric Oncology Nurses Group (GPONG)
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GFN)
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH)
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH)

Inkraftsetzung am 09.05.2017

Der vorliegende Erhebungsbogen Kinderonkologie berücksichtigt die Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL in der Fassung vom 1. Mai 2006 (mit Änderungen vom 5. November 2014), und beinhaltet alle darin enthaltenen Anforderungen zur Qualitätssicherung und –verbesserung. Die Anforderungen sind in dem vorliegenden Erhebungsbogen mit einem „§“ gekennzeichnet.

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

Verbindlichkeit / Übergangsfristen

Die in der Sitzung Zertifizierungskommission am 22.02.2017 beschlossenen Änderungen können von den Onkologischen Zentren ab sofort angewendet werden.

Die vorgenommenen inhaltlichen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich grün markiert bzw. mit Kommentaren versehen.

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

- 2 Organspezifische Diagnostik
 - 2.1 Erstaufnahme - Sprechstunde - Nachsorge
 - 2.2 Diagnostik

- 3 Radiologie

- 4 Nuklearmedizin

- 5 Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie

- 6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie
 - 6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

- 7 Radioonkologie

- 8 Pathologie

- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
 - 9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung
 - 9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

- 10 Tumordokumentation

Anlagen zum Erhebungsbogen (separates Dokument im Excel-Format)

- Basisdaten (Falldefinition/Versorgungsumfang)
- Kennzahlenbogen

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 die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.1.2 §5 (3)	<p>Kooperationsvereinbarungen Mit folgenden Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen und die Kooperationspartner (Facharzt) sind zu nennen.</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"> • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) 		
	<p>Hauptkooperationspartner Alle Hauptkooperationspartner müssen sich am Klinikstandort befinden oder max. 45 km entfernt sein. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung ist verpflichtend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pädiatrische Hämatologie/Onkologie • Kinderchirurgie • Radiologie (mit Schwerpunkt Kinderradiologie) • Pathologie • Radioonkologie <p>Farbliegende: Streichung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
	<p>Kooperationspartner am Klinikstandort verpflichtend. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen</p>		

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>nicht notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder- und Jugendmedizin mit allen Subspezialisierung (Schwerpunktbezeichnung: Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie sowie Zusatzweiterbildung: Kinder-Endokrinologie/-Diabetologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Pneumologie und Kinder-Rheumatologie. Falls diese Spezialisierung am Zentrum nicht vorhanden ist, muss die entsprechende Disziplin aus der Erwachsenenmedizin eingebunden sein.) • Pädiatrische Intensivmedizin • Pflege • Psychosozialer Dienst (PSD) 		
	<p>Alle nachfolgend aufgeführten Kooperationspartner dürfen max. 45 km entfernt sein. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädie/Unfallchirurgie • Hämatologisch-onkologisches Speziallabor • Transfusionsmedizin • Dokumentations-Studienassistentz • Ergotherapie • Physiotherapie • Diät-/ Ernährungsberatung • Humangenetik • Labormedizin (klinisch-chemisch) • Neurochirurgie • Neuropathologie (Ausnahmen sind zu begründen 60km von Neurochirurgie entfernt) • Neuroradiologie (Ausnahme: Neuroradiologie darf max. 60 km von der Neurologie/ Neurochirurgie entfernt sein. Ausnahmen sind zu begründen) • Nuklearmedizin • Patienten-/ Elternvertretung <p>Farblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
	<p>Für den nachfolgend genannten Kooperationspartner besteht keine Anforderung bzgl. der Entfernung. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SAPPV 		
1.1.3	Die fachliche Zentrumsleitung muss durch		

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und –Onkologie“ besetzt sein.		
	Zusätzlich zu dieser Stelle müssen mind. zwei weitere Fachärzte mit der oben genannten Qualifikation am Zentrum vorhanden sein (vgl. 6.1.2). Der Gesamtumfang muss 3VK entsprechen. Es ist wünschenswert, dass einer dieser benannten Fachärzte über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügt.		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.2.1	<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. 	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage) (Zentrumsfälle/Primärfälle)	
1.2.2 § 4 (5)	<p>Zusammensetzung multiprofessionelles Team Das multiprofessionelle Team setzt sich (mindestens) zusammen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztlichem Dienst (Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und –Onkologie“) • Pflege • Psychosozialem Dienst (PSD) 		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	und soweit erforderlich zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • Diät-/Ernährungsberatung • Physio- und/oder Ergotherapie • Dokumentations-/Studienassistentz 		
	Jedem Teammitglied soll die Möglichkeit zu einer Supervision angeboten werden.		
1.2.3 § 5 (1)	Multiprofessionelle Teambesprechung Aufgaben Jeder Patient ist in der abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team vorzustellen. <ul style="list-style-type: none"> • In der Teambesprechung wird für die Patienten, die nicht in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, festgelegt, nach welchem Therapieprotokoll zu behandeln ist. Nach der Besprechung ist ggf. Rücksprache mit einem Mitglied der Prüfgruppe zu halten. • Ggf. Beschluss zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz. 		
	Zyklus und Dokumentation Die Besprechung findet mind. wöchentlich statt und ist zu dokumentieren.		
	Anteil der im multiprofessionellen Team vorgestellten Patienten: Sollvorgabe $\geq 95\%$	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)	
1.2.4	Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information an das multiprofessionelle Team zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.		
1.2.5	Interdisziplinäre Tumorkonferenz 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) Vorstellung: (1.) zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. zu Beginn/Durchführung einer primären systemischen Therapie und (2.) zur Vorbereitung der ggf. durchzuführenden Lokalthherapie vorzustellen.		
	b) Zusätzliche Tumorkonferenzen <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. Die Teilnehmer müssen sich an den Fachdisziplinen der interdisziplin. Tumorkonferenz orientieren und ggf. tumorspezifisch angepasst werden (Bsp.: Neuropathologie anstelle Pathologie). 		
	Zyklus und Dokumentation		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Es muss mindestens einmal pro Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Die Tumorkonferenz ist zu protokollieren.		
	Teilnehmer Pädiatrische Hämatologie/Onkologie, Kinderchirurgie, Pathologie, Radiologie (mit Schwerpunkt Kinderradiologie) und Radioonkologie.		
	Indikationsbezogen sind weitere Fachrichtungen (z.B. Allgemeinpädiatrie, pädiatrische Intensivmedizin, Psychosozialer Dienst (PSD), Kinderpalliativmedizin, Nuklearmedizin, Humangenetik, Pflege) in die Tumorkonferenz einzuladen. Wenn Patienten besprochen werden, die sicher oder ggf. eine neurochirurgische Intervention erhalten, müssen der neurochirurgische, neuroradiologische und neuropathologische Kooperationspartner an der Tumorkonferenz teilnehmen (ggf. Telemedizin).		
	Anteil der in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellten Patienten: Sollvorgabe $\geq 95\%$	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)	
1.2.6	Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information in der Tumorkonferenz zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.		
	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz: Sollvorgabe $\leq 5\%$	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)	
1.2.7	Leitlinien Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 (Therapieabweichung) gilt: <ul style="list-style-type: none"> Die Hauptkooperationspartner des Zentrums müssen für (kinder-) onkologische Krankheiten einheitliche Standards für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge festlegen (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels). Grundlage dafür sind die aktuellen Protokolle der Therapieoptimierungsstudien, die vorliegenden S1 und S2K Leitlinien und die, sowie aktuelle Registerempfehlungen (s. 1.7.3). Die S3-LL zur psychosozialen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie ist Grundlage für die Tätigkeit des Psychosozialen Dienst (PSD). Die S3-LL zur endokrिनologischen Nachsorge nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist zu berücksichtigen. Die Standards müssen durch den LL-Verantwortlichen (siehe EB OZ 1.2.16) 		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	aktualisiert und bekannt gemacht werden. Die Implementierung muss durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Der Prozess ist zu beschreiben.		

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.3.2 §5 (2)	Information Kinderarzt/Hausarzt <ul style="list-style-type: none"> Der niedergelassene Kinderarzt bzw. Hausarzt ist regelmäßig, insbesondere bei Therapiebeginn und Abschluss, über die Behandlung seines Patienten zu informieren. Ihm und der betroffenen Familie ist nach Abschluss der Therapie im Zentrum ein patientenbezogener Arztbrief und Nachsorgeplan schriftlich (z.B. als Anhang an den Arztbrief) zu übergeben bzw. übermitteln. 		
1.3.3	Einweiserzufriedenheitsermittlung <ul style="list-style-type: none"> Regelmäßig (mind. alle drei Jahre) muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Zu befragen sind z.B. einweisende Kliniken und niedergelassene Kinderärzte. Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum ersten Überwachungsaudit (ein Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. 		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.4.1	In den Kapiteln 1.4 „Psychoonkologie“ und 1.5 „Sozialarbeit und Rehabilitation“ sind die Anforderungen an den „Psychosozialen Dienst“ aus der KiOn-RL enthalten. Im Modul Kinderonkologie sind die Anforderungen in den beiden Kapiteln identisch, so dass nur das Kapitel 1.4 ausgefüllt werden muss.		
1.4.2 §4 (6)	Ressourcen und Qualifikation Das Team des Psychosozialdiensts ist grundsätzlich multiprofessionell zu bilden : Es besteht aus mind. je einem Vertreter mit der Grundqualifikation:		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<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) <p>Die Teammitglieder sind namentlich zu nennen.</p> <p>Zur leitlinienkonformen Ausübung der jeweiligen Aufgaben sind geeignete personelle und räumliche Ressourcen vorzuhalten (Richtwert: mind. 2 VK Psychologie u Sozialarbeit pro 44 Fälle).</p> <p>Farbliegende: Streichung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
1.4.3 §4 (6)	<p>Angebot und Zugang</p> <p>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>		
	Die Anzahl der Patienten/Familien, die mind. einmalig eine Beratung zu den genannten Bereichen erhalten haben, ist zu dokumentieren.	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)	
1.4.4	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Die Identifikation der psychosozialen Belastung erfolgt anhand diagnostischer Maßnahmen im Rahmen der psGV. Bei mehrdimensionaler oder hochgradiger Belastung ist eine gegenüber der psGV intensivierete psychosoziale Versorgung angezeigt (entsprechend der Leitlinie).</p>		
	<p>Weitere Angebote</p> <p>Eine Ausweitung der psychosozialen Betreuung z.B. durch musik-, kunst- und/oder sporttherapeutische Angebote ist wünschenswert.</p>		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	In den Kapiteln 1.4 „Psychoonkologie“ und 1.5	Siehe Angaben im Kapitel 1.4	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

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

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.6.2	Patienten-/Elternbefragungen <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens alle 3 Jahre soll über mindestens drei Monate allen Patienten und ihren Familien die Möglichkeit gegeben werden, an einer Patienten-/Elternbefragung teilzunehmen. Das Zentrum kann sowohl Kinder- als auch Elternbefragungen durchführen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). 		
1.6.3	Neben dem Arztbrief und patientenbezogenen Nachsorgeplan (vgl. 1.3.2) ist dem Patienten und seiner Familie weiteres geprüftes Informationsmaterial bereitzustellen. Das beinhaltet die Patienteninformationen auf der Webseite www.kinderkrebsinfo.de und www.kinderkrebsstiftung.de .		
1.6.4	Patienten-/ Elternvertretung Die Patienten-/ Elterngruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Ein Ansprechpartner muss benannt werden. Die Elterngruppe sollte Mitglied im Dachverband Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. sein. Eine Zusammenarbeit von Zentrum und einer Elterngruppe ist verpflichtend.		

1.7 Studienmanagement

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

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.7.2	<p>Studienbeauftragte Studienbeauftragte Prüfgruppen sind namentlich zu benennen: Eine Liste der im Zentrum aktiven Studien ist mit Nennung des Prüfarztes und der weiter beteiligten Ärzte zu führen.</p> <p>Studienassistentz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. • Die Qualifikation der Studienassistentz ist durch industrieunabhängige Fortbildungskurse bei z.B. KKS/ZKS nachzuweisen (z.B. Study Nurse). <p>Farblgende: Streichung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
1.7.3 § 6 (1)	<p>Wenn möglich, sollte jedem Patienten bzw. seinem Sorgeberechtigten die Behandlung unter Teilnahme an einer/m</p> <p>Therapieoptimierungsstudie / Register empfohlen werden. Die Studien müssen durch die GPOH unterstützt werden; Eine Übersicht über das aktuelle Studienangebot finden Sie auf http://www.kinderkrebsinfo.de/gpoh/arbeitsfelder/therapieoptimierungsstudien/index_ger.html</p>		
1.7.4	<p>Anzahl der in Studien eingeschlossenen Patienten (mit nationalem Wohnsitz in Deutschland): Sollvorgabe $\geq 950\%$</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)	
1.7.5 §5 (6)	<p>Für die Therapieoptimierungs-/ Registerstudien, an denen das Zentrum beteiligt ist, müssen den Studiengruppen regelmäßige Treffen ermöglicht und ärztliches Personal (Prüfarzte) dafür freigestellt werden.</p>		
1.7.6 § 6 (3)	<p>Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden.</p> <p>Das Zentrum muss eine Forschungs- und Studienassistentz bereitstellen (Richtwert: 1 VK* pro 50 Zentrumsfälle). *zusammen mit Dokumentationsassistentz vgl. 10.4)</p>		
1.7.7 § 5 (5)	<p>Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet.</p>		

Liste der Studien

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016		

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche

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

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.1	Erstkontakt: Information/Dialog mit dem Patienten und seiner Familie Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Initialgespräch: Sorgeberechtigten-/ Patienten-Information und Therapieeinwilligung • Darstellung weiterer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Kontaktaufnahme durch den psychosozialen Dienst innerhalb der ersten Woche 		
	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen bzw. Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.		
	Gespräch zur Überleitung in die Nachsorge		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Mit jedem Patienten/Familie wird zur Überleitung in die Nachsorge ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden: z.B. Krankheitsstatus, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z.B. Reha, Sanitätshaus, psychosoziales Angebot).		
2.1.2	Sprechstunde Für die Sprechstunde ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, mit Anerkennung „Kinder-Hämatologie und –Onkologie verantwortlich.		
2.1.3	Die Sprechstunde in der Kinderonkologie findet werktäglich (Mo. – Fr.) statt und muss folgende Themen abdecken: <ul style="list-style-type: none"> • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens • Vermittlung an das multiprofessionelle Team bzw. die interdisziplinäre Tumorkonferenz. • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses des multiprofessionellen Teams bzw. der Tumorkonferenz) • Postoperative/posttherapeutische Nachsorge • Tumornachsorge 		
2.1.4	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min. (Sollvorgabe)		
	Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin: Anforderung: <2 Wochen		
	Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).		
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> • Konsentierter Ablauf Diagnostik • Vorbereitung der Patienten für die Besprechung multiprofessionelles Team/ interdisziplinäre Tumorkonferenz • Stationäre Aufnahme • Stationäre Entlassung • Strukturierter Übergabeablauf zwischen Station, Ambulanz und Tagesklinik (Prozesse sind zu beschreiben und zu dokumentieren) <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>		
2.1.6	Transition – Interdisziplinäre Survivorsprechstunde <ul style="list-style-type: none"> • Die Sprechstunde sollte wöchentlich stattfinden. 		

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Erstaufnahme – Sprechstunde – Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	
2.1.7	<p>Genetische Beratung Die Zusammenarbeit mit einer Humangenetik ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln. Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein). Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Das genetische Risiko ist mittels der Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Krebserkrankung im Kindesalter“ für alle Primärfälle zu erfassen. Wenn mindestens eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sollte ein Angebot zu einem Gespräch über mögliche erbliche Ursachen der Erkrankungen gemacht werden. <p>Die Checkliste ist unter www.krebsgesellschaft.de bzw. unter www.onkozert.de verfügbar.</p> <p>Farbliegende: Streichung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p> <p>Qualifikation Die genetische Beratung erfolgt durch einen FA für Humangenetik bzw. einen FA mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ (bis Musterweiterbildungsordnung 2003) bzw. der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung (durch eine Landesärztekammer) (Qualifikation analog zum Gendiagnostikgesetz (GenDG)).</p>	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
2.2.2	Die Diagnostik erfolgt gemäß den Therapieprotokollen bzw. Leitlinien.		
2.2.3	Befundcontrolling <ul style="list-style-type: none"> Zur Sicherstellung eines angemessenen zeitnahen Befundcontrollings ist der Prozess der Befundübermittlung unter Nennung der Verantwortlichkeiten zu beschreiben Zu berücksichtigen sind: Bildgebung (3.8), Labor (1.9.3) und Pathologie (8.5). 		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
3.2 § 5 (3)	Fachärzte <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. 		
3.3	MTRA Mindestens zwei für Bildgebung qualifizierte MTRA (2VK) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.		
3.4 § 5 (3)	Bereitschaft/Erreichbarkeit Klinik oder Institut für Radiologie steht auf dem klinikeigenen Gelände 24 Stunden zur Verfügung.		
3.5	Zusätzlich zu den vorzuhaltenden Methoden in der Radiologie (EB Onkologische Zentren): <ul style="list-style-type: none"> Sonographie mit für Kinder geeigneten Schallköpfen MRT mindestens 1,5 Tesla mit für Kinder adaptierten Spulensystemen und Untersuchungsprotokollen Modernes Mehrzeilen CT (multislice CT, MSCT) mit speziellen alters- und körperrgewichtsadaptierten Untersuchungsprotokollen sowie entsprechenden low-dose Protokollen soweit indiziert. 		
3.6	Durchführung der Untersuchung		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
§ 5 (3)	<ul style="list-style-type: none"> Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. Die Durchführung der Narkose/Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. 		
3.7	Telefonische Rückmeldung (sofortige Vorabmitteilung) auffälliger, interventionsbedürftiger Befunde innerhalb eines Arbeitstages (insbesondere neu aufgetretene Fernmetastasierung). Der Prozess ist zu beschreiben.		
3.8	Die Bildgebung erfolgt gemäß den Leitlinien und Standards des Therapieprotokolls der jeweiligen Tumorentität. Die radiologische Abteilung ist zur aktiven Mitarbeit für die Referenzdiagnostik verpflichtet (vgl. 1.7.7). Die Verpflichtung ist Bestandteil der Kooperationsvereinbarung (vgl. 1.1.2). Wenn der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise am Klinikstandort arbeitet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der Punkte unter 1.1.2 müssen dennoch sichergestellt sein).		
3.9	Neuroradiologie <ul style="list-style-type: none"> Für die Klinikstandorte, die neurochirurgische Eingriffe im Rahmen der KIONK-Zentren durchführen, muss 1 Facharzt für Neuroradiologie oder Facharzt für Kinderradiologie mit neuroradiologischer Expertise benannt sein. Kooperationen im Umkreis von 60km sind möglich. Eine Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation muss benannt sein. <p>Farbliegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
3.10	Fort-/Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche u. MTRA-Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 		

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an		

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
4.2 §5 (3)	Bereitschaft/Erreichbarkeit Die Nuklearmedizin steht werktätlich (Mo.-Fr.) zur Verfügung. Dringliche Untersuchungen müssen innerhalb von 2 Werktagen möglich sein.		
4.3	Vorzuhaltende Methoden Obligat: <ul style="list-style-type: none"> • Knochen- u. Nierenszintigrafie • MIBG-Szintigraphie einschließlich SPECT (ggf. in Kooperation) • FDG-PET/CT (ggf. in Kooperation) Fakultativ: <ul style="list-style-type: none"> • PET/MR • SPECT-CT • Non-FDG-Tracer • MIBG-Therapie 		
4.4	Durchführung der Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> • Die Untersuchungsmöglichkeit in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. • Die Durchführung der Narkose/Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. 		
4.5	Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Bildmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet.		
4.6	Fort-/Weiterbildung <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 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. <p>Farbliegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		

5 Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

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

5 Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 3 VK Fachärzte für Kinderchirurgie in der Abteilung • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen 	
5.1.3	<p>Qualifikation Abteilung</p> <p>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>	
5.1.4	<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. • SOPs 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 	
5.1.5 §5 (3)	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit</p> <p>24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage für Kinderchirurgie und Chirurgie</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 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	<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>		
5.2.2	<p>Fachärzte für Neurochirurgie</p> <p>a) Mind. 2 VK Fachärzte für Neurochirurgie, die für die pädiatrischen Patienten zuständig sind. Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</p> <p>Mind. 1 der FÄ muss an einem DGNC-Kurs teilgenommen haben oder bei Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein.</p> <p>b) Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 10 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen (von diesen 10 Fällen dürfen max. 2 stereotaktische, offene oder endoskopische Biopsien sein inkl. r Biopsien; inkl. RM) pro Jahr. Wenn die Anforderung nicht erreicht wird, können alternativ 30 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen (davon max. 6 stereotaktische, offene oder endoskopische Biopsien; inkl. RM) über die letzten 3 Jahre nachgewiesen werden. Mind. 5 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen pro benanntem Neurochirurg/Jahr. Wenn die Anforderung nicht erreicht wird, können alternativ 15 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen pro benanntem Operateur über die letzten 3 Jahre nachgewiesen werden. Jeder Eingriff kann nur einem benannten Operateur zugeordnet werden <p>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
5.2.3	<p>Fachärzte für Orthopädie</p> <p>a) Mind. 2 VK Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit onkolog. Schwerpunkt Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</p> <p>b) Qualifikation Abteilung</p> <p>Mind. 10 15 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE; davon mind. 5 bei Kindern und Jugendlichen und Erwachsene).</p> <p>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</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. SOPs zu folgenden Themen sollen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Vorplanung bei großen 		

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Tumor-OPs</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorgehen bei mediastinal mass Syndrom ○ Rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Schmerztherapie (insbes. bei Immunsuppression) ○ PONV-Prophylaxe und Therapie unter Kortisontherapie ○ Sedierung für Diagnostik und Intervention an Außenarbeitsplätzen 		
5.2.5 §5 (3)	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage</p>		
5.2.6	<p>Externe Kooperationspartner Wenn die organspezifische operative Therapie (Neurochirurgie, Tumororthopädie) durch externe Kooperationspartner erbracht wird, sind folgende Punkte sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme Tumorkonferenz (siehe 1.2), wenn gemeinsame Patienten besprochen werden • 1x/Jahr Durchführung gemeinsamer Fortbildungsangebote für medizinisches Personal, Einweiser u./o. Patienten und ihre Angehörigen • Teilnahme an Qualitätszirkeln des KIONK mind. 1x/Jahr • Kennzahlen werden zur Verfügung gestellt • Die Umsetzung der Anforderungen an die Pathologie (8.3 - 8.8) muss sichergestellt werden. 		
5.2.7	<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 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. <p>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		

6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie

6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.1.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an</p>		

6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie

6.1 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
6.1.2 § 4 (1)	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens drei Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie – Onkologie“ für Station, Ambulanz und/oder Tagesklinik (3 VK). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 		
6.1.3 § 5 (6)	Weiterbildung Ermächtigung zur Schwerpunktweiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie muss bestehen.		
6.1.4 § 5 (3)	Bereitschaft/Erreichbarkeit Die pädiatrische Hämatologie und Onkologie muss täglich 24 Stunden erreichbar sein.		
6.1.5	Das Zentrum verfügt über einen eigenständigen, kideronkologischen bettenführenden Bereich in der Kinderklinik.		
6.1.6	Pädiatrische Intensivmedizin <ul style="list-style-type: none"> • Das Zentrum verfügt über ausreichende Beatmungskapazitäten für Kinder aller Altersklassen. • Es stehen intensivmedizinische Plätze in der Kinderklinik zur Verfügung. 		

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
6.2.2	Verordnung und Überwachung der medikamentösen onkologischen Therapie durch: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie –Onkologie“ Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.		
6.2.3	Pflegefachkraft Applikation von CMR Arzneimitteln findet		

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>grundsätzlich im Vieraugenprinzip statt.</p> <p>Voraussetzungen für die Assistenzärzte und Pflegefachkräfte, die eine Chemotherapie verantwortlich applizieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Onkologie • Mindestens 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung kann eine Schätzung abgegeben werden. In den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.) • Nachweis einer Schulung nach der Handlungsempfehlung der KOK unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen • Die pflegerische Beratung und/oder Edukation der Patienten ist dokumentiert nachzuweisen. • Die entsprechenden personellen Ressourcen sind zu gewährleisten und nachzuweisen. <p>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
6.2.4	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen</p> <p>Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen und thromboembolischen Komplikationen wie auch für die Transfusion von Blutprodukten sind Standards zu erstellen.</p>		
6.2.5	<p>Notfallbehandlung</p> <p>Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.</p>		
6.2.6	<p>Die Behandlung erfolgt nach den Standards der Protokolle der aktuellen Therapieoptimierungsstudien, sowie den aktuellen Registerempfehlungen.</p>		
6.2.7	<p>Prozessbeschreibung (SOP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Prozesse in der Supportivmedizin sind festzulegen (u.a.): • Akuter Notfall • Allergische Reaktionen • Blutungskomplikationen • Paravasate • Übelkeit und Erbrechen • Sedierung und Kurznarkosen • Mukositis • Schmerztherapie • Nichtmed. Infektionsprävention • Zentrale Gefäßzugänge 		

6.2 Organspezifische medikamentöse pädiatrische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> • Antibakterielle Therapie • Prophylaxe und Therapie Pneumocystis, invasiver Pilzinfektion, Virusinfektionen • Impfungen • Prozess bei Kindern mit Fieber bei Neutropenie muss beschrieben sein • Umsetzung krankenhaushygienischer Vorgaben • Sicherstellung 4-Augen-Prinzip für die Applikation i.v. systemische Therapie • Die Zeit von der Kontaktaufnahme mit dem Zentrum, der Vorstellung im Krankenhaus bis zur Antibiotikagabe muss erfasst werden und mindestens über die Dauer von drei Monaten stichprobenartig statistisch ausgewertet werden. 		
6.2.8	<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 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. • Nachweis einer Schulung des ärztlichen Personals zur Applikation von Zytostatika unter Berücksichtigung der pädiatrischen Besonderheiten <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
7.1	<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>Der Erhebungsbogen Radioonkologie ist unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und http://www.onkozert.de/praxen_kooperations-partner.htm downloadbar.</p>		
7.2	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.		

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
7.3 § 5 (3)	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte für Strahlentherapie, die Ansprechpartner für die Kinderonkologie sind. • Alle kinderonkologischen Fälle sind durch diesen festen Ansprechpartner mit Kinderexpertise zu behandeln. • Facharzt und Vertreter, sowie die Abteilung sind namentlich zu benennen 		
7.4	<p>Bereitschaft/Erreichbarkeit</p> <p>Die Strahlentherapie steht 24 Stunden zur Verfügung (24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage muss gewährleistet sein.)</p>		
7.5	Die Behandlung erfolgt nach den Standards der Protokolle der aktuellen Therapieoptimierungsstudien unter Einschluss von Referenzempfehlungen, sowie den aktuellen Registerempfehlungen.		
7.6	<p>Durchführung der Untersuchung Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Untersuchungsmöglichkeit der Therapie in Narkose/Sedierung muss gegeben sein. • Die Durchführung der Narkose/Sedierung muss durch einen Facharzt für Anästhesie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen. <p>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
7.7	<p>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 Bestrahlungsreihe muss erfasst werden. Angabe Anzahl:</p> <p>Farbliegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016</p>		
7.8	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern 		

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. Farbliegende: Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016		

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.1	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. Der Erhebungsbogen Pathologie ist unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und http://www.onkozert.de/praxen_kooperations-partner.htm downloadbar.		
8.2	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
8.3 § 5 (3)	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Ein Facharzt für Pathologie, der Ansprechpartner für die Kinderonkologie ist, steht dem Zentrum werktätlich (Mo.-Fr.) zur Verfügung. • Alle kinderonkologischen Fälle sind durch je einen festen Ansprechpartner mit Kinderexpertise zu begutachten. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter, sowie die Abteilung sind namentlich zu benennen. 		
8.4	Telefonische Rückmeldung (sofortige Vorabmitteilung) auffälliger, interventionsbedürftiger Befunde innerhalb eines Arbeitstages (vgl. 2.2.3). Die alleinige Übermittlung per Fax ist nicht ausreichend. Der Prozess ist zu beschreiben.		
8.5	Referenzpathologie muss sichergestellt werden: Versendung innerhalb von max. 5 Werktagen nach Eingang (Ausnahme: z.B. Entkalkung).		
8.6	Die Versendung der Präparate für die molekulare Diagnostik muss spätestens parallel erfolgen (Prozessbeschreibung).		

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Die Notwendigkeiten einer späteren humangenetischen Diagnostik müssen bei der Aufbereitung der Proben für molekulare Diagnostik berücksichtigt werden, sofern es die Probenmenge erlaubt (z.B. Asservierung von Frischgewebe).		
8.7 § 6 (1)	Das Zentrum ist zur Teilnahme an der Referenzdiagnostik und zum Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend der Studienprotokolle verpflichtet (s. 1.7.3).		
8.8	Für alle neurochirurgischen Operationen muss die Begutachtung aller Präparate durch einen Facharzt für Neuropathologie (ggf. in Kooperation u./o. durch Referenzneuropathologie) sichergestellt werden. Farblgende: Streichung gegenüber der Version vom 14.07.2016		
8.9	Neuropathologie <ul style="list-style-type: none"> Für die Klinikstandorte, die neurochirurgische Eingriffe im Rahmen der KIONK-Zentren durchführen, muss 1 Facharzt für Neuropathologie benannt sein. 1 Vertreter mit der gleichen Qualifikation muss benannt sein. Der Facharzt muss werktätlich u.a. für die Schnellschnittdiagnostik zur Verfügung stehen. Kooperationen über 45km sind zu begründen. Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch Neuropathologen zu befunden <ul style="list-style-type: none"> - i.d.R. Neuropathologie vor Ort - in Ausnahmen: Zuschnitt Schnellschnitt durch Pathologen durchführbar, Beurteilung d. Schnellschnitts durch Neuropathologen. 		
8.10	Fort-/Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Qualifizierungsplan für das medizinische und technische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. 		

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

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

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
	Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) zu erbringen und nachzuweisen.		
	<ul style="list-style-type: none"> Das Zentrum soll über ein eigenes SAPPV-Team verfügen oder muss eine KP-Vereinbarung nachweisen. Für die im Zentrum behandelten Patienten ist die wohnortnahe Versorgung durch ein SAPPV-Team sicherzustellen. 		

9.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.2.1	Eine Kooperation mit einem stationären Kinderhospiz ist wünschenswert.		

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
10.2 §6 (2)	Das Zentrum meldet die neu erkrankten Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Erkrankungen (mit nationalem Wohnsitz in Deutschland) an das Deutsche (bzw. nationale) Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) . Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016		
	Die Erstmeldung beim Deutschen nationalen Kinderkrebsregister (DKKR) muss nachgewiesen werden: Sollvorgabe $\geq 95\%$ Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber der Version vom 14.07.2016	Angabe in Kennzahlenbogen (Excel-Vorlage)	
10.3	Die Verlaufsdokumentation erfolgt über die Studienleitungen der jeweiligen Therapieoptimierungs-/Registerstudien. Sie richtet sich nach den studienspezifischen „Case-Report-Forms“ (CRE).		
10.4	Ressourcen		

10 Tumordokumentation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	Ein Dokumentationsassistent steht dem Zentrum zur Verfügung. Als Richtwert gilt eine VK*/50 Zentrumsfälle. *zusammen mit Studienassistenten vgl. 1.7.6)		

Kennzahlenbogen (separates Dokument im Excel-Format)

Zur Erfassung der Basisdaten/ Kennzahlen steht eine strukturierte Excel-Vorlage zur Verfügung, bestehend aus Basisdaten und Kennzahlenbogen. 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.