

Organspezifische Anforderungen an die Diagnostik und Therapie in Onkologischen Zentren

Ziel ist die Besprechung der verschiedenen Tumorentitäten in einer gemeinsamen, interdisziplinären, wöchentlichen Konferenz. Die Tumorkonferenz (TK) ist die Kernstruktur für die Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Eine eigenständige TK für einzelne Tumorguppen ist möglich, wenn die Fallzahlen einer einzelnen Tumorentität bzw. die strukturellen Voraussetzungen des Zentrums dies notwendig machen.

Verbindlichkeit / Übergangsfristen

Die in der Sitzung Zertifizierungskommission am 25.10.2023 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.

Änderungen gegenüber der Version L1 vom 11.12.2023 sind farblich gelb markiert.

1.	Schwerpunkt 1: Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren
2.	Tumorkonferenz (TK) Turnus: wöchentlich Teilnehmer: Gastroenterologie, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Viszeralchirurgie, fakultativ Nuklearmedizin Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes: Nuklearmedizin (obligat), Endokrinologie (obligat) Präinterventionell: immer für alle Stadien, dort Festlegung der weiteren TK-Vorstellungen in Abhängigkeit von der geplanten weiteren Diagnostik und Therapie
3.	Zusätzlich an Diagnostik und Therapie beteiligte Fachdisziplinen: • Ernährungsberatung
4.	Definition Studienquote: Teilnahme an Studienprojekten/ Versorgungsforschung der speziellen Fachrichtung muss erfolgen
5.	Ggf. zusätzliche Untersuchungstechniken/ Apparative Voraussetzungen: • Endosonographie (obligat) • Spezielle nuklearmedizinische Diagnostik (Somatostatin-basierte Bildgebung obligat bei neuroendokrinen Tumoren) • PET • Endoskopie + Stenteinlage
6.	Qualitätsindikatoren: • 30d-Letalität • Anastomoseninsuffizienzrate • Qualitätsindikatoren der vorhandenen S3-Leitlinie müssen berücksichtigt werden • R0 Resektionen Galle
7.	Stadieneinteilung: Entsprechend internationalen Klassifikationen (z.B. TNM) und Leitlinien

Ad 3: Die genannten Fachrichtungen müssen zusätzlich zu den per se in einem Onkologischen Zentrum beteiligten Fachrichtungen wie Hämatologie/ Onkologie, Operative Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Nuklearmedizin, Psychoonkologie, Sozialarbeit, Pflege, Palliativmedizin vertreten sein. Keine obligate Teilnahme an Tumorkonferenzen, sofern nicht explizit unter Punkt 2 genannt.

Ad 5: Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen für OZ (DKG) aufgeführten apparativen Voraussetzungen

Inkraftsetzung DKG: 11.12.2023

1.	Schwerpunkt 4: Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)
2.	Tumorkonferenz: Turnus: bei Bedarf; Besprechung innerhalb 1 Woche Obligate Teilnehmer: Endokrinologie, Nuklearmedizin, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Thorax-/ Viszeral-/ Neurochirurgie (in Abhängigkeit von Tm-Lokalisation, mind. 1 operative Fachdisziplin muss obligat an der TK teilnehmen) Neuroendokrine Tumoren des Gastrointestinaltraktes: zusätzlich Gastroenterologie (obligat) Präinterventionell: immer für alle Stadien, dort Festlegung der weiteren TK-Vorstellungen in Abhängigkeit von der geplanten weiteren Diagnostik und Therapie Für die Schilddrüse gilt: <ol style="list-style-type: none"> 1) präoperativ alle Pat., die mit eindeutigen Malignomverdacht operiert werden. 2) postoperativ bei Malignomdiagnose zur Festlegung der weiteren Therapie (z.B. Radiojodtherapie)-und Nachsorge 3) Alle Pat. mit Rezidiven bzw. Fernmetastasen.
3.	Zusätzlich an Diagnostik und Therapie beteiligte Fachdisziplinen: HNO
4.	Definition Studienquote: Teilnahme an Studienprojekten/ Versorgungsforschung der speziellen Fachrichtung muss erfolgen
5.	Untersuchungstechniken/ Apparative Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Tumorspezifische Hormondiagnostik (u.a. intra- oder mind. postoperative PTH-Messung beim (Neben-)Schilddrüsenkarzinom) • Diagnostik (inkl. nuklearmedizinische Diagnostik) der NET entsprechend ENETS-Leitlinien für neuroendokrine Tumoren und S2k-LL NET • Feinnadelaspiration der Schilddrüse mit zytologischer Analyse • Bildgebungsdiagnostik bei Nebennierentumoren (siehe ESE-ENSAT-Nebennierentumor-Leitlinien): u.a. MRT mit Chemical shift, Wash-out-CT), • Stroboskopie für die prä- und postoperative Befunderhebung der Stimm lippenfunktion bei Schilddrüsentumoren • Zugang zu Radiojodtherapie und SSTR- und MIBG-basierter Therapie (ggf. in Kooperation)
6.	Qualitätsindikatoren: <ul style="list-style-type: none"> • Studienteilnahme
7.	Stadieneinteilung: Entsprechend internationalen Klassifikationen (z.B. TNM) und Leitlinien

Ad 3: Die genannten Fachrichtungen müssen zusätzlich zu den per se in einem Onkologischen Zentrum beteiligten Fachrichtungen wie Hämatologie/ Onkologie, Operative Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Nuklearmedizin, Psychoonkologie, Sozialarbeit, Pflege, Palliativmedizin vertreten sein. Keine obligate Teilnahme an Tumorkonferenzen, sofern nicht explizit unter Punkt 2 genannt.

Ad 5: Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen für OZ (DKG) aufgeführten apparativen Voraussetzungen

Inkraftsetzung DKG: 29.11.2018

1.	Schwerpunkt 6: Hoden und Penis
2.	<p>Tumorkonferenz</p> <p>Turnus: wöchentlich</p> <p>Teilnehmer: Urologie (Leitung und Organisation der Tumorkonferenz), Pathologie, Radiologie, internistische oder in Ausnahmefällen: urologische Onkologie, Strahlentherapie</p> <p>Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachgruppen (z.B. Nuklearmedizin, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie) in die Tumorkonferenz einzubeziehen, wenn die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie es erfordern.</p> <p>Präinterventionell alle klinisch organüberschreitenden und metastasierten Tumoren zur Festlegung der weiteren Therapie.</p> <p>Vorzustellende Tumoren:</p> <p>für Hoden gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoperativ alle Pat. mit Erstdiagnose eines Keimzelltumors • alle Pat. mit (gonadalem/extragenadalem) Keimzelltumor, die nach Chemotherapie einen Residualtumor aufweisen • prätherapeutisch alle Pat. mit <ul style="list-style-type: none"> • Rezidiv u./o. neu aufgetretenen Fernmetastasen • primärer Chemotherapie • extragenadalem Keimzelltumor <p>für Penis gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Pat. mit Indikation einer multimodalen Therapie (cT4 und/oder cN3) • alle Pat. mit invasivem Karzinom \geq pT1b vor invasiver LK-Diagnostik (SNB, modifizierte inguinale Lymphadenektomie) • alle Pat. nach (radikaler/therapeutischer) inguinaler u./o. pelviner Lymphadenektomie • alle Pat. mit Progress, Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastase u./o. Rezidiv
3.	An Diagnostik und Therapie beteiligte Fachdisziplinen: <ul style="list-style-type: none"> • Schmerztherapie
4.	Definition Studienquote: Die Teilnahme an Studienprojekten/Versorgungsforschung muss erfolgen.
5.	Zusätzlich notwendige Untersuchungstechniken und apparative bzw. organisatorische Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • PET
6.	<p>Qualitätsindikatoren:</p> <p>für Hoden gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angebot Kryokonservierung • Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht <p>für Penis gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht
7.	Stadieneinteilung: Entsprechend internationalen Klassifikationen (z.B. TNM) und Leitlinien

Ad 3: Die genannten Fachrichtungen müssen zusätzlich zu den per se in einem Onkologischen Zentrum beteiligten Fachrichtungen wie Hämatologie/ Onkologie, Operative Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Nuklearmedizin, Psychoonkologie, Sozialarbeit, Pflege, Palliativmedizin vertreten sein. Keine obligate Teilnahme an Tumorkonferenzen, sofern nicht explizit unter Punkt 2 genannt.

Ad 5: Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen für OZ (DKG) aufgeführten apparativen Voraussetzungen

Inkraftsetzung DKG: 11.12.2023