

Erhebungsbogen für Neuroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft Modul im Onkologischen Zentrum

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. U. Schlegel, Prof. Dr. W. Stummer

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

- Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
- Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)
- Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie (DGNN)
- Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
- Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Deutsche Hirntumorhilfe e.V. (DHH)
- Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Fachexpert*innen
- Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpfleger (KOK)
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
- Ständige Gäste:
 - OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

Der hier vorliegende Erhebungsbogen inkl. Anlagen ist für alle Zentren verbindlich anzuwenden.

Auditjahr: **2025**

Version: **H1**

Datum: **16.08.2024**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich **grün** gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2024 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2025 durchgeführten Audits gültig.

Eingearbeitet wurde:

- Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien der DKG
- Neuroonkologische Leitlinien der AWMF

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von Neuroonkologischen 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 Klassifikation ICD-O-3.2 2021 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2023 (DIMDI) dar.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Angaben zum Neuroonkologischen Zentrum

Zentrumsname	<input type="text"/>
Leitung des Zentrums	<input type="text"/>
Zentrumskoordination	<input type="text"/>
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	<input type="text"/>
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	<input type="text"/>

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammblasses zu benennen. Das Stammblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

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 Beteiligung Patientinnen und Patienten
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
- 2 Organspezifische Diagnostik und Therapie
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
- 3 Radiologie
- 4 Nuklearmedizin
- 5 Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
- 6 Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie
 - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
- 7 Radioonkologie
- 8 (Neuro-) Pathologie
- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
- 10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Das Inhaltsverzeichnis ist für alle Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft einheitlich. Die nicht relevanten Kapitel sind als "(Nicht belegt)" gekennzeichnet.

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
1.1.2	<p>Kooperationsvereinbarungen Hauptkooperationspartner Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie, Hämatologie und Onkologie und Medikamentöse Onkologie</p> <p>Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Pathologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Kinder Hämatologie und Onkologie, Ergotherapie, Augenheilkunde, Endokrinologie und Logopädie</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	
1.1.3	<p>Neurologie und Neurochirurgie Neurologie und Neurochirurgie sind als Bettenführende Abteilungen mit 24-h-Anwesenheitsdienstbereitschaft obligater Bestandteil der Neuroonkologischen Zentren.</p>	
1.1.4	<p>Kooperationen mit zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien</p> <ul style="list-style-type: none"> Für die Behandlung von ZNS-Lymphomen können Kooperationen mit Zentren für Hämatologische Neoplasien bestehen. In einer Kooperationsvereinbarung oder SOP ist zu definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Zählung der Pat. mit ZNS-Lymphomen ist unter diesen Voraussetzungen für beide Partner möglich. Die kooperierenden Zentren sind namentlich zu benennen. 	
1.1.5	<p>Kooperation mit anderen zertifizierten Zentren (Entitäten aus dem Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums) Die Zusammenarbeit für die Versorgung von Pat. mit zerebraler Metastasierung muss schriftlich geregelt sein (SOP/ Kooperationsvereinbarung).</p> <p>Folgende Punkte müssen geregelt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> Fallbezogene Einbindung des Neurochirurgen in die organspezifische Tumorkonferenz bei Pat. mit zerebraler Metastasierung (ggf. Telemedizin) <p>oder</p>	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung von Pat. mit zerebraler Metastasierung in der Tumorkonferenz des Neuroonkologischen Zentrums <p>bzw.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische neurochirurgische Vorstellung von Pat. mit zerebraler Metastasierung gemäß Tumorkonferenzbeschluss <p>2.</p> <p>Bei Pat. mit zerebraler Metastasierung, die sich primär im NOZ vorstellen, muss eine Einbeziehung der organspezifischen Zentren erfolgen.</p> <p>Die Umsetzung muss an konkreten Pat.beispielen nachgewiesen werden.</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	<p>Anzahl Primärfälle</p> <p>Das Zentrum muss jährlich 100 Pat. mit der Primärdiagnose eines neuroonkologischen Tumors behandeln.</p> <p>Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt.</p> <p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Primärfallliste am Ende des Erhebungsbogens. • Histologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen (z.B. Akustikusneurinom, Meningeome, etc.). • Pat. mit Ersterkrankung. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboardbeschluss bei histologisch nicht-gesicherten Tm (z.B. Akustikusneurinom, Meningeom, etc.). <p>Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt.</p> <p>(siehe auch 5.2.3 Operative Primärfälle)</p>	
1.2.2	<p>Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus</p> <p>Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Teilnehmer:</p> <p>Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuropathologe, Strahlentherapeut,</p>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>internistischer Onkologe*. Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die Tumorkonferenz einzuladen</p> <p>*Hämato-/Onkologe Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann diese durch den für die Chemotherapie zuständige Neuroonkologen Fachärztin/-arzt (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2 OZ) vertreten werden.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz Alle Primärfallpat. sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden: Elektivpat.: präinterventionell, Notfallpat.: mind. postinterventionell (Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden).</p> <p>Umfang der besprochenen Primärfälle $\geq 95\%$</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	
1.2.4.a	<p>Weitere Vorstellung Tumorboard (nicht für den Kennzahlenbogen zu berücksichtigen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Abschluss der neuropathologischen Diagnose, wenn präinterventionell eine entsprechende Empfehlung des Tumorboards erfolgte, • nach Abschluss einer Therapiesequenz, • bei jeder Änderung des klinischen/ bildgebenden Befundes, soll eine erneute Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen, • Notfallpat., die nicht präinterventionell besprochen wurden, • Es sind alle Pat. mit Rezidiven vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. • Die im Kapitel 1.2 EB OZ hinterlegten allgemeinen Anforderungen an das Tumorboard sind zu erfüllen. Im Besonderen ist eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpat. vorzunehmen. <p>Angabe Anzahl der Vorstellungen:</p>	
1.2.4.b	<p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.	
1.2.5	<p>Leitlinien</p> <p>Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Hauptkooperationspartner des Zentrums müssen für neuroonkologische Tumoren, für die keine evidenzbasierten LL existieren, einheitliche Standards für die Diagnostik, Therapie u. Nachsorge festlegen (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels). Die Standards müssen durch den LL-verantwortlichen (siehe EB OZ 1.2.12) aktualisiert und bekannt gemacht werden. Die Implementierung muss durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Der Prozess ist zu beschreiben. 	
1.2.6	<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. 	

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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
1.3.2	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen. 	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.4.2	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.3	Psychoonkologie- Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	
1.4.4	Neuropsychologie <ul style="list-style-type: none"> • 1 Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). • Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im Betrachtungszeitraum dargestellt werden. • Folgende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kriterien der Pat.vorstellung, ○ Kommunikation innerhalb des Zentrums, ○ Einbindung in Veranstaltungen, Qualitätszirkel, Tumorkonferenz o.ä. des Zentrums. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.5	Zusätzliche Inhalte der Beratung: <ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung über ambulante psychoonkologische Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt 	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

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

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.5.2	- Kapitel nicht belegt -	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.6.2	Pat.befragungen: <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben werden, an der Pat.befragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten). 	
1.6.3	Pat.information soll bedarfsgerecht und bevorzugt in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.	
1.6.4	Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden: <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung und diagnostische Kontrolluntersuchungen • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) • Ggf. „Pat.leitlinie“ www.leitlinienprogramm-onkologie.de, Flyer Selbsthilfe 	
1.6.5	Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.7 Studienmanagement

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

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.2	- Kapitel nicht belegt -	
1.7.3	<p>Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.</p> <p>Studienassistenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistenz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 	
1.7.4	<p>Anteil Studienpat.</p> <p>1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein.</p> <p>2. nach 1 Jahr: mind. 5% der malignen Primärfallzahl (ICD C70-72, C75.1-3)</p> <p>Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt, alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.</p> <p>Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung. (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument) • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden. • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Neuroonkologischen Zentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch <u>Excelvorlage Datenblatt</u>. 	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische 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	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.2	Logopädie Mind. 1 Logopäde steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). Aufgaben Logopädie: <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: über Kooperationsvereinbarungen ist der zeitnahe ambulante Zugang zu Sprech-, Sprach- und Schlucktherapien zu gewährleisten. • Stimm- und Schlucktraining, Sprech-, Sprach- und Schluckdiagnostik und -therapie. • Essenbegleitung. 	
1.9.3	Ergotherapie Mind. 1 Ergotherapeut steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). Aufgaben Ergotherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: • Über Kooperationsvereinbarungen ist in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der zeitnahe ambulante Zugang zu gewährleisten. • Wiedererlangen und/ oder Erhaltung der Handlungsfähigkeit und damit größtmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. • Sensomotorisch-perzeptives Training. • Kognitives und neuropsychologisches Training. • Hilfsmittelberatung und-versorgung. 	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	<p>Information/ Dialog mit Pat. 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. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	
2.1.2	<p>Durchführung der Sprechstunde Für die Durchführung der Sprechstunde ist ein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Neurologie oder • Facharzt für Neurochirurgie <p>verantwortlich.</p>	
2.1.3	<p>Die Sprechstunde in der Neurologie und Neurochirurgie muss mind. 1x pro Woche 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. • Tumornachsorge. <p>Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>	
2.1.4	<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>	
2.1.5	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur Bildgebung. • Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. 	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychologische Diagnostik. • Neurophysiologische Diagnostik z.B. EEG. • Liquordiagnostik. • Neurologische Untersuchung. 	
2.1.6	<p>Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsentierter Ablauf Diagnostik. • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz. • Stationäre Aufnahme. <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
3.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. <p>Der Kooperationspartner der Neuroradiologie darf max. 60 km entfernt sein.</p>	
3.3	<p>MTR der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>	
3.4	<p>Notwendige Untersuchungsmethoden am Standort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfusions-MRT • Digitale Subtraktionsangiographie (DSA) • Fakultativ: MR-Spektroskopie 	
3.5	<p>Notwendige therapeutische Techniken am Standort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventionelle Katheterverfahren 	
3.6	Die neuroradiologische Beurteilung sollte nach	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	den RANO-/ iRANO-Kriterien erfolgen.	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
4.2	Weitere Untersuchungsmethoden (ggf. über Kooperation): • Aminosäure-PET/CT (fakultativ)	

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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
5.2.2	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Fachärzte für Neurochirurgie • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen 	
5.2.3.a	Operative Primärfälle Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operateurs zu operieren. (Als 1. oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision). Definition operative Therapie: OPS-Schlüssel: 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	017.1, 5-035, 5-075 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.3.b	Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510.; 1-511;1-512.; 1-514;1-515 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4	Qualifikation Operateure <ul style="list-style-type: none"> • Pro Operateur Nachweis von mind. 25 offenen neuroonkologischen Operationen/ Jahr (als 1. Operateur oder als 2. Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure). • Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. OPS-Schlüssel 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1; 5-035; 5-075 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.5	Zulassung neuer Operateure <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Neurochirurgie • Zusätzlich zu der Facharztbezeichnung: Nachweis von mind. 50 OPs bei supra- oder infratentoriellen Tumoren, 20 OPs bei spinalen Tumoren (inklusive Wirbelkörper- Metastasen) und 20 Biopsien, die mit Hilfe computergestützter, dreidimensionaler Planungssysteme (z.B. Stereotaxie, Neuronavigationssysteme) durchgeführt wurden (Vorlage OP-Berichte, Durchführung als 1. Operateur). 	
5.2.6	Stereotaxie <ul style="list-style-type: none"> • 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunktkenntnissen Stereotaxie muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein). • Vertretungsregelung muss bestehen. • Die Qualifikation zur rahmengesetzten Biopsie muss über Curricula/ OP-Kataloge oder Kooperationen vorgehalten nachgewiesen werden. • Anforderung: 10 rahmengesetzte/ rahmenlose Biopsien / Jahr. 	
5.2.7	Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 50 Primärfälle muss die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.	
5.2.8	Vorzuhaltende Strukturen/ Techniken <ul style="list-style-type: none"> • Minimalinvasive, stereotaktische OP-Methoden auch unter Anwendung von Neuronavigation. • Mikrochirurgie. • Intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring (evozierte Potentiale, EMG, kortikale und subkortikale Stimulation). • Methoden der intraoperativen 	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Tumorlokalisation (intra-OP MRT, Ultraschall, Fluoreszenz).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühe postoperative MRT Kontrollen binnen 72 Stunden. • Intraoperative Schnellschnittdiagnostik durch Neuropathologen. 	
5.2.9	<p>Bereitschaft/ Erreichbarkeit Neurochirurgie 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage.</p>	
5.2.10	<p>Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operative Vorbehandlung der Pat. • Standard der operativen Strategien. • Operative Nachbehandlung. 	
5.2.11	<p>Postoperative Komplikationen Zu erheben sind (vgl. Kennzahlenbogen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung. • Klinisch symptomatische Nachblutungen • Postoperative Wundinfektionen. 	
5.2.12	<p>Postoperative Überwachung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Station 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	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
6.1.2	<p>Ärztliche Qualifikation Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie</p> <p>Anforderungen (fakultativ) Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie</p> <p>Ein Vertreter mit der oben genannten</p>	

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
6.2.2	Autologe Stammzelltransplantation Die Möglichkeiten zur autologen Stammzelltransplantation muss, ggf. in Kooperation vorhanden sein.	

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 „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. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de	

8. (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	Die Anforderungen an die Neuropathologie 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	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de</p>	
8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
8.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte Neuropathologen stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 	
8.3	<p>MTA MTLs</p> <p>Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA MTLs/ Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.</p>	
8.4	<p>Fallzahlen Institut/ Abteilung für Neuropathologie</p> <p>Jährlich mind. 1.000 histologische inkl. zytologische und immunhistochemische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.).</p>	
8.5	<p>Histologische Klassifikation</p> <p>Nach den Kriterien der aktuellen WHO-Klassifikation 2021 der Tumoren des zentralen Nervensystems.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die nach WHO-Kriterien notwendigen histologischen, zytologischen, histochemischen und immunhistochemischen Verfahren müssen etabliert sein. 	
8.6	<p>Stereotaktische Hirnbiopsien</p> <p>Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von stereotaktischen Hirnbiopsien muss gegeben sein.</p>	
8.6.1	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch Fachärzte für Neuropathologien zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen >45 km sind zu begründen). • In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die telemedizinische, mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	
8.7	<p>Zytopathologische Beurteilung</p> <p>Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von liquorzytologischen Präparaten muss gegeben sein.</p>	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.8	<p>Molekulare Diagnostik</p> <p>Möglichkeit zur Bestimmung neuroonkologisch relevanter molekularer Marker entsprechend WHO-Klassifikation 2016/2021 (z.B. MGMT Promotormethylierung, 1p/19q Deletion, Mutationen im IDH1-Gen) (ggfs. in Kooperation) und Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung und Beurteilung von DNA-Methylom, RNA/DNA-Panel-NGS (ggf. in Kooperation).</p>	
8.9	<p>Asservierung von Gewebeproben</p> <p>Zusätzlich zur Asservierung von Paraffinblöcken und Schnittpräparaten muss die Möglichkeit zur Asservierung von schockgefrorenen Gewebeproben bei mindestens -80 °C vorhanden sein.</p>	
8.10	<p>Beteiligung an klinischen Studien und translationalen Forschungsprojekten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung/ Versand von Gewebeproben für referenzhistologische Begutachtung im Rahmen klinischer Studien. • Asservierung, Bereitstellung und ggfs. Versand von Gewebeproben für translationale Forschungsprojekte im Rahmen klinischer Studien. 	

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 Neuroonkologische 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> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>	
10.2	<p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält. • Die Pat. mit Neuroonkologische Tumoren 	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>müssen in <u>einem</u> Tumordokumentationssystem erfasst werden.</p> <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>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	

Datenblatt

Für die Darlegung der Basisdaten, Kennzahlen und weiteren Zentrumsdaten steht ein Datenblatt (EXCEL-Vorlage) zur Verfügung. Das Datenblatt ist eine Anlage zum Erhebungsbogen.

Das Datenblatt ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkoziert.de abrufbar.