

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Modul Kinderonkologische Zentren

07.04.2025, 10:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. M. Nathrath, Prof. M. Schrappe / Prof. B. Burkhardt

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Kinderonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Aktualisierung Geschäftsordnung

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgeschlagenen Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitäts-spezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten z.B. eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Kinderonkologischen Zentren (Kaiser/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2024 gab es 37 zertifizierte Kinderonkologische Zentren (KIO) an 37 Standorten, davon 2 Standorte im Ausland, 1 Zentrum musste im Jahr 2024 das Zertifikat abgeben, es gab ein Erstzertifizierungsaudit. Das 2024 ausgesetzte Zentrum konnte 2025 wieder zertifiziert werden, sodass am 07.04.2025 39 zertifizierte Zentren auf der OncoMap verzeichnet waren.

Im Auditjahr 2024 wurden 39 Audits durchgeführt. 1 Zertifikat wurde ausgesetzt.

Aktuell gibt es für die Kinderonkologischen Zentren 9 aktive Fachexpert:innen (FE), davon 5 Ausschussmitglieder; 2 weitere FE aus den Lehrgängen 2023 und 2024 befinden sich in der Qualifizierungsphase: 1 FE hat bereits das Hospitationsverfahren durchgeführt, für die 2. Teilnehmende ist die Hospitation in Vorbereitung. Dieses Jahr findet ein Fachexperten-Lehrgang für KIO vom 22.-24.05.2025 statt. Im Nachgang zur Sitzung ist ein Fachexperten-Update mit aktuellen Themen aus der Sitzung und den Änderungen der Zertifizierungsanforderungen geplant.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Kinderonkologischen Zentren (Utzig/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) des Auditjahres 2024 werden berichtet. Im Jahresbericht wurden 37 Zentren berücksichtigt, in denen 2.903 Zentrumsfälle behandelt wurden; alle Zentren haben die Sollvorgabe von mind. 30 Zentrumsfällen erfüllt. Die Verteilung der Zentrumsfälle nach Behandlungsgruppen entspricht denen der Vorjahre. Die Vorstellungsraten im multiprofessionellen Team und in der interdisziplinären Tumorkonferenz sind seit Jahren, ebenso wie der Anteil der Pat. mit Beratung durch den Psychozialdienst, auf hohem Niveau konstant (Median >98%). In weniger als 0,5% der Zentrumsfälle (Behandlungsgruppe II-XII) kam es zu einer Therapieabweichung gegenüber der Empfehlung der Tumorkonferenz. Aufgrund des temporären Rekrutierungsstopps ist es zu einem deutlichen Rückgang des Studieneinschlusses [KeZa 7] gekommen (Median 85,7%). Für die Kennzahlen 5a/b und 9 liegen erstmals Ergebnisse vor: Die radioonkologischen Kennzahlen weisen eine große Spannbreite (komplette Bestrahlungsserien bei Kindern: 1-293, Anteil Protonentherapie bei Zentrumsfällen: 8-100%) auf. Bei optionaler Erfassung liegen für die KeZa 9 aus 15 von 37 Zentren Ergebnisse vor. Bei 75% der in diesen Einrichtungen behandelten Zentrumsfälle wurde bei Neutropenie und unkl. Fieber innerhalb von 60 min. eine antimikrobielle Therapie eingeleitet (Median 84%, range 39% - 100%).

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Erhebungsbogen (EB)

Allgemeine Anmerkungen:

- Da der EB Kinderonkologische Zentren Teil eines Systems von 20 weiteren Zentrumsarten ist, sind Teile des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems bzw. der Onkologischen Zentren angepasst. Das betrifft z.B. das Inhaltsverzeichnis und die einheitliche Definition von (Haupt-)Kooperationspartnern.
- Während der Sitzung wurde der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der in der rechten Spalte grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

Die Kommission beschließt, in den **Kapiteln 1.1.2d (Netzwerk), 2.1.7a (genetische Beratung), 6.1.2 ([Fach-]Ärzte), 6.1.4 (Bereitschaft/Erreichbarkeit), 6.1.5 (eigenständiger, bettenführender Bereich) und 6.1.6 (pädiatrische Intensivmedizin)** Empfehlungen der „S2k-Versorgungsleitlinie zu strukturellen Voraussetzungen der pädiatrisch onkologischen und hämatologischen Versorgung“ in den EB aufzunehmen.

In den **Kapiteln 3.9 (Radiologie), 5.1.3 (Selbsthilfegruppen), 5.2.6 (Pflege) und dem Datenblatt/Arbeitsblatt Netzwerk Chirurgie** wird die Abkürzung KIONK durch KIO ersetzt.

1.1.2.d Kooperationspartner

Die S2k-Versorgungsleitlinie sieht vor, dass Kinderonkologische Zentren eine HNO- u. augenärztliche Versorgung sicherstellen müssen. Das Gremium beschließt daher, dass KIOs mit den Disziplinen HNO und Ophthalmologie eine Kooperation vorweisen müssen.

1.2.5.a/b Interdisziplinäre Tumorkonferenz / zusätzliche Tumorkonferenzen

In einigen Zentren werden die Ergebnisse der Laboranalysen in eigenen Boards für Leukämie-Pat. vorgestellt. Die Kommission ermöglicht für Pat. der Behandlungsgruppe I (Leukämie) die Vorstellung in speziellen Leukämie-Boards, an denen mind. 2 FÄ für pädiatrische Hämatologie/Onkologie teilnehmen müssen.

1.2.5.g Vorstellungsrate Tumorkonferenz

Die Kommission stellt klar, dass die Sollvorgabe „Anteil der in der Tumorkonferenz vorgestellten Pat. ≥95%“ für Pat. der Hauptgruppen II-XII gilt.

1.2.6.c (neu) Fertilitätserhalt

Aus der Sitzung der Zertifizierungskommission „Onkologische Zentren“ resultiert die übergreifende Empfehlung an alle Kommissionen, die Aufnahme einer Anforderung zum „Fertilitätserhalt bei fertilitätsreduzierender Therapie“ zu prüfen. Die Kommission KIO diskutiert inwieweit fertilitätserhaltende Verfahren bei präpubertären Kindern schon „standard of care“ sind, übernimmt im Resultat die Regelungen aus dem EB OZ und modifiziert diese aber dahingehend, dass sie in KIO erst für „alle Pat. (ab Tanner II)“ gelten.

1.4./1.5 Psychoonkologie u. Sozialarbeit/Reha

Der Gesichtspunkt, dass die Inhalte der psychoonkologischen Betreuung einerseits und sozialarbeiterischen Beratung andererseits differieren, und die Eingabe, die Anforderungen an den Psychosozialdienst (PSD) in gesonderte Kapitel zu trennen, werden diskutiert. Die Eingabe wird von

der Kommission mit Verweis auf Konformität mit der G-BA Richtlinie zur Kinderonkologie und der S2k-Versorgungsleitung abgelehnt.

1.4.3b Beratung durch den Psychosozialdienst

Die Eingabe, dass das „Angebot“ als „Betreuung“ gezählt werden soll, wenn Pat. bzw. deren Familien ein Beratungsgespräch durch den PSD abgelehnt haben, wird beraten. Die Kommission folgt nicht der Eingabe, da Erfassung und Kennzahl (KeZa 6) abbilden sollen, wie viele Pat. tatsächlich beraten wurden. Die Ablehnung einer Beratung durch Pat./Familien kann als Begründung für ein etwaiges Unterschreiten der Sollvorgabe angeführt werden.

1.4.5.b Psychoonkologie – Qualitätssicherung

Aufgrund der hohen Eingangsvoraussetzung zur Weiterbildung „Pädiatrische Psychoonkologie (PSAPOH/GPOH) wurde in der letzten Sitzung der Nachweis eines entsprechenden Zertifikats bzw. des Beginns der Weiterbildung als Anforderung der Qualitätssicherung gestrichen. In der Zwischenzeit wurden die Richtlinien zum Erwerb überarbeitet, so dass aktuell 3 Jahre berufliche Erfahrung bei Zertifikatübergabe (vormals 5 Jahre bei Beginn der Weiterbildung) gefordert werden. Die Eingabe auf Wiederaufnahme der Anforderung „mind. 1 MA mit Nachweis des Zertifikats oder der begonnenen Weiterbildung“ wird durch die Kommission angenommen.

1.6.2. Pat.-/Elternbefragungen

Die in der Sitzung der Vorsitzenden 2024 beschlossene Harmonisierung, die Rücklaufquote bei Pat.-befragung auf 30% (vorher 50%) zu setzen, wird seitens der Kommission angenommen.

1.7.4. Studienmanagement

Es wurde vorgeschlagen, dass alle im Zentrum angebotenen/geöffneten Studien (Phase I-IV/ Register-Studien) in der Studienliste aufgeführt werden sollen, auch wenn im Kennzahlenjahr evtl. in einzelne Studien kein Pat. eingeschlossen wurde. Dies spiegelt den Arbeitsaufwand und das Spektrum des Zentrums besser wider. Die Kommission stimmt dem Vorschlag zu und beschließt die Aufnahme einer FAQ.

2.1.1.a Sprechstunde

Die übergreifende Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden 2023, dass Zentren bei der Einholung von Zweitmeinungen unterstützen sollen (bislang Vermittlung), wird von der Kommission angenommen.

2.1.4.a Wartezeiten während der Sprechstunde

Das Gremium diskutiert die Eingabe, ob die zu erfassende Wartezeit während der Sprechstunde konkretisiert werden muss und beschließt die Aufnahme einer FAQ, die klarstellen soll, dass bei der Erfassung der Wartezeit Klinik-spezifische Abläufe zu berücksichtigen sind.

2.1.7.a Genetische Beratung

Die Checkliste „Erfassung des genetischen Risikos bei Krebserkrankungen im Kindesalter“ ist im Vorfeld der Sitzung durch die Vertretenden der GfH und der GPOH geprüft worden; ein Aktualisierungsbedarf wird derzeit nicht gesehen.

Die Empfehlung der S2k-Versorgungsleitlinie sieht vor, dass bei Pat., bei denen sich der V.a. eine konstitutionelle Krebsdisposition ergibt, den Pat. und ihren Familien eine humangenetische Beratung und ggf. eine genetische Testung empfohlen werden soll. Die Kommission verschärft daher die Anforderung an die Genetische Beratung und überführt die bisherige „sollte“-Empfehlung in eine „soll“-Anforderung.

2.2.2 Diagnostik

Es liegt ein Hinweis vor, dass die S2k-Leitlinie „(Analgo-)Sedierung für diagnostische und interventionelle Prozeduren bei Kindern“, auf die in den Anforderungen verwiesen wird, immer noch nicht publiziert worden ist. Da (lt. AWMF-online) die Fertigstellung bis zum 30.06.2025 geplant ist, hält die Kommission an den Anforderungen unverändert fest.

5.1.3. Organübergreifende operative Therapie – Qualifikation Abteilung

Die Eingabe der Vorsitzenden, dass Operationen, bei denen die abschließende Histopathologie keine Malignität nachweist, bei der „Qualifikation Abteilung“ angerechnet werden dürfen, wird diskutiert. Es herrscht Übereinkunft, dass durch eine Erweiterung der bisherigen Regelungen „nicht Tür und Tor“ für jegliche OPs geöffnet werden darf, sondern diese Eingriffe nur bei Erfüllen von klar definierten Vorgaben gezählt werden dürfen (keine generelle Anrechnung von Operationen bei gutartigen Tumoren). Aus diesem Grund erfolgt die Modifikation der Zählung auch nicht über eine Änderung im EB, sondern über die Aufnahme einer FAQ. Diese hält folgende Voraussetzungen für die Zählung dieser Eingriffe fest:

- a) Vorliegen eines prätherapeutischen Tumorkonferenz-Beschlusses mit Empfehlung zur Operation
- b) onkologische Resektion (i.e. Resektionsausmaß, ggf. Lymphadenektomie, etc.)
- c) Kryokonservierung von Gewebe
- d) Einzelfallprüfung durch FE

FAQ

Frage: Können Operationen der chirurgischen Expertise angerechnet werden, wenn sie onkologisch intendiert durchgeführt wurden, aber im postoperativen pathologischen Befund keine Malignität festgestellt wurde?

Antwort: Resektionen, die bei einer malignen Verdachtsdiagnose onkologisch durchgeführt wurden, dürfen der chirurgischen Expertise angerechnet werden, wenn

- ein prätherapeutischer Tumorkonferenzbeschluss zur Operation vorliegt,
- sie die Kriterien einer onkologischen Resektion erfüllen (i.e. Ausmaß der Resektion, ggf. Lymphadenektomie, etc.)
- das Resektat zur weiteren Aufarbeitung kryokonserviert wurde.

Dies gilt auch dann, wenn sich im postoperativen pathologischen Befund keine Malignität nachweisen lässt. Diese Fälle sind bei Einreichung der Unterlagen an OnkoZert gesondert auszuweisen und werden im Audit durch die Fachexperten geprüft.

Die Befürchtung, dass das Anerkennen von chirurgischen Biopsien für die Expertise „Chirurgie“ (≥15 OPs) evtl. Fehlanreize setzen könnte, wird durch die Vertretenden der Chirurgie nicht geteilt, da auch der Entnahme einer Biopsie i.d.R. immer eine Empfehlung durch eine Tumorkonferenz vorausgehe.

5.2.2.b Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie

In der Sitzung der Zert.-Kommission vom 22.06.2021 wurden die geforderten OP-Zahlen für die „Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie“ auf „mind. 5 kindliche Hirntumore [...] verteilt auf die 2 benannten Operateure“ festgelegt (vormals „mind. 10 pädiatrische ZNS-Tumor-Operationen (von diesen 10 Fällen dürfen max. 2 stereotaktische, offene oder endoskopische Biopsien sein; inkl. RM). In einer FAQ (31.08.2022) ist nach dieser Änderung der Anforderung nochmals klargestellt worden, dass nach neuer Regelung für die Qualifikation/Expertise „PEs nicht gezählt werden“. Die Kommission bestätigt dies nochmals und nimmt eine entsprechende Ergänzung im EB auf.

6.1.2. Organübergreifende medikamentöse/pädiatrische Onkologie: Fachärzte

Die Kommission übernimmt als Richtwerte für die ärztliche Personalressourcen in Kinderonkologischen Zentren die Empfehlungen der S2k-Versorgungsleitlinie:

- ab einer Zentrumsgröße von mehr als 60 Zentrumsfällen/Jahr pro 20 jährlichen Zentrumsfällen mind. 1 Vollzeitäquivalent von Fachärzten für Kinder- u. Jugendmedizin mit Schwerpunkt „Kinder- u. Jugend-Hämatologie u. -Onkologie“
- auf 10 jährliche Zentrumsfälle mind. ein Vollzeitäquivalent von Ärzten/-innen unabhängig von der weiteren Qualifikation (d.h. Kinder- und Jugend-Hämato- und Onkologen/-innen, Fachärzte/-innen in Weiterbildung Kinder- und Jugend-Hämatologie und Onkologie oder Weiterbildungsassistenten/-innen Kinder- und Jugendmedizin)

Dazu ist zukünftig neben der namentlich zu benennenden FÄ mit der Schwerpunktanerkennung „Kinder- u. Jugend-Hämatologie u. -Onkologie“ zusätzlich auch die Gesamtanzahl der Ärzt:innen (in Vollzeitäquivalenten) anzugeben.

Die Empfehlungen der S2k-Leitlinien werden im Nachgang in einer FAQ dargestellt werden.

6.1.4., 6.1.5 u. 6.1.6 Organübergreifende medikamentöse pädiatrische Onkologie: Bereitschaft/ Erreichbarkeit, eigenständiger, bettenführender Bereich u. pädiatrische Intensivmedizin

Die Empfehlungen zur täglichen Visite, der angemessenen Ausstattung für eine altersentsprechende Pflege und Versorgung von Kindern u. Jugendlichen mit onkologischen Erkrankungen und zur Nierenersatztherapie der S2k-Leitlinie werden von der Kommission als Zertifizierungskriterien in den EB aufgenommen.

6.2.7. Prozessbeschreibung

Die Kommission folgt der Eingabe, dass die Zeit von der Kontaktaufnahme bis zur Ankunft des Pat. im Zentrum durch das Zentrum nicht zu beeinflussen ist und streicht daher die im EB bisher geforderte Erfassung dieser Zeitspanne. Da die kontinuierliche Erfassung der KeZa 9 („time to antibiotic“) und der stichprobenartige Charakter der Anforderungen im EB im Widerspruch stehen, werden die Formulierungen im EB an die Kennzahl angepasst.

Datenblatt

(eb_mkio-F1_daten_250407 nach Sitz.docx)

Die ICD10-Liste wird an die Änderungen in der Anlage 1 der KiON-RL des GBA angepasst; für eine bessere Lesbarkeit werden Diagnosen einer Kategorie soweit möglich zusammengefasst.

KeZa 5a: Anzahl komplette Bestrahlungsserien bei Kindern/Jahr u. 5b: Anteil Protonentherapie

Die Kommission diskutiert die Erfahrungen der Zentren mit den neuen Kennzahlen „Radioonkologie“. Nach Einführung der Kennzahlen ist es zunächst in den Zentren zu Unsicherheiten mit Blick auf die zu betrachtenden Grundgesamtheiten gekommen. Diese Schwierigkeiten haben sich im Laufe der Zeit und mit zunehmender Erfahrung gelöst.

Die Ergebnisse der KeZa 5b zur Erfassung des Anteils „Protonentherapie an allen Bestrahlungsserien bei Pat. des eigenen KIO-Zentrums (Zentrumsfälle)“ können aufgrund der optionalen Erhebung im 1. Erfassungsjahr nur als präliminär angesehen werden. Die Kommission möchte daher zunächst weitere Resultate abwarten und belässt die untere Plausibilitätsgrenze unverändert.

KeZa 7: Eingeschlossene Zentrumsfälle in Therapieoptimierungsstudien/GPOH-Register

Das Gremium hält fest, dass nur Pat., die tatsächlich in eine Studie/Register eingeschlossen wurden, in den Zähler der Kennzahl einfließen. Pat., die analog zum Studienprotokoll behandelt wurden, aber

aufgrund eines (temporären) Rekrutierungsstopps nicht in eine Studie eingeschlossen wurden/werden konnten, dürfen im Zähler der Kennzahl nicht berücksichtigt werden. Bei Unterschreiten der Sollvorgabe können die Zentren diese Fälle als Begründung anführen.

KeZa 9: time to antibiotic

Die S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie bei Fieber ohne Fokus während der Granulozytopenie“ sieht nicht mehr generell die Antibiotikagabe innerhalb von 60min als indiziert an, sondern differenziert nach Pat. mit unkompliziertem unklarem Fieber/Neutropenie und Pat. mit Sepsis u. Organdysfunktion/septischem Schock. Während bei Letzteren in der LL weiterhin die Gabe innerhalb von 60min empfohlen wird, ist bei Pat. mit unkompliziertem Fieber die Zeitspanne bis zur ersten Antibiotikaapplikation auf 3h erweitert worden. Die Kommission beschließt die Empfehlung der LL aufzugreifen und modifiziert die KeZa dahingehend, dass jetzt „Zentrumsfälle des Nenners mit Einleitung einer antimikrobiellen Therapie innerhalb von ~~60min~~ 3 Stunden nach Aufnahme/Fiebermessen“ in den Zähler einfließen. Da die Erfassung von „Pat. mit Sepsis u. Organdysfunktion/septischem Schock“ nicht operationalisierbar ist, entscheidet sich das Gremium gegen die Einführung einer weiteren Kennzahl für Pat. mit kompliziertem Fieber, beschließt aber die Aufnahme einer FAQ, in der (in Anlehnung an die LL) „Neutropenie“ als absolute Granulozytenzahl im peripheren Blut $<500/\mu\text{l}$ o. Gesamt-Leukozytenzahl $<1.000/\mu\text{l}$ mit fallender Tendenz“ definiert wird.

TOP 5 Verschiedenes (Utzig, DKG)

Wahl der Vorsitzenden (dieser Punkt wurde in der Sitzung nach TOP 3 vorgezogen)

Frau Prof. Nathrath stellt sich auf eigenen Wunsch nur noch für 2 Jahre als Vorsitzende zur Wahl u. wird von der Kommission in ihrem Amt bestätigt. Frau Prof. Nathrath bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

Frau Prof. Burkhardt wird seitens der GPOH als neue Vorsitzende vorgeschlagen und durch die Kommission mehrheitlich für dieses Amt gewählt (33 ja, 3 Enthaltungen). Sie tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Schrappe an, der für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Die Kommission dankt Herrn Prof. Schrappe für sein Engagement und würdigt seine Verdienste um das Zertifizierungssystem.

Herr Dr. Utzig (Abt.-Leiter Zertifizierung/DKG) erläutert einige aktuelle gesundheitspolitische Themen (KHVG, Zuweisung von Leistungsgruppen in NRW und deren Auswirkungen auf den Status OZ, etc.).

Frau Jun.-Prof. Sibert (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Es wird diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hingewiesen. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmern für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 14:00 Uhr beendet.

Berlin, 07.04.2025

Protokoll: Utzig, Sabet, Vogt

Änderungen im Erhebungsbogen:

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.1.2.d	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. • Hämatologisch-onkologisches Speziallabor • Transfusionsmedizin • Dokumentations-Studienassistent • Ergotherapie • Physiotherapie • Diät-/ Ernährungsberatung • Humangenetik • Labormedizin (klinisch-chemisch) • Neuropathologie (Ausnahmen sind zu begründen) • Neuroradiologie (Ausnahme: Neuroradiologie darf max. 60 km von der Neurologie/ Neurochirurgie entfernt sein. Ausnahmen sind zu begründen) • Nuklearmedizin • Pat.-/ Elternvertretung Für die nachfolgenden Kooperationspartner Tumorchirurgie gilt die Distanzbegrenzung von 45 km nicht: • Neurochirurgie • Orthopädie/Unfallchirurgie • Referenzchirurgie	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. • Hämatologisch-onkologisches Speziallabor • Transfusionsmedizin • Dokumentations-Studienassistent • Ergotherapie • Physiotherapie • Diät-/ Ernährungsberatung • Humangenetik • Labormedizin (klinisch-chemisch) • Neuropathologie (Ausnahmen sind zu begründen) • Neuroradiologie (Ausnahme: Neuroradiologie darf max. 60 km von der Neurologie/ Neurochirurgie entfernt sein. Ausnahmen sind zu begründen) • Nuklearmedizin • Pat.-/ Elternvertretung • HNO • Ophthalmologie Für die nachfolgenden Kooperationspartner Tumorchirurgie gilt die Distanzbegrenzung von 45 km nicht: • Neurochirurgie • Orthopädie/Unfallchirurgie • Referenzchirurgie
1.2.5.a	Interdisziplinäre Tumorkonferenz 1. Interdisziplinär zu behandelnde Pat. sind in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen 2. Grundsätzlich vorzustellen sind die Pat. 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 Lokaltherapie vorzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Interdisziplinäre Tumorkonferenz 1. Interdisziplinär zu behandelnde Pat. sind in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen 2. Grundsätzlich vorzustellen sind die Pat. 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 Lokaltherapie vorzustellen. Pat. der Behandlungsgruppe I (Leukämie) können in speziellen Leukämie-Boards vorgestellt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.2.5.b	Zusätzliche Tumorkonferenzen • Zusätzliche Tumorkonferenzen sind möglich. • Alternative Tumorkonferenzen zu der Anforderung 1.2.5 f) sind jedoch ausschließlich für Hirntumore möglich. Die Teilnehmer müssen sich an den Fachdisziplinen der interdisziplinären Tumorkonferenz orientieren und ggf. tumorspezifisch angepasst werden (Bsp.: Neuropathologie anstelle Pathologie). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Zusätzliche Tumorkonferenzen • Zusätzliche Tumorkonferenzen sind möglich. • Alternative Tumorkonferenzen zu der Anforderung 1.2.5 f) sind jedoch ausschließlich für Hirntumore möglich. Die Teilnehmer müssen sich an den Fachdisziplinen der interdisziplinären Tumorkonferenz orientieren und ggf. tumorspezifisch angepasst werden (Bsp.: Neuropathologie anstelle Pathologie). • Teilnehmende Leukämie-Board: mind. 2 FA pädiatrische Hämatologie/Onkologie Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.2.5.g	Anteil der in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellten Pat.: Sollvorgabe $\geq 95\%$ Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)	Anteil der in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellten Pat. (Hauptgruppe II-XII): Sollvorgabe $\geq 95\%$ Angabe in Datenblatt (Excel-Vorlage)
1.2.6.c		Fertilitätserhalt • Allen Pat. (ab Tanner II) mit einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, System. Therapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden.

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
		• Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen.
1.4.5.b	Qualitätssicherung Psychosoziale/n Mitarbeiter/n • wird die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen (insbesondere im Rahmen der PSAPOH) ermöglicht. • nutzen die PSAPOH-Regionalgruppen als Qualitätszirkel und sind so regional vernetzt. • haben Zugang zu regelmäßiger externer Supervision.	Qualitätssicherung Psychosoziale/n Mitarbeiter/n • wird die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen (insbesondere im Rahmen der PSAPOH) ermöglicht. • nutzen die PSAPOH-Regionalgruppen als Qualitätszirkel und sind so regional vernetzt. • haben Zugang zu regelmäßiger externer Supervision. • mind. 1MA kann das Zertifikat oder die begonnene Weiterbildung "Pädiatrische Psychoonkologie" (PSAPOH/GPOH) nachweisen. Die entsprechenden Personen sind namentlich zu nennen.
1.6.2	Pat./Elternbefragungen • Mindestens alle 3 Jahre soll über mindestens drei Monate allen Pat. und ihren Familien die Möglichkeit gegeben werden, an einer Pat./Elternbefragung teilzunehmen. Das Zentrum kann sowohl Kinder- als auch Elternbefragungen durchführen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).	Pat./Elternbefragungen • Mindestens alle 3 Jahre soll über mindestens drei Monate allen Pat. und ihren Familien die Möglichkeit gegeben werden, an einer Pat./Elternbefragung teilzunehmen. Das Zentrum kann sowohl Kinder- als auch Elternbefragungen durchführen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% 30% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).
2.1.1.a	Erstkontakt: Information/Dialog mit dem Pat.und seiner Familie Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Initialgespräch: Sorgeberechtigten-/ Pat.-Information und Therapieeinwilligung • Darstellung weiterer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Kontaktaufnahme durch den psychosozialen Dienst innerhalb der ersten Woche	Erstkontakt: Information/Dialog mit dem Pat.und seiner Familie Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Initialgespräch: Sorgeberechtigten-/ Pat.-Information und Therapieeinwilligung • Darstellung weiterer Behandlungskonzepte • Angebot (und Vermittlung) und Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen • Kontaktaufnahme durch den psychosozialen Dienst innerhalb der ersten Woche
2.1.7.a	Genetische Beratung [...] Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. • 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. Die Checkliste ist unter www.krebsgesellschaft.de bzw. unter www.onkozeit.de verfügbar.	Genetische Beratung [...] Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im aktuellen Betrachtungszeitraum nachgewiesen werden. • 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. Die Checkliste ist unter www.krebsgesellschaft.de bzw. unter www.onkozeit.de verfügbar.
3.9	Neuroradiologie • 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. [...]	Neuroradiologie • 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. [...]
5.1.3	Qualifikation Abteilung Nachweis von mindestens 15 Operationen (inkl. PE) pro Jahr bei Pat. mit Tumoren der Erkrankungsgruppen II-XII. Kinderchirurgische Fälle des KIONK, die an benannte Kooperationspartner überwiesen werden, werden angerechnet. [...]	Qualifikation Abteilung Nachweis von mindestens 15 Operationen (inkl. PE) pro Jahr bei Pat. mit Tumoren der Erkrankungsgruppen II-XII. Kinderchirurgische Fälle des KIONK, die an benannte Kooperationspartner überwiesen werden, werden angerechnet. [...]
5.2.2.b	Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie • Mind. 5 kindliche Hirntumore (bis 18 Geburtstag) pro Jahr pro Zentrum verteilt auf die 2 benannten Operateure (mind. 2 OPs/benanntem Operateur, wenn mehr als 3 Operateure benannt werden, muss eine schriftliche Begründung erfolgen) [...]	Qualifikation Abteilung und Operateur Neurochirurgie • Mind. 5 kindliche Hirntumore (bis 18 Geburtstag) pro Jahr pro Zentrum (ohne PE) verteilt auf die 2 benannten Operateure (mind. 2 OPs/benanntem Operateur, wenn mehr als 3 Operateure benannt werden, muss eine schriftliche Begründung erfolgen) [...]
5.2.6	Externe Kooperationspartner [...] • Teilnahme Tumorkonferenz (siehe 1.2), wenn gemeinsame Pat. besprochen werden	Externe Kooperationspartner [...] • Teilnahme Tumorkonferenz (siehe 1.2), wenn gemeinsame Pat. besprochen werden

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	1x/Jahr Durchführung gemeinsamer Fortbildungsangebote für medizinisches Personal, Einweiser u./o. Pat. und ihre Angehörigen - Teilnahme an Qualitätszirkeln des KIONK mind. 1x/Jahr [...]	1x/Jahr Durchführung gemeinsamer Fortbildungsangebote für medizinisches Personal, Einweiser u./o. Pat. und ihre Angehörigen - Teilnahme an Qualitätszirkeln des KIONK mind. 1x/Jahr [...]
6.1.2	§4 (1) Fachärzte - 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.	§4 (1) Fachärzte - Mindestens drei Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder- u. Jugend-Hämatologie u. -Onkologie“ für Station, Ambulanz und/oder Tagesklinik (3 VK). - Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Die Anzahl der Ärzte/-innen unabhängig von der weiteren Qualifikation (d.h. Kinder- und Jugend-Hämato- und Onkologen/-innen, FÄ in Weiterbildung Kinder- und Jugend-Hämatologie und Onkologie oder Weiterbildungsassistenten/-innen Kinder- und Jugendmedizin) in Vollzeitäquivalent ist anzugeben. Empfehlung lt. S2k-Leitlinie: - Richtwert: ab einer Zentrumsgröße von mehr als 60 Zentrumsfällen/Jahr pro 20 jährlichen Zentrumsfällen mind. 1 Vollzeitäquivalent von Fachärzten für Kinder- u. Jugendmedizin mit Schwerpunkt „Kinder- u. Jugend-Hämatologie u. -Onkologie“ - Richtwert: auf 10 jährliche Zentrumsfälle mind. ein Vollzeitäquivalent von Ärzten/-innen unabhängig von der weiteren Qualifikation (d.h. Kinder- und Jugend-Hämato- und Onkologen/-innen, Fachärzte/-innen in Weiterbildung Kinder- und Jugend-Hämatologie und Onkologie oder Weiterbildungsassistenten/-innen Kinder- und Jugendmedizin)
6.1.4	§5 (3) Bereitschaft/Erreichbarkeit Die pädiatrische Hämatologie und Onkologie muss täglich 24 Stunden erreichbar sein.	§5 (3) Bereitschaft/Erreichbarkeit Die pädiatrische Hämatologie und Onkologie muss täglich 24 Stunden erreichbar sein. Tägliche Visite unter Leitung eines FA Kinder- u. Jugendmedizin in der Weiterbildung zum oder mit Schwerpunkt "Kinder- u. Jugend-Hämatologie u. -Onkologie".
6.1.5	Das Zentrum verfügt über einen eigenständigen, kinder-onkologischen bettenführenden Bereich in der Kinderklinik.	Das Zentrum verfügt über einen eigenständigen, kinder-onkologischen bettenführenden Bereich in der Kinderklinik. Die kinder-onkologische Station soll eine angemessene Ausstattung für eine altersentsprechende Pflege und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen vorhalten (entsprechend S2k-Versorgungsleitlinie Pädiatrische Onkologie und Hämatologie).
6.1.6	Pädiatrische Intensivmedizin - Das Zentrum verfügt über ausreichende Beatmungskapazitäten für Kinder aller Altersklassen. - Es stehen intensivmedizinische Plätze in der Kinderklinik zur Verfügung.	Pädiatrische Intensivmedizin - Das Zentrum verfügt über ausreichende Beatmungskapazitäten für Kinder aller Altersklassen. - Es stehen intensivmedizinische Plätze in der Kinderklinik zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit zur Nierenersatztherapie am Standort bzw. in geregelter Kooperation mit einem ortsnahen kindernephrologischen Partner
6.2.7	Prozessbeschreibung (SOP): [...] 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.	Prozessbeschreibung (SOP): [...] 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.