

### **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 Tumorgruppen 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 09.10.2025 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.

1.	<b>Schwerpunkt 1:</b> Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren, extrahepatische Gallenwege
2.	<p>Tumorkonferenz (TK)</p> <p>Turnus: wöchentlich</p> <p>Teilnehmer: Gastroenterologie, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Viszeralchirurgie, fakultativ Nuklearmedizin</p> <p>Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes: Nuklearmedizin (obligat), Endokrinologie (obligat)</p> <p>Präinterventionell: immer für alle Stadien, dort Festlegung der weiteren TK-Vorstellungen in Abhängigkeit von der geplanten weiteren Diagnostik und Therapie</p>
3.	Zusätzlich an Diagnostik und Therapie beteiligte Fachdisziplinen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsberatung</li> </ul>
4.	Definition Studienquote: Teilnahme an Studienprojekten/ Versorgungsforschung der speziellen Fachrichtung muss erfolgen
5.	Ggf. zusätzliche Untersuchungstechniken/ Apparative Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endosonographie (obligat)</li> <li>• Spezielle nuklearmedizinische Diagnostik (Somatostatin-basierte Bildgebung obligat bei neuroendokrinen Tumoren)</li> <li>• PET</li> <li>• Endoskopie + Stenteinlage</li> </ul>
6.	Qualitätsindikatoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30d-Letalität</li> <li>• Anastomoseninsuffizienzrate</li> <li>• Qualitätsindikatoren der vorhandenen S3-Leitlinie müssen berücksichtigt werden</li> </ul>
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: **15.12.2025**

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

**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.	<b>Schwerpunkt 6:</b> <b>Hoden und Penis, Nierenbeckenkarzinome (C65), Harnleiterkarzinome (exkl. Ostium ureteris) (C66)</b>
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>Vorzustellende Tumoren: nach histologischer Sicherung, alle Pat. mit Erstdiagnose sowie nach chirurgischer Entfernung, Pat. mit Rezidiv nach Lokaltherapie postoperativ, alle Pat. mit Erstdiagnose</p> <p>für Hoden gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperativ alle Pat. mit Erstdiagnose eines Keimzelltumors</li> <li>• alle Pat. mit (gonadalem/extragonadalem) Keimzelltumor, die nach Chemotherapie einen Residualtumor aufweisen</li> <li>• prätherapeutisch alle Pat. mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rezidiv u./o. neu aufgetretenen Fernmetastasen</li> <li>• primärer Chemotherapie</li> <li>• extragonadalem Keimzelltumor</li> </ul> </li> </ul> <p>für Penis gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pat. mit Indikation einer multimodalen Therapie (cT4 und/oder cN3)</li> <li>• alle Pat. mit invasivem Karzinom ≥ pT1b vor invasiver LK-Diagnostik (SNB, modifizierte inguinale Lymphadenektomie)</li> <li>• alle Pat. nach (radikaler/therapeutischer) inguinaler u./o. pelviner Lymphadenektomie</li> <li>• alle Pat. mit Progress, Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastase u./o. Rezidiv</li> </ul>
3.	Definition Studienquote: Die Teilnahme an Studienprojekten/Versorgungsforschung muss erfolgen.
4.	Zusätzlich notwendige Untersuchungstechniken und apparative bzw. organisatorische Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PET</li> </ul>
4.5	<p>Qualitätsindikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikationsrate (Clavien-Dindo Grad III-IV) innerhalb der ersten 90d nach Nephrourektomie</li> <li>• 90d-Letalität nach Nephrourektomie</li> <li>• Anteil der Pat. mit Entfernung der Blasenmanschette</li> </ul> <p>für Hoden gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot Kryokonservierung</li> <li>• Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht</li> </ul> <p>für Penis gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht</li> </ul>
5.6	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: 15.12.2025