

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren

Berlin, 10.03.2026, 10:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Schlegel/Prof. Hau, Prof. Stummer

Teilnehmer: (s. Anwesenheit_noz_260310.pdf)

Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/Utzig/DKG)

Die Vorsitzenden und die DKG-Geschäftsstelle begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Neuroonkologischen Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

TOP 1 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Neuroonkologische Zentren (Sonntag/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2025 gab es 70 zertifizierte Neuroonkologische Zentren (MNOZ) an 71 Standorten (davon 6 im Ausland). Im Jahr 2025 wurden 4 Zertifikate neu erteilt und es gab 1 laufende Erstzertifizierung. Dieses Zentrum hat das Zertifikat Ende Januar 2026 erhalten.

Im Jahr 2025 fanden 55 Audits statt, wurden insgesamt 7 Abweichungen in 71 Audits ausgesprochen, 64 Audits verliefen ohne Abweichung. 10 Neuroonkologische Zentren nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK). Es wurden insgesamt 7 Abweichungen in den Audits ausgesprochen.

Aktuell stehen 19 Fachexperten (FE) (4 Neurolog*innen und 15 Neurochirurg*innen) für die Auditierung der Neuroonkologischen Zentren zur Verfügung. Bei 70 zertifizierten Neuroonkologischen Zentren ist die FE-Situation als gut einzuschätzen. Ein FE-Lehrgang für MNOZ wird vom 17.-19.06.2026 stattfinden. Im Nachgang zur Sitzung ist ein FE-Update mit aktuellen Themen aus der Sitzung und den Änderungen der Zertifizierungsanforderungen im Herbst geplant. In Kürze erfolgt der Versand des „Merkblattes – Auditjahr 2026“ an alle FE. Inhalt des Merkblattes sind Punkte, die für die Durchführung der Auditverfahren 2026 eine besondere Bedeutung haben.

TOP 2 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Neuroonkologischen Zentren (Kennzahlenjahr 2024, Auditjahr 2025) (Vorsitzenden/Klages/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2025 werden vorgestellt. Im Jahresbericht wurden 70 Standorte berücksichtigt, in denen 14.753 Primärfälle behandelt wurden, davon etwa 59,4% mit benignen Neubildungen, ca. 33,3% mit malignen Neubildungen und ca. 7,3% mit Neubildungen unklaren Verhaltens.

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Kennzahl (KeZa) 1a. Primärfälle: Alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 100 .
- Kennzahl 1c. Zerebrale Metastasierung: Bei einem Anstieg um 6 Zentren im Vergleich zum Vorkennzahlenjahr ist die Anzahl der Pat. mit zerebraler Metastasierung, die in den NOZ behandelt wurden, um ca. 12% angestiegen (6.133 \rightarrow 7.002). Es wird angemerkt, dass diese KeZa weiter beobachtet werden sollte. Einerseits ist eine gute Versorgung der Pat. sicherzustellen, andererseits sollte der zusätzliche Arbeitsaufwand für die Zentren nicht unverhältnismäßig steigen.
- Nach Modifikation der Kennzahlen 2a und b zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz in der Kommissionssitzung 2024, können erstmalig Ergebnisse dazu betrachtet werden. Kennzahl 2b:

Etwa 97% der Primärfälle mit histologischem / molekularpathologischem Befund wurden in den Zentren in der Tumorkonferenz vorgestellt. Bei der Kennzahl 2a zur Vorstellung elektiver Primärfälle vor Intervention zeigte sich eine breite Range der Ergebnisse.

- Kennzahl 5. Anteil Studienpat.: Etwa 91% der Zentren erfüllen die Sollvorgabe von $\geq 5\%$ (Range 0-454,8%). Die Ergebnisse der Kennzahl werden diskutiert. Einerseits finden sich die zum Teil hohen Studienquoten durch Einschluss in mehrere Studien begründet, andererseits aber auch durch die Definition des Zählers und des Nenners. Die Kennzahlen zu den Studienquoten sollen übergeordnet über alle Zertifizierungssysteme durch die DKG betrachtet und im Verlauf in NOZ erneut diskutiert werden.

TOP 3 Neuwahl Vorsitz (Stimmberechtigte)

Herr Prof. Hau wird seitens der DGN als neuer Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission einstimmig für 4 Jahre in dieses Amt gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Schlegel an, der für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Die Kommission dankt Herrn Prof. Schlegel herzlich für sein großes Engagement und würdigt seine Verdienste um das Zertifizierungssystem. Herr Prof. Hau bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

Herr Prof. Stummer steht weiterhin als Vorsitzender zur Wahl zur Verfügung und wird einstimmig von der Kommission für 4 Jahre in seinem Amt bestätigt. Herr Prof. Stummer bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende/Klages/DKG)

Allgemeine Anmerkungen:

- Da der EB Neuroonkologische 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 wird 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 werden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Erhebungsbogen:

1.2.4 b. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung

Die Eingabe, das Kapitel ggf. zu streichen, da dies nur schwerlich – und dann auch nur im Verbund – umgesetzt werden könne.

Beschluss: Die Kommission beschließt an der bestehenden Regelung, insbesondere vor dem Hintergrund der Harmonisierung mit den anderen Zertifizierungssystemen, keine Änderungen vorzunehmen.

Gemäß Kapitel 1.1.1. des Erhebungsbogens sind die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren durch die NOZ zu erfüllen. Daher informiert die DKG die Kommission an dieser Stelle über den Beschluss

der Sitzung Onkologische Zentren vom Oktober 2025 zum Onkologischen Basisscreening (siehe nachfolgende kopierte Passage zur Info aus EB OZ sowie separat versandte Folien zur Info Onkologisches Basisscreening).

Onkologisches Basisscreening

Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.

Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen.

Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen:

- psychosoziale Belastungen
- körperliche Symptome
- Mangelernährungsrisiko
- sozialrechtlich relevante Fragestellungen

Das Screening sollte in der Regel PRO erfassen und obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu eine für das Screening verantwortliche Person (z.B. onkologische Fachpflege).

Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“.

Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen.

Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen.

Es wird empfohlen, die Quote überschwellig belasteter/ auffälliger Pat. in den vier Dimensionen des Onkologischen Basisscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen.

Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.

1.4.2. Psychoonkologie – Dokumente und Evaluation

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem Erhebungsbogen Onkologische Zentren (EB OZ) wird auf die in der Sitzung der Kommission OZ 2025 beschlossene Anpassung der Kapitel zur psychoonkologischen Versorgung hingewiesen. Die Änderungen werden in der Kommission der Neuroonkologischen Zentren (NOZ) vorgestellt, da im EB NOZ bislang einzelne, die Psychoonkologie betreffende Kapitel, separat geführt werden.

Im EB OZ wurden die Kapitel **1.4.4 Angebot und Zugang** sowie **1.4.6 Dokumentation und Evaluation** angepasst. Demnach ist zur Identifikation des Behandlungsbedarfs durch die primär versorgende Einheit (z. B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchzuführen (gemäß S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“). Die Zuweisung zu psychoonkologischen Angeboten erfolgt auf dieser Grundlage. Die

Angebote sollen niedrigschwellig zugänglich sein und sowohl auf der Website des Zentrums als auch über Informationsmaterialien (z. B. Flyer) kommuniziert werden.

Darüber hinaus ist die psychoonkologische Versorgung fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen, insbesondere für

1. Pat. mit im Distress-Screening überschwelliger Belastung sowie
2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedarf.

Die Kommission NOZ stimmt den Änderungen der Kapitel 1.4.4. und 1.4.6. des EB OZ zu. Es besteht aus Sicht der Kommission nicht die Erfordernis für eine separate Ergänzung in EB NOZ. Kapitel 1.4.2 des EB NOZ wird für Auditjahr 2027 gestrichen und die Inhalte zukünftig in den Kapiteln 1.4.4. und 1.4.6. des EB OZ abgebildet.

1.4.3. Psychoonkologie – Ressourcen

Es wird lediglich eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

1.6.4. Patientenbeteiligung – Entlassungsgespräch

Die in der Kommission OZ 2025 beschlossenen Änderungen des Kapitels werden vorgestellt. Sie dienen der Diskussion im Gremium, mit möglicher Angleichung an den Wortlaut des EB OZ. In der Sitzung OZ war die Eingabe zur Streichung „Übergabe Nachsorgepass“ beschlossen worden. Zudem sind Pat.informationen grundsätzlich evidenzbasiert und frei von Interessenkonflikten anzubieten. Hierfür sollen bevorzugt Informationsmaterialien der Deutschen Krebshilfe, der Landeskrebsgesellschaften, der Krebs-Selbsthilfeorganisationen sowie des Krebsinformationsdienstes verwendet werden.

Die Kommission stimmt der Angleichung an den Wortlaut des EB OZ zu.

1.8.2. Pflege – Onkologische Fachpflegekräfte

Harmonisierung mit EB OZ: Der Begriff „*Pflegekräfte*“ wurde in der OZ-Sitzung 2025 durch „*Fachpflegepersonen*“ ersetzt. Die Kommission nimmt den Vorschlag der Harmonisierung mit dem EB OZ an.

2.1.1. Sprechstunde – Information/Dialog mit Pat.

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.

3.3. Radiologie – MTR der Radiologie

Harmonisierung mit OZ: Da dieses Kapitel im EB OZ in der Sitzung 2025 geändert wurde, wird die Anpassung zur Diskussion in die Kommission eingebracht.

Die Kommission NOZ ist mit der Übernahme der Änderungen gemäß EB OZ einverstanden, so dass auch MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes als nicht-ärztliches Personal als qualifiziert gilt. Es besteht kein Bedarf für eine separate Ergänzung in EB NOZ. Kapitel 3.3 wird für das Auditjahr 2027 gestrichen und die Inhalte werden künftig über den EB OZ abgebildet.

5.2.3.a Organspezifische operative Therapie – Operative Primärfälle

Als Eingabe wird eine Präzisierung des Kapitels operative Primärfälle (PF)/operative Expertise vorgeschlagen. Die Kommission nimmt den Vorschlag an und beschließt, dass die OPS-Schlüssel nur in Kombination mit den im Datenblatt genannten ICD-Codes für Primärfälle zählbar sind.

5.2.6. Organspezifische operative Therapie – Stereotaxie

In einer Eingabe wird angeregt, das Kapitel im Erhebungsbogen zu überarbeiten. Die Kommission beschließt keine unmittelbare Änderung vorzunehmen. Eine Überarbeitung des Kapitels erfolgt bis zur Sitzung 2028.

Kapitel 8 (Neuro-) Pathologie

8.2. (Neuro-) Pathologie – Fachärzte

(= EB_PAT 8.3. Fachärzte-Anzahl /Qualifikation (MNOZ))

Aufgrund der Eingabe, dass qualitätsrelevante Anforderungen (entitätsbezogene Fallzahlen, Ringversuche, Facharztqualifikation) bei allen Organkrebszentren einem einheitlichen Qualitätsstandard folgen sollten, wurde ein entsprechender Ergänzungsvorschlag eingereicht, der im Gremium diskutiert wird. Die Änderungsvorschläge werden von der Kommission angenommen. Es wird durch die Kommission klargestellt, dass auch kooperierende Neuropathologien bzgl. Fallzahlen und Qualitätssicherungsmaßnahmen die strukturellen Grundvoraussetzungen erfüllen müssen.

8.4. (Neuro-) Pathologie – Fallzahlen Institut/Abteilung für Neuropathologie

(= EB_PAT 8.2. Fallzahlen pro Pathologisches Institut)

Die Kommission diskutiert die Eingabe, dass qualitätsrelevante Anforderungen (entitätsbezogene Fallzahlen, Ringversuche, Facharztqualifikation) bei allen Organkrebszentren einem einheitlichen Qualitätsstandard folgen sollten. In der Eingabe wird angemerkt, dass für ein neuroonkologisches Zentrum bislang nur eine institutsspezifische Gesamtfallzahl von histologischen, zytologischen und immunhistochemischen Untersuchungen gefordert, und zwar ohne Bezug auf konkrete Tumorentitäten oder individuelle Fallzahlen für die beteiligten Neuropathologinnen und Neuropathologen. Der eingebrachte Präzisierungsvorschlag "(...) *hiervon mindestens 200 neuroonkologische Fälle/Jahr.*" wird im Gremium angenommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Erhebungsbogen Pathologie:

8.1. Interdisziplinarität – Teilnahme Tumorkonferenz (MNOZ)

Die Kommission OZ hat in der Sitzung 2025 eine Eingabe angenommen und beschlossen, dass eine „on-demand“-Teilnahme an Tumorkonferenzen per Videokonferenz grundsätzlich möglich sei, jedoch müsse die Entscheidung über die Umsetzung entitätsspezifisch in den jeweiligen organspezifischen Zertifizierungskommissionen getroffen werden.

Der Vorschlag der Möglichkeit einer „on-demand“-Teilnahme wird in der Sitzung NOZ abgelehnt. Für das MNOZ bleibt die Neuropathologie Kernleistungserbringer und muss stets an den Tumorkonferenzen teilnehmen.

8.14 Externe Qualitätssicherung - Anforderungen (MNOZ)

In einer Eingabe wird angeregt, dass qualitätsrelevante Anforderungen (entitätsbezogene Fallzahlen, Ringversuche, Facharztqualifikation) bei allen Organkrebszentren einem einheitlichen Qualitätsstandard folgen sollten. Als ergänzende Präzisierung wird folgende Ergänzung vorgeschlagen: „*Nachweis einer externen Qualitätssicherung durch regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an neuropathologisch fachspezifischen Ringversuchen (u.a. durchgeführt durch die QuIP) und neuropathologische Qualitätszirkel; Teilnahme jährlich. Der Nachweis kann alternativ im Rahmen einer Akkreditierung nach DIN EN ISO 17020 erfolgen.*“

Die Kommission nimmt die Ergänzung an.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

Basisdaten

Die Eingabe, ob Pat. mit peripheren Nerventumoren zukünftig als Primärfälle im Zertifizierungssystem NOZ berücksichtigt werden könnten, insbesondere die Diagnosen ICD D36.1 und ICD C47.9, wird diskutiert. Die Kommission beschließt die peripheren Nerventumoren vorerst nicht aufzunehmen. Als Argumente werden angeführt, dass die Versorgungsrealität nach Einschätzung mehrerer Teilnehmender eine andere sei, ein relevanter Anteil der Pat. mit peripheren Nerventumoren benigne sei, die malignen mit den Weichteilsarkomen überlappen würden, die bereits im Zertifizierungssystem der Sarkome abgebildet werden und die betreffenden Fälle in der Praxis nicht primär neuroonkologisch oder neurochirurgisch versorgt würden. Für eine perspektivische Präzisierung wird eine „kleine Arbeitsgruppe“ aus den Vorsitzende und Vertreter*innen der Sektion Periphere Nerven vereinbart.

Die Eingabe ob spinale Neoplasien als PF in das Zertifizierungssystem aufgenommen werden sollen, wird diskutiert. Die Kommission beschließt keine Aufnahme vorzunehmen. Der Fokus der NOZ liege auf den primären Tumoren des zentralen Nervensystems. Außerdem seien Entitäten wie Ependymome oder spinale Meningeome bereits Bestandteil des Zertifizierungssystems NOZ.

KeZa 2a: Interdisziplinäre Tumorkonferenz (TK)

Gemeinsam wird die Kennzahl 2a betrachtet. Es war eine Eingabe eingereicht worden, dass der Nenner der Kennzahl überdacht werden sollte. Es wird angeregt, entweder den Nenner entsprechend anzupassen oder im Zähler alle präinterventionell vorgestellten Fälle zu erfassen, ohne Beschränkung auf elektive Fälle. Die Kommission beschließt, eine Plausibilitätsgrenze von < 80 % für die Kennzahl einzuführen. Weitere Modifikationen der Kennzahl erfolgen vorerst nicht. Eine erneute Betrachtung ist für die nächste Sitzung vorgesehen.

KeZa 3: Psychoonkologisches Distress-Screening

Die Eingabe, mit dieser Kennzahl zukünftig wieder die Betreuungsquote zu erfassen, wird diskutiert. Die Kommission beschließt, keine Änderung vorzunehmen und begründet dies damit, dass die Kennzahl über die Zertifizierungssysteme hinweg einheitlich ausgestaltet sein soll und sie zudem für das onkologische Basiscreening relevant ist.

KeZa 8: Gliome: Empfehlung Kombinationstherapie in Tumorkonferenz

Die Eingabe, den Nenner der Kennzahl analog zur Kennzahl 26 des Zertifizierungssystems Lungenkrebs zu modifizieren und nur Pat. zu betrachten, die einen ECOG-Wert von 0 oder 1 aufweisen, wird diskutiert. Die Kommission beschließt den ECOG-Wert nicht als zusätzliches Kriterium im Nenner aufzunehmen, beschließt aber die Einführung einer Plausibilitätsgrenze < 70 %, sowie Anpassungen in den Formulierungen des Nenners und Zählers:

- Modifikation der Formulierung von „operative Versorgung“ zu „Resektion“;
- Streichung der Formulierung „die in der Tumorkonferenz besprochen wurden“ aus dem Nenner

KeZa 9: Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS

Für diese Kennzahl gab es verschiedene Eingaben diese zu streichen. Außerdem war bereits in der Sitzung der Kommission 2024 die Kennzahl zur erneuten Wiederbetrachtung vorgemerkt worden, insbesondere vor der geplanten Betrachtung im Kontext der Ergebnisse der AG Onkologisches Basisscreening. Die Kommission beschließt die Streichung der Kennzahl. Das Symptomscreening bleibt weiterhin ein sehr wichtiger Bestandteil der Versorgung, wird jedoch künftig vollständig im onkologischen Basisscreening abgebildet.

NEU KeZa 10 optional: Gliome: Beginn Strahlentherapie

Die Kommission kommt auf ein Thema aus der Sitzung 2024 zurück. Es war geplant gewesen, eine Kennzahl für Pat. mit Gliom \geq WHO Grad 3 und Beginn einer Strahlentherapie in einem zu definierenden Zeitfenster einzuführen. Der zwischenzeitlich erarbeitete Vorschlag wird von der Kommission betrachtet und mit einer Plausibilitätsgrenze von <60% angenommen.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende; Klages, Utzig, Lange/DKG)

Anpassung Geschäftsordnung

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgestellten Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten z.B. eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen sowie redaktionelle Änderungen.

Bericht Status Quo Pilotprojekt Cerebrale Metastasierung bei Pat. mit Brustkrebs

Es wird der aktuelle Stand zum Pilotprojekt „Cerebrale Metastasierung bei Pat. mit Brustkrebs“ vorgestellt. Unter der Annahme, dass bestimmte Patientengruppen mit cerebralen Metastasen möglicherweise von spezieller neuroonkologischer Expertise profitieren, waren in der Sitzung der Vorsitzenden 11/2022 bereits erste Gespräche erfolgt und der Beschluss zur Initiierung eines Pilotprojekts gefasst worden. Nach Konkretisierungen dazu in der AG Cerebrale Metastasen sowie Gesprächen zwischen den Vorsitzenden NOZ, BZ, GZ und der DKG waren zwei Pat.-Subgruppen für das Pilotprojekt identifiziert worden (Pat. mit neuer neurologischer Symptomatik bzw. Pat. mit bereits erfolgter cerebraler Bestrahlung u./o. OP und intracraniellem Progress/Rezidiv/Strahlennekrose). Um zu bewerten, ob diese Pat. profitieren, soll in Anlehnung an ein Decision-Impact-Studiendesign unter anderem erfasst werden, wie häufig sich das Therapiekonzept nach der Fallvorstellung in der Tumorkonferenz NOZ ändert oder wie oft ein Therapiekonzept aufgezeigt wird, dass zuvor durch die fallführende Ärztin/den fallführenden Arzt nicht erwogen worden war. Das Pilotprojekt war in der Sitzung der Zertifizierungskommission der Brustkrebszentren (BZ) 2025 vorgestellt und die Unterstützung durch die Kommission BZ eingeholt worden. Alle BZ und NOZ waren im Zuge der Versendung der Infobriefe

im Herbst 2025 auf das Pilotprojekt hingewiesen worden. Außerdem haben im Zeitraum 11/2025-1/2026: bilaterale Gespräche mit interessierten Zentren zur Information und Klärung von Fragen durch Vorsitz NOZ (Schlegel) und DKG stattgefunden. Stand 3/2026 haben 8 Zentren ihre Teilnahme zugesagt.

2 Anwesende in der Kommissionsitzung bitten um Zusendung der Informationsmaterialien, um intern an ihren Zentren zu prüfen, ob ihr Zentrum sich ebenso beteiligt. Als gemeinsamer Projektstart für die teilnehmenden Zentren wird der 01.05.2026 festgelegt. Es ist eine prospektive Erfassung für 12 Monate geplant.

Die FE der Neuroonkologischen Zentren (FE NOZ) werden über das jährliche FE-Update informiert. Die FE der Brustzentren (FE BZ) sollen entsprechende Informationen im Herbst über OnkoZert erhalten.

Information Überarbeitung ICD-Listen 2025

Da die ICD-O-3 2. Revision für die neuroonkologischen Tm noch nicht angepasst wurde, war in der Sitzung 2024 beschlossen worden, dass für die ICD-O- Morphologie-Codes der Primärfälle ausschließlich die WHO-Klassifikation von 2021 genutzt werden solle, bei unveränderter Nutzung der Topographie-Codes gemäß der ICD-O-3 2. Revision). Aufgrund von Herausforderungen bedingt durch die WHO-Klassifikation war hierzu eine Betrachtung und Regelung für „Sonderfälle“ unter Zusammenarbeit zwischen Expertinnen aus der Neuropathologien und Tumordokumentation erarbeitet worden. Die Kommission wird über die Überarbeitung der ICD-Listen informiert. Im Rahmen der Überarbeitung wurden erläuternde Texte und Tabellenköpfe präzisiert sowie die betreffenden Codes in den ICD-Listen markiert und eine FAQ formuliert. Es erfolgte eine Analyse aller bis dato als Primärfall zählbaren Codes und Identifikation von Herausforderungen.

Update Krankenhausreform

Herr Dr. Utzig erläutert ausgewählte aktuelle gesundheitspolitische Themen (KHVVG, KHAG, Zuweisung von Leistungsgruppen in NRW etc.).

Versorgungsforschung

Frau Lange (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte innerhalb des DKG-Zertifizierungssystems und in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Sie weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmenden für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 14:30 Uhr beendet.

Berlin, 10.03.2026

Protokoll: Klages, Kaufmann, Vogt

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
1.4.2	<p>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.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>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.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.4.3	<p>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.</p>	<p>Psychoonkologie-Ressourcen Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p>
1.6.4	<p>Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung und diagnostische Kontrolluntersuchungen • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) • Ggf. „Pat.leitlinie“ www.leitlinienprogramm-onkologie.de, Flyer Selbsthilfe 	<p>Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung und diagnostische Kontrolluntersuchungen • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) • Ggf. „Pat.leitlinie“ www.leitlinienprogramm-onkologie.de, Flyer Selbsthilfe <p>Pat.informationen sind evidenzbasiert und frei von Interessen anzubieten. Informationen sollten daher bevorzugt über die DKH, die Landeskrebsgesellschaften, Krebs-Selbsthilfeorganisationen und den Krebs-Informationsdienst verwendet werden.</p>
1.8.2	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. 	<p>Onkologische Fachpflegekräftepersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraftperson eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräftepersonen sind namentlich zu benennen.
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>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 Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen. • Entlassungsgespräche als Standard.

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.	Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.
3.3	MTR der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	MTR der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein
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; 5-017.1, 5-035, 5-075 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	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; 5-017.1, 5-035, 5-075 OPS-Schlüssel nur in Kombination mit den im Datenblatt genannten ICD-Codes zählbar. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
8.2	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte Neuropathologen stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Fachärzte für Neuropathologie stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation), wobei die kooperierenden Einrichtungen jeweils die strukturellen Grundvoraussetzungen für die Mitwirkung im MNOZ erfüllen; insbesondere im Hinblick auf Fallzahlen und Qualitätssicherungsmaßnahmen). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.
8.4	Fallzahlen Institut/ Abteilung für Neuropathologie Jährlich mind. 1.000 histologische inkl. zytologische und immunhistochemische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.).	Fallzahlen Institut/ Abteilung für Neuropathologie Jährlich mind. 1.000 histologische inkl. zytologische und immunhistochemische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.). Hiervon mindestens 200 neuroonkologische Fälle/Jahr.
8.10	Beteiligung an klinischen Studien und translationalen Forschungsprojekten <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. 	Beteiligung an klinischen Studien und translationalen Forschungsprojekten <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.
Neues Kapitel: 8.11		Externe Qualitätssicherung/Organspezifische Besonderheiten Nachweis einer externen Qualitätssicherung durch regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an neuropathologisch fachspezifischen Ringversuchen (u.a. durchgeführt durch die QuIP) und neuropathologische Qualitätszirkel; Teilnahme jähr-

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
		lich. Der Nachweis kann alternativ im Rahmen einer Akkreditierung nach DIN EN ISO 17020 erfolgen.