

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Kinderonkologische Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Frau Prof. Dr. M. Nathrath, Frau Prof. Dr. Dr. B. Burkhardt

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Stand FAQ: 17.06.2026

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

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.

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.2.c	Kooperation (Kinder-)Nephrologie	13.11.2025
	1.1.2.f	Kooperation bei Referenz-Leistungen	24.10.2018
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Anzahl Zentrumsfälle	28.05.2018
	1.2.5	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	24.10.2018
	1.2.17 (EB OZ)	Onkologisches Basisscreening	30.04.2026
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Ressourcen und Qualifikation	25.04.2023
	1.4.3.a	Angebot und Zugang	09.05.2017
1.7 Studienmanagement	1.7.3	Therapieoptimierungsstudie/ Register	09.05.2017
	1.7.4	Anzahl der in Studien eingeschlossenen Pat.	07.08.2025
1.8 Pflege	1.8.2	Onkologische Fachpflegekräfte	28.05.2018
	1.8.4	Fort-/ Weiterbildung	09.05.2017
2.1. Sprechstunde	2.1.4.a	Wartezeiten während der Sprechstunde	07.08.2025
3 Radiologie	3.2	Fachärzte	09.05.2017
4 Nuklearmedizin	4.6	Fort-/ Weiterbildung	28.05.2018
5 Operative Onkologie	5.1.1	Kooperationen Referenzchirurgie	09.05.2017
	5.1.3	Qualifikation Abteilung	07.08.2025
	5.1.6	Fort-/Weiterbildung	09.05.2017
	5.2.3.b	Qualifikation Abteilung	24.10.2018
	5.2.4	Anästhesie mit Kindererfahrung	09.05.2017
6 Medikamentöse/ Pädiatrische Onkologie	6.1.2	Fachärzte	16.09.2025
	6.1.3	Weiterbildung	09.05.2017
9.1 Ambulante Hospiz und Palliativversorgung	9.1.1	Stationäre Palliativversorgung	09.05.2017

Datenblatt

Expertise		letzte Aktualisierung
-	Angabe der Behandlungseinheiten Kennzahl 5a	07.08.2025
-	Angabe der Behandlungseinheiten Kennzahl 5b	07.08.2025

Kennzahl		letzte Aktualisierung
4	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz	09.05.2017
5	Zählweise Bestrahlungsserien	23.07.2024
6	Beratung durch den Psychosozialdienst	09.05.2017
7	Anzahl eingeschlossener Zentrumsfälle in Therapieoptimierungsstudien/ GPOH-Register	09.05.2017
9	„time to antibiotic“	07.08.2025

FAQ's - Erhebungsbogen Kinderonkologie

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.1.2.c	Kooperationspartner am Klinikstandort verpflichtend. Wenn sich der Kooperationspartner unter einer Trägerschaft beziehungsweise an dem Klinikstandort befindet, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. • Kinder- und Jugendmedizin mit allen Subspezialisierung (Schwerpunktbezeichnung: Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie sowie Zusatzweiterbildung: Kinder-Endokrinologie/-Diabetologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Pneumologie. Falls diese Spezialisierung am Zentrum nicht vorhanden ist, muss die entsprechende Disziplin aus der Erwachsenenmedizin eingebunden sein.) • Pädiatrische Intensivmedizin • Pflege • Psychosozialer Dienst (PSD)	<u>FAQ (13.11.2025):</u> Muss bei mehrstandortigen Zentren der Kooperationspartner „(Kinder-)Nephrologie“ an jedem Standort vorhanden sein? Antwort: Bei mehrstandortigen Zentren ist es ausreichend, wenn der Kooperationspartner „(Kinder-)Nephrologie“ an <u>einem</u> Standort des Zentrums vorhanden ist.	
1.1.2.f	Kooperation bei Referenz-Leistungen • Wenn im Rahmen von Studien Pat. an Referenzstellen (z.B. Referenzchirurgie) überwiesen werden, ist die Art der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs (z.B. Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu definieren. • Für die Zusammenarbeit mit Referenz-Leistungserbringern, die in einem zertifizierten Onkologischen Zentrum oder Organkrebszentrum tätig sind, sind keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig. Wenn eine chirurgische Leistung durch Referenzchirurgen durchgeführt wird, sind diese im Datenblatt aufzuführen.	<u>FAQ (24.10.2018):</u> Wenn der Referenzchirurg des KIO selbst nicht an einem zertifizierten Zentrum arbeitet, aber Kooperationspartner z.B. eines nah gelegenen OZ ist - muss das KIO dann mit diesem Referenzchirurgen dennoch einen Kooperationsvertrag abschließen? Antwort: Wenn der Referenzchirurg des KIO Kooperationspartners eines OZ ist (mit entsprechendem Kooperationsvertrag und Anschluss an die dortige Qualitätsstruktur), ist ein gesonderter Kooperationsvertrag zwischen KIO und Referenzchirurg nicht notwendig. Die Art der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs gemäß 1.1.2 (z.B. Teilnahme Tumorkonferenz, Datenaustausch) muss dennoch geregelt sein (z.B. Geschäftsordnung, z.B. SOP Zusammenarbeit etc.), insbesondere die Darlegung zertifizierungsrelevanter Daten.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1	Anzahl Zentrumsfälle Das Zentrum muss jährlich 30 Pat. (Zentrumsfälle) im Alter von 0 bis 17 Jahre (einschließlich) mit einer onkologischen Krankheit behandeln (Ersttumoren, Zweittumoren, Erstvorstellungen mit Rezidiv). Definition • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Fallliste im Datenblatt. • Histologischer/zytologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen. • Pat. mit Erst-, Zweittumor bzw. Erstvorstellung mit Rezidiv. Das Wiederauftreten eines Tumors innerhalb einer Hauptgruppe - egal, ob in der Primärlokalisation oder in einer anderen Lokalisation als Metastase - zählt als Rezidiv. • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Für welches Zentrum zählt ein Fall, wenn relevante Therapieelemente an einer anderen Klinik durchgeführt werden? Antwort: Fall zählt für entsendendes Zentrum. <u>FAQ (28.05.2018)</u> Fallbeschreibung: Pat. hat ein Mammakarzinom rechts mit 3 (!) Jahren (Ersttumor). Mit 15 Jahren hat die Pat. ein Zervixkarzinom. Wird das Zervixkarzinom als Ersttumor oder als Zweittumor gezählt? Antwort: Zweittumor <u>FAQ (28.05.2018)</u> Fallbeschreibung: Pat. hat ein Mammakarzinom rechts mit 3 (!) Jahren (Ersttumor). Was wäre ein Mamma-Ca links bei dieser Pat.? Antwort: Das kontralaterale Mammakarzinom wird als zusätzlicher Ersttumor gezählt.
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 Lokalthherapie vorzustellen. Pat. der Behandlungsgruppe I (Leukämie) können in speziellen Leukämie-Boards vorgestellt werden.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es ausreichend das Pat. nur bei anstehenden wichtigen medizinischen oder psychosozialen Therapieentscheidungen in der Tumorkonferenz vorgestellt werden? Antwort: Nein. Es sind grundsätzlich alle Pat. mit Diagnosen aus den Bereichen II-XII sowie interdisziplinär zu behandelnde Pat. vorzustellen.
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).	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es ausreichend, z.B. Retinoblastom-Fälle in der Retinoblastom-Konferenz der Augenklinik vorzustellen? Antwort: Grundsätzlich sollen alle kinderonkologischen Fälle des Zentrums in der Tumorkonferenz des Zentrums vorgestellt werden. Eine zusätzliche Vorstellung der Fälle in Entitäten-spezifischen

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	Teilnehmende Leukämie-Board: mind. 2 FA pädiatrische Hämatologie/Onkologie	Tumorkonferenzen (z.B. Retinoblastome) ist möglich, wenn alle unter EB_1.2.5 b) genannten Teilnehmer vertreten sind. <u>Vorschlag für die Umsetzung:</u> z.B. Information des Teams via Tischvorlage	
1.2.5 c	Zyklus und Dokumentation Es muss mindestens einmal pro Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Die Tumorkonferenz ist zu protokollieren.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Kann der Zyklus der Tumorkonferenzen verändert werden, wenn es nicht wöchentlich Pat. zu besprechen gibt? <u>Antwort:</u> Der wöchentliche Zyklus soll auch beibehalten werden, wenn kein Pat. vorzustellen ist. Für Wochen ohne vorzustellende Pat. genügt die Vorlage einer entsprechenden Dokumentation.	
1.2.5.e	Indikationsbezogen sind weitere Fachrichtungen (z.B. Allgemeinpädiatrie, pädiatrische Intensivmedizin, Psychosozialer Dienst (PSD), Kinderpalliativmedizin, Nuklearmedizin, Humangenetik, Pflege) in die Tumorkonferenz einzuladen.	<u>FAQ (28.05.2018):</u> Wie kann die Teilnahme des Referenzchirurgen an der Tumorkonferenz des Zentrums realisiert werden? <u>Antwort:</u> Die schriftliche Referenz-Beurteilung wird als Teilnahme des Referenzdienstleisters an der TK gewertet. <u>FAQ (28.05.2018):</u> - Referenzdienstleister sind im Rahmen von GPOH-Studien benannte Fachärzte, die über eine ausgewiesene Expertise für bestimmte klinische Leistungen (z.B. operative Therapie) im Zusammenhang mit einer bestimmten Tumorentität verfügen. Referenzdienstleister erfüllen zentral die entsprechenden Dienstleistungen für verschiedene Kliniken bundesweit. - Kooperationspartner sind solche klinischen Leistungserbringer, die mit einem Kinderonkologischen Zentrum im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Gemäß der Kooperationsvereinbarung verpflichtet sich der Kooperationspartner zur Beteiligung in dem Zentrum, z.B. Teilnahme an der Tumorkonferenz oder Darlegung eigener Leistungszahlen und ist ausgewiesener Teil des Zentrumsnetzwerkes.	
1.2.5.f	- Wenn Pat. besprochen werden, die sicher oder ggf. eine neurochirurgische Intervention erhalten, müssen der neurochirurgische, neuroradiologische und neuropathologische Kooperationspartner an der Tumorkonferenz teilnehmen (ggf. Telemedizin). - Die Teilnahme der lokalen Neuropathologie für neurochirurgische Pat. ist obligat.	<u>FAQ (24.10.2018):</u> Besprechung neurochirurgischer Pat.: ist die Teilnahme des Neuropathologen an der Tumorkonferenz verpflichtend, auch wenn in dieser Konferenz nur <u>präoperative</u> NC-Pat. besprochen werden? <u>Antwort:</u>	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

		Grundsätzlich muss der neuropathologische Kooperationspartner bei Besprechung neurochirurgischer Pat. an der Tumorkonferenz teilnehmen. Ist die Teilnahmequote Neuropathologie aufgrund der o.g. Konstellation reduziert, ist dies im Audit entsprechend darzulegen.	
1.2.17 EB OZ	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. [...]	FAQ (30.04.2026): Muss das Onkologische Basisscreening gemäß der Anforderung im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auch in der Kinderonkologie umgesetzt werden? Antwort: Nein.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2 §4 (8)	Ressourcen und Qualifikation Das Team des Psychosozialdienstes ist multiprofessionell: Es besteht aus mind. je einem Vertreter mit der Grundqualifikation: • Dipl. / MA Psychologe • Dipl. / MA/Bachelor Soziale Arbeit / Sozialpädagogik / Dipl. Sozialarbeit • pädagogisch qualifizierte Fachkraft (z.B. staatl. anerkannte Erzieher/-innen oder staatl. anerkannte Heilpädagogen/-innen) Die Teammitglieder sind namentlich zu nennen. Für alle psychosozialen Mitarbeiter liegen Stellenbeschreibungen vor. Zur leitlinienkonformen Ausübung der jeweiligen Aufgaben sind folgende Ressourcen vorzuhalten (Richtwert) • Personell: mind. 2VK Psychologie und Sozialarbeit pro 44 Zentrumsfälle. • Räumlich: Jederzeit zugängliche Räumlichkeiten, die einen ungestörten Rahmen für vertrauensvolle Gespräche oder Diagnostik und Dokumentation sowie Teambesprechungen bieten; uneingeschränkter, persönlicher Zugang zu einem Rechner und Telefon • Materiell: Verbrauchsmaterialien (Infobroschüren der DKKS, Therapiematerialien, Spielzimmer-ausstattung), psychodiagnostische Messinstrumente (klinische Verfahren,	FAQ (09.05.2017): Ist ein konsiliarischer Psychologe ausreichend oder muss diese/ dieser direkt in der Klinik angestellt sein? Antwort: Nein, ein konsiliarischer Psychologe ist nicht ausreichend. Zur Sicherstellung der leitlinienkonformen psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Onkologie ist ein psychosoziales Team als Teil eines integrierten multiprofessionellen Versorgungsmodells erforderlich. FAQ (09.05.2017): Können alternative Abschlüsse, z.B. definierte Weiter-/ Fortbildungen oder langjährige Berufserfahrung als Ressourcen im Psychosozialen Dienst anerkannt werden? Antwort: • Besitzstandswahrung: Langjährige KollegInnen (mind. 5 Jahre hauptberuflich in der päd. Onkologie tätig) anderer Berufsgruppen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss (z.B. Pädagogen Dipl. oder Master; Psychotherapeuten), die nachweisbar eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten, sind anerkennungsfähig. • Neueinstellungen:	

1.4 Psychoonkologie

	Neuropsychologie), Zugriff auf Fachartikel/-bücher	Stellenschlüssel für Psychologen (Dipl./M.Sc.) und Sozialberater [=Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen (Dipl.) bzw. Klinische Sozialarbeiter (M.A.)] ist zu gewährleisten. <u>FAQ (09.05.2017):</u> Können Mitarbeiter anerkannt werden, die sich derzeit noch im Studium befinden? Antwort: Für Mitarbeiter des Bereichs Sozialberatung, die sich nach abgeschlossener Bachelor-Qualifikation im Master-Studium befinden, ist eine Anerkennung möglich. <u>FAQ (09.05.2017):</u> Müssen Psychologen und andere Mitarbeiter des psychosozialen Teams ausschließlich für das Kinderonkologische Zentrum tätig sein oder kann auch eine Kooperation mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum anerkannt werden? Antwort: Wenn durch den PSD eine leitlinienkonforme psychosoziale Versorgung der Pat. in der päd. Onkologie gewährleistet ist, können diese PSD-Mitarbeiter mit einem definierten Stellenanteil darüber hinaus Tätigkeiten auch in anderen Abteilungen des Klinikums durchführen. Eine alleinige Kooperation mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum reicht zur Erfüllung der Anforderung nicht aus. <u>FAQ (25.04.2023):</u> Werden Ärzte der Humanmedizin mit psychotherapeutischer Weiterbildung als Vertretende des psychologisch-psychotherapeutischen Bereiches im Psychosozialdienst anerkannt? Antwort: Nein. Der psychologisch-psychotherapeutische Bereich des Psychosozialdienstes kann nur durch Dipl./MA Psychologen vertreten werden. Für Ärzte und Psychosozialdienste, in denen am 31.12.2023 Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung den psychologisch-psychotherapeutischen Bereich vertreten haben, gilt Bestandsschutz. Bei einer Neubenennung können zukünftig Ärzte, die ihre psychotherapeutische Weiterbildung nach dem 31.12.2023 abgeschlossen haben und am 31.12.2023 nicht im Psychosozialdienst eines KIO tätig waren, den psychologisch-psychotherapeutischen Bereich nicht mehr vertreten.
--	---	---

1.4 Psychoonkologie

		Es muss gewährleistet sein, dass die psychoonkologische Betreuung nicht durch den behandelnden pädiatrischen Onkologen/Behandler erfolgt. Die Regelungen für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und pädagogisch qualifiziertes Fachpersonal bleiben hiervon unberührt.	
1.4.3.a §4 (8)	Angebot und Zugang Jedem Pat. mit seiner Familie muss eine psychosoziale Grundversorgung (psGV) während Akuttherapie und Nachsorge angeboten werden. Der PSD wird umgehend über eine Neuaufnahme/Neu-, Rezidiv- oder Progressdiagnose sowie die Änderung der therapeutischen Zielsetzung informiert und eingebunden. Die Prozesse sind zu beschreiben (SOP/AA). Die psGV erfolgt im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells und beinhaltet mindestens Angebote zu folgenden Bereichen (entsprechend der Leitlinie): • Möglichst unverzügliche Krisenintervention/ psychosoziale Notfallversorgung bei sehr hoher Belastung und peritraumatischer Situation (z.B. durch Diagnoseschock, schlechte Prognose, Wechsel von kurativer zu palliativer Situation) • Einbindung psychosozialer Mitarbeiter in für die Behandlung wegweisende Arztgespräche (Teilnahme daran, Vor- und/oder Nachbesprechung mit ärztlichen Kollegen) • Unterstützung der Krankheitsbewältigung • Sicherstellung der Therapie und Kooperation • Behandlung spezifischer Symptome (z.B. emotionaler- und Verhaltensauffälligkeiten) • Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung sowie Beratung und Beantragung stationärer Rehabilitation (z.B. familienorientierte Rehabilitation (FOR)/Nachsorgeorganisation) • Schnittstellengespräche zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (z. B. Diagnoseaufklärung, Abschluss der Intensivtherapie, Nachsorgeübergabe) sind dokumentiert Die Angebote müssen niederschwellig, aufsuchend sowie orts- und zeitnah zum Bedarf erfolgen.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Kann das Angebot zur psychosozialen Grundversorgung auch durch den behandelnden Arzt offeriert/ der Bedarf eingeschätzt werden und an den psychosozialen Dienst weitergegeben werden? Kann das Angebot ggf. auch durch die Übergabe eines Flyers offeriert werden? <u>Antwort:</u> Der Arzt kann das Angebot zur psychosozialen Versorgung offerieren. Dennoch ist ein Gespräch zur Information und Bedarfseinschätzung durch einen Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes unumgänglich. Aktuelle Informationsmaterialien, sowie die Angebotsdarstellung in schriftlicher Form (z.B. Flyer) sollten zusätzlich gut zugänglich verfügbar sein.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen		
1.7.3 § 6 (1)	Wenn möglich, sollte jedem Pat. bzw. seinem Sorgeberechtigten die Behandlung unter Teilnahme an einer/m Therapieoptimierungsstudie/ Register empfohlen werden. Die Studien	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Für ca. 50% der kindlichen Malignomen gibt es in der Schweiz gar keine offene Studie.	

1.7 Studienmanagement

	müssen durch die GPOH unterstützt werden; Eine Übersicht über das aktuelle Studienangebot finden Sie auf www.kinderkrebsinfo.de/fachinformationen/studienportal	Können für die Anforderung von >95% Studienpat. alternativ nur die Pat. gezählt werden, für welche in der Schweiz ein offenes Studienprotokoll vorliegt? Antwort: Die Anforderung gilt unverändert. Für Schweizer Zentren gilt: Darlegung der eingeschlossenen Studienpat. im Audit; wenn die Einschlussquote für die Pat. erfüllt wird, für die eine Studie verfügbar war, gilt die Kennzahl als erfüllt.	
1.7.4	Anzahl der in Studien/ Register einer GPOH-Studiengruppe (nicht Meldung an Kinderkrebsregister) eingeschlossenen Pat. (mit nationalem Wohnsitz): Sollvorgabe $\geq 90\%$. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen. Wenn eine für einen Pat. passende GPOH-Studie in Deutschland offen ist und die Einschlusskriterien erfüllt sind, sollen die Pat. in die GPOH-Studie und nicht allein in ein parallel vorhandenes Register eingeschlossen werden.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Bei fehlender Zustimmung zu der Studie durch lokale Ethikkommission kann die Studie trotzdem bei der Kennzahl angerechnet werden, wenn eine protokollgerechte Therapie nachgewiesen werden kann. <u>FAQ (18.10.2021)</u> Der Einschluss von Pat. in das INFORM-Register kann für die Studienquote gezählt werden. <u>FAQ (25.04.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen. <u>FAQ (07.08.2025):</u> Müssen alle im Zentrum angebotenen Studien in der Liste aufgeführt werden? Antwort: Ja, alle Studien im Zentrum müssen in der Liste dargelegt werden, auch wenn ggf. in einzelne Studien im Kennzahlenjahr kein Pat. eingeschlossen wurde (Angabe Anzahl eingeschlossene Pat. = 0). Dies spiegelt die Aktivität und den Arbeitsaufwand der Zentren besser wider.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen		
1.8.2 § 4 (5)	Onkologische Fachpflegekräfte • Am Zentrum müssen mindestens 2 VK aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie im Tagdienst eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen pädiatrisch-onkologische Pat. betreut werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen und die Aufgabenbereiche schriftlich zu benennen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft in der Pädiatrie ist die • Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Erfahrung in der Kinderonkologie	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Qualifikation Pflege in der Schweiz: Kann der Master anerkannt werden? Kann ein 3-tägiger Basiskurs anerkannt werden? Antwort: Master als Qualifikation für onkologische Pflege in D/A/S wird anerkannt. Ein 3-tägiger Basiskurs nicht. <u>FAQ (28.05.2018):</u> Dürfen die benannten onkolog. Fachpflegekräfte ausschließlich im Tagdienst arbeiten? Antwort: Die onkologischen Fachpflegekräfte sollen schwerpunktmäßig im Tagdienst zur Verfügung stehen (keine Dauernachtwachen).	
1.8.4	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Welcher Stundenumfang ist mit der Angabe „1 Tag pro Jahr“ gemeint? Antwort: Hier sind 8 x 45 Min. Fortbildungsdauer gemeint. Diese können in Teilen erfüllt werden (z.B. 1. FB 0,5 Tage, dann 4x Teilnahme an einer 45 Min. klinikinternen FB).	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
2.1.4.a	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min. (Sollvorgabe)	<u>FAQ (07.08.2025):</u> Gibt es bei der Erfassung der Wartezeit definierte Start- und Endpunkte? Antwort: Nein, bei der Erfassung der Wartezeit sind klinikspezifische Abläufe zu berücksichtigen (z.B. erster Arzt-Kontakt, Erfassung Vitalparameter, etc.).	

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen		
3.2 § 5 (3)	Fachärzte • Mindestens ein Facharzt (1VK) für Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie • Vertretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter, sowie die Abteilung sind namentlich zu benennen.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Wie ist der Begriff "Schwerpunkt" hier gemeint? Antwort: Hier ist die Schwerpunktweiterbildung „Kinderradiologie“ (bis MWBO 2003) bzw. „Kinder- und Jugendradiologie“ (ab MWBO 2018) gemeint (siehe Weiterbildungsordnung Bundesärztekammer).	

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen		
4.6	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 kideronkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Ist es notwendig, alle Mitarbeiter jährlich kideronkologisch zu schulen? Antwort: Die Anforderung gilt für Mitarbeiter, die qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnehmen. Definition obliegt dem Zentrum. <u>FAQ (28.05.2018):</u> Hier kann z.B. auch die Teilnahme an internen Fallbesprechungen oder Vorträgen/Fortbildungen gewertet werden, wenn es keine nuklearmedizinisch fokussierten kideronkologischen Fortbildungen gibt.	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
5.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Sind für die Zusammenarbeit mit Referenzchirurgen zwingend zusätzliche Kooperationsverträge vorzulegen? Ist die Zusammenarbeit nicht ausreichend über die Studienverträge geregelt? Antwort:	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
		Für die chirurgischen Kooperationspartner sind Kooperationsvereinbarungen vorzuhalten. Für die Zusammenarbeit mit Referenzchirurgen, die an einem zertifizierten Kinderonkologischen Zentrum arbeiten, sind keine gesonderten Kooperationsverträge notwendig. <u>FAQ (09.05.2017):</u> Wie werden Operationen gezählt, die durch Referenzchirurgen durchgeführt werden? Antwort: Die Eingriffe werden entsprechend EB Kap. 5.1.3 gezählt.	
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. Kooperationen (intern und extern) mit anderen, chirurgisch tätigen Abteilungen müssen bestehen (Angabe im Datenblatt „Netzwerk Chirurgie“). Ausnahmen sind zu begründen.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Wieviel Operationen zählen bei einem Kind? Antwort: Jede Operation bei Kindern mit malignen soliden Tumoren kann gezählt werden, also auch mehrere Operationen bei einem Kind. <u>FAQ (28.05.2018):</u> Dürfen Laparotomien bzw. Re-Laparotomien sowie Tracheotomien bei der Expertise angerechnet werden? Antwort: (Re-)Laparotomien zur Tumorsektion bei Pat. mit malignen soliden Tumoren können angerechnet werden. Tracheotomien zählen nicht. <u>FAQ (07.08.2025):</u> Können Operationen der chirurgischen Expertise angerechnet werden, wenn sie onkologisch indiziert 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, die Kriterien einer onkologischen Resektion erfüllen (i.e. Ausmaß der Resektion, ggf. Lymphadenektomie, etc.). • das Resektat zur weiteren Aufarbeitung kryokonserviert wurde.	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
		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.	
5.1.6	Fort-/Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische operative Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 kinderonkologische Fort-/Weiterbildung pro ärztliche und pflegerische MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	FAQ (09.05.2017): Müssen alle Mitarbeiter der Kinderchirurgie und der anderen operativen Disziplinen jährlich an kinderonkologischen Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen? Antwort: Die Anforderung gilt für Mitarbeiter, die qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnehmen. Definition obliegt dem Zentrum.	
5.2.3.b	Qualifikation Abteilung Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE); davon mind. 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 40.Geburtstag. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumorresektion können angerechnet werden (Definition: OPS 5-900 bis 5-907, 5-916, 5-781 bis 5-785, 5-789.1, 5-789.2, 5-789.4, 5-820.2, 5-822.9, 5-828.0 bis 5-828.8, 5-829.0 bis 5-829.9, 5-852 bis 5-859, 5-862 bis 5-866, 5-869, 5-832.1, 5-832.2, 5-832.7 bis 5-832.9, 5-837, 5-838 in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste "Zentrumsfälle Kinderonkologie" (siehe Datenblatt)).	FAQ (24.10.2018): Kann der Sekundäreingriff auch dann für die Orthopädie gezählt werden, wenn der primäre Eingriff (Tumorresektion) nicht in der Orthopädie durchgeführt wurde? Antwort: Zählung des Eingriffs für die Orthopädie. Gemäß Anforderung EB 5.2.3 können sekundäre Eingriffe (gemäß OPS-Liste) im Zusammenhang mit der Tumorresektion (bei Pat. mit ICD gemäß Diagnosenliste) angerechnet werden, unabhängig davon, ob die primäre Tumorresektion in der gleichen Abteilung/durch den gleichen Operateur durchgeführt wurde.	
5.2.4	Die 24h/7d-Verfügbarkeit einer Anästhesie mit Kindererfahrung ist sicherzustellen. - Neben der Sedierung und Analgesie bei Diagnostik und Interventionen ist die Betreuung des Akutschmerzdienstes (ebenfalls 24h/7d) zu gewährleisten. - SOPs zu folgenden Themen sollen vorliegen: - Interdisziplinäre Vorplanung bei großen Tumor-OPs - Vorgehen bei mediastinal mass Syndrom - Rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Schmerztherapie (insbes. bei Immunsuppression) - PONV-Prophylaxe und Therapie unter Kortisontherapie - Sedierung für Diagnostik und Intervention an Außenarbeitsplätzen	FAQ (09.05.2017): Gelten die Angaben nur für die Orthopädie oder auch für die Neurochirurgie? Antwort: Die Anforderung gilt für alle chirurgischen Abteilungen, die an der operativen Versorgung der Zentrumspat. beteiligt sind.	

6 Medikamentöse/Pädiatrische Onkologie

Kap.	Anforderungen		
6.1.2 §4 (1)	§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 VK 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)	FAQ (16.09.2025) Berechnungsregelung laut S2k-Leitlinie Bis zu 40 Zentrumsfälle: Insgesamt mindestens 5 Ärzte/-innen, davon mindestens 3 Kinderonkologen/-innen und 2 Weiterbildungsassistentinnen 60 Zentrumsfälle: Insgesamt mindestens 6 Ärzte/-innen, davon mind. 3 Kinderonkologen/-innen und mind. 2 Weiterbildungsassistentinnen 80 Zentrumsfälle: Insgesamt mindestens 8 Ärzte/-innen, davon mind. 4 Kinderonkologen/-innen und mind. 2 Weiterbildungsassistentinnen 100 Zentrumsfälle: Insgesamt mindestens 10 Ärzte/-innen, davon mind. 5 Kinderonkologen/-innen und mind. 2 Weiterbildungsassistentinnen	
6.1.3 §5 (6)	Weiterbildung Ermächtigung zur Schwerpunktweiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie muss bestehen.	FAQ (09.05.2017): Ist hier die volle Weiterbildungsermächtigung gemeint? Antwort: Nein, der Nachweis einer Weiterbildungsermächtigung für Teile der Schwerpunktweiterbildung ist ausreichend.	

9.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
9.1.1.c	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für die Kinderonkologie sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	<u>FAQ (09.05.2017):</u> Kann der palliativmedizinische Konsiliardienst auch durch das SAPPV Team abgedeckt werden? Antwort: Ja, wenn das SAPPV-Team auch stationär beratend oder mitbetreuend tätig sein darf.	
	Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche zu erbringen und nachzuweisen.		
	- Das Zentrum sollte entweder über ein eigenes SAPV-Team für Kinder und Jugendliche verfügen oder eine KP-Vereinbarung mit einem SAPV-Team für Kinder und Jugendliche nachweisen. - Für die im Zentrum behandelten Pat. ist die Versorgung durch ein SAPV-Team für Kinder und Jugendliche sicherzustellen.		

FAQ's - Datenblatt Kinderonkologie

Basisdaten	---
-------------------	-----

Expertise													
FAQ (07.08.2025): Welche Behandlungseinheiten sind bei Kennzahl 5a anzugeben?													
Antwort: Es sind nur die im Stamblatt gelisteten Behandlungseinheiten aufzuführen.													
FAQ (07.08.2025): Welche Behandlungseinheiten sind bei Kennzahl 5b anzugeben?													
Antwort: Es sind alle Behandlungseinheiten (auch nicht im Stamblatt gelistete Kooperationspartner) aufzuführen, die komplette Bestrahlungsserien bei Pat. des eigenen KIO-Zentrums (Zentrumsfälle) durchgeführt haben. Hieraus ergibt sich der Nenner.													
Im Zähler ist jeweils die Anzahl der Protonentherapien der Behandlungseinheit bei Pat. des eigenen KIO-Zentrums anzugeben.													
Sofern eine Behandlungseinheit keine Protonentherapie bei Zentrumsfällen des KIO-Zentrums durchgeführt hat, jedoch mind. eine Photonen-therapie und nicht bei Kennzahl 5a gelistet ist, so ist diese als Behandlungseinheit bei Kennzahl 5b aufzuführen. Es ist dann die Anzahl der Photonen-therapien bei Zentrumsfällen des KIO-Zentrums dem Nenner hinzuzufügen und als Zähler „0“ anzugeben.													
Beispielhafte Darstellung Tabellenblatt „Expertise“													
KN	Leistungserbringer / Kooperationspartner	Name Behandlungseinheit	Straße Hausnummer	PLZ	Ort	Anzahl/ Zähler	Nenner	Quote	Daten- qualität	Quote gesamt	Daten- qualität gesamt	Begründung / Ursache (min. 30 Zeichen / max. 500 Zeichen)	
5a	Behandlungseinheit 1	Strahlentherapie Musterstadt	Kooperationspartner, im Stamblatt gelistet	1	Musterstadt	5	18		1.0.	5	1.0.		
	Behandlungseinheit 2												
	Behandlungseinheit 3												
	Behandlungseinheit 4												
	Behandlungseinheit 5												
5b	Behandlungseinheit 1	Strahlentherapie Musterstadt	Kooperationspartner, im Stamblatt gelistet	1	Musterstadt	0	18			55,56%	1.0.	5 Pat. zur Photonen-therapie nach Tumorboardbeschluss	
	Behandlungseinheit 2	Strahlentherapie Musterhausen	Nicht im Stamblatt gelistet	2	Musterhausen	10							
	Behandlungseinheit 3	Strahlentherapie Musterdorf	Nicht im Stamblatt gelistet	3	Musterdorf	0							3 Pat. zur Photonen-therapie nach Tumorboardbeschluss, Pat. Wunsch heimatnahe Versorgung
	Behandlungseinheit 4												
	Behandlungseinheit 5												

Kennzahlenbogen				
4	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz	Zähler	Zentrumsfälle des Nenners, bei denen es zu mind. einer Abweichung gegenüber der/den Therapieempfehlung(en) der Tumorkonferenz gekommen ist	FAQ (09.05.2017): Wieviel Abweichungen werden bei einem Pat. gezählt? Antwort: Pro Pat. wird max. eine Therapieabweichung pro Vorstellung in der Tumorkonferenz gezählt.
		Nenner	Zentrumsfälle, die in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt worden sind (= Zähler Kennzahl 3)	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
5 a+b	Anzahl komplette Bestrahlungsserien	Zähler 5a	Anzahl komplette Bestrahlungsserien* bei Kindern (nicht auf Zentrumsfälle beschränkt)	FAQ (23.07.2024) Werden z.B. kraniospinale Bestrahlungen als eine oder als zwei Bestrahlungsserien gezählt? Antwort: Kraniospinale Bestrahlungen werden nur als eine Bestrahlungsserie gezählt. Weitere Hinweise siehe oben unter „Expertise“.
		Nenner 5b	Anzahl komplette Bestrahlungsserien (Photonen, Protonen) bei Pat. des eigenen KIO-Zentrums (Zentrumsfälle)	
6	Beratung durch den Psychosozialdienst (PSD)	Zähler	Pat. des Nenners bzw. deren Familien, die durch den Psychosozialdienst beraten worden sind	FAQ (09.05.2017): Kann ein informatives Erstgespräch gezählt werden? Oder zählen ausschließlich z.B. psychotherapeutische Gespräche? Antwort: Ja, auch Erstgespräche können gezählt werden.
		Nenner	Zentrumsfälle	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
7	Eingeschlossene Zentrumsfälle in Therapieoptimierungsstudien/ GPOH-Register	Zähler	Zentrumsfälle, die in Therapieoptimierungsstudien/ GPOH-Register eingeschlossen wurden.	FAQ (09.05.2017): Wie ist zu verfahren, wenn die lokale Ethikkommission dem Zentrum die Meldung von Pat. zu TOS/ Registerstudien verweigert? Antwort: Fehlende Zustimmung zu der Studie durch lokale Ethikkommission ist nicht hinderlich für Kennzahlenerfüllung, wenn protokollgerechte Therapie nachgewiesen werden kann. FAQ (28.05.2018): Erläuterung Zähler: Es können Zentrumsfälle mit und ohne nationalen Wohnsitz gezählt werden, die in Therapieoptimierungsstudien/ GPOH-Register eingeschlossen wurden. Die Fälle können
		Nenner	Primärfälle mit nationalem Wohnsitz	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

				im Zähler mehrfach gezählt werden, falls sie in mehrere Studien eingeschlossen wurden.
9	„time to antibiotic“	Zähler	Zentrumsfälle des Nenners mit Einleitung einer antimikrobiellen Therapie innerhalb von 3 Stunden nach Aufnahme*/ Fiebermessen** * = Erstkontakt in der Rettungsstelle/ Notaufnahme bzw. auf Station (bei direkter Vorstellung auf Station) ** bei stationären Pat.	FAQ (07.08.2025): Wie ist Fieber in Neutropenie definiert? Sind hier nur die Fälle von Patienten mit Fieber und schwerer Neutropenie (ANC < 500/µl) oder alle Patienten mit Fieber und Neutropenie (ANC < 1500/µl) gemeint? Antwort: Laut S2k: Absolute Granulozytenzahl im peripheren Blut < 500/ µl oder Gesamt-Leukozyten < 1.000/ µl mit fallender Tendenz.
		Nenner	Zentrumsfälle mit „Medikamenten-induzierter Neutropenie“ (ICD10 D70.1) und Fieber (ICD10 R50) u./o. nicht näher bez. Infekt (ICD10 B99)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	