

Erhebungsbogen für Neuroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft Modul im Onkologischen Zentrum

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Zentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. P. Hau, Prof. Dr. W. Stummer

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

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

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

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

Auditjahr: **2027**

Version: **I1**

Datum: **04.08.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich **grün** gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2026 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2027 durchgeführten Audits gültig.

Eingearbeitet wurde:

- Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien der DKG
- Neuroonkologische Leitlinien der AWMF

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von Neuroonkologischen Tumoren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Wenn die in dem vorliegenden Modul beschriebene Tumorentität Teil des Onkologischen Zentrums ist, sind die hier aufgeführten fachlichen Anforderungen Basis für die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die Klassifikation ICD-O-3 (Topographie), 2. Revision 2019 (BfArM), WHO-Klassifikation 2021 (Morphologie) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) dar.

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

Angaben zum Neuroonkologischen Zentrum

Zentrumsname	
Leitung des Zentrums	
Zentrumskoordination	
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

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

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik und Therapie
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie
 - 6.2 Medikamentöse Tumorthherapie
7. Radioonkologie
8. (Neuro-) Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

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

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.1.2	Kooperationsvereinbarungen Hauptkooperationspartner Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie, Hämatologie und Onkologie und Medikamentöse Onkologie Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Pathologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Kinder Hämatologie und Onkologie, Ergotherapie, Augenheilkunde, Endokrinologie und Logopädie Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.1.3	Neurologie und Neurochirurgie Neurologie und Neurochirurgie sind als Bettenführende Abteilungen mit 24-h-Anwesenheitsdienstbereitschaft obligater Bestandteil der Neuroonkologischen Zentren.	
1.1.4	Kooperationen mit zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien - Für die Behandlung von ZNS-Lymphomen können Kooperationen mit Zentren für Hämatologische Neoplasien bestehen. - In einer Kooperationsvereinbarung oder SOP ist zu definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. - Zählung der Pat. mit ZNS-Lymphomen ist unter diesen Voraussetzungen für beide Partner möglich. - Die kooperierenden Zentren sind namentlich zu benennen.	
1.1.5	Kooperation mit anderen zertifizierten Zentren (Entitäten aus dem Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums) Die Zusammenarbeit für die Versorgung von Pat. mit zerebraler Metastasierung muss schriftlich geregelt sein (SOP/ Kooperationsvereinbarung). Folgende Punkte müssen geregelt sein: - Fallbezogene Einbindung des Neurochirurgen in die organspezifische Tumorkonferenz bei Pat. mit zerebraler Metastasierung (ggf. Telemedizin)	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	oder - Vorstellung von Pat. mit zerebraler Metastasierung in der Tumorkonferenz des Neuroonkologischen Zentrums bzw. - Konsiliarische neurochirurgische Vorstellung von Pat. mit zerebraler Metastasierung 2. Bei Pat. mit zerebraler Metastasierung, die sich primär im NOZ vorstellen, muss eine Einbeziehung der organspezifischen Zentren erfolgen. Die Umsetzung muss an konkreten Pat.beispielen nachgewiesen werden.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	Anzahl Primärfälle Das Zentrum muss jährlich 100 Pat. mit der Primärdiagnose eines neuroonkologischen Tumors behandeln. Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt. Definition: - Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; entsprechend Primärfallliste am Ende des Erhebungsbogens. - Histologischer Befund muss vorliegen (Biopsie oder Resektion). Begründete Ausnahmen sind zu benennen (z.B. Akustikusneurinom, Meningeome, etc.). - Pat. mit Ersterkrankung. - Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histologischen Diagnosesicherung bzw. Zeitpunkt der klinischen Diagnosestellung durch Tumorboardbeschluss bei histologisch nicht-gesicherten Tm (z.B. Akustikusneurinom, Meningeom, etc.). Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. (siehe auch 5.2.3 Operative Primärfälle) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.2	Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Teilnehmer:	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuropathologe, Strahlentherapeut, internistischer Onkologe*. Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die Tumorkonferenz einzuladen *Hämato-/Onkologe Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann diese durch den für die Chemotherapie zuständige Fachärztin/-arzt (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2 OZ) vertreten werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Alle Primärfallpat. sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden: Elektivpat.: präinterventionell, Notfallpat.: mind. postinterventionell (Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden). Umfang der besprochenen Primärfälle $\geq 95\%$ Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.4.a	Weitere Vorstellung Tumorboard (nicht für den Kennzahlenbogen zu berücksichtigen): • nach Abschluss der neuropathologischen Diagnose, wenn präinterventionell eine entsprechende Empfehlung des Tumorboards erfolgte, • nach Abschluss einer Therapiesequenz, • bei jeder Änderung des klinischen/ bildgebenden Befundes, soll eine erneute Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen, • Notfallpat., die nicht präinterventionell besprochen wurden, • Es sind alle Pat. mit Rezidiven vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. • Die im Kapitel 1.2 EB OZ hinterlegten allgemeinen Anforderungen an das Tumorboard sind zu erfüllen. Im Besonderen ist eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpat. vorzunehmen. Angabe Anzahl der Vorstellungen:	
1.2.4.b	Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten,	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.	
1.2.5	Leitlinien Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 gilt: - Die Hauptkooperationspartner des Zentrums müssen für neuroonkologische Tumoren, für die keine evidenzbasierten LL existieren, einheitliche Standards für die Diagnostik, Therapie u. Nachsorge festlegen (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels). - Die Standards müssen durch den LL-verantwortlichen (siehe EB OZ 1.2.12) aktualisiert und bekannt gemacht werden. Die Implementierung muss durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Der Prozess ist zu beschreiben.	
1.2.6	Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz) - Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser - Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden - Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. M&M-konferenzen sind 2x jährlich durchzuführen. - M&M-Konferenzen sind zu protokollieren.	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.3.2	Einweiserzufriedenheitsermittlung - Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. - Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.4.2	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.3	Psychoonkologie-Ressourcen Am Bedarf orientiert 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.	
1.4.4	Neuropsychologie • 1 Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). • Die Zusammenarbeit muss anhand von dokumentierten Fällen im Betrachtungszeitraum dargestellt werden. • Folgende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: ○ Kriterien der Pat.vorstellung, ○ Kommunikation innerhalb des Zentrums, ○ Einbindung in Veranstaltungen, Qualitätszirkel, Tumorkonferenz o.ä. des Zentrums. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.5	Zusätzliche Inhalte der Beratung: • Informationsvermittlung über ambulante psychoonkologische Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

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

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.2	Pat.befragungen: • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben werden, an der Pat.befragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten).	
1.6.3	Pat.information soll bedarfsgerecht und bevorzugt in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.	
1.6.4	Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden: • Therapieplanung und diagnostische Kontrolluntersuchungen • Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass) • Ggf. „Pat.leitlinie“ www.leitlinienprogramm-onkologie.de, Flyer Selbsthilfe 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.	
1.6.5	Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.7.2	- Kapitel nicht belegt -	
1.7.3	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen. Studienassistentenz - Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentenz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. - Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.4	Anteil Studienpat. 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein. 2. nach 1 Jahr: mind. 5% der malignen Primärfallzahl (ICD C70-72, C75.1-3) Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt, alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: - Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung. (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument) - Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. - Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. - Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden. - Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Neuroonkologischen Zentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.8.2	Onkologische Fachpflegekräftepersonen - Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraftperson eingebunden sein. - Onkologische Fachpflegekräftepersonen sind namentlich zu benennen.	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.2	Logopädie Mind. 1 Logopäde steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). Aufgaben Logopädie: - Sicherung ambulante Weiterbehandlung: über Kooperationsvereinbarungen ist der zeitnahe ambulante Zugang zu Sprech-, Sprach- und Schlucktherapien zu gewährleisten. - Stimm- und Schlucktraining, Sprech-, Sprach- und Schluckdiagnostik und -therapie. - Essenbegleitung.	
1.9.3	Ergotherapie Mind. 1 Ergotherapeut steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation). Aufgaben Ergotherapie: - Sicherung ambulante Weiterbehandlung: - Über Kooperationsvereinbarungen ist in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der zeitnahe ambulante Zugang zu gewährleisten.	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Wiedererlangen und/ oder Erhaltung der Handlungsfähigkeit und damit größtmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. • Sensomotorisch-perzeptives Training. • Kognitives und neuropsychologisches Training. • Hilfsmittelberatung und-versorgung.	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	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.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte. • Angebot und Vermittlung Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen. • Entlassungsgespräche als Standard. Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
2.1.2	Durchführung der Sprechstunde Für die Durchführung der Sprechstunde ist ein • Facharzt für Neurologie oder • Facharzt für Neurochirurgie verantwortlich.	
2.1.3	Die Sprechstunde in der Neurologie und Neurochirurgie muss mind. 1x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken: • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung. • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens. • Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz. • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz). • Postoperative Nachsorge. • Tumornachsorge. Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.	
2.1.4	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 min (Sollvorgabe)	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	
2.1.5	Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/Methoden sicherzustellen: • Zugang zur Bildgebung. • Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. • Neuropsychologische Diagnostik. • Neurophysiologische Diagnostik z.B. EEG. • Liquordiagnostik. • Neurologische Untersuchung.	
2.1.6	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: • Konsentierter Ablauf Diagnostik. • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz. • Stationäre Aufnahme. Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	

2.2 Diagnostik

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

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
3.2	Fachärzte • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. Der Kooperationspartner der Neuroradiologie darf max. 60 km entfernt sein.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.3	MTR der Radiologie: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	
3.4	Notwendige Untersuchungsmethoden am Standort: • Perfusions-MRT • Digitale Subtraktionsangiographie (DSA) • Fakultativ: MR-Spektroskopie	
3.5	Notwendige therapeutische Techniken am Standort: • Interventionelle Katheterv Verfahren	
3.6	Die neuroradiologische Beurteilung sollte nach den RANO-/ iRANO-Kriterien erfolgen.	

4. Nuklearmedizin

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

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

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

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
5.2.2	Fachärzte • Mind. 2 Fachärzte für Neurochirurgie	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Fachärzte sind namentlich zu benennen	
5.2.3.a	Operative Primärfälle Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operators 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.	
5.2.3.b	Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510.; 1-511;1-512.; 1-514;1-515 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.4	Qualifikation Operateure - Pro Operateur Nachweis von mind. 25 offenen neuroonkologischen Operationen/ Jahr (als 1. Operateur oder als 2. Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure). - Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. OPS-Schlüssel 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1; 5-035; 5-075 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.5	Zulassung neuer Operateure - Facharzt für Neurochirurgie - Zusätzlich zu der Facharztbezeichnung: Nachweis von mind. 50 OPs bei supra- oder infratentoriellen Tumoren, 20 OPs bei spinalen Tumoren (inklusive Wirbelkörper- Metastasen) und 20 Biopsien, die mit Hilfe computergestützter, dreidimensionaler Planungssysteme (z.B. Stereotaxie, Neuronavigationssysteme) durchgeführt wurden (Vorlage OP-Berichte, Durchführung als 1.Operateur).	
5.2.6	Stereotaxie 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunktkenntnissen Stereotaxie muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein). - Vertretungsregelung muss bestehen. - Die Qualifikation zur rahmengestützten Biopsie muss über Curricula/ OP-Kataloge oder Kooperationen vorgehalten werden.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Anforderung: 10 rahmengestützte/ rahmenlose Biopsien / Jahr.	
5.2.7	Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 50 Primärfälle muss die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.	
5.2.8	Vorzuhaltende Strukturen/ Techniken - Minimalinvasive, stereotaktische OP-Methoden auch unter Anwendung von Neuronavigation. - Mikrochirurgie. - Intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring (evozierte Potentiale, EMG, kortikale und subkortikale Stimulation). - Methoden der intraoperativen Tumorlokalisation (intra-OP MRT, Ultraschall, Fluoreszenz). - Frühe postoperative MRT Kontrollen binnen 72 Stunden. - Intraoperative Schnellschnittdiagnostik durch Neuropathologen.	
5.2.9	Bereitschaft/ Erreichbarkeit Neurochirurgie 24-Stunden-Erreichbarkeit und operative Notfallversorgung außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage.	
5.2.10	Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: - Operative Vorbehandlung der Pat. - Standard der operativen Strategien. - Operative Nachbehandlung.	
5.2.11	Postoperative Komplikationen Zu erheben sind (vgl. Kennzahlenbogen): - Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung. - Klinisch symptomatische Nachblutungen - Postoperative Wundinfektionen.	
5.2.12	Postoperative Überwachung - Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Station zur Verfügung stehen. - Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens	

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
6.1.2	Ärztliche Qualifikation Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie Anforderungen (fakultativ) Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

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

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente .	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	html und www.onkozert.de	

8. (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	Die Anforderungen an die Neuropathologie können alternativ in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ dargelegt werden. Dies wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Pathologie für weitere zertifizierte Organkrebszentren als Kooperationspartner benannt ist (einmalige, organübergreifende Darlegung). In diesem Fall stellt der Erhebungsbogen Pathologie eine Anlage zum Erhebungsbogen dar und ist somit mit einzureichen. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de	
8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
8.2	Fachärzte - 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.	
8.3	MTLs Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTLs/ Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.	
8.4	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.	
8.5	Histologische Klassifikation Nach den Kriterien der aktuellen WHO-Klassifikation 2021 der Tumoren des zentralen Nervensystems.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die nach WHO-Kriterien notwendigen histologischen, zytologischen, histochemischen und immunhistochemischen Verfahren müssen etabliert sein.	
8.6	Stereotaktische Hirnbiopsien Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von stereotaktischen Hirnbiopsien muss gegeben sein.	
8.6.1	Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate - Alle Schnellschnitte/ Präparate sind durch Fachärzte für Neuropathologie zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen > 45 km sind zu begründen). - In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die telemedizinische, mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
8.7	Zytopathologische Beurteilung Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von liquorzytologischen Präparaten muss gegeben sein.	
8.8	Molekulare Diagnostik Möglichkeit zur Bestimmung neuroonkologisch relevanter molekularer Marker entsprechend WHO-Klassifikation 2021 (ggfs. in Kooperation) und Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein. Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung und Beurteilung von DNA-Methylom, RNA/DNA-Panel-NGS (ggf. in Kooperation).	
8.9	Asservierung von Gewebeproben Zusätzlich zur Asservierung von Paraffinblöcken und Schnittpräparaten muss die Möglichkeit zur Asservierung von schockgefrorenen Gewebeproben bei mindestens -80 °C vorhanden sein.	
8.10	Beteiligung an klinischen Studien und translationalen Forschungsprojekten - 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.	
8.11	8.11 Externe Qualitätssicherung/Organspezifische Besonderheiten Nachweis einer externen Qualitätssicherung durch regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	neuropathologisch fachspezifischen Ringversuchen (u.a. durchgeführt durch die QulP) und neuropathologische Qualitätszirkel; Teilnahme jährlich. Der Nachweis kann alternativ im Rahmen einer Akkreditierung nach DIN EN ISO 17020 erfolgen.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

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

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0	Die Darlegungen der Daten im gesamten Erhebungsbogen sowie im Datenblatt umfassen grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B. wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...).	
10.1.1	Geltungsbereich Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet werden, dann sind die Tumordokumentations-Einheiten zu benennen (inkl. Aufteilung Zuständigkeiten für die Tumorentitäten, ggf. Organigramm). Im Erhebungsbogen sind ggf. spezifische dezentrale Regelungen ergänzend zu den zentralen Regelungen auszuführen.	
10.1.2	Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3	Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und qualitätsgesichert zu liefern. Organspezifische Anforderungen an die Datendarlegung und deren Umfang (Basisdaten, Kennzahlen, Ergebnisqualität, ...) sind in dem jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung rückverfolgbar sein.	
10.1.4	Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden. Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5	Gesetzliche Krebsregistrierung Die gesetzlichen Anforderungen an die Krebsregistrierung sind nachweislich zu erfüllen. Für die Erhebung/ Darlegung der Krebsregisterdaten muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c verwendet werden.	
10.2.1	Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter pro Zertifizierungssystem bzw. Organgruppe zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Der Dokumentationsbeauftragte ist namentlich zu benennen (inkl. Funktion im Klinikum).	
10.2.2	Aufgaben Dokumentationsbeauftragter • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation • Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung • Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf	
10.2.3	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.	
10.2.4	Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).	
10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Kriterien für höheren Ressourcenbedarf • Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien • Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen • Unterstützung bei der Tumorkonferenz	
10.2.6	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1	Auswahl Tumordokumentationssystem (TDS) Die Art des Tumordokumentationssystems (TDS) ist dem Zentrum freigestellt (z.B. Eigenentwicklung, externer Anbieter, im KIS integriert oder über das §65c-Krebsregister).	
10.3.2	Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden: • Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge) • TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) • Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie, ...) • Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweittumoren und Sterbefälle) • Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)	
10.4.1	Nutzung OncoBox • Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Darm: Nutzung OncoBox verbindlich • Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem): Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.5.2	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend)	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden. Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) • Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0	Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.	
10.7.1	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a	Ergebnisqualität Brust Die Einreichung der Matrix Ergebnisqualität ist nur für die Brustkrebszentren verpflichtend, die über ein funktionierendes Krebsregister verfügen. Standorte, die einen Antrag auf Reduktion des Auditzyklus stellen bzw. bei denen auf Grundlage einer positiven Bewertung des Antrags keine Vorort-Begehung stattfindet, sind weiterhin verpflichtet, die Matrix Ergebnisqualität (Follow-up Quote $\geq 70\%$) einzureichen.	
10.7.2.b	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen. Die Tumordokumentation/ Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts), zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP). Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom • Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	
10.7.2.c	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven)	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Definition biochemisches Rezidiv: - Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf > 0,2 ng/ml - Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. 2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) 3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
10.8	Parameter Ergebnisqualität / Kaplan-Meier-Kurve Sofern die Kaplan-Meier Kurven aus der OncoBox bzw. aus dem TDS generiert werden können, sind diese jährlich zu erstellen und auszuwerten. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten. - Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ - Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP - Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ - Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ - Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ - Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP - Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH - Gesamtüberleben (OAS)	
10.9.1	Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren - Übermittlung patientenbezogener Follow-up Daten an das §65c-Krebsregister Die Follow-up Daten sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vom Zentrum an das §65c-Krebsregister übermittelt werden. - Anfrage patientenbezogene Follow-up Daten beim §65c-Krebsregister Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Die Follow-up Daten sollten mind. 1x pro Jahr durch das Zentrum beim §65c-Krebsregister angefragt werden. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich). Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.9.3.a	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata • ≥ 80% - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung • 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...) • < 60% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben	
10.9.3.b	Follow-up Quote Lunge • Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: ≥ 80% • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d	Erfassung Follow-up FBREK • Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP • Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

Datenblatt

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

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