

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Neuroonkologische Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

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

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: 04.08.2026

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 Netzwerkes	1.1.2	Hauptkooperationspartner	14.07.2016
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Anzahl Primärfälle	13.11.2025
	1.2.2	Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz	29.07.2020
	1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	19.07.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.4	Neuropsychologie	31.08.2022
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	---	Selbsthilfegruppen	29.07.2020
	1.6.5	Veranstaltung für Pat.	16.08.2024
1.7 Studienmanagement	1.7.4	Anteil Studienpat.	16.08.2024
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.3.a	Operative Primärfälle	31.08.2022
	5.2.3.b	Biopsien	
	5.2.4	Qualifikation Operateure	
8 Pathologie	8.6.1	Befundung Schnellschnitt	16.08.2024
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.5.1	Patient-reported outcome measures	04.08.2026
	10.9.2	§65c-Krebsregister – Abgleich Patientenkollektiv	04.08.2026

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
---	Basisdaten	31.08.2022
2a	Interdisziplinäre Fallbesprechungen	14.07.2016
2b	Prätherapeutische interdisziplinäre Fallbesprechungen	31.08.2022
3	Psychoonkologisches Distress-Screening	19.07.2018
4	Beratung Sozialarbeit	19.07.2018
7a	Revisionsoperationen	14.07.2016

FAQ's - Erhebungsbogen Neuro

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	
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	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Neurologie und Neurochirurgie müssen an einem Standort sein.

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
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)	<u>FAQ (13.11.2025)</u> Aktuell bestehen in der WHO-Klassifikation (Blue Book, 5th Edition, 2021) Kodierungslücken für einige Entitäten, in dem Sinne, dass keine verschiedenen Graduierungen kodiert werden können, sondern beispielsweise nur noch /3 oder /0. Um weiterhin eine Erfassung der unterschiedlichen Dignitäten sicherzustellen, sollen die mit „*“ markierten Entitäten in dem Tabellenblatt ICD-Liste im Datenblatt Neuro wie folgt erfasst werden: Codierung im Tumordokumentationssystem gemäß WHO Blue Book und Ergänzung um den ICD-O-3-Code mit der korrekten Dignität, um das biologische Verhalten abzubilden. Histologie Datum Genauigkeit Defir Auswahl Code-Suche Code (Code-Version: 31) Freitext Grading Präparatenummer Lk-Befall von untersuchten LK ggf. davon Sentinel Lk-Befall von untersuchten LK Histologie ☒ neu ☐ nicht einfügen Tumorklassifikation Art der Klassifikation Datum Genauigkeit Stadium/Wert WHO-Grading für Gehirntumoren Weitere Klassifikation Genetische Variante

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

1.2.2	Interdisziplinäre präinterventionelle Tumorkonferenz Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden. Teilnehmer: 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.	<u>FAQ (29.07.2020)</u> Grundsätzlich ist die Teilnahme eines Hämato-Onkologen zu fordern. In Ausnahmefällen kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen und qualifizierten Neurologen oder Neurochirurgen vertreten werden.	
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 $\geq 95\%$	<u>FAQ (19.07.2018)</u> Alle Primärfälle sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Wann immer möglich, soll die Vorstellung aller Pat. präinterventionell erfolgen. Mindestens ist jedoch zu gewährleisten: Elektivpat. präinterventionell und Notfallpat. (mind.) postinterventionell. Jeder Pat. kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
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.	<u>FAQ (31.08.2022)</u> Müssen im Neuroonkologischen Zentrum alle Psychologen gleichzeitig Neuropsychologen sein? Antwort: Nein, 1 Psychologe muss über die Zusatzweiterbildung Klinische Neuropsychologie GNP verfügen. Darüber hinaus können weitere Psychologen ohne die Zusatzweiterbildung für das NOZ tätig sein.	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen		
1.6	Selbsthilfegruppen	<u>FAQ (29.07.2020)</u> Falls keine regionalen Hirntumor-Selbsthilfegruppen bestehen, sollten auch überregionale Selbsthilfeinitiativen (z.B. Deutsche Hirntumorhilfe) berücksichtigt und einbezogen 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.	<u>FAQ (16.08.2024)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen? Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/ Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Pat. darlegen.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen		
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 Studien. • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden.	<u>FAQ (31.08.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden? Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme des Pat. nicht möglich ist. <u>FAQ (28.08.2023)</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.	

1.7 Studienmanagement

	Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für Pat. des Neuroonkologischen Zentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt.		
--	--	--	--

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
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	<u>FAQ (31.08.2022)</u> Der OPS-Code 5-016.0 steht nicht für einen bestimmten Eingriff, sondern stellt eine Art Überschrift/ einen Rumpf dar. Müsste er an achter Stelle noch um eine 0, 1, 2 oder 3 ergänzt werden? Antwort: Subsumierte Codes sind jeweils miteingeschlossen.	
5.2.3.b	Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510.; 1-511; 1-512.; 1-514; 1-515		
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		

8 (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen		
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 >45km sind zu begründen). - In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch	<u>FAQ (19.07.2018)</u> Alle Präparate und Schnellschnitte müssen durch einen Facharzt für Neuropathologie befundet werden. Dieser soll in der Regel vor Ort im Zentrum sein. In begründeten Einzelfällen ist eine Distanz zwischen Zentrum und Neuropathologie von >45 km zulässig.	

8 (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	
	den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.	- Falls kein Neuropathologe vor Ort verfügbar ist, kann in Ausnahmefällen der FA für Pathologie den Zuschnitt des Schnellschnittpräparates durchführen und die histologische Begutachtung telemedizinisch durch den Neuropathologen erfolgen.

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	<u>FAQ (04.08.2026)</u> Wie werden Patient-reported outcome measures (PROMs) definiert? Antwort: In Abgrenzung zu einem klinischen Assessment durch Fachkräfte im Gesundheitswesen sind Patient-reported outcome measures (PROMs) validierte Fragebögen bzw. Befragungsinstrumente, die von Pat. selbst ausgefüllt werden. Mit PROMs werden Patient-reported outcomes (PROs) erfasst, also pat.-berichtete Ergebnisse. Dadurch kann die individuelle Perspektive der Pat. systematisch in die Versorgung einbezogen werden. Beispiele für PROMs sind der EORTC-QLQ-C30, die PRO-CTCAE und das NCCN-Distress-Thermometer. In Kapitel 10.5.1 ist anzugeben, welche PROMs im Zentrum eingesetzt werden.
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich 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.	<u>FAQ (04.08.2026)</u> Wie kann der Abgleich des Pat.-Kollektivs zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen? Antwort: Der Abgleich des Pat.-Kollektivs soll sicherstellen, dass alle Zentrums-pat. durch das Krebsregister erfasst und alle dem Krebsregister dem Zentrum zugeordneten Pat. auch im Zentrum dokumentiert sind. Dies kann z.B. über eine xlsx-Datei o.ä. erfolgen.

FAQ's - Datenblatt Neuro

Basisdaten		FAQ (31.08.2022) Können auch periphere neurologische Tumoren und periphere Kavernome gezählt werden?		
		Antwort: Nein, diese Tumoren können nicht gezählt werden. Siehe ICD-O-Liste im Datenblatt.		
		FAQ (14.07.2016) Es scheint unplausibel, dass der gleiche Pat. mit zunächst z.B. Astrozytom WHO Grad II oder III und dann Glioblastom nicht zweimal als Primärfall erfasst werden kann.		
		Antwort: Grundsätzlich Zählung gemäß der Verfahrensanweisung 1x als Primärfall, im gleichen Jahr zusätzlich 1x bei Erstdiagnose Rezidiv/ Metastasierung zählbar, ansonsten 1x jährlich mit Rezidiv/ Metastase.		
		FAQ (26.06.2019) Es wurde bei einigen Pat. ein intrakraniell gelegenes Epidermoid (histologisch gesichert) diagnostiziert. Können diese Tumoren als Primärfall gezählt werden?		
Antwort: Intrakranielle Epidermoid-Zysten dürfen nicht als Primärfälle für das Neuroonkologische Zentrum gezählt werden.				
2a		FAQ (16.08.2024) Wo werden Pat. mit einer ausschließlichen Dexamethason-Therapie eingruppiert?		
		Antwort: Bei Nicht-interventionellen/ nicht-operativen Primärfällen.		
		FAQ (16.08.2024) Können Pat. mit z.B. Befund Biopsie u. nachfolgender OP 2x für den Zähler gezählt werden, wenn sie 2x in der TK vorgestellt wurden?		
		Antwort: Nein, jede/r Pat. wird nur 1x für den Zähler gezählt.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
2b		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
3		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
4		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		
		FAQ (19.07.2018) Pro Pat. kann jeweils 1 Rezidiv/ Progress des Primärtumors pro Kalenderjahr für den Nenner gezählt werden.		

		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
7a	Revisionsoperationen	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von postoperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	FAQ (14.07.2016) Revisionsoperationen sind durch die Dokumentation eines OPS-Codes definiert. FAQ (14.07.2016) Nachresektionen sollen nicht für den Zähler gezählt werden. Postoperative Liquorfisteln werden jedoch gezählt.
		Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 6a)	
		Sollvorgabe	≤ 10%	