

Erhebungsbogen Neuroonkologische Zentren in Onkologischen Zentren

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. U. Schlegel, Prof. Dr. W. Stummer

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Neuroonkologische Tumoren

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation u. Sozialmedizin (ASORS)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)
Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (CAO-V)
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 Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Hirntumorhilfe e.V. (DHH)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpfleger (KOK)
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)

Inkraftsetzung am 14.07.2016

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 14.07.2016 wurde an einigen Stellen gegenüber der Vorversion C2 (02.12.2014) modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2017 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich grün gekennzeichnet.

Änderung vom 19.12.2016

Aufgrund der besonderen strukturellen Gegebenheiten der Neuropathologie wurden die spezifischen Anforderungen an die Neuropathologie wieder in diesen Erhebungsbogen aufgenommen (keine inhaltliche Änderung).

Änderung vom 09.10.2017

Gegenüber der Version D2 vom 14.07.2016 wurde auf der Seite 2 die Abfrage des QM-Systems ergänzt sowie im Kap. 2.2 eine Streichung vorgenommen.

Eingearbeitet wurde:

Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien der DKG

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, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2017 (DIMDI) dar.

Farbliegende: Änderung gegenüber dem Stand vom 19.12.2106

QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung ja nein

Ein zertifiziertes QM-System ist im Rahmen der DKG-Zertifizierung nicht verbindlich gefordert, sollte jedoch vorhanden sein.

QM-Standard ISO 9001 KTQ
 Joint Commission proCum Cert

Zertifizierungsstelle QM _____

Farblgende: Ergänzung gegenüber dem Stand vom 19.12.2016

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 Patientenbeteiligung
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
- 2 Organspezifische Diagnostik
 - 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 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
- 7 Radioonkologie
- 8 (Neuro-) Pathologie
- 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit
- 10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt

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, Endokrinologe und Logopädie	
1.1.3	Neurologie und Neurochirurgie Neurologie und Neurochirurgie sind als betten führende Abteilungen mit 24-h-Anwesenheitsdienstbereitschaft obligater Bestandteil der Neuroonkologischen Zentren.	

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. Definition: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten 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.). 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<p>Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. (siehe auch 5.2.3 Operative Primärfälle)</p>		
1.2.2	<p>Interdisziplinäre präinterventionelle und postdiagnostische* Tumorkonferenz</p> <p>Zyklus Es muss mind. 1x/Woche eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <p>Teilnehmer: Neurochirurg, Neurologe, Neuroradiologe, Neuropathologe, Strahlentherapeut, internistischer Onkologe**.</p> <p>Indikationsbezogen z.B. bei zerebralen Metastasen sind die vorstellenden Fachrichtungen mit in die Tumorkonferenz einzuladen</p> <p>*Nach Vorliegen des histologischen Befundes</p> <p>**Hämato-/Onkologe Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Neuroonkologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>		
1.2.3	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz Fallbesprechungen Alle Primärfallpatienten sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden; Elektivpatienten: präinterventionell, Notfallpatienten: mind. postinterventionell (Patient kann nur 1x für den Zähler berücksichtigt werden).</p> <p>Umfang der besprochenen Primärfälle ≥95%</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>		
1.2.4	<p>Erneute Weitere Vorstellung Tumorboard (nicht für den Kennzahlenbogen zu berücksichtigen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Abschluss der neuropathologischen histologischen 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, 		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallpatienten, die nicht präinterventionell besprochen wurden. • Es sind alle Patienten mit Rezidiven vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. <p>Angabe Anzahl der Vorstellungen:</p> <p>Farblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>		
1.2.5	<p>Leitlinien</p> <p>Zusätzlich zu der im EB OZ genannten Anforderung 1.2.11 gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 4x jährlich durchzuführen. • M&M-Konferenzen sind zu protokollieren. 		

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.3.2	<p>Einweiserzufriedenheitsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
1.4.3	Psychoonkologie- Ressourcen Mind. 0,5 VK stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).		
1.4.4	Neuropsychologie <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien der Patientenvorstellung, • Kommunikation innerhalb des Zentrums, • Einbindung in Veranstaltungen, Qualitätszirkel, Tumorkonferenz o.ä. des Zentrums. 		

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.		
1.5.2	Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines Gespräches mit dem Sozialdienst angeboten werden (Nachweis erforderlich).	Angabe Kennzahlenbogen	
1.5.3	Ressourcen Mind. 1 Sozialarbeiter steht dem Zentrum zur Verfügung.		
1.5.4	Bei jedem Patienten ist der Rehabilitationsbedarf zu prüfen.		

1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
------	---------------	----------------------------	--

1.6 Patientenbeteiligung

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.		
1.6.2	Patientenbefragungen: <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Patienten die Möglichkeit gegeben werden, an der Patientenbefragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). 		

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. Studienassistenz <ul style="list-style-type: none"> • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistenz in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. • Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. 		
1.7.4	Anteil Studienpatienten 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Patient 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 Patienten in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien werden anerkannt). Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpatienten bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote:		

1.7 Studienmanagement

	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Patienteneinwilligung. • Es können Patienten in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Patienten, die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Die Studienquote kann auch in Kooperation mit anderen durchführenden Einheiten erreicht werden. 		
--	---	--	--

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.8.2	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. 		

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
1.9.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
1.9.2	<p>Logopädie</p> <p>Mind. 1 Logopädin steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation).</p> <p>Aufgaben Logopädie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Ergotherapie</p> <p>Mind. 1 Ergotherapeut steht dem Zentrum zur Verfügung (ggf. über Kooperation).</p> <p>Aufgaben Ergotherapie:</p>		

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung ambulante Weiterbehandlung: • Über Kooperationsvereinbarungen ist in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der zeitnahe ambulante Zugang zu gewährleisten. • 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	<p>Information/ Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte. • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen. • Entlassungsgespräche als Standard. <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
2.1.2	<p>Durchführung der Sprechstunde Für die Durchführung der Sprechstunde ist ein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Neurologie oder • Facharzt für Neurochirurgie <p>Verantwortlich.</p>		
2.1.3	<p>Die Sprechstunde in der Neurologie und Neurochirurgie muss mind. 1x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p>		
2.1.3	Wartezeiten während der Sprechstunde		

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
	<p>Anforderung: <60 min (Sollvorgabe)</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>		
2.1.4	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur Bildgebung. • Konsiliarische Besprechung Neurochirurgie bzw. Neurologie an einem Werktag. • Neuropsychologische Diagnostik. • Neurophysiologische Diagnostik z.B. EEG. • Liquordiagnostik. • Neurologische Untersuchung. 		
2.1.5	<p>Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsentierter Ablauf Diagnostik. • Vorbereitung der Patienten für die Tumorkonferenz. • Stationäre Aufnahme. <p>Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.</p>		

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.2.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p> <p>Farblgende: Streichung gegenüber dem Stand vom 19.12.2106</p>		

3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
3.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
3.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Neuroradiologie. • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. 		

3 Radiologie

	<ul style="list-style-type: none"> Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen. <p>Der Kooperationspartner der Neuroradiologie darf max. 60 km entfernt sein.</p> <p>Farbliegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>		
3.3	RTAs der Radiologie: Münd. 2 qualifizierte RTAs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.		
3.4	Notwendige Untersuchungsmethoden am Standort: <ul style="list-style-type: none"> Perfusions-MRT Digitale Subtraktionsangiographie (DSA) Fakultativ: MR-Spektroskopie 		
3.5	Notwendige therapeutische Techniken (ggf. über Kooperation): <ul style="list-style-type: none"> Interventionelle Katheterverfahren 		

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	Notwendige Untersuchungsmethoden (ggf. über Kooperation): Sofern kein Zugang zur MR-Spektroskopie gewährleistet ist: <ul style="list-style-type: none"> Aminosäure-PET 		

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 Organübergreifende 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 <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 2 Fachärzte für Neurochirurgie • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen 		
5.2.3	5.2.3a Operative Primärfälle Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operateurs zu operieren. (Als 1. oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision). Definition operative Therapie: OPS-Schlüssel: 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1, 5-035, 5-075 5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510. - 1-512.; 1-514 - 1-515 Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014		
5.2.4	Qualifikation Operateure <ul style="list-style-type: none"> • 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		
5.2.5	Zulassung neuer Operateure <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Stereotaxie muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein). • Vertretungsregelung muss bestehen. • Die Qualifikation muss über Curricula nachgewiesen werden. • Anforderung: 10 stereotaktische Operationen/ 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	<p>Vorzuhaltende Strukturen/ Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Folgende qualitätsbestimmenden Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operative Vorbehandlung der Patienten. • Standard der operativen Strategien. • Operative Nachbehandlung. 		
5.2.11	<p>Postoperative Komplikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung. • Postoperative Wundinfektionen. 		
5.2.12	<p>Postoperative Überwachung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
6.1.2	<p>Ärztliche Qualifikation</p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie</p>		

6.1 Hämatologie und Onkologie

	<p>Anforderungen (fakultativ) Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie</p> <p>Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen</p>		
--	---	--	--

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

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

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
7.0	<p>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.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.onkozert.de</p>		

8 (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.0	<p>Die Anforderungen an die Pathologie 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.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.onkozert.de.</p>		
8.1	<p>Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
8.2	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 Neuropathologen stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation). • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 		
8.3	<p>MTAs</p> <p>Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTAs/ Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>		
8.4	<p>Fallzahlen Institut/Abteilung für Neuropathologie</p> <p>Jährlich mind. 1.000 histologische inkl. zytologische und immunhistochemische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.).</p>		
8.5	<p>Histologische Klassifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach den Kriterien der aktuellen WHO-Klassifikation der Tumoren des zentralen Nervensystems. • Die nach WHO-Kriterien notwendigen histologischen, zytologischen, histochemischen und immunhistochemischen Verfahren müssen etabliert sein. 		
8.6	<p>Stereotaktische Hirnbiopsien</p> <p>Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von stereotaktischen Hirnbiopsien muss gegeben sein.</p>		
8.6.1	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch Neuropathologen zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen >45km sind zu begründen). • In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des 		

8 (Neuro-) Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	<p>Schnellschnitte durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>	
8.7	<p>Zytopathologische Beurteilung Möglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von liquorzytologischen Präparaten muss gegeben sein.</p>	
8.8	<p>Molekulare Diagnostik Möglichkeit zur Bestimmung neuroonkologisch relevanter molekularer Marker entsprechend WHO-Klassifikation 2016 (z.B. MGMT Promotormethylierung, 1p/ 19q Deletion, Mutationen im IDH1 Gen) (ggfs. in Kooperation) und Erfahrung in der Beurteilung molekularpathologischer Befunde muss vorhanden sein.</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>	
8.9	<p>Asservierung von Gewebeproben Zusätzlich zur Asservierung von Paraffinblöcken und Schnittpräparaten muss die Möglichkeit zur Asservierung von schockgefrorenen Gewebeproben bei mindestens -80°C vorhanden sein.</p>	
8.10	<p>Beteiligung an klinischen Studien und translationalen Forschungsprojekten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung/ Versand von Gewebeproben für referenzhistologische Begutachtung im Rahmen klinischer Studien. • Asservierung, Bereitstellung und ggfs. Versand von Gewebeproben für translationale Forschungsprojekte im Rahmen klinischer Studien. 	

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

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

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens	

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

	<p>Onkologische Zentren sind zu erfüllen.</p> <p>Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>		
10.2	<p>Tumordokumentationssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten eingepflegt sind enthält. • Anzahl erfasste Primärfälle: 100% • Die Patienten mit Neuroonkologische Tumoren müssen in <u>einem</u> Tumordokumentationssystem erfasst werden (parallele Systeme sind nicht zulässig). <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum</p> <p>Farblgende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014</p>		

Datenblatt

Für die Erfassung der Kennzahlen und Daten zur Ergebnisqualität steht den Zentren eine strukturierte EXCEL-Vorlage zur Verfügung. Diese EXCEL-Vorlage beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität. Für die Zertifizierung sind ausschließlich Kennzahlendarlegungen möglich, die auf Basis der von OnkoZert bereitgestellten EXCEL-Vorlage erfolgen. Die EXCEL-Vorlage darf nicht verändert werden.

Die EXCEL-Vorlage ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkozert.de abrufbar.

Primärfälle in Neuroonkologischen Zentren

Als Primärfälle können die Tm gezählt werden, die einem ICD-O-Topographie-Code **UND** einem ICD-O-Morphologie-Code aus der beigefügten Liste entsprechen. ZNS-Lymphome werden gesondert gezählt.

ICD-O Topographie		ICD-O Morphologie		
C70 Meningen		Astrocytic Tumors		
	C70.0 Hirnhäute	9421/1	Pilocytic Astrocytoma	WHO grade I
	Arachnoidea encephali	9425/3	Pilomyxoid Astrocytoma	WHO grade II
	Dura mater encephali	9384/1	Subependymal Giant Cell Astrocytoma	WHO grade I
	Falx cerebelli	9424/3	Pleomorphic Xanthoastrocytoma	WHO grade II
	Falx cerebri	9400/3	Diffuse Astrocytoma	WHO grade II
	Falx o.n.A.	9420/3	Fibrillary Astrocytoma	
	Pia mater encephali	9411/3	Gemistocytic Astrocytoma	
	Tentorium cerebelli	9410/3	Protoplasmatic Astrocytoma	
	Tentorium o.n.A.	9401/3	Anaplastic Astrocytoma	WHO grade III
	C70.1 Rückenmarkshäute	9440/3	Glioblastoma	WHO grade IV
	Arachnoidea spinalis	9441/3	Giant Cell Glioblastoma	WHO grade IV
	Dura mater spinalis	9442/3	Gliosarcoma	WHO grade IV
	Pia mater spinalis	9381/3	Gliomatosis Cerebri	
	C70.9 Meningen o.n.A.	Oligodendroglial Tumors		
	Arachnoidea o.n.A.	9450/3	Oligodendroglioma	WHO grade II
	Dura mater o.n.A.	9451/3	Anaplastic Oligodendroglioma	WHO grade III
	Dura o.n.A.	Oligoastrocytic Tumors		
	Pia mater o.n.A.	9382/3	Oligoastrocytoma	WHO grade II
	C71 Gehirn	9382/3	Anaplastic Oligoastrocytoma	WHO grade III
	C71.0 Cerebrum	Ependymal Tumors		
	Basalganglien	9383/1	Subependymoma	WHO grade I
	Capsula interna	9394/1	Myxopapillary Ependymoma	WHO grade I
	Corpus striatum	9391/3	Ependymoma	WHO grade II
	Cortex cerebri	9391/3	Cellular	
	Gehirn, supratentoriell o.n.A.	9393/3	Papillary	
	Globus pallidus	9391/3	Clear Cell	
	Pallidum	9391/3	Tanycytic	
	Großhirn	9392/3	Anaplastic Ependymoma	WHO grade III
	Großhirnhemisphäre	Choroid Plexus Tumors		
	Hypothalamus	9390/0	Choroid Plexus Papilloma	WHO grade I
	Insel	9390/1	Atypical Choroid Plexus Papilloma	WHO grade II
	Operculum	9390/3	Choroid Plexus Carcinoma	WHO grade III
	Pallium	Other Neuroepithelial Tumors		
	Putamen	9430/3	Astroblastoma	WHO grade I
	Reil-Insel	9444/1	Chordoid Glioma of the Third Ventricle	WHO grade II
	Rhinencephalon	9431/1	Angiocentric Glioma	WHO grade I
	Thalamus	9380/3	Glioma NOS (malignant glioma)	

	Weißer Substanz des Großhirns	9400/3	Astrocytoma NOS	
	Zentrale weiße Substanz	Neuronal and Mixed Neuronal-Glial Tumors		
	C71.1 Frontallappen			
		9493/0	Dysplastic Gangliocytoma of Cerebellum (Lhermitte-Duclos)	WHO grade I
	Polus frontalis	9412/1	Desmoplastic Infantile Astrocytoma/Ganglioglioma	WHO grade I
	C71.2 Temporallappen			
		9413/0	Dysembryoplastic Neuroepithelial Tumor	WHO grade I
	Hippokampus	9492/0	Gangliocytoma	WHO grade I
	Unkus	9505/1	Ganglioglioma	WHO grade I
	C71.3 Parietallappen	9505/3	Anaplastic Ganglioglioma	WHO grade III
	C71.4 Okzipitallappen	9506/1	Central Neurocytoma	WHO grade II
	Polus occipitalis	9506/1	Extraventricular Neurocytoma	WHO grade II
	C71.5 Ventrikel o.n.A.	9506/1	Cerebellar Liponeurocytoma	WHO grade II
	Dritter Ventrikel o.n.A.	9509/1	Papillary Glioneuronal Tumor	WHO grade I
	Ependym			
		9509/1	Rosette-forming Glioneuronal T. of the Fourth Ventricle	WHO grade I
	Hirnventrikel	8680/4 8693/1	Paraganglioma	WHO grade I
	Plexus chorioideus, dritter Ventrikel	Tumors of the Pineal Region		
	Plexus chorioideus o.n.A.	9361/1	Pineocytoma	WHO grade I
	Plexus chorioideus, Seitenventrikel	9362/3	Pineal Parenchymal T. of Intermediate Differentiation	WHO grade II, III
	Seitenventrikel o.n.A.	9362/3	Pineoblastoma	WHO grade IV
	C71.6 Kleinhirn o.n.A.			
		9395/3	Papillary Tumor of the Pineal Region	WHO grade II, III
	Cerebellum	Embryonal Tumors		
	Kleinhirnbrückenwinkel	9470/3	Medulloblastoma	WHO grade IV
	Wurm (Kleinhirn)	9471/3	Desmoplastic/Nodular Medulloblastoma	
	C71.7 Hirnstamm			
		9471/3	Medulloblastoma with Extensive Nodularity	
	Infratentorielle Hirnanteile o.n.A.	9474/3	Anaplastic Medulloblastoma	
	Medulla oblongata	9474/3	Large Cell Medulloblastoma	
	Mittelhirn	9473/3	CNS Primitive Neuroectodermal Tumor	WHO grade IV
	Olive	9500/3	CNS Neuroblastoma	
	Pedunculus cerebri	9490/3	CNS Ganglioneuroblastoma	
	Ammonshorn	9501/3	Medulloepithelioma	
	Plexus chorioideus, vierter Ventrikel	9392/3	Ependymoblastoma	
	Pons	9508/3	Atypical Teratoid/Rhabdoid Tumor	WHO grade IV
	Pyramide	Tumors of Cranial and Paraspinal Nerves		
	Vierter Ventrikel o.n.A.	9560/0	Schwannoma (Neurilemoma, Neurinoma)	WHO grade I
		9395/3	Papillary Tumor of the Pineal Region	WHO grade II, III
	C71.8 Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend			
		9560/0	Cellular	
	Corpus callosum	9560/0	Plexiform	
	Tapetum	9560/0 9560/1	Melanotic	
	C71.9 Gehirn o.n.A.	9540/0	Neurofibroma	WHO grade I

	Hintere Schädelgrube		9550/0	Plexiform	
	Intrakranieller Sitz			Perineurioma	WHO grade I, II, III
	Mittlere Schädelgrube		9571/0	Perineurioma, NOS	
	Schädelgrube o.n.A.		9571/3	Malignant Perineurioma	
	Suprasellär			Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor (MPNST)	WHO grade II, III, IV
	C72 RM, Hirnnerven u. sonstige Teile d. ZNS		9540/3	Epithelioid MPNST	
	C072.0 Rückenmark				
	C72.2 N. olfactorius		9540/3	MPNST with Mesenchymal Differentiation	
	C72.3 N. opticus		9540/3	Melanotic MPNST	
	Chiasma opticum		9540/3	MPNST with Glandular Differentiation	
	Tractus opticus			Tumors of the Meninges	
	C72.4 N. acusticus			Tumors of Meningothelial Cells	
	C72.5 Hirnnerven o.n.A.		9530/0	Meningioma	WHO grade I
	N. abducens		9531/0	Meningothelial	
	N. accessorius o.n.A.		9532/0	Fibrous (Fibroblastic)	
	N. facialis		9537/0	Transitional (Mixed)	
	N. glossopharyngeus		9533/0	Psammomatous	
	N. hypoglossus		9534/0	Angiomatous	
	N. oculomotorius		9530/0	Microcystic	
	N. trigeminus		9530/0	Secretory	
	N. trochlearis		9530/0	Lymphoplasmacyte-rich	
	N. vagus		9530/0	Metaplastic	
	C72.8 Gehirn u. andere Teile d. ZNS, mehrere Teilbereiche überlappend		9538/1	Chordoid	
	Hinw.: Neoplasien des Nervensystems, deren Ursprung keiner der Kategorien C70 bis C72.5 zugeordnet werden kann		9538/1	Clear Cell	
	C72.9 Nervensystem		9539/1	Atypical	WHO grade II
	Epidural		9538/3	Papillary	
	Extradural		9538/3	Rhabdoid	
	Parasellär		9530/3	Anaplastic (Malignant)	WHO grade III
	Zentralnervensystem			Mesenchymal Tumors	
	N. trochlearis		8850/0	Lipoma	
	N. vagus		8861/0	Angiolipoma	
	C75 Sonstige endokrine Drüsen und verwandte Strukturen		8880/0	Hibernoma	
	C75.1 Hirnanhangsdrüsen				
	Hypophysär				
	Hypophyse		8850/3	Liposarcoma	
	Fossa hypophysialis		8815/0	Solitary Fibrous Tumor	
	Rathke-Tasche		8810/3	Fibrosarcoma	
	Sella turcica		8830/3	Malignant Fibrous Histiocytoma	
	C75.2 Ductus craniopharyngealis		8890/0	Leiomyoma	
	C75.3 Glandula pinealis		8890/3	Leiomyosarcoma	
			8900/0	Rhabdomyoma	

		8900/3	Rhabdomyosarcoma		
		9220/0	Chondroma		
		9220/3	Chondrosarcoma		
		9180/0	Osteoma		
		9180/3	Osteosarcoma		
		9210/0	Osteochondroma		
		9120/0	Haemangioma		
		9133/4 9133/3	Epithelioid Haemangioendothelioma		
		9150/1	Haemangiopericytoma	WHO grade II	
		9150/3	Anaplastic Haemangiopericytoma	WHO grade III	
		9120/3	Angiosarcoma		
		9140/3	Kaposi Sarcoma		
		9364/3	Ewing Sarcoma - PNET		
		8800/3	Sarcoma N.O.S.		
		Primary Melanocytic Lesions			
		8728/0	Diffuse Melanocytosis		
		8728/1	Melanocytoma		
		8720/3	Malignant Melanoma		
		8728/3	Meningeal Melanomatosis		
		Other Neoplasms Related to the Meninges			
		9161/1	Haemangioblastoma	WHO grade I	
		Tumors of the Haematopoietic System			
		9591/3	Malignes Non-Hodgkin- Lymphom o.n.A. / B-Zell- Lymphom		
		9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.		
		9731/3	Plasmacytoma		
		9930/3	Granulocytic Sarcoma		
		Germ Cell Tumors			
		9064/3	Germinoma		
		9070/3	Embryonal Carcinoma		
		9071/3	Yolk Sac Tumor		
		9100/3	Choriocarcinoma		
		9080/1	Teratoma		
		9080/0	Mature		
		9080/3	Immature		
		9084/3	Teratoma with Malignant Transformation		
		9085/3	Mixed Germ Cell Tumor		
		Tumors of the Sellar Region			
		9350/1	Craniopharyngioma		
		9351/1	Adamantinomatous		
		9352/1	Papillary		
		9582/0	Granular Cell Tumor		
		9432/1	Pituicytoma		
		8291/0 8290/0	Spindle Cell Oncocytoma of the Adenohypophysis		
		8272/0	Pituitary adenoma		
		8271/0	Prolactinoma		
		8272/3	Pituitary carcinoma		

			Chordoma		
			9370/3	Chordoma N.O.S.	
			9371/3	Chordoma, chondroid	
			9372/3	Chordoma, dedifferentiated	