**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.

Farblegende: 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 |  |

Farblegende: Ergänzung gegenüber dem Stand vom 19.12.2016

**Inhaltsverzeichnis**

1 Allgemeine Angaben zum Zentrum

 1.1 Struktur des Netzwerks

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

* 1. Kooperation Einweiser und Nachsorge

1.4 Psychoonkologie

* 1. Sozialarbeit und Rehabilitation
	2. Patientenbeteiligung
	3. Studienmanagement
	4. Pflege
	5. Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, …)
1. Organspezifische Diagnostik
	1. Sprechstunde
	2. Diagnostik
2. Radiologie
3. Nuklearmedizin
4. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

* 1. Organspezifische operative Therapie
1. Medikamentöse/Internistische Onkologie
	1. Hämatologie und Onkologie
	2. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
2. Radioonkologie
3. (Neuro-) Pathologie
4. Palliativversorgung und Hospizarbeit
5. 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 | KooperationsvereinbarungenHauptkooperationspartnerNeurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie, Hämatologie und Onkologie und Medikamentöse Onkologie KooperationspartnerZusätzlich 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 NeurochirurgieNeurologie 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 PrimärfälleDas Zentrum muss jährlich 100 Pat. mit der Primärdiagnose eines neuroonkologischen Tumors behandeln.Definition:* 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.).

Patienten, die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt.(siehe auch 5.2.3 Operative Primärfälle) |  |  |
| 1.2.2 | Interdisziplinäre präinterventionelle ~~und postdiagnostische\*~~ Tumorkonferenz ZyklusEs 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~~\*Nach Vorliegen des histologischen Befundes~~\*\*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.Farblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014 |  |  |
| 1.2.3 | 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).Umfang der besprochenen Primärfälle ≥95%Farblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014 |  |  |
| 1.2.4 | ~~Erneute~~ Weitere Vorstellung Tumorboard(nicht für den Kennzahlenbogen zu berücksichtigen): * nach Abschluss der neuropathologischen ~~histologischen~~ Diagnose, wenn präinterventionell eine entsprechende Empfehlung des Tumorborads erfolgte,
* nach Abschluss einer Therapiesequenz,
* bei jeder Änderung des klinischen/ bildgebenden Befundes, soll eine erneute Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen,
* Notfallpatienten, die nicht präinterventionell besprochen wurden.
* Es sind alle Patienten mit Rezidiven vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben.

Angabe Anzahl der Vorstellungen:Farblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014  |  |  |
| 1.2.5 | LeitlinienZusätzlich 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 4x 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 | Angebot und ZugangJedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden.Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. |  |  |
| 1.4.3 | Psychoonkologie- RessourcenMind. 0,5 VK stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).  |  |  |
| 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 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 ZugangJedem Patienten muss die Möglichkeit eines Gespräches mit dem Sozialdienst angeboten werden (Nachweis erforderlich). | Angabe Kennzahlenbogen |  |
| 1.5.3 | RessourcenMind. 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 |  |
| 1.6.1 | 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:* 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 | StudienbeauftragterStudienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen.Studienassistenz* 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 Studienpatienten1. 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:* 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 | 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 Fachpflegekräfte* 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 | 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 | LogopädieMind. 1 Logopädin 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 | ErgotherapieMind. 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.
* 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 Patient 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 von Zweitmeinungen.
* Entlassungsgespräche als Standard.

Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/ Aufzeichnungen zu dokumentieren. |  |  |
| 2.1.2 | Durchführung der SprechstundeFür 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. |  |  |
| 2.1.3 | Wartezeiten während der SprechstundeAnforderung: <60 min (Sollvorgabe)Wie lange sind die Wartezeiten auf einen TerminAnforderung: <2 WochenDie Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr). |  |  |
| 2.1.4 | 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.
 |  |  |
| 2.1.5 | Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben:* Konsentierter Ablauf Diagnostik.
* Vorbereitung der Patienten 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 | ~~Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.~~Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.Farblegende: Streichung gegenüber dem Stand vom 19.12.2106 |  |  |

| **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 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.Farblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014  |  |  |
| 3.3 | RTAs der Radiologie:Mind. 2 qualifizierte RTAs 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 (ggf. über Kooperation):* 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: * Aminosäure-PET
 |  |  |

1. **Operative Onkologie**

| * 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. |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **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 * 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, 5-0755.2.3b Biopsien:Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510. - 1-512.; 1-514 - 1-515Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014  |  |  |
| 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-Schlüssel5-015.0; 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* 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, Neuronavigationsysteme) durchgeführt wurden (Vorlage OP-Berichte, Durchführung als 1.Operateur).
 |  |  |
| 5.2.6 | Stereotaxie* 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 OperateurePro 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 Neurochirurgie24-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 Patienten.
* Standard der operativen Strategien.
* Operative Nachbehandlung.
 |  |  |
| 5.2.11 | Postoperative Komplikationen* Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung.
* 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 Onkologische Zentren sind zu erfüllen.Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. |  |  |
| 6.1.2 | Ärztliche QualifikationFacharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und OnkologieAnforderungen (fakultativ)Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und OnkologieEin Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen |  |  |

| **6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie** |
| --- |
| 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 www.onkozert.de. |  |  |

| **8 (Neuro-) Pathologie** |
| --- |
| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Zentrums |  |
| 8.0 | 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.Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter [www.onkozert.de](http://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 Neuropathologen stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation).
* Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.
 |  |  |
| 8.3 | MTAsEine ausreichende Anzahl qualifizierter MTAs/ Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014 |  |  |
| 8.4 | Fallzahlen Institut/Abteilung für Neuropathologie Jährlich mind. 1.000 histologische inkl. zytologische und immunhistochemische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.). |  |  |
| 8.5 | Histologische Klassifikation* 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 | Stereotaktische HirnbiopsienMöglichkeit 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 Neuropathologen 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 den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.

Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014 |  |  |
| 8.7 | Zytopathologische BeurteilungMöglichkeit zur Bearbeitung und Erfahrung in der mikroskopischen Beurteilung von liquorzytologischen Präparaten muss gegeben sein. |  |  |
| 8.8 | Molekulare DiagnostikMöglichkeit 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.Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014 |  |  |
| 8.9 | Asservierung von GewebeprobenZusätzlich zur Asservierung von Paraffinblöcken und Schnittpräparaten muss die Möglichkeit zur Asservierung von schockgefrorenen Gewebeproben bei mindestens -80oC 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.
 |  |  |

| **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 |  |
| 10.1 | Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen.Besonderheiten für Neuroonkologische Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. |  |  |
| 10.2 | Tumordokumentationssystem* 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 einem Tumordokumentationssystem erfasst werden (parallele Systeme sind nicht zulässig).

Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder ZentrumFarblegende: Streichung/ Ergänzung gegenüber Version vom 02.12.2014  |  |  |

**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 Rückenmarkhäute** |  | 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) |  |
|  | Weiße 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 |  | ~~8680/1~~ 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 cerbri |  | 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](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/icdo3/kodesuche/onlinefassungen/icdo3rev1html/block-c69-c72.htm#C70) bis [C72.5](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/icdo3/kodesuche/onlinefassungen/icdo3rev1html/block-c69-c72.htm#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 |  |
|  |  |  | ~~9133/1~~ 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 |  |