

**Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren / Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs**

09.10.2025, 11:00 – 16:30 Uhr, Online-Sitzung via Zoom

**Vorsitz:** Prof. Graeven (DKG), Prof. Fehm (DKG), Prof. Bokemeyer (DKH)

**TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde** (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

**Änderung Geschäftsordnung**

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgeschlagenen Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitäts-spezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten z.B. eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen.

**TOP 2 Aktuelle Informationen u. Auswertungen zum Zertifizierungssystem der OZ** (Odenwald/OnkoZert)

Herr Odenwald berichtet über den aktuellen Stand des Zertifizierungssystems. Der Jahresbericht Onkologische Zentren ist seit August 2025 auf den Internetseiten der Deutschen Krebsgesellschaft und von OnkoZert verfügbar. Mit Stand 31.12.2024 gibt es über alle Entitäten hinweg 2.110 zertifizierte Zentren (2.186 Standorte). Mit Stand 30.06.2025 sind 166 Onkologische Zentren an 175 Standorten zertifiziert, darunter 13 Zentren/Standorte im Ausland.

Im Jahr 2024 wurden 10 Zertifikate bzw. 4 Zertifikate „Onkologisches Zentrum“ neu bzw. wieder erteilt, 3 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt und 1 Zertifikat wurde beendet bzw. ausgesetzt. Zum 31.12.2024 befanden sich 5 Zentren im laufenden Verfahren der Erstzertifizierung. 29 Onkologische Zentren nutzten im Jahr 2024 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK).

Zur Schulung neuer Auditoren fanden 2024 2 Fachexpertenlehrgänge für Kinderonkologische Zentren, Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs, Lungenkrebszentren, Uroonkologische Zentren, Hautkrebszentren, Viszeralonkologische Zentren und Brust- u. Gynäkologische Krebszentren statt.

Die Anzahl der Fachexperten variiert stark zwischen den Zert.-Systemen und wird u.a. im System FBREK als knapp beurteilt. Hier sind im Laufe des Jahres die Leiter der FBREK-Zentren durch die Kommission gezielt nach Unterstützung gebeten worden. Die Thematik „FE-Ressource“ wird in der Sitzung der Vorsitzenden im November 2025 erneut betrachtet werden.

**TOP 3 Diskussion der Änderungseingaben für die Erhebungsbögen und das Datenblatt (Palliativ)**

(Vorsitzende/Utzig/DKG)

Während der Sitzung wurde der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen (EB) besprochen und konsentiert. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen in der rechten Spalte, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

**Erhebungsbogen Onkologische Zentren:**

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

Strukturanforderungen/Definitionen

- In die Schwerpunkte 1 bzw. 6 werden die extrahepatischen Gallengangskarzinome bzw. die Nierenbecken- und Harnleiterkarzinome (wieder-)aufgenommen.

- Die Übergangsfristen für die Module Hoden (Zertifizierung im Auditjahr 2026 als Modul und Transit) und Penis (ab Auditjahr 2026 nur noch Nachweisstufe Modul) bleiben inhaltlich unverändert und werden redaktionell angepasst (Streichen der Nachweisstufen in den vorangegangenen Auditjahren).
- Die Kommission nimmt eine Klarstellung in den EB auf, dass die Darlegungen der Daten im gesamten EB sowie im Datenblatt grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B., wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...), umfassen.

#### 1.2.8 Ergebnis Tumorkonferenz

Die Kommission beschließt, die bisherige Anforderung zur Aushändigung von Nachsorgepässen zu streichen. Digitale Nachsorgepläne, die über klinikinterne Systeme erstellt und in Papierform ausgegeben werden, haben die handschriftlich geführten Pässe weitgehend ersetzt. Die manuelle Übertragung wird als fehleranfällig und nicht mehr zeitgemäß bewertet.

#### 1.2.9 Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Die Kommission HZ regt an, die Anforderung zur Teilnahme an Tumorkonferenzen als Fortbildung zu streichen, da deren Notwendigkeit hinterfragt wird. Die Kommission entscheidet, die bestehende Regelung beizubehalten.

#### 1.2.11 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Therapieabweichung

Im Anschluss an die Änderung des EB STR Kap. 7.1 Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll (Protokollierung und Bewertung bei Abweichung zur ursprünglichen Therapieplanung) beschließt die Kommission, dass bei **erheblichen** Abweichungen von interdisziplinär abgestimmten Behandlungskonzepten eine Wiedervorstellung in der Tumorkonferenz erfolgen soll.

#### 1.2.12.b Interdisziplinäre Zusammenarbeit – für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung

Der Vorsitz HZ weist darauf hin, dass die Ansiedlung der ZPM an Hochschulkliniken strukturelle Nachteile für nicht-universitäre Einrichtungen/ OZ mit sich bringt. Die DKG verweist in diesem Zusammenhang auf die Vorgaben des §64e-Vertrags mit dem GKV-Spitzenverband, der universitäre Strukturen als Kriterium für Leistungserbringer vorsieht.

Die Kommission HZ schlägt vor, die Entitätenübergreifende Anforderung an die Mitteilung der MTB-Empfehlung um „inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde“ zu ergänzen. Die Kommission übernimmt diese Ergänzung, wie sie bereits in den EB BZ, GZ und VZ umgesetzt wurde.

#### 1.2.17 Onkologisches Basisscreening

Die Kommission diskutiert die Eingabe der AG „Onkologisches Basisscreening“, die sich nach und auf Empfehlung der letzten Sitzung konstituiert hat und die Einführung eines verbindlichen Screenings mit vier Kerndimensionen vorschlägt. Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen. Es umfasst mindestens die vier Kerndimensionen

- psychosoziale Belastungen
- körperliche Symptome
- Mangelernährungsrisiko und
- sozialrechtlich relevante Fragestellungen.

Die Erhebung erfolgt in der Regel patientenberichtet (PRO) und liegt in der Verantwortung der primär versorgenden Einheit, wobei eine zuständige Person (z. B. onkologische Fachpflege) benannt wird.

Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening sowie die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Patienten bei positivem Screeningergebnis sind in einer zentrums-individuellen SOP darzustellen. Für die Erstellung steht eine Handreichung zur Verfügung, siehe unter: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“. Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen. Die Frequenz der Erhebung soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.

Mehrere Mitglieder der Kommission unterstreichen die Sinnhaftigkeit des onkologischen Basis-screenings, äußern jedoch zugleich die Sorge, dass durch dessen Einführung Doppelstrukturen entstehen und zusätzliche Mehrarbeit für das Personal verursacht wird. Die Mitglieder der AG weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auf die Einführung einer neuen Kennzahl verzichtet wurde und der Prozess daher ressourcenschonend gestaltet ist. Der in der Sitzung eingebrachte Vorschlag, das onkologische Basisscreening ausschließlich für stationäre Pat. im EB zu berücksichtigen, wird von der Kommission abgelehnt. Nach ausführlicher Diskussion wird die Empfehlung zur Einführung des Onkologischen Basisscreenings mehrheitlich angenommen.

#### 1.3.5 Kooperation Einweiser und Nachsorge - Einweizerzufriedenheitsermittlung

Ein Zentrum hat berichtet, dass die Durchführung der Einweizerbefragung zunehmend auf geringe Resonanz stößt. Trotz vielfältiger Maßnahmen zur Ansprache sinkt der Rücklauf kontinuierlich. Die Befragung wird von vielen Zuweisenden als belastend empfunden und liefert seit Jahren kaum neue Erkenntnisse. Der Aufwand für Durchführung und Auswertung wird daher als nicht mehr verhältnismäßig eingeschätzt. Die Kommission folgt nicht dieser Bewertung und beschließt, die bestehende Anforderung unverändert beizubehalten.

#### 1.4 Psychoonkologie

Die Kommission diskutiert die Eingabe der PSO das Kapitel 1.4 zu überarbeiten und die Unterkapitel umzustellen. Die Änderungen mit Ausnahme der Eingabe zur personellen Ressource (Leitung/Dokumentation siehe Kap. 1.4.2 (neu)) werden angenommen. Die Formulierung „Angehörigenberatung“ - insbesondere die Frage, ob damit alle Bezugspersonen der Pat. gemeint sind - wird in der Sitzung diskutiert (Kap. 1.4.3 [neu]). Es wird beschlossen den Terminus im Anschluss an die Sitzung mit den Pat.-Vertretenden/Selbsthilfe abzustimmen und anschließend an die Kommission zu übermitteln. Im Nachgang der Sitzung wird mit den Pat.-Vertretenden abgesprochen, die Formulierung „Angehörigenberatung“ aufzunehmen u. in einer FAQ klarzustellen, dass „wir als Angehörige von Krebspatienten Menschen verstehen, die sich dem Patienten zugehörig beziehungsweise angehörig fühlen. Das können Partner, Kinder, Geschwister, aber auch Freunde, Nachbarn und Arbeitskollegen sein.“

#### 1.5.4 Sozialarbeit – Umfang Pat.betreuung

Über die Kommission VZ wird angeregt, eine verbindliche Sollvorgabe zur Beratung durch den Sozialdienst festzulegen. Die Kommission spricht sich gegen eine entitätenübergreifende Festlegung aus. Die ASO wird noch dieses Jahr neue Informationen zu diesem Punkt übermitteln.

#### 1.5.11 Rehabilitation – Pat. bezogene Reha-Einrichtungen

#### 1.5.12 Information Reha-Einrichtungen [neu]

Die Eingaben der AGORS, dass die Dokumentation der Beratungsgespräche über den Nachweis eines Reha-Antrages erfolgen und mind. 80% der Pat. eine Reha angeboten werden soll, werden seitens der Kommission nicht angenommen. Die Eingaben, dass die Auswahl der Reha-Einrichtungen den Ver-

sorgungsbedürfnissen der Pat. bedarfsgerecht erfolgen und Informationsmaterial über die einzelnen Reha-Einrichtungen inkl. Besonderheiten und Schwerpunkte vorgehalten werden soll, werden von der Kommission als bereits umgesetzt bzw. nicht durchführbar eingeschätzt und nicht übernommen.

**1.6.4 Beteiligung Pat. – Pat.befragungen**

Ein Zentrum hat berichtet, dass die Durchführung der anonymen Pat. Befragung zwar organisatorisch umsetzbar ist, jedoch inhaltlich kaum neue Erkenntnisse liefert. Der Rücklauf ist stabil, aber der Mehrwert wird zunehmend infrage gestellt. Insbesondere die Forderung einzelner FE nach fachspezifischen Fragen wird kritisch gesehen, da diese nicht zielführend für die Patientenversorgung seien. Die Kommission beschließt, die bestehende Anforderung unverändert beizubehalten.

**1.6.5 Beteiligung Pat. - Entlassungsgespräch**

Der Eingabe vom Leitlinienprogramm Onkologie einen direkten Link zur DKH-Patientenleitlinie (<https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/infomaterial-kategorie/patientenleitlinien/>) einzufügen wird angenommen. Die Eingabe (s. Kapitel 1.2.8) bezüglich der Streichung „Übergabe Nachsorgepass“ wird hier ebenfalls umgesetzt.

**1.7.1 Studienmanagement - Kooperationspartner**

Die Kommission beschließt, künftig nur noch die Studien der Schwerpunkte und Zentren/Module im Transit-Status im Erhebungsbogen OZ aufzuführen. Alle Studienlisten werden in die DS der Zentren/Module übernommen.

**1.7.10 Studienmanagement - Studienzuführung**

Die Passage zum Pilotprojekt GZ wird gestrichen, da die Regelung zur Doppelzählung in alle Zert.-Systeme übernommen wurde. Die DKG regt zudem an, im Datenblatt zur Studienquote die Bezeichnung „Zentrumsplatz.“ durch „Studienplatz.“ zu ersetzen. Diese Änderung wird übernommen. Die Kommission HZ weist auf die Notwendigkeit einer klaren Definition für externe Studien hin. Es wird vereinbart, eine FAQ aufzunehmen („*Studie außerhalb des Zentrums: Studieneinheit/Fachbereich, von welchem die Betreuung der Studie ausgeht, liegt nicht innerhalb der Zentrumsstrukturen (siehe OncoMap).*“)

Eine weitere Eingabe von DKG und der Kommission BZ zur Definition der Anforderung „mind. eine Studie zur entsprechenden Tumorentität“ führt zu folgender Verfahrensempfehlung bei der Doppelzählung von Studien: Es muss nicht zwingend ein Pat. eingeschlossen sein, sofern mindestens eine Studie vorgehalten/ offen ist. In Fällen ohne Studieneinschluss ist im Audit eine Screeningliste vorzulegen. Diese Empfehlung wird ebenfalls in einer FAQ aufgenommen.

Die Kommission beschließt eine weitere FAQ zur Vorstellung in der Tumorkonferenz bei Studieneinschluss aufzunehmen. Es besteht Einigkeit, dass nach Festlegung der Therapiestrategie in einer Tumorkonferenz (z.B. zur medikamentösen Therapie) bei Rekrutierung in eine Medikamentenstudie keine erneute Vorstellung notwendig ist (Frage: *Müssen Pat. nach Festlegung der Therapiestrategie in der Tumorkonferenz bei passender Studie vor Empfehlung zur Studienteilnahme erneut in der Tumorkonferenz diskutiert werden?* Antwort: *Nein. Nach interdisziplinärer Festlegung der Therapiestrategie in einer Tumorkonferenz müssen Pat. vor Studieneinschluss in eine passende Studie nicht nochmals in der Tumorkonferenz vorgestellt werden.*)

**1.8.1 Pflege – Onkologische Fachpflegekräfte**

Die Kommission beschließt mehrere Änderungen zur Qualifikation und Bezeichnung onkologischer Pflegefachpersonen:

- Weiterbildungen gemäß der Weiterbildungsordnung einer Landespflegekammer sowie abgeschlossene Bachelor-Studiengänge in Pflege mit ausreichendem Anteil an Onkologie, für die ein Gremium der KOK eine Gleichwertigkeit geprüft und bestätigt hat, plus zweijährige praktische Berufserfahrung werden als Qualifikation für onkologische Fachpflegekräfte künftig anerkannt.
- Der Begriff „Pflegekräfte“ wird generell durch „Fachpflegepersonen“ ersetzt (s.a. Kapitel 1.5.8, 1.8.2, 1.7.4, 6.2.3 u. 6.2.13).

#### 1.8.2 Pflege – Zuständigkeiten / Aufgaben

Die Kommission übernimmt die Eingaben der KOK sowie der Kommissionen GZ und BZ zur Konkretisierung der Anforderungen an Fallbesprechungen und Pflegevisiten. Ziel dieser Formate ist die multiprofessionelle Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen.

Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum mindestens eine Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen. Die Umsetzung erfolgt gemäß der Muster-SOP „Onkologische Pflegevisite“.

#### 3.2 Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR)

Die Kommission diskutiert die Eingaben der Kommission VZ (Eingabe DeGIR)/ Änderung Kommission BZ sowie die Anmerkungen der Fachgesellschaften DRG und DeGIR zur Klarstellung der Anforderungen an radiologisches Fachpersonal. Im Rahmen der Sitzung werden mögliche Qualitätsunterschiede sowie das Problem des fehlenden qualifizierten Personals thematisiert. Die vorgeschlagenen Änderungen werden von der Kommission angenommen. Künftig gelten neben MTR auch Medizinische Fachangestellte (MFA) mit absolviertem Fachkunde im Strahlenschutz als radiologische Fachkräfte, sofern sie unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz tätig sind. Mind. zwei qualifizierte Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.

#### 3.3 Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie:

Die Kommission diskutiert die Eingabe der Kommission VZ, dass es durch chirurgische Mindestmengen zu einer Fehlsteuerung kommen könne und konkurrierende interventionelle Verfahren ggf. seltener Anwendung finden. Die Kommission stellt klar, dass einer Fehlsteuerung im Zertifizierungssystem durch Kontrollinstanzen wie interdisziplinäre, LL-gerechte Therapiefindung in Tumorkonferenzen und M&M-Konferenzen begegnet wird.

#### 4.2 Nuklearmedizin – MTR der Nuklearmedizin

Die Kommission übernimmt die Eingabe zur Klarstellung der Alternativqualifikation für radiologisches Fachpersonal. Die Formulierung wird an die Regelung in Kapitel 3 angepasst.

#### 6.1.11 Hämatologie und Onkologie – Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll

Die Kommission streicht die Anforderungen zur Pat.-bezogenen Dokumentation bzw. zur Abweichung von der Empfehlung der Tumorkonferenz, da sie inhaltlich bereits durch die Regelungen in Kapitel 1.2.7 und 1.2.11 abgedeckt ist.

#### 6.2.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie – Durchführung der medikamentösen Tumortherapie (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie)

Die Kommission folgt der Eingabe aus der Sitzung HZ und beschließt eine kapitel- und entitätsübergreifende Umbenennung von „Chemotherapie“ in „medikamentöse Tumortherapie“, um den Begriff präziser und harmonisiert zu verwenden. Die DKG ergänzt, dass die Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen entsprechend der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) angepasst werden sollen. Die Änderungen werden angenommen.

- 6.2.3 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie - Pflegefachkraft/MFA (ambulant/stationär)  
Die Kommission diskutiert die Anregung für den (als Voraussetzung für die Applikation von Chemotherapie für Fachpflegepersonen geltenden) Nachweis von 50 Chemotherapieapplikationen/Jahr auch weitere Applikationsformen bzw. Substanzgruppen anzuerkennen. Eine Änderung wird aktuell nicht vorgenommen; für die Sitzung 2027 soll ein Vorschlag vorbereitet werden.  
Die Eingabe zur Klarstellung, dass die geforderte Anzahl von 50 Applikationen jährlich und in allen Zertifizierungssystemen einheitlich gilt, wird angenommen. Die Formulierung wird entsprechend in die Sitzungen der Entitätsspezifischen Zert.-Kommissionen eingebracht werden.
- 6.2.6 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie - Fallzahlen pro Behandlungseinheit  
Die Kommission diskutiert die Eingabe der Kommission HAEZ zur Zählweise „abgeschlossener“ Therapien. In der Praxis führt die Anforderung häufig zu Unsicherheiten, da Therapien stationär begonnen und anschließend ambulant – teils auch bei Kooperationspartnern – fortgeführt werden. In der Sitzung HAEZ 2024 wurde eine FAQ formuliert, die klarstellt, dass auch der Beginn einer Therapie als „abgeschlossen“ gewertet werden kann, sofern die Weiterbehandlung in der Ambulanz/MVZ oder in der Ambulanz/MVZ eines Kooperationspartners erfolgt. Diese Regelung wurde bereits in den EB für DZ und LZ übernommen.  
Für die Sitzung 2027 soll geprüft werden, ob ohne einen Qualitätsverlust die Formulierung vereinfacht werden kann, um die Erhebung der Fallzahlen für das Audit mit weniger personeller Ressourcen zu ermöglichen.
- 6.2.16 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie – Fallbezogene Information/Dialog mit Pat.  
Die übergreifende Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden, dass Zentren bei der Einholung von Zweitmeinungen unterstützen sollen (bislang Vermittlung), wird von der Kommission angenommen.
- 9.0 Palliativversorgung und Hospizarbeit  
In der Sitzung der Vorsitzenden 2023 wurde vereinbart, dass in Anlehnung an die G-BA Richtlinie zur SAPV ein Vorschlag zur Definition „nicht heilbare Erkrankung“ eingebracht werden soll. Der Vorschlag „nicht heilbare, fortschreitende und weiter fortgeschrittene Krebserkrankung“ wird diskutiert. Die Kommission nimmt keine Definition auf, da die erforderliche Komplexität einer umfassenden Definition in wenigen Sätzen nicht adäquat abgebildet werden kann.  
Die Zertifizierungskriterien „Palliativversorgung“ in den EB der Organkrebszentren differieren in einzelnen Passagen. Die Kommission empfiehlt die Anforderungen zu harmonisieren und folgende Formulierungen in die Zert.-Kommission der Organkrebszentren einzubringen:
- 9.1. Palliativversorgung (Organkrebszentren)
- Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen.
  - Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3, S. 47) unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben.
  - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen.
  - Nicht heilbare Pat. sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP) (S3-Leitlinie Palliativmedizin).

- Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur Erfassung von Symptomen und Belastungen (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin) durchzuführen (MIDOS o. IPOS).
- Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben.
- *nur LZ: Der Zugang zur Palliativversorgung soll Pat. mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben.*
- Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung/hämatologischer Neoplasie ist zu dokumentieren
- *nur LZ: Das Angebot zur Palliativberatung und -betreuung sollte in den ersten 2 Monaten nach Diagnosestellung einer nichtheilbaren Krebserkrankung erfolgen.*

#### 9.3.13 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Eine Eingabe empfiehlt die Streichung der bisherigen Anforderung zur Anerkennung des Palliativedienstes durch den Medizinischen Dienst, da diese in der klinischen Praxis nicht umsetzbar scheint. Die Anerkennung wird zukünftig nicht mehr gefordert. Der Palliativedienst soll den Mindestmerkmalen *wie in den Abrechnungsvorgaben OPS 8-98h beschrieben* entsprechen.

#### 10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Die DKG informiert über die vollständige Überarbeitung von Kapitel 10. Die neue Fassung liegt als separates Dokument vor. Die Kommission beschließt, die überarbeiteten Inhalte in die EB aller OZ und Module zu übernehmen.

#### B Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Der Antragsleitfaden zur 11. Ausschreibung ist am 21.10.2025 und somit erst nach Sitzung der Zert.-Kommission veröffentlicht worden. Im Nachgang an die Sitzung werden im EB Kapitel A0 u. A5 die links auf die Ausschreibungen aktualisiert ([https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Foerderung/CCC\\_11th\\_Call/Ausschreibung\\_und\\_Leitfaden\\_11\\_Call\\_21.10.25.pdf](https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Foerderung/CCC_11th_Call/Ausschreibung_und_Leitfaden_11_Call_21.10.25.pdf)).

#### Erhebungsbogen Radioonkologie:

##### 7.1 Interdisziplinarität

Die Kommission folgt der Eingabe inhaltlichen Harmonisierung mit EB OZ Kap. 1.2.11. Zukünftig gilt: Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden.

##### 7.7 Medizinische Technologen/-innen für Radiologie (MTR)

Die Kommission übernimmt den Formulierungsvorschlag der DEGRO zur Personalbesetzung an Linearbeschleunigern (in Anlehnung an die Anlage zum BMUKN-Rundschreiben zu Personalanhaltszahlen Juli 2025).

#### Erhebungsbogen Pathologie:

##### 8.1 Interdisziplinarität - Tumorkonferenz

Die Kommission nimmt die Eingabe eines stellvertretenden Mandatsträgers der AOP/DGP an und beschließt, dass eine „on-demand“-Teilnahme an Tumorkonferenzen per Videokonferenz grundsätz-

lich möglich ist. Die Entscheidung über die Umsetzung muss jedoch Entitätsspezifisch in den jeweiligen organspezifischen Zertifizierungskommissionen getroffen werden.

#### 8.8 Schnellschnitte

Die Kommission diskutiert die Eingabe von Zentren/ DKG zur Überarbeitung der Anforderungen im Bereich „Teleschnellschnitt“ und zur Anwesenheit eines Facharztes für Pathologie beim Zuschnitt. Rückmeldungen aus den Fachgesellschaften AOP/DGP, BDP und der Neuropathologie weisen darauf hin, dass eine „schnelle“ Antwort im Rahmen von Teleschnellschnitten berufsrechtlich problematisch sei und die Thematik in einem zukünftigen QS-Komitee der RiLi-BÄK Pathologie weiter diskutiert werden sollte. Die Kommission beschließt keine Änderungen vorzunehmen.

Zahlreiche Eingaben werden, auch aus Zeitgründen, in die Organspezifischen Zert.-Kommissionen eingebracht werden.

#### Schwerpunkte:

Die Kommission beschließt die extrahepatischen Gallengangskarzinome (ICD10 C24) sowie die Nierenbeckenkarzinome/Harnleiterkarzinome (ICD10 C65/C66) in den Schwerpunkt 1 bzw. in den Schwerpunkt 6 (wieder-)aufzunehmen. Es wird vereinbart, die Anforderungen im Schwerpunkt 6 im Nachgang der Sitzung noch mit Vertretenden der Uroonkologie abzustimmen. Diese gelten mit der Genehmigung des Protokolls als angenommen.

#### FAQ-Dokument:

Das Dokument wird an die Änderungen des Erhebungsbogens angepasst; u.a. werden zu den Kapiteln 1.4.3 [neu] (Psychoonkologie - Aufgabenprofil) u. 1.7.10 (Studienzuführung) neue FAQs aufgenommen.

Die Sitzung wird gegen 16:30 Uhr beendet.

Berlin, 09.10.2025

Protokoll: Utzig, Kaufmann, Vogt

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.2.8	<p>Ergebnis Tumorkonferenz Pat. muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden</p> <p>Pat.information (fallbezogen): Der Pat. erhält</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachsorgeplan (wenn vorhanden)/ Nachsorgepass</li> <li>• Und auf Wunsch folgende Dokumente:</li> <li>• Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan</li> <li>• Arztbrief/ Entlassungsbefehl</li> <li>• Ggf. Studienunterlagen</li> </ul>	<p>Ergebnis Tumorkonferenz Pat. muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden</p> <p>Pat.information (fallbezogen): Der Pat. erhält</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachsorgeplan (wenn vorhanden)/ Nachsorgepass</li> <li>• Und auf Wunsch folgende Dokumente:</li> <li>• Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan</li> <li>• Arztbrief/ Entlassungsbefehl</li> <li>• Ggf. Studienunterlagen</li> </ul>
1.2.11	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend.</li> <li>• Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen.</li> <li>• Es ist darzulegen (z.B. in Form eines Konzepts), wie sichergestellt wird, dass Abweichungen erfasst werden. Wird eine Therapie auf Wunsch des Pat. (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.</li> </ul>	<p>Therapieabweichung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend.</li> <li>• Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen.</li> <li>• Bei erheblicher Abweichung von interdisziplinären Behandlungskonzepten soll eine Wiedervorstellung in der Tumorkonferenz erfolgen.</li> <li>• Es ist darzulegen (z.B. in Form eines Konzepts), wie sichergestellt wird, dass Abweichungen erfasst werden. Wird eine Therapie auf Wunsch des Pat. (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.</li> </ul>
1.12b	<p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben,</li> <li>• die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten,</li> <li>• die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen,</li> </ul> <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>	<p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben,</li> <li>• die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten,</li> <li>• die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen,</li> </ul> <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>
1.2.17	<p>Onkologisches Basisscreening</p> <p>Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung wird empfohlen, bedarfsoorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.</p> <p>Das Basisscreening beinhaltet z.B. (siehe SOP unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening auf psychosoziale Belastungen (vgl. Kap. 1.4)</li> <li>• Symptomscreening mittels validierter Instrumente (z. B. MIDOS/IPOS (vgl. Kap. 9))</li> </ul>	<p>Onkologisches Basisscreening</p> <p>Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind <b>wird empfohlen</b>, bedarfsoorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.</p> <p>Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen.</p> <p>Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen: z.B. (siehe SOP unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosoziale Belastungen</li> <li>• körperliche Symptome</li> <li>• Mangelernährungsrisiko</li> <li>• sozialrechtlich relevante Fragestellungen</li> </ul> <p>Das Screening sollte in der Regel PRO erfassen und obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu eine für das Screening verantwortliche Person (z.B. onkologische Fachpflege).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening auf psychosoziale Belastungen (vgl. Kap. 1.4)</li> <li>• Symptomscreening mittels validierter Instrumente (z. B. MIDOS/IPOS (vgl. Kap. 9))</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfserfassung sozialrechtliche Beratung (vgl. Kap. 1.5)</li> <li>• Screening auf Mangelernährung (z. B. NRS, vgl. Kap. 1.9)</li> <li>• Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen &gt; 70 Jahre (z. B. G8)</li> <li>• Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität</li> <li>• Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen</li> </ul> <p>Die Prozesse und der Einbezug der jeweils zuständigen Unterstützungsbereiche (z. B. Ernährungsberatung) sind zu beschreiben. Grundlage hierfür: „SOP Onkologisches Basisscreening“ unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a></p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bedarfserfassung sozialrechtliche Beratung (vgl. Kap. 1.5)</b></li> <li>• <b>Screening auf Mangelernährung (z.B. NRS, vgl. Kap. 1.9)</b></li> <li>• <b>Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen &gt; 70 Jahre (z.B. G8)</b></li> <li>• <b>Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität</b></li> <li>• <b>Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen</b></li> </ul> <p>Die Prozesse und der Einbezug der jeweils zuständigen Unterstützungsbereiche (z.B. Ernährungsberatung) sind zu beschreiben. Grundlage hierfür: „SOP Onkologisches Basisscreening“ unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a></p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p> <p>Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“.</p> <p>Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Patient:innen bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen. Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen. Es wird empfohlen, die Quote überschwellig belasteter/auffälliger Pat. in den vier Dimensionen des Onkologischen Basiscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen.</p> <p>Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.</p>
1.4.1	<p>Psychoonkologie-Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert,</li> <li>• Ärzte der Humanmedizin,</li> <li>• Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert</li> </ul> <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen.</p> <p>und psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt).</p> <p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p>	<p>Psychoonkologie-Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert,</li> <li>• Ärzte der Humanmedizin,</li> <li>• Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert</li> </ul> <p>jeweils mit in fortgeschritten oder mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen.</p> <p>oder</p> <p>Psychotherapeut (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung</p> <p>und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt).</p> <p>Bestandsschutz für alle Personen, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) am Standort ist als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeutin oder Fachpsychotherapeutin muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.4.2 (neue Nummerie rung)	<p>1.4.3 Psychoonkologie - Ressourcen</p> <p>Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).</p> <p>Anforderungen der Organkrebszentren/ Module sind gesondert zu betrachten</p> <p>Empfehlung: Für koordinierende und wissenschaftliche Aufgaben sind ggf. weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z.B. Dokumentationsassistenten).</p> <p>1.4.6 Organisationsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.</li> </ul>	<p>Psychoonkologie - Ressourcen</p> <p>Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).</p> <p>Anforderungen der Organkrebszentren/ Module sind gesondert zu betrachten</p> <p>Empfehlung: Für koordinierende und wissenschaftliche Aufgaben sind ggf. weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z.B. Dokumentationsassistenten).</p> <p>Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.</p> <p>In Abhängigkeit von der Größe des psychoonkologischen Teams sollten personelle Ressourcen für die Leitung vereinbart werden.</p> <p>Für koordinierende und Dokumentationsaufgaben sind ggf. weitere personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z.B. Dokumentationsassistent, medizinischer Fachangestellte).</p>
1.4.3 (neue Nummerie rung)	<p>1.4.7a Psychoonkologie - Aufgabenprofil</p> <p>Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>1.4.7b Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostische Abklärung nach positivem Screening</li> <li>Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> <li>Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>Erhalt der Lebensqualität</li> <li>Berücksichtigung des sozialen Umfeldes</li> <li>Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> <li>Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)</li> </ul> <p>Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels</p>	<p>Psychoonkologie - Aufgabenprofil</p> <p>Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der medizinischen Behandlung Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Ziele und Aufgaben der Betreuung-Versorgung sind u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostische Abklärung nach positivem Screening auf psychosoziale Belastung und psychische Störung</li> <li>Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung psychischer Belastungen und psychischer Störungen</li> <li>Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> <li>Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>Erhalt Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/ Angehörigenberatung</li> <li>Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> <li>Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)</li> </ul> <p>Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels</p>
1.4.4 (neue Nummerie rung)	<p>1.4.2 Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gesprächs ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gesprächs ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basisscreenings</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
		durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niedrigschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden.  Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.5 (neue Nummerie rung)	Umfang der Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>Die psychoonkologische Versorgung insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</li> </ul> Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Umfang der Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anzahl der Pat., welche psychoonkologisch versorgt worden sind, ist zu erfassen (Häufigkeit und Dauer der Kontakte).</li> <li>Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</li> </ul> Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.6 (neue Nummerie rung)	1.4.8 Dokumentation und Evaluation  Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur psychischen Belastungen durchzuführen u. das Ergebnis zu dokumentieren.  Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.	Dokumentation und Evaluation  Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur psychischen Belastungen durchzuführen und das Ergebnis zu dokumentieren.  Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.  Die psychoonkologische Versorgung folgender Pat. <ol style="list-style-type: none"> <li>Pat., die im Screening überschwellig belastet waren</li> <li>Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis</li> </ol> ist fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen.
1.4.7 (neue Nummerie rung)	1.4.5 Räumlichkeiten  Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	Räumlichkeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</li> </ul>
1.4.8 (neue Nummerie rung)	Fort-/ Weiterbildung/ Supervision <ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</li> <li>Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich)</li> </ul>	Fort-/ Weiterbildung/ Supervision <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen des zentrumsspezifischen Qualitätszirkels</li> <li>Mitwirkung bei Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeitenden</li> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</li> <li>Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen.</li> <li>Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist regelmäßig mindestens 4mal im Jahr zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich)</li> </ul>
1.5.8	Weitere Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums und/ oder Pat.</li> <li>Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit</li> <li>Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision</li> </ul> interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.	Weitere Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums und/ oder Pat.</li> <li>Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit</li> <li>Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision</li> </ul> interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Fachpflegepersonen, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.
1.6.4	Entlassungsgespräch  Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen breitgestellt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>Therapieplanung</li> <li>Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)</li> <li>Wenn verfügbar „Patientenleitlinie“ <a href="http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de">www.leitlinienprogramm-onkologie.de</a></li> </ul>  Patienteninformationen sind evidenzbasiert und frei von Interessen anzubieten. Informationen sollten daher bevorzugt über die DKH, die Landeskrebsgesellschaften, Krebs-	Entlassungsgespräch  Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen breitgestellt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>Therapieplanung</li> <li>Individueller Nachsorgeplan (Übergabe Nachsorgepass)</li> <li>Wenn verfügbar „Patientenleitlinie“ <a href="http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de">www.leitlinienprogramm-onkologie.de</a> <a href="https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/informatoren-kategorie/patientenleitlinien/">https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/informatoren-kategorie/patientenleitlinien/</a></li> </ul> Patienteninformationen sind evidenzbasiert und frei von Interessen anzubieten. Informationen sollten daher bevorzugt über die DKH, die Landeskrebsgesellschaften, Krebs-

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	Selbsthilfeorganisationen und den Krebs-Informationsdienst verwendet werden.	Selbsthilfeorganisationen und den Krebs-Informationsdienst verwendet werden.
1.6.7.b G-BA	<p>Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und die folgende Punkte beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, Nachsorge,...)</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des OZ)</li> <li>• [...]</li> </ul>	<p>Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und die folgende Punkte beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, <b>medikamentöse Tumortherapie Chemotherapie</b>, Nachsorge,...)</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des OZ)</li> <li>• [...]</li> </ul>
1.7.4	<p>Studienassistenz - Qualifikation</p> <p>Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheit-/ Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistenzfunktion nachzuweisen. [...]</p>	<p>Studienassistenz - Qualifikation</p> <p>Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, <b>Gesundheit / Krankenpfleger</b> <b>Fachpflege-personen</b>, medizinische Fachangestellte)</p> <p>Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistenzfunktion nachzuweisen. [...]</p>
1.7.10	<p>Studienzuführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevor einem Pat. eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine pat.bezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen.</li> <li>• Die Vorgaben für die Studienteilnahme sind in den organspezifischen Anforderungen (Organkrebszentrum, Modul, Schwerpunkt) formuliert. 5% aller Tumorpat., die innerhalb des Onkologischen Zentrums behandelt werden, sollten an Studien teilnehmen.</li> <li>• [nur relevant für entsprechendes Pilotprojekt im EB GZ] Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für die dem Geltungsbereich des Zertifikats entsprechende Tumorentität 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.</li> <li>• Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle/ diagnostische Studien werden anerkannt) und Studienplan.</li> </ul> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Studienzuführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevor einem Pat. eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine pat.bezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen.</li> <li>• Die Vorgaben für die Studienteilnahme sind in den organspezifischen Anforderungen (Organkrebszentrum, Modul, Schwerpunkt) formuliert. 5% aller Tumorpat., die innerhalb des Onkologischen Zentrums behandelt werden, sollten an Studien teilnehmen.</li> <li>• [nur relevant für entsprechendes Pilotprojekt im EB GZ] Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine <b>eigene</b> Studie für die dem Geltungsbereich des Zertifikats entsprechende Tumorentität 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.</li> <li>• Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle/ diagnostische Studien werden anerkannt) und Studienplan.</li> </ul> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte (pädiatrische onkologische Pflege ist ausgenommen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Onkologischen Zentrum müssen mind. 2 VK onkologische Fachpflegekräfte zusätzlich im Tagdienst angestellt sein.</li> <li>• Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> <li>• In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen.</li> <li>• Sofern in einem onkologischen Bereich keine onkologische Fachpflegekraft direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegekraft namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen.</li> </ul>	<p>Onkologische <b>Fachpflegepersonen</b> <b>Fachpflegekräfte</b> (pädiatrische onkologische Pflege ist ausgenommen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Onkologischen Zentrum müssen mind. 2 VK <b>onkologische Fachpflegepersonen</b> <b>Fachpflegekräfte</b> zusätzlich im Tagdienst angestellt sein.</li> <li>• Onkologische <b>Fachpflegepersonen</b> <b>Fachpflegekräfte</b> sind namentlich zu benennen.</li> <li>• In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen <b>Fachpflegeperson</b> <b>Fachpflegekraft</b> nachzuweisen.</li> <li>• Sofern in einem onkologischen Bereich keine onkologische <b>Fachpflegeperson</b> <b>Fachpflegekraft</b> direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische <b>Fachpflegeperson</b> <b>Fachpflegekraft</b> namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen.</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung</li> <li>• oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)</li> <li>• oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich.</li> </ul> <p>Die Onkologischen Fachpflegekräfte sind in der Anlage 4 darzustellen.</p>	<p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische <b>Fachpflegeperson Fachpflegekraft</b> ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbildung onkologische <b>Fachpflegeperson Fachpflegekraft</b> gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung</li> <li>• oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) <b>oder Weiterbildungsordnung einer Landespflegekammer</b></li> <li>• oder ein BSc Abschluss in Pflege mit ausreichendem Anteil Onkologie, für den ein Gremium der KOK anhand festgelegter Kriterien die Gleichwertigkeit zu den o.g. Abschlüssen geprüft und bestätigt hat, plus <b>2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich.</b></li> <li>• oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich.</li> </ul> <p>Die Onkologischen <b>Fachpflegepersonen Fachpflegekräfte</b> sind in der Anlage 4 darzustellen.</p>
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <p>Pat.bezogene Aufgaben :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. Onkologisches Basisscreening (siehe Kap 1.2.17) Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen</li> <li>• Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards</li> <li>• Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen</li> <li>• Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs.</li> <li>• Im Rahmen des Pflegekonzeptes der einzelnen Organzentren ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren</li> <li>• Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes</li> <li>• Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen ggf. auf Basis des o.g. Screenings/ Assessments unter Einbezug von weiteren Unterstützungsberufen</li> <li>• Teilnahme an der Tumorkonferenz</li> <li>• Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Organkrebszentrum/ Modul des Onkologischen Zentrums sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen</li> </ul> <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in den Organkrebszentren/ Modulen Berücksichtigung finden.</li> <li>• Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv).</li> <li>• Angebot einer Kollegialen Beratung/ Supervision.</li> <li>• Vernetzung der onkologischen Fachpflegekräfte im OZ z.B. in gemeinsamen Qualitätszirkeln</li> </ul>	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <p>Pat.bezogene Aufgaben :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. Onkologisches Basisscreening (siehe Kap 1.2.17) und Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen</li> <li>• Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards</li> <li>• Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen</li> <li>• Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs.</li> <li>• Im Rahmen des Pflegekonzeptes der einzelnen Organzentren ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren</li> <li>• Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes</li> <li>• Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen ggf. auf Basis des o.g. Screenings/ Assessments unter Einbezug von weiteren Unterstützungsberufen</li> <li>• Teilnahme an der Tumorkonferenz</li> <li>• Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; <b>pro Jahr und Organkrebszentrum/ Modul des Onkologischen Zentrums sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen</b></li> <li>• <b>Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP- "Onkologische Pflegevisite" nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen.</b></li> </ul> <p>Übergeordnete Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in den Organkrebszentren/ Modulen Berücksichtigung finden.</li> <li>• Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv).</li> <li>• Angebot einer Kollegialen Beratung/ Supervision.</li> <li>• <b>Vernetzung der onkologischen Fachpflegepersonen Fachpflegekräfte</b> im OZ z.B. in gemeinsamen Qualitätszirkeln</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• und dort Organisation des Qualifizierungsplans für das OZ mit seinen Organkrebszentren/ Modulen (entsprechend 1.8.5).</li> <li>• Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen</li> </ul> <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3).</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• und dort Organisation des Qualifizierungsplans für das OZ mit seinen Organkrebszentren/ Modulen (entsprechend 1.8.5).</li> <li>• Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen</li> </ul> <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende <b>Fachpflegeperson</b> Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3).</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
3.2	<p>Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR)</p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen.</p>	<p><b>Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR), qualifiziertes nichtärztliches Personal</b></p> <p>Mind. 2 qualifizierte <b>MTR Mitarbeitende des nichtärztlichen Personals/radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz)</b> müssen zur Verfügung stehen <b>und namentlich benannt sein.</b></p>
4.2	<p>MTR der Nuklearmedizin</p> <p>Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen.</p>	<p><b>MTR der Nuklearmedizin qualifiziertes nichtärztliches Personal</b></p> <p>Mind. 2 qualifizierte <b>MTR Mitarbeitende des nichtärztlichen Personals/radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz)</b> müssen zur Verfügung stehen <b>und namentlich benannt sein.</b></p>
6.1.11	<p>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> <li>• Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.</li> <li>• Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren</li> </ul>	<p>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• <b>Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein.</b></li> <li>• <b>Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.</b></li> <li>• Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren</li> </ul>
6.2.2	<p>Durchführung der medikamentösen Tumortherapie (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie)</p> <p>Facharzt für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Medizinische Onkologie für das gesamte Spektrum</li> </ul> <p>Für die folgenden Fachdisziplinen gilt die Durchführung ausschließlich fachspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie (in Modulen: Durchführung in gleichberechtigter Kooperation mit den oben genannten Fachärzten</li> <li>• Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie</li> <li>• Innere Medizin und Gastroenterologie oder Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>• Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie-Onkologie“</li> <li>• Strahlentherapie für Durchführung der systemischen Tumortherapie in Kombination mit Bestrahlungen bei soliden Tumoren.</li> </ul> <p>Ein Vertreter (die Vertreter der Kooperation) mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von</p>	<p>Durchführung der medikamentösen Tumortherapie (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie)</p> <p>Facharzt für</p> <p>Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und <b>Internistische Medizinische Onkologie</b> bzw. <b>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b> für das gesamte Spektrum</p> <p>Für die folgenden Fachdisziplinen gilt die Durchführung ausschließlich fachspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt mit der <b>(ggf. integralen)</b> Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie <b>(in Modulen: Durchführung in gleichberechtigter Kooperation mit den eben genannten Fachärzten)</b></li> <li>• <b>Facharzt für</b> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie</li> <li>• <b>Facharzt für</b> Innere Medizin und Gastroenterologie oder <b>Facharzt für</b> Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>• <b>Facharzt für</b> Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt <b>Kinder-Hämatologie und -Onkologie</b> / <b>Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie</b></li> <li>• <b>Urologie (ab MWBO 2018)</b></li> <li>• <b>Facharzt für</b> Strahlentherapie für die Durchführung der systemischen Tumortherapie in Kombination mit Bestrahlungen bei soliden Tumoren,</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	Ein Vertreter ( <b>die Vertreter der Kooperation</b> ) mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.
6.2.3	<p>Pflegefachkraft/ MFA (ambulant/ stationär) Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird, müssen unter pflegefachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegekraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen.</li> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• 50 Chemotherapieapplikationen/ Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit erfolgen.)</li> <li>• Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte)</li> <li>• Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> </ul> <p>Die pflegerische Beratung und/ oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis einer Befähigung für die Chemotherapeutika Applikation durch die unter 6.2.2 benannten Fachärzte.</li> <li>• Für die Befähigung wird der Nachweis von jährlichen Schulungen u.a. mit den Inhalten von 6.2.13 und 6.2.14 gefordert.</li> </ul> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p><b>Fachpflegeperson Pflegefachkraft</b> / MFA (ambulant/ stationär) Voraussetzungen für die <b>Fachpflegeperson Pflegefachkraft</b>, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird, müssen unter pflegefachlicher Führung einer onkologischen <b>Fachpflegeperson Fachpflegekraft</b> stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen.</li> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• 50 Chemotherapieapplikationen/ Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis im Audit erfolgen.)</li> <li>• Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch <b>Fachpflegepersonen Pflegefachkräfte</b>)</li> <li>• Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> </ul> <p>Die pflegerische Beratung und/ oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis einer Befähigung für die Chemotherapeutika Applikation durch die unter 6.2.2 benannten Fachärzte.</li> <li>• Für die Befähigung wird der Nachweis von jährlichen Schulungen u.a. mit den Inhalten von 6.2.13 und 6.2.14 gefordert.</li> </ul> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
6.2.13	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein.</li> <li>• Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben.</li> </ul> <p>Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren.</p>	<p>Prozessbeschreibungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Delegation ärztlicher Aufgaben an <b>Fachpflegepersonen Pflegefachkräfte</b> (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein.</li> <li>• Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben.</li> </ul> <p>Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren.</p>
6.2.16	<p>Fallbezogene Information/ Dialog mit Pat.</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> <li>• Entlassungsgespräche als Standard</li> <li>• Schriftliche Pat.informationen (Merkblatt) u.a. über immunologische/ zielgerichtete Therapien und Impfempfehlungen bei Immunsuppression sollen dem Pat. ausgehändigt werden</li> </ul> <p>Pat.bezogen sind Pat.gespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>	<p>Fallbezogene Information/ Dialog mit Pat.</p> <p>Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und <b>Vermittlung Unterstützung bei der Einholung einer von Zweitmeinungen</b></li> <li>• Entlassungsgespräche als Standard</li> <li>• Schriftliche Pat.informationen (Merkblatt) u.a. über immunologische/ zielgerichtete Therapien und Impfempfehlungen bei Immunsuppression sollen dem Pat. ausgehändigt werden</li> </ul> <p>Pat.bezogen sind Pat.gespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>
7.1	<p>Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich stellen die Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> </ul>	<p>Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich stellen die Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen und in der Pat.akte zu dokumentieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen und in der Pat.akte zu dokumentieren.</li> <li>Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden.</li> </ul>
7.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pro Linearbeschleuniger müssen während der Bestrahlung 2 MTR anwesend sein</li> <li>Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pro Linearbeschleuniger müssen während der Bestrahlung <b>2 MTR</b> mindestens 2 qualifizierte Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals anwesend sein (MTR oder MFA), davon mindestens 1 MTR mit der entsprechender Fachkunde</li> <li>Vertretungsregelung muss schriftlich formuliert sein</li> </ul>
8.1	<p>Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbindliche Teilnahme Pathologie</li> <li>Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau</li> <li>Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)</li> </ul>	<p>Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbindliche Teilnahme Pathologie, <b>ggf online on-demand (entitätspezifisch)</b></li> <li>Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau</li> <li>Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)</li> </ul>
9.3.13 G-BA	<p>Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung des Palliativdienstes (anerkannt durch MD zur Abrechnung OPS 8-98h) muss vorliegen.</p> <p>Der multiprofessionelle Palliativdienst muss für Konsile und ggf. die Tumorkonferenz zur Verfügung stehen.</p> <p>Eine 24-stündige palliativmedizinische Versorgung am Standort des Onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett des Pat. muss gewährleistet sein.</p>	<p>Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung des Palliativdienstes (<b>anerkannt durch MD zur Abrechnung OPS 8-98h wie in den Abrechnungsvorgaben OPS 8-98h beschrieben</b>) muss vorliegen.</p> <p>Der multiprofessionelle Palliativdienst muss für Konsile und ggf. die Tumorkonferenz zur Verfügung stehen.</p> <p>Eine 24-stündige palliativmedizinische Versorgung am Standort des Onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett des Pat. muss gewährleistet sein.</p>
10.1.1	<p>alt 10.2</p> <p><del>Einsatz mehrerer EDV-Systeme</del></p> <p><del>Pro Tumorentität ist in der „Matrix Tumordokumentation“ festzulegen, welches System für die Ermittlung der Ergebnisqualität herangezogen wird.</del></p>	<p><b>Geltungsbereich</b></p> <p>Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet dann sind die Tumordokumentations-Einheiten zu benennen (inkl. Aufteilung Zuständigkeiten für die Tumorentitäten, ggf. Organigramm). Im Erhebungsbogen sind ggf. spezifische dezentrale Regelungen ergänzend zu den zentralen Regelungen auszuführen.</p>
10.1.2	<p>alt 10.1</p> <p>Tumordokumentationssystem</p> <p>Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält</p>	<p><b>Tumordokumentation</b></p> <p>Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.</p>
10.1.3		<p><b>Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen)</b></p> <p>Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und qualitätsgesichert zu liefern.</p> <p>Organspezifische Anforderungen an die Datendarlegung und deren Umfang (Basisdaten, Kennzahlen, Ergebnisqualität, ...) sind in dem jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung rückverfolgbar sein.</p>
10.1.4	<p>alt 10.9</p> <p><b>Auswertung der Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Darstellung der Ergebnisqualität (obiger Punkt) muss zu den Rezertifizierungen möglich sein.</li> <li>Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich nach den entsprechenden Kennzahlen auszuwerten.</li> <li>Sofern ein Benchmarking/ Jahresbericht angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten.</li> </ul>	<p>Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden.</p> <p>Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.</p>
10.1.5	<p>alt 10.1</p> <p>Tumordokumentationssystem</p> <p>Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält</p>	<p><b>Gesetzliche Krebsregistrierung</b></p> <p>Die gesetzlichen Anforderungen an die Krebsregistrierung sind nachweislich zu erfüllen. Für die Erhebung/-darlegung der Krebsregisterdaten muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c verwendet werden.
10.2.1	<p>alt 10.5 Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Name/ Funktion:</p>	<p>Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter pro Zertifizierungssystem bzw. Organgruppe zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Der Dokumentationsbeauftragte ist namentlich zu benennen (inkl. Funktion im Klinikum).</p>
10.2.2	<p>alt 10.5 Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Übermittlung und Qualität der für die Zertifizierung relevanten Pat.daten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister</li> <li>• Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathologische Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen)</li> <li>• Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals</li> <li>• Regelmäßige Analyse der Auswertungen insb. im zeitlichen Verlauf</li> </ul>	<p>Aufgaben Dokumentationsbeauftragter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation</li> <li>• Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung</li> <li>• Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller</li> <li>• Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf</li> </ul>
10.2.3	neu	<p>Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.</p>
10.2.4	Namentliche Benennung neu	<p>Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).</p>
10.2.5	<p>alt 10.6 Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).</p>	<p>Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).</p> <p>Kriterien für höheren Ressourcenbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien</li> <li>• Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen</li> <li>• Unterstützung bei der Tumorkonferenz</li> </ul>
10.2.6	neu	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.
10.3.1	<p>alt 10.1 Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/ oder Zentrum</p>	<p>Auswahl Tumordokumentationssystem (TDS) Die Art des Tumordokumentationssystems (TDS) ist dem Zentrum freigestellt (z.B. Eigenentwicklung, externer Anbieter, im KIS integriert oder über das §65c-Krebsregister).</p>
10.3.2	<p>alt 10.7 Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein:</p>	<p>Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden:</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Jahrgängen</li> <li>● TNM-Klassifikation oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO)</li> <li>● Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie)</li> <li>● Datum der Rezidive/ Metastasierungen</li> <li>● Sterbefälle</li> <li>● Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge)</li> <li>● TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO)</li> <li>● Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie,...)</li> <li>● Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweittumoren und Sterbefälle)</li> <li>● Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)</li> </ul>
10.4.1	neu	<p>Nutzung OncoBox</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional)</li> <li>● Darm: Nutzung OncoBox verbindlich</li> <li>● Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional)</li> <li>● Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich</li> </ul> <p>Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt</p>
10.4.2	neu	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.
10.5.1	neu	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):
10.5.2	neu	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.
10.6.1	<p>alt 10.10</p> <p>Erfassung Follow-up</p> <p>Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up-Status ist (siehe Ergebnismatrix-spezifische Tumorentität)</p> <p>Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up-Status dar.</p> <p>Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet</p> <p>Zum Follow-up Status gehören:</p> <p>auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression)</p> <p>Zweitmalignome</p> <p>Sterbefälle</p> <p>Lebt unter der aktuellen Adresse;</p> <p>Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Bundesland)</p>	<p>Follow-up Status – Angaben (organübergreifend)</p> <p>Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden</p> <p>Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression)</li> <li>● Zweitmalignome</li> <li>● Sterbefälle</li> <li>● Lost to Follow-up</li> </ul>
10.6.2	neu	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.
10.6.3	neu	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.
10.6.4	neu	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.
10.7.0		Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.
10.7.1	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Matrix Ergebnisqualität</p> <p>Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes):</p> <p>Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.</p>
10.7.2.a	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Ergebnisqualität Brust</p> <p>Die Einreichung der Matrix Ergebnisqualität ist nur für die Brustkrebszentren verpflichtend, die über ein funktionierendes Krebsregister verfügen. Standorte, die einen Antrag auf Reduktion des Auditzyklus stellen bzw. bei denen auf</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
		Grundlage einer positiven Bewertung des Antrags keine Vorort-Begehung stattfindet, sind weiterhin verpflichtet, die Matrix Ergebnisqualität (Follow-up Quote $\geq 70\%$ ) einzureichen.
10.7.2.b	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen.</p> <p>Die Tumordokumentation/ Matrix <b>muss</b> für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts).</p> <p>Nach 3 Jahren zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP).</p> <p>Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)</li> </ul>
10.7.2.c	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Ergebnisqualität Prostata</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Definition biochemisches Rezidiv:  <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf <math>&gt; 0,2 \text{ ng/ml}</math></li> <li>b. Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von <math>&gt; 2 \text{ ng/ml}</math> über den postinterventionellen PSA-Nadir.</li> </ul> </li> <li>2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven)</li> <li>3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.</li> </ol>
10.8	<p>Anforderungen Parameter Ergebnisqualität und Kaplan-Meier aus den entitätsspezifischen EB zusammengeführt</p> <p>In Abhängigkeit der Fragestellung können Jahrgänge getrennt zusammengefasst werden (z.B. bei niedrigen Pat.zahlen). Bei größeren Pat.zahlen und Ereigniszahlen sollen Jahrgänge getrennt ausgewertet werden.</p> <p>Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten.</p> <p>Organspezifische detaillierte Anforderungen sind im Anhang zur Matrix Ergebnisqualität zusammengestellt.</p>	<p>Parameter Ergebnisqualität / Kaplan-Meier-Kurve Sofern die Kaplan-Meier Kurven aus der OncoBox bzw. aus dem TDS generiert werden können, sind diese jährlich zu erstellen und auszuwerten.</p> <p>Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ</li> <li>• Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP</li> <li>• Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ</li> <li>• Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ</li> <li>• Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ</li> <li>• Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP</li> <li>• Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH</li> <li>• Gesamtüberleben (OAS)</li> </ul>
10.9.1	<p>alt 10.4.</p> <p>Zusammenarbeit mit Krebsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen §65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen <a href="#">Link-Tumorzentren.de</a></li> <li>• Die OncoBox (wenn für die entsprechende Tumorentität vorhanden) soll vom zuständigen Krebsregister befüllt werden. Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln.</li> <li>• Die Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität sollte über das</li> </ul>	<p>Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übermittlung patientenbezogener Follow-up Daten an das §65c-Krebsregister Die Follow-up Daten sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vom Zentrum an das §65c-Krebsregister übermittelt werden.</li> <li>• Anfrage patientenbezogene Follow-up Daten beim §65c-Krebsregister Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Die Follow-up Daten sollten mind. 1x pro Jahr durch das Zentrum beim §65c-Krebsregister angefragt werden. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung</li> </ul>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Krebsregister gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen.</li> <li>● Parallelle Systeme sind zu vermeiden</li> <li>● Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.  Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</li> </ul>	<p>des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich).</p> <p>Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.</p>
10.9.2	neu	<p>§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum</p> <p>Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen.</p> <p>Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden.</p>
10.9.3.a	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ≥ 80% - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung</li> <li>● 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...)</li> <li>● &lt; 60% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben</li> </ul>
10.9.3.b	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Follow-up Quote Lunge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: ≥ 80%</li> <li>● Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%</li> </ul>
10.9.3.c	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Follow-up Quote Harnblase</p> <p>Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.</p>
10.9.3.d	Überführung aus Organspezifischen Anforderungen (einheitliches Kapitel in allen EB)	<p>Erfassung Follow-up FBREK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP</li> <li>● Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP</li> </ul>