

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren (Harnblase, Niere, Hoden)

20.05.2026, 10:00 – 15:00 Uhr, via zoom

Vorsitz: Prof. Burchardt, Prof. Böhmer

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

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

TOP 2 Aktueller Stand der Zertifizierungssysteme Harnblase, Niere u. Hoden (Miller/OnkoZert)

Der aktuelle Stand der Zertifizierungssysteme wird berichtet: Ende 2025 gab es 104 zertifizierte Uroonkologische Zentren (UZ) an 105 Standorten (43 Standorte UZ mit 2 Organen, 42 Standorte UZ mit 3 Organen, 14 Standorte UZ mit 4 Organen und 6 Standorte UZ mit 5 Organen). 6 Standorte befinden sich im Ausland.

Ende 2025 waren 68 Zentren (mit 68 Standorten, 4 im Ausland) für das Modul Harnblase zertifiziert, 111 Zentren (mit 112 Standorten, 8 im Ausland) für das Modul Niere und 26 Zentren (mit 26 Standorten) für das Modul Hoden.

Harnblasenkrebszentren: 2025 wurden 13 Zertifikate neu erteilt und 3 Zertifikate beendet. 6 Zertifikate (2 Erstzertifizierungen (EZ), 4 Wiederholaudit (WA)) wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer erteilt. 5 Standorte nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK).

Nierenkrebszentren: 2025 wurden 26 Zertifikate neu erteilt. 11 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeitsdauer (4 EZ, 7 WA) erteilt und 1 Zertifikat beendet. 8 Standorte nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus.

Hodenkrebszentren: 2025 wurden 5 Zertifikate erteilt und 1 Zertifikat beendet. 1 Zertifikat wurde mit reduzierter Gültigkeitsdauer (1 WA) erteilt. 1 Standort nutzte im Jahr 2025 die Möglichkeit des reduzierten Auditzyklus.

Im März 2026 erfolgte der Versand des „Merkblattes – Auditjahr 2026“ an alle FE und alle Zentren. Inhalt des Merkblattes sind Punkte, die für die Durchführung der Audits 2026 eine besondere Bedeutung haben. Im Nachgang zur Sitzung sind Online-Seminare für die Fachexperten (FE) der Uroonkologischen Zentren geplant, in denen über die Neuerungen/Änderungen im Zertifizierungssystem informiert wird. Es finden im 2. HJ 2 Fachexperten-Lehrgänge (17.-19.06.2026; 03.-05.12.2026) statt, u.a. für die Uroonkologischen Zentren.

TOP 3 Vorstellung der Jahresberichte/Qualitätsindikatoren für die Module Harnblase, Niere und Hoden (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen (KeZa) aus dem Auditjahr 2025 (Kennzahlenjahr 2024) werden vorgestellt:

Anmerkungen zu **Basisdaten** der Jahresberichte 2026 Harnblase, Niere und Hoden:

In den zertifizierten Harnblasenkrebszentren hat die Primärfallzahl (+20%) stärker als die Zahl der zertifizierten Harnblasenkrebszentren zugenommen (+ 17,9%). Insgesamt wurden 8.647 Primärfälle behandelt; der Median lag bei 118,5 Primärfällen. Ähnliches ist auch in den zertifizierten Nierenkrebszentren zu beobachten. Dort hat die Zahl der behandelten Pat. mit 1.709 behandelten Pat. etwas stärker (+ 27,3%) als die Zahl der Zentren (25,6%) zugenommen. In den zertifizierten Hodenkrebszentren ist die Primärfallzahl im Vergleich

zum Vorjahr auf 648 Pat. angestiegen und es ist ein leichter Anstieg der Primärfälle pro Standort zu erkennen, im Median wurden 23 Primärfälle pro Standort behandelt.

Anmerkungen zu **ausgewählten Kennzahlen** der Jahresberichte Harnblase, Niere und Hoden:

Die Vorstellungsraten in der Tumorkonferenz weisen für alle Entitäten eine sehr hohe Erfüllungsquote auf. Für das psychoonkologische Distress-Screening zeigt sich über alle Entitäten hinweg eine positive Entwicklung; die Erfüllungsraten sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen. Auch die Kennzahl „Beratung Sozialdienst“ entwickelt sich in den Harnblasen- und Hodenkrebszentren positiv, während die Betreuungsrate in den Nierenkrebszentren auf konstantem Niveau verbleibt. Der Anteil an Studienpat. ist in den Hodenkrebszentren im Vergleich zu den Modulen Niere und Harnblase deutlich höher und liegt im Median etwa doppelt so hoch. Die pathologischen Befundberichte enthalten in $\geq 98\%$ die geforderten Angaben. Der Anteil der Pat. mit radikaler Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung ist mit einer Gesamtquote von 87,5% leicht rückläufig (Vorjahr 90,1%); 32 Zentren (47%) haben die Sollvorgabe von $\geq 90\%$ unterschritten und dies mit verzögerter Zuweisung und einer von den Pat. eingeforderten Bedenkzeit begründet. Die operativen Fallzahlen weisen einen Zuwachs auf. Die postoperativen Komplikations- und Mortalitätsraten sind leicht rückläufig. Die Umsetzung des Leitlinien-QIs zum Angebot einer Kryokonservierung bei Primärfällen mit Hodentumor und fertilitätsreduzierende Therapie wird von der Kommission trotz eines Anstiegs der Gesamtquote auf 91,1% (Vorjahr 87%) als unzureichend betrachtet.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblätter Harnblase, Niere u. Hoden (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Erhebungsbogen

Anmerkungen zum Erhebungsbogen (EB) und Datenblatt (DS) allgemein:

Während der Sitzung wird der im Vorfeld versandte Erhebungsbogen mit den Änderungseingaben beraten. Das Ergebnis der Sitzung sind die konsentierten Dokumente (EB und DS) inklusive der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Uroonkologische Zentren:

Präambel

Die Kommission prüft die Eingabe, eine Zertifizierung als Uroonkologisches Zentrum (UZ) ohne die obligate Zertifizierung als Prostatakrebszentrum (PZ) zu ermöglichen. Das Gremium beschließt, dass zukünftig Zentren mit Nachweis der drei Zertifikate Harnblasenkrebs-, Nierenkarzinom- u. Hodenkrebszentrum unabhängig von einer simultanen Zertifizierung als DKG-zertifiziertes Prostatakrebszentrum als zertifiziertes Uroonkologisches Zentrum gelten.

1.2.5.d Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Tumorkonferenz Teilnehmer (MB)

Aufgrund einer Eingabe zur Vorstellungspflicht von Fällen nach TUR-B kürzt die Kommission die bisherige Formulierung dahingehend, dass „Primärfälle nach TUR-B (mind. T1)...“ abzubilden sind; die bisherige Nennung von „high grade, T2“ wird gestrichen.

Im Verlauf der Sitzung wird im Rahmen der Diskussion der Änderungseingaben für den EB Pathologie durch die Kommission festgelegt, dass auch Pat. mit organerhaltender Therapie in der Tumorkonferenz vorgestellt werden müssen. Dies wird im Nachgang an die Sitzung auch im EB_Uroonkologische Zentren ergänzt.

NEU Onkologisches Basisscreening (MB, MN, MH)

Die DKG informiert die Kommission über die (Weiter-)Entwicklung der Anforderungen zum Onkologischen Basisscreening durch eine interdisziplinäre u. multiprofessionelle AG und die Aufnahme der Anforderungen

in Onkologische Zentren durch die Sitzung OZ im Oktober 2025. Etwa 80% der uroonkologischen Module sind bereits in Onkologische Zentren eingebunden, so dass für diese die Anforderungen zum Onkologischen Basisscreening bereits gelten. Zur Harmonisierung der Anforderungen mit dem EB OZ und die Gültigkeit dieser Anforderungen auch für Harnblasen-, Nierenkrebs- und Hodenkrebszentren außerhalb von Onkologischen Zentren beschließt die Kommission die Aufnahme des Kapitels 1.2.9 – Onkologisches Basisscreening.

1.3.6 Kooperation Einweiser und Nachsorge – Fortbildungen (UZ)

In der Sitzung der Vorsitzenden im Jahr 2024 wurde vorgeschlagen, die Anforderung an Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zu überprüfen u. anzupassen. Die Kommission stimmt der Anpassung zu und legt fest, dass künftig nur noch eine Fortbildungsveranstaltung pro Jahr für Ärzte anzubieten ist.

1.4. Psychoonkologie (UZ)

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird auf die in der Sitzung der Kommission OZ im Jahr 2025 beschlossenen Anpassungen der Kapitel zur psychoonkologischen Versorgung hingewiesen. Die entsprechenden Änderungen werden der Kommission vorgestellt u. erläutert. Eine wesentliche inhaltliche Änderung betrifft die Erweiterung des qualifizierten Personenkreises: Künftig werden Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung anerkannt. Die Kommission stimmt den Anpassungen zu und beschließt die Übernahme der Änderungen des gesamten Kapitels 1.4 in den Erhebungsbogen UZ.

1.6.8 Beteiligung Pat. – Vereinbarung mit Selbsthilfegruppen (UZ)

Im Zuge der Harmonisierung mit dem EB OZ wird eine begriffliche Anpassung vorgenommen. Die Kommission legt fest, dass im Kapitel künftig der Begriff „medikamentöse Tumorthherapie“ anstelle des bislang verwendeten Terminus '„Chemotherapie“' verwendet wird.

1.8.1 Pflege – Onkologische Fachpflegekräfte (UZ)

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird darauf hingewiesen, dass in der Sitzung der OZ-Kommission im Jahr 2025 der Begriff „Fachpflegekräfte“ durch den Begriff „Fachpflegepersonen“ ersetzt wurde. Die Kommission greift den Harmonisierungsvorschlag auf und beschließt die entsprechende begriffliche Anpassung auch für den Erhebungsbogen UZ (auch Kapitel 1.8.4, Kapitel 1.8.7 und Kapitel 6.2.3).

1.8.2 Pflege – Pat.bezogene Aufgaben (UZ)

Für die Harmonisierung mit dem EB OZ übernimmt die Kommission die dort beschlossenen Konkretisierungen der Anforderungen an Fallbesprechungen und Pflegevisiten. Künftig ist in jedem Organkrebszentrum/Modul mind. eine Pflegevisite oder Fallbesprechung pro Monat nachzuweisen. Die Umsetzung erfolgt gemäß der Muster-SOP „Onkologische Pflegevisite“.

1.8.7 Pflege – Anerkannte Ausbildung Stomatherapie (MB)

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde (FgSKW) e.V. regt in der Sitzung eine Harmonisierung der Anforderungen mit den Vorgaben der Viszeralonkologischen Zentren an. Die mandatierte Vertretung nimmt dies als Aufgabenstellung in die FgSKW mit und wird einen entsprechenden Vorschlag für die nächste Sitzung erarbeiten.

3.2 Radiologie – Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal (UZ)

4.2. Nuklearmedizin – Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal (UZ)

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird darauf hingewiesen, dass diese Kapitel in der Sitzung der OZ-Kommission im Jahr 2025 angepasst wurden. Die entsprechenden Änderungen werden zur Beratung in die Kommission UZ eingebracht. Das Gremium erklärt sein Einverständnis mit der Übernahme der Änderungen gemäß EB OZ. Künftig gelten damit auch Medizinische Fachangestellte (MFA) mit absolviertem Strahlenschutz-

kurs, die unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes tätig sind, als qualifiziertes nicht-ärztliches Personal in den Bereichen Radiologie und Nuklearmedizin.

5.2.1.c Organspezifische operative Therapie – Operative Expertise Harnblase (MB)

Es wird eingebracht, dass vor dem Hintergrund neuer Optionen in der medikamentösen Systemtherapie sowie eines damit einhergehend erwarteten steigenden Anteils blasenerhaltender Therapien die Erfüllung der aktuellen Anforderungen an die operative Expertise (Zystektomien) perspektivisch erschwert sein könnte. Die Kommission diskutiert diesen Aspekt und beschließt keine Änderung vorzunehmen. Als Begründung wird angeführt, dass der Fokus des Zertifizierungssystems auf malignen Erkrankungen liegt.

5.2.8.a Organspezifische operative Therapie – Operateure (MB, MN, MH)

In Analogie zu den Regelungen in Viszeralonkologischen Zentren und Brustkrebszentren wird die Einführung des Status eines „Senior-Operators“ diskutiert und beschlossen. Die Qualifikationsbewertung ist bei OnkoZert zu beantragen. Die Benennung erfolgt in Eigenverantwortung des Zentrums bei vorliegender positiver Qualifikationsbewertung durch OnkoZert. Eine jährliche Rotation ist möglich.

5.2.8.e/g/i Organspezifische operative Therapie – Zulassung neuer Operateure (MN/ MB/ MH)

Die Kommission diskutiert eine Eingabe, dass benannte Operateure den Facharztstatus besitzen müssen. Diese Anforderung war bislang nicht explizit im Erhebungsbogen hinterlegt. Die Kommission beschließt, die entsprechende Anpassung vorzunehmen u. die Facharztqualifikation verbindlich festzulegen. Darüber hinaus werden im Zuge der Einführung des „Senior-Operators“ die Anforderungen an die Expertise für die Senior-Nieren-, Senior-Harnblasen- und Senior-Hodenoperateure festgelegt.

5.2.10 Organspezifische operative Therapie – Information / Dialog mit Pat. (UZ)

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen (auch Kapitel 6.2.15).

6.2.16 Medikamentöse Tumorthherapie – Schemata für systemische Therapie (UZ)

Im Sinne einer Harmonisierung mit dem EB OZ werden Anpassungen an den Vorgaben zu den Schemata für systemische Therapien diskutiert. Die Kommission beschließt die Änderungen anzunehmen. Diese umfassen verschiedene Ergänzungen, unter anderem die Einführung einheitlicher, standardisierter Schemata für die systemische Therapie. Weiterführende Erläuterungen sind den FAQ zu entnehmen.

9.1.1 Palliativversorgung und Hospizarbeit – Palliativversorgung (UZ)

Die Zertifizierungskriterien „Palliativversorgung“ in den EB der Organkrebszentren differieren in einzelnen Passagen. Das Gremium folgt der Empfehlung der Kommission OZ (Sitzung 2025) und stimmt einer Harmonisierung der Anforderungen zu.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Urologische Praxen:

B.2 Anforderungen

Auf Eingabe der DKG beschließt die Kommission, „DKG-zertifizierten Kurse“ aus dem Fortbildungsangebot zu streichen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB für Pathologie:

8.1 Interdisziplinarität – Teilnahme Tumorkonferenz

Die Kommission OZ hat in der Sitzung 2025 beschlossen, dass eine „on-demand“-Teilnahme der Pathologie an Tumorkonferenzen per Videokonferenz grundsätzlich möglich sei, jedoch müsse die Entscheidung über die Umsetzung entitätsspezifisch in den jeweiligen organspezifischen Zertifizierungskommissionen getroffen

werden. Die Möglichkeit einer „on-demand“-Teilnahme wird von der Kommission UZ für die Module Harnblase, Niere und Hoden als ausreichend angesehen. Es wird dazu ergänzend eine FAQ erarbeitet.

8.11 Pathologieberichte – Befundbericht des Hodenpräparates (MH)

Auf Eingabe wird diskutiert, welche Inhalte unter „makroskopische Merkmale“ zu verstehen sind sowie, dass bei den Angaben zu TNM- und WHO-Klassifikation auf die Nennung konkreter Jahreszahlen verzichtet werden sollte. Seitens der DKG wird darauf hingewiesen, dass die bestehenden Anforderungen der Leitlinienempfehlung 6.17 entsprechen. Die Kommission beschließt, keine Änderung hinsichtlich der Formulierung „makroskopische Merkmale“ vorzunehmen und diesen Punkt an die Leitlinie weiterzugeben. Zudem beschließt die Kommission, die Angaben zu WHO- und TNM-Klassifikation mit dem Zusatz „gemäß jeweils gültiger Klassifikation“ zu formulieren.

Datenblätter

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Harnblase

Basisdaten

Die Kommission beschließt verschiedene Anpassungen bei den Basisdaten. Im Abschnitt „Operativ“ wird eine neue Spalte „partielle Zystektomie“ eingefügt, während die Spalte „Sonstige OP“ gestrichen wird. Zudem wird im Abschnitt „Sonstige Therapien“ die bisherige gemeinsame Abbildung von „Systemtherapie“ und „R(C)Tx“ in zwei separate Spalten aufgeteilt.

KeZa 2a: Vorstellung Tumorkonferenz

Die Kommission legt fest, dass im Nenner Primärfälle nach TUR-B mit der T-Kategorie „mind. T1“ abzubilden sind. Die bisherige Nennung von „high grade, T2“ wird gestrichen. Die Definition bzgl. Primärfälle nach Zystektomie bleibt unverändert.

KeZa 2b: Vorstellung Tumorkonferenz

Im Rahmen der Diskussion des Themenkomplexes „Tumorkonferenz“ nimmt die Kommission die Änderung an, dass „u./o. organerhaltender Therapie“ im Nenner ergänzt wird.

KeZa 3: Psychoonkologisches Distress-Screening

KeZa 4: Beratung Sozialdienst

Auf Eingabe wird diskutiert, dass die Nenner für die Berechnung der Versorgungsquoten im Bereich Psychoonkologie u. Sozialdienst stärker an die Versorgungsrealität angepasst werden sollten. Die Kommission diskutiert diesen Aspekt, insbesondere im Rahmen der Ambulantisierung, beschließt jedoch für alle in dieser Sitzung besprochenen Entitäten (Blase, Niere, Hoden) keine Änderungen vorzunehmen. Als Begründung wird angeführt, dass auch Pat. mit kurzer Liegedauer u. ambulant behandelte Pat. entsprechende Bedarfe haben und eine adäquate Versorgung sichergestellt werden muss.

NEUE KeZa: Perioperative Systemtherapie

Die Kommission beschließt die Einführung einer neuen KeZa zur perioperativen Systemtherapie. Ziel ist eine möglichst häufige Anwendung der perioperativen Systemtherapie. Der Nenner umfasst Primärfälle im Stadium II–IIIB nach TUR-B mit operativer Therapie der Harnblase. Der Zähler umfasst diejenigen Primärfälle des Nenners, bei denen eine perioperative Systemtherapie durchgeführt wurde.

Redaktionelle Änderungen

Die Kommission UZ beschließt bei den KeZa 7, 8, 9, 10, 12 und 15 redaktionelle Änderungen vorzunehmen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Niere

Basisdaten

Im Nachgang an die Sitzung wird in Analogie zur Änderung des Nenners der KeZa 6 in der Spalte „fokale Therapie“ die SBRT (OPS-Codes: 8-523.05/.06/.07, 8-523.15/.16/.17) ergänzt. Die Änderung gilt mit Genehmigung des Protokolls als angenommen.

KeZa 6: Biopsie vor ablativer Therapie

Im Zuge der Anpassung des LL-QI (LL-Version 5.0) beschließt die Kommission, die stereotaktische Radiotherapie (SBRT) zusätzlich in den Nenner der Kennzahl aufzunehmen.

KeZa 10: Nephrektomie bei p T1

Im Rahmen der Anpassung des LL-QI (LL-Version 5.0) beschließt die Kommission, zukünftig im Nenner Pat. mit klinischer T-Kategorie T1 (cT1) und nicht mehr mit postoperativer/pathologischer T1-Kategorie (pT1) zu betrachten.

KeZa 13: Postoperative Komplikation nach Nierenteilresektion

Auf Eingabe der DKG wird aufgrund der guten Ergebnisse in den Zentren (Median 1,8 %; 95-Perzentile 14,9 %) eine Anpassung der Plausibilitätsgrenze diskutiert. Die Kommission beschließt, die obere Plausibilitätsgrenze von > 30 % auf > 15 % abzusenken.

NEUE KeZa: Minimal-invasive Resektion

Die Kommission beschließt die Einführung einer neuen Kennzahl auf Grundlage eines Leitlinien-Qualitätsindikators. Ziel der Kennzahl ist eine adäquate Rate an minimal-invasiven Resektionen. Der Nenner umfasst Primärfälle mit Nierenzellkarzinom und durchgeführter Resektion (partielle oder komplette Nierenresektion). Der Zähler umfasst diejenigen Primärfälle des Nenners, bei denen eine minimal-invasive (partielle oder komplette) Nierenresektion durchgeführt und eine R0-Resektion erreicht wurde.

Die Leitlinien-Qualitätsindikatoren „IMDC-Risikobewertung bei metastasiertem Nierenzellkarzinom“ und „Abschätzung des Risikos eines erblichen Hintergrundes“ werden von der Kommission, u.a. nach Abwägung von hohem Erfassungsaufwand [Papier-basierter Fragebogen] und geringem Anteil erblich-bedingter Tumore (ca. 4%), nicht in das KeZa-Set übernommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts Hoden

KeZa 6: Vollständigkeit histopathologischer Befundbericht

Die Kommission beschließt eine redaktionelle Anpassung der KeZa.

KeZa 7: Angebot Kryokonservierung

Die Kommission beschließt die bisherige Plausibilitätsgrenze in eine Sollvorgabe von $\geq 90\%$ zu überführen (s. auch TOP 3 „Jahresberichte“).

KeZa 8: Aktive Überwachung

Auf Eingabe wird diskutiert, dass sich die Kennzahl auf Primärfälle im Stadium I (IA/IB) bezieht und Pat. mit Risikofaktor (Rete-Testis-Invasion) sowie nachfolgender adjuvanter Chemotherapie nicht berücksichtigt werden. Zudem wird angemerkt, dass für diese Patientengruppe derzeit keine alternative Kennzahl zur Abbildung besteht. Seitens der DKG wird darauf hingewiesen, dass die Kennzahl dem LL-QI entspricht, in dem risikoadaptierte Therapiestrategien bereits berücksichtigt sind. Die Kommission beschließt keine Änderung vorzunehmen und auch die Sollvorgabe unverändert zu lassen.

TOP 4 Verschiedenes (Vorsitzende, Roth/DKG, Utzig/DKG)

Versorgungsforschung

Frau Roth (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte innerhalb des DKG-Zertifizierungssystems und in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Sie weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Update Krankenhausreform

Herr Dr. Utzig erläutert ausgewählte aktuelle gesundheitspolitische Themen, insbesondere das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG).

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmenden für die konstruktive und konsensorientierte Beratung.

Die Sitzung wird gegen 15:00 Uhr beendet.

Berlin, 20.05.2026

Protokoll: Utzig, Kaufmann

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
	Präambel Ein UOZ erfüllt mindestens die Anforderungen (gemäß Definition „Geltungsbereich“ auf Seite 2) für: 1 Prostatakrebszentrum + 1 weitere Tumorentität (Harnblase, Hoden, Niere) Ein Prostatakrebszentrum und ein Peniskarzinomzentrum bilden zusammen kein Uroonkologisches Zentrum.	Präambel Ein UOZ erfüllt mindestens die Anforderungen (gemäß Definition „Geltungsbereich“ auf Seite 2) für: 1 Prostatakrebszentrum + 1 weitere Tumorentität (Harnblase, Hoden, Niere) oder 3 Module (Harnblase, Hoden, Niere). Für die Zertifizierung der uroonkologischen Module (Harnblase, Hoden, Niere) ist es erforderlich, dass sich ein DKG-zertifiziertes Prostatakrebszentrum bzw. Onkologisches Zentrum am Standort befindet bzw. parallel mit erst-zertifiziert wird. Eine Zertifizierung für Peniskarzinome ist nur gemeinsam mit einer Zertifizierung als Prostatakrebszentrum möglich. Ein Prostatakrebszentrum und ein Peniskarzinomzentrum bilden zusammen kein Uroonkologisches Zentrum.
1.2.5c – MN	- Teilnehmer: Urologie, Radiologie, Internistische Onkologie, Pathologie - Die Strahlentherapie ist bei spezieller Indikation (z.B. ossärer Fernmetastasierung) einzubeziehen - Die Nephrologie ist bei spezieller Indikation einzubeziehen - Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. - Vorzustellen sind: [...]	- Teilnehmer: Urologie, Radiologie, Internistische Onkologie, Pathologie (online „on-demand“ möglich) - Die Strahlentherapie ist bei spezieller Indikation (z.B. ossärer Fernmetastasierung) einzubeziehen - Die Nephrologie ist bei spezieller Indikation einzubeziehen - Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. - Vorzustellen sind: [...]
1.2.5d – MB	- Teilnehmer: Urologie, Strahlentherapie, Radiologie, Internistische Onkologie, Pathologie - Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. - Vorzustellen sind: Fälle nach TUR-B (mind. T1 high-grade, T2) und Fälle nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+) sowie Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) u/o Rezidive nach TUR-B (mind. T1 high-grade u/o Cis) u/o nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	- Teilnehmer: Urologie, Strahlentherapie, Radiologie, Internistische Onkologie, Pathologie (online „on-demand“ möglich) - Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. Vorzustellen sind: - Fälle nach TUR-B (mind. T1 high-grade, T2) und Fälle nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+) sowie - Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) u/o - Rezidive nach TUR-B (mind. T1 high-grade u/o Cis) u/o nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+) Pat. mit organerhaltender Therapie
1.2.5e – MH	Teilnehmer: - Urologie, Internistische Onkologie (Qualifikation s. Kapitel 6.2), Strahlentherapie, Pathologie, Radiologie - Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden - bei Bedarf: Viszeral-/Thoraxchirurgie, Nuklearmedizin, Andrologie Vorzustellen sind: [...]	Teilnehmer: - Urologie, Internistische Onkologie (Qualifikation s. Kapitel 6.2), Strahlentherapie, Pathologie (online „on-demand“ möglich), Radiologie - Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden - bei Bedarf: Viszeral-/Thoraxchirurgie, Nuklearmedizin, Andrologie Vorzustellen sind: [...]
1.3.6 – UZ	Fortbildungen Es sind mindestens 2 x jährlich Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	Fortbildungen Es sind ist mindestens 2 x 1x jährlich eine Fortbildungsveranstaltung en für Ärzte durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.
NEU UZ		Onkologisches Basisscreening Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen. 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.

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
		Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen: • psychosoziale Belastungen • körperliche Symptome • Mangelernährungsrisiko • sozialrechtlich relevante Fragestellungen 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). 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 https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“. Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. 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 Basisscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen. Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.
1.4.1 - UZ	Psychoonkologie – Qualifikation • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert jeweils mit mind.1 psychotherapeutischen 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. und psychoonkologischer Fortbildung (DKG-angelernt). Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-angelernte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben. Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss appro-	Psychoonkologie – Qualifikation • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert jeweils mit in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener mind.1 psychotherapeutischen 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. oder Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG-angelernt). Bestandsschutz für alle Personen, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-angelernte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben bereits akkreditiert sind bzw. per Einzelfallprüfung anerkannt sind Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) am Standort

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
	biert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut) Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	ist als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut). Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.2 - UZ	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zu psychischen/psychosozialen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basiscreenings durchgeführt wird durchzuführen, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niederschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden, und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.3 - UZ	Psychoonkologie Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	Psychoonkologie Ressourcen Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.
1.4.4a - UZ	Umfang der Versorgung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat., ist darzustellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Umfang der Versorgung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat., ist darzustellen. Die Anzahl der Pat., welche psychoonkologisch versorgt worden sind, ist zu erfassen (Häufigkeit und Dauer) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
1.4.5 - UZ	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.g Gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.
1.4.6 - UZ	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.
1.4.7a - UZ	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung: • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.)	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der medizinischen Behandlung Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung-Versorgung sind u.a.: • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening auf psychosoziale Belastung und psychische Störung • Psychotherapeutische Interventionen zu Behandlung von psychischer Belastung und psychischer Störungen • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/Angehörigenberatung

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
	Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels	- Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern - Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) - Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels
1.4.7b - UZ	Empfohlen wird außerdem: - die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren. - eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich - die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte) - regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen - Kooperation mit Sozialdienst und anderen Zentren - Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote	Empfohlen wird außerdem: - die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren. - eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich - die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte) - regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen - Kooperation mit Sozialdienst und anderen Zentren - Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote
1.4.7c - UZ	Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mind. 2 x jährlich im Rahmen Zentrum (der Qualitätszirkel) Tumorkonferenz vorstellen.	Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mind. 2 x jährlich im Zentrum (Qualitätszirkel/Tumorkonferenz) vorstellen.
1.4.8 - UZ	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und 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 zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.
1.4.9 - UZ	Fort-/Weiterbildung/Supervision - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). - Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich)	Fort-/Weiterbildung/Supervision - Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mind. 1x jährlich im Rahmen des zentrumsspezifischen Qualitätszirkels - Mitwirkung bei Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeitenden - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). - Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen - Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist regelmäßig mindestens 4mal im Jahr zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich)
1.6.8 - UZ	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte: - Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ...) - Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, homepage des Zentrums) - Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen - Regelhafte Bereitstellung von Räumlichkeiten am Zentrum für Pat.gespräche - Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialarbeit, Seelsorge, Pflege und Medizin. - persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. - Mitwirkung pflegerische/ärztliche Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen, mit denen das Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen, die folgende Punkte beinhalten sollte: - Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, medikamentöse Tumorthherapie Chemotherapie, ...) - Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, homepage des Zentrums) - Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen - Regelhafte Bereitstellung von Räumlichkeiten am Zentrum für Pat.gespräche - Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialarbeit, Seelsorge, Pflege und Medizin. - persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. - Mitwirkung pflegerische/ärztliche Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe

1.8.1 - UZ	Onkologische Fachpflegekräfte - Am Zentrum muss mind. 1 aktive Onkologische Fachpflegekraft (1 VK) im Tagdienst tätig sein. - Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. - In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen. - Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegekraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es wird empfohlen während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Onkologische Fachpflegekraft nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die - Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung - oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) - oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische uro-onkologische Berufserfahrung (VK äquivalent in stationären, tagesstationären oder klinik-ambulantem Bereichen)	Onkologische Fachpflegepersonalkräfte - Am Zentrum muss mind. 1 aktive Onkologische Fachpflegepersonalkraft (1 VK) im Tagdienst tätig sein. - Onkologische Fachpflegepersonalkräfte sind namentlich zu benennen. - In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegepersonalkraft nachzuweisen. - Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegepersonalkraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es wird empfohlen während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegepersonalkraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Onkologische Fachpflegepersonalkraft nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegepersonalkraft ist die - Weiterbildung onkologische Fachpflegepersonalkraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung - oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder Weiterbildungsordnung einer Landespflegekammer - 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 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich. - oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische uro-onkologische Berufserfahrung (VK äquivalent in stationären, tagesstationären oder klinik-ambulantem Bereichen)
1.8.2 - UZ	Zuständigkeiten / Aufgaben Pat.bezogene Aufgaben: - Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen - Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards - Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen - Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. - Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Zentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren - Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes - Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. - Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2) ist wünschenswert - 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 Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen	Zuständigkeiten / Aufgaben Pat.bezogene Aufgaben: - Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen - Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards - Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen - Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs. - Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Zentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren - Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes - Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden. - Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kap. 1.2) ist wünschenswert - 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 Zentrum sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen - Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP- "Onkologische Pflegevisite" nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Or-

	Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Prostatakrebs-/Uroonkologischen Zentrum Berücksichtigung finden. • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Prostatakrebs-/Uroonkologischen Zentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3)	gankrebszentrum/Modul mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen. Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Prostatakrebs-/Uroonkologischen Zentrum Berücksichtigung finden. • Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv). • Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Prostatakrebs-/Uroonkologischen Zentrums. • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.3)
1.8.4 - UZ	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegepersonkraft zu erfolgen.
1.8.7 - MB	Anerkannte Ausbildung Stomatherapie: • Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin / Pflegeexperte für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen. • Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Stomatherapie“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. • Es wird empfohlen, während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. • Nach 3 Jahren ist die Stomatherapie nachzuweisen. Definition der Aufgaben der Stomatherapie • Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung und Schulung von Pat. und Angehörigen • Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch) • Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde	Anerkannte Ausbildung Stomatherapie: • Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin / Pflegeexperte für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen. • Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Stomatherapie“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten / Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. • Es wird empfohlen, während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegepersonkraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. • Nach 3 Jahren ist die Stomatherapie nachzuweisen. Definition der Aufgaben der Stomatherapie • Prästationäre bzw. präoperative sowie poststationäre Anleitung, Beratung und Schulung von Pat. und Angehörigen • Beteiligung bei der präoperativen Anzeichnung (bzw. geregelter Informationsaustausch) • Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde
3.2 - UZ	MTR der Radiologie • Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	MTR der Radiologie Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal • Mind. 2 qualifizierte MTR Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/radiologische Fachkräfte (MTR/MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein
4.2 - UZ	MTR der Nuklearmedizin: Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein	MTR der Nuklearmedizin Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal • Mind. 2 qualifizierte MTR Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/radiologische Fachkräfte (MTR/MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein
5.2.8. a - UZ	Operateure • Jeder Zentrumsopat. muss von einem der benannten Operateure operiert werden (bzw. im Rahmen einer Lehrassistenz).	Operateure • Jeder Zentrumsopat. muss von einem der benannten Operateure operiert werden (bzw. im Rahmen einer Lehrassistenz).

	Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Operateuren).	Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Operateuren). Senior-Operateur (optional/alternativ) (MN/MB/MH) - Qualifikationsbewertung ist bei OnkoZert zu beantragen - Benennung erfolgt in Eigenverantwortung des Zentrums (Voraussetzung positive Qualifikationsbewertung OnkoZert) - jährliche Rotation möglich
5.2.8. e - MN	Zulassung neuer Operateure In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 40 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien bei malignen Nierentumoren (ICD-10 C 64, C65) als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen).	Zulassung neuer Operateure Facharzt für Urologie - In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 40 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien bei malignen Nierentumoren (ICD-10 C 64, C65) als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen). Expertise Senior-Nierenoperateur - Anforderung bei Ernennung: frühestens 3 Jahre nach Benennung als Facharzt mind. 45 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien bei malignen Nierentumoren (ICD-10 C 64, C65) als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen) in den letzten 3 Jahren. - Gültigkeit Qualifikationsurkunde 5 Jahre - Anforderung bei Verlängerung: mind. 45 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien bei malignen Nierentumoren (ICD-10 C 64, C65) als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen) in den letzten 5 Jahren. - Operationen als Zweitoperateur (zum Zwecke der Weiterbildung bzw. Ausbildung oder Assistenz eines benannten Nierenoperateurs) können angerechnet werden.
5.2.8. g - MB	Zulassung neuer Operateure - In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD -10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen)). - Ebenso zählen vordere /komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose	Zulassung neuer Operateure Facharzt für Urologie - In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD -10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen)). - Ebenso zählen vordere /komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose Expertise Senior-Harnblasenoperateur - Anforderung bei Ernennung: frühestens 3 Jahre nach Benennung als Facharzt mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD -10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen)) (in den letzten 3 Jahren). - Vordere/komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose werden anerkannt - Gültigkeit Qualifikationsurkunde 5 Jahre - Anforderung bei Verlängerung: mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD -10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen)) (in den letzten 5 Jahren). - Vordere/komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose werden anerkannt

		Operationen als Zweitoperateur (zum Zwecke der Weiterbildung bzw. Ausbildung oder Assistenz eines benannten Harnblasenoperateurs) können angerechnet werden.
5.2.8.i - MH	Zulassung neuer Operateure In den letzten 3 Jahren kumulativ 9 retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	Zulassung neuer Operateure - Facharzt für Urologie - In den letzten 3 Jahren kumulativ 9 retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen). Expertise Senior-Hodenoperateur - Anforderung bei Ernennung: frühestens 3 Jahre nach Benennung als Facharzt mind. 9 retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen) in den letzten 3 Jahren. - Gültigkeit Qualifikationsurkunde 5 Jahre - Anforderung bei Verlängerung: mind. 9 retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen) in den letzten 5 Jahren. - Operationen als Zweitoperateur (zum Zwecke der Weiterbildung bzw. Ausbildung oder Assistenz eines benannten Hodenoperateurs) können angerechnet werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.
5.2.10 - UZ	Information / Dialog mit Pat.: Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte. - Angebot und Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen. - Entlassungsgespräche als Standard. [...]	Information / Dialog mit Pat.: Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte. - Angebot und Unterstützung bei der Einholung von einer Zweitmeinungen. - Entlassungsgespräche als Standard. [...]
6.2.3 - UZ	Pflegefachkraft/medizinische Fachangestellte Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegekraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. [...]	Pflegefachkraft/medizinische Fachangestellte Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegepersonkraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. [...]
6.2.15 - UZ	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Unterstützung bei der Einholung von Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard - Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen / Aufzeichnungen zu dokumentieren.	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: - Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Unterstützung bei der Einholung von einer Zweitmeinungen - Entlassungsgespräche als Standard - Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen / Aufzeichnungen zu dokumentieren.
6.2.16 - UZ	Schemata für systemische Therapie Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen.	a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapie - Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. - In die Therapiepläne sind die LL-entsprechenden Antiemetika aufzunehmen. - Im speziellen bei hoch-emetogenen/ moderat-emetogenen Therapien soll die leitliniengerechte antiemetische Prophylaxe und Therapie in den Therapieplan aufgenommen werden: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/, Tab. 33

	- Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. - Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen - Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. Therapiepläne - Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.	- Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. - Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen - Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. b) individueller Therapieplan Therapiepläne - Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. c) Freigabe/Gabe der Therapie - Die Therapie ist am Applikationstag zu überprüfen, für den Pat. freizugeben und die Gabe inkl. Uhrzeit zu dokumentieren. Weitere Erläuterungen siehe FAQ (OZ)
EB PAT 8.1	Tumorkonferenz - Verbindliche Teilnahme Pathologie, ggf. online on demand (entitätsspezifisch) - Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau - Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)	Tumorkonferenz - Verbindliche Teilnahme Pathologie, ggf. online on demand (Blase, Niere, Hoden) - Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)
EB PAT 8.11 MH	Befundbericht des Hodenpräparates - Seitenangabe - Hodengröße - max. Tumorgöße (in 3 Dimensionen) - makroskopische Merkmale d. Nebenhodens, Samenstranges und der Tunica vaginalis - Tumor im Absetzungsrand (ja/nein) - histolog. Typ mit Spezifizierung individueller Komponenten und prozentualer Bestimmung gemäß WHO 2016 - peritumorale venöse und/oder lymphatische Invasion - Invasion der Tunica albuginea (ja/nein) - Invasion der Tunica vaginalis (ja/nein) - Invasion der Rete testis (ja/nein) - Invasion des Weichgewebes des Hilus, des Nebenhodens, oder des Samenstranges (ja/ nein) - Germ cell neoplasia in situ im nicht-tumorösen Parenchym - pT Kategorie gemäß der TNM Klassifikation von 2017	Befundbericht des Hodenpräparates - Seitenangabe - Hodengröße - max. Tumorgöße (in 3 Dimensionen) - makroskopische Merkmale d. Nebenhodens, Samenstranges und der Tunica vaginalis - Tumor im Absetzungsrand (ja/nein) - histolog. Typ mit Spezifizierung individueller Komponenten und prozentualer Bestimmung gemäß gültiger WHO-Klassifikation 2016 - peritumorale venöse und/oder lymphatische Invasion - Invasion der Tunica albuginea (ja/nein) - Invasion der Tunica vaginalis (ja/nein) - Invasion der Rete testis (ja/nein) - Invasion des Weichgewebes des Hilus, des Nebenhodens, oder des Samenstranges (ja/ nein) - Germ cell neoplasia in situ im nicht-tumorösen Parenchym - pT Kategorie gemäß gültiger der TNM Klassifikation von 2017
9.1.1 - UZ	- Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Kooperationspartnern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen. Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfad für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3, S. 174) unter Nennung aller Beteiligten zu beschreiben. - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. - Die Gruppe der Pat. mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP). - 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.	- Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Kooperationspartnern-Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen. - Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfad für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 13, S. 174) unter Nennung aller Beteiligten zu beschreiben. - Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. - Die Gruppe der Pat. mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese 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.