

Erhebungsbogen für Uroonkologische Zentren/ Prostatakrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren/ Prostatakrebszentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M. Burchardt, Prof. Dr. D. Böhmer

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Arbeitsgemeinschaft Tumorklassifikation in der Onkologie (ATO)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen (BDP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU)
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs (DSFJEMK)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Fachexpert*innen
Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde (FgSKW)
German Testicular Cancer Study Group (GTCSG)
Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der DKG (IABC)
Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Nierenzellkarzinom (IAG-N)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Nierenkrebs-Netzwerk Deutschland
Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs (ShB)
S3-Leitlinie Harnblasenkarzinom
S3-Leitlinie Keimzelltumore des Hodens
S3-Leitlinie Nierenzellkarzinom
S3-Leitlinie Peniskarzinom
S3-Leitlinie Prostatakarzinom
Ständige Gäste:

- OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

Der hier vorliegende Erhebungsbogen inkl. Anlagen ist für alle Zentren verbindlich anzuwenden.

Auditjahr: **2027**

Version: **R1**

Stand: **06.08.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich **grün** gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2026 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2027 durchgeführten Audits gültig.

Eingearbeitet wurde:

- S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“
- S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“
- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens“
- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms“
- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Peniskarzinoms“

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) dar.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Farblegende „schwarz“für alle Organe relevant

nur relevant für „Prostata“

nur relevant für „Niere“

nur relevant für „Harnblase“

nur relevant für „Hoden“

nur relevant für „Penis“

Präambel

In den zertifizierten Zentren werden interdisziplinär, interprofessionell und transsektoral arbeitende Netzwerke etabliert, die aus Sicht der Pat. die gesamte Versorgungskette abbilden^[1]. Grundlage der klinischen Arbeit sind die Inhalte der evidenzbasierten Leitlinien. Über das [Leitlinienprogramm Onkologie](#) wurde eine Reihe von uroonkologischen Leitlinien mit den dazugehörigen Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Auf Basis dieser Leitlinien hat die Zertifizierungskommission (s. Titelblatt) die Inhalte erstellt, die in den Uroonkologischen Zentren zur Anwendung kommen.

Um die praktische Umsetzung zu erleichtern und die Anzahl der Erhebungsbögen und Auditverfahren zu reduzieren, wurden die einzelnen Tumorentitäten (Definition „Geltungsbereich“ auf Seite 2) unter dem Dach „Uroonkologisches Zentrum“ (UOZ) zusammengefasst. Entsprechend der eigenen Spezialisierung und Expertise können die Zentren den Geltungsbereich des Zentrums selbstständig festlegen.

Eine Zertifizierung für Peniskarzinome ist nur gemeinsam mit einer Zertifizierung als Prostatakrebszentrum möglich.

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 erstzertifiziert wird.

Eine Zertifizierung für Peniskarzinome ist nur gemeinsam mit einer Zertifizierung als Prostatakrebszentrum möglich.

Ein Prostatakrebszentrum und ein Peniskarzinomzentrum bilden zusammen kein Uroonkologisches Zentrum.

Ungeachtet dessen ist die Zertifizierung eines eigenständigen Prostatakrebszentrums weiterhin möglich.

Die Zertifizierung erfolgt, unabhängig von der Anzahl der gewählten Module, während eines Audits. Eine spätere Veränderung des Geltungsbereichs ist möglich. Der Geltungsbereich wird auf dem Zertifikat ausgewiesen.

Für singuläre Prostatakrebszentren ist die Erfüllung der Anforderungen obligat im Erhebungsbogen für Uroonkologische Zentren/ Prostatakrebszentren darzulegen (separater Erhebungsbogen für Prostatakrebszentren steht nicht mehr zur Verfügung). Anforderungen, welche in der Spalte „Kap.“ mit der Angabe „UZ“ versehen sind, sind für alle Organe relevant und gelten somit sowohl für Uroonkologische Zentren als auch für singuläre Prostatakrebszentren.

[1] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Nationaler_Krebsplan-Zieluebersicht.pdf

Angaben zum Uroonkologischen Zentrum/ Prostatakrebszentrum

Zentrumsname	
Leitung des Zentrums	
Zentrumskoordination	
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	

Geltungsbereich des Zentrums:

☐ Prostata	☐ Niere	☐ Harnblase
☐ Hoden	☐ Penis	

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammbblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammbblattes zu benennen. Das Stammbblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik und Therapie
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)
 - 6.2 Medikamentöse Tumorthherapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Das Inhaltsverzeichnis ist für alle Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft einheitlich. Die nicht relevanten Kapitel sind als "Nicht belegt" gekennzeichnet.

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt - Prostata (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Niere (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Harnblase (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Hoden (Excel-Vorlage)
Datenblatt - Penis (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1.a - UZ	Zentrumsleitung Es sind folgende Funktionen namentlich zu benennen: - Leitung des Zentrums (max. 2 Leitungen/Zentrum, davon 1 benannte Ansprechperson) - Koordination Koordination – Aufgaben - Koordination interne/externe Audits - Überwachung der Fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung - Kommunikationsschnittstelle - Steuerung/Überwachung der fachbereichsübergreifenden Aktionen	
1.1.1.b - UZ	Kooperationspartner Hauptkooperationspartner und Behandlungspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein. Hauptkooperationspartner - Urologie - Strahlentherapie - Internistische Onkologie - Pathologie - Radiologie - Nuklearmedizin (für Prostata) Kooperationspartner - Psychoonkologie - Sozialdienst - Stomatherapie (Harnblase) - Nuklearmedizin (für Harnblase, Hoden, Niere, Penis) - Schmerztherapie - Selbsthilfegruppe - Palliativmedizin - Laboratoriumsmedizin - Humangenetik (für Niere) - Nephrologie (Niere) - Ernährungsberatung Hinzuzuziehende Fachdisziplinen u.a. lt. ASV-RL (Kooperationsvereinbarung nicht notwendig, stattdessen z.B. SOP) - Gefäßchirurgie - Gastroenterologie - Kardiologie - Neurologie - Viszeralchirurgie - Gynäkologie/Gyn. Onkologie - Thoraxchirurgie	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Physiotherapie • Fakultativ für Hoden: Andrologie Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin - Onkologie Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.7). Wenn das ZPM u. das UZ unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort sind, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.4 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	
1.1.1.c - UZ	Die Leitungsstrukturen des Zentrums sowie QM-Verantwortlichkeiten und Netzkoordination sind klar festzulegen. • Geschäftsordnung (regelt Verhältnis der Hauptkooperationspartner untereinander) • Stellenbeschreibung QMB • Stellenbeschreibung Koordination Die Leitung des Zentrums stellt die Umsetzung von Normen und gesetzlichen Regelungen sicher.	
1.1.1.d - PZ	Kooperationsmodelle • Innerhalb eines Zentrums ist eine Kooperation von bis zu 2 operativen Urologien möglich, wenn jede operative Urologie eigenständig ihre operativen Primärfälle erbringt. Die Primärfallzahl muss dann mind. 200 betragen • Innerhalb eines Zentrums ist eine Kooperation von bis zu 2 Strahlentherapien möglich, wenn jede Strahlentherapie eigenständig ihre Expertise nachweist. Vertritt eine Klinikleitung 2 Abteilungen, müssen die Leistungskennzahlen eigenständig für jede Abteilung getrennt erbracht werden. Voraussetzung für alle Kooperationsmodelle: • identischer Zentrumsname • gemeinsame Tumorkonferenz • Vorherige Strukturbewertung durch OnkoZert erforderlich	
1.1.2 - UZ	Das Zentrum hat ein klares Leitbild und quantitative Qualitätsziele definiert. Die Interdisziplinarität und die evidenzbasierte Medizin spiegeln sich in den Aussagen eindeutig wider und sind in der Praxis nachvollziehbar. Die grundsätzliche Ausrichtung des Zentrums ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt.	
1.1.3 - UZ	Die Erreichung der Qualitätsziele wird gemessen. Die Ergebnisse werden einer dokumentierten Bewertung unterzogen. In einer jährlichen Qualitätsplanung unter der Verantwortung von	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Zentrumsleitung • Koordination • QM-Beauftragter (BÄK, DIN, DGQ oder Äquivalent) werden klare Strategien definiert, welche die Zielerreichung fördern. Der QM-Beauftragte kann die gleiche Rolle auch in weiteren Organkrebszentren wahrnehmen.	
1.1.4 - UZ	Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden Fachlichen Anforderungen des Erhebungsbogens nachweislich erfüllen. Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert). Die Vereinbarungen sind jährlich durch das Zentrum auf Aktualität zu überprüfen. Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der nachfolgend genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein). Folgende Punkte sind zu regeln: • Verbindliche Teilnahme an der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz • 24h/7d-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner im Zentrum: Urologen, Radiologen, Hämato-Onkologen • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien (S3-Leitlinien) • Beschreibung von Zusammenarbeit und Schnittstellen • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einverständniserklärung des Behandlungspartners, öffentlich als Teil des Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit	
1.1.5.a - UZ	Ansprechpartner des Zentrums Die Ansprechpartner des Zentrums am	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Klinikstandort sowie für die einzelnen Kooperationspartner sind namentlich zu benennen und bekannt zu geben (z.B. im Internet). In ärztlichen Bereichen müssen die Verantwortlichkeiten auf Facharztniveau definiert sein. Behandlungspartner, welche eine Zusammenarbeit mit dem Zentrum schriftlich vereinbart haben, werden als Kooperationspartner des Zentrums bezeichnet. Liegt eine solche schriftliche Vereinbarung nicht vor, können von diesen Leistungserbringern und Behandlungspartnern auch Pat. des Zentrums versorgt werden. Jedoch dürfen sich diese nicht als Kooperationspartner bzw. Teil des zertifizierten Zentrums bezeichnen.	
1.1.5.b - UZ	Darstellung des Zentrums Die Struktur des Zentrums ist gesamtheitlich darzustellen und öffentlich bekanntzumachen (z.B. Internet). Dies umfasst auch die Benennung sämtlicher interner/externer Kooperationspartner mit folgenden Angaben: - Name, Anschrift des Kooperationspartners - Ansprechpartner mit Tel./e-mail Kontakt.	
1.1.6 - UZ	Strategieplanung/Reporting Es wird empfohlen, auf Leitungsebene ein jährliches Review durchzuführen, in dem z.B. folgende Aspekte betrachtet werden: - Zieldefinition/-bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele - Betrachtung von Auditergebnissen (intern/extern) - Personelle Ressourcen für Zentrumssteuerung (Koordination) - Öffentlichkeitsarbeit/Pat.information - Tumordokumentation/Ergebnisqualität Der / die Träger des Zentrums stellen ausreichende finanzielle Mittel / Ressourcen zur Verfügung, um die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zu erfüllen.	
1.1.7 - UZ	Pat.pfade Es müssen übergeordnete Pat.pfade definiert sein, die unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien das Vorgehen vom Eintritt der Pat. in das Zentrum bis zum Abschluss der Betreuung abbilden. Die Pat.pfade berücksichtigen die Interdisziplinarität des Zentrums und die Vernetzung mit den Niedergelassenen. Pfade sind festzulegen für: - Vorsorge und Diagnostik - Therapie - Nachsorge - Rehabilitation - Palliation	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pat.pfade können z.B. zusammenfassend in einem QM-Handbuch beschrieben werden.	
1.1.8 - UZ	Interne Audits Interne Audits müssen mindestens jährlich durchgeführt werden und mittels Vorlage von Auditberichten nachgewiesen werden. Das interne Audit hat im Vorfeld der Erstzertifizierung erstmalig zu erfolgen.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1.a - UZ	Anzahl Fälle im Zentrum Definition Zentrumsfall - alle Pat. mit Erstdiagnose, lokalisiert und/oder metastasiert, sowie alle Pat. mit Rezidiv oder sekundärer Metastasierung, die im Zentrum bzw. der TK vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie (Operation, Strahlentherapie, Systemische Th., watchful waiting, Active surveillance o.ä.) erhalten - Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen - Pat. kann als Zentrumsfall nur für 1 Zentrum gezählt werden - Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt. - Interdisziplinärer Therapieplan muss vorliegen - Prostata: Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der (Erst-) Vorstellung im Zentrum; - Peniskarzinom: Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der (Erst-) Vorstellung im Zentrum - für die anderen Entitäten gilt: Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Diagnose (Datum der Biopsie) - Histologischer Befund muss vorliegen - Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem Definition Primärfall (Teilmenge Zentrumsfall): - Pat. mit Ersterkrankung (inkl. primär M1) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.1.b - PZ	Primärfälle Prostatakarzinom pro Jahr > 100 Primärfälle im Jahr	
1.2.1.c - MN	Das Zentrum muss jährlich 35 Pat. mit der Diagnose eines Nierenzellkarzinoms (ICD-10 C64) behandeln Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.1.d - MB	Das Zentrum muss jährlich 50 Pat. mit der Primärdiagnose eines Harnblasenkarzinoms und/oder seiner Vorstufen (ICD-10 C67, D09.0,	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	D41.4) behandeln Definition: gezählt werden Karzinome und Vorstufen (nichtinvasives papilläres Karzinom, Carcinoma in situ); nicht gezählt werden Papillome	
1.2.1.e - MH	Das Zentrum muss jährlich 15 Pat. mit der Primärdiagnose - eines Keimzelltumors des Hodens inkl. seiner Vorstufen (Keimzellneoplasie in situ) oder - eines Keimstrang-/Stromatumors des Hodens oder - eines extragonadalen Keimzelltumor (s. Diagnoseliste im Datenblatt) behandeln.	
1.2.1.f - MPEN	Das Zentrum muss jährlich 8 Pat. mit der Erstdiagnose eines Peniskarzinoms und/oder seiner Vorstufen (ICD-10 C60, D07.4) behandeln. Hierzu zählen auch Pat., die nach lokaler Therapie (operativ, Laser) zur Lymphknotendiagnostik (MIL [modifizierte inguinale Lymphadenektomie], DSNB [dynamische Sentinel-Lymphknotenbiopsie]) oder Lymphknotentherapie und ggf. adjuvanter Therapie im Rahmen der Primärtherapie ins Zentrum überwiesen werden.	
1.2.2 - PZ	Zuweisung von Pat. mit Prostatakrebs in das Zentrum: Es ist zu beschreiben, wie ein Pat. im Zentrum zur prätherapeutischen Konferenz vorgestellt werden kann und auf welcher Basis ggf. eine Spezialsprechstunde durchgeführt wird (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung). Primäre Einweisung an Hauptkooperationspartner - Einweisung des Pat. an einen Hauptkooperationspartner in das Zentrum - Behandlungsplan anlegen aufgrund vorliegender Befunde (Biopsie, PSA, Therapievorschlag) durch Leistungserbringer - Pat.gespräch anbieten und durchführen (ggf. interdisziplinäres Gespräch) - Behandlungsplan ergänzen - kein interdisziplinäres Gespräch erwünscht --> Vergabe OP-Termin / Strahlentherapieplanung	
1.2.3 - PZ	Interdisziplinäres Gespräch (optional) Interdisziplinäre Gespräche sollten für Pat. eines PCA-Zentrums angeboten werden. - Teilnehmer: Pat. + Strahlentherapeut + Urologe - Ergebnis: Fortschreibung Behandlungsplan Anzahl interdisziplinärer Gespräche (Pat.)	
1.2.4.a - PZ	Prätherapeutische Konferenz	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Die prätherapeutische Konferenz muss mindestens wöchentlich auf Facharzzebene zum Zweck der Therapieplanung erfolgen. - Die Verantwortungen für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung sind festzulegen (siehe 1.2.6) - Teilnahmequote der Fachrichtungen > 95 %	
1.2.4.b - PZ	- Teilnehmer: Urologe und Strahlentherapeut - Vorzustellen sind: Alle Primärfälle ohne prim. M1	
1.2.4.c - PZ	Besonderheiten Prätherapeutische Konferenz: - Physische Anwesenheit der Teilnehmer nur bei unklaren Fällen verpflichtend. Ansonsten telefonische Abstimmung bzw. online-Vidierung ausreichend. Nutzung von Videokonferenz-Systemen ist gegenüber Telefonkonferenzen zu bevorzugen. - Demonstration Bildmaterial - Pat.bezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss bei der Konferenz für fortgeschrittene Tumore verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein. Eine EDV-gestützte Darstellung ist ausreichend. - Sofern ein Strahlentherapeut mit mehreren urologischen Kliniken kooperiert, dann hat diese Strahlentherapie unabhängig davon alle Primärfälle, die mit kurativer Intention bestrahlt werden (siehe Def. Kapitel 7), in dem entsprechenden Zentrum vorzustellen. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller strahlentherapeutisch vorgestellten Prostatakarzinompat., in der eine Zentrums-Zuordnung erfolgt (Zentrum zertifiziert, Zertifizierung in Vorbereitung, kein Zentrum). Die Vorstellungsquote von 90 % ist in allen kooperierenden Zentren separat zu erzielen. Die Vorstellung ist gemäß den hier beschriebenen Anforderungen nachzuweisen. Diese Pat.-Zuordnung hat auch Relevanz für die Tumordokumentation.	
1.2.4.d - PZ	Ablauf der prätherapeutischen Konferenz - Einweisung Pat. an einen Leistungserbringer des Zentrums - Sämtliche Parameter sind von dem zuständigen Leistungserbringer im Vorfeld in der Vorlage „Behandlungsplan“ zu erheben - Sämtliche Fälle sind in einer Liste zu erfassen - Vorstellung Pat. in der Konferenz Abstimmung der Parameter und Ergänzung Behandlungsplan - Ergebnismitteilung innerhalb von 10 Arbeitstagen über Behandlungsplan an Einweiser, Pat. und jeden von ihm benannten Arzt (z.B. Kopie des Behandlungsplanes) durch den Arzt, bei dem d. Pat. primär	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	vorgestellt wurde.	
1.2.5.a - UZ	Tumorkonferenz - Die Tumorkonferenz muss wöchentlich auf Facharzzebene zum Zweck der Therapieplanung erfolgen. - Die Verantwortungen für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung sind festzulegen - Teilnahmequote der Fachrichtungen > 95 % Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.b - PZ	Teilnehmer: - Urologie - Strahlentherapie - Hämatologie/Internistische Onkologie - Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser in Ausnahmen durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. - Pathologie - Radiologie - Nuklearmedizin Vorzustellen sind: - Alle Primärfälle mit diskussionswürdiger Histologie ($\geq$ pT3a und/oder R1 und/oder pN+); i.d.R. keine verbindliche Verpflichtung bei sonstigen primär strahlentherapierten Pat. bzw. bei kurativ operierten Pat. - Alle Pat. mit Rezidiven oder Metastasen - Mind. 10 Pat. mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom/Jahr Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5.c - MN	- 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: Pat. mit lokal fortgeschrittenem Tumor ($\geq$ cT4 /pT4 u/o c/pN+), Pat. mit R1-Resektion, Pat. mit $\geq$ intermediär-hohem Risiko, Pat. mit seltener Histologie (also nicht klarzellige und/oder papilläre und/oder chromophobe	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Nierenkarzinome), Pat. mit Anhaltspunkte für hereditäre Genese, Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen u/o Rezidiv	
1.2.5.d - MB	- 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	
1.2.5.e - MH	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: - postoperativ alle Pat. mit Erstdiagnose eines Keimzelltumors - alle Pat. mit (gonadalem/extragenadalem) Keimzelltumor, die nach Chemotherapie einen Residualtumor aufweisen - prätherapeutisch alle Pat. mit - Rezidiv u./o. neu aufgetretenen Fernmetastasen - primärer Chemotherapie - extragonadalem Keimzelltumor	
1.2.5.f - MPEN	Teilnehmer: - Urologie - Hämatologie/internistische Onkologie - Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser in Ausnahmen durch den für die Chemotherapie zuständigen Urologen (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. - Pathologie - Radiologie	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Strahlentherapie Vorzustellen sind: • alle Pat. mit Indikation einer multimodalen Therapie (cT4 und/oder cN3) • alle Pat. mit invasivem Karzinom $\geq$ pT1b vor invasiver LK-Diagnostik (dynamische Sentinel-Lymphknotenbiopsie [DSNB, OPS 5-401.51/.52/.53, 5-401.a1/.a2/a3] oder modifizierte inguinale Lymphadenektomie [MIL, OPS 5-402.4/.9]) • alle Pat. nach (radikaler/therapeutischer) inguinaler u./o. pelviner Lymphadenektomie (OPS 5-404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/.3/.4) • alle Pat. mit Progress, Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastase u./o. Rezidiv	
1.2.5.g - UZ	Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologe, Sozialarbeit, Pflege) und in der Palliativsituation tätige Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen. Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel). Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon an mind. 30 % der Tumorkonferenzen teilzunehmen (kooperierende Urologische Praxen 4x jährlich).	
1.2.6.a - UZ	Allgemeine Anforderungen prätherapeutische Konferenz/Tumorkonferenz Für alle prätherapeutischen Konferenzen/Tumorkonferenzen des Zentrums gilt:	
1.2.6.b - UZ	Abstimmung mit Einweiser Unterschiede oder Unklarheiten gegenüber den Angaben des Einweisers sind direkt und persönlich mit dem Einweiser abzuklären.	
1.2.6.c - UZ	Allgemeines zum Behandlungsplan Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll prätherapeutische Konferenz/Tumorkonferenz“). Er muss Teil der Pat.akte sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen. Der Behandlungsplan sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden. Auf Wunsch erhält der Pat. eine Kopie des Behandlungsplans.	
1.2.6.d - UZ	Vorbereitung Tumorkonferenz Die wesentlichen Pat.daten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbeurteilung	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	von geeigneten Studienpat. ist vorzunehmen. Für Pat., die nicht in der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz vorgestellt werden, ist ein schriftlicher interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen.	
1.2.6.e - MH	In Vorbereitung auf die Tumorkonferenz soll geklärt werden, ob mit dem Pat. ein Gespräch über den Fertilitätserhalt geführt worden ist.	
1.2.6.f - UZ	Demonstration Bildmaterial Pat.bezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss – sofern vorhanden und für die Fragestellung relevant - bei der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein. Eine EDV-gestützte Darstellung ist ausreichend. Web/Online-Konferenz Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Jeder Kooperationspartner muss die Möglichkeit haben, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorzustellen.	
1.2.6.g - UZ	Protokollierung Das Ergebnis der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz besteht aus einem schriftlichen, interdisziplinären Protokoll (wird auch als „Behandlungsplan“ bezeichnet).	
1.2.6.h - UZ	Therapieabweichung • Das therapeutische Vorgehen soll sich an den Behandlungsplänen bzw. Empfehlungen der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz orientieren. • 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. • 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.	
1.2.6.i - UZ	Teilnahme prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen sollte eine einmalige Teilnahme an der Tumorkonferenz ermöglicht werden (Auffrischung alle 3 Jahre): • Assistenzpersonal (MTR, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie • Mitarbeiter Psychoonkologie und Apotheke	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt.	
1.2.7 - UZ	Metastasierte Tumoren Verfahren für die Versorgung (Diagnose/ Therapie) von Pat. mit PSA (nur Prostata)/ mit Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade – ein schriftliches Verfahren zur systemischen Therapie bei metastasierten Pat. muss vorliegen). Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, - die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, - die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, - die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.	
1.2.8 - UZ	Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen - Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz. - Konferenz kann terminlich mit der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz gekoppelt werden. - Eine Teilnehmerliste wird geführt. - M&M-Konferenzen sind mind. 2 x jährlich durchzuführen. - Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf (z.B. ≥ Grad3 CTC). Postoperativ/-interventionell verstorbene Pat. sind in jedem Fall zu besprechen. - M&M-Konferenzen sind zu protokollieren. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.9 - UZ	Qualitätszirkel - Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel sind festzulegen. - Es sind mind. 3 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen uroonkologische Themen als einer der Schwerpunkte betrachtet werden. - Eine Teilnehmerliste wird geführt. - Alle Hauptkooperationspartner nehmen an den Qualitätszirkeln teil. Der Teilnehmerkreis kann z.B. durch Niedergelassene ergänzt werden. Sofern Hauptkooperationspartner nicht an den Q-Zirkeln des Zentrums teilnehmen, dann haben diese	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Hauptkooperationspartner eigenständig Q-Zirkel in dem geforderten Umfang nachzuweisen (Kombination möglich). • Organisation und Protokollierung durch Koordination oder QM-Beauftragten. • Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums geeignet erscheinen. • Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ein Q-Zirkel stattgefunden haben. Das Ergebnis des Qualitätszirkels ist zu protokollieren. Mögliche Themen: • Analyse der Ergebnisqualität (Benchmarking) • Interdisziplinäre Fortbildung • Interdisziplinäre Fallbesprechung • Strukturelle Verbesserungen des Zentrums • Öffentlichkeitsarbeit	
1.2.10 - MN, MB, MH	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. 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“	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.	
1.2.11 - UZ	Fortbildungen • Es sind für das Netzwerk des Uroonkologischen Zentrums mindestens 2 x jährlich Fortbildungsveranstaltungen anzubieten (ggf. auch im Anschluss an MM-Konferenzen/Q-Zirkel). • Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen.	
1.2.12 - UZ	Veranstaltungen des Zentrums Jeder Hauptkooperationspartner hat an mind. 2 Veranstaltungen des Zentrums teilzunehmen. Anerkannt werden: • Q-Zirkel • Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz • Fortbildungen	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1 - UZ	Kooperierende Einweiser (Integrierte Versorgung): Es ist eine Liste der kooperierenden Einweiser (z.B. Urologen, Allgemeinmediziner) zu führen. Einweiser können selbständig bei der prätherapeutischen Konferenz/Tumorkonferenz Pat. vorstellen (z.B. bei Verdacht auf Rezidiv). Die Einweiser müssen über diese Möglichkeiten informiert werden. Allgemeiner Hinweis: Es gibt natürlich auch Urologen, die keine Kooperationspartner sind und nur Pat. z.B. zur Diagnostik und Therapie einweisen.	
1.3.2 -	Zuweisung des Pat. in das Zentrum:	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
PZ	Es ist zu beschreiben, wie ein Pat. im Zentrum zur prätherapeutischen Konferenz vorgestellt werden kann und auf welcher Basis ggf. eine Spezialsprechstunde durchgeführt wird (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung). Verweis auf EB 1.2.2 möglich	
1.3.3 - UZ	Bereitstellung von Unterlagen Der Urologe bzw. der Strahlentherapeut sind für die Arztbriefherstellung der ihnen zugewiesenen Pat. verantwortlich. Dem Einweiser, dem Pat. und jedem von ihm benannten Arzt sind ≤ 2 Arbeitstage nach Vorliegen der gesammelten Unterlagen bereitzustellen: • Histologie • Ggf. Tumorkonferenzprotokoll/ Behandlungsplan • Ggf. Änderungen der Therapie	
1.3.4 - UZ	Ansprechpartner Die Ansprechpartner des Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zu geben (z.B. Telefon, E-Mail). Dies kann mit der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.	
1.3.5 - UZ	Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die mitbehandelnden Ärzte zur Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen / Fragen der Haupteinweiser einzurichten.	
1.3.6 - UZ	Fortbildungen Es sind ist mindestens 2x 1x jährlich eine Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	
1.3.7 - UZ	Einweiserzufriedenheitsermittlung • Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Eine abteilungsübergreifende Befragung kann anerkannt werden. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.	
1.3.8 - UZ	Tumordokumentation / Follow-up • Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben. • Die Anforderungen hierzu sind unter „10 Tumordokumentation“ abgebildet.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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 in fortgeschrittener oder mit abgeschlossener mind. 1 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. oder Psychotherapeuten (approbiert) in oder mit fachpsychotherapeutischer Weiterbildung und jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG-anerkannt). Bestandsschutz für alle Personen, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte 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 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.	
1.4.2 - UZ	Psychoonkologie - Angebot und Zugang 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 Basisscreenings durchgeführt wird durchzuführen, auf dessen Grundlage die	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".	
1.4.3 - UZ	Psychoonkologie Ressourcen Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen 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.	
1.4.4 - UZ	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.	
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.	
1.4.7.a - UZ	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	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/Angehörigenberatung • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) • Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels	
1.4.7.b - 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	
1.4.7.c - UZ	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.	
1.4.9 - UZ	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)	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1 - UZ	Sozialarbeit – Qualifikation • Sozialarbeiter / Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich	
1.5.2 - UZ	Sozialdienst - Ressourcen: Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierg, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	
1.5.3 - UZ	Sozialarbeit - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.	
1.5.4 - UZ	Umfang Pat.betreuung Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	
1.5.5 - UZ	Räumlichkeiten Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.5.6 - UZ	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.5.7.a - UZ	Inhalte der Beratung unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale Erstberatung onkologischer Pat. durch Soziale Arbeit): • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen Rehammaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile u.v.a.m.) • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten u. Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Entlassmanagement • Intervention bei Notfällen	
1.5.7.b - UZ	Weitere Aufgaben:	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums u/o Pat. - Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit - Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision - interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.	
1.5.8 - UZ	Dokumentation und Evaluation Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu dokumentieren (z.B. CareSD, KIS,) und zu evaluieren.	
1.5.9 - UZ	Fort-/Weiterbildung - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). - Angebot von Supervision	
1.5.10 - UZ	Pat.bezogene Auswahl Reha-Einrichtungen Den Pat. sollte bei bestehender Indikation eine onkologische Reha im Gespräch angeboten werden. (siehe auch 1.5.7).	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1 - UZ	Pat.befragungen: - Minimum alle 3 Jahre über 3 Monate wird allen Zentrumspat. die Möglichkeit gegeben, an der Pat.befragung teilzunehmen. - Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten). - Befragung kann auch im Rahmen einer klinikübergreifenden Befragung stattfinden	
1.6.2 - UZ	Auswertung Pat.befragung: - Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. - Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Zentrums zu beziehen. - Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. - Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen.	
1.6.3 - UZ	Pat.information (allgemein): - Das Zentrum soll sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorstellen (z.B. in einer Broschüre, Pat.mappe, über die Homepage). - Die Kooperationspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. - Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Selbsthilfe,	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Behandlungsmaßnahmen und Alternativen.	
1.6.4 - UZ	Entlassungsgespräch Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen bereitgestellt werden: z.B. Krankheitsstatus, Therapieplanung, Nachsorge, personalisierter Langzeitnachsorgeplan (Testicular Cancer Survivorship Plan (nur Hoden)), supportive Maßnahmen (z.B. Reha, Sanitätshaus, psychosoziales Angebot). Bereitgestellte Informationen z.B. uroonkologische Pat.leitlinien über www.leitlinienprogramm-onkologie.de	
1.6.5 - UZ	Pat.information (fallbezogen): Dem Pat. wird aktiv die Bereitstellung folgender Unterlagen angeboten. Der Pat. erhält auf Wunsch folgende Dokumente: • Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan • Arztbrief • Nachsorgeplan / Nachsorgepass • Ggf. Studienunterlagen	
1.6.6 - UZ	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich vom Zentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. und / oder Interessierte durchzuführen. Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.7 - UZ	Beschwerdemanagement Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Pat. erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.	
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, medikamentöse Tumorthherapie Chemotherapie,) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, homepage des Zentrums) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten am Zentrum für Pat.gespräche	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- 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	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1 - UZ	Zugang zu Studien Den Pat. muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren (inkl. Kurzbeschreibung der Studie).	
1.7.2 - UZ	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen Studienassistent/ Study nurse - Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistent in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. - Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein. - Studienassistent sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein. - Als Qualifikation sollte der Nachweis über den Ausbildungsgang für Studienassistenten vorliegen.	
1.7.3 - UZ	Studienassistent - Aufgaben Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen- / Funktionsbeschreibung) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen: - Durchführung von Studien gemeinsam mit studienbeauftragtem Arzt - Pat.betreuung während der Studie und in der Nachsorge - Organisation, Koordination von Diagnostik, Labor, Probenversand und Prüfmedikation - Erhebung und die Dokumentation aller studienrelevanten Daten - Vorbereitung und Begleitung von Audits und Behördeninspektionen - Die Tätigkeit der Studienassistent kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.	
1.7.4 - UZ	Prozessbeschreibung Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	die Durchführung von Studien sind die Prozesse incl. Verantwortlichkeiten festzulegen. Dies umfasst z.B.: • Auswahl neuer Studien incl. Freigabeentscheidung • Interne Bekanntgabe neuer Studie (Aktualisierung Studienliste, ...) • Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpat., Doku., ...) • Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Pat.)	
1.7.5.a - UZ	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: mind. 1 Pat. in Studien nach 1 Jahr: mind. 5 % d. Primärfälle Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien, zu denen ein gültiges Ethikvotum vorgelegt werden kann. Die Anforderung gilt pro Tumorentität. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.5.b - UZ	Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt, Biobanksammlungen sind ausgeschlossen). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument) • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Zentrums (je Entität), durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in Studien im eigenen Zentrum eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt. • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien. • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.6 - UZ	Zusammenarbeit mit externen Stellen Erfolgt die Studieninitiierung oder -durchführung (in Teilen) nicht durch die Hauptkooperationspartner, dann ist dies über einen Kooperationsvertrag eindeutig zu regeln.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1 - UZ	Onkologische Fachpflegepersonkräfte - Am Zentrum muss mind. 1 aktive Onkologische Fachpflegepersonkraft (1 VK) im Tagdienst tätig sein. - Onkologische Fachpflegepersonkräfte sind namentlich zu benennen. - In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegepersonkraft nachzuweisen. - Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegepersonkraft“ 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 Onkologische Fachpflegepersonkraft nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegepersonkraft ist die - Weiterbildung onkologische Fachpflegepersonkraft 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,	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 - Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP- "Onkologische Pflegevisite" nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum/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	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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)	
1.8.3 - UZ	Pflegekonzept Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Spezifika der onkologischen Pflege Berücksichtigung finden.	
1.8.4 - UZ	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflege personkraft zu erfolgen.	
1.8.5 - UZ	Aus- und Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	
1.8.6 - MB	Postoperative Versorgung Die Stomaversorgung (wo zutreffend) ist in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln	
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 Fachpflege personkraft 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	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(bzw. geregelter Informationsaustausch) Ggf. Abhalten einer Stomasprechstunde	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1 - UZ	Supportive Therapie - Die Möglichkeiten zur supportiven Therapie ist für alle Therapieabschnitte zu beschreiben (Prozessbeschreibung/Algorithmus). - Ein Schmerztherapeut muss namentlich benannt sein und für Pat. als fester Ansprechpartner für Konsile zur Verfügung stehen. - Für ambulant zu behandelnden Pat. soll die Information über sozialarbeiterische Beratung und der Zugang zu psychoonkologischer Versorgung erfolgen und ein fester Ansprechpartner zur Verfügung stehen. - Zugang zur Seelsorge ist zu beschreiben - Bei Ausführung über Kooperationspartner ist für die genannten Anforderungen eine Kooperationsvereinbarung zu vereinbaren. - Ernährungsberatung muss Bestandteil des PZ/UOZ sein, eine SOP sollte zur Verfügung stehen - Bedarf für Ernährungsberatung ist pat.bezogen aktiv zu ermitteln und durchzuführen - Das metabolische Risiko ("Nutritional Risk") sollte spätestens bei der stationären Aufnahme mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden.	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1 - UZ	Anzahl Ärzte / Fachärzte in Tätigkeit für das Zentrum im Bereich der urologischen Diagnostik - mind. 1 Facharzt für Urologie pro Tumorentität benannt - Ein Facharzt kann für mehrere Tumorentitäten benannt sein - Fachärzte sind namentlich zu benennen	
2.1.2 - UZ	Wartezeiten nach Indikationsstellung Termin zur Sprechstunde < 4 Wochen Termin zur sonographisch gesteuerten Stanzbiopsie < 4 Wochen Vorstellung prätherapeutische Konferenz bzw.	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tumorkonferenz < 2 Wochen Insgesamt darf der Zeitraum bis zur Besprechung der Therapieempfehlung nicht länger als 10 Wochen betragen.	
2.1.3 - UZ	Wartezeiten während der Sprechstunde Richtwert: < 60 min Wartezeiten auf einen Termin Richtwert: < 4 Wochen Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	
2.1.4 - UZ	Verfahrensbeschreibungen der relevanten Prozesse im Bereich der urologischen Diagnostik müssen vorliegen. Diese sind u.a.: • Diagnostik incl. Befundmitteilung (inkl. Pat. mit (Lokal)Rezidiv und/oder Fernmetastasierung) • Therapieplanung (Zeitpunkt präoperativ) • (Prä-)stationäre Aufnahme • Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern (v.a. extern) • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	
2.1.5.a - MN	Erfassung erbliche Belastung und Genetische Beratung Pat., bei denen der Verdacht auf ein erbliches Nierenzellkarzinom besteht, sollen auf die Möglichkeit einer genetischen Beratung hingewiesen werden Die Checkliste für die Erfassung einer erblichen Belastung ist unter diesem Link downloadbar	
2.1.5.b - MH	Fertilitätserhalt • Allen Pat. mit Verdacht auf einen Keimzell-/strangtumor soll vor Therapiebeginn, (vor Ablatio testis, spätestens vor einer Chemo- oder Radiotherapie) eine Kryokonservierung von Spermatozoen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden. • Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen. • Die SOP Fertilitätserhalt kann unter folgendem Link heruntergeladen werden: www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	
2.1.6 - UZ	Fort-/Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das medizinische (ärztliche, pflegerische, technische, ...) Personal vorzulegen • In dem Qualifizierungsplan sind die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen darzustellen. • Jährlicher Umfang mind. 1 spezifische Fort-	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnehmen. • Sofern in den gemäß Onkologievereinbarung geforderten Fortbildungen für die Uroonkologie relevante Inhalte abgedeckt werden, können diese hier (in Teilen) angerechnet werden.	
2.1.7 - UZ	Gerätebeschreibung und Aufführung aller für die Diagnostik im Zentrum verwendeten Ultraschallgeräte (die Möglichkeit der transrektalen Sonographie muss gegeben sein)	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1 - PZ	• Grundsätzlich sollte das Labor für die Parameter Gesamt-PSA und freies PSA nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert sein und die entsprechende Urkunde der DAkkS (Deutschen Akkreditierungsstelle) vorweisen können. • Falls das Labor nicht akkreditiert ist, müssen die folgenden Voraussetzungen/Anforderungen erfüllt sein.	
2.2.2 - PZ	Laborleitung • Facharzt für Laboratoriumsmedizin • oder klinischer Chemiker • oder Facharzt für Urologie mit Fachkunde Labor • oder Master of Science Biotechnologie • Eine Vertretungsregelung mit entsprechender Qualifikation besteht. • Eine werktägliche Rücksprache mit der Laborleitung muss für die Kliniker des PZ möglich sein. • Ein Facharzt bzw. die Laborleitung führt die medizinische Validation der Laborbefunde durch.	
2.2.3 - PZ	MTL: • Die Analysen werden nur durch qualifizierte medizinisch-technische Assistenten/-innen durchgeführt. • Die technische Validation der Messergebnisse erfolgt durch die MTL.	
2.2.4 - PZ	Parameter: • obligate werktägliche Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA), von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten (bei Indikation) und des komplexierten PSA (cPSA) • fakultative Bestimmung von ultra sensitivem PSA Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.5 - PZ	Laborinterne Qualitätssicherung: Nach Richtlinien der Bundesärztekammer.	
2.2.6 - PZ	Diagnostika-Hersteller und Analysensysteme: - Keine Vorgaben bezüglich Auswahl der Diagnostika-Hersteller und des eingesetzten Analysensystems. - Bei Herstellerwechsel muss die Vergleichbarkeit der Messungen anhand von Parallelanalysen (altes/neues System) oder Analysen an Rückstellproben ermittelt werden.	
2.2.7 - PZ	Befund: - Kumulative Befundübermittlung muss möglich sein - Angabe des Cut-Off-Wertes - Angabe des PSA-Quotienten - Angabe von altersentsprechenden Referenzintervallen	
2.2.8 - PZ	- Erfolgreiche Teilnahme an 4 Ringversuchen pro Jahr für Gesamt-PSA und freies PSA (Nachweis). - Standardisierte Prä-Analytik, Analytik und Post-Analytik nach erstellten SOPs.	
2.2.9.a - PZ	Biopsien - Die korrekte Indikation zur TRUS Biopsie der Prostata muss aufgezeigt werden. - Mindestens 20% der Pat. mit Stanzbiopsien müssen positiv sein. - In der MRT beschriebenen Karzinom-suspekten Herde (PI-RADS 4 und 5) sollen durch die Entnahme von 2-3 Zylindern pro Herd gezielt biopsiert werden; bei systematischer Biopsie sollen mindestens 10 Stanzbiopsiezylinder von je mind. 1 cm Länge entnommen werden. Bei Tumorsicherungsbiopsien ist eine geringere Anzahl an Biopsien möglich. Eine Auswertung muss vorgelegt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.2.9.b - MN	Biopsien - Die Biopsie soll als Stanzzylinderbiopsie erfolgen. - Es sollten mindestens 2 Biopsien unter Ultraschall- oder CT-Kontrolle entnommen werden	
2.2.10 - MB	Urindiagnostik Folgende Urindiagnostik ist zu ermöglichen: - Urinmikroskopie/ Mikrobiologische Untersuchung - Urinzytologie inkl. Fluoreszenz-in-situ Hybridisierung (FISH) oder Immunzytologie	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1 - UZ	Fachärzte • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
3.2 - UZ	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	
3.3.1 - UZ	Vorzuhaltende Methoden/Geräte • konventionelles Röntgen • Spiral-CT zum Staging bei Fernmetastasierung • Sonographie (einschließlich Möglichkeit zur transrektalen Sonographie) • MRT zum Staging	
3.3.2 - PZ	(wenn möglich und bei Verfügbarkeit als Kassenleistung obligat: mp-)MRT zur Detektion: Gerätespezifikation nach PI-RADS v2.1 (1,5 oder 3 Tesla)	
3.3.3 - MB	• CT-Urographie	
3.3.4 - MN	• Ganzkörper-CT (Low Dose) oder • Ganzkörper-MRT (ggf. über Kooperation)	
3.4 - UZ	Die Durchführung von Bildgebung zum Staging und die Befundung am selben oder folgenden Arbeitstag müssen gewährleistet sein.	
3.5 - PZ	Qualitätsstandards mpMRT Für die Durchführung der mpMRT sind die aktuell gültigen Qualitätsstandards der DRG/BDR zu berücksichtigen (Franiel T, et al. DOI 10.1055/a-1406-8477). Die Umsetzung ist darzustellen.	
3.6 - UZ	Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOP's) Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1 x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
3.7.1 - UZ	Befunderstellung Der schriftliche Befund muss spätestens 48 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.7.2 - PZ	Die MRT der Prostata muss standardisiert z.B. nach den Empfehlungen des Europäischen Consensus Meetings befundet werden.	
3.8 - UZ	Fort-/ Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal (MTR) vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 spezifische Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese/r qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	
3.9 - UZ	Erreichbarkeit Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie während der Arbeitszeit, 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten ggf. über Kooperation (einschließlich Wochenenden und Feiertage)	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1.1 - UZ	Fachärzte der Nuklearmedizin: - Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung - Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen - Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
4.1.2 - MN, MB, MH, MPEN	Als Fachärzte werden auch Radiologen mit Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik anerkannt	
4.2 - UZ	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	
4.3.1 - UZ	Methoden Beschreibung der in der Abteilung zur Verfügung stehenden bildgebenden Methoden. Obligat: - Knochenszintigrafie (Niere, Harnblase, Hoden: ggf. in Kooperation) - FDG-PET/CT (Peniskarzinom)	
4.3.2 - PZ	Fakultativ: - PSMA-PET-Hybridbildgebung - Stationäre Radionuklidtherapie	
4.4 - UZ	Prozessbeschreibungen (SOP's) Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1 x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
4.5 - UZ	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Nuklearmedizin „Szintigraphie“ (Gammakameradiagnostik) muss	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	spätestens 24 h nach Abschluss der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen. Für die Befunderstellung der Hybriddiagnostik ist eine Zeitspanne von jeweils 24 h pro beteiligter Fachdisziplin vorgesehen.	
4.6 - UZ	Fort-/ Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und sonstige Personal (MTR) vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Weiterbildung pro MitarbeiterIn (Dauer > 0,5 Tage), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1.1 - UZ	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Uroonkologische Zentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1.a - PZ	Operative Expertise Prostata Anzahl Prostatektomien im Rahmen von uroonkologischen Operationen/Jahr/Zentrum (auf Primärfälle und Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv bezogen) 50-74 Prostatektomien: Sofern nur 1 Operateur benannt, dann Benennung eines 2. Operateurs bis zum nächsten Audit notwendig (Qualifikation EB 5.2.6) ≥ 75 Prostatektomien => Benennung von mind. 2 Operateuren Prostatektomien: - Radikale Prostatektomie (Primärintervention) - Radikale Zystoprostatektomie bei Blasenkarzinom UND PCa (Primärintervention) - Radikale Zystoprostatektomie bei Prostatakarzinom (Primärintervention) - Radikale Prostatektomie (Rezidivtherapie) - Salvageprostatektomie Angabe Prostatektomien in Basisdaten (Excel-Vorlage)	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Bei 25-49 Prostatektomien: Einzelfallentscheidung; im Auditbericht muss die Empfehlung zur Aufrechterhaltung des Zertifikats ohne Einschränkung gegeben sein (u.a. ≥ 100 Primärfälle) Namentliche Benennung Operateure im Datenblatt Prostata (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.1.b - MN	Operative Expertise Niere mind. 30 Nierenteilresektionen und/ oder Nephrektomien (OPS 5-553, 5-554) bei malignen Nierentumoren/ Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64, C65) Kennzahlenbogen Niere (Excel-Vorlage; Basisdaten) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.1.c - MB	Operative Expertise Harnblase 20 Zystektomien (OPS 5-576) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67, D09.0, D41.4) - 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. Kennzahlenbogen Harnblase (Excel-Vorlage; Basisdaten) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.1.d - MPEN	Operative Expertise Penis 4 Resektionen (OPS 5-640.2, 5-641, 5-642) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4 pro Jahr und 3 inguinale/pelvine Lymphadenektomien (OPS 5-401.51 / .52/ .53, 5-401.a1/ .a2/ a3, 5-402.4/ .9 , 5-404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/ .3/ .4) in Verbindung mit ICD 10 C60 /D07.4 pro Jahr	
5.2.1.e - MB	Weißlicht-Zystoskopie Anforderung Durchführung: - FA für Urologie Folgende Diagnostik ist zu ermöglichen: - Flexible oder rigide Zystoskopie - Fluoreszenz-assistierte Zystoskopie (Hexylaminolaevulinat) (siehe auch Kap. 5) - Biopsie Techniken - Fluoreszenzassistierte TUR-B (mit	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Hexylaminolaevulinat) ist zu ermöglichen Im Rahmen einer transurethralen Blasenresektion sollen folgende Befunde im OP-Bericht beschrieben werden: geschätzte Größe des Tumors (in cm), Lokalisation und Anzahl der Tumoren, Erscheinungsbild des Tumors sowie das Vorhandensein weiterer Schleimhautauffälligkeiten Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.2 - MB	Instillationstherapie Die folgenden Techniken sind vorzuhalten/ zu ermöglichen: - Chemotherapie-Frühinstillation - Instillations-Therapie mit Bacille-Calmette-Guerin (BCG)	
5.2.3 - UZ	Bettenkapazität für die stationäre Versorgung von Pat. des Zentrums muss ausreichend sein. Beschreibung der - Ausstattung der Pat.zimmer - Besonderheiten der Abteilung	
5.2.4 - UZ	OP-Kapazität Es muss mindestens 1 OP-Saal regelmäßig für uroonkologische Operationen zur Verfügung stehen.	
5.2.5 - UZ	Kapazität Pflege Im stationären, operativen Bereich des Zentrums muss immer eine examinierte Pflegekraft pro Schicht verfügbar sein.	
5.2.6 - UZ	Postoperative Versorgung Die Versorgung in folgenden Bereichen ist in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln: - Intensivmedizinische Versorgung - Physiotherapie - Postoperative Schmerztherapie - Möglichkeit der operativen Notfallversorgung über 24h muss gewährleistet sein Notfallbehandlung - Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
5.2.7 - UZ	Fachärzte für das Uroonkologische Zentrum Mind. 2 Fachärzte in Tätigkeit für das Zentrum gemäß Stellenplan (können parallel auch Operateure sein). Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.	
5.2.8.a - UZ	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	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.b - PZ	Prostata-Operateure Expertise pro Operateur • Jeder Prostataoperateur muss mindestens jährlich 25 Prostatektomien oder 75 Prostatektomien in 5 Jahren nachweisen. Bei Erstzertifizierung muss diese Anzahl im Jahr vor der Erstzertifizierung nachgewiesen sein (Auszug aus dem Klinikinformationssystem). • Beschreibung der speziellen Qualifikation (Ausbildung) der Prostata-Operateure über Curricula. ○ Radikale Prostatektomie (retropubisch, perineal oder laparoskopisch) ○ Nerverhaltende radikale Prostatektomie ○ Ausräumung der pelvinen Lymphknoten (inkl. „extended-field“ Lymphadenektomie) ○ Transurethrale Palliativ-Therapie des Prostatakarzinoms (v.a. TUR-Prostata) ○ Beherrschung von Komplikationen nach erfolgter Operation ○ Metastasenchirurgie • Jährlich mind. 1 prostataspezifische Weiterbildung pro Operateur (Dauer > 0,5 Tage) Namentliche Benennung Operateure im Datenblatt Prostata (Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.8.c - PZ	Zulassung neuer Operateure Ersternennung als Prostataoperateur: mind. 100 radikale Prostatektomien als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen).	
5.2.8.d - MN	Operateure Niere • Mind. 2 Operateure Niere sind namentlich zu benennen (Operateure können auch Prostata-/Harnblasen-/Hoden-/Penisoperateure sein) Expertise pro Operateur • Mind. 15 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien (=OPS: 5-553, 5-554), bei malignen Nierentumoren / Jahr (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64, C65))	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Namentliche Benennung Operateure im Datenblatt Niere (Excel-Vorlage)	
5.2.8.e - MN	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 Nierenoperators) können angerechnet werden	
5.2.8.f - MB	Operateure Harnblase - Mind. 2 Operateure Harnblase sind namentlich zu benennen (Operateure können auch Prostata-/Nieren-/Hoden-/Penisoperateure sein) Expertise pro Operateur 10 Zystektomien (OPS 5-576) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67, D09.0, D41.4) - 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 Namentliche Benennung Operateure im Datenblatt Harnblase (Excel-Vorlage)	
5.2.8.g - MB	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	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(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-Harnblasenoperator - Anforderung bei Ernennung: frühestens 3 Jahre nach Benennung als Facharzt mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD - 10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperator (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 Erstoperator (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 Zweitoperator (zum Zwecke der Weiterbildung bzw. Ausbildung oder Assistenz eines benannten Harnblasenoperators) können angerechnet werden.	
5.2.8.h - MH	Operateure Hoden - Mind. 2 Operateure Hoden sind namentlich zu benennen (Operateure können auch Prostata-/Nieren-/Harnblasen-/Penisoperateure sein) Expertise pro Operateur 3 (nerv-schonende) retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien (OPS 5-404.d/e, 5-407.2) pro Jahr Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.8.i - MH	Zulassung neuer Operateure - Facharzt für Urologie - In den letzten 3 Jahren kumulativ 9 retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien als Erstoperator (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen).	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Hodenoperators) können angerechnet werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.2.8.j - MPEN	Operateure Penis - Mind. 2 Operateure Penis sind namentlich zu benennen (Operateure können auch Prostata-/Harnblasen-/Hoden-/Nieren-Operateure sein) Expertise pro Operateur: - in den letzten 3 Jahren mind. 6 Resektionen (OPS 5-640.2, 5-641, 5-642) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4) und - in den letzten 3 Jahren mind. 4 inguinale/pelvine Lymphadenektomien (OPS 5-401.51 /.52/.53, 5-401.a1/.a2/a3, 5-402.4/.9 , 5-404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/.3/.4) in Verbindung mit ICD 10 C60 /D07.4 Namentliche Benennung Operateure in Datenblatt Penis (Excel-Vorlage)	
5.2.8.k - MPEN	Zulassung neuer Operateure: - mind. 4 Resektionen (OPS 5-640.2, 5-641, 5-642) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4) und - mind. 4 inguinale/pelvine Lymphadenektomien (OPS 5-401.51 /.52/.53, 5-401.a1/.a2/a3, 5-402.4/.9 , 5-404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/.3/.4) in Verbindung mit ICD 10 C60 /D07.4	
5.2.9 - PZ	Nervenerhaltende Operation Mehr als 80% der als geeignet definierten Pat., bei denen der Wunsch nach Nerverhaltung besteht, erhalten eine nervenerhaltende Operation. Dabei muss die intraoperative Einschätzung durch den Operateur berücksichtigt werden.	
5.2.10 -	Information / Dialog mit Pat.:	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
UZ	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. Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
5.2.11 - UZ	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: • Perioperatives Management • Entlassmanagement • Operatives Management (Abläufe OP, Wiederaufbereitung Material, Dokumentation) • Postoperative Schmerztherapie • Notfallversorgung (z. B. Blutung) einschließlich Einsatzplanung von qualifiziertem Personal (Dienstplan/Rufdienst) Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	
5.2.12 - UZ	Fort-/ Weiterbildung: • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1 - UZ	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Uroonkologische Zentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1 -	Ärztliche Qualifikation	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
UZ	Der <u>durchführende</u> Arzt muss folgende Kriterien erfüllen: • FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder • FA für Strahlentherapie oder • FA für Urologie Anforderungen an Facharzt für Urologie • bis MWBO 2018: + Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie; alternativ: Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen in der regionalen Umsetzung und • 5 Jahre Erfahrung in der medikamentösen Tumorthherapie uroonkologischer Erkrankungen (Nachweis) Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse Tumorthherapie aktiv durchführen. Das Delegieren von Zuständigkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.2 - UZ	Allgemeine Anforderungen • Eine Vertretungsregelung muss schriftlich vorliegen (Facharzt mit gleicher Qualifikation). • Die Fachärzte müssen namentlich benannt sein.	
6.2.3 - UZ	Fachpflegeperson/ MFA Voraussetzungen für die Fachpflegeperson/ MFA, 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 Fachpflegeperson stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. • mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie • 50 Chemotherapieapplikationen/Jahr sind nachzuweisen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.) • Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Fachpflegepersonen) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen • Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.4 - UZ	Bereitschaft/Erreichbarkeit ärztliches Personal 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage - Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein	
6.2.5.a - UZ	Fallzahlen pro Behandlungseinheit/-partner Die durchführende Abteilung muss folgende Kriterien erfüllen: <u>Zählweise:</u> Systemische (= zytostatische Therapien u./o. Targeted Therapeutika u./o. AK/Immun-Therapien) Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie). Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. 1 Therapie pro Pat. = 1 Therapielinie pro Erkrankung pro Pat. Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen). - Mind. 200 systemische Therapien (zytostatische Therapien u./o. Targeted Therapeutika u./o. AK/Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich (bei unterschiedlichen Tumorarten) - inkl. 5 Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom und/oder Nieren- u/o Harnblasen- u/o Hodenkarzinom/Jahr (in Abhängigkeit vom Geltungsbereich) - Fallzahl spiegelt Expertise der Behandlungseinheit wider und ist nicht auf Zentrumspat. beschränkt; Instillations- oder Hormontherapien können nicht gezählt werden ODER	
6.2.5.b - PZ	20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/Jahr (s. Kap. 6.2.5a) 5 Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom/Jahr (können Teilmenge der 20 Pat. sein)	
6.2.5.c - MN	20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/Jahr 5 Pat. mit Nierenkarzinom (können Teilmenge der 20 Pat. sein)	
6.2.5.d - MB	20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/Jahr 5 Pat. mit Harnblasenkarzinom (können Teilmenge der 20 Pat. sein)	
6.2.5.e - MH	20 urologische Pat. mit systemischer Therapie/Jahr 5 Pat. mit Keimzell-/strangtumor (können Teilmenge der 20 Pat. sein)	
6.2.5.f -	20 urologische Pat. mit systemischer	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
MPEN	Therapie/Jahr	
6.2.6 - UZ	Durchführung Systemtherapie Die systemische Therapie findet in der Regel ambulant oder im Rahmen einer Tagesklinik (auch interdisziplinär) statt. Die Möglichkeit zur stationären Therapie bei Komplikationen oder in der Palliation besteht (schriftliche Kooperation).	
6.2.7 - UZ	Prozessbeschreibungen: - Das Verfahren für die systemische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieabschluss) zu beschreiben. - Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren	
6.2.8 - UZ	Strukturangaben pro Behandlungseinheit - Anzahl Therapieplätze ambulant - Anzahl Therapieplätze stationär	
6.2.9 - UZ	Basisdiagnostik Labor Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor muss 24 h möglich sein (ggf. über Kooperation)	
6.2.10 - UZ	Basisdiagnostik Bildgebung Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik (ggf. über Kooperation)	
6.2.11 - UZ	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.	
6.2.12 - UZ	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle.	
6.2.13 - UZ	Zytostatikazubereitung - Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, APBetrO, GMP, GCP, Eudralex (Bd. 10)) in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden. - Die Rücksprache mit der Apotheke muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert wird, möglich sein. 24-Stunden Rufbereitschaft bei stationären Pat. erforderlich. - Verfahrensbeschreibungen zur Herstellung sind zu erstellen.	
6.2.14 - UZ	Palliative Therapie Es liegt ein schriftliches Konzept zur palliativen Therapie vor.	
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.:	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Darstellung alternativer Behandlungskonzepte - Angebot und Unterstützung bei der Einholung von einer Zweitmeinung - 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	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. 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)	
6.2.17 - UZ	Fort-/Weiterbildung - Es ist ein Qualifizierungsplan für das medizinische (ärztliche, pflegerische, technische...) Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlicher Umfang mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Sofern in den gemäß Onkologievereinbarung geforderten Fortbildungen für die Uroonkologie relevante Inhalte abgedeckt werden, können diese hier (in Teilen) angerechnet werden.	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0 - UZ	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html oder www.onkoziert.de.	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0 - UZ	Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html oder www.onkoziert.de.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1.1 - UZ	- 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 Behandlungspfades 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.	
9.1.2 - MN, MB, MPEN	Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0 - UZ	Die Darlegungen der Daten im gesamten Erhebungsbogen sowie im Datenblatt umfassen grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B. wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...).	
10.1.1 - UZ	Geltungsbereich Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet werden, 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.	
10.1.2 -	Tumordokumentation	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
UZ	Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3 - UZ	Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und qualitätsgesichert zu liefern. 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.	
10.1.4 - UZ	Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden. Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5 - UZ	Gesetzliche Krebsregistrierung 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 Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c verwendet werden.	
10.2.1 - UZ	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).	
10.2.2 - UZ	Aufgaben Dokumentationsbeauftragter • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation • Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung • Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf	
10.2.3 - UZ	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich)	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	namentlich benannt werden.	
10.2.4 - UZ	Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).	
10.2.5 - UZ	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). Kriterien für höheren Ressourcenbedarf • Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien • Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen • Unterstützung bei der Tumorkonferenz	
10.2.6 - UZ	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1 - UZ	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).	
10.3.2 - UZ	Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden: • Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge) • TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) • Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie, ...) • Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweittumoren und Sterbefälle) • Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)	
10.4.1 - UZ	Nutzung OncoBox • Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Darm: Nutzung OncoBox verbindlich • Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) • Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2 - UZ	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1 - UZ	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem): Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.5.2 - UZ	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1 - UZ	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend) Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden. Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) • Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2 - UZ	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3 - UZ	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4 - UZ	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0 - UZ	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 - UZ	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a - UZ	Ergebnisqualität Brust 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 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 - UZ	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	einer Abweichung des Zentrums führen. Die Tumordokumentation/ Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts), zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP). Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom • Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	
10.7.2.c - UZ	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Definition biochemisches Rezidiv: - Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf > 0,2 ng/ml - Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. 2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) 3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.8 - UZ	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. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten. • Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ • Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP • Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ • Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ • Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ • Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP • Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH • Gesamtüberleben (OAS)	
10.9.1 - UZ	Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren • 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.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich). Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2 - UZ	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.9.3.a - UZ	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata ≥ 80% - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...) < 60% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben	
10.9.3.b - UZ	Follow-up Quote Lunge - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: ≥ 80% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c - UZ	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d - UZ	Erfassung Follow-up FBREK - Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP - Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

Für die Darlegung der Basisdaten, Kennzahlen und weiteren Zentrumsdaten steht ein Datenblatt (EXCEL-Vorlage) zur Verfügung. Das Datenblatt ist eine Anlage zum Erhebungsbogen.

Das Datenblatt ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkoziert.de abrufbar.

Zeitraum	<u>Allgemeine Hinweise für die Bearbeitung des Anhangs</u> • es sind die tatsächlichen Ist-Werte anzugeben (keine Schätzungen) • Daten haben sich grundsätzlich auf ein Kalenderjahr zu beziehen • Daten dürfen nicht älter als 1 Jahr sein (Daten aus 2017 sind für ein Audit in 2021 nicht akzeptabel) • sofern die „Soll-Vorgaben“ in einem Punkt nicht erfüllt werden, dann ist hierzu an der entsprechenden Stelle im Erhebungsbogen eine Erläuterung zu machen	<u>Definition Zeitraum-Erstzertifizierungen</u> • zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung müssen mind. die Daten für einen Zeitraum von 3 Monaten vorliegen (ideal ist ein ganzer Jahreszeitraum); bei den Angaben zu Primärfällen/Zentrumsfällen (EB 1.2.1) und Operationen pro Operateur (EB 5.2.7) sind die Daten immer für einen ganzen Jahreszeitraum erforderlich • sofern nicht ein komplettes Kalenderjahr abgebildet wird, darf der Zeitraum nicht mehr als 4 volle Monate zurückliegen (bezogen auf Zertifizierungstermin) • der gewählte Zeitraum muss aus ganzen Monate bestehen (wenn möglich komplette Quartale wählen)
-----------------	---	--