

Erhebungsbogen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft Modul im Onkologischen Zentrum

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumorzentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. M. Heiland, Prof. Dr. med. J. P. Klußmann

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen (BDP)
Bundesverband der Kehlkopfoperierten (BVK)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte (BVHNO)
Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL)
Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen- Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
Deutsch - Österreichisch - Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Fachexpert*innen
Interdisziplinäre AG Kopf-Hals-Tumoren (IAG-KHT)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
S3-Leitlinie Larynx (LL S3 Larynx)
S3-Leitlinie Mundhöhle (LL S3 Mundhöhle)
S3-Leitlinie Oropharynx/ Hypopharynx (LL S3 Oro-/Hypopharynx)
Ständige Gäste: OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

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

Auditjahr: **2027**

Version: **I1**

Stand: **01.10.2026**

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:

- Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien Mundhöhlen-, Oro-/Hypopharynx-, Larynxkarzinom und **Speicheldrüsentumoren des Kopfes**

In diesem Modul sind die fachlichen Anforderungen an die organspezifische Diagnostik und Therapie von Kopf-Hals-Tumoren innerhalb von Onkologischen Zentren festgelegt.

Wenn die in dem vorliegenden Modul beschriebene Tumorentität Teil des Onkologischen Zentrums ist, sind die hier aufgeführten fachlichen Anforderungen Basis für die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums.

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) sowie die ICD-Klassifikation ICD-O-3 (Topographie), 2. Revision 2019 (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.

Angaben zum Kopf-Hals-Tumor-Zentrum

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

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt 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 Stammblates zu benennen. Das Stammblatt 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
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie
 - 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 (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.1.2	Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden externen Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese müssen die zutreffenden fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert). Interne Kooperationen sind über Dienstverträge geregelt. Hauptkooperationspartner Operative und Medikamentöse Onkologie (HNO-Heilkunde <u>und</u> MKG-Chirurgie), Hämatologie/Onkologie, Radiologie, Pathologie, Radioonkologie. Kooperationspartner Zusätzlich zu den im Erhebungsbogen Onkologische Zentren unter 1.1.6 genannten Kooperationspartnern sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen mit: Phoniatry/ Logopädie, Dermatologie, Augenheilkunde, Neurochirurgie.	
1.1.3	Verbindung Onkologisches Zentrum Eine der Behandlungseinheiten, HNO und/ oder MKG, muss Teil eines zertifizierten Onkologischen Zentrums sein.	
1.1.4	Mehrstandortigkeit • Behandlungseinheiten MKG und HNO können sich an verschiedenen Standorten befinden. • Behandlungseinheit MKG kann mit mehreren KHT-Zentren kooperieren; Zuordnung aller Pat. auf die Zentren muss sichergestellt sein. • Die Entfernung zwischen MKG und HNO darf max. 45 km betragen (bei Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung Sonderentscheidung bis max. 90 km möglich). • Soweit am Ort verfügbar, sind Kooperationen onkologisch tätiger Hauptfachabteilungen die Regel und haben Vorzug vor anderen Kooperationen.	
1.1.5	1x/ Jahr sollte eine Veranstaltung für Pat. und/ oder Zuweiser des KHT-Zentrums durchgeführt werden.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1.a	Anzahl Primärfälle 75 Primärfälle (=invasive Neoplasien und in-situ Karzinome des oberen Aerodigestivtrakts (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen) ohne Ösophagus). ICD-10-Liste im Datenblatt Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.1.b	Definition Primärfall: • Pat. und nicht Aufenthalte und nicht Operationen; • ein metachron, nach Ende der Primärtherapie aufgetretener Zweittumor einer anderen Entität (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen) wird als weiterer Primärfall erfasst; • Histologischer Befund muss vorliegen; • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose (Datum Biopsie); • Pat., die nur zur Einholung einer zweiten Meinung bzw. nur konsiliarisch vorgestellt werden, bleiben unberücksichtigt; • alle Pat. mit Erstdiagnose, lokalisiert oder metastasiert, die im Zentrum bzw. der Tumorkonferenz vorgestellt werden und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten; • Pat. kann nur für 1 Zentrum als Primärfall gezählt werden; • Vollständige Erfassung im Tumordokumentationssystem.	
1.2.1.c	Rezidive und sekundäre Fernmetastasen Rezidive (Lokal, regionale LK-Metastasen) und sek. Fernmetastasen werden unabhängig von den Primärfällen erfasst (siehe Datenblatt).	
1.2.2	Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Nuklearmediziner, Plastische Chirurgie, etc.) einzuladen. Sofern der Hämatologe/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie medikamentöse Tumorthherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/ erfüllt, vertreten werden. *: nach durchgeführtem Staging **: die Fallbesprechungen werden für die	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Fachgebiete HNO <u>und</u> MKG gemeinsam abgehalten. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.3	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Vorstellung der Primärfälle prätherapeutisch: Erstzertifizierung > 90% nach 1 Jahr > 95% (ausgenommen Speicheldrüsentumoren: siehe Datenblatt)	
1.2.4	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Nach Abschluss einer Therapiesequenz sollte eine erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz stattfinden, um eine evtl. Anschlusstherapie festzulegen. Anzahl der Vorstellungen nach einer Therapiesequenz: 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) inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.	
1.2.5	Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz) • Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser • Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden • Es sind sowohl Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. M&M-Konferenzen sind 2x jährlich durchzuführen. • M&M-Konferenzen sind zu protokollieren.	
1.2.6	Bei allen Pat., bei denen eine Radio(chemo)therapie lt. TK geplant ist, soll erfasst werden, an welchem Standort diese durchgeführt wird. Zudem sollten diese Pat. möglichst an ein zertifiziertes KHT-Zentrum weiter empfohlen werden. sollen prätherapeutisch persönlich bei einem Kooperationspartner vorgestellt werden (kann auch während TK erfolgen, wenn dort persönliche Vorstellung erfolgt), auch wenn die Therapie dort nicht geplant ist (z.B. wegen heimatnaher	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Versorgung)	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.4.2	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (s. S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress- Screening“) im Rahmen des Psychoonkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt und das Ergebnis zu dokumentieren. Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.	
1.4.3	Psychoonkologie - Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.5.2	Sozialdienst - Ressourcen Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. (nicht Fälle) des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.2	Pat.befragungen: • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben sein, an der Pat.befragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 530% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). • Behandlungsspezifische Fragestellungen sind zu berücksichtigen.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.7.2	Studienbeauftragter Studienbeauftragter Arzt ist namentlich zu benennen. Studienassistentenz • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistentenz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Diese kann für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.3.a	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.3.b	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). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.3.c	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). - 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. - Informationen über offene Studien können über https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-b-arbeitsgemeinschaften/iag-kht.html erhalten werden. - Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Kopf-Hals-Tumor-Zentrums 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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.8.2	Onkologische Fachpflegepersonen - Am Zentrum muss mind. 1 aktive onkologische Fachpflegeperson eingebunden sein. - Onkologische Fachpflegepersonen sind namentlich zu benennen. Aufgaben u.a.: - Umgang mit Trachealkanülen inkl. Beratung und Versorgung ist im Rahmen des speziellen Pflegekonzepts zu regeln.	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1	Phoniatrie - Die Diagnostik und Therapie der Sprech- und Stimm- und Schluckstörungen sollte in Kooperation mit einer phoniatischen Abteilung oder niedergelassenen Phoniatern erfolgen. - Die Zusammenarbeit Phoniatrie, HNO/ MKG-Chirurgie und Logopädie muss im Falle einer Kooperation dargestellt werden. - In den Kliniken, in denen die Fachrichtung Phoniatrie vertreten ist, ist die Kooperation obligat. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.9.2	Logopädie Mind. 1 Logopäde steht dem Zentrum zur Verfügung.	
1.9.3	Zugang Phoniatrie/ Logopädie Zugang der Pat. mit Funktionsstörung (Nachweis erforderlich).	
1.9.4	Aufgaben Stimm-/ Schlucktherapie: - Sicherung ambulante Weiterbehandlung: über Kooperationsvereinbarungen ist der zeitnahe ambulante Zugang zu Stimm- bzw. Schluckrehabilitationstherapien zu gewährleisten; - Stimm- und Schlucktraining, Stimm-, Sprech- und Schluckdiagnostik und -therapie, Stimmersatzanbahnung, Artikulation; - Essensbegleitung, Ernährungsplanung; - Funktioneller Umgang und Beratung Trachealkanüle (z.B. spezifische Kanülenversorgung); - Versorgung Tracheostoma; - Durchführung gemeinsamer Fortbildungen mit Pflegepersonal.	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.5	- Ernährungsberatung muss Bestandteil des OZ inkl. KHT-Zentrum 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.	
1.9.6	Sanitätshaus/ spezialisierter Dienstleister - Die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Trachealkanülen) ist zu ermöglichen. - Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.7	Zusammenarbeit supportive Bereiche - Für die Pat. mit Larynxkarzinom muss die Zusammenarbeit der supportiven Bereiche (Phoniatrie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychoonkologie, Palliativmedizin und Rehabilitation) sichergestellt sein. - Nachweis erforderlich (z.B. SOP).	
1.9.8	Zahnärztliche/ MKG-Chirurgische Vorstellung vor/ nach Radiatio - Der Prozess der zahnärztlichen bzw. MKG-Chirurgischen Vorstellung der Pat. vor und nach einer notwendigen Radiatio ist in Absprache zwischen den Hauptkooperationspartnern festzulegen. - Der Prozess ist unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
1.9.9	Epithetik - Die Zusammenarbeit mit der Epithetik ist zu beschreiben. Dabei sind u.a. auf den Prozess der Terminvereinbarung mit Benennung von Verantwortlichen und das Indikationsspektrum einzugehen. - Eine einheitliche Liste der kooperierenden Epithetiker ist durch das Zentrum aktuell und für alle Mitarbeiter einsehbar zu führen (z.B. Intranet, QM-Handbuch).	
1.9.10	Rauch- und Alkoholentwöhnungsprogramme Pat. sollen ggf. auf Rauch- und Alkoholentwöhnungsprogramme hingewiesen werden; dies ist zu dokumentieren.	

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

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

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	Information/ Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte; • Angebot und Vermittlung von und Unterstützung bei der Einholung 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.	
2.1.2	Die Sprechstunde muss mind. 1x pro Woche in der HNO-Heilkunde und/ oder MKG-Chirurgie stattfinden und folgende Themen abdecken: • Erstuntersuchung nach auswärtiger Verdachtsdiagnose bzw. Diagnosesicherung; • Planung des weiteren diagnostischen Vorgehens; • Vermittlung an die interdisziplinäre Tumorkonferenz; • Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (nach Maßgabe des Beschlusses der Tumorkonferenz); • Postoperative Nachsorge ggf. mit Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation durch MKG-Chirurgie. Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.	
2.1.3	Wartezeiten während der Sprechstunde Anforderung: <60 Min. (Sollvorgabe) Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Termin Anforderung: <2 Wochen Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).	
2.1.4	Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen: • Konsiliarische Vorstellung der Pat. an MKG bzw. HNO möglichst am gleichen Tag; • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥5 MHz: Anforderung Durchführung: KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung Kriterien für die Beurteilung der Dignität: verfügbar unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	html (Reiter „Kopf-Hals-Tumor-Zentren“) • Panendoskopie: Terminvergabe <2 Wochen; Anforderung an die Durchführung: siehe Kap. 5. • Für HNO: ○ Lupenlaryngoskop; ○ starre Endoskope mit unterschiedlichen Blickwinkeln (z.B. 25°, 70°); ○ Flexibles Nasopharyngolaryngoskop. • Für MKG: ○ Orthopantomogramm. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: • Organisation/ Durchführung HNO-Spiegel-Untersuchung/ Panendoskopie bei (Entsprechend S3-Leitlinie): a) Mundhöhlenkarzinom: „Zum Ausschluss synchroner Zweittumoren soll im Rahmen der Primärdiagnostik des Mundhöhlenkarzinoms eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Spiegel-Untersuchung, ggf. (bei spiegelbefundlich oder radiologisch auffälligem Befund) eine Endoskopie durchgeführt werden.“ b) Larynxkarzinom: „Die Panendoskopie soll bei Pat. mit Larynxkarzinom durchgeführt werden.“ c) Oro-/Hypopharynxkarzinom: „Die Panendoskopie soll im Rahmen der Primärdiagnostik bei Oro- und Hypopharynxkarzinomen durchgeführt werden. Sie ist zentraler Bestandteil der primären Diagnostik zur genaueren Ausdehnung des Primärtumors und zur Detektion von Zweitkarzinomen.“ • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz; • Stationäre Aufnahme für HNO und MKG; • Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation. Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2	Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
3.2	Fachärzte • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Kopf-Hals-Radiologie (Nachweis über Curriculum). • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.	
3.3	MTR der Radiologie Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR) Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal Mind. 2 qualifizierte MTRs Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
3.4	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: • MRT mit Oberflächenspule Kopf-Hals 1,5 oder 3 Tesla (ggf. über Kooperationsvereinbarung); • Sonographie 7-13 MHz; • Durchleuchtungsgerät für Breischluckuntersuchungen.	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
4.2	Fachärzte der Nuklearmedizin: • Mind. 1 Facharzt für Nuklearmedizin steht zur Verfügung. • als FÄ werden auch Radiologen mit Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik anerkannt • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen. • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen.	
4.3	MTR der Nuklearmedizin Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR) Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Mind. 2 qualifizierte MTRs Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.	
4.4	PET-CT Der Zugang ist sicherzustellen. Sofern dies nicht direkt am Standort des Zentrums möglich ist, dann ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu organisieren.	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2	Operative Einheit Falls sich eine Einheit (HNO und/ oder MKG) an der operativen Versorgung beteiligt, müssen mind. 20 Resektionen/ Jahr (Entfernung eines inv. Tm /in-situ-Tm, Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
5.3	Fachärzte - Mind. 2 Fachärzte aus den Fachrichtungen HNO-Heilkunde und/ oder MKG-Chirurgie. - Eine erprobte Vertretung mit gleicher Qualifikation ist namentlich zu benennen. - In den Kliniken, in denen HNO und MKG als Hauptabteilungen bzw. als Fachärzte in einer Hauptabteilung vertreten sind, ist die operative Zusammenarbeit obligat, d.h. HNO und MKG sind als operative Fachärzte zu benennen. - Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.	
5.4	Qualifikation Operateure - Mind. 10 Tumorresektionen/ Jahr (Entfernung eines invasiven Tumors/in-situ-Tm, Primärfälle/ Rezidive); Benannte Operateure müssen eine FA	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Qualifikation HNO/MKG vorhalten: • Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“; • Verfügt kein Operateur über die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ ist eine Kooperation mit einem Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie namentlich zu belegen.	
5.5	Inhalte Kooperationsvereinbarung Plastische Chirurgie (Sofern die Plastischen Operationen über eine externe Kooperation abgedeckt werden.) Extern: Name/ Anschrift Kooperationspartner • Verfügbare Ressourcen für das Zentrum (Sicherstellung zeitnahe Versorgung); • Bestimmung OP-Standort(e); • Geregeltes Verfahren für die Therapieentscheidung/ -abstimmung (Bezug Tumorkonferenz), Information/ Aufklärung des Pat., operative Nachsorge; • Informationsaustausch über Zufriedenheitsermittlung ästhetisch-funktionelles Ergebnis; • Die Qualifikation des Plastischen Chirurgen ist über ein Curriculum zu belegen.	
5.6	Zulassung neuer HNO- u. MKG-Operateure • Facharzt für HNO-Heilkunde bzw. MKG-Chirurgie • Nachweis von mind. 50 als 1. Operateur durchgeführten kurativen Tumorsektionen innerhalb der letzten 5 Jahre (Vorlage OP-Berichte)	
5.7	Ausbildung neuer Operateure Pro Zentrum und pro 75 Primärfälle sollte die Ausbildung weiterer Operateure gewährleistet sein und nachgewiesen werden.	
5.8	Vorzuhaltende Untersuchungstechniken/ Operationsmethoden durch die Operateure: • Panendoskopie (mit OP-Bericht) • Enorale bzw. transorale Chirurgie (unter Einschluss der Laserchirurgie) • Rekonstruktive Verfahren (siehe 5.9)	
5.9	Rekonstruktive Verfahren Folgende Verfahren zur Rekonstruktion sind anzubieten (ggf. in Kooperation): • Kategorie 0: keine Rekonstruktion • Kategorie 1: Lokale Lappenplastiken • Kategorie 2: Gestielte muskulokutane Lappen (z.B. Latissimus-dorsi, Pectoralis), • Kategorie 3: mikrochirurgisch revaskularisierte Transplantate ○ zum Weichgewebeersatz (z.B. Unterarmlappen, Oberarmlappen, ALT), ○ zum ggf. kombinierten Weichgewebe-/Knochenersatz (z.B. Transplantate der	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Skapula, Fibula, des Beckenkamms) Die OP-Aufklärung der Pat. über Rekonstruktionsverfahren hat durch einen entsprechend qualifizierten/erfahrenen Operateur zu erfolgen. Siehe Liste OPS-Codes im Datenblatt.	
5.10	Rekonstruktive Verfahren - Allgemeine Anforderungen - Anzahl der durchgeführten Rekonstruktionen (inkl. Sekundärrekonstruktionen) ist eingeteilt in die oben genannten Kategorien zu erfassen, ggf. unterteilt in Durchführung intern/extern. - Die Vor- und Nachteile der rekonstruktiven Möglichkeiten sind dem Pat. mitzuteilen und ihre Entscheidung ist zu dokumentieren. Die unmittelbare perioperative Betreuung nach Rekonstruktion ist unter der Aufsicht eines in der durchgeführten OP-Technik ausgebildeten Facharztes zu gewährleisten.	
5.11	Postoperative Komplikationen Revisionsoperationen (mit OPS in Intubationsnarkose) aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen in der eigenen Einrichtung	
5.12	Postoperativen Überwachung - Für die postoperative Überwachung müssen Betten auf der Intensivstation oder Intermediate Care Unit zur Verfügung stehen. - Die Prozesse für die postoperative Betreuung und die Verlegung auf Normalstation sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
6.1.2	Ärztliche Qualifikation Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

7. Radioonkologie

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

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	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 und www.onkozert.de.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1	Die Anforderungen des Erhebungsbogens Onkologische Zentren sind zu erfüllen. Besonderheiten für Kopf-Hals-Tumoren sind an dieser Stelle unter der Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0	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	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 Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3	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	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	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5	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	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	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	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.	
10.2.4	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	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	Jährlich sollte von jedem	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1	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	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	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	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1	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	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1	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)	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0	Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.	
10.7.1	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a	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	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu 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	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,	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) 3. Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
10.8	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	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. • 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	§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	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• $\geq 80\%$ - 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	Follow-up Quote Lunge • Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: $\geq 80\%$ • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d	Erfassung Follow-up FBREK • Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP • Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

Datenblatt

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.onkozert.de abrufbar.