

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen Uroonkologische Zentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

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

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Stand FAQ: 08.10.2026

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

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.

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1.a	Prostata: Anzahl Fälle im Zentrum	29.09.2017
	1.2.1.c	Niere: Anzahl Fälle Zentrum	17.12.2018
	1.2.5.a	Alle: Tumorkonferenz	05.06.2018
	1.2.5.b	Prostata: Tumorkonferenz	14.07.2016
	1.2.5.c	Niere: Tumorkonferenz	08.10.2026
	1.2.5.d	Harnblase: Tumorkonferenz	08.10.2026
	1.2.5.e	Hoden: Tumorkonferenz	08.10.2026
	1.2.8	Alle: Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen	29.10.2018
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	1.6.6	Veranstaltung für Pat.	27.09.2022
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpat.	16.08.2022
	1.7.5	Zählweise ZPM	06.06.2023
	1.7.5	Penis: Studieneinschluss	06.06.2023
2.2 Diagnostik	2.2.4	Parameter	05.03.2026
	2.2.9.a	Prostata: Biopsien	12.04.2016
5 Operative Onkologie	5.2.1	Prostata: Diskrepanz zählweise operative Expertise DS – EB	06.06.2023
	5.2.1	Niere: Operative Expertise	19.06.2018
	5.2.1	Harnblase: Operative Expertise	11.02.2025
	5.2.1	Harnblase: Weißlicht-Zystoskopie	29.10.2018
	5.2.8	Prostata / Harnblase / Hoden: Operateure	27.09.2022
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.1	Ärztliche Qualifikation	18.06.2019
7 Radioonkologie	7.3	Expertise Strahlentherapie	26.04.2017
	7.11	Expertise Brachytherapie	14.07.2016
8 Pathologie	8.11	Befundbericht Stanzbiopsie	29.09.2017
10 Tumordokumentation/ Ergebnisqualität	10.5.1	Patient-reported outcome measures	08.10.2026
	10.7.2c	Ergebnisqualität Prostata	11.02.2025
	10.9.2	§65c-Krebsregister – Abgleich Patientenkollektiv	08.10.2026

Datenblatt Prostata

Bei einer Überschreitung der R1-Rate bei pT2 c/pN0 oder Nx M0 wurde durch die Zertifizierungskommission in der Sitzung Prostata am 18.06.2019 eine Vorgehensweise festgelegt: siehe Seite 7.

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Kennzahl 10	Vorgehen bei Überschreitung der Kennzahl	18.06.2019
Matrix-Ergebnis-qualität	Anzahl Primärfälle (posttherapeutisch tumorfrei)	27.04.2022

Weitere Auslegungen hinsichtlich der Kennzahlen Prostata sind in diesem Dokument nicht abgebildet, da die FAQ's zu diesem Organ in dem Spezifikationsdokument hinterlegt sind.

Download: <http://www.xml-oncobox.de/de/Zentren/ProstataZentren>

Datenblatt Harnblase

Tabellenblatt			letzte Aktualisierung
Basisdaten	Dokumentation Vorstufen		12.06.2018
	Zählweise Harnblase		12.06.2018
Kennzahlenbogen	Nr. 2a)	Vorstellung Tumorkonferenz	01.09.2025
	Nr. 2b)	Vorstellung Tumorkonferenz	26.08.2019

Datenblatt Niere

Tabellenblatt			letzte Aktualisierung
Kennzahlenbogen	Nr. 7	Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Histologie vor systemischer Therapie.	05.05.2020

FAQ's - Erhebungsbogen Uroonkologische Zentren

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1.a - Alle -	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)	<u>Prostataspezifisch</u> <u>FAQ (14.07.2016)</u> Sind Pat., die weder in der prätherapeutischen noch postoperativen Tumorkonferenz vorgestellt wurden, Primärfälle (fehlender interdisziplinärer Behandlungsplan)? Antwort: Diese sind als Primärfälle zu zählen, jedoch kann dies bei den Kennzahlen zur Tumorkonferenz zu einer Abweichung führen. <u>FAQ (29.09.2017)</u> Können Pat., die keine leitliniengerechte Therapie erfahren (z.B. HIFU-Pat.) als Primärfall gezählt werden? Antwort: Insofern dies im Rahmen von interventionellen Studien geschieht, dürfen die Pat. gezählt werden.	
1.2.1.c - Niere -	Das Zentrum muss jährlich 35 Pat. mit der Diagnose eines Nierenzellkarzinoms (ICD-10 C64) behandeln	<u>FAQ (17.12.2018)</u> Kann ein Pat. mit einem Nierenkarzinom mehrfach als Primärfall gezählt werden? Antwort: <u>Je Seite</u> kann jeweils 1 Primärfall gezählt werden.	
1.2.5.a - Alle -	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 %	<u>FAQ (05.06.2018)</u> Muss die Tumorkonferenz immer in dem genannten Turnus erfolgen oder kann diese auch mal ausfallen? Antwort: Wenn keine Pat. für die Tumorkonferenz angemeldet sind, kann diese entfallen	
1.2.5.b - Prostata -	Teilnehmer: - Urologie - Strahlentherapie - Hämatologie/Internistische Onkologie - Sofern der Hämato-/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser in	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Sind auch Pat. mit Rezidiv bzw. Fernmetastasierung vorzustellen, die ihre Primärbehandlung nicht im Zentrum erfahren haben? Antwort: Ja (siehe Definition Zentrumsfälle).	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	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 ($\geq$pT3a₇ und/oder R1₇ 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		
1.2.5.c - Niere -	• 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 Nierenkarzinome), Pat. mit Anhaltspunkte für hereditäre Genese, Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen u/o Rezidiv	<u>FAQ (11.02.2025)</u> Welche Risikoklassifikation muss für die Pat. mit $\geq$ intermediär-hohem Risiko angewendet werden? Antwort: Die Vorstellung der Pat. mit einem Nierenkarzinom mit $\geq$ intermediär hohem Risiko dient der Prüfung einer adjuvanten Therapie auf Basis der Kriterien der „Pembrolizumab“-Studie [Choueiri et al., 2021, N Engl J Med]. Die Risikoklassifizierung berücksichtigt neben der pathologischen T-Kategorie, N und M-Status auch das Grading des Tumors (s. Seite 168, S3-Leitlinie Nierenzellkarzinom, Version 5.0).	
		<u>FAQ (08.10.2026)</u> Welche Kriterien muss eine "(Video-)Tumorkonferenz (online) on-demand" erfüllen? Antwort: Bei einer „(Video-)Tumorkonferenz on demand“ muss d. Vertretende der Pathologie im Vorfeld dem Leiter der Tumorkonferenz tagesaktuell benannt und in der Anwesenheitsliste geführt werden. Um einen reibungslosen Ablauf der Tumorkonferenz und der Falldiskussion ohne Zeitverlust zu gewährleisten, muss die/der benannte FÄ/FA für Pathologie am Platz erreichbar sein, sich – wenn nötig – unmittelbar per Video virtuell dazuschalten und zum Fall Auskunft geben.	
1.2.5.d - Harnblase	• 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) und Fälle nach Zystektomie (mind. R1 u/o N⁺) sowie	<u>FAQ (08.10.2026)</u> Welche Kriterien muss eine "(Video-)Tumorkonferenz (online) on-demand" erfüllen? Antwort: Bei einer „(Video-)Tumorkonferenz on demand“ muss d. Vertretende der Pathologie im Vorfeld dem Leiter der Tumorkonferenz tagesaktuell benannt und in der Anwesenheitsliste geführt werden. Um einen reibungslosen Ablauf der Tumorkonferenz und der Falldiskussion ohne	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

	• Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) • Rezidive nach TUR-B (mind. T1 high-grade u/o Cis) u/o nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+) • Pat mit organerhaltender Therapie	Zeitverlust zu gewährleisten, muss die/der benannte FÄ/FA für Pathologie am Platz erreichbar sein, sich – wenn nötig – unmittelbar per Video virtuell dazuschalten und zum Fall Auskunft geben.	
1.2.5.e - Hoden	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 extragenadalem Keimzelltumor	<u>FAQ (08.10.2026)</u> Welche Kriterien muss eine "(Video-)Tumorkonferenz (online) on-demand" erfüllen? Antwort: Bei einer "(Video-)Tumorkonferenz on demand" muss d. Vertretende der Pathologie im Vorfeld dem Leiter der Tumorkonferenz tagesaktuell benannt und in der Anwesenheitsliste geführt werden. Um einen reibungslosen Ablauf der Tumorkonferenz und der Falldiskussion ohne Zeitverlust zu gewährleisten, muss die/der benannte FÄ/FA für Pathologie am Platz erreichbar sein, sich – wenn nötig – unmittelbar per Video virtuell dazuschalten und zum Fall Auskunft geben.	
1.2.8 - Alle-	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.	<u>FAQ (29.10.2018)</u> Wie ist die Anforderung „Postoperativ/-interventionell verstorbene Pat. sind in jedem Fall zu besprechen“ auszulegen? Welcher Zeitraum liegt hier vor? Antwort: Die entsprechenden Pat. sind in der nächsten M&M-Konferenz zu besprechen. Da die M&M-Konferenz 2x im Jahr zu erfolgen hat, kann dadurch das Kennzahlenjahr i.d.R. gut abgedeckt werden. Alle innerhalb des Kalenderjahres (Auditvorjahr) postoperativ/-interventionell verstorbenen Pat. sind zu besprechen.	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.6 - Alle -	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.	<u>FAQ (27.09.2022)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen? Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Patienten darlegen.

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.5 - Alle -	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. 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 eigene Studie für Pat. des Zentrums (je Entität), durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt. • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Studien.	<u>FAQ (16.08.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden? Antwort: Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme des Pat. nicht möglich ist. <u>FAQ (06.06.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen. <u>FAQ (06.06.2023)</u> Gelten die Vorgaben „1 Pat. bei Erstzertifizierung“ bzw. „nach 1 Jahr: mind. 5% d. Primärfälle“ auch für die Zertifizierung eines Peniskarzinomzentrums? Antwort:

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden.	Wenn bei der Zertifizierung (unabhängig von der Auditphase) eines Peniskarzinomzentrums kein Pat. in eine Studie eingeschlossen ist, muss das Zentrum seine Aktivität für den Studieneinschluss nachweisen. Wenn es keine relevanten Studien gibt, muss es die Studienquote für das Prostatakrebszentrum erfüllen.

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.4 - Prostata -	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	FAQ (05.03.2026) Frage: Ist es notwendig, die tägliche Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA) vorzuhalten? Antwort: Nein, es ist nicht notwendig.
2.2.9.a - Prostata -	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.	FAQ (12.04.2016) Wie ist es, wenn aus der Region mehrere Stanzbiopsien entnommen werden, weil keine 1 cm lang war. Zusammen aber 1,0 cm ergeben? Zählt das als Stanze über 1cm Länge? Antwort: Ja, zählt.

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	
5.2.1 - Prostata -	Operative Expertise Zentrum 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. Operators 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)	FAQ (06.06.2023) Warum kann es zu einer Diskrepanz zwischen der operativen Expertise im Datenblatt und im Erhebungsbogen kommen? Antwort: Die operative Expertise im Datenblatt bezieht sich auf Zentrumsfälle im Kennzahlenjahr (Zählzeitpunkt Primärfälle = Datum Vorstellung im Zentrum), die Angabe der OP's im Erhebungsbogen durch die benannten Operateure wird jedoch i.d.R. auf das OP-Datum bezogen. Diskrepanzen sind im Audit zu erläutern.

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
	- Radikale Zystoprostektomie bei Prostatakarzinom (Primärintervention) - Radikale Prostatektomie (Rezidivtherapie) - Salvageprostatektomie Angabe Prostatektomien in Basisdaten (Excel-Vorlage) - 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 in Tabelle Prostataoperateure		
- Niere -	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)	<u>FAQ (29.10.2018)</u> Zum Nachweis der operativen Expertise werden nur Operationen bei malignen Nierentumoren gezählt. Warum können Operationen bei einem im Präparat nachgewiesenen benignen Befund nicht berücksichtigt werden, wenn es exakt dieselbe Operation wie bei einem malignen Befund ist? Antwort: Der Erhebungsbogen Niere ist in allen quantitativen und qualitativen Anforderungen auf das Nierenkarzinom abgestimmt. Die Hinzunahme von benignen Diagnosen zum Nachweis der operativen Expertise würde dazu führen, dass die notwendige Mindestmenge erhöht werden müsste. Daraus würde sich kein Vorteil ergeben.	
- Harnblase -	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)	<u>FAQ (19.06.2018)</u> Kann auch die vordere Exenteration für die operative Expertise gezählt werden? Antwort: Bei Pat. mit Harnblasenkarzinom kann die vordere Exenteration (OPS 5-687.0) für die operative Expertise angerechnet werden. <u>FAQ (11.02.2025)</u> Welche C-Diagnosen können bei der vorderen/kompletten Exenteration angerechnet werden? Antwort: Vorderen/kompletten Exenteration können bei jeglichen C-Diagnosen im kleinen Becken angerechnet werden.	
- Harnblase -	Weißlicht-Zystoskopie Anforderung Durchführung: - FA für Urologie Folgende Diagnostik ist zu ermöglichen: - Flexible oder rigide Zystoskopie - Fluoreszenz-assistierte Zystoskopie (Hexylaminolaevulinat) (siehe auch Kap. 5)	<u>FAQ (29.10.2018)</u> Können auch andere Verfahren als die Weißlicht-/Fluoreszenz-Zystoskopie anerkannt werden? Antwort: Alternativ zu den etablierten Verfahren der Weißlicht-/Fluoreszenz-Zystoskopie kann auch die	

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen		
	- Biopsie Techniken - Fluoreszenzassistierte TUR-B (mit 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	Zystoskopie im Narrow Band Imaging (NBI)-Verfahren anerkannt werden.	
5.2.8 - Prostata -	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 in Tabelle Prostataoperateure (am Ende des Kapitels)	FAQ (30.05.2018) Wenn ein benannter Prostataoperateur eine Radikale Zystoprostatektomie bei Prostatakarzinom durchführt, kann diese Operation auch für die operative Expertise der Harnblase gezählt werden? Antwort: Wenn ein Operateur für beide Module benannt ist, darf die Durchführung von Zystoprostatektomien sowohl für die operative Expertise Prostata (Prostatektomie) als auch Harnblase (Zystektomie) gezählt werden.	
-Hoden-	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 Zulassung neuer Operateure - In den letzten 3 Jahren kumulativ 9 retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien als Erstoperateur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen).	FAQ (27.09.2022) Welche Lymphknotendissektionen können für das Modul Hodenkrebs für die Expertise pro Operateur und die Zulassung neuer Operateure angerechnet werden? Antwort: Für die Expertise pro Operateur und die Zulassung neuer Operateure können (nerv-schonende) retroperitoneale (paraaortale/-cavale) Lymphadenektomien (OPS 5-404.d/e, 5-407.2) in Verbindung mit jeglicher C-Diagnose angerechnet werden.	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
6.2.1 - Alle -	Ärztliche Qualifikation 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.	<u>FAQ (18.06.2019)</u> Muss der Facharzt für Urologie die Anforderung an die Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie weiterhin erfüllen? <u>Antwort:</u> Entsprechend der Musterweiterbildungsordnung 2018 ist die Qualifikation Medikamentöse Tumorthherapie zukünftig bereits integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung Urologie. Insofern ist für Ärzte, die nach der neuen Musterweiterbildungsordnung (2018) ausgebildet werden, der Erwerb der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie nicht mehr erforderlich.	

7 Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
7.3	Expertise Strahlentherapie Prostatakarzinom • Definitive oder postoperative (adjuvante oder Salvage) Strahlentherapie: mindestens 50 Fälle/Jahr; Bei 25-49 Fällen/Jahr gilt: mind. 75 def. o. postoperative Strahlenth. in den letzten 5 Jahren vor dem Audit • Voraussetzung: Im Auditbericht Empfehlung zur Erteilung/Aufrechterhaltung des Zertifikats ohne Einschränkung Verbundstruktur siehe Abschnitt „7.4 Verbund“	<u>FAQ (26.04.2017)</u> Wie wird eine Salvage-Strahlentherapie von einer adjuvanten Strahlentherapie unterschieden? <u>Antwort:</u> Eine Strahlentherapie ist eine Salvagetherapie, • wenn die Strahlentherapie bei persistierendem PSA-Wert oder • wenn die Strahlentherapie nach Diagnose eines biochemischen Rezidivs oder • wenn die Strahlentherapie > 6 Monate nach der OP durchgeführt wird.	
7.11	Expertise Brachytherapie (optional) • LDR-Brachytherapie (permanente Seedimplantation) • HDR-Brachytherapie Expertise LDR/HDR muss gemäß G-BA Beschluss vom 18.06.2015 nachgewiesen werden (Richtwert ohne Berücksichtigung Sonderregelungen sind einmaliger Nachweis von mind. 100 durchgeführten Therapien innerhalb der letzten 5 Jahren).	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Die Durchführung der Brachytherapie ist optional – warum ist es notwendig, eine Expertise zu formulieren? <u>Antwort:</u> <u>Wenn</u> ein Brachytherapie angeboten wird, muss auch die entsprechende Expertise vorliegen.	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	
8.11	Befundbericht Stanzbiopsie: • Das Ergebnis der präoperativen Histologie liegt innerhalb von 5 Werktagen vor. • Positionen müssen entsprechend den klinischen Angaben gekennzeichnet sein. • Verarbeitung unter Beibehaltung der Positionskennzeichnung. • Anzahl u. Lokalisation Karzinom-positiver Gewebeproben • Abschätzung des Prozentsatzes der Gesamtkarzinomfläche / Gesamtstanzzyylinderfläche. • Gleason Grading entsprechend der von der ISUP 2005 konsentierten Modifikationen. Angabe für jede tumorbefallene Stanze separat. • Lymphgefäß- (L) und Venen- (V) Invasion (L0 oder L1, V0 oder V1). • Perineurale Infiltration (Pn0 oder Pn1), wenn beurteilbar, sollen eine Kapselinfiltration, ein kapselüberschreitendes Wachstum und eine Samenblaseninfiltration angegeben werden.	<u>FAQ (29.09.2017)</u> Auf was bezieht sich die prozentuelle Angabe der Gesamtkarzinomfläche/Gesamtstanzzyylinderfläche: auf alle Stanzzyylinder zusammen oder auf den jeweiligen Stanzzyylinder. Antwort: Für den Pathologiebericht: Es bezieht sich auf den jeweiligen Stanzzyylinder.

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	<u>FAQ (08.10.2026)</u> Wie werden Patient-reported outcome measures (PROMs) definiert? Antwort: In Abgrenzung zu einem klinischen Assessment durch Fachkräfte im Gesundheitswesen sind Patient-reported outcome measures (PROMs) validierte Fragebögen bzw. Befragungsinstrumente, die von Pat. selbst ausgefüllt werden. Mit PROMs werden Patient-reported outcomes (PROs) erfasst, also pat.-berichtete Ergebnisse. Dadurch kann die individuelle Perspektive der Pat. systematisch in die Versorgung einbezogen werden. Beispiele für PROMs sind der EORTC-QLQ-C30, die PRO-CTCAE und das NCCN-Distress-Thermometer. In Kapitel 10.5.1 ist anzugeben, welche PROMs im Zentrum eingesetzt werden.
10.7.2.c	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Definition biochemisches Rezidiv: a. Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf > 0,2 ng/ml b. Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg	<u>FAQ (11.02.2025)</u> Müssen alle Zentren, auch wenn sie nicht an der PCO-Studie teilnehmen, eine prä- und posttherapeutische Befragung mit dem EPIC-26 inkl. Zusatzfragen durchführen? Antwort: Die Befragung muss sowohl prä- als auch posttherapeutisch (nach einem Jahr) erfolgen.

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. 2. Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
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.	<u>FAQ (08.10.2026)</u> Wie kann der Abgleich des Pat.-Kollektivs zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen? Antwort: Der Abgleich des Pat.-Kollektivs soll sicherstellen, dass alle Zentrums-pat. durch das Krebsregister erfasst und alle dem Krebsregister dem Zentrum zugeordneten Pat. auch im Zentrum dokumentiert sind. Dies kann z.B. über eine xlsx-Datei o.ä. erfolgen.

FAQ's - Datenblatt Prostata

10	Erfassung der R1 Resektionen bei pT2 c/pN0 oder Nx M0	Zähler	R1-Operationen bei Primärfällen mit pT2 c/pN0 oder Nx M0	FAQ (18.06.2019): Wie wird mit einer Überschreitung der Sollvorgabe umgegangen? Antwort: • Zentren mit Überschreitung der Sollvorgabe haben ihre R1-Fälle differenziert nach Breite ($\leq$ / $>$ 3 mm) und Auftreten (unifokal / multifokal) der R1-positiven Schnittränder für das Audit darzulegen. • Zentren, die <u>mehrheitlich R1-Fälle mit positiven Schnitträndern $>$ 3mm aufweisen und/oder mehrheitlich multifokale R1-Fälle vorlegen</u>, erhalten eine <u>Abweichung</u> und maximal eine <u>Zertifikatsverlängerung von 12 Monaten</u>. • <u>Bei Mehrzahl der R1-Fälle $\leq$ 3 mm und Mehrzahl der R1-Fälle fokale</u> entscheidet der Auditor in Abhängigkeit von der Situation vor Ort (u.a. ergriffene Maßnahmen, Pat.kollektiv des Zentrums etc.) über das weitere Vorgehen.
		Nenner	Operationen bei Primärfällen mit pT2 c/pN0 oder Nx M0	
		Sollvorgabe	$\leq 15\%$	
Matrix		FAQ (27.04.2022): Frage: Welche Primärfälle gelten als posttherapeutisch tumorfrei? Antwort: • Pat. mit R0-Resektion nach radikaler Prostatektomie/Zystoprostatektomie, ohne Metastasen • Pat. mit R1-Resektion nach radikaler Prostatektomie/Zystoprostatektomie und adjuvanter Radiatio und mind. 1 Follow-up im Vorkennzahlenjahr (= dem Kennzahlenjahr vorausgehenden Kalenderjahr) ohne Rezidiv und ohne Metastasen. • Pat. mit definitiver Radiatio und mind. 1 Follow-up im Vorkennzahlenjahr (= dem Kennzahlenjahr vorausgehenden Kalenderjahr) ohne Rezidiv und ohne Metastasen. Ein Rezidiv nach definitiver oder adjuvanter Radiatio liegt dann vor, wenn der PSA-Wert im Verlauf der Nachsorge um 2ng/ml gegenüber dem Nadir (tiefster Wert) angestiegen ist (Phoenix-Definition).		

FAQ's - Datenblatt Harnblase

Basisdaten	Dokumentation der Vorstufen (Carcinoma in situ ("flat tumour")) und von Papillomen und nichtinvasiven papillären Karzinomen unter "0 a/is" Zählweise Harnblase 1) Pat. mit TUR-B auswärts und Vorstellung im Zentrum z. B. wegen auffälliger Histologie ($>$ T1, Cis etc.) --> Pat. wird in der Tumorkonferenz vorgestellt, Primärfall für das Zentrum. Zählung ist unabhängig von der Empfehlung der Tumorkonferenz (z. B. Intervention versus reine Beobachtung).
-------------------	---

	2) Pat. mit TUR-B auswärts und Vorstellung im Zentrum zur/nach Re-TUR-B --> Rezidiv, Pat. zählt als Zentrumsfall Fußnote 2) 2) Jeder Pat. kann pro Kalenderjahr nur 1 Therapieform zugeordnet u. für diese gezählt werden (z.B. Zystektomie nach TUR-B im Kalenderjahr: Zählung für Zystektomie). Der Pat. wird jeweils der führenden Therapie zugeordnet. → Bei Pat. mit TUR-B vor Radiochemotherapie und anschließender erneuter TUR-B zur Therapieerfolgskontrolle zählt für den Pat. die Radiochemotherapie als führende Therapie und der Pat. ist in der Spalte „R(C)Tx“ einzutragen.
--	---

Datenblatt Harnblase				
2a)	Vorstellung Tumorkonferenz	Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ in der TK vorgestellt wurden	FAQ (01.09.2025) Werden Exenterationen (5-687.) ebenfalls im Nenner der Kennzahlen 2a/b gezählt? Antwort: Ja, Primärfälle mit Zystektomie im Rahmen von einer Exenteration sind mind. bei positivem Nodalstatus u./o. R1-Resektion postoperativ vorzustellen.
		Nenner	Primärfälle nach TUR-B (mind. T1) und nach totaler/partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
2b)	Vorstellung Tumorkonferenz	Zähler	Pat. des Nenners, die in der TK vorgestellt wurden	FAQ (26.08.2019) Ein Pat. hatte in der Vergangenheit einen oberflächlichen Tumor (<T1 high grade ohne CIS), wurde mit einer TUR-Blase behandelt, erhielt eine Nachresektion ohne Tumor oder nur geringen Tumoranteilen o.g. Klassifikation und wird dann nachgesorgt. In einer zystoskopischen Kontrolle im Verlauf hat er dann ein Rezidiv. In der erneut durchgeführten TUR-B zeigt sich dann ein erneut ein <T1 high grade ohne CIS [...]. Lt. Kennzahl 2b wäre er formal ein Rezidiv. Für uns ist nun unklar, ob diese Fälle auch besprochen werden müssten. Antwort: Für Kennzahl 2b gilt: Rezidive nach TUR-B wegen V.a. Rezidiv in der zystoskopischen Kontrolle müssen vorgestellt werden, wenn im histolog Befund mind. T1 u/o Cis nachweisbar ist (= also die histologischen Voraussetzungen, die auch für die Vorstellung von Primärtumoren gelten). Alle anderen Pat. mit (V.a.) Rezidiv und/oder sekundärer Fernmetastasierung müssen unabhängig vom Befund in der TK vorgestellt werden.
		Nenner	Pat. mit • Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) • Rezidive nach TUR-B (mind. T1 u/o Cis) und nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+) • organerhaltender Therapie	
		Sollvorgabe	≥ 95%	

FAQ's - Datenblatt Niere

Datenblatt Niere				
7	Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Histologie vor systemischer Therapie	Zähler	Pat. des Nenners mit Histologie vor systemischer Therapie	<u>FAQ (05.05.2020)</u> Ist auch bei primär metastasierten Pat. eine histologische Sicherung der Metastase(n) erforderlich, wenn eine Nephrektomie geplant ist? Antwort: Grundsätzlich ist eine histologische Sicherung vor Einleitung einer ausschließlich systemischen Therapie anzustreben. Das gilt insbesondere bei sekundärer Metastasierung. Eine Ausnahme stellen primär metastasierte Pat. dar, wenn eine Nephrektomie durchgeführt wird bzw. wurde.
		Nenner	Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie	
		Sollvorgabe	≥ 90%	