Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs

Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Die Anforderungen dieses Erhebungsbogens stellen die Basis für Zertifizierungen von Onkologischen Zentren dar. Die Anforderungen an die Onkologischen Spitzenzentren im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren' sind umfassend in den Antragsunterlagen der Deutschen Krebshilfe beschrieben. In dem vorliegenden Erhebungsbogen ist ein Teil der Gesamtanforderungen abgebildet.

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren der DKG

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

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

Auditjahr: **2027**

Version: **N2**

Stand: **04.11.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich „grün" gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2025 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2026 durchgeführten Audits gültig.
Die in diesem Erhebungsbogen farblich „gelb" gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2026 ergänzt und sind für alle ab dem 01.01.2027 durchgeführten Audits gültig.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

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. Gleiches gilt für die Verwendung von Berufsbezeichnungen, z.B. (Fach-)Ärzte/ Ärztinnen.

Präambel

In dem vorliegenden Erhebungsbogen sind die Anforderungen an die klinische Versorgung in Onkologischen Zentren und Onkologischen Spitzenzentren zusammengefasst.

Damit wird ein wichtiges Ziel des Nationalen Krebsplans zur Umsetzung gebracht, das eine Betreuung der Pat. „unabhängig von der Versorgungsstruktur, also unabhängig davon, in welcher Einrichtung die Behandlung erfolgt, unter gleichen fachlichen Qualitätsanforderungen ermöglicht […]“[1]. Grundlage des Konzepts ist die nachfolgende Definition zertifizierter Zentren:

„Ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, multi- und interdisziplinären, transsektoralen und ggf. standortübergreifenden Einrichtungen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen), die, sofern fachlich geboten, möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden, bildet ein Zentrum. Zertifizierte Einrichtungen gliedern sich in drei Zertifizierungsstufen:

- Organkrebszentrum (C) ist ein auf ein Organ oder ein Fachgebiet spezialisiertes Zentrum.
- Onkologisches Zentrum (CC) erstreckt sich auf mehrere Organe oder Fachgebiete.
- Onkologisches Spitzenzentrum (CCC) ist ein „Onkologisches Zentrum mit Forschungsschwerpunkten.“[1]

Das beschriebene 3-Stufen-Modell der onkologischen Versorgungsstrukturen wird von der Deutschen Krebshilfe und der Deutsche Krebsgesellschaft innerhalb eines „Nationalen Zertifizierungsprogramms Krebs“ umgesetzt.

Der vorliegende, gemeinsame Erhebungsbogen ist ein Bestandteil in diesem Konzept.

Die Bearbeitung des Erhebungsbogens durch die Zentren und die Abläufe des Zertifizierungsverfahrens/ Förderprogramms werden wie bisher durchgeführt.

Bei einigen Anforderungen findet sich ein Zusatz „G-BA“ in der ersten Spalte (Bsp. 1.1.4). An diesen Stellen sind Teile der Zentrums-Richtlinie aufgenommen (https://www.g-ba.de/richtlinien/117). Ziel ist es, bei den Verhandlungen vor Ort einen einfachen Überblick über die durch die Onkologischen Zentren erfüllten Vorgaben der Richtlinie zu geben, der durch die Verhandelnden genutzt werden kann.

[1] http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_5-Nationaler_Krebsplan.pdf

Strukturanforderungen / Definitionen

Nachweisstufen Onkologisches Zentrum

Organkrebszentrum (Z)

= Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs, Gynäkologische Krebserkrankung, Hämatologische Neoplasien

Modul (M)

= Analkarzinome, Pankreas, Magen, Leber/ Galle, Speiseröhre, Kopf-Hals, Neuroonkologie, Kinderonkologie, Sarkome, Niere, Harnblase, Hoden, Penis

Addendum (A)

= Mesotheliom

Schwerpunkt (S)

I	Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes; Dünndarm-Tumoren; extrahepatische Gallenwege
IV	Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)
VI	~~Hoden und Penis~~; Nierenbeckenkarzinome (C65), Harnleiterkarzinome (exkl. Ostium ureteris) (C66)

Die in den Schwerpunkten I – VI aufgeführten Tumoren sollen Schritt für Schritt weiterentwickelt werden. Tumoren, die in der Liste der Schwerpunkte aufgeführt sind, können nicht als Transit (= „T“) in den Geltungsbereich der Onkologischen Zentren eingebracht werden, sondern ausschließlich als Schwerpunkt.

Übergangsfristen Schwerpunkt → Modul/ Zentrum

Hoden

~~Im Auditjahr 2025 können für die Entität Hoden noch 3 Nachweisstufen gewählt werden (Modul, Transit, Schwerpunkt).~~ ~~Im~~ Ab dem Auditjahr 2026 sind nur noch die Nachweisstufen Modul und Transit möglich.

Ist aufgrund der Fallzahlen eine Zertifizierung der Entität Hoden als Transit-Zentrum nicht möglich, so muss die Entität im Zertrechner mit der Nachweisstufe „V“ (Versorgt, jedoch nicht im Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums) gekennzeichnet werden.

- Ab dem Auditjahr 2027 ist dann bei einer Unterschreitung des „Geltungsbereiches (mind. 50%)“/ des „Geltungsbereiches im Versorgungsumfang (mind. 70%) eine Verlängerung des Zertifikates Onkologisches Zentrum nur um max. 2 Jahre möglich.
- Ab dem Auditjahr 2028 ist bei einer Unterschreitung des „Geltungsbereiches (mind. 50%)“/ des „Geltungsbereiches im Versorgungsumfang (mind. 70%) eine Verlängerung des Zertifikates Onkologisches Zentrum um max. 1 Jahr möglich.

Mit dem Auditjahr 2029 enden sämtliche Übergangsfristen für die Entität Hoden.

Penis

~~Im Auditjahr 2025 können für die Entität Penis noch 2 Nachweisstufen gewählt werden (Modul, Schwerpunkt).~~

Ab dem Auditjahr 2026 ist ~~dann~~ nur noch die Nachweisstufe Modul möglich.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Strukturanforderungen / Definitionen

Transit (T)

Sofern ein Zentrum für eine Tumorentität die Primärfallanforderungen an ein Organkrebszentrum (Z) bzw. ein Modul (M) noch nicht erfüllt, besteht die Möglichkeit, dieses Organ transitorisch (Nachweisstufe „Transit“) im Rahmen des Onkologischen Zentrums zertifizieren zu lassen. Ziel dieser Nachweisstufe ist die Weiterentwicklung zu einem zertifizierten Organkrebszentrum (Z) bzw. Modul (M). Zur Erstzertifizierung des Onkologischen Zentrums dürfen max. 2 Entitäten die Nachweisstufe „T“ (Transit) führen, zur 1. Rezertifizierung (3 Jahre nach Erstzertifizierung) ist dies nur noch für 1 Entität zulässig. Ab der 2. Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums (6 Jahre nach Erstzertifizierung) darf keine Entität als Transit geführt werden.

Anlage Tumorentität

Für die Tumorentitäten, die als Schwerpunkt oder Transit in den Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums eingebracht werden sollen, müssen die Kliniken ihre fachlichen Behandlungskonzepte und Qualifikationen für die Diagnostik und Therapie der Erkrankung anhand der Vorlage „**Anlage Tumorentität**“ darlegen.

	Erstzertifizierung	Rezertifizierung (nach 3 Jahren)
Anzahl Organkrebszentren (Z) und/ oder Module (M)	2	3
Geltungsbereich gemäß Zertrechner	≥ 50%	≥ 50%
Geltungsbereich im Versorgungsumfang	≥ 70%	≥ 70%
Anerkennung Nachweisstufe „T“	Max. 2 Organe pro Zentrum bis zur Rezertifizierung	Max. 1 Organ pro Zentrum für weitere 3 Jahre nach Rezertifizierung

Berechnungsformeln

Die Berechnung der nachfolgenden Strukturanforderungen erfolgt automatisch durch den „Zertrechner“.

$$\text{Geltungsbereich} = Z + M + S + T > 50\%$$

$$\text{Versorgungsumfang} = Z + M + S + T + V$$

$$\text{Geltungsbereich im Versorgungsumfang} = \frac{Z + M + S + T}{Z + M + S + T + V} > 70\%$$

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Strukturanforderungen / Definitionen

Mehrstandortige Onkologische Zentren

Jeder Standort muss einen eigenen Zertrechner erstellen.

Bei einem mehrstandortigen Onkologischen Zentrum muss mind. 1 Standort alle Anforderungen an den Zertrechner erfüllen (Anzahl Zentren/ Module, Geltungsbereich mind. 50%, Verhältnis Geltungsbereich zu Versorgungsumfang mind. 70%).

Nebenstandort/e: An jedem Nebenstandort müssen mind. 2 Organkrebszentren/ Module mit unterschiedlichem Schwerpunkt zertifiziert sein. So sind z.B. Darm und Pankreas oder Brust und Gyn nicht ausreichend. Das Verhältnis Geltungsbereich zu Versorgungsumfang (mind. 70%) ist von jedem Standort eigenständig zu erfüllen. Ausnahmen bedürfen einer Sonderbewertung.

Bestandschutz bis 31.12.2028 für bereits zertifizierte Strukturen.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Zertrechner Onkologisches Zentrum

Der „Zertrechner Onkologisches Zentrum“ ist offizieller Teil der Zertifizierungsanfrage sowie des Erhebungsbogens. In diesem Zertrechner wird der Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums verbunden mit den jeweiligen Nachweisstufen definiert. Das „Datenblatt Onkologisches Zentrum“, in dem der Zertrechner zu finden ist, ist unter www.onkozert.de verfügbar (Abschnitt „Onkologisches Zentrum“). Die nachfolgende Tabelle ist daher nicht zu bearbeiten!

	Tumorentitäten	Krebsneuerkrankungen [2]	Anteil in %	Nachweisstufe/ Mindestprimärfälle / Mindestzentrumsfälle / Mindestpatientenfälle Z	M	S	T
1	Darm	65.390	~~16,27%~~ 16,09%	50			25
2	Analkarzinom [7]	~~---~~ [2] 2.570	~~---~~ [2] 0,63%		12		
3	Pankreas	14.960	~~3,72%~~ 3,68%		25		13
4	Magen	15.870	~~3,95%~~ 3,91%		30		15
5	Leber/ Galle	9.520	~~2,37%~~ 2,34%		40		20
6	Speiseröhre	6.180	~~1,54%~~ 1,52%		20		10
7	Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S1) (Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren, extrahepatische Gallengangskarzinome)	1.800	~~0,45%~~ 0,44%			--- [3]	
8	Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Neben-schilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)	5.870	~~1,46%~~ 1,44%			--- [3]	
9	Hämatologische Neoplasien	32.830	~~8,17%~~ 8,08%	75 [5]			38 [5]
10	Mamma	72.180	~~17,96%~~ 17,77%	100			50
11	Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren, STIC)	26.280	~~6,54%~~ 6,47%	50			25
12	Haut (Invasives malignes Melanom)	17.800	~~4,43%~~ 4,38%	40			20
13	Prostata	63.440	~~15,79%~~ 15,61%	100			50
14	Nierenbecken/ Harnleiter (S6)	1.900	0,47%			--- [3]	
~~14~~ 15	Penis ~~(S6)~~ [8]	950	~~0,24%~~ 0,23%		8	--- [3]	
~~15~~ 16	Hoden	4.710	~~1,17%~~ 1,16%		15	--- [3]	8
~~16~~ 17	Niere	14.500	~~3,61%~~ 3,57%		35 [4]		18 [4]
~~17~~ 18	Harnblase	15.970	~~3,97%~~ 3,93%		50		25
~~18~~ 19	Sarkome (inkl. GIST)	6.430	~~1,60%~~ 1,58%		50 [4]		25 [4]
~~19~~ 20	Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen)	17.130	~~4,26%~~ 4,22%		75		37
~~20~~ 21	Neuroonkologische Tumoren	10.000	~~2,49%~~ 2,46%		100		50
	Gesamt	~~401.810~~ 406.280	100,00%				

~~21~~ 22	Lunge	49.530	~~12,33%~~ 12,19%	200			100
~~22~~ 23	Mesotheliom	1.600	~~0,35%~~ 0,39%		~~12~~ [6] 10		
~~23~~ 24	Kinderonkologie	2.170	~~0,54%~~ 0,53%		30 [4]		15 [4]
	Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / Kinderonkologie	~~455.110~~ 459.580	~~113,22%~~ 113,08%				

[2] Modifizierte RKI-Liste 2008

[3] Momentan keine Mindestanforderungen an Primärfälle für Nachweisstufe "S" definiert.

[4] Zentrumsfälle (der Anteil in % wird nur dem Geltungsbereich angerechnet, wenn die Mindestvorgabe der Zentrumsfälle erreicht bzw. überschritten wird)

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

[5] Pat.fälle (der Anteil in % wird nur dem Geltungsbereich angerechnet, wenn die Mindestvorgabe der Pat.fälle erreicht bzw. überschritten wird).

[6] Bei der Mesotheliomeinheit handelt es sich um ein Addendum (A) zum Lungenkrebszentrum (kein Modul - M). Die Entität Mesotheliom kann nur in Verbindung mit einem zertifizierten Lungenkrebszentrum gewählt werden (eigenständige Zertifizierung oder in Verbindung mit einem Onkologischen Zentrum ist nicht möglich). Die Mesotheliomeinheit wird in Zelle O54 nicht berücksichtigt, da sich weder um ein Zentrum, noch einem Modul handelt.

[7] Um das Modul Analkarzinome zertifizieren zu können muss zwingend ein Darmkrebszentrum zertifiziert sein bzw. parallel erstzertifiziert werden. Der Transitstatus ist für Analkarzinome nicht möglich.

[8] Um das Modul Peniskarzinome zertifizieren zu können muss zwingend ein Prostatakrebszentrum zertifiziert sein bzw. parallel erstzertifiziert werden. Der Transitstatus ist für Peniskarzinome nicht möglich.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Angaben zum Onkologischen 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 Stammblattes zu benennen. Das Stammblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

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, …).

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

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
   - 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 Tumortherapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

A Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

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

<u>Anlagen zum Erhebungsbogen</u>

1. Liste der Leitlinien
2. Studienorganigramm/Studienliste
3. Matrix Tumordokumentation
4. Pflege
5. Verteiler / Beteiligte Fachgesellschaften
6. Datenblatt - Zertrechner

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Zentrumsmatrix

Organkrebszentren / Organgruppen

	Darm	Anal	Pankreas	Magen	Leber/ Galle	Speiseröhre	Sonst. Gastrointestinale Tumoren	Endokrine Malignome	Hämatologische Neoplasien	Mamma	Gynäkologische Tumoren	Haut	Prostata	Nierenbecken/ Harnleiter	Penis	Hoden	Niere	Harnblase	Sarkome	Kopf-Hals-Tumoren	Neuroonkologische Tumoren	Lunge inkl. Mesothelom	Kinderonkologie
Nachweisstufe gemäß Zertrechner																							
1.1 Struktur des Netzwerks																							
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit																							
1.3 Kooperation Einweiser / Nachsorge																							
1.4 Psychoonkologie																							
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation																							
1.6 Patientenbeteiligung																							
1.7 Studienmanagement																							
1.8 Pflege																							
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche																							
2 Organspezifische Diagnostik / Therapie																							
3 Radiologie																							
4 Nuklearmedizin																							
5 Operative Onkologie																							
6 Medikamentöse/ Internistische Onkologie																							
7 Radioonkologie																							
8 Pathologie																							
9 Palliativversorgung / Hospizarbeit																							
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität																							

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1	Zentrumsmatrix In der Zentrumsmatrix sind die Zuständigkeiten für die Hauptanforderungen festzulegen. „Zentrale“ Zuständigkeit Dies bedeutet, dass bestimmte Leistungen/ Anforderungen des Organkrebszentrums oder der Fachabteilung zentral erbracht werden. „Dezentrale“ Zuständigkeit Unabhängig von zentralen Lösungen werden bestimmte Anforderungen eigenständig gelöst und erbracht. Mischformen „zentral“ und „dezentral“ möglich.	
1.1.2.a	**Lenkungsgremium/ Leitung OZ** Es ist ein Lenkungsgremium einzurichten, in dem die zentralen Zuständigkeiten organisiert und gesteuert werden.	
1.1.2.b	In dem Lenkungsgremium sind ein Leiter und ein Stellvertreter für das Zentrum zu benennen. Der Leiter des OZ und sein Stellvertreter sollen eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore einschließlich der Palliativmedizin besitzen.	
1.1.2.c	Die Arbeitsweise des Lenkungsgremiums wird in einer Geschäftsordnung definiert. Hierzu werden insbesondere folgende Aussagen gemacht: • Auswahl und Benennung der Mitglieder (Empfehlung: Leiter der Organkrebszentren/ Module sowie Vertreter weiterer sonstiger Fachbereiche • Arbeitsweise des Lenkungsgremiums (Entscheidungswege) • Definition Zielsetzung, Ausrichtung und Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums; Erstellung und Verbreitung eines Leitbildes • Einbindung der Organkrebszentren • Benennung eines zentralen Zentrumskoordinators • Mitwirkung/ Aufgaben der zentralen QM-Abteilung • Öffentlichkeitsarbeit • Jahresreview • Zusammenarbeit mit externen/ überregionalen Stellen (Krebsregister, Stiftungen, ….) • Erstellung und Aktualisierung der Kooperationsvereinbarungen für die „zentralen Zuständigkeiten“ • Führung eines Aktionsplanes • Initiierung von Qualitätszirkel	
1.1.3	**Zentrumskoordinator – Aufgaben** • Vorbereitung Sitzung Lenkungsgremium	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Koordination interne/ externe Audits • Überwachung der Fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung • Kommunikationsschnittstelle • Steuerung/ Überwachung der vom Lenkungsgremium eingeleiteten Aktionen	
1.1.4 G-BA	**Jahresreview** In dem Jahresreview sind durch das Lenkungsgremium folgende Punkte zu betrachten: • Zieldefinition/ -bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele • Einzelbewertung der zentralen Zuständigkeiten (in Verbindung mit Zielbetrachtung) • Betrachtung von Auditergebnissen (intern/ extern) • Das Jahresreview ist zu protokollieren (inkl. Aktualisierung des Aktionsplanes). • Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt. Z.B. auf Grundlage der Jahresberichte Organkrebszentren/ Module der DKG und/ oder Auditberichte.	
1.1.5	Der/ die Träger des Zentrums stellen ausreichende finanzielle Mittel/ Ressourcen zur Verfügung, um die personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zu erfüllen.	
1.1.6.a	**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. Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.7 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	
1.1.6.b	**Mitglieder eines OZ:** Kooperationsvereinbarungen sind für alle Mitglieder (registriert) eines Onkologischen Zentrums erforderlich. Das betrifft z.B. folgende Fachbereiche: Ambulante onkologische Pflege, Apotheke, Ernährungsberatung, Genetische Beratung, Hämatologie und Onkologie, Hospiz, Operative und Medikamentöse Onkologie, Palliativmedizin,	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pathologie, Physiotherapie, Psychoonkologie, Radiologie, Radioonkologie, Schmerztherapie, Seelsorge, Selbsthilfe, Sozialdienst	
1.1.6.c	Davon obligate Mitglieder eines OZ (= Hauptkooperationspartner): Gleichberechtigte Leistungserbringer, die sich einer Qualitätsüberprüfung (Audit) unterziehen, und obligat bei Tumorkonferenzen anwesend sein müssen. z.B. Hämatologie u. Onkologie, Operative und Medikamentöse Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie	
1.1.6.d	Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.12b). Wenn das ZPM u. das OZ unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort sind, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.7 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	
1.1.7	**Kooperationsvereinbarungen** Folgende Punkte sind zu regeln: • Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/ externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten DKG-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Onkologischen Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage)	
1.1.8	**Tumorkonferenz** (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert) • Verbindliche Teilnahme • Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau • Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“) Ersteller der Kooperationsvereinbarungen bei • „Zentrale“ Zuständigkeit: Lenkungsgremium	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• „Dezentrale“ Zuständigkeit: jeweiliger Fachbereich Überwachung/ Aktualisierung Aktualität ist jährlich zu überprüfen (siehe auch Jahresreview).	
1.1.9	**QM-Zertifizierung** Bei Erstzertifizierung sollte das OZ über ein zertifiziertes QM-System verfügen.	
1.1.10	**Darstellung Organkrebszentren, Onkologisches Zentrum und CCC** Die Struktur der Zentren 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	
1.1.11	**Zentrumshandbuch** Es ist ein Zentrumshandbuch (Papier oder elektronisch) zu erstellen, aus dem detailliert hervorgeht, wie die Anforderungen im Erhebungsbogen erfüllt werden (inkl. der in den einzelnen Kapiteln des Erhebungsbogens geforderten Prozessbeschreibungen/ Pat.pfade). Im Erhebungsbogen selber ist eine Kurzbeschreibung anzugeben mit einem Kapitelverweis auf das Zentrumshandbuch. Sind die Anforderungen bereits in bestehenden Regelungen/ Handbüchern beschrieben, dann ist im Erhebungsbogen und Zentrumshandbuch auf diese zu verweisen.	
1.1.12	**Internes Audit** Das Onkologische Zentrum ist einmal jährlich einem internen Audit zu unterziehen, bei dem die Erfüllung der Fachlichen Anforderungen aus diesem Erhebungsbogen überprüft wird.	
1.1.13	**Fortbildungen** • Es sind für die Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung anzubieten. • Diese Fortbildungen sollten geeignet sein, die an die Kooperationspartner gestellten Anforderungen an die Fortbildung in Teilen zu entsprechen. • Zielgruppen/ Datum/ Inhalte/ Ergebnisse/ Teilnahme sind zu protokollieren und z.B. in einer Tabelle darzustellen. Ein Fortbildungsplan ist vorzulegen. • Kann zusammen mit Fortbildungsveranstaltungen mit Niedergelassenen erfolgen.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1	Die Anzahl der behandelten Pat. für jede Tumorentität muss aufgeführt werden.	
1.2.2	Ein zentrales Eingangsportal innerhalb des OZ ist wünschenswert.	
1.2.3	**Varianten Tumorkonferenzen** Sofern es unterschiedliche Varianten der Tumorkonferenzen gibt, sind die Unterschiede und Besonderheiten (Teilnehmerkreis, Zyklus, …) zu beschreiben.	
1.2.4.a	**Zyklus/ Teilnehmer** Es muss mindestens 1x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden.	
1.2.4.b	Alle Tumorpat. sind in der Tumorkonferenz vorzustellen (organspezifische Anforderungen Zentren, Module, Schwerpunkte sind zu berücksichtigen), Ausnahmen sind zu begründen. Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperationspartner, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann. Für Standard-Fragestellungen ist eine zu dokumentierende Konsentierung auf elektronischem Wege – optimaler Weise vor der persönlich stattfindenden Tumorkonferenz – möglich.	
1.2.4.c	Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene an der Konferenz zwingend: • Diagnostisches, operatives und ggf. organspezifisch-medikamentöses Fachgebiet (organspezifisch) • Radioonkologie • Hämatologie und Onkologie • Radiologie • Pathologie Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.4.d	Je nach Bedarf sind weitere Fächer und Berufsgruppen in die Tumorkonferenz einzubeziehen (z.B. Apotheker, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Palliativmedizin, Pflege, Psychoonkologie, spezielle Schmerztherapie, Nuklearmedizin, Studienkoordination).	
1.2.4.e	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.	
1.2.4.f	Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensanweisung	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	zu beschreiben.	
1.2.5	**Demonstration Bildmaterial** Pat.bezogenes Bildmaterial (z.B. Pathologie, Radiologie) muss bei der Konferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein. Eine EDV-gestützte Darstellung ist ausreichend.	
1.2.6	**Vorbereitung Tumorkonferenz** • Die wesentlichen Pat.daten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbetrachtung von geeigneten Studienpat. ist vorzunehmen. • Es sind alle Pat. mit Rezidiven und Metastasen vorzustellen, die sich dem Zentrum zur Versorgung anvertraut haben. Quoten für die Vorstellung werden organspezifisch festgelegt. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.7	**Protokoll Tumorkonferenz** • Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“). • Das Protokoll Tumorkonferenz muss Teil der Pat.akte sein und • Die Empfehlung der Tumorkonferenz soll auch den einen Teil des Arztbriefes darstellen. • Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden.	
1.2.8	**Ergebnis Tumorkonferenz** Pat. muss über die Empfehlungen der Tumorkonferenz aufgeklärt werden Pat.information (fallbezogen): Der Pat. erhält • Nachsorgeplan ~~(wenn vorhanden)/ Nachsorgepass~~ • Und auf Wunsch folgende Dokumente: • Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan • Arztbrief/ Entlassungsbrief • Ggf. Studienunterlagen	
1.2.9	**Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung** • Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen sollte eine einmalige Teilnahme an der Tumorkonferenz ermöglicht werden (Auffrischung alle 3 Jahre): • Assistenzpersonal (MTR …) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Mitarbeiter Psychoonkologie und Apotheke • Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt.	
1.2.10	**Behandlungsplan** • Für alle Pat. ist ein individualisierter interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen. Dies betrifft auch Pat., die keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden. • Es wird eine einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan und Tumorkonferenzprotokoll empfohlen.	
1.2.11	**Therapieabweichung** • Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend. • 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. Bei erheblicher Abweichung von interdisziplinären Behandlungskonzepten soll eine Wiedervorstellung in der Tumorkonferenz erfolgen. • 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.	
1.2.12.a	**Metastasentherapie** • Mind. einmalige prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Metastasen in der Tumorkonferenz; Ziel: z.B. Bewertung Metastasenresektabilität oder Anwendung lokaler Therapiemaßnahmen oder andere Therapieintervention • Darstellung der Behandlungsstrategien (unter besonderer Berücksichtigung einer Oligometastasierung) mit Zuständigkeiten für die verschiedenen Metastasen-Lokalisationen (Leber, Lunge, Skelett, Gehirn, …) • Definition der Behandlungswege (Pat.transfer in anderen Fachbereich, Dokumentation und geregelter Informationsaustausch)	
1.2.12.b	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	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.	
1.2.12.c	**Insbesondere für Pat. mit fortgeschrittener Erkrankung** a. Zur Erfassung von Symptomen und Belastungen sollen validierteInstrumente(MIDOS, IPOS) verwendet werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin). b. Spezialisierte Palliativversorgung: Innerhalb des Onkologischen Zentrums ist im Geltungsbereich festzulegen, wie die Einbindung der spezialisierten Palliativversorgung in den Behandlungsprozess geregelt ist (Behandlungspfad der S3-Leitlinie)	
1.2.13.a	**Pat.pfade** Für alle in dem Onkologischen Zentrum behandelten Tumorentitäten sind Pat.pfade zu erstellen, die das Vorgehen vom Eintritt der Pat. in das Zentrum bis zum Abschluss der Betreuung abbilden (Unter besonderer Berücksichtigung der interdisziplinären und transsektoralen Zusammenarbeit).	
1.2.13.b	**Fertilitätserhalt** • Allen Pat. mit einer geplanten fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, System. Therapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden. • Eine Verfahrensbeschreibung mit namentlicher Nennung von Verantwortlichen ist vorzuweisen. • SOP Fertilitätserhalt: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	
1.2.14	**Qualitätszirkel** • Aufgaben, Teilnehmerkreis und Inhalte der Qualitätszirkel werden durch das Lenkungsgremium in Absprache mit den beteiligten Fachdisziplinen definiert • Die obligaten Mitglieder/ Hauptkooperationspartner des OZ haben obligat an QZ teilzunehmen bzw. haben solche zu initiieren • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen onkologische Themen als eine der Schwerpunkte betrachtet werden. • 1 Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenz des OZ/ Jahr kann als Qualitätszirkel ebenfalls anerkannt werden.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Eine Teilnehmerliste wird geführt. • Organisation und Protokollierung durch Zentrumskoordinator oder QM-Beauftragten. • Aus den Qualitätszirkeln müssen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervorgehen, die für eine wesentliche Weiterentwicklung/ Verbesserung des Onkologischen Zentrums geeignet erscheinen. Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ein Qualitätszirkel stattgefunden haben. Das Ergebnis des Qualitätszirkels ist zu protokollieren. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.15	**Zentrale Liste der Leitlinien/ SOPs** Es ist eine Liste der Leitlinien/ SOPs (gemäß Anlage 1) zu führen, zu deren Umsetzung sich die entsprechende Fachdisziplin verpflichtet. In der Liste ist für jede Leitlinie/ SOP ein Verantwortlicher zu benennen. SOPs sind aktuelle und konkretisierte Diagnostik- und Therapieanleitungen, die auf bestehenden S1-S3 Leitlinien beruhen. Bei Entitäten, für die keine entsprechenden Leitlinien existieren, wird die Implementierung von adäquaten SOPs erwartet. Für alle Tumorentitäten des Geltungsbereichs sind SOPs nachzuweisen. Für den Bereich Palliativmedizin können die SOPs des Netzwerks der Onkologischen Spitzenzentren genutzt werden (http://www.ccc-netzwerk.de/arbeitsgruppen/standard-operating-procedures/netzwerk-sops.html)	
1.2.16	**Aufgaben des Leitlinienverantwortlichen** • Überwachung der Aktualität und Weiterentwicklung • Bekanntgabe der Leitlinieninhalte an neue Mitarbeiter (Beschreibung der Art der Bekanntgabe sowie der Protokollierung) • Überwachung der Leitlinienumsetzung (z.B. Leitlinienaudit, Datenmonitoring) Bei Leitlinienänderung • Systematische, zeitnahe und nachweisliche Bekanntgabe von Änderungen (protokolliert z.B. in Form von Fortbildungen, Q-Zirkeln) • Änderung von internen Abläufen/ Vorgaben aufgrund der geänderten Leitlinien	
1.2.17	**1.2.17 Onkologisches Basisscreening** Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind ~~wird empfohlen~~, 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	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen. Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen: ~~z.B. (siehe SOP unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html):~~ • 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). • ~~Screening auf psychosoziale Belastungen (vgl. Kap. 1.4)~~ • ~~Symptomscreening mittels validierter Instrumente (z.B. MIDOS/IPOS (vgl. Kap. 9))~~ • ~~Bedarfserfassung sozialrechtliche Beratung (vgl. Kap. 1.5)~~ • ~~Screening auf Mangelernährung (z.B. NRS, vgl. Kap. 1.9)~~ • ~~Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen > 70 Jahre (z.B. G8)~~ • ~~Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität~~ • ~~Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen~~ ~~Die Prozesse und der Einbezug der jeweils zuständigen Unterstützungsbereiche (z.B. Ernährungsberatung) sind zu beschreiben. Grundlage hierfür: „SOP Onkologisches Basisscreening“ unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html~~ ~~Weitere Erläuterungen siehe FAQ.~~ Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html *„Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“.* Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1	**Kooperierende Einweiser** Es ist eine Liste der kooperierenden Einweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Onkologischen Zentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren. Pflichten des Onkologischen Zentrums: • Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen, wenn deren Pat. vorgestellt werden. • Einweiser ist Möglichkeit einzuräumen, Pat. in der Tumorkonferenz vorzustellen	
1.3.2	**Ansprechpartner** Die Ansprechpartner des Onkologischen Zentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekanntzugeben (z.B. Telefon, E-Mail). Dies kann mit der geforderten Veröffentlichung der Kooperationspartner abgebildet werden.	
1.3.3	**Bereitstellung von Unterlagen** Dem Einweiser sind folgende Unterlagen zeitnah bereitzustellen: • Histologie • Tumorkonferenzprotokoll/Behandlungsplan • OP-Bericht (optional) • Arztbrief/ Entlassungsbrief • Änderungen der Therapie	
1.3.4	**Rückmeldesystem** Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/ Fragen/ Komplikationen der Einweiser einzurichten.	
1.3.5	**Einweiserzufriedenheitsermittlung** • Alle 3 Jahre muss eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. • Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen.	
1.3.6	**Fortbildungen** Es sind mindestens 2x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Zentrum anzubieten. Inhalte/ Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	**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 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 bzw. per Einzelfallprüfung anerkannt sind. Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team ~~des Netzwerkes~~	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	~~(stationär o ambulant)~~ am Standort ist als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten ~~muss~~ approbiert. ~~sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)~~ ~~Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.~~ Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.2	**Psychoonkologie - Ressourcen** Am Bedarf orientiert steht mind. 1 Psychoonkologe/in mit den genannten Qualifikationen ~~steht~~ dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). ~~Anforderungen der Organkrebszentren/ Module sind gesondert zu betrachten~~ ~~Empfehlung: Für koordinierende und wissenschaftliche Aufgaben sind ggf. weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z.B. Dokumentationsassistenten).~~ Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.4.3	~~**Psychoonkologie -** Aufgaben~~~~profil~~ 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 zur Behandlung psychischer Belastungen und psychischer Störungen • Vorbeugung/ Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt/ Verbesserung der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes/ Angehörigenberatung • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) • ~~Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels~~ Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.4.4	**Angebot und Zugang** ~~Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.~~ Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt. Angebote psychoonkologischer Unterstützung haben niedrigschwellig zu erfolgen und sollten auf der Website des Zentrums und mittels Flyer dargestellt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".	
1.4.5	**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 der Kontakte).	
1.4.6	**Dokumentation und Evaluation** ~~Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zur psychischen Belastungen durchzuführen und das Ergebnis zu dokumentieren.~~ ~~Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.~~ Die psychoonkologische Versorgung folgender Pat.: 1. Pat., die im Screening überschwellig belastet waren 2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis ist fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen.	
1.4.7	**Räumlichkeiten** Für die psychoonkologischen ~~Pat.g~~Gespräche ist	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.4.8	**Fort-/ Weiterbildung/ Supervision** • Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen des zentrumsspezifischen Qualitätszirkels • Mitwirkung bei Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für die Mitarbeitenden • Jährlich mind. 1 spezifische Fort~~-/ Weiter~~bildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Wöchentlich stattfindende psychoonkologische Fallbesprechungen. • Externe Supervision des psychoonkologischen Teams ist ~~regelmäßig~~ mindestens 4 mal im Jahr zu ermöglichen ~~(Empfehlung: 2x monatlich)~~	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	**Sozialarbeit - Qualifikation** • Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.5.2	**Ressourcen** Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 beratene Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	
1.5.3	**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	**Umfang Pat.betreuung** Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	
1.5.5	**Räumlichkeiten** Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.5.6	**Organisationsplan** Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.5.7	Inhalte der Beratung unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Erstberatung onkologischer Pat. durch Soziale Arbeit): • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen Rehamaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen Fragen und wirtschaftlichen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleitungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile u.v.a.m.) • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten und Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Entlassmanagement • Intervention bei Notfällen	
1.5.8	**Weitere Aufgaben:** • Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums und/ oder Pat. • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision • interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, ~~Pflegekräften,~~ Fachpflegepersonen, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.	
1.5.9	**Dokumentation und Evaluation** Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu dokumentieren (z.B. Care SD, KIS) und zu evaluieren.	
1.5.10	**Fort-/ Weiterbildung** • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). • Angebot von Supervision	
1.5.11	**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	**Pat.befragungen** • Mind. alle 3 Jahre wird einmal über 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben, an der	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Pat.befragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 30% betragen (bei Unterschreitung Ergebnis bewerten). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.2	**Auswertung Pat.befragung** • Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. • Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Onkologischen Zentrums zu beziehen. • Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen und ist beim Audit vorzulegen. • Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.3	**Pat.information (allgemein)** • Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten gesamtheitlich vorzustellen (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, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen	
1.6.4	**Entlassungsgespräch** Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung ein Gespräch geführt (Kurzdokumentation/ Checkliste), in dem mind. folgende Themen angesprochen und entsprechende Informationen breitgestellt werden: • Therapieplanung • Individueller Nachsorgeplan ~~(Übergabe Nachsorgepass~~ • Wenn verfügbar „Patientenleitlinie“ https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/infomaterial-kategorie/patientenleitlinien/ Pat.informationen sind evidenzbasiert und frei von Interessen anzubieten. Informationen sollten daher bevorzugt über die DKH, die Landeskrebsgesellschaften, Krebs-Selbsthilfeorganisationen und den Krebs-Informationsdienst verwendet werden.	
1.6.5	**Veranstaltung für Pat.** Es ist mind. 1x jährlich vom Onkologischen Zentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. und/oder Interessierte durchzuführen. Wenn möglich in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Sofern Pat.veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.6	**Beschwerdemanagement** Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist installiert. Die Pat. erhalten eine Rückmeldung. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.	
1.6.7.a G-BA	**Selbsthilfegruppen** Die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, mit denen das Onkologische Zentrum aktiv zusammenarbeitet, sind zu benennen. • Ein Ansprechpartner muss benannt sein • Kooperation muss bekanntgegeben werden (u.a. auf Internetseite), ggf. inkl. Kooperationen mit bundesweit tätigen, entitätsspezifischen Selbsthilfeorganisationen • Die Aufgaben der Selbsthilfegruppen können nur von Mitgliedern der Selbsthilfegruppen wahrgenommen werden	
1.6.7.b G-BA	Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sind zu treffen. Diese sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden und die folgende Punkte beinhalten: • Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, medikamentöse Tumortherapie ~~Chemotherapie~~, Nachsorge,...) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des OZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Kliniken kommen auf die örtlichen Selbsthilfegruppen oder die Bundesverbände zu, wenn Informationsmaterial benötigt wird. • Regelhafte Bereitstellung von Räumlichkeiten am OZ für Pat.gespräche • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin. • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Onkologischen Zentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe	
1.6.8 G-BA	**Barrierefreiheit** • Der Zugang zum Krankenhaus ist	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	grundsätzlich barrierefrei. • Die Räumlichkeiten für Pat.-Betreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. • Das Zentrum benennt eine Ansprechperson bzw. zuständige Stelle für Menschen mit Behinderungen und veröffentlicht diese Information im Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums nachzuweisen, der Studien für Tumorpat. anbietet bzw. durchführt. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.	
1.7.2	**Prüfarzt/ Studienbeauftragter** Sind in dem „Studienorganigramm“ namentlich zu benennen. Prüfarzt und Studienbeauftragter können in einer Person vereint sein. Definition Prüfarzt • gemäß AMG (§40) verantwortlich für die Studiendurchführung • mindestens zweijährige Erfahrung in der klinischen Prüfung von Arzneimitteln Definition Studienbeauftragter • von dem Prüfarzt benannter Arzt • Prüfarzt delegiert Aufgaben an den Studienbeauftragten • sofern ein Studienbeauftragter neu benannt wird, dann ist eine spezifische Studienfortbildung nachzuweisen	
1.7.3	**Studienassistenz** • Pro „durchführende Studieneinheit“ ist eine Studienassistenz in dem „Studienorganigramm“ (Anlage 2) namentlich zu benennen. • Diese kann in Ausnahmen für mehrere „durchführende Studieneinheiten“ parallel aktiv sein.	
1.7.4	**Studienassistenz - Qualifikation**	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, ~~Gesundheit / Krankenpfleger~~ Fachpflegepersonen, medizinische Fachangestellte) Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistenzfunktion nachzuweisen. Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragter die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.	
1.7.5	**Studienassistenz - Aufgaben** Das Aufgabenspektrum ist schriftlich festzulegen (z.B. über Stellen-/ Funktionsbeschreibung) und kann u.a. folgende Inhalte umfassen: • Durchführung von Studien gemeinsam mit Prüfarzt • rekrutieren, registrieren und die unterstützende Aufklärung von Pat. • 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 • Vertretungsregelung Die Tätigkeit der Studienassistenz kann mit anderen Tätigkeiten wie der Tumordokumentation kombiniert werden.	
1.7.6	**Zusammenarbeit Studienassistenz - Prüfarzt** Direkte Verfügbarkeit des Prüfarztes bzw. Studienbeauftragten für die Studienassistenz ist sicherzustellen (Nachweis z.B. über regelmäßigen Austausch).	
1.7.7	**Studiensekretariat** Es sind definierte Räumlichkeiten zuzuordnen, an denen die Dokumentationsdurchführung und -ablage organisiert wird.	
1.7.8	**Prozessbeschreibung** Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und 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 (siehe Anlage 2), …)	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Qualifizierung der eingebundenen Mitarbeiter • Studienorganisation (Besonderheiten Betreuung Studienpat., Dokumentation, …) • Kommunikationsaustausch/Aufgabenteilung zwischen Studiensekretariat und ausführenden Mitarbeitern • Art der Bekanntgabe von Studienergebnissen (z.B. MA, Pat.) • Werden im Rahmen der Studie Arzneimittel in der Apotheke zubereitet/ hergestellt, so ist diese vor der Initiierung einzubinden	
1.7.9	**Zugang zu Studien** Den Pat. muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Onkologischen Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und z.B. auf der Homepage zu publizieren (inkl. Kurzbeschreibung der Studie). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.10	**Studienzuführung** • Bevor einem Pat. eine Studienteilnahme empfohlen wird, muss im Vorfeld eine pat.bezogene Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgen. • Die Vorgaben für die Studienteilnahme sind in den organspezifischen Anforderungen (Organkrebszentrum, Modul, Schwerpunkt) formuliert. 5% aller Tumorpat., die innerhalb des Onkologischen Zentrums behandelt werden, sollten an Studien teilnehmen. • ~~[nur relevant für entsprechendes Pilotprojekt im EB GZ]~~ Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine ~~eigene~~ Studie für die dem Geltungsbereich des Zertifikats entsprechende Tumorentität durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/ Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/ Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden. • Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle/ diagnostische Studien werden anerkannt) und Studienplan. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.11	**Kommunikation kritische Ereignisse** Es ist sicherzustellen, dass bei kritischen Ereignissen (SAEs) das entsprechende Studiensekretariat umgehend informiert wird. Dies setzt voraus, dass für die Fachabteilung der Studienstatus pat.bezogen eindeutig ersichtlich ist.	
1.7.12	**„Durchführende Einheit“ nicht Teil des**	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Klinikums Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung nachzuweisen, durch welche die Erfüllung sämtlicher in diesem Abschnitt festgelegten Fachlichen Anforderungen sichergestellt wird.	
1.7.13 G-BA	**Forschungstätigkeit** Das Onkologische Zentrum erfüllt für den Bereich Onkologie mindestens eine der folgenden Anforderungen: • Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren (Nennung Name und Leitlinie/ Konsenuspapier) und/ oder • mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) (Nennung mind. 1 Publikation mit zugehörigem Zentrum/ Modul) und/ oder • Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	**Onkologische Fachpflegepersonen ~~Fachpflegekräfte~~** (pädiatrische onkologische Pflege ist ausgenommen) • Am Onkologischen Zentrum müssen mind. 2 VK onkologische Fachpflegepersonen ~~Fachpflegekräfte~~ zusätzlich im Tagdienst angestellt sein. • Onkologische Fachpflegepersonen ~~Fachpflegekräfte~~ sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegeperson ~~Fachpflegekraft~~ nachzuweisen. • Sofern in einem onkologischen Bereich keine onkologische Fachpflegeperson ~~Fachpflegekraft~~ direkt angestellt ist, dann ist für diesen Bereich eine onkologische Fachpflegeperson ~~Fachpflegekraft~~ namentlich zu benennen und die Aufgabenwahrnehmung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegeperson ~~Fachpflegekraft~~ ist die • Weiterbildung onkologische Fachpflegeperson ~~Fachpflegekraft~~ gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder Weiterbildungsordnung einer	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich. Die Onkologischen Fachpflegepersonen ~~Fachpflegekräfte~~ sind in der Anlage 4 darzustellen.	
1.8.2	**Zuständigkeiten / Aufgaben** Pat.bezogene Aufgaben : • Ggf. Onkologisches Basisscreening (siehe Kap 1.2.17) und 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 der einzelnen Organzentren 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 ggf. auf Basis des o.g. Screenings/ Assessments unter Einbezug von weiteren Unterstützungsbereichen • Teilnahme an der Tumorkonferenz • Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; ~~pro Jahr und Organkrebszentrum/ Modul des Onkologischen Zentrums sind Fallbesprechungen/ Pflegevisiten regelmäßig nachzuweisen~~ • Die Umsetzung der Onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster SOP- "Onkologische Pflegevisite"	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	nachzuweisen. Pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum mind. 1 Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen. Übergeordnete Tätigkeiten: • Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten der onkologischen Pflege in den Organkrebszentren/ Modulen 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 onkologischen Fachpflegepersonen ~~Fachpflegekräfte~~ im OZ z.B. in gemeinsamen Qualitätszirkeln • und dort Organisation des Qualifizierungsplans für das OZ mit seinen Organkrebszentren/ Modulen (entsprechend 1.8.5). • Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Fachpflegeperson ~~Fachpflegekraft~~ (siehe Kapitel 6.2.3). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.3	**Einarbeitung** Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/ -plans unter Beteiligung der onkologischen Fachkraft zu erfolgen.	
1.8.4	**Fort-/ 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 Onkologische Zentrum wahrnimmt.	

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.9.1	**Pharmazeutische Betreuung Qualifikation** • approbierte(r) Apotheker(in) • erwünschte Zusatzqualifikation: Von Apothekerkammern oder DGOP anerkannte	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Fort-/Weiterbildung auf dem Gebiet „Onkologische Pharmazie“.	
1.9.2	**Angebot und Zugang** Information und Beratung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Pat. durch auf Onkologie spezialisierten Apotheker soll im Bedarfsfall möglich sein (Nachweis erforderlich).	
1.9.3	**Ressourcen** Es sind adäquate Ressourcen für die pharmazeutische Versorgung und Betreuung vorzuhalten.	
1.9.4	**Organisationsplan** Sofern die Pharmazeutisch-Onkologische Versorgung und Betreuung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtlichen Prozesse (Belieferung, Bestellung usw.) erkennbar sind.	
1.9.5	**Apotheke - Aufgabenprofil** Ziele und Aufgaben der pharmazeutischen Versorgung und Betreuung: • Möglichkeit der täglichen (7d) zentralen qualitätsgesicherten Herstellung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe • Überprüfung der Stabilitäten und Kompatibilitäten von Therapieschemata • Plausibilitätsprüfung der Dosierung unter Berücksichtigung individueller Pat.-Laborparameter • Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung des Personals, Dekontamination, Paravasation und Entsorgung von Zytostatika • ordnungsgemäße Vereinnahme, Lagerung, Herstellung bzw. Zubereitung, Verteilung und Vernichtung der Prüfarzneimittel • Information und Beratung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Pat. durch Apotheker im Bedarfsfall • Teilnahme an Tumorkonferenzen und Treffen der Studienzentralen (entsprechend Kap. 1.2)	
1.9.6	**Dokumentation und Evaluation** Die pharmazeutische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. computergestützte Dokumentation) zu dokumentieren und zu evaluieren.	
1.9.7	Die externe Abnahme eines QM-Systems wird empfohlen (z.B. apothekenspezifisches QM in der Zytostatika-Herstellung (DGOP)	
1.9.8	**Fort-/ Weiterbildung** Jährlich mind. 2 spezifische Fortbildungen pro Mitarbeiter der Zytostatika-Herstellung, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das OZ	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	wahrnimmt.	
1.9.9	**Schmerztherapie** • Für zentrale Bereiche des OZ (OP, medikamentöse Therapie, Strahlentherapie) muss eine SOP „Schmerzbehandlung“ vorliegen • Definierte Ansprechpartner für Schmerztherapie/ Schmerzkonsile sind benannt • Ein Merkblatt „Schmerztherapie“ sollte bereichsspezifisch für Pat. zur Verfügung stehen	
1.9.10	**Ernährungsberatung** • Ernährungsberatung muss Bestandteil des OZ 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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.9.11	**Hygienemanagement** • Für den Geltungsbereich des OZ sind Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte zu benennen. • Die Umsetzungen der zentralen Hygiene-Vorgaben sind für die einzelnen Bereiche (u.a. OP, medikamentöse Therapie) nachzuweisen.	
1.9.12	**Antibiotic-Stewardship-Visiten (ABS-Visiten)** • Für den Geltungsbereich des OZ ist ein Konzept für Antibiotic-Stewardship-Visiten (ABS-Visiten) oder ähnliche Formate nachzuweisen. • Die Visiten sollen multiprofessionell durchgeführt werden.	
1.9.13	Das Onkologische Zentrum hat ein Konzept für die Information über Raucherberatung/ Tabakentwöhnung nachzuweisen.	

2. Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.1.1	Die Anforderungen an die organspezifische Sprechstunde sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen. Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	Die Anforderungen an die organspezifische Diagnostik sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen. Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	**Fachärzte** • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie • Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Facharzt und Vertreter sind namentlich zu benennen	
3.2	**~~Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR)~~ Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal** Mind. 2 qualifizierte ~~MTR~~ 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.	
3.3	Vorzuhaltende Methoden in der Radiologie: • konventionelles Röntgen • Angiographie • Sonographie	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	• Spiral-CT • MRT (Feldstärke mind. 1,5 Tesla)	
3.4	**Prozessbeschreibungen der Radiologie (SOPs)** Die Bildgebungsverfahren sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
3.5	**Befunderstellung** Der schriftliche Befund der Radiologen muss spätestens 24h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.6	**Einarbeitung neuer Mitarbeiter** Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.	
3.7	**Fort-/ Weiterbildung** • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und Assistenz-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 Onkologische Zentrum wahrnimmt	
3.8	**Qualitätszirkel** • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	**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	
4.2	~~**Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTR)**~~ **Qualifiziertes nicht-ärztliches Personal**	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Mind. 2 qualifizierte ~~MTR~~ 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.	
4.3	Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin: • Knochenszintigrafie (obligat) Fakultativ: • PET-CT, PET-MRT • Stationäre Radionuklidtherapie	
4.4	**Prozessbeschreibungen (SOPs)** Die Bildgebungsverfahren in der Nuklearmedizin sind zu beschreiben und 1x jährlich auf Aktualität zu überprüfen.	
4.5	**Befunderstellung** Der schriftliche Befund der Nuklearmedizin "Szintigraphie" (Gammakameradiagnostik) muss spätestens 24 h nach Abschluss der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen. Für die Befunderstellung der radiologisch-nuklearmedizinischen Hybriddiagnostik ist eine Zeitspanne von jeweils 24h pro beteiligter Fachdisziplin vorgesehen.	
4.6	**Einarbeitung neuer Mitarbeiter** Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.	
4.7	**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 Onkologische Zentrum wahrnimmt	
4.8	**Qualitätszirkel** • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1.1	Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner: Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der Chirurgie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.	
5.1.2	**Fachärzte** • Mindestens 1 Facharzt für Viszeralchirurgie Vertretungsregelung mit gleicher Qualifikation ist schriftlich zu belegen • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Ggf. Nachweis über Kooperationsvereinbarung	
5.1.3	**Erreichbarkeit/ Bereitschaft** • 24h-Erreichbarkeit eines Facharztes für Chirurgie, einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Möglichkeit der operativen Notfallversorgung über 24h muss gewährleistet sein	
5.1.4	**Fallzahlen Chirurgie** • Die organspezifischen Anforderungen sind in den Kapiteln 5.2 der organspezifischen Erhebungsbögen hinterlegt	
5.1.5	**Interdisziplinäres Vorgehen** • Für jeden Tumorpat. mit fortgeschrittenem Befund und/ oder Fernmetastasierung, ist entsprechend der Empfehlung der Tumorkonferenz präoperativ das Vorgehen durch die beteiligten Fachdisziplinen zu planen und zu dokumentieren.	
5.1.6	**Prozessbeschreibungen** • Die Konzepte zur Versorgung bei speziellen chirurgischen Behandlungsnotwendigkeiten (Metastasierung, fortgeschrittenes Rezidiv etc.) sind darzustellen (z.B. die Zusammenarbeit Urologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie) • Für Pat. mit Myelonkompression und neurologischen Symptomen muss eine SOP zur "Versorgung innerhalb von 24h nach Verdachtsdiagnose" erstellt werden • Das interdisziplinäre Vorgehen bei chirurgischen Eingriffen muss unter Berücksichtigung der Schnittstellen	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	beschrieben und das Konzept mit entsprechenden Kooperationsvereinbarungen bei der Zertifizierung vorgelegt werden • Postoperative Betreuung der Pat. mit intraoperativ führendem chirurgischen Befund • Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung • Rückverlegung auf die Normalstation der primär behandelnden Fachrichtung • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Die Anforderungen an die organspezifische operative Therapie sind in den Erhebungsbögen der entsprechenden Organkrebszentren/ Module hinterlegt und in vollem Umfang zu berücksichtigen. Die Abteilungen, die Tumorentitäten behandeln, die nicht in einem zertifizierten Organkrebszentrum/ Modul betreut werden oder betreut werden können, müssen die fachlichen Qualifikationen und Behandlungskonzepte darlegen. Organspezifische Darstellung gemäß Vorlage „Erhebungsbogen Onkologische Zentren - Anlage Tumorentität“	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1	Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner: Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner (Hämatologen und Onkologen) des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ambulant).	
6.1.2	Es ist wünschenswert, die Systemtherapie räumlich in zentralen, multidisziplinär betreuten Therapieeinheiten durchzuführen.	
6.1.3	**Ärztliche Qualifikation** • Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie • Ein Vertreter mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen Anforderungen Berechtigung zur Weiterbildung von der zuständigen Ärztekammer im Schwerpunkt Hämatologie und Medizinische Onkologie. Wenn keine Berechtigung zur vollen Weiterbildung vorliegt, muss 6.1.4 - 6.1.6 erfüllt sein	
6.1.4	Die Zusammenarbeit mit einer Einheit für allogene und autologe Stammzelltransplantation muss bei entsprechendem Geltungsbereich des OZ nachgewiesen werden. Ggf. über Kooperation. Eine Beschreibung (Verfahrensanweisung) soll vorliegen.	
6.1.5	**Bereitschaft/ Erreichbarkeit** • 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Während der regulären Arbeitszeiten muss ein in der bettenführenden Abteilung der Klinik (siehe 6.1.6) angestellter FA für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie anwesend sein • Es muss ein Visitendienst am Wochenende eingerichtet sein.	
6.1.6	• Betten in einem geschlossenen stationären Bereich für hämatologische und onkologische Pat., in Einrichtungen, die den Anforderungen als Weiterbildungsstätte für Hämatologie und Medizinische Onkologie entsprechen, müssen jederzeit verfügbar sein (Nachweis über Bettenplan des Gesamt-OZ) • Die Isolation von Pat. und die Umkehrisolation müssen möglich sein und es müssen entsprechende Maßnahmen (z.B. Händedesinfektion, Screening auf Problemkeime, Filter) geregelt sein (Verfahrensanweisung). • Einzelüberwachungsplätze bzw. Monitoren sowie der Zugang zur Intensivmedizin müssen im gleichen Krankenhaus für onkologische Pat. jederzeit zur Verfügung stehen.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.7	Kooperation mit ambulant tätigen Fachärzten für Hämatologie und Medizinische Onkologie muss nachgewiesen werden (z.B. auch über Ermächtigung, MVZ).	
6.1.8	Bereitstellung von onkologischen Konsiliardiensten für alle stationären Abteilungen am Ort, die in die Tumortherapie eingebunden sind.	
6.1.9	Der Prozess der Inanspruchnahme der Rufbereitschaft des Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Medizinische Onkologie durch einen im Krankenhaus vorstellig werdenden Pat. muss beschrieben und anhand von konkreten Fällen dargestellt werden.	
6.1.10	**Teilnahme an der Tumorkonferenz** Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz.	
6.1.11	**Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll** • Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar. • ~~Behandlungsplan/ Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein.~~ • ~~Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.~~ • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren	
6.1.12	**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.	
6.1.13	**Qualitätszirkel** • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).	
6.1.14	**Studien** Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.1 Hämatologie und Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.15	**Pflege** Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.	

6.2 Medikamentöse Tumortherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1	Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner: Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der medikamentösen onkologischen Therapie einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen. Dies gilt auch, wenn die stationäre und ambulante Therapie von unterschiedlichen Kooperationspartnern vorgenommen wird (Trennung stationär/ ambulant).	
6.2.2	**Durchführung der medikamentösen Tumortherapie** (z.B. Chemotherapie, AK-Therapie, Hormontherapie, zelluläre Therapie) Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische ~~Medizinische~~ Onkologie bzw. Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie für das gesamte Spektrum Für die folgenden Fachdisziplinen gilt die Durchführung ausschließlich fachspezifisch: • Facharzt mit der (ggf. integralen) Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie ~~(in Modulen: Durchführung in gleichberechtigter Kooperation mit den oben genannten Fachärzten~~ • Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie • Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie • Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung für den Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und -Onkologie“ / Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie • Urologie (ab MWBO 2018) • Facharzt für Strahlentherapie für die Durchführung der systemischen	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.2 Medikamentöse Tumortherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tumortherapie in Kombination mit Bestrahlungen bei soliden Tumoren. Ein Vertreter ~~(die Vertreter der Kooperation)~~ mit der oben genannten Qualifikation ist zu benennen. Die hier benannten Fachärzte müssen die medikamentöse onkologische Therapie überwachen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten an Ärzte ohne die oben genannte Qualifikation ist nicht möglich.	
6.2.3	**Fachpflegeperson ~~Pflegefachkraft~~/ MFA (ambulant/ stationär)** Voraussetzungen für die Fachpflegeperson ~~Pflegefachkraft~~/MFA, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert: • Stationäre, Tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapie von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird, müssen unter pflegefachlicher Führung einer onkologischen Fachpflegeperson ~~Pflegefachkraft~~ 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 im Audit erfolgen.) • Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Fachpflegepersonen ~~Pflegefachkräfte~~) • Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen Die pflegerische Beratung und/ oder Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen • Nachweis einer Befähigung für die Chemotherapeutika Applikation durch die unter 6.2.2 benannten Fachärzte. • Für die Befähigung wird der Nachweis von jährlichen Schulungen u.a. mit den Inhalten von 6.2.13 und 6.2.14 gefordert. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.4	**Medikamentöse Tumortherapie im Onkologischen Zentrum** • Die Tumortherapie durchführenden Behandlungseinheiten des OZ inkl. der dazugehörigen Organkrebszentren und Module sind in der Zentrumsmatrix (Seite 9) darzustellen • Zentrale Tumortherapie durchführende	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.2 Medikamentöse Tumortherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Behandlungseinheiten sind anzustreben	
6.2.5	**Bereitschaft/ Erreichbarkeit** • 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten, einschließlich der Wochenenden und Feiertage • Während 24-Stunden-Erreichbarkeit muss Zugriff auf die Therapiedaten möglich sein Besonderheiten stationäre Versorgung • Visitendienst am Wochenende	
6.2.6	**Fallzahlen pro Behandlungseinheit** • mind. 200 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährlich bzw. mind. 50 mit spezifischer Indikation (z.B. Mamma, Darm, ….) sofern in den organspezifischen Vorgaben nicht anderweitig vorgegeben • Strahlentherapie: mind. 50 systemische Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) in Kombination mit Bestrahlungen bei soliden Tumoren • Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted 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). Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.7	**Räumlichkeiten medikamentöse onkologische Therapie (nur ambulant)** Mindestens 4 Behandlungsplätze für die intravenöse Tumortherapie und Bluttransfusionen in einem separaten Raum.	
6.2.8	**Basisdiagnostik Labor** Basisdiagnostik einschließlich Notfalllabor während der Dienstzeiten muss möglich sein. Sofern extern, Nachweis über Kooperationsvertrag. Basisdiagnostik Labor muss im Onkologischen Zentrum 24h täglich verfügbar sein.	
6.2.9	**Basisdiagnostik Bildgebung** • 24h täglich Zugang zur sonographischen Diagnostik. • 24h täglich Zugang zur radiologischen Notfalldiagnostik inkl. CT. • Verfügbarkeit MRT Diagnostik	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.2 Medikamentöse Tumortherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Nachweis ggf. über einen Kooperationsvertrag.	
6.2.10	**a) Einheitliche standardisierte Schemata für systemische Therapien im OZ** • 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 soll 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** • 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.	
6.2.11	**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.	
6.2.12	**Prozessbeschreibungen** • Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Fachpflegepersonen ~~Pflegefachkräfte~~ (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein. • Das Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie ist für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.2 Medikamentöse Tumortherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Therapieabschluss) zu beschreiben. • Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren.	
6.2.13	**Standards Begleit- und Folgeerkrankungen** Für die Prophylaxe/ Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, • insbesondere die Behandlung von Paravasaten (Paravasate-Set und SOP), Infektionen, thromboembolischen Komplikationen, allergischen Reaktionen und Vorgehen bei Fieber in der Neutropenie • und das Nebenwirkungsmanagement bei immunologischen und zielgerichteten Therapien (z.B. Osteoprotektion bei Bisphosphonaten, RANK-Ligand-AK, zahnärztliche/ MKG-chirurgische Untersuchung vor Therapiebeginn), sind Standards zu erstellen und die Schulung für Ärzte u. Pflegepersonal nachzuweisen (Protokoll).	
6.2.14	**Notfallbehandlung** • Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle. • Eine jährliche Schulung des medizinischen Personals der Behandlungseinheit muss nachgewiesen werden (Inhalte z.B. allergischer Schock, Reanimation usw.). Die Schulungsprotokolle sind nachzuweisen (Schulungsprotokolle mit Anwesenheit der letzten 12 Monate).	
6.2.15	**Fallbezogene Information/ Dialog mit Pat.** Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein Gespräch zu führen. Dies beinhaltet u.a.: • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und ~~Vermittlung~~ Unterstützung bei der Einholung einer ~~von~~ Zweitmeinung~~en~~ • Entlassungsgespräche als Standard • Schriftliche Pat.informationen (Merkblatt) u.a. über immunologische/ zielgerichtete Therapien und Impfempfehlungen bei Immunsuppression sollen dem Pat. ausgehändigt werden Pat.bezogen sind Pat.gespräche in Arztbriefen bzw. sonstigen Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	
6.2.16	**Information Therapiedurchführung/ -planung** Nach jeder Applikation einer systemischen Therapie erhalten der Pat. und/oder der weiterbehandelnde Arzt Informationen über den aktuellen Therapiestand und die weitere Planung (Blutuntersuchung, …), z.B. über Nachsorge-/ Therapiepass. **Erstellung Arztbrief** Nach Abschluss der systemischen Therapie	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

6.2 Medikamentöse Tumortherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	(letzte Applikation) und/ oder bei Therapieänderung und/ oder nach Abschluss-Staging/ Therapieabbruch erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 7 Tagen den Abschlussbericht.	
6.2.17	**Einarbeitung neuer Mitarbeiter** Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen. Die Umsetzung des Einarbeitungskonzepts ist nachzuweisen (Vorlage der Listen der neu eingestellten Mitarbeiter der letzten 12 Monate).	
6.2.18	**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 Onkologische Zentrum wahrnimmt.	
6.2.19	**Qualitätszirkel** • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).	
6.2.20	**Studien** Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.	
6.2.21	**Pflege** Für die stationäre Pflege sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.8 Pflege“ zu berücksichtigen.	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.onkozert.de und https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	

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.onkozert.de und https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.0.0	**Allgemein (für Abschnitte 9.1 - 9.3 geltend)**	
9.0.1	Die Integration von Palliativversorgung in die Behandlung der Pat. ist in einer SOP anhand des Behandlungspfades der S3-Leitlinie Palliativmedizin darzustellen.	
9.0.2	Für die Pat. der spezialisierten Palliativversorgung geltend. Die Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente (z.B. MIDOS, iPOS) ist zu beschreiben.	
9.1.0	**Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung**	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1.1	Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen. Die Qualitätsmerkmale der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind im Folgenden zu beschreiben. Regionale und länderspezifische Besonderheiten sind zu berücksichtigen. Wenn sich eine SAPV Struktur erst im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine) darzulegen. Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist zur Rezertifizierung funktionsfähig nachzuweisen, entweder hauseigen oder in Kooperation.	
9.1.2	**Pflegerisches Personal** Namentliche Nennung von mind. 4 hauptamtlichen Vollkräften mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung (Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)	
9.1.3	**Ärztliches Personal** Mindestens 2 Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sind namentlich zu benennen: Name: Name:	
9.1.4	**Fallzahlen und Kennzahlen** Mind. 30 multiprofessionell betreute und dokumentierte Palliativpat. pro Jahr.	
9.1.5	**Notfall- und Krisenintervention** Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die betreuten Pat. (einschließlich ärztliche Hausbesuche) ist sicherzustellen: Nennung der Telefonnummer unter der die SAPV 24h/ 7d für Pat./ Angehörige erreichbar ist.	
9.1.6	**Supervision/ Praxisbegleitung** • Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter ist nachzuweisen. • Mindestanforderung 12 Zeitstd./Jahr (Nachweis)	
9.1.7	**Externe Qualitätssicherung** Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Nationales Hospiz- und Palliativregister wird empfohlen.	
9.1.8	**Ambulante Hospizarbeit** • Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten gemäß §39a SGB V (sofern vorhanden) • Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Pat. und Angehörige mit Hospizdiensten und Hospizehrenamtlichen sind darzulegen	
9.2.0	**Stationäres Hospiz**	
9.2.1	Wenn sich ein zentrumsnahes stationäres Hospiz	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	im Aufbau befindet, sind die geplanten Schritte zur Gründung (Zieltermine) darzulegen. Ein stationäres Hospiz ggf. in Kooperation sollte zur Rezertifizierung funktionsfähig nachgewiesen werden.	
9.2.2	**Informationsübergabe** • Informationen über das Hospiz müssen für Pat. und Angehörige zur Verfügung stehen, Ansprechpartner müssen namentlich benannt sein. • Die geregelte Informationsübergabe zwischen dem Hospiz und den betroffenen Kooperationspartnern ist zu beschreiben • Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen	
9.3.0	**Palliativstation**	
9.3.1	Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf folgende Kooperationspartner: Allgemeine Anmerkung Die Anforderungen in diesem Abschnitt des Erhebungsbogens sind von jedem Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums für den Bereich der stationären palliativmedizinischen Versorgung einzeln nachzuweisen. Daher ist dieser Abschnitt von jedem Kooperationspartner dieser Fachrichtung speziell zu bearbeiten bzw. es sind von jedem Kooperationspartner spezifische Aussagen in diesem Abschnitt zu machen.	
9.3.2	Wenn sich eine eigenständige Palliativstation erst im Aufbau befindet, ist ein Konzept zu formulieren, in dem die Ressourcen (personell/ finanziell), die räumliche Infrastruktur, die in dem Kapitel 9.3 aufgeführten Anforderungen sowie die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine, Kooperationspartner) darzulegen sind. Ein Palliativdienst entsprechend den Vorgaben des OPS (8-982 und 8-98h) muss bei der Erstzertifizierung vorhanden sein. Die Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.	
9.3.3	**Kennzahlen der Palliativstation (separate Einheit)** • Anzahl Betten: ≥5 • Neuaufnahmen: ≥100 Pat./ Jahr	
9.3.4	**Ärztliche Leitung** Leitung und Vertretung sind namentlich und mit Qualifikation zu benennen Leitung: Name, Qualifikation, Stellenumfang Stellvertreter: Name, Qualifikation, Stellenumfang	
9.3.5	**Facharzt** Mind. 2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Ressourcen: 0,2 VK pro aufgestelltem Pat.bett (Name, Stellenumfang)	
9.3.6	**Pflegeleitung** Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP) Name: Stellvertreter:	
9.3.7	**Qualifikation Pflege** Es sollten über 75% der Pflegekräfte die Qualifikation „Palliative Care“ besitzen (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung, s.o.) Anzahl VK Pflegekräfte: Davon mit Palliative Care Qualifikation: Entsprechend S3-LL Palliativmedizin: mind. 1,2 VK/ aufgestelltes Pat.bett	
9.3.8	**Räumlichkeiten Palliativstation** • Einrichtung spezieller Räumlichkeiten als abgeschlossener Bereich • Gesprächs- und/ oder Abschiedsraum • Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen	
9.3.9	Es ist ein Prozess für die Aufnahme von Pat. festzulegen, in dem u.a. definiert ist: • Aufnahmekriterien, die an die Kooperationspartner kommuniziert werden • Multidimensionales Basisassessment (z.B. Kerndatensatz der DGP/DHPV) • Dokumentiertes Verfahren zum Umsetzung der vorausschauenden Versorgungsplanung	
9.3.10	**Palliativmedizinische Therapieplanung** Therapieplanung erfolgt für jeden Pat. individuell und wird entsprechend dokumentiert	
9.3.11	**Behandlungsstandards und Leitlinien bei anderen Symptomen** Definierte und dokumentierte Symptomerfassung und Verfahren zur Behandlung sind anhand von Pat.beispielen nachzuweisen	
9.3.12	Es ist ein Prozess für die Entlassung von Pat. festzulegen Es besteht eine systematische, dokumentierte Entlassungsplanung mit Information aller relevanten beteiligten Behandler (z.B. Hausarzt/ Einweiser, Fachbereiche OZ) • Die Informationsabfolge im Todesfall ist geregelt (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, andere Kooperationspartner usw.) • Im Todesfall Information an betroffene Kooperationspartner innerhalb von 3 Tagen	
9.3.13	Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
G-BA	des Palliativdienstes (wie in den Abrechnungsvorgaben OPS 8-98h beschrieben) muss vorliegen. Der multiprofessionelle Palliativdienst muss für Konsile und ggf. die Tumorkonferenz zur Verfügung stehen. Eine 24-stündige palliativmedizinische Versorgung am Standort des Onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett des Pat. muss gewährleistet sein.	
9.3.14	**Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren** Qualifikation: • Psychologe mit therapeutischer Zusatzausbildung in einem Richtlinienverfahren (Psychologischer Psychotherapeut, KJ-Psychotherapeut) oder Gesprächspsychotherapie oder systemischer Familientherapie und spezielle Qualifikation: Palliative-Care-Weiterbildung (DGP) oder Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (DKG) • Sozialarbeiter/ -pädagoge • Physiotherapeut • Ergotherapeut • Kunst-Musik-Therapeut • Case-Manager • Seelsorger Ressourcen: In der Summe 0,2 VK/ aufgestelltem Pat.bett.	
9.3.15	**Multidisziplinäre Fallbesprechung** • Wöchentlicher Zyklus • Besprechung der Behandlungspläne aller anwesenden Pat., Dokumentation der Ergebnisse (Befunde, Therapieziele, Änderungen, Maßnahmen) fallbezogen (Akte, Therapieplan) und gesprächsbezogen (Kurzprotokoll) • Eine Teilnehmerliste der Besprechungen mit Benennung von Therapieverantwortlichen ist zu führen • Teilnahme von >75% aller anwesenden Mitarbeiter auf Station; mind. 1 Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung	
9.3.16	**Externe Qualitätssicherung** Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Kerndatensatz DGP und DHPV wird empfohlen.	
9.3.17	**Öffentlichkeitsarbeit** Aktuelle Informationen für Pat. und Angehörige (z.B. Flyer, Homepage) sind vorhanden.	
9.3.18	**Fortbildungsveranstaltung** Es ist mind. 1x jährlich eine Informations-/ Fortbildungsveranstaltung mit Palliativmedizinischen Inhalten durchzuführen.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Dies kann als Teil einer zentralen Veranstaltung des Onkologischen Zentrums erfolgen.	
9.3.19	**Einarbeitung neuer Mitarbeiter** • Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt. • Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen.	
9.3.20	**Fort- und Weiterbildung:** • Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und psychosoziale Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Qualifizierung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Onkologische Zentrum wahrnimmt	
9.3.21	**Supervision/ Praxisbegleitung** • Supervision und/ oder Praxisbegleitung in Gruppen- und/ oder Einzelgesprächen für alle Mitarbeiter/ -innen ist nachzuweisen. • Jahresplan und Teilnehmerlisten von zusammen mind. 12 Zeitstd. im Jahr pro Mitarbeiter sind vorzulegen.	
9.3.22	**Qualitätszirkel** • Es sind mind. 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. • Die Teilnahme an den beim Onkologischen Zentrum zentral durchgeführten Qualitätszirkeln wird an dieser Stelle anerkannt (siehe „EB 1.2.14 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“).	
9.3.23	**Studien** Sofern Studien angeboten bzw. durchgeführt werden, sind im vollen Umfang die Anforderungen unter „1.7 Studienmanagement“ zu berücksichtigen.	
9.3.24	**Kennzahlen Palliativ** (Erfasst werden die Pat. des Zentrums) Die Kennzahlen sind **nicht** im Erhebungsbogen anzugeben. Für die Darlegung ist das Tabellenblatt „Kennzahlen Palliativ“ im Datenblatt Onkologisches Zentrum zu verwenden!	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

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 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	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 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,	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 verbindlich ~~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) • 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/	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 ≥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: 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 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.	
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	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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** • ≥ 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: ≥ 80% • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, …): bis 79%	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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	

A Anforderung an Onkologische Spitzenzentren

Die folgenden Anforderungen sind obligat von Seiten der CCCs im Rahmen des Förderprogramms ‚Interdisziplinäre Onkologische Spitzenzentren' zu bearbeiten, stellen jedoch nur einen Teil der Anforderungen an Onkologische Spitzenzentren dar. Von Seiten der OZ können diese Anforderungen fakultativ bearbeitet werden.

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
A0	Die fachlichen Anforderungen an die Onkologischen Spitzenzentren sind in dem Dokument „Application Guidelines Oncology Centers of Excellence" zusammengefasst. Die aktuelle Version der Application Guidelines sind auf https://www.krebshilfe.de/forschen/foerderung/ausschreibungen/ downloadbar.	
A1	Internationally competitive and innovative research programs, most importantly in the area of translational cancer research ('bench to bedside'). This must include important solid tumors. The number and quality of ongoing peer-reviewed research projects is important. Active participation in local, national or international collaborative research consortia is expected. What measures have been taken to support development of scientific excellence and to integrate (translational) research into the different multidisciplinary groups responsible for health care?	
A2	• What are the most important research pro-grams/main focuses at your center? De-scribe these programs giving special attention to translational research aspects as well as the integration of both clinicians and basic scientists. • How do these programs complement each other to reach the scientific goals/ visions of your center? • How do the different cancer-related scientific themes of the parent institution fit together with those of the center? How do they complement each other? • How does the center contribute to practice changing developments which lead to more	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	effective prevention, diagnosis and treatment of cancer? In case of a CCC Consortium, please specify the above points for each partner site. Also, list • the measures to establish joint research programs and strategies.	
A3	Obligatory development and realization of innovative clinical trials, including investigator initiated trials. The trials must include a reasonable portfolio of the most important cancer entities. The fraction of patients in trials must approach 90% for pediatric neoplasms, 50% for hematolymphoid and 10% for solid tumors. Availability of a specialized clinical trials office for oncology with a central coordination. The office must be involved in the design and management of the clinical trials. Existence of a central early clinical trials unit where all Phase-I/II-cancer trials are performed.	
A4	Programs in outcomes research, including tumor epidemiology, and the identification of cancer risks and predictive factors.	
A5	A comprehensive and Centralized tumor- and biobank with defined quality and documentation standards is expected. Give a summary of the cancer center's tumor-/biobank(s) with special consideration to the center's policies for the operation of the biobank and for the use of tumor tissues (project management, standard operating procedures, quality control, connection to clinical documentation system). Is the complete clinical data of each patient accessible? Describe the development of the biobank during the last years with specific reference to the biobank-IT/laboratory information management system (LIMS) and quality management. Include as well a description of your activities in the field of liquid biobanking. Please comment on the size of the tumor-/biobank (current number of patients whose fresh frozen tissue specimens, formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) specimens, liquid and living (organoid) samples are stored in the biobank). Describe whether and how the paraffin blocks archive of the Pathology Institute is accessible for projects of the biobank. Describe the degree of centralization/harmonization of the tumor-/biobank(s). Describe your concept of performance measurement of the biobank. In case of a CCC consortium please describe the interconnection of the biobanks between the individual CCC partner sites, particularly by means of IT technology. Also describe how accessibility of samples between the partner sites is guaranteed. Please address the criteria defined in the list of requirements for CCC biobanks (Enclosure 2 in	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Foerderung/CCCs_9th_Call/Ausschreibung_und_Leitfaden_9._Call_30.09.21.pdf https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Foerderung/CCC_11th_Call/Ausschreibung_und_Leitfaden_11._Call_21.10.25.pdf Hinweis: Onkologischen Zentren, die im Bereich der translationalen Forschung aktiv sind, wird der Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung von qualitätsgesicherten Tumor- bzw. Biobanken ebenfalls empfohlen.	
A6	Structures which promote interdisciplinary as well as translational research. Core facilities/ technology platforms and shared resources available to the center must be presented.	
A7	**Metrics** Catchment area (map, number of inhabitants). Number of all cancer patients treated in the cancer center. Number of cancer patients newly diagnosed Number of patients enrolled in clinical trials List of specific clinical trials running at the cancer center (Investigator Initiated Trials (IIT) and Industry Trials) etc. In case of a CCC Consortium show the data for each CCC site as well as for the total consortium.	
A8	Fields of specific competence of the cancer center (e.g. rare tumor entities, specific diagnostic or therapeutic options).	
A9	Multidisciplinary care and research must be supported by an up-to-date and adequate information technology. Describe the Information Technology structure and systems operated at the cancer center. Please give special consideration to the following points/ issues: • clinical information system • electronic medical record for each patient • local clinical cancer registry • documentation of tumor board decisions • electronic clinical pathways/care plans • access to information about clinical trials/study management • biobank IT system • data warehouse • user access (Who has access?) responsibilities/ support from IT-Department In case of a CCC Consortium, please describe how the individual partner sites are interconnected regarding their IT systems. How does your center ensure interoperability with national initiatives (e.g., NCT Program, DKTK,	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	MII, nNGM, DNPM etc.)?	
A10	**Innovative Therapy Concepts/Precision Medicine** Broad portfolio of innovative diagnostic and clinical therapy programs, including immunotherapy **Patient Engagement/Involvement** Involvement of patient representatives in patient-related aspects of clinical care and in boards/committees of the cancer center, responsible for the conceptual design and assessment of patient care.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Anlage 1 - Liste der Leitlinien/ SOPs

Fachdisziplin (Anwendungsbereich)	Bezeichnung der Leitlinie (inkl. Versionsstand, Angabe S1-3)	Bezeichnung der SOP (inkl. Versionsstand)	Leitlinien-/ SOP-Verantwortlicher
z.B. Gynäkologie	S3-LL MaCa Version 5.0	-	

Anlage 2 - Studienorganigramm

Durchführende Einheit	Prüfarzt (§40 AMG)	Studienbeauftragte (sofern vorhanden)	Studienassistenz	Kontakt (E-mail, Telefon)
z.B. Innere Medizin				
z.B. Radioonkologie				
z.B. Praxis Onkologie 1				
z.B. Urologie				

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Liste der Studien, die im Zentrum durchgeführt werden	Eingeschleuste Pat. im Zeitraum von … bis:	01.01.25 – 31.12.25

Die Liste der Studien ist nur für die Schwerpunkte und Transitzentren zu bearbeiten. Die Angaben für die Zentren und Module erfolgen in den jeweiligen Datenblättern.

Durchführende Einheit	Studie	Status der Studie offen / geschlossen (dd.mm.jj)	Anzahl Pat. (im Betrachtungszeitraum)
z.B. Innere Medizin	Studientyp A	Offen	4
	Studientyp A	geschlossen (30.09.24)	5
z.B. Radioonkologie	Studientyp A	Offen	14
	Studientyp C	Offen	12
	Studientyp D	Offen	2
z.B. Praxis Onkologie 1	.....		
z.B. Urologie	.....		

Anlage 3 - Matrix Tumordokumentation

Tumorentität(en)	Fachbereich Systembetreuung / Tumordokumentations-beauftragter	Bezeichnung des Systems	Schnittstelle klinisches Krebsregister
Mamma	Brustzentrum (Gynäkologie)	Mammasystem5000	Krebsregister Bundesland xy

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Anlage 4 - Pflege

Name der Pflegekraft mit onkologischer Fachweiterbildung	Abgeschlossen/ in Ausbildung	Angabe VK	Bereich/ Zentrum
Frau Müller	Abgeschlossen	1 VK	Brustkrebszentrum
Herr Maier	in Ausbildung	0,5 VK	Darmkrebszentrum/ Gastroenterologie

Anlage 5 - Verteiler / Beteiligte Fachgesellschaften (in alphabetischer Reihenfolge)

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft für 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)
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen e.V. (BDP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC)

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGNHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)
Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS)
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Deutsche Krebshilfe (DKH)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Fachexpert*innen
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Haus der Krebsselbsthilfe -Bundesverband e.V.
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)
Sprecher*in des Netzwerkes der Onkologischen Spitzenzentren (CCC)
Vorsitz der Kommissionen Organkrebszentren und Organmodule

Anlage 6 - Datenblatt – Zertrechner

Für die Darlegung des Zertrechners, der 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.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers N2, 04.11.2026)