

Generelle Anforderungen an URO-Cert Kompetenzzentren

Version 2.0.1

05.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.	1
Ablauf des Zertifizierungsprozesses bei Erstzertifizierung:	3
Erarbeitet von URO-Cert e.V. anhand:.....	4
1. Strukturelle Voraussetzungen für ein organspezifisches Kompetenzzentrum	5
2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	7
3. Einbindung von Selbsthilfegruppen	10
4. Nachsorge und Betreuung	10
5. Patienteninformationen, Beratung und Befragung	11
6. Behandlungsdokumentation.....	12
7. Sprechstunde	13
Stammblatt.....	14

Generelle Anforderungen an URO-Cert Kompetenzzentren

Ablauf des Zertifizierungsprozesses bei Erstzertifizierung:

1. Kontaktaufnahme zu URO-Cert, Vorgespräch, Zertifizierungsprozess, Rahmenbedingungen, Kosten
2. Kennenlern-Video-Konferenz
3. Ausfüllen des Fragenkatalogs zum Stand der Zertifizierungsvorbereitungen (IST-Analyse) und Rückmeldung von URO-Cert
4. Abschluss des Zertifizierungsvertrages
5. Grundkonzeption des Zentrums etablieren und Zentrumspartner gewinnen und unter Vertrag nehmen (**Empfohlen:** 5 niedergelassene Urologen aus 2 Praxen)
6. Umsetzung der generellen Anforderungen sowie der in den organspezifischen Erhebungsbögen für Prostata, Harnblase oder Niere festgelegten Anforderungen
7. Erstellen eines Zentrumshandbuchs und Implementieren eines QM-Systems
8. Interne Auditierung des Zentrums und seiner Partner
9. Nach Einweisung Aufnahme der Fall-Dokumentation in der URO-Cert-Cloud, der empfohlenen Dokumentationsplattform
10. Anmeldung zur Zertifizierung als urologisches/uro-onkologisches Kompetenzzentrum für Prostata, Harnblase oder Niere bei URO-Cert Geschäftsstelle
11. Zuweisung des/der externen Auditors/Auditoren, Terminvereinbarung für das externe Audit
12. Vorlage der vollständigen Unterlagen des Zentrums zur Dokumentenprüfung, spätestens 4 Wochen vor dem Visitationstermin u.a. die ausgefüllten Erhebungsbögen, Zentrumshandbuch, Kennzahlen des vergangenen Kalenderjahres, Kooperationsverträge, Ergebnis des internen Audits
13. Ganztägiges Audit im Zentrum (Klinik), Einsicht in die Fallakten, Vorlage von Nachweisdokumenten, Nachweis der erfolgten Fall-Dokumentation, Begehung der Einrichtung inkl. Pathologie und Strahlentherapie, ggf. einer kooperierenden Praxis; **Erstellung des Auditberichts**
14. Übergabe des Auditberichts an die URO-Cert Zertifizierungskommission zur Entscheidung über **die** Zertifikaterteilung
15. Anerkennung als organspezifisches urologisches bzw. uro-onkologisches Kompetenzzentrum durch URO-Cert e.V. für einen Zeitraum von maximal 3 Jahren
16. Ausstellung und Übergabe der Zertifikate für Klinik, Zentrums- und Kooperationspartner
17. Nachweis der Selbstevaluation oder des internen Audits nach 12 und 24 Monaten sowie Vorlage der Kennzahlen bei URO-Cert; ggf. Nachaudit, sofern Erfüllung der Anforderungen nicht nachweisbar ist
18. Vereinbarung der Re-Zertifizierung ca. 4 Monate vor Ablauf des Zertifikats
19. Vorlage der Unterlagen zur Dokumentenprüfung
20. Re-Zertifizierungs-Audit vor Ort nach 36 Monaten

Erarbeitet von URO-Cert e.V. anhand:

- der Leitliniengruppen der AWMF

Hinweis

Grundsätzlich sind die Vorgaben/Empfehlungen der jeweils aktuellen Fassung der in den Erhebungsbögen zitierten Leitlinien zu beachten.

1. Strukturelle Voraussetzungen für ein organspezifisches Kompetenzzentrum

Kriterien	Bearbeitungshinweise
1.1 Grundvoraussetzungen Anzahl der fachlichen Kooperationspartner Für ein organspezifisches URO-Cert Kompetenzzentrum arbeiten nach den gleichen Standards nach Möglichkeit 2 urologische Praxen oder 5 niedergelassene Urologen und mindestens eine urologische Klinik sowie mindestens eine strahlentherapeutische Einheit. Weitere namentlich aufzuführende Kooperationspartner sind Pathologie und alle für die jeweilige Erkrankung relevanten Fachgruppen (z.B. Radiologe, Onkologe, Nuklearmediziner usw.) sowie Sanitätshaus, ambulante Pflege, Physiotherapie, fachspezifische Rehabilitationskliniken, Psychologie und ggf. psychoonkologische Betreuung, Sozialarbeiter und Palliativmedizin und -pflege sowie SAPV und Hospizanbindung Struktur Es existiert ein Organigramm des Zentrums bzw. eine Leistungsübersicht. Zusätzlich ist eine Liste der kooperierenden Urologen mit deren Kontaktdaten zu führen Kooperationsvertrag Im Kooperationsvertrag werden die jeweiligen Leistungen den einzelnen Kooperationspartnern zugeordnet Zentrumsleitung Eine Doppelspitze aus ambulanter und stationärer Versorgung soll etabliert werden; diese ist Ansprechpartner gegenüber URO-Cert und Selbsthilfegruppen Bei mehreren Kliniken in einem Verbundzertifikat Voraussetzungen für eine dezentrale Erbringung sind: - ein gemeinsames QM-System - ein gemeinsames Handbuch - eine gemeinsame Patienten-Dokumentation	Namentliche Nennung Klinik und Kooperationspartner Namentliche Nennung Klinik / Praxen / weitere Kooperationspartner, siehe Stammblatt Namentliche Nennung
1.2 Qualitätsmanagement Die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem gemäß Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses sind erfüllt (Sektorenübergreifende Richtlinie Qualitätsmanagement (QM-RL, in Kraft seit 16.11.2016, letzte Änderung in Kraft getreten am 20. April 2024)	
Das Zentrum (Klinik) verfügt über ein dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem (Zentrumshandbuch), das alle wichtigen Prozesse innerhalb des Kompetenzzentrums umfasst. Es sind leitlinienkonforme Patientenpfade zu definieren zu: Vorsorge, Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Rehabilitation, Palliation - Das Handbuch ist allen Mitgliedern des Zentrums zugänglich und bekannt - Das Zentrum hat einen benannten Koordinator/Vertretung; die Ansprechpartner des Zentrums sind den Kooperationspartnern namentlich bekannt zu machen	

• Alle niedergelassenen Partner verfügen über ein internes Qualitätsmanagementsystem und Praxishandbuch, das die wichtigen Prozesse innerhalb der Praxis regelt. • Jede Praxis hat einen benannten QMB/Vertretung • Das QM-Handbuch wird dem Zentrumskoordinator einmal jährlich im Rahmen einer gemeinsamen QMB-Veranstaltung zur Verfügung gestellt • Das Zentrum hat ein gemeinsames Qualitätsverständnis (Leitbild / Qualitätspolitik) und gemeinsame Qualitätsziele • Eine Zertifizierung des QM-Systems durch ein akkreditiertes Unternehmen ist möglich, jedoch nicht Voraussetzung für eine Zertifizierung als urologisches Kompetenzzentrum • Einmal jährlich wird in allen Einrichtungen des Zentrums ein internes Audit durchgeführt, in welchem die Aktualität des QM-Systems, die Umsetzung der Prozesse und die Einhaltung der Q-Standards überprüft werden. Der Zentrumskoordinator sammelt und bewertet die Auditberichte 1x jährlich und leitet sie an die URO-Cert Geschäftsstelle weiter. Das Audit kann auch extern erfolgen. • URO-Cert überprüft die Einhaltung der Zertifikatsanforderungen nach 12 und 24 Monaten anhand der Zentrumsunterlagen, der internen Auditberichte und der Dokumentationsleistung Bei erkennbaren Mängeln behält sich URO-Cert eine Überprüfung des Zertifikates durch ein vorgezogenes externes Audit vor. Das jährliche zentrumsinterne Audit im Rahmen eines QM-Systems ersetzt das Zertifizierung- oder Rezertifizierungsaudit durch URO-Cert nicht • Das im jeweiligen QM-System implementierte Fehlermanagement bezieht auch medizinische Behandlungsfehler ein Diese sind zu dokumentieren und beim Audit vorzulegen (gilt für Klinik und kooperierende Praxen) • Im QM-System ist ein Beschwerdemanagement für Patienten und Mitarbeiter/Kooperationspartner zu implementieren (gilt für Klinik und kooperierende Praxen)	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
1.3 Generelle personelle Voraussetzungen Medikamentöse Tumorthherapie • Mindestens ein urologischer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumorthherapie oder ein Hämato-Onkologe • Leistungserbringung anhand jeweils gültiger Onkologie-Vereinbarung • Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, Bildung eines Kernteams am Zentrum wünschenswert Onkologische Fachpflegekräfte • mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft (namentlich zu benennen) muss in der Klinik oder Praxis vorhanden sein • Ein onkologisches Pflegekonzept muss vorliegen, das die Besonderheiten der uro-onkologischen Pflege berücksichtigt • Weiterbildungsnachweise für das Pflegepersonal sind zu führen • Zuständigkeiten/Aufgaben: ○ Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen	Anzahl: Namentliche Nennung Anzahl Namentliche Nennung Anzahl

○ Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards. ○ Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen ○ Ermittlung des individuellen pat.-bezogenen Beratungsbedarfs ○ Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und dessen Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes ○ Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; dies können auch andere langjährig erfahrene Pflegefachkräfte mit onkologisch-fachlicher Expertise durchführen ○ Teilnahme am Tumorboard ist verpflichtend Dokumentationsbeauftragte Vorhalten eines/einer Dokumentationsbeauftragten Dokumentationsassistenten*innen in Klinik und für Praxen	Namentliche Nennung
1.4 Studienbeteiligung, Studiendurchführung und -koordination Infrastruktur für Studien sollte vorhanden sein • Für das Kompetenzzentrum sollte ein Studienbeauftragter benannt werden • Dieser sollte die Studien des AUO kennen und ggf. Patienten zur Einschleusung in den Studienzentren zuführen • Die Benennung einer Study Nurse ist wünschenswert • Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein • Die vom Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und ggf. auch auf der Homepage des Zentrums aufzuführen • Beteiligung des Kompetenzzentrums an mindestens einer Studie wünschenswert • In die von URO-Cert auf seiner Homepage empfohlenen Studien sollte rekrutiert werden	Die Prozesse von Initiierung bis zum Ergebnisbericht sind zu beschreiben (SOPs) Namentliche Nennung Namentliche Nennung Studienbenennung

2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
2.1 Nachweis der Anzahl betreuter Patienten / Kalenderjahr	
2.1.1 Von einem URO-Cert Kompetenzzentrum müssen definierte Anzahlen an Erst-Diagnosen gestellt und entsprechend behandelt werden; Vorgaben siehe EB Prostata, Harnblase oder Niere	
2.2 Interdisziplinäre Indikationskonferenzen über Tumor-Patienten: • Bei Erstzertifizierung sollen in der interdisziplinären Fallkonferenz vorge stellt werden alle neu diagnostizierte Primärfälle ○ >pT3a ○ R1 ○ M1 ○ Rezidiv	VA Indikationskonferenz erstellen Nachweis als Kennzahl Nachweis als Kennzahl

• Bei Rezertifizierung mindestens 90 % aller Fälle • Teilnehmer: Urologe, Strahlentherapeut, Onkologe/Facharzt mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie, Pathologe sowie bedarfsweise weitere Fachdisziplinen (Radiologie, Nuklearmedizin) • Teilnahmequote der Fachrichtungen 90 % • Folgenden Berufsgruppen ist als Fortbildungsmaßnahme eine einmalige verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen: Assistenzpersonal aus Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Sozialdienst, Psychoonkologie • Zeitnahe Vorstellung des Patienten in der Indikationskonferenz • Die Tumorkonferenz sollte wöchentlich auf Facharzzebene zum Zweck der Therapieplanung erfolgen • Virtuelle Konferenzen sind möglich, z.B. als Internetforum, Video- oder Telefonkonferenz • Die zu einer Beurteilung notwendigen Parameter müssen verfügbar sein • Die Ergebnisse der Indikationskonferenz werden dokumentiert und dem einweisenden Arzt übermittelt. Sie müssen dem Patienten in geeigneter Form (z.B. als Behandlungsvorschlag) zeitnah mitgeteilt und erläutert werden • Therapieabweichung ○ Das therapeutische Vorgehen soll sich am Behandlungsplan bzw. den Empfehlungen der prätherapeutischen Konferenz/ Tumorkonferenz orientieren ○ Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. von den Leitlinien sind zu protokollieren und zu bewerten ○ Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen sind zu treffen ○ Es ist zu beschreiben, wie sichergestellt wird, dass Abweichungen erfasst werden ○ Wird eine Therapie auf Wunsch des Pat. nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, ist dies zu protokollieren	Umsetzung beschreiben
2.3 Planung der weiterführenden Therapie vor Entlassung Erstellung von • Nachsorgeplan bzw. • Arztbrief • Sicherstellen der Verlaufsdocumentation z.B. durch Nutzen der empfohlenen Dokumentationsplattform • Unterweisung des Tumor-Patienten in Patient-Reported Outcome Measures (PROM)	Umsetzung beschreiben Nachweis führen
2.4 Beschreibung der Übergabe stationär/ambulant • Erreichbarkeit der Station • Erreichbarkeit der nachsorgenden Person bzw. Einrichtung • Telefonlisten	Umsetzung beschreiben

2.5 Beschreibung der sektorübergreifenden Schnittstellen • Integration der sektorübergreifenden Prozesse als QM-konforme Verfahrensanweisungen (VA) in das gemeinsame QM-Handbuch • Einrichten einer gemeinsamen Kommunikationsplattform (z.B. geschlossenes Internetportal oder VPN) • u.a. als Rückmeldesystem für Komplikationen vom weiterbehandelnden Kooperationspartner sowie von der AHB-Einrichtung zum Primärbehandler • Die Primärbehandler verfolgen den Behandlungsverlauf über festgelegte Dokumentationsintervalle und -parameter gemäß der jeweiligen Leitlinie	Umsetzung n VA beschreiben, ggf. ergänzendes Organigramm Dokumentation in empfohlener Dokumentationsplattform
2.6 Morbiditätskonferenzen • Es sind mind. 2 x jährlich Morbiditätskonferenzen durchzuführen • Aufarbeitung aller „ungewöhnlichen“ Verläufe anhand der Literatur • Eine Teilnehmerliste ist zu führen • Jedes Zentrumsmitglied (mindestens 1 Vertreter aus Klinik/Praxen) muss an einer solchen Konferenz teilnehmen • Mindestens 2 Fälle sollen pro Konferenz vorgestellt werden • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf • Die M&M-Konferenzen sollen für die systematische Aufarbeitung von Behandlungsfehlern und ein strukturiertes Fehlermanagement genutzt werden • Morbiditätskonferenzen sind inhaltlich zu protokollieren	Umsetzung beschreiben
2.7 Qualitätszirkel • Es sind mind. 2 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen die Weiterentwicklung des Zentrums sowie organspezifische Themen als Schwerpunkte betrachtet werden • Eine Teilnehmerliste ist zu führen • Jedes Zentrumsmitglied (mindestens 1 Vertreter aus Klinik/Praxen) muss mindestens 1x pro Jahr an einer solchen Konferenz teilnehmen • Organisation und Protokollierung durch Zentrumskoordinator oder QM-Beauftragten • Morbiditätskonferenzen und Qualitätszirkel können organisatorisch zusammengefasst werden	Umsetzung beschreiben
2.8 Fort- und Weiterbildung • Beschreibung der gemeinsamen Fortbildungen • Fortbildungsplan mit Erwerb von Fortbildungspunkten (CME) durch Beantragung bei der Ärztekammer • Nachweis von Qualifikation und Weiterbildung (15 spezifische CME-Punkte pro Kooperationspartner und Jahr) • Zertifizierte Qualitätszirkel können angerechnet werden	Umsetzung beschreiben

3. Einbindung von Selbsthilfegruppen

Kriterium	Bearbeitungshinweise
3.1 Beschreibung der Selbsthilfegruppen Leitung, Adressen, Erreichbarkeit	Namentliche Nennung
3.2 Information über und Zugang zu Selbsthilfegruppen - Informationsweitergabe an Patienten organisieren - Informationsmaterial verfügbar machen - Schnittstellen beschreiben	Umsetzung beschreiben

4. Nachsorge und Betreuung

Kriterium	Bearbeitungshinweise
4.1 Beschreibung des Nachsorgeprozesses nach Abschluss der Primärtherapie gemäß Leitlinien - Verlaufskontrolle (Progression, Lokal- u Lymphknoten-Rezidive, Zweit-Tumore, Patient verstorben, lebt oder lost to follow up) - Verlaufsdokumentation per PROM wünschenswert	Dokumentation in empfohlener Dokumentationsplattform
4.2 Dokumentation der Nachsorge - Dokumentationsverantwortlicher, Dokumentationskraft vorhalten - Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation kontrollieren - Nachsorgeintervall der Jahreskohorten festlegen - Nachsorgequote ermitteln	Umsetzung beschreiben
4.3 Sozialdienst/AHB/Rehabilitationsmaßnahme	
4.3.1 Sozialdienst - Einbindung des Sozialdienstes nach offenen und transurethralen Eingriffen - Jedem Pat. muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung zeitnah -nach Möglichkeit niederschwellig- angeboten werden - Für die Beratung der Pat. in dem Kompetenzzentrum steht 1 Fachkraft zur Verfügung - Die Anzahl und Quote der jährlich vom Sozialdienst betreuten Patienten, ist zu dokumentieren - SGB V z.B. Schwerbehinderung: Umsetzung durch Sozialdienst in der Klinik - Informationsmaterial vorhalten - Die Beratungsinhalte sollen sich an der Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen orientieren (siehe Broschüre der DVSG)	Umsetzung beschreiben

4.3.2 AHB • Angebot einer AHB-Maßnahme an jeden Patienten nach radikaler Prostatektomie, Zystoprostatektomie/Radiatio/Zystektomie, Nephrektomie wegen eines Karzinoms • Organisieren einer fachspezifischen uroonkologischen/urologischen Rehabilitation noch während des stationären Aufenthaltes des Patienten • Zuweisung des Patienten über einen AHB-Antrag in Verbindung mit einem (vorläufigen) Arztbrief. (Kurzbeschreibung des Verlaufs sowie entsprechender Therapieempfehlung)	Umsetzung beschreiben
4.3.3 Anforderungsprofil der fachspezifischen uroonkologischen/urologischen Rehabilitation (Klinik/ambulante Einrichtung) • Die Rehabilitationseinrichtung muss über ausreichend qualifizierte Mitarbeiter verfügen und entsprechende strukturelle Voraussetzungen vorhalten	
4.4 Verfahrensweise bei Rezidiv/Metastasierung • Indikationskonferenz bei Rezidiv/Metastasierung nach radikaler OP obligatorisch • Patienten soll Studienteilnahme angeboten werden. Darüber ist ein Nachweis zu führen • Eine supportive Therapie ist anzubieten • Ein Schmerztherapeut muss für Pat. als Ansprechpartner zur Verfügung stehen • Ambulanten Pat. Zugang zu Sozialdienst und psychoonkologischer Beratung ermöglichen • Zugang zur Seelsorge ist zu beschreiben	Namentliche Benennung
4.5 Palliativversorgung und Hospizarbeit • Kooperationsverträge mit ambulanten und stationären Palliativversorgern und Hospizen sollen geschlossen werden • Ein Arzt mit Zusatzqualifikation Palliativmedizin soll konsiliarisch und zu Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen • Nicht-heilbare Pat. sind beizeiten über Palliativ-Angebote zu informieren • Der Behandlungsbedarf ist mittels Screening gem. S3LL Palliativmedizin zu ermitteln • Die Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie erfolgen	Umsetzung beschreiben Umsetzung beschreiben
4.6 Psychoonkologische Betreuung • Jedem Patienten sollte orts- und zeitnah eine psychoonkologische Betreuung von einem entsprechend qualifizierten bzw. approbiertem Mitarbeiter/Kollegen angeboten werden • Patienteninformationsmaterial sollte ausgehändigt werden	Umsetzung beschreiben

5. Patienteninformationen, Beratung und Befragung

Kriterium	Bearbeitungshinweise
-----------	----------------------

5.1 Patientenbefragung • Patientenbefragungen zur Bewertung des Kompetenzzentrums müssen ein Mal innerhalb der Zertifikatslaufzeit durchgeführt werden • Standardisierte Fragebögen sind im Zentrum/ in den Praxen anzuwenden • Rücklauf der Befragung sollte mind. 50% betragen • Auswertung muss zum Audit vorliegen	Umsetzung beschreiben
5.2 Beschreibung der Art der Information / Veranstaltungen für Patienten • Schriftliche Informationen für Patienten müssen vorhanden sein, idealerweise auch online auf der Webpräsenz des Zentrums • Patientenseminare: 1x jährlich • Nennung der Kooperationspartner des Kompetenzzentrums und deren Leistungsinhalte	
5.3 Information der Patienten über Diagnose und geplante Therapie • Der Zeitraum bis zur prätherapeutischen Besprechung incl. Sprechstunde der Therapieempfehlung darf nicht länger als 6 Wochen betragen • Zu dokumentieren sind: ○ Zweitmeinungsangebot ○ alternative Therapiekonzepte ○ Entlassungsgespräche ○ ggf. geplante Anschlusstherapie ○ ggf. fachspezifische uroonkologische/urologische Rehabilitation ○ Die evidenzbasierten Patientenleitlinien der AWMF zur jeweiligen S3-Leitlinie müssen angeboten werden	Umsetzung beschreiben

6. Behandlungsdokumentation	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
6.1 Fall-Dokumentation • URO-Cert empfiehlt seinen Kompetenzzentren, die Cloud-basierte Datenbankplattform URO-Cert-Cloud zur Falldokumentation einzusetzen • Sicherstellen der Fall-Dokumentation entsprechend der vorgegebenen Items • Abbildung der in den S3-Leitlinien definierten Qualitätsindikatoren • Integration der Nachsorgedaten in die Dokumentation	Dokumentation in empfohlener Dokumentationsplattform
6.2 Tumordokumentation • Einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von ADT und GEKID einschließlich der organspezifischen Ergänzungsmodule • Sicherstellen der Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister • Auswertungen sollen spezifischen Anforderungen genügen ○ Selektionen ermöglichen ○ Abfragen von Ergebnisqualitätsindikatoren ○ Ermitteln von Follow-up Status	Dokumentation in empfohlener Dokumentationsplattform

○ Sterbedaten / tumorbedingtes Versterben • Erfassung und Auswertung von PROM-Daten wünschenswert	
6.3 Umfang der Behandlungsdokumentation • Zur Erstzertifizierung soll 1/3 der geforderten Fälle pro Tumorentität dokumentiert sein • Karzinom-Patienten/-innen sollen nach Möglichkeit eingewiesen werden, ihre Krankheitsverläufe unter Verwendung von Patient-Reported Outcomes (PROM) zu dokumentieren	Dokumentation in empfohlener Dokumentationsplattform
6.4 Nutzung der dokumentierten, anonymisierten Daten Das Kompetenzzentrum gestattet URO-Cert: • die Zweitverwertung der dokumentierten, anonymisierten Daten sowie • die statistische Datenaufbereitung durch URO-Cert für jedes Zentrum (Qualitätskonferenz) • Wissenschaftliche Präsentation, Kongressbeiträge, Publikationen nach Freigabe durch die Zentrumsleiter; die Freigabe mitteilung erfolgt an die URO-Cert Geschäftsstelle • Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfe der Daten durch URO-Cert • Versorgungsforschung	
6.5 Datenübermittlung an URO-Cert jährliche Datenübermittlung an URO-Cert (gilt nur für den Fall der Nutzung anderer als der von URO-Cert empfohlenen Datenbankplattform)	

7. Sprechstunde

Kriterium	Bearbeitungshinweise
7.1 Wartezeiten nach Indikationsstellung • Terminierung der Sprechstunde: zeitnah, möglichst < 2 Wochen • Vorstellung in prätherapeutischer Konferenz/Tumor Board: zeitnah, möglichst < 2 Wochen • Besprechung der Therapieempfehlung: zeitnah, möglichst <= 6 Wochen	VAs der relevanten diagnostischen Prozesse verfassen

Stammblatt

Name des Kompetenzzentrums: _____

Anschrift: _____

Leitung, Koordination, QMB (Name, Anschrift, E-Mail, Telefon)

Leitung (stationär): _____

Leitung (ambulant): _____

Koordination (stationär): _____

Koordination (ambulant): _____

QMB (stationär): _____

QMB(-s) (ambulant): _____

Kooperationspartner des Kompetenzzentrums:

	Kooperationspartner	Anschrift, Telefon, e-Mail, ggf. Web-Adresse	Zugeordnete Leistung
A			
B			
C			
D			
E			