

# Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

## der Deutschen Krebsgesellschaft

In diesem Erhebungsbogen sind die Fachlichen Anforderungen an Hautkrebszentren (FAH) festgelegt. Diese Anforderungen stellen die Basis für Zertifizierungen von Hautkrebszentren dar.

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren

Vorsitz: Prof. Dr. A. Hauschild

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Histologie (ADH)  
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP)  
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)  
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)  
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)  
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)  
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)  
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)  
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)  
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)  
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)  
Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)  
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)  
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)  
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)  
Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)  
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie  
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)  
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)  
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie  
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)  
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
Konferenz onkologische Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)  
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)  
Onkologisches Patientenseminar Berlin-Brandenburg e.V.

**Inkraftsetzung durch den Vorstand der DKG: 03.12.2010**

Durch die Inkraftsetzung kann dieser Erhebungsbogen von allen Hautkrebszentren als Zertifizierungsgrundlage genutzt werden. Nach dem 01.04.2011 ist dieser Erhebungsbogen für sämtliche Zertifizierungsverfahren verbindlich anzuwenden.

Eingearbeitet wurden:

- die interdisziplinären Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Hauttumoren (S2) von 2005

**Angaben zum Hautkrebszentrum**

Hautkrebszentrum (HZ) \_\_\_\_\_

Leiter Hautkrebszentrum \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

**QM-Systemzertifizierung**

QM-Standard  ISO 9001  KTQ  Joint Commission

Zertifizierungsstelle QM \_\_\_\_\_

**Änderungen (Haupt-) Behandlungspartner:**

Bezeichnung Behandlungspartner / Anschrift (Straße / PLZ / Ort)	Datum Zugang	Datum Abgang

Die (Haupt-) Behandlungspartner des Hautkrebszentrums sind bei der Zertifizierungsstelle OnkoZert in einem sogenannten Stamblatt registriert. Dieses Stamblatt kann bei OnkoZert angefragt werden.

**Erstellung /Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des Hautkrebszentrums. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das vorangegangene abgeschlossene Kalenderjahr

Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens

## Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Hautkrebszentrum
  - 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. Patientenbeteiligung
  - 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. Internistische/Medikamentöse Onkologie
  - 6.1. Hämato-/Onkologie
  - 6.2. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
  
7. Radioonkologie
  
8. Pathologie
  
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
  
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

## 1. Allgemeine Angaben zum Hautkrebszentrum

### 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
1.1.1	<p><b>Kooperationsvereinbarungen</b> Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).</p> <p><b>Hauptkooperationspartner</b> Dermatologen, Chirurgen u./o. Vertreter regional tätiger chirurgischer Fachgebiet (z.B. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie), Internistische Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten</p> <p><b>Kooperationspartner (auch externe Kooperation möglich)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatohistologie</li> <li>• Pathologie</li> <li>• Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde</li> <li>• Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</li> <li>• Plastische Chirurgie (sofern vorhanden)</li> <li>• Gynäkologie</li> <li>• Urologie</li> <li>• Psychoonkologie</li> <li>• Sozialarbeit</li> <li>• Genetische Beratung (u.a. familiäre Melanome, Gorlin-Goltz-S., XP)</li> <li>• Labor (mit Ringversuchszertifikat)</li> <li>• Selbsthilfvereinigungen</li> <li>• Seelsorge</li> </ul>	
1.1.2	<p><b>Kooperationsvereinbarungen</b> Folgende Punkte sind zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen</li> <li>• Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien</li> <li>• Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation</li> <li>• Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits</li> <li>• Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten FHZ-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten</li> <li>• Einhaltung Schweigepflicht</li> <li>• Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage)</li> </ul>	

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Tumorkonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbindliche Teilnahme auf Einladung, ggfs. getrennt nach Tumorentität (Melanom, epitheliale Tumoren, kutane, Lymphome, seltene Hauttumoren etc.)</li> <li>• Sicherstellung Verfügbarkeit Facharzniveau</li> <li>• Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)</li> </ul>		
1.1.3	<p>Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fälle mit malignen epithelialen Tumoren (exklusive in-situ Tumoren) pro Jahr: <math>\geq 100</math> Patienten</li> <li>• Fälle mit invasivem Malignem Melanom pro Jahr: <math>\geq 40</math> Patienten</li> </ul> <p>Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP) werden im Kennzahlenbogen erfasst</p> <p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten (nicht Aufenthalte und nicht Operationen; nicht Nachsorgepatienten, nicht Rezidiv) mit im Kalenderjahr neu diagnostiziertem Hautkrebs oder vorbehandelten/therapierten anderem (= andere Histologie) Hautkrebs, inklusive primär M1</li> <li>• Pro Kalenderjahr kann nur ein maligner Hauttumor gezählt werden</li> <li>• Histopathologischer Befund muss vorliegen</li> <li>• Fall kann nur für 1 Zentrum gezählt werden. Therapieplanung (interdisziplinäre Tumorkonferenz) und Therapiedurchführung über das Zentrum (Haupttherapie)</li> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histopathologischen Diagnosesicherung</li> </ul>		
1.1.4	<p>Ansprechpartner des Hautkrebszentrums</p> <p>Die Ansprechpartner des Hautkrebszentrums am Klinikstandort sowie für die einzelnen Behandlungspartner sind namentlich zu benennen und bekannt zu geben (z.B. im Internet). In ärztlichen Bereichen müssen die Verantwortlichkeiten auf Facharzniveau definiert sein</p>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.2.1	Zyklus		
a)	Die Tumorkonferenz hat regelmäßig mindestens 2x monatlich stattzufinden.  Videokonferenz In Ausnahmefällen können Videokonferenzen die persönliche Anwesenheit ersetzen. Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative		
b)	Teilnehmer Hauttumorkonferenz Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzteebene an der Tumorkonferenz obligat und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatologe</li> <li>• Radiologe</li> <li>• Strahlentherapeut</li> <li>• Operateur/Chirurg (organspez./onkologisch)</li> <li>• Internistischer Onkologe</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fakultativ sind assoziierte Fachgruppen (z.B. Dermatohistologie, Pathologie, Psychoonkologie, Pflege, Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Schmerztherapie, HNO, MKG, Nuklearmedizin, Urologie, Gynäkologie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen (Empfehlung: regelhafte Einladung; gezielte Teilnahme).</li> <li>• Sind für eine Fachrichtung mehrere Behandlungspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel)</li> </ul>		
c)	Vorbereitung Tumorkonferenz Die wesentlichen Patientendaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen		
d)	Demonstration Bildmaterial Patientenbezogenes Bildmaterial (radiologisch/histopathologisch/fotografisch) muss bei der Tumorkonferenz - soweit erforderlich - verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein		
e)	Protokollierung Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, multiprofessionellen- und interdisziplinären Behandlungsplan (dokumentiert z.B. im Protokoll Tumorkonferenz). Die Verteilung des Behandlungsplanes an die einzelnen Behandlungspartner (incl. Einweiser) ist sicherzustellen		
1.2.2	Behandlungsplan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für alle Patienten ist ein möglichst interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen, den der Patient auf Wunsch erhält. Dies betrifft auch Patienten, die keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden</li> </ul>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird eine einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan und Tumorkonferenzprotokoll empfohlen. Der Behandlungsplan kann Teil des Tumorkonferenzprotokolles sein.</li> </ul>		
1.2.3	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (MuM) Im Rahmen einer regelmäßig abgehaltenen MuM werden Komplikationen und Risiken durchgeführter Therapien fortlaufend analysiert und diskutiert, um therapeutische Risiken weiter zu senken und diese so niedrig wie möglich zu halten. Im Rahmen dieser Konferenzen besteht auch die Möglichkeit ethische Fragestellungen zu besprechen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser</li> <li>• Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden</li> <li>• Es sind Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen.</li> <li>• MuM sind mind. 1 x jährlich durchzuführen und zu protokollieren</li> </ul>		
1.2.4	<p>Fallbesprechungen (prä- und postoperativ)</p> <p>Melanom Besprechung aller Problemfälle mit interdisziplinärer Fragestellung; ab Stadium IIIA</p> <p>Kutane Lymphome Besprechung aller Problemfälle mit interdisziplinärer Fragestellung; ab Stadium IB</p> <p>Andere maligne Hauttumoren (u.a. Merkel-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom) Besprechung aller Problemfälle mit interdisziplinärer Fragestellung; unabhängig vom Stadium</p> <p>Maligne, epitheliale Tumoren (BCC, SCC) Besprechung aller Problemfälle mit interdisziplinärer Fragestellung; z.B. Komplizierte Lokalisation, Ausdehnung/ Infiltration (z.B.: Ulcus rodens, Ulcus terebrans), metastasierte Tumoren, immunsupprimierte Patienten</p> <p>Patienten mit neu aufgetretener Fernmetastasierung werden in der Tumorkonferenz besprochen Anforderung: &gt; 95%</p>		
1.2.5	<p>Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information in der Tumorkonferenz zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.</p> <p>Abweichungen gegenüber Therapieempfehlung:</p>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Therapie gemäß Therapieempfehlung:</p> <p>Dokumentierte Angabe von Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch des Patienten</li> <li>• Wunsch des Arztes</li> <li>• Nebenwirkungen/Morbidität</li> </ul> <p>Abweichungsrate bei Empfehlungen: Erstzertifizierung &lt; 40%</p>		
1.2.6	<p>Patienten mit Lokalrezidiv/Metastasen Verfahren zur Erfassung von Patienten mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Patientenpfade)</p>		
1.2.7	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Hauptbehandlungspartner des Zentrums müssen mind. 1x jährlich in einer gemeinsamen Runde Qualitätszirkel durchführen, in denen Hautkrebszentrums spezifische Themen betrachtet werden</li> <li>• Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>• Qualitätszirkel sind zu protokollieren</li> <li>• Kooperationspartner: regelhafte Einladung, fakultative Teilnahme</li> </ul>		

## 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.3.1	<p>Kooperierende Einweiser Es ist eine Liste der kooperierenden Haupteinweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Hautkrebszentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren.</p> <p>Pflichten des Hautkrebszentrums</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einweiser sind berechtigt an der Tumorkonferenz teilzunehmen.</li> <li>• Einweisern ist die Möglichkeit einzuräumen, Patienten vorzustellen</li> </ul>		
1.3.2	<p>Arztbriefe Arztbriefe sind zeitnah an den Einweiser zu richten. Arztbriefe haben den histologischen Befund, das operative Vorgehen sowie Ergebnisse aus der Tumorkonferenz („Therapieplan“) zu beinhalten</p>		
1.3.3	<p>Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/Fragen der Haupteinweiser einzurichten. Die Ansprechpartner des Hautkrebszentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zugeben (z.B. Telefon, E-Mail)</p>		

### 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.3.4	Zusammenarbeit Einweiser Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben.		
1.3.5	Einweiserzufriedenheitsermittlung Es ist eine Einweiserzufriedenheitsermittlung alle 3 Jahre durchzuführen. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren  Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen und hat sich inhaltlich auf das Hautkrebszentrum zu beziehen.		
1.3.6	Fortbildungen Es sind mindestens 1 x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Hautkrebszentrum anzubieten. Inhalte/Ergebnisse sowie die Teilnahme sind zu protokollieren		

### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.4.1	Psychoonkologie - Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen oder</li> <li>• Ärzte</li> </ul> jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung (s.u.) (Nachweis erforderlich)  Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden.  Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.  Psychoonkologische Fortbildung: Von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von > 100 Unterrichtseinheiten		
1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
1.4.3	Psychoonkologie - Ressourcen Mind. 0,5 VK stehen dem Zentrum bei Re-Zertifizierung obligat zur Verfügung (namentliche Benennung).		
1.4.4	Umfang der Versorgung Die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu		

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	erfassen. Die Häufigkeit der Gespräche ist zu erfassen		
1.4.5	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.		
1.4.6	Organisationsplan Sofern die psychoonkologische Versorgung 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 örtliche Präsenz erkennbar ist		
1.4.7	<p>Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Patienten ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz eines Screening-Instruments zur Ermittlung der bedürftigen Patienten</li> <li>• Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> <li>• Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen</li> <li>• Erhalt der Lebensqualität</li> <li>• Berücksichtigung des sozialen Umfeldes</li> <li>• Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit (Patientenveranstaltung o.ä.)</li> </ul> <p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Durchführung von Supervisions- und Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter</li> <li>• eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich</li> <li>• die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte).</li> <li>• regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen</li> <li>• enge Kooperation mit dem Sozialdienst</li> <li>• Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 1x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz oder im Rahmen eines Qualitätszirkels vorstellen</li> </ul>		
1.4.8	Dokumentation und Evaluation Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren		

#### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.4.9	Fort-/Weiterbildung/Supervision <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).</li> <li>• Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen</li> </ul>		

#### 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.5.1	Sozialarbeit - Qualifikation Sozialarbeiter/Sozialpädagoge  Zusatzqualifikation Erfahrung in medizinischem/onkologischem Berufsfeld		
1.5.2	Angebot und Zugang Jedem Patienten 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		
1.5.3	Ressourcen Es sind adäquate Ressourcen für die Sozialarbeit vorzuhalten		
1.5.4	Umfang Patientenbetreuung Die Anzahl der Patienten, 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 Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche fungiert, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist		
1.5.7	Inhalte der Beratung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen</li> <li>• Einleitung von medizinischen RehaMaßnahmen</li> <li>• Beratung in sozialrechtlichen Fragen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile uvm.)</li> <li>• Unterstützung bei Antragsverfahren</li> <li>• Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten u. Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten</li> <li>• Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration</li> </ul>		

## 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern</li> <li>• Intervention bei Notfällen</li> </ul>		
1.5.8	Weitere Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit</li> <li>• Teilnahme an Stations-u. Tumorkonferenzen, Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.</li> </ul>		
1.5.9	Dokumentation und Evaluation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Tätigkeit der Sozialarbeiter wird dokumentiert (z.B. Lexsoft; ISH-med; DVSG Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen)</li> <li>• Eine Evaluation wird empfohlen</li> </ul>		
1.5.10	Fort-/Weiterbildung Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr)		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.6.1	Patientenbefragungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x/Jahr muss über 1 Monat eine Befragung der konsekutiven, stationären Pat. des HZ durchgeführt werden</li> <li>• Die Rücklaufquote sollte über 40 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).</li> <li>• Die Befragung kann während oder nach dem stationären Aufenthalt erfolgen</li> </ul>		
1.6.2	Auswertung Patientenbefragung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. Die Auswertung hat sich auf die Patienten des Hautkrebszentrums zu beziehen.</li> <li>• Eine protokollierte Auswertung hat mindestens 1 x pro Jahr zu erfolgen.</li> <li>• Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen</li> </ul>		
1.6.3	Patienteninformation (allgemein) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Hautkrebszentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten umfassend vorzustellen (z.B. Broschüre, Patientenmappe, Homepage).</li> <li>• Die Kooperations-/Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben.</li> <li>• Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Zugang zur Psychoonkologie, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen</li> </ul>		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.6.4	Gespräch über Auswirkungen der Erkrankung Mit jedem Patienten wird bei der Entlassung bzw. dem ersten ambulanten Termin ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen u. Informationen bereitgestellt werden: z.B. Krankheitsstatus, Prognose, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z.B. Reha, psychosoziales Angebot)		
1.6.5	Patienteninformation (fallbezogen) Jeder Patient erhält eine Kopie des abschließenden Arztbriefes. Dieser enthält Informationen über Histologie, Tumorstadium, die geplante Nachsorge und evt. Therapie		
1.6.6	Veranstaltung für Patienten Es sollte regelmäßig von dem HZ eine Informationsveranstaltung für Patienten durchgeführt werden		
1.6.7	Behandlungsfehler bei malignen Hauttumoren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerichtlich und außergerichtlich festgestellte Behandlungsfehler sind dem Zertifizierer im Vorfeld der Zertifizierung die entsprechenden Unterlagen vorzulegen</li> <li>• Die Re-/Aktionen des Zentrums die aus den Verfahren resultieren, sind beim Folgeaudit durch den Zertifizierer zu betrachten</li> <li>• Darstellungszeitraum ist das für das Audit relevante Kalenderjahr.</li> <li>• Eine Nichterfüllung wird als Abweichung gewertet</li> </ul>		
1.6.8	Selbsthilfegruppen Die Selbsthilfegruppen mit denen das Hautkrebszentrum aktiv zusammenarbeitet sind zu benennen. Soweit keine tumorbezogenen Selbsthilfegruppen vor Ort existieren, sind Kontakte zu überregional- bzw. organübergreifend tätigen Selbsthilfegruppen zu organisieren. Schriftliche Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sollten getroffen werden, die folgende Punkte beinhalten sollten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Hautkrebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren.</li> <li>• Mitwirkung ärztliche Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe</li> <li>• Hinweis auf die Arbeit der Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ....)</li> <li>• Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüre, Homepage des HZ)</li> <li>• Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen</li> <li>• Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegrup-</li> </ul>		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>pen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Raum für die Treffen der Selbsthilfegruppen sollten zur Verfügung stehen</li> </ul>		

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.7.1	<p>Studien</p> <p>Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Hautkrebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten (z.B. Homepage) und diese Liste sollte den Patienten mit einer kurzen Beschreibung der Studie zugänglich sein</p>		
1.7.2	<p>Zuständigkeiten Studien</p> <p>Für das Hautkrebszentrum ist ein Studienbeauftragter zu benennen. Sind mehrere Behandlungspartner an der Durchführung von Studien beteiligt, dann sind die Aktivitäten durch den Studienbeauftragten zu koordinieren</p>		
1.7.3	<p>Study-Nurse</p> <p>1 Study-Nurse/Studienassistent sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein (nach 3 Jahren Pflicht).</p> <p>Die Study-Nurse/Studienassistent ist für die Betreuung, Dokumentation, und Administration der im Hautkrebszentrum geführten Studienpatienten verantwortlich. Sie muss die oben genannte Tätigkeit nachweisen und das Hautkrebszentrum muss ausreichende Kapazitäten bereitstellen (Tätigkeit kann auch in Verbindung mit anderen Funktionen ausgeübt werden)</p>		
1.7.4	<p>Prozessbeschreibung</p> <p>Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien (Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung) sind die Prozesse inkl. Verantwortlichkeiten zu beschreiben</p>		
1.7.5	<p>Anteil Studienpatienten (gilt für Melanompatienten im Stadium III + IV, kutane Lymphome ab Stad. Ib, DFSP, Angiosarkom, Merkelzell-Ca)</p> <p>Erstzertifizierung: Jedes Zentrum muss an Studien teilnehmen nach 1 Jahr: sollte mind. 5 % mit oben genannten Tm in Studien eingeschlossen sein</p> <p>Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote berücksichtigt werden. Abweichung bei Nicht-Erfüllen; Zentrum muss Begründung für Nichterfüllung sowie seine Initiative für eine Studienteilnahme darstellen. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum. Die Tumorentitäten sind getrennt aufzuführen.</p>		

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.7.6	Zusammenarbeit mit externen Stellen Die Zusammenarbeit mit externen Stellen bei Studien ist über Kooperationsverträge zu regeln		

## 1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.8.1	<p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es muss mind. 1 onkologische Fachpflegekraft eingebunden sein.</li> <li>• Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> </ul> <p>Zur Erstzertifizierung muss mind. eine Anmeldung zur Ausbildung „Onkologische Fachpflegekraft“ vorliegen. In diesem Fall ist darzulegen, wie die nachfolgend beschriebenen „Zuständigkeiten/ Aufgaben“ während der Ausbildung wahrgenommen werden. Es wird empfohlen während der Ausbildungsphase eine Kooperation mit einer bereits ausgebildeten onkologischen Fachpflegekraft einzugehen, die in der Ausbildungsphase die Aufgabenausführung begleitet. Nach 3 Jahren ist die Onkologische Fachpflegekraft nachzuweisen.</p> <p>Ausbildung Onkologische Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder jeweilige landesrechtliche Regelung bzw. akademisch ausgebildete Fachpflegekraft (Master of Oncology)</p>		
1.8.2	<p>Zuständigkeiten / Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegerische Beratung der Betroffenen und Angehörigen im Sinne eines pflegerischen Case-Managements bzw. Überleitungspflege (Netzwerk ambulante Versorgung)</li> <li>• Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen.</li> <li>• Kollegiale Beratung im Sinne einer Fortbildung (theoretisch/praktisch) in der Kollegenschaft</li> <li>• Planung des Fortbildungsbedarfs der onkologischen Fachpflegekräfte</li> <li>• Umsetzung der neuesten (pflege-) wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis</li> <li>• gemeinsame onkologische Pflegevisite</li> <li>• Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft</li> </ul>		
1.8.3	<p>Pflegekonzept</p> <p>Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Spezifika der onkologischen Pflege Berücksichtigung finden</p>		

## 1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.8.4	<p>Fort- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		
1.8.5	<p>Qualifikation Personal - Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Qualitätszirkel unter Mitwirkung einer onkolog. Fachschwester</li> </ul>		

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

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.9.1	<p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Hautkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt</p>		

## 2 Organspezifische Diagnostik

### 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
2.1.1	<p>Information/Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie und Nachsorge</li> <li>• Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien</li> <li>• Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und Vermittlung psychosozialer Unterstützung</li> <li>• Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren</p>		
2.1.2	<p>Hauttumorsprechstunde Auf welcher Basis wird die Spezialsprechstunde durchgeführt? (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung, MVZ)</p>		

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
2.1.3	<p>Frequenz Die Hauttumorsprechstunde muss mind. 1 x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hautkrebserkennung</li> <li>• Therapieplanung</li> <li>• Nachsorge</li> <li>• operative Beratung</li> <li>• Beratung bzgl. Risikofaktoren und familiärer Prädisposition</li> <li>• Beratung bei gutartigen Hauttumorerkrankungen und Präkanzerosen</li> </ul> <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden</p>		
2.1.4	<p>Wartezeiten Wie lange sind die Wartezeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• während der Sprechstunde: &lt; 60 min Sollvorgabe</li> <li>• auf einen Termin bei Erstvorstellung (Melanom, Lymphom, seltene, hochmaligne Hauttumoren): &lt; 2 Wochen Alle anderen Tu: &lt; 4 Wochen</li> <li>• auf einen Termin für eine ambulante, apparative Untersuchung (keine Nachsorgepat.): &lt; 2 Wochen</li> </ul> <p>Die Wartezeiten sind einmal pro Jahr in einer repräsentativen Stichprobe zu erfassen und statistisch auszuwerten.</p>		
2.1.5	Wiedervorstellung z.B. bei Therapie Nebenwirkungen ist organisatorisch zu regeln		

## 2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
2.2.1	<p>Lymphknotenultraschall</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der LK-Sonografien</li> <li>• Es sind für die Lymphknotendiagnostik ausschließlich Ultraschallgeräte mit einer Frequenz von <math>\geq 7,5</math> MHz einzusetzen</li> </ul>		

## 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
3.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für Röntgendiagnostik, CT und MRT mind. 2 Fachärzte</li> <li>• Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> <li>• Qualifikation der Fachärzte ist bezogen auf die Tätigkeit für das Hautkrebszentrum bzw. dem örtlichen interdisziplinären Tumorzentrum nachzuweisen</li> </ul>		

### 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
3.2	CT/MRT Der Zugang für CT/MRT-Untersuchungen ist sicherzustellen. Sofern CT/MRT nicht direkt am Standort des Hautkrebszentrums möglich ist, ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln		
3.4	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen sollte bei auffälligem Befund innerhalb von 1d nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen		
3.5	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		

### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
4.1	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 2 Fachärzte</li> <li>• Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> <li>• Qualifikation der Fachärzte ist bezogen auf die Tätigkeit für das Hautkrebszentrum bzw. örtliche Tumorzentrum nachzuweisen</li> <li>• Als Facharzt werden auch Radiologen mit einer entsprechenden Fachkunde anerkannt</li> </ul>		
4.2	Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin Fakultativ: PET und PET-CT		
4.3	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		

## 5 Operative Onkologie

### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

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

### 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
5.2.1	Beschreibung der Einheit (z.B. Bettenzahl, Ausstattung der Patientenzimmer, Besonderheiten der Abteilung, Pflegeschlüssel)		
5.2.2	OP für Hauttumoroperationen: Anzahl der regelmäßig für Hauttumoroperationen belegbaren OP-Säle: min. 1 OP		
5.2.3	Operateure am Hautkrebszentrum  Folgende Teilgebiete sind zu berücksichtigen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand</li> <li>2. Mikrographisch kontrollierte Chirurgie</li> <li>3. Sentinel Node Biopsy (SNB)</li> <li>4. LK-Dissektionen</li> <li>5. Metastasenchirurgie</li> <li>6. Plastischer Verschluss</li> </ol>		
	Ad 1: Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand (Angabe für Malignes Melanom, DFSP, Merkelzell-Karzinom, Sarkom) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 (FÄ) Operateure sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
	Ad 2: Mikrographisch kontrollierte Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 Operateure sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
	Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 FA für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 FA für HNO, MKG Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen</li> <li>• Pro Operateur sollten mind. 50 SNB-OP's nachgewiesen werden (Gesamterfahrung). 30 von 50 SNB-OP's müssen als Erstoperateur erbracht werden</li> </ul>		
	Ad 4: Systematische Ausräumung der regionären LK-Stationen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 FA für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 FA für HNO, MKG Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen</li> <li>• Pro FA sollten mind. 30 systematische Ausräumungen nachgewiesen werden. Davon können 50% in Lehrsistenz erbracht worden sein</li> </ul>		

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Ad 5: Metastasenchirurgie (getrennt für Thorax-, Viszeral-, Neurochirurgie, Orthopädie / Unfallchirurgie, HNO/MKG und Plastische Chirurgie) Für die Metastasenchirurgie sind Kooperationen mit den genannten Fachrichtungen nachzuweisen und die Schnittstellen (Kommunikation, Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu beschreiben</p> <p>Ad 6: Plastischer Verschluss/Deckung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 FA sind namentlich zu benennen</li> </ul>		
5.2.4	<p>Nachweis Detektionsrate SNB Der Anteil der mittels Gammasonde intraoperativ nachgewiesenen Wächterlymphknoten im Verhältnis zu den durchgeführten Operationen mit SNB:</p> <p>Sentinel Node-Detektionsrate Anforderung: &gt; 80 %</p> <p>Die klinische Detektionsrate ist einer regelmäßigen Qualitätskontrolle (mind. 1 x jährlich) zu unterziehen und in einer interdisziplinären Runde zu betrachten</p>		
5.2.5	<p>Operative Fallzahlen im HZ pro Jahr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Fälle mit Sicherheitsabstand Anforderung: &gt; 30 Eingriffe</li> <li>Anzahl Fälle mit histologischer Randkontrolle Anforderung: &gt; 100 Eingriffe</li> </ul>		
5.2.6	<p>Systematische Lymphadenektomie Die Lymphknotendissektion muss systematisch erfolgen und sich an anatomisch-morphologischen Leitstrukturen orientieren, welche im Operationsbericht nachvollziehbar zu beschreiben sind. Dabei sollte eine Mindestzahl von 6 zu untersuchenden Lymphknoten pro Region nicht unterschritten werden (gemäß UICC, TNM-Klassifikation maligner Tumor, 7. Auflage 2009). Als Lymphknotenregionen sind inguinal, iliakal-obturatorisch, axillär und zervikal jeweils separat zu betrachten. Anforderungen und Qualifikationen des Operateurs sind in 5.2.3. zu finden</p>		
5.2.7	<p>Operative Qualitätskontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw postoperativen Komplikationen (Nachblutung o.ä.) in der eigenen Einrichtung.</li> <li>Postoperative Wundinfektionen</li> </ul>		
5.2.8	<p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische u. sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		

## 6 Internistische / Medikamentöse Onkologie

### 6.1 Hämato-/Onkologie

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

### 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
6.2.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie und 1 Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder</li> <li>• 2 Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>• Die Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> <li>• Die hier benannten Fachärzte müssen aktiv an der medikamentösen onkologischen Therapie beteiligt sein</li> </ul>		
6.2.2	<p>Pflegefachkraft</p> <p>Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• mind. 50 Chemotherapieapplikationen (Bei der Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen.)</li> <li>• Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte)</li> <li>• Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> <li>• Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen</li> </ul>		
6.2.3	<p>Qualifikation Behandlungseinheit/-partner</p> <p>Bei Hauttumorpatienten:</p> <p>Jährlich mind. 50 systemische Therapien, davon mind. 25 zytostatische Therapien</p> <p><u>Zählweise:</u> systemische/zytostatische Therapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen).</p> <p>Mögliche Kooperationen der Behandlungspartner:</p>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Durchführung der systemischen Therapie durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hautklinik: Anforderung (50/25) unverändert</li> <li>• Hämatologie/Onkologie: Nachweis von 200 zytostatischen Therapien organübergreifend</li> <li>• Hautklinik und Hämatologie/Onkologie: Anforderung unverändert, Nachweis je Behandlungseinheit, dabei 200 zytostatische Therapien organübergreifend für Hämato-/ Onkologen</li> <li>• Hautklinik + dermatologische Praxis (räumlich getrennt): Anforderung unverändert, Nachweis je Behandlungseinheit</li> <li>• MVZ bzw. Fachbereich übergreifend ausführende systemische Therapieeinheit: 200 zytostatischen Therapien organübergreifend davon mind. 15 zytostatische bei Hauttumorpatienten</li> </ul>		
6.2.4	<p>Chemotherapie ambulant/stationär Es muss die Möglichkeit bestehen, die Chemotherapie sowohl ambulant als auch stationär anzubieten</p>		
6.2.5	<p>Anzubietende Möglichkeiten, die dem aktuellen Wissenstand entsprechen: z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immuntherapie</li> <li>• Supportive Therapien („Palliativmedizin“)</li> <li>• Zytostatikatherapie</li> <li>• Andere Systemtherapien z.B. ECP</li> </ul> <p>Allgemeines Chemotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zytostatikaarbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig</li> <li>• fachgerechte Abfallentsorgung</li> <li>• ständige Rufbereitschaft</li> </ul>		
6.2.6	<p>Räumlichkeiten Chemotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung Räumlichkeiten für ambulante Chemotherapie</li> <li>• Anzahl der Plätze</li> </ul>		
6.2.7	<p>Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar.</li> <li>• Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll muss in der patientenbezogenen Dokumentation vorhanden sein.</li> <li>• Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen</li> </ul>		
6.2.8	<p>Schemata für systemische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Erstellung/Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen</li> <li>• Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden.</li> <li>• Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen</li> </ul>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</li> </ul> Therapiepläne <ul style="list-style-type: none"> <li>Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen.</li> <li>Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben</li> </ul>		
6.2.9	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Parasiten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen		
6.2.10	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle		
6.2.11	Supportive/palliative Therapie Beschreibung der Möglichkeiten zur supportiven/palliativen stationären Therapie (Prozessbeschreibung/Algorithmus). Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren		
6.2.12	Schmerztherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen</li> <li>Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben</li> </ul>		
6.2.13	Information / Dialog mit Patient Hinsichtlich Diagnose, Prognose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechend zu vermitteln. Dies beinhaltet u.a. <ul style="list-style-type: none"> <li>Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie und Nachsorge</li> <li>Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien</li> <li>Darstellung weiterer Behandlungskonzepte</li> <li>Angebot und Vermittlung psychosozialer Betreuung</li> <li>Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> <li>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren</li> </ul>		
6.2.14	Prozessbeschreibungen Die Verfahren für alle systemischen Therapien sind für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieende) zu beschreiben		
6.2.15	Fort-/ Weiterbildung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> </ul>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		

## 7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
7.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mind. 2 Fachärzte</li> <li>Fachärzte sind namentlich zu benennen</li> <li>Qualifikation der Fachärzte ist bezogen auf die Tätigkeit für das Hautkrebszentrum bzw. örtliche Tumorzentrum nachzuweisen</li> </ul>		
7.2	<p>Technische Vorraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hochenergetische Röntgenstrahlen und schnelle Elektronen</li> <li>der Zugang zu einem Planungs-CT ist sicherzustellen</li> <li>3D-Bestrahlungsplanungssystem</li> </ul> <p>Beschreibung der technische Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bestrahlungsgeräte (Art/Anzahl): z.B. Linearbeschleuniger, Röntgenweichstrahler, etc.</li> <li>Strahlenart und -energie: z.B. Photonen, Elektronen, etc.</li> <li>Therapiesimulation: z.B. Therapiesimulator, CT-Simulation, etc.</li> <li>Bestrahlungsplanungssystem</li> </ul> <p>Sonstige Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Darstellung des Ausfallkonzeptes bei Geräteausfall</li> <li>Minimalanforderungen von TÜV-/DIN-Vorschriften</li> </ul>		
7.3	<p>Beschreibung der Bestrahlungstechniken Dokumentation entsprechend der Leitlinien bzw. der gesetzlichen Grundlagen</p> <p>Strahlentherapeutische Spezialtechniken (z.B. stereotaktische Bestrahlung, Ganzhautbestrahlung) sollten unter Erfüllung der gerätetechnischen, sowie personell-fachlichen Voraussetzungen vorgehalten werden. Versorgung auch durch geregelte Kooperation möglich</p>		
7.4	<p>Nachsorge</p> <p>Die fachspezifische Nachsorge erfolgt entsprechend der Richtlinien „Strahlenschutz in der Medizin“ und ist in der Akte zu dokumentieren.</p>		
7.5	<p>Dokumentation/Tumorkontrolle und Begleitreaktion)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Bestrahlungsrelevanten Daten (z.B. Dosis- und Volumenkonzept) sind entsprechend den Leitlinien und der gesetzlichen Grundlagen zu</li> </ul>		

## 7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>dokumentieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei palliativer Strahlentherapie ist die Therapieintention (zeitbegrenzte lokale Kontrolle oder alleinige Symptomlinderung) zu dokumentieren. Palliativmedizinische Maßnahmen sowie der Symptomverlauf und Nebenwirkungen sind insbesondere bei Therapiekonzepten zur Symptomlinderung zu beschreiben und patientenbezogen zu dokumentieren.</li> <li>Begleitreaktionen (akut, subakut und spät) sind entsprechend standardisierter Nebenwirkungsscores (z.B. CTC, Lent-soma, WHO) zu dokumentieren</li> </ul>		
7.6	<p>Patienteninformation</p> <p>Schriftliche Patienteninformationen über Verhaltensmaßnahmen während und nach der Strahlentherapie werden bereitgestellt</p>		
7.7	<p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		

## 8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
8.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ und 1 Facharzt für Pathologie oder</li> <li>2 FÄ für Pathologie</li> </ul> <p>Die Fachärzte sind namentlich zu benennen</p>		
8.2	<p>MTA´s</p> <p>Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA´s muss zur Verfügung stehen</p>		
8.3	<p>Fallzahlen Pathologisches Institut</p> <p>Jährlich mind. 15.000 histologische inkl. zytologische Untersuchungen (Fallzahlen, Nachweis über Journal-Nr.)</p>		
8.4	<p>Dermatohistologische/pathologische Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erfahrung Beurteilung Hauttumoren (nicht nur Primärfälle): Jährlich mind. 250 Routinehistologien von malignen Hauttumoren</li> <li>Erfahrung Beurteilung von Lymphknoten: Jährlich mind. 100 histologische Untersuchungen von Lymphknoten</li> </ul>		
8.5	<p>Mind. Vorzuhaltende Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Immunhistochemische Untersuchungen</li> </ul> <p>Die Delegation dieser Spezialleistungen außerhalb der Dermatologie darf nur an pathologische</p>		

## 8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	Institute erfolgen. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen		
8.6	Obduktionen Innerhalb des Zentrums muss die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen bestehen und gefördert werden. Ein Obduktionsraum ist nachzuweisen		
8.7	Schnellschnitte Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für Schnellschnitte müssen gegeben sein Teleschnellschnitte sind nicht zulässig		
8.8	Aufbewahrungszeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivierung Paraffinblöcke <math>\geq 10</math> Jahre,</li> <li>• Aufbewahrung Feuchtmaterial <math>\geq 4</math> Wochen.</li> </ul> Die Möglichkeit zur Kryopräservierung sollte gegeben sein		
8.9	Externe Qualitätssicherung regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (mind. 1 x pro Jahr); z. B. Schnittseminare oder PEER-Review  Konsiliarische Zweitbefundung Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch Klinik oder Patient erbeten bzw. eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist.  Die externe Abnahme eines QM-Systems wird empfohlen		
8.10	Dermatohistologie-/Histopathologieberichte Dermatohistologie-/Histopathologieberichte sollen für den makroskopischen Bericht und die mikroskopische Untersuchung die in Leitlinien geforderten Angaben enthalten.		
8.11	Angabe pT, pN bei invasivem malignem Hauttumor $> 95\%$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeit des Dermatohistologen/Pathologen</li> <li>• hat grundsätzlich zu erfolgen, wenn klinische und technische Voraussetzungen erfüllt sind</li> <li>• Abweichungen sind zu begründen</li> </ul>		
8.12	Lymphknoten (LK) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle im Operationspräparat enthaltenen Lymphknoten sind zu untersuchen.</li> <li>• Die Zahl der gefundenen Lymphknoten ist zu dokumentieren, es sollte pro Region eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten entnommen werden.</li> <li>• Die Untersuchung der Lymphknoten hat gemäß der Leitlinien zu erfolgen</li> </ul>		
8.13	Resektionsrand Angabe zum Resektionsrand soll grundsätzlich erfolgen. Abweichungen sind zu begründen		

## 8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
8.14	Klinisch-histopathologische Konferenz In regelmäßigen klinisch-histopathologischen Konferenzen werden Problemfälle auch anhand des histologischen/zytologischen Befundes demonstriert und diskutiert.		
8.15	Fortbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</li> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt</li> </ul>		

## 9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
9.1	Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten ambulanten Palliative-Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen. Regionale Versorgungskonzepte unter Nennung aller Beteiligten sind zu beschreiben.</li> <li>• Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen.</li> <li>• Die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Hospiz – und Palliativversorgung ist schriftlich festzulegen</li> <li>• Die Zugangswege und die palliativmedizinische Versorgung sind zu beschreiben (SOP, Struktur und Prozess).</li> <li>• Die palliativmedizinische Versorgung und die Zusammenarbeit mit den vorgenannten Institutionen sind an dokumentierten Fällen für den Betrachtungszeitraum nachzuweisen.</li> <li>• Hauseigene Standards für die Begleitung von Sterbenden und ethische Leitlinien sind zu beschreiben und zu beachten.</li> </ul>		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
10.1	Tumordokumentationssystem Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, in der für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält  Name des Tumordokumentationssystems im Zentrum und/oder des zuständigen Krebsregisters:		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
10.2	Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.		
10.3	Anforderungen an die Tumordokumentation: Es sollte ein Datensatz entsprechend des Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) verwendet werden Die Patientendaten sollen zeitnah in dem System zu erfassen		
10.4	Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln.</li> <li>Die Anforderungen zur Ergebnisqualität und Tumordokumentation sollten über das Krebs/Tumorregister abgedeckt sein.</li> <li>Parallele Systeme sind zu vermeiden</li> <li>Solange das zuständige klinische den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Organkrebszentren ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Organkrebszentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.</li> </ul>		
10.5	Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter namentlich zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Name/Funktion:  Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Prüfung der Qualität der interdisziplinären Dokumentation</li> <li>Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathol. Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen)</li> <li>Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen und korrekten Erfassung der Patientendaten</li> <li>Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals</li> <li>Regelmäßige Erstellung von Auswertungen</li> </ul>		
10.6	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein regionales Klinisches Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden		
10.7	Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>Jahrgängen</li> <li>TNM-Klassifikation und Prognosefaktoren</li> <li>Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Immuntherapie, Chemotherapie)</li> </ul>		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datum der Rezidive/Metastasierungen</li> <li>• Sterbefälle</li> <li>• Follow-up Status (letzte Aktualisierung)</li> </ul>		
10.8	<p>Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität Die Tumordokumentation muss für das Maligne Melanom Stad. III bis IV erfolgen. Nach 3 Jahren zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. Ib, Angiosarkom, Merkelzell-Ca, DFSP)</p> <p>Kaplan-Meier-Kurven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtüberleben (OS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT Kategorien, Stadien</li> <li>• Lokalrezidivfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen</li> <li>• Metastasenfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen</li> </ul> <p>In Abhängigkeit der Fragestellung können Jahrgänge getrennt zusammengefasst werden (z.B. bei niedrigen Patientenzahlen). Bei größeren Patientenzahlen und Ereigniszahlen sollen Jahrgänge getrennt ausgewertet werden. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Patientenzahlen und den Überlebensdaten. Organspezifische detaillierte Anforderungen sind im Anhang zur Matrix Ergebnisqualität zusammengestellt.</p>		
10.9	<p>Verwendung der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Auswertungen für die Indikatoren zur Ergebnisqualität (oberer Punkt) müssen zu den Re-Zertifizierungen möglich sein.</li> <li>• Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich auszuwerten</li> <li>• Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen.</li> <li>• Die Auswertungen sind durch das Hautkrebszentrum selbst zu analysieren z.B. im Rahmen der jährl. QM-Bewertung und zu archivieren.</li> <li>• Aus der Analyse sind gegebenenfalls konkrete Aktionen abzuleiten.</li> <li>• Sofern ein Benchmarking angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten</li> <li>• Die Diskussion der Ergebnisse sollte zusammen mit den Hauptbehandlungspartnern einzeln und im Verbund von Hautkrebszentren erfolgen</li> </ul>		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix)</p> <p>Funktionierende Klinische Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet</p>		