

# Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

## der Deutschen Krebsgesellschaft

**Erhebungsbogen Auditjahr 2019 ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr**

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren der DKG

**Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):**

Vorsitz: Prof. Dr. Stephan Grabbe

- Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Histologie (ADH)
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
- ~~Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP)~~
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- **Arbeitsgemeinschaft erblicher Tumorerkrankungen (AET)**
- Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
- **Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)**
- Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
- 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, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
- **Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)**
- **Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)**
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)
- **Berufsverband Deutscher Pathologen (BDP)**
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie - Viszeralchirurgie (CAO-V)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
- **Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)**
- Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- **Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie (DGDC)**
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
- ~~Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)~~
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- **Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)**
- **Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)**
- Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Konferenz onkologische Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
- Onkologisches Patientenseminar Berlin-Brandenburg e.V. (OPS)

**Inkraftsetzung am 09.10.2017**

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2018 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2017 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis“ gekennzeichnet.

Berücksichtigt wurden:

- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms“; Qualitätsindikatoren

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2017 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2017 (DIMDI) dar.

## Angaben zum Hautkrebszentrum

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

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

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

## QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung  ja  nein

Ein zertifiziertes QM-System ist im Rahmen der DKG-Zertifizierung nicht verbindlich gefordert, sollte jedoch vorhanden sein.

QM-Standard  ISO 9001  KTQ  
 Joint Commission  proCum Cert

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

Farblgende: Aktualisierung gegenüber Version vom 14.07.2016

## Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter [www.oncomap.de](http://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 Stammblasses zu benennen. Das Stammblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei 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 beziehen sich auf das 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. Medikamentöse/Internistische Onkologie
  - 6.1. Hämatologie und Onkologie
  - 6.2. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
  
7. Radioonkologie
  
8. Pathologie
  
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
  
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

### Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

## 1. Allgemeine Angaben zum Hautkrebszentrum

### 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.1.1	Kooperationsvereinbarungen Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern (Hauptkooperationspartner/Kooperationspartner) eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die (Haupt-) Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).		
	Hauptkooperationspartner Dermatologen, Chirurgen u./o. Vertreter regional tätiger chirurgischer Fachgebiet (z.B. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie), Internistische Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten		
	Kooperationspartner (auch externe Kooperation möglich) Obligat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Vertreter aus MKG, HNO u./o. Plastische Chirurgie</li> <li>• Nuklearmedizin</li> <li>• Neurochirurgie</li> <li>• Pathologie</li> <li>• Chirurgie (Allgemein u./o. Viszeral)</li> <li>• Psychoonkologie</li> <li>• Sozialarbeit</li> <li>• Selbsthilfvereinigungen</li> <li>• Seelsorge</li> <li>• Palliativnetzwerk</li> </ul> Fakultativ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatohistologie</li> <li>• Urologie</li> <li>• Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde</li> <li>• Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</li> <li>• Genetische Beratung (u.a. familiäre Melanome, Gorlin-Goltz-S., XP)</li> <li>• Labor (mit Ringversuchszertifikat)</li> <li>• Plastische Chirurgie</li> <li>• Thoraxchirurgie</li> <li>• Gynäkologie</li> </ul>		
1.1.2	Kooperationsvereinbarungen Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein).  Folgende Punkte sind zu regeln: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen</li> </ul>		

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <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 FAH-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> <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 Facharztniveau</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: ≥ 100 Patienten (Angabe Kennzahlenbogen)</li> <li>• Fälle mit invasivem malignem Melanom pro Jahr: ≥ 40 Patienten (Angabe Kennzahlenbogen)</li> </ul> <p>Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP) werden im Datenblatt 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</li> <li>• Im Kalenderjahr aufgetretener Zweittumor einer <u>anderen</u> Entität wird als weiterer Primärfall erfasst</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>	Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage)	
1.1.4	Ansprechpartner des Hautkrebszentrums		

## 1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	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 Facharztniveau definiert sein.		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.2.1	Zyklus		
a)	Die Tumorkonferenz hat regelmäßig mindestens 2x monatlich stattzufinden.  Web/Online-Konferenz Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Der Hauptkooperationspartner muss die Möglichkeit haben, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorzustellen.		
b)	Teilnehmer Hauttumorkonferenz Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene 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 (organspezifisch/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		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.		
e)	<p>Protokollierung</p> <p>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.</p>		
f)	<p>Tumorkonferenz</p> <p>Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität sind vorzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Problemfälle</li> <li>• alle Pat. mit interdisziplinärer Fragestellung</li> <li>• Therapiewechsel mit Abweichung von festgelegten Behandlungspfaden</li> </ul>		
	<p>Grundsätzlich vorzustellen sind Patienten mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malignem Melanom ab Stad. IIC,</li> <li>• kutanem Lymphom ab Stad. Ib</li> <li>• Problemfälle mit malignen, epithelialen Tumoren (BCC, SCC) mit interdisziplinärer Fragestellung; z.B. Komplizierte Lokalisation, Ausdehnung/ Infiltration (z.B.: Ulcus rodens, Ulcus terebrans), metastasierte Tumoren, immunsupprimierte Patienten</li> <li>• Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkel-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium</li> </ul>		
g)	<p>Behandlungspfade</p> <p>Klinikinterne, interdisziplinär erarbeitete Behandlungspfade für die einzelnen Tumorentitäten mit Definition der Problemfälle (auf Basis der Leitlinien) müssen erstellt werden.</p>		
1.2.2	<p>Behandlungsplan</p> <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> <li>• Es wird eine einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan und Tumorkonferenzprotokoll empfohlen. Der Behandlungsplan kann Teil des Tumorkonferenzprotokolls sein.</li> </ul>		
1.2.3	<p>Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (MuM)</p> <p>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> </ul>		

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <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>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>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>		
1.2.5	<p>Patienten mit Lokalrezidiv/Metastasen Verfahren zur Erfassung von Patienten mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Patientenpfade).</p>		
1.2.6	<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 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.3.3	<p><b>Rückmeldesystem</b> 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 zu geben (z.B. Telefon, E-Mail).</p>		
1.3.4	<p><b>Zusammenarbeit Einweiser</b> Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben.</p>		
1.3.5	<p><b>Einweiserzufriedenheitsermittlung</b> 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. Eine Konzentrierung auf die Haupteinweiser wird empfohlen.</p>		
1.3.6	<p><b>Fortbildungen</b> Es sind mindestens 1 x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Hautkrebszentrum anzubieten. Inhalte sowie die Teilnahme sind festzuhalten.</p>		

### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.4.1	<p><b>Psychoonkologie - Qualifikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom-Psychologen oder</li> <li>• Ärzte</li> </ul> <p>jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung (s.u.) (Nachweis erforderlich)</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden.</p> <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p> <p>Psychoonkologische Fortbildung: Von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von &gt; 100 Unterrichtseinheiten.</p>		
1.4.2	<p><b>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</b></p>		

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	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 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	Psychoonkologie - Aufgaben Die psychoonkologische Betreuung von Patienten ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).  Ziele und Aufgaben der Betreuung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Abklärung nach positivem Screening</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>		
	Empfohlen wird außerdem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Durchführung von Supervisions-, 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> </ul>		

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <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	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation der psychischen Belastung ist es erforderlich, ein Screening durchzuführen (Instrument siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p> <p>Das Screening soll für Patienten mit Melanom, Rezidiven/Fernmetastasen und seltenen Tumoren durchgeführt werden.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>		
1.4.9	<p>Fort-/Weiterbildung/Supervision</p> <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	<p>Sozialarbeit - Qualifikation</p> <p>Sozialarbeiter/Sozialpädagoge</p> <p>Zusatzqualifikation</p> <p>Erfahrung in medizinischem/onkologischem Berufsfeld</p>		
1.5.2	<p>Angebot und Zugang</p> <p>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.</p>		
1.5.3	<p>Ressourcen</p> <p>Es sind adäquate Ressourcen für die Sozialarbeit vorzuhalten. (mind. 1VK für 400 Beratungen bei Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) <del>Empfohlen: pro VK-Stelle 400 beratene Patienten</del>). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden.</p> <p>Farblgende: Ergänzung/Streichung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
1.5.4	<p>Umfang Patientenbetreuung</p> <p>Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.</p>		
1.5.5	<p>Räumlichkeiten</p> <p>Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>		
1.5.6	<p>Organisationsplan</p>		

## 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	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 sind.		
1.5.7	<p>Inhalte der Beratung</p> <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 uvam.)</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> <li>• Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern</li> <li>• Intervention bei Notfällen</li> </ul>		
1.5.8	<p>Weitere Aufgaben:</p> <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	<p>Dokumentation und Evaluation</p> <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	<p>Fort-/Weiterbildung</p> <p>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr)</p>		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.6.1	<p>Patientenbefragungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle 3 Jahre muss über mind. 3 Monate eine Befragung der Patienten des HZ durchgeführt werden.</li> <li>• Die Rücklaufquote sollte über 40 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).</li> </ul>		
1.6.2	<p>Auswertung Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. Die Auswertung hat sich auf die</li> </ul>		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Patienten des Hautkrebszentrums zu beziehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen.</li> <li>• Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen.</li> </ul>		
1.6.3	<p>Patienteninformation (allgemein)</p> <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>		
1.6.4	<p>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).</p>		
1.6.5	<p>Patienteninformation (fallbezogen) Jeder Patient erhält eine Kopie des abschließenden Arztbriefes. Dieser enthält Informationen über Histologie, Tumorstadium, die geplante Nachsorge und evtl. Therapie.</p>		
1.6.6	<p>Veranstaltung für Patienten Es sollte regelmäßig von dem HZ eine Informationsveranstaltung für Patienten durchgeführt werden.</p>		
1.6.7	<p>Behandlungsfehler bei malignen Hauttumoren</p> <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	<p>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</p>		

## 1.6 Patientenbeteiligung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sollten getroffen werden, die folgende Punkte beinhalten sollten:</p> <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 ärztlicher 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, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin</li> <li>• Ein Raum für die Treffen der Selbsthilfegruppen sollte zur Verfügung stehen.</li> </ul>		

## 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.7.1	<p><b>Studien</b> 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><b>Zuständigkeiten Studien</b> 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><b>Study-Nurse</b> 1 Study-Nurse/Studienassistent sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein (nach 3 Jahren Pflicht). 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><b>Prozessbeschreibung</b></p>		



## 1.8 Pflege

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

## 2 Organspezifische Diagnostik

### 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
2.1.1	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. <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> Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.		
2.1.2	Hauttumorsprechstunde Auf welcher Basis wird die Spezialsprechstunde durchgeführt? (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Poliklinikermächtigung, MVZ)		
2.1.3	Frequenz Die Hauttumorsprechstunde muss mind. 1 x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken: <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> Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.		
2.1.4	Wartezeiten		

## 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>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 Zufallsstichprobe zu erfassen und statistisch auszuwerten.</p>		
2.1.5	Wiedervorstellung z.B. bei Therapienebenwirkungen 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>		
3.2	<p>CT/MRT</p> <p>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.</p>		
3.4	<p>Befunderstellung</p> <p>Der schriftliche Befund der Radiologen sollte bei auffälligem Befund innerhalb von 1d nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.</p>		
3.5	<p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in</li> </ul>		

### 3 Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</p> <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>		

### 4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
4.1	<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> <li>Als Facharzt werden auch Radiologen mit einer entsprechenden Fachkunde anerkannt.</li> </ul>		
4.2	<p>Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin Fakultativ: PET und PET-CT</p>		
4.3	<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>		

### 5 Operative Onkologie

#### 5.1 Organübergreifende operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
5.1.1	<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>		

#### 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
5.2.1	<p>Beschreibung der Einheit (z.B. Bettenzahl, Ausstattung der Patientenzimmer, Besonderheiten der Abteilung, Pflegeschlüssel)</p>		

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
5.2.2	OP für Hauttumoroperationen: Anzahl der regelmäßig für Hauttumoroperationen belegbaren OP-Säle: mind. 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, Merkelzellkarzinom, Sarkom) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 (Fachärzte) 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 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen.</li> <li>• Pro Operateur <b>sollten sind mind. 50 SNB-OP's nachzuweisen nachgewiesen werden (Gesamterfahrung; nicht auf malignen Hauttumor beschränkt)</b>. 30 von 50 SNB-OP's müssen als Erstoperaeur erbracht werden.</li> <li>• Anzahl Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben mind. 20/Jahr, davon 10/benanntem Operateur</li> </ul> <p><b>Farblegende: Ergänzungen/Streichungen gegenüber Version vom 14.07.2016</b></p>		
	Ad 4: Systematische Ausräumung der regionären LK-Stationen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen.</li> <li>• Pro Facharzt sollten mind. 30 systematische Ausräumungen nachgewiesen werden. Davon können 50% in Lehrassistenz erbracht worden sein.</li> </ul>		
	Ad 5: Metastasenchirurgie (getrennt für Thorax-, Viszeral-, Neurochirurgie, Orthopädie / Unfallchirurgie, HNO/MKG und Plastische Chirurgie) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Metastasenchirurgie sind Kooperationen mit den genannten Fachrichtungen nachzuweisen und die Schnittstellen (Kommunikation, Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu beschreiben.</li> </ul>		
	Ad 6: Plastischer Verschluss/Deckung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 Facharzt sind namentlich zu benennen.</li> </ul>		

## 5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
5.2.4	Nachweis Detektionsrate SNB Die klinische Detektionsrate ist einer regelmäßigen Qualitätskontrolle (mind. 1 x jährlich) zu unterziehen und in einer interdisziplinären Runde zu betrachten.		
5.2.5	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 Tumoren). 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.		
5.2.6	Fort-/ Weiterbildung: <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 Medikamentöse / Internistische Onkologie

### 6.1 Hämatologie und 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	Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie und 1 Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder</li> <li>• 2 Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> </ul>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <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 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 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: Jährlich mind. 50 systemische Therapien (zytostatische Therapien u./o. Targeted Therapeutika u./o. AK/Immun-Therapien).</p> <p><u>Zählweise:</u> systemische / zytostatische / targeted Therapie pro Patient (bestehend aus <b>mehreren</b> Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie) Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie.</p> <p>Mögliche Kooperationen mit Behandlungspartnern bei fehlendem Nachweis der Expertise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hämatologie/Onkologie: Nachweis von 200 zytostatischen Therapien organübergreifend</li> <li>Durchführung der systemischen Therapie der Hauttumorpatienten in einer MVZ bzw. Fachbereich-übergreifend ausführenden systemischen Therapieeinheit: 200 zytostatische / targeted Therapien organübergreifend, davon mind. 15 zytostatische / targeted bei Hauttumorpatienten. Die Hauptverantwortung über die Therapie liegt beim Leiter dieser Einheit.</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 Wissensstand entsprechen: z.B.</p>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immuntherapie</li> <li>• Supportive Therapien („Palliativmedizin“)</li> <li>• Zytostatikatherapie</li> <li>• Targeted Therapie</li> <li>• Andere Systemtherapien z.B. ECP</li> <li>• <b>systemische PUVA-Therapie bei Lymphomen</b></li> </ul> <p>Allgemeines Chemotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zytostatika-Arbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig</li> <li>• fachgerechte Abfallentsorgung</li> <li>• ständige Rufbereitschaft</li> </ul> <p><b>Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.2016</b></p>		
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> <li>• Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar.</li> </ul> <p>Therapiepläne</p> <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	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen</p> <p>Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.</p>		
6.2.10	<p>Notfallbehandlung</p> <p>Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle</p>		
6.2.11	<p>Supportive/palliative Therapie</p> <p>Beschreibung der Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie (Prozessbeschreibung/Algorithmus)</p>		

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	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> <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	
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel:		

## 7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.de</a>.</p>		

## 8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
8.0	<p>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.</p> <p>Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.de</a>.</p> <p>Für Hautkrebszentren, die gemäß Stamblatt mit einem Kooperationspartner der Fachrichtung „Dermatohistologie“ kooperieren, sind die folgenden Anforderungen durch den Kooperationspartner „Dermatohistologie“, wenn zutreffend (z.B. Obduktionen nicht zu bearbeiten), verbindlich zu bearbeiten. Für Zentren, die alleinig mit Pathologien kooperieren, ist der organübergreifende Erhebungsbogen zu bearbeiten.</p> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
8.2	<p>Dermatohistologische/pathologische Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährl. mind. 250 Histologien von malignen Hauttumoren (nicht nur Primärfälle)</li> <li>• Erfahrung Beurteilung von Lymphknoten (alle Tumorentitäten): Jährlich mind. 100 Histologien von Lymphknoten</li> </ul> <p>(Die Untersuchung der Lymphknoten nach Lymphadenektomie (LAD) muss von einem Facharzt für Pathologie durchgeführt werden. Ggf. kann dies auch im Rahmen einer Zweitbefundung nach Befundung durch einen Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie erfolgen.</p>		

## 8. Pathologie

	<p>Sentinel: Beurteilung durch Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ oder Facharzt für Pathologie)</p> <p>Farblegende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
8.3	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ <u>und</u> 1 Facharzt für Pathologie</li> <li>oder</li> <li>• 2 Fachärzte für Pathologie</li> </ul>		
8.5	<p>MTA's</p> <p>Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA's / Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.</p>		
8.6	<p>Vorzuhaltende Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immunhistochemische Untersuchungen</li> <li>• Molekularpathologie</li> </ul> <p>Die Beauftragung dieser Spezialleistungen darf nur an Pathologische Institute erfolgen, die mit Vorlage einer Kooperationsvereinbarung zu benennen ist. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen.</p>		
8.7	<p>Obduktionen</p> <p>Innerhalb des Zentrums muss die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen bestehen und gefördert werden. Ein Obduktionsraum ist nachzuweisen (ggf. in Kooperation).</p>		
8.8	<p>Schnellschnitte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für Schnellschnitte müssen für jeden operativen Standort gegeben sein.</li> <li>• Teleschnellschnitte sind nicht zulässig</li> </ul> <p>Parameter Schnellschnitte Zeitbedarf (in min.) und Zeitpunkt gemessen ab Eingang Pathologie bis Durchsage des Ergebnisses (Richtwert max. 30 min.) Auswertung Zeitbedarf: Min.-/Max.-/Range-Wert</p>		
8.10	<p>Aufbewahrungszeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivierung Paraffinblöcke <math>\geq 10</math> Jahre</li> <li>• Aufbewahrung Feuchtmaterial <math>\geq 4</math> Wochen nach Eingang</li> <li>• Die Möglichkeit zur Kryopräservation sollte gegeben sein</li> </ul>		
8.11	<p>Befundberichte</p> <p>Befundberichte müssen für die makroskopische und die mikroskopische Begutachtung zu 100% die in den Leitlinien geforderten Angaben enthalten (Insbesondere: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation, Grad, TNM-Stadium, R-Klassifikation).</p> <p>Zusätzliche Angaben Melanom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumordicke nach Breslow, Ulzeration, Mito-serate bei Tumordicke <math>&lt; 1</math> mm.</li> </ul>		

## 8. Pathologie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histopathologische Besonderheiten, wie mögliche Assoziation zu einem melanozytären Nävus, eine Regressionszone, morphologische Besonderheiten (z. B. desmoplastische Melanomanteile) und Gefäßeinbrüche</li> </ul>		
<b>8.12</b>	<p>Lymphknoten (LK)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle im Operationspräparat enthaltenen Lymphknoten sind makroskopisch und mikroskopisch zu untersuchen</li> <li>• Abweichungen von Mindestzahlen der Leitlinien sind interdisziplinär zu diskutieren</li> <li>• Die Untersuchung der Lymphknoten hat gemäß den Leitlinien zu erfolgen</li> <li>• Die Lokalisation der LK (zumindest regionär vs. Tumoren) ist anzugeben</li> </ul>		
	Pro Region ist eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten zu untersuchen		
<b>8.13</b>	<p>Resektions-/Sicherheitsabstand</p> <p>Angabe des Dermatohistologen/Pathologen zu den Resektionsrändern hat grundsätzlich zu erfolgen (Abweichungen sind zu begründen).</p>		
<b>8.14</b>	<p>Regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Bsp. QUIP, Benchmarking, externer Qualitätszirkel) jährlich, z. B. Schnittseminare</p> <p>Konsiliarische Zweitbefundung</p> <p>Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch Klinik oder Patient erbeten bzw. eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist.</p>		
<b>8.15</b>	<p>Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind mind. 3 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen onkologische Themen betrachtet werden</li> <li>• Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan</li> <li>• Qualitätszirkel sind zu protokollieren.</li> </ul> <p>Teilnahme ist in Summe und nicht für jedes Organ einzeln nachzuweisen; Qualitätszirkel können interdisziplinär, organbezogen und/oder organübergreifend sein (zentrale Q-Zirkel des Onkologischen Zentrums gemäß EB OZ Kap. 1.2.14 werden z.B. anerkannt).</p>		
<b>8.16</b>	<p>Fortbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Schulungsplan 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>		
<p>Farbliegende: Gegenüber der Version vom 14.07.2016 wurde das Kapitel 8 für den Kooperationspartner „Dermatohistologie“ wieder eingefügt. Die Kapitelnummerierung orientiert sich am Erhebungsbogen Pathologie und ist daher nicht fortlaufend.</p>			

## 9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
9.1	<p>Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen. Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Patienten und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3, S. 174) unter Nennung aller Beteiligten zu beschreiben.</li> <li>• Ein Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss für Konsile und ggf. Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen.</li> <li>• Die Gruppe der Zielpatienten für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP).</li> <li>• Bei den im Zentrum betreuten Patienten sollen Symptome und Belastungen wiederholt mittels validierter Tools (z.B. MIDOS, iPOS) erfasst werden.</li> <li>• Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben.</li> <li>• Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.</li> </ul>		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
10.1	<p>Tumordokumentationssystem Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält.</p> <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/oder Zentrum <del>und/oder des zuständigen Krebsregisters:</del></p> <p>Farblgende: Ergänzung/Streichung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.2	<p>Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.</p>		
10.3	<p>Anforderungen an die Tumordokumentation: Es <del>solte</del> muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p>		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<p>Die Patientendaten sind zeitnah in dem System zu erfassen.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p> <p>Farblegende: Ergänzungen/Streichungen gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (<a href="http://www.tumorzentren.de">www.tumorzentren.de</a>)</li> <li>Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln.</li> <li>Die Anforderungen zur Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität und Tumordokumentation sollten über das Krebs-/Tumorregister abgedeckt gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen.</li> <li>Parallele Systeme sind zu vermeiden.</li> <li>Solange das zuständige klinische Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Organkrebszentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Organkrebszentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.</li> </ul> <p>Farblegende: Ergänzungen/Streichungen gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.5	<p>Dokumentationsbeauftragter</p> <p>Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter namentlich zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt.</p> <p>Name/Funktion:</p> <p>Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prüfung Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Übermittlung und der Qualität der für die Zertifizierung relevanten Patientendaten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister 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> </ul>		

**10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität**

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmäßige <b>Erstellung von Analyse der Auswertungen insb. im zeitlichen Verlauf</b></li> </ul> <p>Farblgende: Ergänzung/Streichungen gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.6	<p>Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein <b>regionales Klinisches Krebsregister</b>) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (z.B. pro 200 Pf 0,5 VK und pro 200 <b>Nachsorgefälle 0,1 VK</b>).</p> <p>Farblgende: Ergänzung/Streichung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.7	<p>Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jahrgänge</li> <li>TNM-Klassifikation <b>oder vergleichbare Klassifikationen</b> und Prognosefaktoren</li> <li>Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Immuntherapie, Chemotherapie)</li> <li>Datum der Rezidive/Metastasierungen</li> <li>Sterbefälle</li> <li>Follow-up Status (letzte Aktualisierung)</li> </ul> <p>Farblgende: Ergänzung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.8	<p>Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität</p> <p>Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen.</p> <p>Die Tumordokumentation/Matrix <b>muss</b> für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der <b>TNM 8. Auflage AJCC-Klassifikation 2009</b> erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts). Nach 3 Jahren zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP).</p> <p>Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)</li> </ul> <p>Organspezifische detaillierte Anforderungen sind im Anhang zur Matrix Ergebnisqualität zusammengestellt.</p> <p>Farblgende: Ergänzung/Streichung gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.9	<p><b>Verwendung Auswertung</b> der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die <b>Auswertungen für die Indikatoren Darstellung der zur Ergebnisqualität (oberer Punkt) muss müssen</b> zu den Re-Zertifizierungen möglich sein.</li> </ul>		

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich nach den entsprechenden Kennzahlen auszuwerten.</li> <li>• <del>Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen.</del></li> <li>• <del>Die Auswertungen sind durch das Hautkrebszentrum selbst zu analysieren z.B. im Rahmen der jährl. QM-Bewertung und zu archivieren.</del></li> <li>• <del>Aus der Analyse sind gegebenenfalls konkrete Aktionen abzuleiten.</del></li> <li>• Sofern ein Benchmarking/Jahresbericht angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten.</li> <li>• Die Diskussion der Ergebnisse sollte zusammen mit den Hauptbehandlungspartnern einzeln muss interdisziplinär und im Verbund von Hautkrebszentren erfolgen.</li> </ul> <p>Farblgende: Ergänzungen/Streichungen gegenüber Version vom 14.07.2016</p>		
10.10	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (siehe Ergebnismatrix).</p>		

## Datenblatt

Für die Erfassung der Kennzahlen und Daten zur Ergebnisqualität steht den Zentren ein strukturiertes Datenblatt zur Verfügung. Dieses Datenblatt beinhaltet auch eine automatische Ermittlung der Datenqualität. Für die Zertifizierung sind ausschließlich Kennzahlendarlegungen möglich, die auf Basis des von OnkoZert bereitgestellten Datenblatts erfolgen. Das Datenblatt darf nicht verändert werden.

Das Datenblatt ist als Download unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) und [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) abrufbar.