

# F A Q ' s zum

## Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

### der Deutschen Krebsgesellschaft

**Vorsitz der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. S. Grabbe

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

#### Version FAQ und Erhebungsbogen

Versions-Stand FAQ: 01.08.2016

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's beziehen sich auf folgende in Kraft gesetzte Dokumente:

Erhebungsbogen Haut	Version G1	14.07.2016
Kennzahlenbogen Haut	Version G1.1	14.07.2016

## Übersicht der FAQ's

### Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1 b	Teilnehmer Hauttumorkonferenz	14.07.2016
1.4 Psychoonkologie	1.4.8	Angebot und Zugang	21.07.2016
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpatienten	14.07.2016
2.1 Sprechstunde	2.1.4	Wartezeiten	14.07.2016
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.2	Pflegekraft	14.07.2016
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.9	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen	14.07.2016
8 Pathologie	8.4	Dermatohistologische/pathologische Erfahrung	14.07.2016
8 Pathologie	8.12	Lymphknoten (LK)	14.07.2016

### Kennzahlenbogen

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Beispiele	01.08.2016
4	Psychoonkologische Betreuung	14.07.2016
5	Beratung Sozialdienst	14.07.2016
7	Sentinel Node-Biopsie	14.07.2016
13	Malignes Melanom: Sentinel-Node-Biopsie	14.07.2016
8	Operative Eingriffe mit Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) ( = Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome)	01.08.2016
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) ( = Epitheliale Tumoren)	01.08.2016
11	Revisionsoperation bei Nachblutung nach SNB u. LAD	01.08.2016
12	Postoperative Wundinfektionen	01.08.2016

## FAQ's - Erhebungsbogen Haut

### 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	
1.2.1 b)	<p>Teilnehmer Hauttumorkonferenz</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzteebene an der Tumorkonferenz obligat und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen:</p> <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>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Abweichung bei Unterschreitung der Teilnahmequote von 80% pro Fachrichtung.</p>

### 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	
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>	<p><u>FAQ (21.07.2016)</u></p> <p>Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen?</p> <p>Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein <b>standardisiertes</b> Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p>

### 1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
1.7.5	<p>Anteil Studienpatienten (Malignes Melanom Stadium III-IV)</p> <p>1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss <math>\geq 1</math> Pat. in Studien eingebracht worden sein.</p> <p>2. nach 1 Jahr: Mind. 5 % der Pat. sollten in Studien eingeschlossen sein.</p> <p>Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote berücksichtigt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum.</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Dürfen Registerstudien mit Ethikvotum auch gezählt werden?</p> <p>Antwort: Ja</p>

## 2 Organspezifische Diagnostik

### 2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
2.1.4	<p>Wartezeiten</p> <p>Wie lange sind die Wartezeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>während der Sprechstunde: <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 60 min Sollvorgabe</li> </ul> </li> <li>auf einen Termin bei Erstvorstellung (Melanom, Lymphom, seltene, hochmaligne Hauttumoren): <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 2 Wochen</li> </ul> </li> <li>Alle anderen Tu: <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 4 Wochen</li> </ul> </li> <li>auf einen Termin für eine ambulante, apparative Untersuchung (keine Nachsorgepat.): <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 2 Wochen</li> </ul> </li> </ul> <p>Die Wartezeiten sind einmal pro Jahr in einer repräsentativen Zufallsstichprobe zu erfassen und statistisch auszuwerten.</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Handelt es sich bei der Wartezeit „Termin für eine ambulante, apparative Untersuchung (keine Nachsorgepatienten)“ nur um Notfallpatienten?</p> <p>Antwort: Nein</p>	

### 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen		
6.2.2	<p>Pflegefachkraft</p> <p>Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>....</li> <li>Die pflegerische Beratung u./o. <b>Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.</b></li> </ul>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Ist die Anforderung eine „Muss“-Anforderung?</p> <p>Antwort: Muss-Forderung</p>	
6.2.9	<p>Standards Begleit- und Folgeerkrankungen</p> <p>Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Parasiten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.</p>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Statt der Erstellung der Standards und SOPs verweisen einige Zentren auf das „blaue Buch“ der Krebshilfe. Sollen wir das als Gutachter als ausreichend anerkennen?</p> <p>Antwort: Nein, reicht nicht</p>	

## 7 Pathologie

Kap.	Anforderungen		
8.4	<p>Dermatohistologische/pathologische Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlich 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><u>FAQ (14.07.2016)</u></p> <p>Die Frage ist, ob im Hauttumorzentrum die histopathologische Untersuchung eines Lymphknotens nach Lymphadenektomie (LAD) von einem Facharzt für Pathologen durchgeführt werden muss oder auch von einem Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie durchgeführt werden darf?</p> <p>Antwort: Pathologe, ggf. kann der Pathologe auch Zweitbefunder sein</p>	

8.12	<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>• Pro Region ist eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten zu untersuchen.</li> <li>• Die Lokalisation der LK (zumindest regionär vs Tumor-fern) ist anzugeben.</li> </ul>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Muss die Dokumentation der Lymphknoten nur für die Zentrumspatienten erfolgen oder für alle Hautkrebsbefunde der Pathologie?</p> <p>Antwort: HZ-Patienten ausreichend</p>	
------	--	--	--

## FAQ's - Kennzahlenbogen Haut

### Basisdaten

#### Erläuterung

Jeder Pat. kann nur 1 x pro Kalenderjahr für 5a) und 1x für 7) gezählt werden (Reihenfolge nach den Rubriken), aber im Kalenderjahr können mehrere Fälle pro Patient gezählt werden.

#### FAQ (01.08.2016)

Invasive Maligne Melanome	Beispiel:
<b>5. a) Pat. mit Primärerkrankung</b> (= Pat. mit erster Diagnose MM)	Hr. S wird 3/2015 mit d. Erstdiagnose MM an 2 unterschiedl. Lokalisationen der Haut aufgenommen: 1xStad. IA und 1x Stad. IB. = Hr. S wird 1x mit höchstem Stadium (= IB) für die Rubrik 5a) gezählt. Diese Zählung bleibt bestehen, auch wenn im Kalenderjahr weitere Diagnosen mit einem höheren Stadium auftreten.
<b>b) Anzahl der Fälle bei Primärerkrankung</b> (= Im Kalenderjahr treten synchron/metachron weitere Diag. MM anderer Lokalisation auf, kein Rezidiv, kein Stadienshift)	Hr. S. wird mit seinen Diagnosen (IA u IB aus 3/2015) 2x für die Rubrik 5b) gezählt  10/2015 treten bei Hr. S. weitere Diag. MM an anderen Lokalisationen (IB u IIB) der Haut auf, die weder Stadienshift noch Rezidiv der Diag 3/2015 sind =beide Diag. (IB u IIB) werden für die Rubrik 5b) gezählt
<b>6. a) Pat. mit Zweit-/Dritt-Melanom andere Lokalisation</b> (= Pat. hatte bereits Diag. MM in einem vorherigen Kalenderjahr; jetzt: 2./3. MM an anderer Stelle)	Fr. U. hatte 2008 bereits die Erstdiagnose eines MM. In 4/2015 trat wieder 1 Befund an einer anderen Lokalisation der Haut auf (= IA), der weder Stadienshift noch Rezidiv der vorherigen Befunde ist. Fr. U wird damit für die Rubrik 6a) und 6b) gezählt.
<b>b) Anzahl der Fälle bei Zweit/Dritt-Melanom</b> (= Im Kalenderjahr treten synchron/metachron weitere Diag. MM anderer Lokalisation auf, kein Rezidiv, kein Stadienshift)	4/2015 bekommt Fr. U. 1 weitere Diagnose eines MM an anderer Lokalisation (=IIB), d.h. zusätzlich zu dem Fall aus 4/2015 (=IA), wird Fr. U. jetzt nochmal als Fall für die Rubrik 6b) gezählt.
<b>7. Pat. mit Stadienshift/Rezidive</b> (= Pat. hatte bereits Diag. MM in einem vorherigen oder im aktuellen Kalenderjahr; jetzt: Rezidiv, Stadienshift inkl. neu aufgetretene Fernmetastasierung)	Hr. M. hat 8/2016 ein Rezidiv einer Primärerkrankung aus 3/2014. Das Rezidiv (= IIC) wird für die Rubrik 7) gezählt. Weitere, bei Hr. M in diesem Kalenderjahr auftretende Rezidive/Stadienshifts werden NICHT gezählt. Wenn im darauffolgenden Kalenderjahr erneut ein Stadienshift/Rezidiv auftritt, kann dieser/s erneut gezählt werden.
<b>Optional: 8. Pat. mit andauernder Therapie</b> (= Pat. mit andauernder Therapie, die für das Kalenderjahr nicht bereits in den Kategorien 5-7 gezählt wurden, Zählg 1x/Kalenderjahr)	Die Rubriken 8. und 9. können optional ausgefüllt werden. Diese Pat. können parallel nicht den Rubriken 5-7 angehören.
<b>Optional: 9. Pat. in Nachsorge</b> (= Pat., die ohne Therapie in der Nachsorge sind, die für das Kalenderjahr nicht bereits in den Kategorien 5-7 gezählt wurden, Zählg 1x/Kalenderjahr)	
<b>Primärfälle MM = 5a) + 6a)</b>	Grundsätzliche Anmerkung: • Primärfälle MM = 5a) + 6a) (Sollvorgabe: >= 40) • Zentrumspatienten = 5a) + 6a) + 7) (keine Sollvorgabe) • Zusätzlich zu zählen (optional): 8) u 9)
<b>Zentrumspatienten = 5a) + 6a) + 7)</b>	
<b>Alle Patienten MM (mit optional)</b>	

#### FAQ (01.08.2016)

Zählweise Patienten die in einem Kalenderjahr sowohl Primärfall sind, als auch neue Fernmetastasen oder Rezidiv aufweisen. Wie werden diese gezählt?

Antwort:

Auf Basis der neuen Tabelle: 1 x als Pat. mit Primärerkrankung (= 5) und 1 x als Pat. mit Stadienshift/Rezidive (= 7) = 2 Zentrumspatienten

**Kennzahlenbogen**

4	Psychoonkologische Betreuung	Zähler	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen), die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer $\geq$ 25 Min.)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Warum lokoregionäre Metastasierungen nicht mitbetrachten?  Antwort: Damit die Ergebnisse mit den Ergebnissen der anderen Zentrumsarten vergleichbar sind.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen) (= Nenner Kennzahl 2)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
5	Beratung Sozialdienst	Zähler	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen), die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Warum lokoregionäre Metastasierungen nicht mitbetrachten?  Antwort: Damit die Ergebnisse mit den Ergebnissen der anderen Zentrumsarten vergleichbar sind.
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen) (= Nenner Kennzahl 2)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
7	Sentinel Node-Biopsie	Zähler	Pat. mit intraoperativ nachgewiesenem Sentinel-LK	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wir würden gerne wissen ob eine frustrane SLNB als durchgeführter Eingriff (= Zählung für den Nenner) gilt? Aktuell haben wir dies so angenommen und in KN 7 tauchen diese Fälle somit im Nenner auf, was in unseren Augen auch Sinn macht.  Antwort: ja
		Nenner	Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben	
		Sollvorgabe	$\geq$ 80%	

8	Operative Eingriffe mit LL-definiertem Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome)	Zähler	OP's mit Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome), usw.	<p><u>FAQ (01.08.2016)</u> Werden nur die operierten Fälle gezählt oder auch die Teiloperationen (bei Pat. mit Tumorresektion an multiplen Lokalisationen im gleichen Eingriff)?</p> <p>Antwort: Jede Tumorresektion wird gezählt.</p> <p><u>FAQ (01.08.2016)</u> Sollen plastische Rekonstruktionen gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, rein plastische Eingriffe zählen nicht. Bei Tumorresektion und plastischer Deckung im gleichen Eingriff wird die Tumorresektion gezählt.</p>
		Nenner	-----	
		Quote	≥ 30	
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) (= Epitheliale Tumoren)	Zähler	OP's mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) (= Epitheliale Tumoren)	<p><u>FAQ (01.08.2016)</u> Werden nur die operierten Fälle gezählt oder auch die Teiloperationen (bei Pat. mit Tumorresektion an multiplen Lokalisationen im gleichen Eingriff)?</p> <p>Antwort: Jede Tumorresektion wird gezählt.</p> <p><u>FAQ (01.08.2016)</u> Sollen plastische Rekonstruktionen gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, rein plastische Eingriffe zählen nicht. Bei Tumorresektion und plastischer Deckung im gleichen Eingriff wird die Tumorresektion gezählt.</p>
		Nenner	-----	
		Quote	≥ 100	
11	Revisionsoperation bei Nachblutung nach SNB u. LAD	Zähler	Revisionsoperationen (5-983) aufgrund von post-OP Nachblutungen (T81.0) nach SNB und therapeut. LAD im Stad. IIIA, IIIB u. IIIC	<p><u>FAQ (01.08.2016)</u> Wie soll die Zählung der Komplikationen erfolgen?</p> <p>Antwort: Die Zählung soll pro Teil-OP erfolgen, das heißt jede Tumorresektion wird gezählt.</p>
		Nenner	Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben (= Nenner Kennzahl 7) + Pat. mit therapeutischer LAD im Stad. IIIA, IIIB u. IIIC	
		Quote	≤ 3%	



12	Postoperative Wundinfektionen	Zähler	Postoperative Wundinfektionen (T81.4) bei Summe Zähler Kennzahl 8 + 9	<p><u>FAQ (01.08.2016)</u> Wie soll die Zählung der Komplikationen erfolgen?</p> <p>Antwort: Die Zählung soll pro Teil-OP erfolgen, das heißt jede Tumorsektion wird gezählt.</p>
		Nenner	Summe Zähler Kennzahl 8 + 9	
		Quote	≤ 3%	
13	Malignes Melanom: Sentinel-Node-Biopsie	Zähler	Primärfälle, bei denen die SNB durchgeführt wird	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Nicht ganz sicher sind wir uns bei KN 13, ob die frustrane SLNB auch im Zähler vorkommt.</p> <p>Antwort: Ja, die intraoperativ frustrane SLNB wird für den Zähler gezählt</p>
		Nenner	Primärfälle mit einem primären, kutanen Melanom mit einer Tumordicke ≥ 1mm und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung	
		Quote	≥ 80%	