

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: 24.10.2018

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

Erhebungsbogen Haut	Version H2	26.07.2018
Datenblatt Haut	Version H2.1	26.07.2018

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.1	Kooperationspartner	29.05.2017
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.3	Primärfälle	07.07.2017
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1 b)	Teilnehmer Hauttumorkonferenz	14.07.2016
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1 f)	Tumorkonferenz	13.06.2017
1.4 Psychoonkologie	1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation	24.10.2018
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Psychoonkologie – Angebot und Zugang	12.06.2017
1.4 Psychoonkologie	1.4.8	Dokumentation und Evaluation	21.07.2016
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	1.5.2	Angebot und Zugang	12.06.2017
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpatienten	13.06.2017
2.1 Sprechstunde	2.1.1	Information / Dialog mit Patient	12.06.2017
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
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.13	Information / Dialog mit Patient	12.06.2017
8 Pathologie	8.12	Lymphknoten (LK)	14.07.2016
9 Palliativversorgung und Hospizarbeit	9.1	Palliativversorgung	22.08.2016
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.4	Zusammenarbeit mit Krebsregister	13.07.2017

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Beispiele	12.06.2017
2	Fallbesprechung bei neu aufgetretenen Fernmetastasen	19.09.2017
4	Psychoonkologische Betreuung	14.07.2016
5	Beratung Sozialdienst	14.07.2016
6	Malignes Melanom: Studienteilnahme	12.06.2017
7	Sentinel Node-Biopsie	14.07.2016
8	Operative Eingriffe mit Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome)	20.09.2017
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) (= Epitheliale Tumoren)	20.09.2017
11	Revisionsoperation bei Nachblutung nach SNB u. LAD	01.08.2016
12	Postoperative Wundinfektionen	01.08.2016
13	Malignes Melanom: Sentinel-Node-Biopsie	14.07.2016
Matrix	Darlegung Follow-Up	10.11.2016

FAQ's - Erhebungsbogen Haut

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
1.1.1	<p>Kooperationspartner (auch externe Kooperation möglich) Obligat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Vertreter aus MKG, HNO u./o. Plastische Chirurgie • Nuklearmedizin • Neurochirurgie • Pathologie • Chirurgie (Allgemein u./o. Viszeral) • Psychoonkologie • Sozialarbeit • Selbsthilfvereinigungen • Seelsorge • Palliativnetzwerk <p>Fakultativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatohistologie • Urologie • Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde • Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie • Genetische Beratung (u.a. familiäre Melanome, Gorlin-Goltz-S., XP) • Labor (mit Ringversuchszertifikat) • Plastische Chirurgie • Thoraxchirurgie • Gynäkologie 	<p><u>FAQ (29.05.2017)</u> Ist es ausreichend, dass 1 der 3 Fachrichtungen MKG, HNO und Plastische Chirurgie obligater Kooperationspartner ist?</p> <p>Antwort: Ja, ist ausreichend. Mind. 1 Vertreter aus MKG u./o. HNO u./o. Plastische Chirurgie.</p>
1.1.3	<p>Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fälle mit malignen epithelialen Tumoren (exklusive in-situ Tumoren) pro Jahr: ≥ 100 Patienten (Angabe Kennzahlenbogen) • Fälle mit invasivem malignem Melanom pro Jahr: ≥ 40 Patienten (Angabe Kennzahlenbogen) <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"> • Patienten (nicht Aufenthalte und nicht Operationen; nicht Nachsorgepatienten, nicht Rezidiv) mit im Kalenderjahr neu diagnostiziertem Hautkrebs • Im Kalenderjahr aufgetretener Zweittumor einer <u>anderen</u> Entität wird als weiterer Primärfall erfasst • Histopathologischer Befund muss vorliegen • Fall kann nur für 1 Zentrum gezählt werden • Therapieplanung (interdisziplinäre Tumorkonferenz) und Therapiedurchführung über das Zentrum (Haupttherapie) • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histopathologischen Diagnosesicherung 	<p><u>FAQ (29.05.2017)</u> Bei den Aderhautmelanomen wird in der Regel keine histologische Sicherung durchgeführt. Können diese dennoch als Primärfall angerechnet werden?</p> <p>Antwort: Ja, Aderhautmelanome können als Primärfall angerechnet werden, auch wenn keine histologische Sicherung vorliegt.</p> <p><u>FAQ (07.07.2017)</u> Können diese Tumore unter Kennzahl 1.3 als Primärfall gezählt werden?</p> <p>ICD – Lokalisation + Histologie – Code: C44 – C44 - 8407/3 Mikrozystisches Karzinom der Hautadnexe C46 – C44 - 9140/3 Kaposi-Sarkom C49 – C44 - 8890/3 Leiomyosarkom C49 – C44 - 8810/3 Atypisches Fibroxanthom C49 – C44 - 8802/3 Dermales oberflächliches pleomorphes Sarkom C49 – C44 - 8811/3 Myxofibrosarkom</p>

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
		<p>C49 – C44 - 8854/3 Pleomorphes Liposarkom C49 – C44 - 8890/3 Kutanes Leiomyosarkom C49 – C44 - 9120/3 Angiosarkom kutan C49 – C44 - 8811/3 Kutanes Myxofibrosarkom C63.2 – C44 - 8542/3 extram. M Paget C82.6 – C44 - Kutanes Follikelzentrumslymphom - M9597/3 Primär kutanes Follikelzentrumslymphom C83.0 – C44 - Kleinzelliges B-Zell-Lymphom - M9699/3 Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A. C83.3 – C44 - Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom - M9680/3 Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A. C84.0 – C44 - Mycosis fungoides [MF] - M9700/3 Mycosis fungoides C84.8 – C44 - Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet - M9709/3 Kutanes T-Zell-Lymphom C85.1 – C44 - B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet - M9699/3 Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A. C86.6 – C44 - Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferation - M9718/3 Lymphomatoide Papulose</p> <p>Antwort: Ja, die aufgeführten Tumore können für Kennzahl 1.3 gezählt werden.</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
1.2.1	Teilnehmer Hauttumorkonferenz	<u>FAQ (14.07.2016)</u>
b)	Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene an der Tumorkonferenz obligat und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen: <ul style="list-style-type: none"> • Dermatologe • Radiologe • Strahlentherapeut • Operateur/Chirurg (organspezifisch/onkologisch) • Internistischer Onkologe 	Abweichung bei Unterschreitung der Teilnahmequote von 80% pro Fachrichtung.
f)	Tumorkonferenz Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität sind vorzustellen: <ul style="list-style-type: none"> • Alle Problemfälle • alle Pat. mit interdisziplinärer Fragestellung • Therapiewechsel mit Abweichung von festgelegten Behandlungspfaden 	<u>FAQ (13.06.2017)</u> Tischvorlagen für eindeutige Pat.anamnesen können erstellt werden (z.B. Unterscheidung in „Standard“ und „Diskussion“).
	Grundsätzlich vorzustellen sind Patienten mit: <ul style="list-style-type: none"> • Malignem Melanom ab Stad. IIC, • kutanem Lymphom ab Stad. Ib 	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkel-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium 		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen oder • Ärzte <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 > 100 Unterrichtseinheiten.</p>	<p><u>FAQ (24.10.2018)</u> Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden?</p> <p>Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.</p>	
1.4.2	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>	<p><u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss für jeden Patienten ein Nachweis vorgelegt werden, dass die Möglichkeit des psychoonkologischen Gespräches angeboten wurde?</p> <p>Antwort: Nein, die Umsetzung des Prozesses soll nachgewiesen werden.</p>	
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> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen?</p> <p>Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p>	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	
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.	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss für jeden Patienten ein Nachweis vorgelegt werden, dass die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst angeboten wurde? Antwort: Nein, die Umsetzung des Prozesses soll nachgewiesen werden.

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
1.7.5	Anteil Studienpatienten (Malignes Melanom Stadium III-IV) 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein. 2. nach 1 Jahr: Mind. 5 % der Pat. sollten in Studien eingeschlossen sein. Alle Studienpatienten können für die Berechnung der Studienquote berücksichtigt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum.	<u>FAQ (14.07.2016/13.06.2017)</u> Dürfen Registerstudien mit Ethikvotum auch gezählt werden? Antwort: Ja. Auch die ADOREG-Dokumentation kann für die Studienquote angerechnet werden.

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	
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"> • Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie und Nachsorge • Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung psychosozialer Unterstützung • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss jedem Pat. verpflichtend das Einholen einer Zweitmeinung angeboten werden? Antwort: Nein, muss nicht verpflichtend allen Pat. angeboten werden.
2.1.4	Wartezeiten Wie lange sind die Wartezeiten	<u>FAQ (14.07.2016)</u>

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> während der Sprechstunde: < 60 min Sollvorgabe auf einen Termin bei Erstvorstellung (Melanom, Lymphom, seltene, hochmaligne Hauttumoren): < 2 Wochen Alle anderen Tu: < 4 Wochen auf einen Termin für eine ambulante, apparative Untersuchung (keine Nachsorgepat.): < 2 Wochen <p>Die Wartezeiten sind einmal pro Jahr in einer repräsentativen Zufallsstichprobe zu erfassen und statistisch auszuwerten.</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"> Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen. 	<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>	
6.2.13	<p>Information / Dialog mit Patient</p> <p>Hinsichtlich Diagnose, Prognose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechend zu vermitteln. Dies beinhaltet u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie und Nachsorge Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien Darstellung weiterer Behandlungskonzepte Angebot und Vermittlung psychosozialer Betreuung Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren. 	<p><u>FAQ (12.06.2017)</u></p> <p>Muss jedem Pat. verpflichtend das Einholen einer Zweitmeinung angeboten werden?</p> <p>Antwort: Nein, muss nicht verpflichtend allen Pat. angeboten werden.</p>	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	
8.12	<p>Lymphknoten (LK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle im Operationspräparat enthaltenen Lymphknoten sind makroskopisch und mikroskopisch zu untersuchen. • Abweichungen von Mindestzahlen der Leitlinien sind interdisziplinär zu diskutieren. • Die Untersuchung der Lymphknoten hat gemäß den Leitlinien zu erfolgen. • Pro Region ist eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten zu untersuchen. • Die Lokalisation der LK (zumindest regionär vs Tumor-fern) ist anzugeben. 	<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>

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	
9.1	<p>Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... • Die Gruppe der Zielpatienten für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP). • ... • Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren. 	<p><u>FAQ (22.08.2016)</u> Wie wird der Satz „Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.“ interpretiert?</p> <p>Antwort: Die Anforderung ist in Zusammenhang mit dem Satz: "Die Gruppe der Zielpatienten für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP)." zu betrachten. Hintergrund dieser Anforderung ist die neue S3-Leitlinie Palliativmedizin, die u.a. die frühzeitige Integration der Palliativmedizin in die Behandlungsstrategie der Patienten vorsieht. Bisher gibt es keine einheitlichen Definitionen der Fachgesellschaften, welche Pat. als Palliativ-Patienten und damit als Pat., die "spezialisierten Palliativmedizinische Unterstützungsangebote" erhalten sollen, betrachtet werden. Um die Integration der Palliativmedizin zu verbessern, soll deshalb jedes Zentrum für sich definieren, welche Pat. "Zielpatienten für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote" sind und diese in dem Kollektiv der Primärfälle zählen.</p>

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen Link Tumorzentren.de • ... 	<p><u>FAQ (13.07.2017)</u> Muss von jedem einzelnen Zentrum eine Kooperationsvereinbarung nachgewiesen werden?</p> <p>Antwort: Die Kooperationsvereinbarungen können auch zentral über das Onkologische Zentrum, sofern vorhanden, abgeschlossen werden.</p>

FAQ's - Datenblatt 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:
5. a) Pat. mit Primärerkrankung (= 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) Anzahl der Fälle bei Primärerkrankung (= 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
6. a) Pat. mit Zweit-/Dritt-Melanom andere Lokalisation (= 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) Anzahl der Fälle bei Zweit/Dritt-Melanom (= 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.
7. Pat. mit Stadienshift/Rezidive (= 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.
Optional: 8. Pat. mit andauernder Therapie (= 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.
Optional: 9. Pat. in Nachsorge (= Pat., die ohne Therapie in der Nachsorge sind, die für das Kalenderjahr nicht bereits in den Kategorien 5-7 gezählt wurden, Zählg 1x/Kalenderjahr)	
Primärfälle MM = 5a) + 6a)	Grundsätzliche Anmerkung: • Primärfälle MM = 5a) + 6a) (Sollvorgabe: >= 40) • Zentrumspatienten = 5a) + 6a) + 7) (keine Sollvorgabe) • Zusätzlich zu zählen (optional): 8) u 9)
Zentrumspatienten = 5a) + 6a) + 7)	
Alle Patienten MM (mit optional)	

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

FAQ (12.06.2017)

Können in Zeile 34 „7. Pat. mit Stadienshift/Rezidive“ auch Patienten mit Stadienshift/Rezidiv gezählt werden, die die Erstdiagnose nicht in dem Hautkrebszentrum erhalten haben?

Antwort: Ja, der Pat. muss nicht bei Erstdiagnose in dem Zentrum behandelt worden sein.

Kennzahlenbogen

2	Fallbesprechung bei neuauftretenden Fernmetastasen	Zähler	Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen), die in der TK vorgestellt wurden	<p><u>FAQ (19.09.2017)</u> Wenn bei 1 Patienten mehr als 1 Fernmetastasierung im Kalenderjahr auftritt, wird dieser Patient auch mehr als 1x für den Nenner gezählt?</p> <p>Antwort: Nein, der Patient wird mit der 1. im Kalenderjahr neu aufgetretenen Fernmetastasierung für den Nenner gezählt.</p>
		Nenner	Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
4	Psychoonkologische Betreuung	Zähler	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen), die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Warum werden lokoregionäre Metastasen nicht mitbetrachtet?</p> <p>Antwort: Damit die Ergebnisse mit den Ergebnissen der anderen Zentrumsarten vergleichbar sind.</p>
		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	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Warum werden lokoregionäre Metastasen nicht mitbetrachtet?</p> <p>Antwort: Damit die Ergebnisse mit den Ergebnissen der anderen Zentrumsarten vergleichbar sind.</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen) (= Nenner Kennzahl 2)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
6	Malignes Melanom: Studienteilnahme	Zähler	Pat. mit malignem Melanom, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	<p><u>FAQ (12.06.2017)</u> Kann man für den Zähler auch Pat. mit sekundärer Fernmetastasierung zählen?</p> <p>Antwort: Für den Zähler können alle Patienten mit malignem Melanom gezählt werden, nicht nur Primärfälle.</p>
		Nenner	Primärfälle mit malignem Melanom Stad. III-IV	
		Sollvorgabe	≥ 5%	

7	Sentinel Node-Biopsie	Zähler	Pat. mit intraoperativ nachgewiesenem Sentinel-LK	<p><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.</p> <p>Antwort: ja</p>
		Nenner	Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben	
		Sollvorgabe	≥ 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> <p><u>FAQ (20.09.2017)</u> Können alle Operationen der Dermatologie gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, es können nur die Operationen bei Patienten des Hautkrebszentrums mit malignen Diagnosen gezählt werden.</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>
		Nenner	-----	
		Quote	≥ 100	

				<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> <p><u>FAQ (20.09.2017)</u> Können alle Operationen der Dermatologie gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein, es können nur die Operationen bei Patienten des Hautkrebszentrums mit malignen Diagnosen gezählt werden.</p>
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 Tumorresektion 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> <p><u>FAQ (13.06.2017)</u> Ist die SNB auch verbindlich bei Lokalisation im Kopf-Hals-Bereich durchzuführen?</p> <p>Antwort:</p>
		Nenner	Primärfälle mit einem primären, kutanen Melanom mit einer Tumordicke ≥ 1mm und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung	
		Quote	≥ 80%	

				Die Lokalisation im Kopf-Hals-Bereich ist keine Argumentation gegen die Durchführung eines Sentinels.
--	--	--	--	---

Matrix – Ergebnisqualität (Malignes kutanes Melanom)

FAQ (10.11.2016)

Wie sollen Patienten mit Stadium III in die Matrix eingetragen werden?

Antwort:

Zuordnung muss aus den Arztbriefen erkenntlich werden. Aufgrund der weiteren vorliegenden Befunde Einteilung in IIIa, IIIb, IIIc und zukünftig III d.

FAQ (10.11.2016)

Fußnote 2: "Die Daten müssen patientenbezogen rückverfolgbar und zum Zeitpunkt der Auswertung nicht älter als 12 Monate sein. Unter Follow-Up ist Spalte S bis X zu verstehen (Aktives Follow-Up)."

Muss das Follow-Up wirklich innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt sein oder ist hier das Follow-Up im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. des vorletzten Jahres gemeint (analog zu anderen Zentren)?

Antwort:

Es ist das Follow-Up aus dem Zeitraum 01.01. bis 31.12. des vorletzten Jahres gemeint.