

# F A Q ' s zum

## Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

### der Deutschen Krebsgesellschaft

**Sprecher der Zertifizierungskommission:** PD Dr. Carmen Loquai, Prof. Dr. W. Tilgen

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: 19.08.2020

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

Erhebungsbogen Haut	Version I2	11.08.2020
Datenblatt Haut	Version I2.1	11.08.2020
Erhebungsbogen dermatologische Praxis	Version A1	09.09.2019

## 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	17.08.2020
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1 b)	Teilnehmer Hauttumorkonferenz	05.03.2019
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
1.8 Pflege	1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte	26.03.2019
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	Pflegefachkraft	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
6	Melanom: Studienteilnahme	12.06.2017
7	Sentinel Node-Biopsie	26.03.2019
8	Operative Eingriffe mit LL-definiertem Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome und andere seltene, maligne Hauttumoren)	20.09.2017
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) (= Epitheliale Tumoren)	20.09.2017
11	Revisionsoperationen bei Nachblutungen nach SNB u. LAD	01.08.2016
12	Revisionsoperationen nach postoperativen Wundinfektionen	01.08.2016
13	Melanom: Sentinel-Node-Biopsie	14.07.2016
Matrix	Darlegung Follow-Up	10.11.2016

### Erhebungsbogen Dermatologische Praxis

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
B Anforderungen	B.6	Tumorkonferenz	13.08.2019

**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"> <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> <p>Fakultativ</p> <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>	<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"> <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</li> </ul> <p>Therapieplanung (interdisziplinäre Tumorkonferenz) und Therapiedurchführung über das Zentrum (Haupttherapie)</p>	<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 (17.08.2020)</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 Fibrosarkom o.n.A.  C49 – C44 - 8802/3 Dermales oberflächliches pleomorphes Sarkom  C49 – C44 - 8811/3 Myxofibrosarkom</p>

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histopathologischen Diagnosesicherung</li> </ul>	<p>C49 – C44 - 8854/3 Pleomorphes Liposarkom            C49 – C44 - 8890/3 Kutanes Leiomyosarkom            C49 – C44 - 9120/3 Angiosarkom kutan            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 Facharzzebene 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>	<p>Abweichung bei Unterschreitung der Teilnahmequote von 80% pro Fachrichtung.</p> <p><u>FAQ (05.03.2019)</u> Welche Fachdisziplin ist mit Operateur gemeint?</p> <p>Antwort: Die Fachdisziplin, die den Tumor, die Lymphknoten u./o. die Metastasen operiert (z.B. Dermatochirurg).</p>
f)	<p>Tumorkonferenz 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> </ul>	<p><u>FAQ (13.06.2017)</u> Tischvorlagen für eindeutige Pat.anamnesen können erstellt werden (z.B. Unterscheidung in „Standard“ und „Diskussion“).</p>

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> <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>		

## 1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</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>	<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 <b>standardisiertes</b> Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.</p>	

## 1.5 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 $\geq 1$ 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 (13.06.2017)</u> Dürfen Registerstudien mit Ethikvotum auch gezählt werden?  Antwort: Ja. Auch die ADOREG-Dokumentation kann für die Studienquote angerechnet werden.	

## 1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Hautkrebszentrum muss mind. 1 onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst tätig sein.</li> <li>• Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen.</li> <li>• ...</li> </ul>	<u>FAQ (26.03.2019)</u> „Aktiv im Tagdienst“ bedeutet keinen Einsatz im Nachtdienst.	

## 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"> <li>• Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie und Nachsorge</li> <li>• Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien</li> </ul>	<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 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung alternativer Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und Vermittlung psychosozialer Unterstützung</li> <li>• Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Patientenbezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p>		
2.1.4	<p>Wartezeiten</p> <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>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> 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/ medizinische Fachangestellte ... Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie nach ärztlicher Anleitung appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ....</li> <li>• Die pflegerische Beratung u./o. <b>Eduktion der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.</b></li> </ul>	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> 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> 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"> <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> </ul>	<p><u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss jedem Pat. verpflichtend das Einholen einer Zweitmeinung angeboten werden?</p> <p>Antwort: Nein, muss nicht verpflichtend allen Pat. angeboten werden.</p>	

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> <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>		

## 8 Pathologie

Kap.	Anforderungen		
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> <li>Es sollen folgende Informationen im histopathologischen Befund des Wächterlymphknotens enthalten sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nachweis von Nävus- oder Melanomzellen</li> <li>Im Fall von Melanomzellen Angabe prognostisch wichtiger Parameter (z.B. lt. LL: größter Durchmesser der größten Tumorzellansammlung, maximale Eindringtiefe von Melanomzellen in das Lymphknotenparenchym, Invasion von Melanomzellen in die Lymphknotenkapsel oder der Kapseldurchbruch, Lokalisation von Melanomzellen in perinodalen Lymphgefäßen)</li> <li>Größter Durchmesser der Mikrometastase</li> </ul> </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>	

## 9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen		
9.1	<p>Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>...</li> <li>Die Gruppe der Zielpatienten für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP).</li> <li>...</li> <li><b>Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.</b></li> </ul>	<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</p>	



**9 Palliativversorgung und Hospizarbeit**

Kap.	Anforderungen		
		<p>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.</p> <p>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"> <li>Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen <a href="http://Link-Tumorzentren.de">Link Tumorzentren.de</a></li> <li>...</li> </ul>	<p><u>FAQ (13.07.2017)</u></p> <p>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:
<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: 1x Stad. 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:</b> <b>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:</b> <b>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

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**

6	Melanom: Anteil Studienpatienten	Zähler	Pat. mit 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 Melanom Stad. III-IV	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
7	Sentinel Node-Biopsie	Zähler	SNB-Operationen des Nenners 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> <p><u>FAQ (26.03.2019)</u> Welche OPS-Codes können als SNB-Operation gezählt werden?</p> <p>Antwort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-401.01 – .03; 5-401.0x</li> <li>• 5-401.11 - .13; 5-401.1x</li> <li>• 5-401.51 - .53; 5-401.5x;</li> <li>• 5-401.ax</li> </ul>
		Nenner	SNB-Operationen (Mehrfachnennung pro Patient möglich)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
8	Operative Eingriffe mit LL-definiertem Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome, andere seltene, maligne Hauttumoren)	Zähler	OP's mit Sicherheitsabstand bei Primärfällen (keine Operationen mit mikrographisch kontrollierter Chirurgie) (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome und andere seltene, maligne Hauttumoren)	<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>

	Sarkome und andere seltene, maligne Hauttumoren)	Nenner	-----	Antwort: Jede Tumorresektion wird gezählt.
		Quote	≥ 30	<u>FAQ (01.08.2016)</u> Sollen plastische Rekonstruktionen gezählt werden?  Antwort: Nein, rein plastische Eingriffe zählen nicht. Bei Tumorresektion und plastischer Deckung im gleichen Eingriff wird die Tumorresektion gezählt.  <u>FAQ (20.09.2017)</u> Können alle Operationen der Dermatologie gezählt werden?  Antwort: Nein, es können nur die Operationen bei Primärfällen gezählt werden.
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) (= Epitheliale Tumoren)	Zähler	OP's mit histologischer Randkontrolle bei Primärfällen (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) (= Epitheliale Tumoren)	<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)?
		Nenner	-----	
		Quote	≥ 100	Antwort: Jede Tumorresektion wird gezählt.  <u>FAQ (01.08.2016)</u> Sollen plastische Rekonstruktionen gezählt werden?  Antwort: Nein, rein plastische Eingriffe zählen nicht. Bei Tumorresektion und plastischer Deckung im gleichen Eingriff wird die Tumorresektion gezählt.  <u>FAQ (20.09.2017)</u> Können alle Operationen der Dermatologie gezählt werden?  Antwort: Nein, es können nur die Operationen bei Primärfällen gezählt werden.
11	Revisionsoperationen bei Nachblutungen nach SNB u. LAD	Zähler	Revisionsoperationen (OPS: 5-983) aufgrund von postoperativen Nachblutungen (T81.0) nach Operationen des Nenners	<u>FAQ (01.08.2016)</u> Wie soll die Zählung der Komplikationen erfolgen?  Antwort:

		Nenner	SNB-Operationen ( = Nenner Kennzahl 7) + therapeutische LADs im Stad. III (Mehrfachnennung pro Patient möglich)	Die Zählung soll pro Teil-OP erfolgen, das heißt jede Tumorsektion wird gezählt.
		Quote	≤ 3%	
12	Revisionsoperationen nach postoperativen Wundinfektionen	Zähler	Revisionsoperationen (5-983) aufgrund von postoperativen Wundinfektionen (T81.4) nach Operationen des Nenners	<u>FAQ (01.08.2016)</u> Wie soll die Zählung der Komplikationen erfolgen?  Antwort: Die Zählung soll pro Teil-OP erfolgen, das heißt jede Tumorsektion wird gezählt.
		Nenner	Summe Zähler Kennzahl 8 + 9	
		Quote	≤ 3%	
13	Melanom: Sentinel-Node-Biopsie	Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen die SNB durchgeführt wird	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Nicht ganz sicher sind wir uns bei KN 13, ob die frustrane SLNB auch im Zähler vorkommt.  Antwort: Ja, die intraoperativ frustrane SLNB wird für den Zähler gezählt.  <u>FAQ (13.06.2017)</u> Ist die SNB auch verbindlich bei Lokalisation im Kopf-Hals-Bereich durchzuführen?  Antwort: Die Lokalisation im Kopf-Hals-Bereich ist keine Argumentation gegen die Durchführung eines Sentinels.
		Nenner	Primärfälle kutanes Melanom mit einer Tumordicke ≥ pT2a und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung (cN0, cM0)	
		Quote	≥ 80%	

### 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 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.

**Erhebungsbogen dermatologische Praxis**

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis	
B.6	<p><b>Tumorkonferenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der/Die unter A benannte/n FÄ muss mind. einmal im Quartal an der interdisziplinären Tumorkonferenz (TK) u./o. Veranstaltungen des Hautkrebszentrums teilnehmen (Nachweis Tumorkonferenzprotokoll/ Teilnahmebescheinigung).</li> <li>• Alle dermatoonkologischen Pat. (i.d.R. &gt;pT1a) der Praxis sind im HZ vorzustellen (hier ist auch die Vorstellung von Pat. mit Komplikationen nach Primärtherapie oder Beschwerden in Rahmen der Nachsorge möglich)</li> <li>• Video-/Telefonkonferenzen sind möglich, mind. 2 x/Jahr persönliche Anwesenheit, wenn ausschließlich Telefonkonferenzen durchgeführt werden.</li> </ul>	<p><u>FAQ (13.08.2019)</u></p> <p>Welche Patienten der Praxis sind in der Tumorkonferenz des HZ vorzustellen?</p> <p>Antwort: Vorzustellen sind Patienten mit (entsprechend Erhebungsbogen Haut Kapitel 1.2.1f):</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. Merkelzell-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium</li> </ul>	