

Erhebungsbogen dermatologische Praxis

Anlage zum Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

Der vorliegende Erhebungsbogen beinhaltet die fachlichen Anforderungen für dermatologische Praxen, die sich als Kooperationspartner eines Hautkrebszentrums zertifizieren lassen wollen.

Dieses Dokument stellt auch gleichzeitig die gemäß Erhebungsbogen geforderte Vereinbarung zwischen den Kooperationspartnern eines Hautkrebszentrums dar. Weitergehende Vereinbarungen sind daher nicht erforderlich. Der vorliegende Erhebungsbogen ist vollständig zu bearbeiten und im Vorfeld der Audits zu aktualisieren.

Praxis - LeiterIn

Titel, Nachname, Vorname

Postanschrift

e-mail

Tel.

Erstellung / Aktualisierung Erhebungsbogen

Datum Erstellung / Aktualisierung (= ca. Einreichungsdatum bei OnkoZert)

Der hier vorliegende Erhebungsbogen mit Stand 03.09.2021 wurde gegenüber der Vorversion vom 09.09.2019 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2022 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich **„grün“** gekennzeichnet.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

A.1 Fachärzte (siehe B.1)

Name, Vorname	Qualifikation (Facharzt für)	Genehmigung zur Durchführung Hautkrebsscreening? (Ja/Nein)	Zusatz- Weiterbildungen	Tätigkeit in Praxis seit

A.2 Kooperation Hautkrebszentrum

Hautkrebszentrum
(DKG zertifiziert; www.oncomap.de)

Postanschrift

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis
B.1	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Facharzt (FA) mit dermato-onkologischem Tätigkeitsschwerpunkt in kooperativer Tätigkeit mit dem Hautkrebszentrum • FA/FÄ sind namentlich zu benennen (Angabe: A1) • Genehmigung durch die zuständige KV zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) muss für mind. 1 benannten FA vorliegen 	
B.2	<p>Anzahl Pat. Mind. 30 Pat. mit invasiven malignen Hauttumoren (= epitheliale Tumore (exklusive in-situ), invasive maligne Melanome, kutane Lymphome u. seltene maligne Hauttumore (Angiosarkom, Merkel, DFSP)) /Jahr (primär u./o. palliativ) mit Diagnostik, Therapie u./ o. Nachsorge</p> <p><u>Kennzahl:</u> Anzahl Pat. mit invasiven malignen Hauttumoren</p> <p>Wenn intravenöse medikamentöse Therapie in der Praxis durchgeführt wird, sind die Anforderungen der entsprechenden Kapitel in dem Erhebungsbogen für Hautkrebszentren zu erfüllen.</p>	Bearbeitung in „Kapitel C“
B.3	<p>Fort-/ Weiterbildung Der/Die unter B.1 genannte/n FÄ müssen eine kontinuierliche Fortbildung in Bezug auf die dermato-onkologische Diagnostik u. Therapie nachweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Fortbildung mit dermatoonkologischem Schwerpunkt pro Jahr • anerkannt werden u.a. zertifizierte Fortbildungen der DKG, ADO, DDG 	
B.4	<p>Diagnostik Folgende Möglichkeit muss gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auflichtmikroskop 	

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis
B.5	<p>Wartezeiten bei Karzinomverdacht Termin zur Sprechstunde < 2 Wochen Vorstellung Hautkrebszentrum < 2 Wochen Zeitraum bis zur Anmeldung im Hautkrebszentrum < 3 Tage</p> <p>Insgesamt darf der Zeitraum zwischen Karzinomverdacht und Abklärung mit Therapieempfehlung nicht länger als 4 Wochen betragen. Die Wartezeiten auf einen Termin zur Sprechstunde sind jährlich stichprobenartig (Mindestumfang 4 Wochen) zu erheben.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>	
B.6	<p>Tumorkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Alle dermatoonkologischen Pat. (i.d.R. >pT1a) der Praxis sind im HZ vorzustellen (hier ist auch die Vorstellung von Pat. mit Komplikationen nach Primärtherapie oder Beschwerden im Rahmen der Nachsorge möglich). • Video-/Telefonkonferenzen sind möglich, mind. 2 x/Jahr persönliche Anwesenheit, wenn ausschließlich Telefonkonferenzen durchgeführt werden. 	Bearbeitung in „Kapitel C“
B.7	<p>Therapieplan (= Ergebnis interdisziplinäre Tumorkonferenz) Die Behandlung der Pat. hat gemäß dem im Hautkrebszentrum erstellten interdisziplinären Therapieplan zu erfolgen. Abweichungen von Seiten der Praxis sind mit Begründung schriftlich an das Zentrum zu melden und ggf. in der interdisziplinären Tumorkonferenz zur Diskussion zu stellen.</p>	
B.8	<p>Studienteilnahme Pat. der Praxis sollten in klinische Studien eingebracht sein bzw. mit betreut werden. (Anforderung Studie: siehe Erhebungsbogen HZ). Das Zentrum soll beim Screening/Rekrutierung geeigneter Pat. unterstützt werden.</p>	
B.9	<p>Tumordokumentation/ Nachsorge Die Nachsorge der Pat. der Praxis ist entsprechend den Leitlinien durchzuführen.</p> <p>Für das Zentrum sind jährlich die aktuellen Daten über Life-Status und Rezidivsituation der Pat. des Zentrums in Nachsorge bereitzustellen. Das Verfahren hierzu ist zu beschreiben.</p>	

B Anforderungen

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis
B.10	<p>Verfahrensbeschreibungen/ SOPs Für folgende Verfahren müssen schriftliche Regelungen erstellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leitliniengerechte Nachsorge • Beschwerdemanagement • Einweisung / Kommunikation innerhalb des Zentrums (Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenzen, Organisation Veranstaltungen) • Hautkrebsfrüherkennung (Durchführung, Information Pat. usw.) • Durchführung Diagnostik u. Biopsie, incl. Befundmitteilung 	

C Kennzahlen

Kalenderjahr

Grundsätzlich sind ausgehend vom Auditdatum die Daten aus dem zurückliegenden Kalenderjahr anzugeben (Auditjahr 2019 => Daten vollständiges Kalenderjahr 2018).

Bei einer Erstzertifizierung besteht die Möglichkeit, dass die Daten nicht über das vollständige zurückliegende Kalenderjahr, sondern über einen aktuellen Zeitraum von mind. 3 vollständigen Kalendermonaten erbracht werden (Daten zum Zeitpunkt der Einreichung nicht älter als 6 Wochen). In diesem Fall ist der Darlegungszeitraum für alle Kennzahlendarlegungen identisch zu wählen.

Kap.	Kennzahldefinition	Sollvorgabe	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Zähler	Ist-Wert
B.2	Anzahl Pat. mit invasiven malignen Hauttumoren	≥ 30 Pat.	Anzahl Pat. mit invasiven malignen Hauttumoren (= epitheliale Tumore (exklusive in-situ), invasive maligne Melanome, kutane Lymphome u. seltene maligne Hauttumore (Angiosarkom, Merkel, DFSP)) /Jahr (primär u./o. palliativ) mit Diagnostik, Therapie u./ o. Nachsorge	-----	Zähler	
B.6	Teilnahme interdisziplinäre Tumorkonferenz	Min. 1x/Quartal Teilnahme an Tumorkonferenz u./o. Veranstaltungen des HZ	Anzahl Teilnahme Tumorkonferenz u./o. Veranstaltungen des HZ	-----	Zähler	

D Individuelle Vereinbarungen

Sofern zwischen der Praxis und dem Hautkrebszentrum spezielle Vereinbarungen bestehen, können diese nachfolgend dargestellt werden bzw. es kann ein Verweis auf ein weiterführendes Dokument gemacht werden, in dem diese Vereinbarungen beschrieben sind.

E Allgemeine Vereinbarungen

Allgemeine Regelungen zum Umgang mit Zertifikat und Zertifikatssymbol

Für jedes DKG-zertifizierte Hautkrebszentrum wird ein so genanntes „Stammblatt“ geführt, in dem u.a. die kooperierenden dermatologischen Praxen registriert sind. Diese registrierten Praxen dürfen sich offiziell als Teil des zertifizierten Hautkrebszentrums bezeichnen. Voraussetzung für die Registrierung ist die Erfüllung der in diesem Dokument festgelegten Anforderungen sowie deren Bestätigung im Rahmen des Audits.

Dermatologische Praxen, die nicht in diesem Stammblatt aufgeführt sind, gelten nicht als Teil des zertifizierten Zentrums und dürfen somit Zertifikat und Zertifikatssymbol weder direkt noch indirekt benutzen. Das Zertifikatssymbol darf nur in Verbindung mit dem Namen des zertifizierten Hautkrebszentrums verwendet werden.



Mit der Unterzeichnung dieses Dokumentes wird die Korrektheit der hier gemachten Angaben sowie der enthaltenen Bestimmungen im vollen Umfang bestätigt.

Datum

Unterschrift
Vertreter dermatologische Praxis

Unterschrift
Leitung Hautkrebszentrum