

# Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

## der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren der DKG

**Sprecher der Zertifizierungskommission:** Prof. Dr. Carmen Loquai, Prof. Dr. Ralf Gutzmer

**Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):**

Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)  
Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Histologie (ADH)  
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)  
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 (AGSMO)  
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)  
Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)  
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)  
Berufsverband Deutscher Pathologen (BDP)  
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)  
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)  
**Selbsthilfe Hautkrebs Berlin Hautkrebs- Netzwerk Deutschland e.V.**  
**S3-Leitlinie Melanom**

## **Inkraftsetzung am 03.09.2021**

Der hier vorliegende Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2022 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber der im Auditjahr 2021 gültigen Version sind in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ 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 2021 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2021 (DIMDI) dar.

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.

### Angaben zum Hautkrebszentrum

Zentrumsname \_\_\_\_\_

Leiter des Zentrums \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator \_\_\_\_\_

Standort Name Klinikum \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

### QM-Systemzertifizierung

QM-Systemzertifizierung  ja  nein

### Netzwerk/Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stamblatt 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 Stamblattes zu benennen. Das Stamblatt 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 Zentrum
  - 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 Beteiligung Patientinnen und Patienten
  - 1.7 Studienmanagement
  - 1.8 Pflege
  - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
- 2 Organspezifische Diagnostik und Therapie
  - 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 Zentrum

### 1.1 Struktur des Netzwerks

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.1.1 | Kooperationsvereinbarungen<br>Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern (Hauptkooperationspartner/Kooperationspartner) eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsboogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die (Haupt-) Kooperationspartner sind in dem „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).  |                            |  |
|       | Hauptkooperationspartner<br>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)<br>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<br>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).<br><br>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 Zentrums             |  |
|-------|---|--|--|
|       | <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<br/>(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 Pat. (Angabe Kennzahlenbogen)</li> <li>• Fälle mit invasivem malignem Melanom pro Jahr: ≥ 40 Pat. (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>• Pat. (nicht Aufenthalte und nicht Operationen; nicht Nachsorgepat., 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><b>Ausnahme: Bei der Behandlung von kutanen Lymphomen/Sarkomen und Kooperation mit einem entsprechenden zertifizierten Zentrum bzw. Modul können Primär- bzw. Pat.fälle für beide Partner gezählt werden. In einer Kooperationsvereinbarung oder SOP ist zu definie-</b></p> | Angabe Datenblatt<br>(= Excel-Vorlage) |  |

## 1.1 Struktur des Netzwerks

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |
|-------|---|----------------------------|
|       | <p>ren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Die kooperierenden Zentren sind namentlich zu benennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histopathologischen Diagnosesicherung</li> </ul> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |
| 1.1.4 | <p>Ansprechpartner des Hautkrebszentrums<br/>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 Facharzt-niveau definiert sein.</p>                        |                            |

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |
|-------|--|----------------------------|
| 1.2.1 | <p>Zyklus</p> <p>a) Die Tumorkonferenz hat regelmäßig mindestens 2x monatlich stattzufinden.</p> <p>Web/Online-Konferenz<br/>Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Der Hauptkooperationspartner muss die Möglichkeit haben, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorzustellen.</p> <p>b) Teilnehmer Hauttumorkonferenz<br/>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztebene 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>Sofern der Internistische Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser in Ausnahmefällen durch den für die Chemotherapie zuständigen FA (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.</p> <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 zwi-</li> </ul> |                            |

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | schen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel).  |                            |  |
| c)    | Vorbereitung Tumorkonferenz<br>Die wesentlichen Pat.daten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen.   |                            |  |
| d)    | Demonstration Bildmaterial<br>Pat.bezogenes Bildmaterial (radiologisch/histopathologisch/fotografisch) muss bei der Tumorkonferenz - soweit erforderlich - verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.  |                            |  |
| e)    | Protokollierung<br>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.  |                            |  |
| f)    | Tumorkonferenz<br>Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität sind vorzustellen: <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>Die Vorstellung der übrigen Pat. in den fachspezifischen Sprechstunden/Tumorkonferenzen ist über verbindliche interne SOPs zu definieren.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |
|       | Grundsätzlich vorzustellen sind Pat. mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malignem Melanom ab Stad. IIC,</li> <li>• Malignem Melanom und Stadienshift/Rezidiv</li> <li>• Extrakutanem Melanom</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 Pat.</li> <li>• Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkelzell-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium</li> </ul> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |  |
| g)    | Behandlungspfade<br>Klinikinterne, interdisziplinär erarbeitete Behandlungspfade für die einzelnen Tumorentitäten mit Definition der Problemfälle (auf Basis der Leitlinien) müssen erstellt werden.   |                            |  |
| 1.2.2 | Behandlungsplan  |                            |  |



## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap.         | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|--------------|---|----------------------------|--|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Für alle Pat. ist ein möglichst interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen, den der Pat. auf Wunsch erhält. Dies betrifft auch Pat., 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> <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</p> <p>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 Pat.</li> <li>Wunsch des Arztes</li> <li>Nebenwirkungen/Morbidität</li> </ul> <p>Wird eine Therapie auf Wunsch des Pat. (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |
| 1.2.5<br>NEU | <p>Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung</p> <p>Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen ist eine einmalige verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen (Auffrischung alle 3 Jahre):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie</li> <li>Mitarbeiter Pflege, Sozialdienst und Psychoonkologie</li> <li>Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt.</li> </ul> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |

## 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

| Kap.           | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|----------------|---|----------------------------|--|
| 1.2.5<br>1.2.6 | <p>Pat. mit Lokalrezidiv/Metastasen<br/>Verfahren zur Erfassung von Pat. mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade).</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |
| 1.2.6<br>1.2.7 | <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> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |  |

## 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.3.1 | <p>Kooperierende Einweiser<br/>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, Pat. vorzustellen.</li> </ul> |                            |  |
| 1.3.2 | <p>Arztbriefe<br/>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>  |                            |  |
| 1.3.3 | <p>Rückmeldesystem<br/>Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/Fragen der Haupteinweiser einzurichten.<br/>Die Ansprechpartner des Hautkrebszentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zu geben (z.B. Telefon, E-Mail).</p>   |                            |  |
| 1.3.4 | <p>Zusammenarbeit Einweiser<br/>Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben.</p>  |                            |  |
| 1.3.5 | <p>Einweiserzufriedenheitsermittlung<br/>Es ist eine Einweiserzufriedenheitsermittlung alle 3 Jahre durchzuführen. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren.</p>   |                            |  |

### 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |
|-------|--|----------------------------|
|       | 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. |                            |
| 1.3.6 | Fortbildungen<br>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.                                     |                            |

### 1.4 Psychoonkologie

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |
|-------|--|----------------------------|
| 1.4.1 | <p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <del>Diplom-Psychologen/</del> Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, oder</li> <li>• Ärzte der Humanmedizin,</li> <li>• <del>Diplom/</del> Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert</li> </ul> <p>jeweils mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen</p> <p>und psychoonkologischer Fortbildung (s.u.) (Nachweis erforderlich) (DKG-anerkannt).</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p> <p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie <del>Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.</del>) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p> |                            |

## 1.4 Psychoonkologie

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | <p>Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p> <p>Psychoonkologische Fortbildung:<br/>Von PSO oder dapo anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von &gt; 100 Unterrichtseinheiten.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |  |
| 1.4.2 | <p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang<br/>Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p>   |                            |  |
| 1.4.3 | <p>Psychoonkologie - Ressourcen<br/>Mind. 0,5 VK stehen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum bei Re-Zertifizierung obligat zur Verfügung (namentliche Benennung).</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>  |                            |  |
| 1.4.4 | <p>Umfang der Versorgung<br/>Die Anzahl der Pat., welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.<br/>Die Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |
| 1.4.5 | <p>Räumlichkeiten<br/>Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.</p>   |                            |  |
| 1.4.6 | <p>Organisationsplan<br/>Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.</p> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>                    |                            |  |
| 1.4.7 | <p>Psychoonkologie - Aufgabenprofil<br/>Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Ziele und Aufgaben der Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Abklärung nach positivem Screening</li> <li>• Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen</li> </ul>               |                            |  |

## 1.4 Psychoonkologie

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <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 (Pat.veranstaltung o.ä.)</li> <li>• <b>Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels</b></li> </ul> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p>   |                            |  |
|       | <p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter <b>anzubieten bzw. zu koordinieren</b></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> <li>• <b>enge Kooperation mit dem Sozialdienst und anderen Zentren</b></li> <li>• <b>Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote</b></li> <li>• Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens <b>1-2x</b> jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz <b>oder im Rahmen eines Qualitätszirkels</b> vorstellen.</li> </ul> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p> |                            |  |
| 1.4.8 | <p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation <b>der psychischen Belastung des Behandlungsbedarfs</b> ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe <b>S3-Leitlinie Psychoonkologie</b>) durchzuführen (<b>Instrument siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie</b>) und <b>das Ergebnis zu dokumentieren</b>.</p> <p>Das Screening soll für Pat. mit Melanom, Rezidiven/Fernmetastasen und seltenen Tumoren durchgeführt werden.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (<b>z.B. PO-BaDo</b>) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></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 (<b>Empfehlung: 2x monatlich</b>).</li> </ul> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p>  |                            |  |

## 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.5.1 | <p>Sozialarbeit - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialarbeiter/Sozialpädagoge</li> <li>• Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich</li> <li>• Zusatzqualifikation</li> </ul> <p>Erfahrung im medizinischen/onkologischen Berufsfeld</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |
| 1.5.2 | <p>Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Pat. 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> <p>Ressourcen</p> <p>Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1VK für 400 Beratungen bei Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</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)). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden.</p> <p>Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Pat. 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> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>                                 |                            |  |
| 1.5.4 | <p>Umfang Pat.betreuung</p> <p>Die Anzahl der Pat., 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> <p>Sofern der Sozialdienst für mehrere Fachbereiche fungiert, ist die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>  |                            |  |
| 1.5.7 | <p>Inhalte der Beratung</p>  |                            |  |

## 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

| Kap.   | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|--------|--|----------------------------|--|
|        | <p>unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale Erstberatung onkologischer Pat. durch Soziale Arbeit):</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>• Entlassmanagement</li> <li>• Intervention bei Notfällen</li> </ul> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |  |
| 1.5.8  | <p>Weitere Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums u/o Pat.</li> <li>• Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit</li> <li>• Teilnahme an Stations- u. Tumorkonferenzen multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.</li> </ul> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>  |                            |  |
| 1.5.9  | <p>Dokumentation und Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu wird dokumentiert (z.B. Lexsoft; ISH-med; DVSG Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen Care SD, KIS) und zu evaluieren.</li> <li>• Eine Evaluation wird empfohlen.</li> </ul> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |
| 1.5.10 | <p>Fort-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr)</li> <li>• Angebot von Supervision</li> </ul> <p>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>   |                            |  |

## 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|-----------------|----------------------------|--|
| 1.6.1 | Pat.befragungen |                            |  |



## 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

| Kap.           | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|----------------|---|----------------------------|--|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alle 3 Jahre muss über mind. 3 Monate eine Befragung der Pat. des HZ durchgeführt werden.</li> <li>Die Rücklaufquote sollte über 40 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).</li> </ul>   |                            |  |
| 1.6.2          | <p>Auswertung Pat.befragung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Hautkrebszentrums zu beziehen.</li> <li>Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen.</li> <li>Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen.</li> </ul>   |                            |  |
| 1.6.3          | <p>Pat.information (allgemein)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Das Hautkrebszentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten umfassend vorzustellen (z.B. Broschüre, Pat.mappe, 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<br/>Mit jedem Pat. 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).<br/>Bereitgestellte Informationen z.B.:<br/><a href="https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/melanom/">https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/melanom/</a></p>                                    |                            |  |
| 1.6.5          | <p>Pat.information (fallbezogen)<br/>Jeder Pat. 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 Pat.<br/>Es sollte regelmäßig von dem HZ eine Informationsveranstaltung für Pat. durchgeführt werden.</p>  |                            |  |
| 1.6.8<br>1.6.7 | <p>Selbsthilfegruppen<br/>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 Vereinbarungen mit den Selbsthilfegruppen sollten getroffen und mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden, die folgende Punkte beinhalten sollten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Hautkrebszentrum mit dem</li> </ul> |                            |  |



## 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

| Kap. | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
|      | <p>Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 Pat.broschüre, Home-page 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 Ansprechpartner muss für die Selbsthilfe benannt sein</li> <li>• Ein Raum für die Treffen der Selbsthilfegruppen sollte zur Verfügung stehen.</li> </ul> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |  |

## 1.7 Studienmanagement

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
| 1.7.1 | <p>Studien<br/>Den Pat. muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Hautkrebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten (z.B. Homepage) und diese Liste sollte den Pat. mit einer kurzen Beschreibung der Studie zugänglich sein.</p>  |                            |  |
| 1.7.2 | <p>Zuständigkeiten Studien<br/>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>Study-Nurse<br/>1 Study-Nurse/Studienassistentin sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein (nach 3 Jahren Pflicht).<br/>Die Study-Nurse/Studienassistentin 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>Prozessbeschreibung<br/>Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien (Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung) sind die Prozesse inkl. Verantwortlichkeiten zu beschreiben.</p>  |                            |  |



**1.8 Pflege**

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen.</li> </ul> <p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung</li> <li>oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)</li> <li>oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im Hautkrebszentrum.</li> </ul>  |                            |  |
| 1.8.2 | <p>Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen</li> <li>Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards</li> <li>Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen</li> <li>Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs.</li> <li>Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Hautkrebszentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren</li> <li>Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes</li> <li>Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Pat. und Angehörigen; diese können entsprechend des Konzeptes auch von anderen langjährig erfahrenen Pflegefachkräften mit onkologisch-fachlicher Expertise durchgeführt werden.</li> <li>Teilnahme am Tumorboard <b>ist wünschenswert (entsprechend Kapitel 1.2).</b></li> <li>Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/ Pflegevisiten; Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen; Kriterien zur Auswahl von Pat. sind festzulegen; pro Jahr und Zentrum sind mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten nachzuweisen</li> </ul> <p>Fachspezifische, pflegerische übergeordnete Tätigkeiten zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Hautkrebszentrum Berücksichtigung finden.</li> <li>Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich)</li> </ul> |                            |  |

## 1.8 Pflege

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
|       | <p>evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision</li> <li>• Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Hautkrebszentrums.</li> <li>• Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen</li> </ul> <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2)</p> <p>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p> |                            |  |
| 1.8.3 | <p>Einarbeitung</p> <p>Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.</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>  |                            |  |

## 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1.9.1 | <p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis.</p> <p>Für Hautkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p> |                            |  |

## 2 Organspezifische Diagnostik

### 2.1 Sprechstunde

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 2.1.1 | <p>Information/Dialog mit Pat.</p> <p>Hinsichtlich Diagnose, Prognose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechend zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie, und Nachsorge und Selbstuntersuchung</li> </ul> |                            |  |

## 2.1 Sprechstunde

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien</li> <li>• Darstellung <b>alternativer weiterer</b> Behandlungskonzepte</li> <li>• Angebot und Vermittlung psychosozialer <b>Unterstützung Betreuung</b></li> <li>• Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen</li> </ul> <p>Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p>   |                            |  |
| 2.1.2 | <p>Hauttumorsprechstunde<br/>Auf welcher Basis wird die Spezialsprechstunde durchgeführt? (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, <b>Poliklinik ermächtigung Hochschulambulanz, MVZ, Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)</b>)</p> <p><b>Personelle Ressourcen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 2 Fachärzte für Dermatologie</li> <li>• Vorstellung in der Sprechstunde ist durch alle Kooperationspartner des Zentrums möglich</li> <li>• Alle Hauttumorpat. mit erhöhter Komplexität sollen interdisziplinär diagnostiziert und behandelt werden.</li> <li>• Die Fachärzte sind namentlich zu benennen.</li> <li>• Die hier benannten Fachärzte müssen aktiv in der Hauttumorsprechstunde tätig sein.</li> </ul> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p> |                            |  |
| 2.1.3 | <p>Frequenz<br/>Die Hauttumorsprechstunde muss mind. 1 x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hautkrebserkennung</li> <li>• <b>leitliniengerechte Ganzkörperinspektion</b></li> <li>• <b>Dermatoskopie</b></li> <li>• <b>Erstellung Hautkrebsbericht (BK 5103)</b></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> <p>Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.</p> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p>   |                            |  |
| 2.1.4 | <p>Wartezeiten<br/>Wie lange sind die Wartezeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• während der Sprechstunde:</li> </ul>  |                            |  |

## 2.1 Sprechstunde

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | <p>&lt; 60 min Sollvorgabe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>auf einen Termin bei Erstvorstellung (Melanom, Lymphom, seltene, hochmaligne Hauttumoren): &lt; 2 Wochen</li> <li>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 Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
| 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 Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
| 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 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> |                            |  |

## 4 Nuklearmedizin

| Kap. | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
| 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<br/>Fakultativ:<br/>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 Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
| 5.1.1 | <p>Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis.<br/>Für Hautkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.</p> |                            |  |

### 5.2 Organspezifische operative Therapie

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 5.2.1 | <p>Beschreibung der Einheit (z.B. Bettenzahl, Ausstattung der Pat.zimmer, Besonderheiten der Abteilung, Pflegeschlüssel)</p>   |                            |  |
| 5.2.2 | <p>OP für Hauttumoroperationen:<br/>Anzahl der regelmäßig für Hauttumoroperationen belegbaren OP-Säle: mind. 1 OP</p>  |                            |  |
| 5.2.3 | <p>Operateure am Hautkrebszentrum</p> <p>Folgende Teilgebiete sind zu berücksichtigen:</p> <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> |                            |  |
|       | <p>Ad 1: Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand (Angabe für Malignes Melanom, DFSP, Merkelzellkarzinom, Sarkom)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 (Fachärzte) Operateure sind namentlich zu benennen.</li> </ul>   |                            |  |



## 5.2 Organspezifische operative Therapie

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | 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, <b>Gynäkologie</b> sind namentlich zu benennen.</li> <li><b>Für SNB im Kopf-Hals-Bereich ist eine Kooperation mit einem Kooperationspartner der Fachrichtung HNO, MKG und/oder Plastische Chirurgie nachzuweisen. In einer Kooperationsvereinbarung oder SOP ist die Zusammenarbeit zu beschreiben.</b></li> <li>Pro Operateur sind mind. 50 SNB-OP's nachzuweisen (Gesamterfahrung; nicht auf malignen Hauttumor beschränkt). 30 von 50 SNB-OP's müssen als Erstoperateur erbracht werden.</li> <li>Anzahl Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben mind. 20/Jahr, davon 10/benanntem Operateur (nicht auf malignen Hauttumor beschränkt)</li> <li><b>Jeder Pat., der eine OP mit SNB erhält, muss von einem benannten Operateur mit der oben genannten Expertise direkt oder unter dessen Aufsicht (Zweitoperateur) operiert werden.</b></li> </ul> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</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. <b>Zentrumsspezifisch können auch weitere Fachdisziplinen (z.B. Gynäkologie) zusätzlich eingebunden werden.</b></li> <li>Pro Facharzt sollten mind. 30 systematische Ausräumungen nachgewiesen werden. Davon können 50% in Lehrassistenz erbracht worden sein.</li> </ul> <p><b>Farblgende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p>   |                            |  |
|       | 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>   |                            |  |
| 5.2.4 | Nachweis Detektionsrate SNB  |                            |  |



## 5.2 Organspezifische operative Therapie

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
|       | Die klinische Detektionsrate ist einer regelmäßigen Qualitätskontrolle (mind. 1 x jährlich) zu unterziehen und in einer interdisziplinären Runde zu betrachten.   |                            |  |
| 5.2.5 | <p>Systematische Lymphadenektomie</p> <p>Die Lymphknotendissektion muss systematisch erfolgen und sich an anatomisch-morphologischen Leitstrukturen orientieren, welche im Operationsbericht nachvollziehbar zu beschreiben sind.</p> <p>Dabei sollte eine Mindestzahl von 6 zu untersuchenden Lymphknoten pro Region nicht unterschritten werden (gemäß UICC, TNM-Klassifikation maligner Tumoren).</p> <p>Als Lymphknotenregionen sind inguinal, iliakal-obturatorisch, axillär und zervikal jeweils separat zu betrachten.</p> <p>Anforderungen und Qualifikationen des Operateurs sind in 5.2.3. zu finden.</p> |                            |  |
| 5.2.6 | <p>Fort-/ Weiterbildung:</p> <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 Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 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 Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
| 6.2.1 | <p>Fachärzte</p> <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> <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 | Pflegefachkraft/ medizinische Fachangestellte  |                            |  |

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

| Kap.  | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|---|----------------------------|--|
|       | <p>Stationäre, tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapien von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Anleitung einer onkologischen Fachpflegekraft stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie nach ärztlicher Anleitung appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie</li> <li>• 50 parenterale systemische Therapien (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 Hauttumorpat.:<br/>Jährlich mind. 50 systemische Therapien (zytostatische Therapien u./o. Targeted Therapeutika u./o. AK/Immun-Therapien).</p> <p><u>Zählweise:</u><br/>systemische / zytostatische / targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus <b>mehreren</b> Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie)<br/>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:<br/>Nachweis von 200 zytostatischen Therapien organübergreifend</li> <li>• Durchführung der systemischen Therapie der Hauttumorpat. in einer MVZ bzw. Fachbereich-übergreifend ausführenden systemischen Therapieeinheit:<br/>200 zytostatische / targeted Therapien organübergreifend, davon mind. 15 zytostatische / targeted bei Hauttumorpat.<br/>Die Hauptverantwortung über die Therapie liegt beim Leiter dieser Einheit.</li> </ul> |                            |  |
| 6.2.4 | <p>Chemotherapie ambulant/stationär<br/>Es muss die Möglichkeit bestehen, die Chemotherapie sowohl ambulant als auch stationär anzubieten.</p>  |                            |  |

## 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

| Kap.   | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|--------|---|----------------------------|--|
| 6.2.5  | <p>Anzubietende Möglichkeiten, die dem aktuellen Wissenstand entsprechen: z.B.</p> <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>• systemische PUVA-Therapie bei Lymphomen</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>  |                            |  |
| 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 pat.bezogenen 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 Parasiten, 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 Zentrums |  |
|--------|--|----------------------------|--|
|        | Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen 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 Pat.<br>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. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren.</li> </ul> |                            |  |
| 6.2.14 | Prozessbeschreibungen<br>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 Zentrums |  |
|------|--|----------------------------|--|
| 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: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. |                            |  |

## 7. Radioonkologie

| Kap. | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|--|----------------------------|--|
|      | Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a> und <a href="http://www.onko-zert.de">www.onko-zert.de</a> . |                            |  |

## 8. Pathologie

| Kap. | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
| 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.onko-zert.de">www.onko-zert.de</a>.</p> <p>Für Hautkrebszentren, die gemäß Stammblatt 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> |                            |  |
| 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 berufsgruppenübergreifenden Zweitbefundung nach Befundung durch einen Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie erfolgen.</p> <p>Sentinel bei Hauttumoren: Beurteilung durch Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ oder Facharzt für Pathologie)</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>  |                            |  |
| 8.3  | <p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ und 1 Facharzt für Pathologie</li> </ul>  |                            |  |

## 8. Pathologie

| Kap. | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|--|----------------------------|--|
|      | oder <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Fachärzte für Pathologie</li> </ul>  |                            |  |
| 8.5  | MTA's<br>Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA's / Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.  |                            |  |
| 8.6  | Vorzuhaltende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immunhistochemische Untersuchungen</li> <li>• Molekularpathologie</li> </ul> <p>Die Beauftragung dieser Spezialleistungen nach extern 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  | Obduktionen<br>Innerhalb des Zentrums muss die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen bestehen und gefördert werden. Ein Obduktionsraum ist nachzuweisen (ggf. in Kooperation).   |                            |  |
| 8.8  | Schnellschnitte <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<br/>Zeitbedarf (in min.) und Zeitpunkt gemessen ab Eingang Pathologie bis Durchsage des Ergebnisses (Richtwert max. 30 min.)<br/>Auswertung Zeitbedarf: Min./Max./Range-Wert</p>  |                            |  |
| 8.10 | Aufbewahrungszeiten <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 Kryopräservierung sollte gegeben sein</li> </ul>   |                            |  |
| 8.11 | Befundberichte<br>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).  |                            |  |
|      | Zusätzliche Angaben Melanom: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumordicke nach Breslow, Ulzeration, Fakultativ: Mitoserate bei Tumordicke <math>&lt; 1</math> mm nach der AJCC-Klassifikation <b>2009 2017</b>.</li> <li>• Histopathologische Besonderheiten, wie mögliche Assoziation zu einem melanozytären Nävus, eine Regressionszone, morphologische Besonderheiten (z. B. desmoplastische Melanomanteile) und Gefäßeinbrüche</li> </ul> <p><b>Farbliegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b></p> |                            |  |
| 8.12 | Lymphknoten (LK)   |                            |  |



## 8. Pathologie

| Kap. | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
|      | <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. Tumorferrn) 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> |                            |  |
|      | Pro Region ist eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten zu untersuchen  |                            |  |
| 8.13 | <p>Resektionsrand: -Sicherheitsabstand</p> <p>Angabe des Dermatohistologen/Pathologen zu den Resektionsrändern hat grundsätzlich zu erfolgen (Abweichungen sind zu begründen).</p> <p>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</p>  |                            |  |
| 8.14 | <p>Regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Bsp. QUIP, Benchmarking, externer Qualitätszirkel) jährlich, z. B. Schnittseminare</p> <p>Konsiliarische Zweitbefundung<br/>Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch Klinik oder Pat. erbeten bzw. eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist.</p>   |                            |  |
| 8.15 | <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>   |                            |  |
| 8.16 | <p>Fortbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist ein Schulungsplan für das ärztliche Personal vorzulegen, in dem die für einen</li> </ul>   |                            |  |

## 8. Pathologie

| Kap. | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|--|----------------------------|--|
|      | <p>Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.</li> </ul> |                            |  |

## 9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

| Kap. | Anforderungen   | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
| 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 Pat. 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 Zielpat. für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP).</li> <li>Bei den im Zentrum betreuten Pat. 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 Zentrums |  |
|------|---|----------------------------|--|
| 10.1 | <p>Tumordokumentationssystem</p> <p>Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.</p> <p>Name des Tumordokumentationssystems im Krebsregister und/oder Zentrum</p> |                            |  |
| 10.2 | <p>Darstellungszeitraum der Daten</p> <p>Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.</p>   |                            |  |
| 10.3 | <p>Anforderungen an die Tumordokumentation:</p> <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und</p>  |                            |  |



## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

| Kap. | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|------|--|----------------------------|--|
|      | <p>seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>  |                            |  |
| 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://www.tumorzentren.de">www.tumorzentren.de</a>)</li> <li>Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln.</li> <li>Die Darstellung des Kennzahlenbogens und der Ergebnisqualität sollen über das Krebsregister gewährleistet sein, soweit diese Angaben die Krebsregistrierung betreffen.</li> <li>Parallele Systeme sind zu vermeiden.</li> <li>Solange das zuständige Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Zentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Zentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.</li> </ul>              |                            |  |
| 10.5 | <p>Dokumentationsbeauftragter<br/>Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter namentlich zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt.<br/>Name/Funktion:</p> <p>Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Übermittlung und Qualität der für die Zertifizierung relevanten Pat.daten durch alle Kooperationspartner an das Krebsregister</li> <li>Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathol. Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen)</li> <li>Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals</li> <li>Regelmäßige Analyse der Auswertungen insb. im zeitlichen Verlauf</li> </ul> |                            |  |
| 10.6 | <p>Bereitstellung von Ressourcen<br/>Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (z.B. Richtwert: pro 200 Pf 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).</p>  |                            |  |

## 10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

| Kap.  | Anforderungen  | Erläuterungen des Zentrums |  |
|-------|--|----------------------------|--|
|       | <b>Farblegende: Änderung gegenüber Version vom 09.09.2019</b>  |                            |  |
| 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 oder vergleichbare Klassifikationen 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>   |                            |  |
| 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 TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts).</p> <p>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> |                            |  |
| 10.9  | <p>Auswertung der Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Darstellung der Ergebnisqualität (oberer Punkt) muss zu den Re-Zertifizierungen möglich sein.</li> <li>• Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich nach den entsprechenden Kennzahlen auszuwerten.</li> <li>• Sofern ein Benchmarking/Jahresbericht angeboten wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten.</li> <li>• Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär und im Verbund von Hautkrebszentren erfolgen.</li> </ul>  |                            |  |
| 10.10 | <p>Erfassung Follow-up</p> <p>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.