

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: 03.09.2021

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

Erhebungsbogen Haut	Version J1	03.09.2021
Datenblatt Haut	Version J1.1	03.09.2021
Erhebungsbogen dermatologische Praxis	Version B1	03.09.2021

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.

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	1.5.3	Angebot und Zugang	12.06.2017
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpat.	13.06.2017
1.8 Pflege	1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte	26.03.2019
2.1 Sprechstunde	2.1.1	Information / Dialog mit Pat.	12.06.2017
2.1 Sprechstunde	2.1.4	Wartezeiten	14.07.2016
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.2	Pflegfachkraft/ medizinische Fachangestellte	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 Pat.	12.06.2017
8 Pathologie	8.6	Vorzuhaltende Verfahren	11.03.2021
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: Anteil Studienpat.	12.06.2017
7	Sentinel Node-Biopsie	26.03.2019
8	Operative Eingriffe mit LL-definiertem Sicherheitsabstand (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome und andere seltene, maligne Hauttumoren)	20.09.2017
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (= 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	11.03.2021

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"> • Mind. 1 Vertreter aus MKG, HNO u./o. Plastische Chirurgie • Nuklearmedizin • Neurochirurgie • Pathologie • Chirurgie (Allgemein u./o. Viszeral) • Psychoonkologie • Sozialarbeit • Selbsthilfvereinigungen • Seelsorge • Palliativnetzwerk <p>Fakultativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatohistologie • Urologie • Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde • Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie • Genetische Beratung (u.a. familiäre Melanome, Gorlin-Goltz-S., XP) • Labor (mit Ringversuchszertifikat) • Plastische Chirurgie • Thoraxchirurgie • Gynäkologie 	<p><u>FAQ (29.05.2017)</u> Ist es ausreichend, dass 1 der 3 Fachrichtungen MKG, HNO und Plastische Chirurgie obligater Kooperationspartner ist?</p> <p>Antwort: Ja, ist ausreichend. Mind. 1 Vertreter aus MKG u./o. HNO u./o. Plastische Chirurgie.</p>
1.1.3	<p>Primärfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fälle mit malignen epithelialen Tumoren (exklusive in-situ Tumoren) pro Jahr: ≥ 100 Pat. (Angabe Kennzahlenbogen) • Fälle mit invasivem malignem Melanom pro Jahr: ≥ 40 Pat. (Angabe Kennzahlenbogen) <p>Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP) werden im Datenblatt erfasst.</p> <p>Definition Primärfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. (nicht Aufenthalte und nicht Operationen; nicht Nachsorgepat., nicht Rezidiv) mit im Kalenderjahr neu diagnostiziertem Hautkrebs • Im Kalenderjahr aufgetretener Zweittumor einer <u>anderen</u> Entität wird als weiterer Primärfall erfasst • Histopathologischer Befund muss vorliegen • Fall kann nur für 1 Zentrum gezählt werden <p>Therapieplanung (interdisziplinäre Tumorkonferenz) und Therapiedurchführung über das Zentrum (Haupttherapie) Ausnahme: Bei der Behandlung von kutanen Lymphomen/Sarkomen und Kooperation mit einem entsprechenden zertifizierten Zentrum bzw. Modul können Primär- bzw. Pat.fälle für</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 C49 – C44 - 8854/3 Pleomorphes Liposarkom</p>

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
	<p>beide Partner gezählt werden. In einer Kooperationsvereinbarung oder SOP ist zu definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Die kooperierenden Zentren sind namentlich zu benennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histopathologischen Diagnosesicherung 	<p>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)	<p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Tumorkonferenz obligat und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dermatologe Radiologe Strahlentherapeut Operateur/Chirurg (organspezifisch/onkologisch) Internistischer Onkologe <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>	<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</p> <p>Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität sind vorzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle Problemfälle alle Pat. mit interdisziplinärer Fragestellung Therapiewechsel mit Abweichung von festgelegten Behandlungspfaden <p>Die Vorstellung der übrigen Pat. in den fachspezifischen Sprechstunden/Tumorkonferenzen ist über verbindliche interne SOPs zu definieren.</p>	<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		
	<p>Grundsätzlich vorzustellen sind Pat. mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malignem Melanom ab Stad. IIC, • Malignem Melanom und Stadienshift/Rezidiv • Extrakutanem Melanom • Kutanem Lymphom ab Stad. Ib • 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. • Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkelzell-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium 		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.1	<p>Psychoonkologie - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert <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 (DKG- anerkannt).</p> <p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulante) 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><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 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
	Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelprüfung erforderlich.		
1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss für jeden Pat. ein Nachweis vorgelegt werden, dass die Möglichkeit des psychoonkologischen Gespräches angeboten wurde? Antwort: Nein, die Umsetzung des Prozesses soll nachgewiesen werden.	
1.4.8	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) durchzuführen. Das Screening soll für Pat. mit Melanom, Rezidiven/Fernmetastasen und seltenen Tumoren durchgeführt werden. Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren.	<u>FAQ (21.07.2016)</u> Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen? Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen		
1.5.3	Angebot und Zugang 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.	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss für jeden Pat. 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 Studienpat. (Malignes Melanom Stadium III-IV) 1. Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein. 2. nach 1 Jahr: Mind. 5 % der Pat. sollten in Studien eingeschlossen sein. Alle Studienpat. 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.	

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"> • • Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen. 	<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 Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, 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 Pat. Hinsichtlich Diagnose, Prognose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechend zu vermitteln. Dies beinhaltet u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie und Nachsorge • Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien • Darstellung weiterer Behandlungskonzepte • Angebot und Vermittlung psychosozialer Betreuung • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen • Die Art und Weise der Informationsbereitstellung sowie des Dialoges ist allgemein zu beschreiben. Pat.bezogen ist dies in Arztbriefen und Protokollen/Aufzeichnungen zu dokumentieren. 	<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>	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	
8.6	<p>Vorzuhaltende Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immunhistochemische Untersuchungen • Molekularpathologie <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>	<p><u>FAQ (11.03.2021)</u> Können molekularpathologische und immunhistochemische Untersuchungen durch die Pathologie im Haus durchgeführt werden oder muss es sich um ein pathologisches Institut handeln?</p> <p>Antwort: Wenn immunhistochemische oder molekularpathologische Untersuchungen im Haus durchgeführt werden, dann können diese durch Pathologie und/oder Dermatopathologie durchgeführt werden. Wenn derartige Untersuchungen durch einen externen Kooperationspartner erbracht werden, dann muss das über ein pathologisches oder dermatopathologisches Institut mit entsprechender Kompetenz erfolgen. Das Institut ist in einer Kooperationsvereinbarung zu benennen. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen.</p>
8.12	<p>Lymphknoten (LK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle im Operationspräparat enthaltenen Lymphknoten sind makroskopisch und mikroskopisch zu untersuchen. • Abweichungen von Mindestzahlen der Leitlinien sind interdisziplinär zu diskutieren. • Die Untersuchung der Lymphknoten hat gemäß den Leitlinien zu erfolgen. • Pro Region ist eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten zu untersuchen. • Die Lokalisation der LK (zumindest regionär vs Tumor-fern) ist anzugeben. • Es sollen folgende Informationen im histopathologischen Befund des Wächterlymphknotens enthalten sein: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachweis von Nävus- oder Melanomzellen ○ 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) ○ Größter Durchmesser der Mikrometastase 	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Muss die Dokumentation der Lymphknoten nur für die Zentrumspat. erfolgen oder für alle Hautkrebsbefunde der Pathologie?</p> <p>Antwort: HZ-Pat. ausreichend.</p>

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	
9.1	<p>Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... 	<p><u>FAQ (22.08.2016)</u></p>

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

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

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen		
10.4	<p>Zusammenarbeit mit Krebsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de) ... 	<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 Pat. gezählt werden.

FAQ (01.08.2016)

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

FAQ (01.08.2016)

Zählweise Pat. 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 Zentrumsopat.

FAQ (12.06.2017)

Können in Zeile 34 „7. Pat. mit Stadienshift/Rezidive“ auch Pat. 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 Studienpat.	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 Pat. 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"> • 5-401.01 – .03; 5-401.0x • 5-401.11 - .13; 5-401.1x • 5-401.51 - .53; 5-401.5x; • 5-401.ax
		Nenner	SNB-Operationen (Mehrfachnennung pro Pat. möglich)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
8	Operative Eingriffe mit LL-definiertem Sicherheitsabstand (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome und andere	Zähler	OP's mit Sicherheitsabstand bei Primärfällen (= 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 Tumorsektion an multiplen Lokalisationen im gleichen Eingriff)?</p>
		Nenner	-----	

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

		Nenner	SNB-Operationen (= Nenner Kennzahl 7) + therapeutische LADs im Stad. III (Mehrfachnennung pro Pat. 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 Pat. 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 pat.bezogen 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.

FAQ (11.03.2021)

Werden in der Matrix auch die Zweit-/Drittmelanome anderer Lokalisation (Basisdaten 6.a)) berücksichtigt?

Antwort:

Ja, in der Matrix werden alle Primärfälle malignes Melanom (Basisdaten 5.a) + 6.a) betrachtet.

Erhebungsbogen dermatologische Praxis

Kap.	Anforderungen	Erläuterung der Praxis
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 in Rahmen der Nachsorge möglich) • Video-/Telefonkonferenzen sind möglich, mind. 2 x/Jahr persönliche Anwesenheit, wenn ausschließlich Telefonkonferenzen durchgeführt werden. 	<p><u>FAQ (13.08.2019)</u></p> <p>Welche Pat. der Praxis sind in der Tumorkonferenz des HZ vorzustellen?</p> <p>Antwort: Vorstellen sind Pat. mit (entsprechend Erhebungsbogen Haut Kapitel 1.2.1f)):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malignem Melanom ab Stad. IIc, • Kutanem Lymphom ab Stad. Ib • 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. • Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkelzell-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium