

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission der Hautkrebszentren (HZ)

19.03.2025, 10:00 – 15:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Loquai, Prof. Gutzmer

Teilnehmer:

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Hautkrebszentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Änderung der Geschäftsordnung (Klages/DKG)

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgeschlagenen Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten z.B. eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems der Hautkrebszentren (Otte/Laviani/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2024 gab es 80 Hautkrebszentren an 82 Standorten. Davon befanden sich 9 Hautkrebszentren im Ausland (4 Standorte in Österreich, 5 Standorte in der Schweiz). 2024 gab es 2 Zertifikatserteilungen.

Aktuell stehen für das Zertifizierungssystem „Haut“ 27 aktive Fachexperten (FE) zur Verfügung. Im letzten Jahr wurden 2 TeilnehmerInnen Haut im FE-Lehrgang geschult. Das Hospitationsverfahren wurde von 1 FE bereits durchgeführt, für die 2. Teilnehmende ist die Hospitation in Vorbereitung. Dieses Jahr findet ein Fachexperten-Lehrgang für die Entität Haut vom 22.-24.05.2025 statt. Im Nachgang zur Sitzung ist im 4. Quartal 2025 ein Fachexperten-Update mit aktuellen Themen aus der Sitzung und den Änderungen der Zertifizierungsanforderungen geplant.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Hautkrebszentren (Klages/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen des Auditjahres 2024 werden berichtet. Im Jahresbericht wurden 81 Zentren berücksichtigt, in denen 18.228 Primärfälle mit Melanom behandelt wurden.

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Bei den Kennzahlen (KeZa) 1.1. und 1.2. (Primärfälle epitheliale Tumoren bzw. Malignes Melanom) erreichen alle zertifizierten Standorte, wie in den Vorjahren, die geforderten Fallzahlen bei kontinuierlicher leichter Zunahme des Medians an in den Zentren behandelten Patient:innen.
- KeZa 2b: Fallbesprechung Primärfälle Melanom Stad. IIB – IV: für diese Kennzahl war bereits in der Sitzung der Zertifizierungskommission 2023 eine Erweiterung der betrachteten Grundgesamtheit von IIC-IV auf IIB-IV beschlossen worden. Diese Kennzahl wurde nach Modifikation des Nenners noch optional erfasst. Von 72% der Standorte mit auswertbaren Daten wurde bereits die Sollvorgabe von $\geq 95\%$ erfüllt.
- KeZa 4: Psychoonkologisches Distress-Screening: In den Vorjahren wurde mit der Kennzahl zur Psychoonkologie die „Betreuung“ (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.) erfasst und wurde harmonisierend mit den anderen Zertifizierungssystemen auf das erfolgte „Psychoonkologische Distress-Screening“ umgestellt. Von 59 der 81 Standorte lagen bei optionaler Erfassung der neuen KeZa

auswertbare Ergebnisse vor. 39 dieser 59 Standorte (ca. 66%) erreichten die Sollvorgabe von \geq 65%. Überwiegend wurden Herausforderungen bei den Umstrukturierungen zum Screening als Begründungen für das Nicht-Erfüllen genannt.

- Die KeZa 10: Revisionsoperationen nach Nachblutungen/ KeZa 11: Revisionsoperationen bei Nachblutungen nach SNB u. LAD/ KeZa 12: Revisionsoperationen nach postoperativen Wundinfektionen: von den drei Kennzahlen, die die Komplikationsraten bei operativen Eingriffen adressieren, wurden für die Kennzahlen 10 und 12 von allen Zentren - wie in den Vorjahren- die Sollvorgaben erfüllt. Lediglich 1 Standort konnte die Sollvorgabe der Kennzahl 11 mit 3,19% knapp nicht erreichen. Begründet wurde dies mit einer schwierigen Lokalisation bei erhöhtem BMI und Diabetes.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Utzig/Klages/DKG)

Erhebungsbogen (EB)

Allgemeine Anmerkungen:

Während der Sitzung ist der im Vorfeld versendete EB besprochen und konsentiert worden. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

Die Kommission beschließt in den **Kapiteln 1.2.1b (Tumorkonferenz), 1.6.7 (Selbsthilfegruppen), 1.8.2 (Pflege), 6.2.2 u. 6.2.5 (medikamentöse Therapie)** „Chemotherapie“ durch den Terminus „medikamentöse Tumorthherapie“ zu ersetzen. Dieser schließt sowohl die „klassischen“ Chemotherapien, als auch zielgerichtete Therapien, Immuntherapien etc., jedoch keine topischen Behandlungen u./o. begleitende medikamentöse Behandlungen, wie z.B. reine Hormontherapien oder osteoprotektive Therapien, ein.

1.1.1.a Kooperationsvereinbarungen

Die Kommission stellt nochmals klar, dass keine schriftlichen Vereinbarungen notwendig sind, wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten.

1.1.1.d Kooperationsvereinbarungen u. 1.2.1.i Interdisziplinäre Zusammenarbeit (neu)

Sowohl Anforderungen zur Zusammenarbeit/Kooperationsvereinbarung mit einem ZPM als auch Definition des Pat.-kollektives, das in einem Zentrum für Personalisierte Medizin vorgestellt werden sollte, werden aus dem EB_OZ übernommen. Das Gremium beschließt darüber hinaus eine Eingabe an die Kommission OZ, dass in der Entitäten-überschreitenden Anforderung generell „inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde“ ergänzt werden soll.

1.1.3. Primärfälle

Die Frage, ob das atypische Fibroxanthom und das DFSP weiterhin als Primärfall gezählt werden können, da der Morphologie-Code geändert wurde und nun auf „/1“ endet, wird besprochen. Beide Entitäten werden weiterhin als Primärfall im Zertifizierungssystem behalten und die entsprechenden

Codes ergänzt (DFSP: ICD-10: C44, ICD-O: C44 – 8832/1, DFSP, fibrosarkomatös ICD-10: C44, ICD-O: C44 – 8832/1, Atypisches Fibroxanthom, ICD-10: C44, ICD-O: C44 – 8830/1).

Im Zertifizierungssystem der Hautkrebszentren weicht die bisherige Zählweise der Primärfälle mit epithelialen Tumoren von der Zählweise von Primärfällen mit Malignem Melanom ab. Die Kommission diskutiert, ob auch epitheliale Tumoren mehrfach, das heißt, 1x/Jahr wie Melanome gezählt werden können.

Das Gremium spricht sich dafür aus, auch die epithelialen Tumoren (ICD-10 C44) entsprechend der Zählweise für Fälle mit MM zu zählen. Pat. mit einem Malignem Melanom dürfen 1x/Kalenderjahr als neuer Primärfall gezählt werden, wenn sie ein neues MM an einer anderen Lokalisation entwickeln (siehe Dokument „Zählung der Fälle im Zertifizierungssystem“). Rezidive/Metastasen werden nicht als neue Primärfälle gezählt.

Die Primärfallzahl muss beobachtet werden. Ggf. ist eine Anpassung der Sollvorgaben im Verlauf erforderlich. Das Dokument „Zählung der Fälle im Zertifizierungssystem“ wird entsprechend angepasst; darüber hinaus wird über eine FAQ und im Auditcheck über die Änderung informiert.

1.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Fertilitätserhalt NEU

In der Sitzung OZ 2021 wurde beschlossen, dass die Kommissionen der Organzentren die Aufnahme einer Anforderung zum Fertilitätserhalt prüfen sollen.

Die Kommission beschließt die Aufnahme der Passage im Erhebungsbogen HZ mit folgenden Ergänzungen bzw. Präzisierungen im ersten Satz der Passage: „Allen Pat. **im fertilen Lebensalter** mit einer geplanten **potenziell** fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, medikamentöse Tumortherapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. (...)“

1.2.6 Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung

Die Harmonisierung mit dem EB OZ bezüglich der Anforderungen zur Anerkennung einer Tumorkonferenzteilnahme als Fortbildung wird diskutiert. Teile des Gremiums begrüßen die Formulierung, Teile des Gremiums lehnen Vorgaben wie „sollte ermöglicht werden“ als bürokratisierend ab und sehen dabei kein wesentliches Qualitätsverbesserungsziel.

Beschluss: Im Ergebnis wird die Änderung angenommen, die Anforderung soll aber generell nochmals in der Sitzung OZ geprüft werden.

1.4.6.b Psychoonkologie - Aufgabenprofil

Das Gremium folgt der Kommission DZ und streicht die verpflichtende Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit in der Tumorkonferenz. Zukünftig „sollten die Psychoonkologen ihre Arbeit mindestens jährlich im Zentrum vorstellen“.

1.5.1 Sozialarbeit - Qualifikation

Der Harmonisierung der Qualifikation Sozialdienst, den Passus „Zusatzqualifikation Erfahrung Onkologie“ zu streichen, wird seitens der Kommission zugestimmt.

1.6.1. Pat.befragungen

Die in der Sitzung der Vorsitzenden 2024 beschlossene Harmonisierung, die Festlegung der Rücklaufquote bei Pat.befragung auf 30% (vorher 40%) zu setzen, wird seitens der Kommission angenommen.

1.7.5. Anteil Studienpat. (Malignes Melanom Stadium II-IV)

Die Kommission greift aus der letzten Sitzung die Eingabe einer Fachgesellschaft zur Erfassung von Studien-Pat. mit anderen Entitäten als MM (z.B. Merkelzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom, Basalzellkarzinom, kutanes Lymphom u.a.) wieder auf und beschließt, dass diese in einer analog zur konsentierten Tabelle „Liste der Studien Malignes Melanom“ verbindlich im Datenblatt zu erfassen sind.

Eine Auswertung der Ergebnisse dazu soll in der nächsten Sitzung betrachtet und in Abhängigkeit davon die Zähler-/Nennerdefinition der Studienquote modifiziert werden.

Die Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzende einer Doppelzählung von Studienpat., sowohl für das entsendende als auch das empfangende Zentrum, wird diskutiert. Im Prinzip wird die Doppelzählung übernommen, der Tabellenvorschlag wird als zu aufwendig erachtet. Ein modifizierter Vorschlag für die Studientabelle wird in der Sitzung konsentiert (siehe Datenblatt). Voraussetzung für die Anwendung der Regel einer Doppelzählung ist, dass das HZ mind. 1 Studie im eigenen Zentrum durchführt.

1.8.2. Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben:

Die Anforderung von „nachweislich mindestens 12 Fallbesprechungen/Pflegevisiten pro Jahr und Zentrum“ wird gestrichen und in eine regelmäßige Fallbesprechung/Pflegevisite geändert.

2.1.4. Wartezeiten

Die Kommission diskutiert eine Eingabe zum Kapitel Wartezeiten. Aktuell sehen die fachlichen Anforderungen eine Vorstellung von BCC Patienten innerhalb von 4 Wochen vor. Bei weiterhin steigenden NMSC Fällen wird es zunehmend schwieriger diese Zeit einzuhalten in Konkurrenz mit zahlreichen anderen zu versorgenden Diagnosen. Der Vorschlag, die Terminvorgabe auf 6-8 Wochen zu erhöhen wird ausführlich diskutiert. Es handelt sich in der Anforderung um Wartezeiten bis zur Erstvorstellung nicht bis zur operativen Versorgung, außerdem erscheint eine Stratifizierung innerhalb der Gruppe der BCC sinnvoll z.B. "vordringliche Behandlungsnotwendigkeit bei BCC im Kopf-Hals-Bereich" gegenüber den BBC im Bereich des Rumpfs. Dies müsse dafür im Nachgang erst präzisiert und festgelegt werden. Die Thematik soll erneut zur nächsten Sitzung aufgegriffen werden. Das Gremium beschließt, sowohl diese Anforderung als auch die max. Wartezeit während der Sprechstunde (<60min) zunächst unverändert zu belassen.

3.3. Befunderstellung (Radiologie) und 4.4 Nuklearmedizin (neu)

Die Eingabe der Vorsitzenden den eingeräumten Zeitraum für die Erstellung von radiologischen Befunden anzupassen sowie für nuklearmedizinische Befunde erstmals zu definieren wird diskutiert.

Dabei wird u.a. angeführt, dass nicht für alle Histologien /Entitäten eine Befundungszeit von max. 24h Sinn (Bspl. „small cell lung cancer vs. Basalzellkarzinom“) mache, ein z.T. unnötiger Zeitdruck Risiken berge und ggf. zu Ungunsten der Qualität gehe.

Die Kommission beschließt, dass zukünftig der radiologische Befund innerhalb von 48 Stunden vorliegen soll (bislang „innerhalb 1 Tag vorliegen sollte“). Gleiches gilt neu für Befunde der Gammakameradiagnostik; für Hybridverfahren wird eine Befundungszeit von jeweils 48 Stunden pro beteiligter Fachgesellschaft eingeräumt.

5.2.3.d Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)

Die Tabelle „Benannte SNB-Operateure“ wird modifiziert (s.u.) und in das Datenblatt überführt.

Bei der jährlichen Expertise pro SNB-Operateur werden auch Neck Dissections angerechnet, diese werden aber nicht bei der Gesamterfahrung/Zulassung SNB-Operateur berücksichtigt. Die Eingabe der Vorsitzenden HZ bei der Gesamterfahrung/Zulassung SNB-Operateur auch Neck Dissections zu zählen, wird angenommen.

6.2.13. Information / Dialog mit Pat.

Die übergreifende Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden, dass Zentren bei der Einholung von Zweitmeinungen unterstützen sollen (bislang Vermittlung), wird von der Kommission angenommen.

10.3. Zusammenarbeit mit Krebsregister

Nach Umbenennung der GEKID in Deutsche Krebsregister (DKR) e.V. passt die Kommission den Namen des zu verwendenden Datensatzes an.

10.7. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Entgegen der Änderungen des Begriffs „Chemotherapie“ in "medikamentöse Tumorthherapie" in den Kapiteln 1.2.1b, 1.6.7, 1.8.2, 6.2.2 und 6.2.5 wird der Begriff in diesem Kapitel nicht verändert.

FAQ-Dokument

1.1.3 Primärfälle

Das Gremium berät die Eingabe der Vorsitzenden der Zertifizierungskommission HZ die ICD-Liste mit zugelassenen Codes für Primärfälle im Zertifizierungssystem der Hautkrebszentren in den Erhebungsbogen zu übernehmen. Die Mandatstragenden der Pathologie befürworten die Erstellung einer Liste und erklären sich zur Ergänzung und Supervision der Liste einverstanden. Dazu solle von Seiten der DKG ein erster Entwurf inkl. der bisher bereits im FAQ-Dokument gelisteten ICD-10 und ICD-O-Codes erstellt werden. Die Codes sollen dann aus dem FAQ-Dokument ins Datenblatt überführt werden.

Erhebungsbogen dermatologische Praxis

Die Eingabe der DKG zur Harmonisierung mit den Anforderungen der HZ bzgl. der vorzustellenden Patient:innen in der Tumorkonferenz wird angenommen.

Erhebungsbogen Pathologie

8.9. Zeit histologisches Ergebnis (analog EB HZ Kap. 8.9)

Die Eingabe der Vorsitzenden, die Befundungszeit analog zu anderen Zertifizierungssystemen aufzunehmen, wird von der Kommission angenommen und für die Routine-Histologie auf ≤ 5 Werktagen festgelegt.

Datenblatt

Liste der Studien Malignes Melanom

Nach Übernahme der Doppelzählung von Studienpat. (s.o.) wird die vorgeschlagene, entitätenüberschreitende fakultative Erfassung in 3 Spalten (Pat. in eigenem Zentrum in Studie rekrutiert, Pat. von anderem Zentrum in Studie am eigenen Zentrum eingeschlossen und Pat. vom eigenen Zentrum in Studie an anderem Zentrum rekrutiert) diskutiert und im Ergebnis als zu aufwendig eingeschätzt: es sei leicht zu identifizieren wie viele Pat. a) für Studien in andere Behandlungseinrichtungen verwiesen wurden und b) insgesamt in Studien eingeschlossen wurden, es aber aus den Studienunterlagen aufwendig sei, zu erkennen, ob der Pat. ggf. von einem anderen Zentrum zugewiesen wurde.

Im Gremium herrscht Konsens, dass Ziele der Doppelzählung eine Anregung der Studienaktivität und Förderung der Vernetzung sein sollen. Es muss am eigenen Zentrum weiterhin eine Studienaktivität (mind. 1 Studie im Zentrum) vorgewiesen werden. Es soll gefördert werden, dass alle Studien an anderen Zentren erfolgen. Im Ergebnis wird eine aktuelle Version der Studientabelle mit einer Ergänzung einer Spalte mit Diskriminator „Studie außerhalb des Zentrums ja/nein“ konsentiert.

Im Nachgang an die Sitzung wird der Kommission empfohlen, dass in dieser Spalte ein Infobutton aufgenommen wird, der klarstellt, dass „Studie außerhalb des Zentrums“ den Studieneinschluss außerhalb des Kooperationsnetzwerkes meint. Die Aufnahme des Infobuttons gilt mit Genehmigung des Protokolls als angenommen.

Liste der Studien epitheliale Tumoren, kutane Lymphome und andere seltene, maligne Hauttumoren

Das Gremium beschließt, dass die Studienaktivität bei Pat. mit epithelialen Tumoren, kutanen Lymphomen und anderen malignen Hauttumoren in der bereits bestehenden Tabelle „**Liste der Studien epitheliale Tumoren, kutane Lymphome und andere seltene, maligne Hauttumoren**“ verbindlich-im Datenblatt erfasst werden soll. Diese soll analog zur konsentierten Tabelle für die Studien zum MM gestaltet sein.

Tabelle benannte SNB-Operateure

Zur einfacheren, reliablen Bearbeitung wird die Tabelle überarbeitet: Es werden Spalten zur Erfassung der Gesamtqualifikation der benannten Operateure u. Anzahl der durchgeführten Eingriffe (Berechnung aus Spalten 4 u. 7) eingefügt. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Spalten 5 bzw. 6 Teilmengen der Spalten 4 bzw. 5 sind.

Kennzahlenbogen:

Es wird die Eingabe diskutiert, dass innerhalb der Hautkrebszentren die meisten Kennzahlen und die wichtigsten Behandlungsangebote, auch die Studienquote, allein auf das maligne Melanom ausgerichtet seien, durch neue Therapien, verbesserte Diagnostik und die flächendeckenden Zugänge zu Hautkrebszentren aber zudem lokal fortgeschrittene und metastasierte epitheliale Tumoren und seltene Entitäten interdisziplinär und systemisch behandelt würden. Viele der Patienten haben aufgrund des höheren Alters, aber auch bei der durchaus intensiven Behandlung der Stadium III und IV epithelialen Tumoren (ausgedehnte OP, Radiatio) viele sozialmedizinische und psychologische Probleme, die von den entsprechenden Diensten adressiert werden sollten.

Da es sich bei dem angesprochenen Pat.-Kollektiv um eine sehr heterogene Gruppe handelt, sieht die Kommission eine verallgemeinernde Betrachtung „Stadium III/IV“ als inhaltlich nicht korrekt und auch nicht sinnvoll umsetzbar an. Inhaltlich würde eine Bezeichnung wie „lokal fortgeschritten u/o nicht resektabel“ klinisch sinnvoll sein, sei aber nicht operationalisierbar. In der S3 LL „Aktinische Keratose/Plattenepithelkarzinom“ sind hierfür keine entspr. Qualitätsindikatoren definiert. Im Erhebungsbogen seien diese Pat. aber bereits explizit adressiert (EB 1.2.1. g/h). Das Gremium entscheidet sich daher gegen die Aufnahme weiterer Kennzahlen für Tumorkonferenz, Psychoonkologie und Sozialdienst bei diesem Pat.-Kollektiv.

KeZa 13b (neu): SNB bei Melanom im Kopf-Hals-Bereich

Die Eingabe der Vorsitzenden zur Aufnahme einer Kennzahl zur Erfassung der SNB bei Melanom im Kopf-Hals-Bereich wird angenommen. Die Einführung soll direkt verbindlich mit einer Sollvorgabe von $\geq 80\%$ wie die bisherige KeZa 13 eingeführt werden.

KeZa 17: Melanom – LDH Bestimmung

Bei guter Umsetzung der Kennzahl überführt die Kommission die bisherige untere Plausibilitätsgrenze von $< 80\%$ in eine Sollvorgabe $\geq 90\%$.

TOP 5 Verschiedenes (Klages/Utzig/Schellack/DKG)

- Wahl der Vorsitzenden

Frau Prof. Loquai und Herr Prof. Gutzmer werden von der Kommission für weitere vier Jahre im Amt der Kommissionsvorsitzenden bestätigt. Frau Prof. Loquai und Herr Prof. Gutzmer bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an.

- Herr Dr. Utzig (Abt.-Leiter Zertifizierung/DKG) erläutert einige aktuelle gesundheitspolitische Themen.
- Frau Schellack (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Sie weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmenden für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 15:30 Uhr beendet.

Berlin, 19.03.2025

Protokoll: Klages, Utzig, Vogt

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.1.1.a	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern (Hauptkooperationspartner/Kooperationspartner) eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die (Haupt-) Kooperationspartner sind in dem „Stamtblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).</p>	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern (Hauptkooperationspartner/Kooperationspartner) eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein). Die (Haupt-) Kooperationspartner sind in dem „Stamtblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert).</p> <p>Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig.</p>
1.1.1.d		<p>Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin</p> <p>Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin sollte angestrebt werden (siehe auch 1.2.1.i). Wenn das ZPM u. das HZ unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort sind, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der unter 1.1.2 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).</p>
1.2.1.b	<p>Teilnehmer Hauttumorkonferenz</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztbene 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>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Teilnehmer Hauttumorkonferenz</p> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharztbene 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-medikamentöse Tumorthherapie zuständigen FA (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.2.1.i		<p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die die leitliniengerechte Therapie abehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden.</p> <p>Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum (HZ). Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde) werden dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>
1.2.5		<p>Fertilitätserhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allen Pat. im fertilen Lebensalter mit einer geplanten potentiell fertilitätsreduzierenden Therapie (OP, Radiatio, medikamentöse Tumorthherapie) soll prätherapeutisch eine Aufklärung über fertilitätskonservierende Maßnahmen angeboten werden. Das Gespräch muss dokumentiert werden. <p>Eine Verfahrensbeschreibung ist vorzuweisen.</p> <p>SOP Fertilitätserhalt: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.2.6	<p>Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung 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"> • Assistenzpersonal (MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie • Mitarbeiter Sozialdienst und Psychoonkologie • Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt. 	<p>Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen ist sollte eine einmalige verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ermöglichen werden (Auffrischung alle 3 Jahre):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenzpersonal (MTR MTA, TRA, ...) aus den Bereichen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie • Mitarbeiter Sozialdienst und Psychoonkologie und Apotheke • Die Teilnahme an der Tumorkonferenz wird im Sinne einer Fortbildung für die genannten Funktionen/ Berufsgruppen anerkannt.
1.4.6.b	<p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte) • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • Kooperation mit dem Sozialdienst und anderen Zentren • Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen. 	<p>Empfohlen wird außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Durchführung von Supervisions-, Fortbildungs- und Schulungsangeboten für Mitarbeiter anzubieten bzw. zu koordinieren • eine zweimal jährliche Besprechung zwischen Psychoonkologen und dem pflegerischen und ärztlichen Bereich • die regelhafte schriftliche und ggf. mündliche Rückmeldung der psychoonkologischen Tätigkeit an die medizinischen Behandler (z.B. durch Konsilbericht oder Dokumentation in der medizinischen Akte) • regelmäßige Teilnahme an Stationskonferenzen und Tumorkonferenzen • Kooperation mit dem Sozialdienst und anderen Zentren • Angebot bzw. Koordination fachübergreifender Interventionsangebote • Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2x jährlich im Zentrum Rahmen ders Tumorkonferenz vorstellen.
1.5.1	<p>Sozialarbeit - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter/Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich • Zusatzqualifikation <p>Erfahrung im medizinischen/onkologischen Berufsfeld</p>	<p>Sozialarbeit - Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter/Sozialpädagoge • Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich • Zusatzqualifikation <p>Erfahrung im medizinischen/onkologischen Berufsfeld</p>
1.6.1	<p>Pat.befragungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 3 Jahre muss über mind. 3 Monate eine Befragung der Pat. des HZ durchgeführt werden. • Die Rücklaufquote sollte über 40 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). 	<p>Pat.befragungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 3 Jahre muss über mind. 3 Monate eine Befragung der Pat. des HZ durchgeführt werden. <p>Die Rücklaufquote sollte über 40 30 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).</p>
1.6.7	<p>Selbsthilfegruppen 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"> • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Hautkrebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe • Hinweis auf die Arbeit der Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ...) • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des HZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin 	<p>Selbsthilfegruppen 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"> • persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und dem Hautkrebszentrum mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam zu veranstalten bzw. gegenseitig abzustimmen. Das Ergebnis des Gespräches ist zu protokollieren. • Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe <p>Hinweis auf die Arbeit der Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie medikamentöse Tumorthherapie, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekanntgabe Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Pat.broschüre, Homepage des HZ) • Möglichkeiten Auslage Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen • Qualitätszirkel unter Beteiligung von Vertretern aus Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen, Sozialdienst, Seelsorge, Pflege und Medizin

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> Ein Ansprechpartner muss für die Selbsthilfe benannt sein. Ein Raum für die Treffen der Selbsthilfegruppen sollte zur Verfügung stehen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ein Ansprechpartner muss für die Selbsthilfe benannt sein. Ein Raum für die Treffen der Selbsthilfegruppen sollte zur Verfügung stehen.
1.7.5	<p>Anteil Studienpat. (Malignes Melanom Stadium III-IV)</p> <ol style="list-style-type: none"> Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: Mind. 5 % der Pat. sollten in Studien eingeschlossen sein. <p>Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote berücksichtigt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen.</p> <p>Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage)</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Anteil Studienpat. (Malignes Melanom Stadium III-IV)</p> <ol style="list-style-type: none"> Erstzertifizierung: Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss ≥ 1 Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: Mind. 5 % der Pat. sollten in Studien eingeschlossen sein. <ul style="list-style-type: none"> Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote berücksichtigt werden. Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen. Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine Studie für Pat. des Hautkrebszentrums durchführt. <p>Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage)</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.8.2	<p>Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Hautkrebszentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren. Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes 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. Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kapitel 1.2) 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 <p>Fachspezifische, pflegerische übergeordnete Tätigkeiten zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Hautkrebszentrum Berücksichtigung finden. Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv) Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision 	<p>Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen Ermittlung des individuellen pat.bezogenen Beratungsbedarfs Im Rahmen des Pflegekonzeptes des Hautkrebszentrums ist der fachspezifische Beratungsbedarf bereits zu definieren. Kontinuierliche Information und Beratung des Pat. (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes 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. Teilnahme am Tumorboard (entsprechend Kapitel 1.2) 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 regelmäßig nachzuweisen <p>Fachspezifische, pflegerische übergeordnete Tätigkeiten zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die organspezifischen Besonderheiten Spezifika der onkologischen Pflege in dem Hautkrebszentrum Berücksichtigung finden. Erstellung von fachspezifischen, hausinternen Standards auf Basis von (wenn möglich) evidenzbasierten Leitlinien (z.B. S3-LL Supportiv) Angebot einer kollegialen Beratung/ Supervision

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Hautkrebszentrums Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2)</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Hautkrebszentrums Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen <p>Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie medikamentöse Tumortherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2)</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
3.3	<p>Befunderstellung</p> <p>Der schriftliche Befund der Radiologen sollte bei auffälligem Befund innerhalb von 1d nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.</p>	<p>Befunderstellung</p> <p>Der schriftliche Befund der Radiologen soll sollte bei auffälligem Befund innerhalb von 48h 1d nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.</p>
4.4		<p>Der schriftliche Befund der Nuklearmedizin "Szintigraphie" (Gammakameradiagnostik) muss spätestens 48 h nach Abschluss der Untersuchung vorliegen. Für die Befunderstellung der radiologisch-nuklearmedizinischen Hybriddiagnostik ist max. eine Zeitspanne von jeweils 48h pro beteiligter Fachdisziplin vorgesehen.</p>
5.2.3.d	<p>Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 2 SNB-Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie, Gynäkologie, sind namentlich zu benennen. 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. Bei interdisziplinärer SNB-Operation ist eine Zählung für beide Hauptoperateure möglich. Zulassung neuer SNB-Operateur: Pro Operateur sind mind. 50 SNB-OPs nachzuweisen (Gesamterfahrung; nicht auf malignen Hauttumor beschränkt). 30 von 50 SNB-OPs müssen als Erstoperateur erbracht werden. Zusätzlich sind in den letzten 3 Jahren vor der Zulassung kumulativ mind. 15 SNB-OPs nachzuweisen (anhand OP-Berichte). Assistenz: Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 SNB-Operateuren). Anzahl Pat. des Zentrums, die eine OP mit SNB erhalten haben: mind. 20/Jahr, jährliche Expertise pro SNB-Operateur: 10/benanntem Operateur (nicht auf malignen Hauttumor beschränkt); hierfür können auch Neck dissections angerechnet werden 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. <p>Namentliche Nennung in Tabelle „SNB-Operateure“ (am Ende dieses Kapitels)</p>	<p>Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 2 SNB-Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie und/oder Gynäkologie, sind namentlich zu benennen. 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. Bei interdisziplinärer SNB-Operation ist eine Zählung für beide Hauptoperateure möglich. Zulassung neuer SNB-Operateur: Pro Operateur sind mind. 50 SNB-OPs Neck dissections nachzuweisen (Gesamterfahrung; nicht auf malignen Hauttumor beschränkt). 30 von 50 SNB-OPs/Neck dissections müssen als Erstoperateur erbracht werden. Zusätzlich sind in den letzten 3 Jahren vor der Zulassung kumulativ mind. 15 SNB-OPs/Neck dissections nachzuweisen (anhand OP-Berichte); Assistenz: Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 SNB-Operateuren; Ausnahme: interdisziplinär durchgeführte SNB-OPs) Anzahl Pat. des Zentrums, die eine OP mit SNB erhalten haben: mind. 20/Jahr, jährliche Expertise pro SNB-Operateur: 10/benanntem Operateur (nicht auf malignen Hauttumor beschränkt); hierfür können auch Neck dissections angerechnet werden 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. <p>Namentliche Nennung in Tabelle „SNB-Operateure“ (am Ende dieses Kapitels im Datenblatt)</p>
6.2.2	<p>Pflegefachkraft/ medizinische Fachangestellte</p> <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"> mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie 	<p>Pflegefachkraft/ medizinische Fachangestellte</p> <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 medikamentöse Tumortherapie nach ärztlicher Anleitung appliziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> 50 parenterale systemische Therapien (bei Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen) Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 50 parenterale systemische Therapien (bei Erstzertifizierung Schätzung möglich, in den Folgejahren muss ein Nachweis erfolgen) Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte) Aktive Einbindung in die Umsetzung der Anforderungen an die Notfallbehandlung und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen Die pflegerische Beratung u./o. Edukation der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen. <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
6.2.5	<p>Anzubietende Möglichkeiten, die dem aktuellen Wissenstand entsprechen: z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> Immuntherapie Supportive Therapien („Palliativmedizin“) Zytostatikatherapie Targeted Therapie Andere Systemtherapien z.B. ECP systemische PUVA-Therapie bei Lymphomen <p>Allgemeines Chemotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Zytostatika-Arbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig fachgerechte Abfallentsorgung ständige Rufbereitschaft 	<p>Anzubietende Möglichkeiten, die dem aktuellen Wissenstand entsprechen: z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> Immuntherapie Supportive Therapien („Palliativmedizin“) Zytostatikatherapie Targeted Therapie Andere Systemtherapien z.B. ECP systemische PUVA-Therapie bei Lymphomen <p>Allgemeines Chemotherapie medikamentöse Tumortherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Zytostatika-Arbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig fachgerechte Abfallentsorgung ständige Rufbereitschaft
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>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<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 Unterstützung bei der Einholung 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>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
8.9		<p>Zeit bis zum Ergebnis Routine-Histologie Anforderung: ≤ 5 Werktage (Ausnahmen sind zu begründen)</p>
10.3	<p>Anforderungen an die Tumordokumentation: Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und 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>	<p>Anforderungen an die Tumordokumentation: Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), des Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Plattform §65c 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>
10.7	<p>Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jahrgänge TNM-Klassifikation oder vergleichbare Klassifikationen und Prognosefaktoren 	<p>Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jahrgänge TNM-Klassifikation oder vergleichbare Klassifikationen und Prognosefaktoren

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Immuntherapie, Chemotherapie) • Datum der Rezidive/Metastasierungen • Sterbefälle • Follow-up Status (letzte Aktualisierung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie) • Datum der Rezidive/Metastasierungen • Sterbefälle • Follow-up Status (letzte Aktualisierung)