

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. Carmen Loquai, Prof. Dr. Ralf Gutzmer

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.

Stand FAQ: 17.03.2026

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

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.c	Kooperationspartner	29.05.2017
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.3	Primärfälle	04.09.2025
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1.b	Teilnehmer Hauttumorkonferenz	05.03.2019
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1.g 1.2.1.h	Tumorkonferenz	13.06.2017
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.4.a 1.2.4.b	Therapiedurchführung/-empfehlung	24.03.2023
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	1.4.7	Dokumentation und Evaluation	16.08.2024
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	1.5.3	Angebot und Zugang	12.06.2017
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	1.6.6	Veranstaltung für Pat.	16.08.2024
1.7 Studienmanagement	1.7.5	Anteil Studienpat.	24.03.2023
1.8 Pflege	1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte	26.03.2019
1.8 Pflege	1.8.2	Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben	24.03.2023
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	Pflegefachkraft/ medizinische Fachangestellte	14.07.2016
6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit/-partner	24.03.2023
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	8.2	Dermatohistologische/pathologische Erfahrung	24.03.2023
8 Pathologie	8.6	Vorzuhaltende Verfahren	11.03.2021
8 Pathologie	8.12.1	Lymphknoten (LK)	14.07.2016
9 Palliativversorgung und Hospizarbeit	9.1	Palliativversorgung	22.08.2016
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen	24.03.2023
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.7.2.b	Ergebnisqualität Haut	10.12.2025

Übersicht der FAQ's

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Beispiele	12.06.2017
6	Melanom: Anteil Studienpat.	23.11.2021
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	13.06.2017
Matrix	Darlegung Follow-Up	11.03.2021

FAQ's - Erhebungsbogen Haut

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
1.1.1.c	Kooperationspartner (auch externe Kooperation möglich) Obligat • Mind. 1 Vertreter aus MKG, HNO u./o. Plastische Chirurgie • Nuklearmedizin • Neurochirurgie • Pathologie • Chirurgie (Allgemein u./o. Viszeral) • Psychoonkologie • Sozialarbeit • Selbsthilfevereinigungen • Seelsorge • Palliativnetzwerk Fakultativ • 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	<u>FAQ (29.05.2017)</u> Ist es ausreichend, dass 1 der 3 Fachrichtungen MKG, HNO und Plastische Chirurgie obligater Kooperationspartner ist? Antwort: Ja, ist ausreichend. Mind. 1 Vertreter aus MKG u./o. HNO u./o. Plastische Chirurgie.	
1.1.3	Primärfälle • 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) Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP) werden im Datenblatt erfasst. Definition Primärfall: • 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 Therapieplanung (interdisziplinäre Tumorkonferenz) und Therapiedurchführung über das Zentrum (Haupttherapie) Ausnahme: Bei der Behandlung von kutanen	<u>FAQ (29.05.2017)</u> Bei den Aderhautmelanomen wird in der Regel keine histologische Sicherung durchgeführt. Können diese dennoch als Primärfall angerechnet werden? Antwort: Ja, Aderhautmelanome können als Primärfall angerechnet werden, auch wenn keine histologische Sicherung vorliegt. <u>FAQ (24.03.2023)</u> Können zu den epithelialen Tumoren auch Analkarzinome gezählt werden? Antwort: Analkarzinome zählen nur dann für das Hautkrebszentrum, wenn sie nicht parallel für das zertifizierte Analkarzinomzentrum gezählt werden (keine Doppelzählung). <u>FAQ (04.09.2025)</u> Können Pat. mit epithelialen Tumoren mehrfach als Primärfälle gezählt werden?	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums	
	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 definieren, welche Behandlungsabschnitte durch welchen Kooperationspartner erbracht werden. Die kooperierenden Zentren sind namentlich zu benennen. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt der histopathologischen Diagnosesicherung Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage)	Antwort: Ja, mit Beschluss der Sitzung vom 19.03.2025 kann jedes Kalenderjahr 1x ein neuer Primärfall einer anderen Lokalisation eines epithelialen Tumors gezählt werden. Rezidive/ Metastasen werden nicht als neue Primärfälle erfasst.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1.b	Teilnehmer Hauttumorkonferenz Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Tumorkonferenz obligat und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen: • Dermatologe • Radiologe • Strahlentherapeut • Operateur/Chirurg (organspezifisch/onkologisch) • Internistischer Onkologe 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.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Abweichung bei Unterschreitung der Teilnahmequote von 80% pro Fachrichtung. <u>FAQ (05.03.2019)</u> Welche Fachdisziplin ist mit Operateur gemeint? Antwort: Die Fachdisziplin, die den Tumor, die Lymphknoten u./o. die Metastasen operiert (z.B. Dermatochirurg).	
1.2.1.g	Tumorkonferenz Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität sind vorzustellen: • alle Problemfälle • alle Pat. mit interdisziplinärer Fragestellung • Therapiewechsel mit Abweichung von festgelegten Behandlungspfaden Die Vorstellung der übrigen Pat. in den fachspezifischen Sprechstunden/Tumorkonferenzen ist über verbindliche interne SOPs zu definieren.	<u>FAQ (13.06.2017)</u> Tischvorlagen für eindeutige Pat.anamnesen können erstellt werden (z.B. Unterscheidung in „Standard“ und „Diskussion“).	
1.2.1.h	Grundsätzlich vorzustellen sind Pat. mit: • Malignem Melanom ab Stad. IIB • 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.		

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkelzell-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium		
1.2.4.a	Therapiedurchführung/-empfehlung Bei Abweichung der Therapiedurchführung gegenüber der ursprünglichen Therapieempfehlung hat eine Information in der Tumorkonferenz zu erfolgen. Änderungsgründe und neue Therapie sind zu dokumentieren.	<u>FAQ (24.03.2023)</u> Ist bei Ablehnung der empfohlenen Therapie aufgrund von Pat.wunsch eine erneute Vorstellung des Pat. in der Tumorkonferenz erforderlich? Antwort: Nein, nicht grundsätzlich. Die Ablehnung einer Therapie ist zu dokumentieren. Die Tumorkonferenz ist über die Ablehnung der Therapieempfehlung zu informieren, ggf. ist dann in der Tumorkonferenz eine neue Therapieempfehlung auf Basis der Pat.präferenz auszusprechen.	
1.2.4.b	Dokumentierte Angabe von Gründen: - Wunsch des Pat. - Änderung der klinischen Situation - Nebenwirkungen/Morbidität Wird eine Therapie auf Wunsch des Pat. (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.		

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.1	Psychoonkologie - Qualifikation - Diplom Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, - Ärzte der Humanmedizin, - Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert 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 und psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt). Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.	<u>FAQ (24.10.2018)</u> Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden? Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
	Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut) Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung 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.	
1.4.7	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) durchzuführen und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Das Screening soll für Pat. mit Melanom (ab Stadium IIB) und Rezidiven/Fernmetastasen durchgeführt werden. Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.	<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. <u>FAQ (16.08.2024)</u> Wie ist der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. und die weitere psychoonkologische Versorgung darzustellen? Antwort: Es ist darzustellen, wie viele gescreente Pat. einen überschwelligen Test aufgewiesen haben. Die Prozesse der psychoonkologischen Versorgung sind zu beschreiben; die Anzahl an durchgeführten Betreuungen sollte vorgehalten	

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.	

1.6 Beteiligung von Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	
1.6.6	Veranstaltung für Pat. Es sollte regelmäßig von dem HZ eine Informationsveranstaltung für Pat. durchgeführt werden. Sofern Pat.veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Patienten durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	<u>FAQ (16.08.2024)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen? Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Pat. darlegen.

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. Alleinige Biobanksammlungen sind ausgeschlossen. Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage)	<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. <u>FAQ (16.08.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden? Antwort: Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme des Pat. nicht möglich ist. <u>FAQ (24.03.2023)</u> Können Pat. des Hautkrebszentrums A, die in einem anderen Hautkrebszentrum B in eine Studie eingeschlossen werden, für das Hautkrebszentrum A als Studienpat. gezählt werden? Antwort: Für die Studienquote zählen alle Pat. des Hautkrebszentrums A, die im Kennzahlenjahr in eine Studie eingeschlossen wurden, unabhängig davon, ob die Studie am Haus durchgeführt wird oder ob der Pat. für die Studie in ein anderes Zentrum geschickt wird.

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	
		<u>FAQ (24.03.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen.

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Hautkrebszentrums
1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte • Am Hautkrebszentrum muss mind. 1 onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst tätig sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • ...	<u>FAQ (26.03.2019)</u> „Aktiv im Tagdienst“ bedeutet keinen Einsatz im Nachtdienst.
1.8.2	Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben zum Beispiel: • ... • 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 ...	<u>FAQ (24.03.2023)</u> Müssen 12 Fallbesprechungen und 12 Pflegevisiten absolviert werden, oder zusammen 12 pro Jahr? Antwort: Es sind in Summe mind. 12 Fallbesprechungen/ Pflegevisiten pro Jahr nachzuweisen.

2 Organspezifische Diagnostik

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	
2.1.1	Information/Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose, Prognose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechend zu vermitteln Dies beinhaltet u.a. • Aufklärungsgespräch über Vorsorge, Diagnose, Prognose, Therapie, Nachsorge und Selbstuntersuchung • Möglichkeiten zur Teilnahme an klinischen Studien	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss jedem Pat. verpflichtend das Einholen einer Zweitmeinung angeboten werden? Antwort: Nein, muss nicht verpflichtend allen Pat. angeboten werden.

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
	• 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.		
2.1.4	Wartezeiten Wie lange sind die Wartezeiten • während der Sprechstunde: < 60 min Sollvorgabe • auf einen Termin bei Erstvorstellung (Melanom, Lymphom, seltene, hochmaligne Hauttumoren): < 2 Wochen. Alle anderen Tu: < 4 Wochen • auf einen Termin für eine ambulante, apparative Untersuchung (keine Nachsorgepat.): < 2 Wochen Die Wartezeiten sind einmal pro Jahr in einer repräsentativen Zufallsstichprobe zu erfassen und statistisch auszuwerten.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Handelt es sich bei der Wartezeit „Termin für eine ambulante, apparative Untersuchung (keine Nachsorgepat.)“ nur um Notfallpat.? Antwort: Nein.	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen		
6.2.2	Pflegefachkraft/ medizinische Fachangestellte ...Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie nach ärztlicher Anleitung appliziert: • • Die pflegerische Beratung u./o. Eduktion der Pat. ist dokumentiert nachzuweisen.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Ist die Anforderung eine „Muss“-Anforderung? Antwort: Muss-Forderung.	
6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit/-partner Bei Hauttumorpat.: Jährlich mind. 50 systemische Therapien (zytostatische Therapien u./o. Targeted Therapeutika u./o. AK/Immun-Therapien). <u>Zählweise:</u> systemische / zytostatische / targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen, Kombinationstherapien zählen als 1 Therapie) Bei jahresübergreifenden Therapien zählt die im Erhebungsjahr begonnene Therapie. Mögliche Kooperationen mit Behandlungspartnern bei fehlendem Nachweis der Expertise: • Hämatologie/Onkologie: Nachweis von 200 zytostatischen Therapien organübergreifend	<u>FAQ (24.03.2023)</u> Können osteoprotektive Therapien wie bspw. die Denosumab-Therapie als systemische Therapie gezählt werden? Antwort: Osteoprotektive Therapien allein, wie z.B. die Denosumab-Therapie, können nicht als systemische Therapie gezählt werden. In der Regel werden diese Therapien in Kombination mit einer antineoplastischen Therapie eingesetzt, dann zählt die antineoplastische Therapie.	

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen		
	Durchführung der systemischen Therapie der Hauthumorpat. in einer MVZ bzw. Fachbereich-übergreifend ausführenden systemischen Therapieeinheit: 200 zytostatische / targeted Therapien organ-übergreifend, davon mind. 15 zytostatische / targeted Therapien bei Hauthumorpat. Die Hauptverantwortung über die Therapie liegt bei der Leitung dieser Einheit.		
6.2.9	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen.	<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? Antwort: Nein, reicht nicht.	
6.2.13	Information / Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose, Prognose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechend zu vermitteln. Dies beinhaltet u.a. - 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.	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Muss jedem Pat. verpflichtend das Einholen einer Zweitmeinung angeboten werden? Antwort: Nein, muss nicht verpflichtend allen Pat. angeboten werden.	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen		
8.2	Dermatohistologische/pathologische Erfahrung • Jährl. mind. 250 Histologien von malignen Hauttumoren (nicht nur Primärfälle) • Erfahrung Beurteilung von Lymphknoten (alle Tumorentitäten): Jährlich mind. 100 Histologien von Lymphknoten (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. Sentinel bei Hauttumoren: Beurteilung durch Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ oder Facharzt für Pathologie)	<u>FAQ (24.03.2023)</u> Wie kann die Anforderung von mind. 100 histologischen LK-Befundungen bei 40 geforderten Primärfällen malignes Melanom pro Jahr erreicht werden? Antwort: Die LK-Befundung bezieht sich nicht nur auf das maligne Melanom, sondern auf alle Tumorentitäten (nicht auf Haut beschränkt).	
8.6	Vorzuhaltende Verfahren • Immunhistochemische Untersuchungen • Molekularpathologie 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.	<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? 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.	
8.12.1	Lymphknoten (LK) • 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. • Die Lokalisation der LK (zumindest regionär vs. Tumor-fern) ist anzugeben. • Es sollen folgende Informationen im histopathologischen Befund des Wächterlymphknotens enthalten sein: ○ Nachweis von Nävus- oder Melanomzellen ○ Im Fall von Melanomzellen Angabe prognostisch wichtiger Parameter (z.B. It. LL: größter Durchmesser der größten Tumorzellansammlung, maximale Eindringtiefe)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Muss die Dokumentation der Lymphknoten nur für die Zentrumsopat. erfolgen oder für alle Hautkrebsbefunde der Pathologie? Antwort: HZ-Pat. ausreichend.	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen		
	von Melanomzellen in das Lymphknotenparenchym, Invasion von Melanomzellen in die Lymphknotenkapsel oder der Kapseldurchbruch, Lokalisation von Melanomzellen in perinodalen Lymphgefäßen) ○ Größter Durchmesser der Mikrometastase		

9 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen		
9.1	Palliativversorgung • ... • Die Gruppe der Zielpat. für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP). • ... • Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.	<u>FAQ (22.08.2016)</u> Wie wird der Satz „Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren.“ interpretiert? 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.	

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen		
10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten (z.B. durch ein Krebsregister) soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Pf 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK).	<u>FAQ (24.03.2023)</u> Ist der angegebene Richtwert verbindlich oder kann davon abgewichen werden? Antwort: Es handelt sich um einen Richtwert, welcher den Zentren und Fachexperten organübergreifend zur Orientierung dient. Für die Hautkrebszentren ist bei der Beurteilung des Richtwertes zu berücksichtigen, dass die epithelialen Tumoren nicht so umfassend dokumentiert werden im Vergleich zu den Melanomen. Sofern von dem angegebenen Richtwert abgewichen wird, ist dies im Audit zu begründen. Für die Fachexperten muss im Audit nachvollziehbar sein, dass die vorhandenen Ressourcen ausreichend sind.	

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	
10.7.2.b	Ergebnisqualität Haut Die Erhebung von Überlebensdaten ist fakultativ. Fehlende Kaplan-Meier-Kurven sollen nicht zu einer Abweichung des Zentrums führen. Die Tumordokumentation/ Matrix muss für das Maligne Melanom Stad. I bis IV nach der TNM 8. Auflage erfolgen (Primärfälle; keine Stadienshifts), zusätzlich für seltene Tumoren (Kutane Lymphome ab Stad. IIb, Angiosarkom, Merkelzellkarzinom, DFSP). Kaplan-Meier-Kurven nur Malignes Melanom Gesamtüberleben (OAS) und Progressionsfreies Überleben (PFS)	<u>FAQ (10.12.2025)</u> Die Abbildung Matrix Ergebnisqualität im Auditjahr 2026 erfolgt auf Basis der 8. Auflage der TNM-Klassifikation. Die Dokumentation von Primär- und Zentrumsfällen soll ab 01.01.2026 nach der 9. Auflage TNM erfolgen.

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 Zentrums Pat.

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	<u>FAQ (12.06.2017)</u> Kann man für den Zähler auch Pat. mit sekundärer Fernmetastasierung zählen? Antwort: Für den Zähler können alle Pat. mit malignem Melanom gezählt werden, nicht nur Primärfälle. <u>FAQ (23.11.2021)</u> Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme der Pat. nicht möglich ist.
		Nenner	Primärfälle Melanom Stad. III-IV	
		Sollvorgabe	≥ 5%	
7	Sentinel Node-Biopsie	Zähler	SNB-Operationen des Nenners mit intraoperativ nachgewiesenem Sentinel-LK	<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. Antwort: ja <u>FAQ (26.03.2019)</u> Welche OPS-Codes können als SNB-Operation gezählt werden?
		Nenner	SNB-Operationen (Mehrfachnennung pro Pat. möglich)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

				Antwort: • 5-401.01 – .03; 5-401.0x; • 5-401.11 - .13; 5-401.1x; • 5-401.51 - .53; 5-401.5x; • 5-401.ax
8	Operative Eingriffe mit LL-definiertem Sicherheitsabstand (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome und andere seltene, maligne Hauttumoren)	Zähler	OP's mit Sicherheitsabstand bei Primärfällen (= Maligne Melanome, Merkelzellkarzinome, Sarkome und andere seltene, maligne Hauttumoren)	<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)? Antwort: Jede Tumorresektion wird gezählt. <u>FAQ (01.08.2016)</u> Sollen plastische Rekonstruktionen gezählt werden? Antwort: Nein, rein plastische Eingriffe zählen nicht. Bei Tumorresektion und plastischer Deckung im gleichen Eingriff wird die Tumorresektion gezählt. <u>FAQ (20.09.2017)</u> Können alle Operationen der Dermatologie gezählt werden? Antwort: Nein, es können nur die Operationen bei Primärfällen gezählt werden.
		Nenner	-----	
		Quote	≥ 30	
9	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (= Epitheliale Tumoren)	Zähler	OP's mit histologischer Randkontrolle bei Primärfällen (= Epitheliale Tumoren)	<u>FAQ (01.08.2016)</u> Werden nur die operierten Fälle gezählt oder auch die Teiloperationen (bei Pat. mit Tumorresektion an multiplen Lokalisationen im gleichen Eingriff)? Antwort: Jede Tumorresektion wird gezählt. <u>FAQ (01.08.2016)</u> Sollen plastische Rekonstruktionen gezählt werden? Antwort: Nein, rein plastische Eingriffe zählen nicht. Bei Tumorresektion und plastischer Deckung
		Nenner	-----	
		Quote	≥ 100	

				im gleichen Eingriff wird die Tumorresektion gezählt. <u>FAQ (20.09.2017)</u> Können alle Operationen der Dermatologie gezählt werden? Antwort: Nein, es können nur die Operationen bei Primärfällen gezählt werden.
11	Revisionsoperationen bei Nachblutungen nach SNB u. LAD	Zähler	Revisionsoperationen (OPS: 5-983) aufgrund von postoperativen Nachblutungen (T81.0) nach Operationen des Nenners	<u>FAQ (01.08.2016)</u> Wie soll die Zählung der Komplikationen erfolgen? Antwort: Die Zählung soll pro Teil-OP erfolgen, das heißt jede Tumorresektion wird gezählt.
		Nenner	SNB-Operationen (= Nenner Kennzahl 7) + therapeutische LADs im Stad. III (Mehrfachnennung pro Pat. möglich)	
		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 Tumorresektion 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 IIId.

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.