

Erhebungsbogen für Hautkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. C. Loquai, Prof. Dr. R. Gutzmer

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Histologie (ADH)
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Arbeitsgemeinschaft Tumorklassifikation in der Onkologie (ATO)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen (BDP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie (DGDC)
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Fachexpert*innen
Hautkrebs-Netzwerk Deutschland
Konferenz onkologische Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
S3-Leitlinie Melanom
Ständige Gäste:

- OncoSuisse

Erläuterungen zum Erhebungsbogen

Der hier vorliegende Erhebungsbogen inkl. Anlagen ist für alle Zentren verbindlich anzuwenden.

Auditjahr: **2027**

Version: **M2**

Stand: **28.07.2026**

Die in diesem Erhebungsbogen farblich „grün“ gekennzeichneten Änderungen wurden im Jahr 2025 beschlossen und sind für alle ab dem 01.01.2026 durchgeführten Audits gültig.

Der Erhebungsbogen des Auditjahres 2026 kann, sofern ggf. enthaltene Jahreszahlen durch das Zentrum angepasst werden, auch im Auditjahr 2027 weiterhin verwendet werden.

Eingearbeitet wurde:

- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms“

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) dar.

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

Angaben zum Hautkrebszentrum

Zentrumsname	
Leitung des Zentrums	
Zentrumskoordination	
Standort 1 (Klinikum/ Ort)	
Standort 2 (Klinikum/ Ort)	

Netzwerk/ Haupt-Kooperationspartner

Die Kooperationspartner des Zentrums sind bei OnkoZert in einem sogenannten Stammbblatt registriert. Die darin enthaltenen Angaben sind unter www.oncomap.de veröffentlicht. Neue bzw. nicht mehr gültige Kooperationen sind von den Zentren unmittelbar, auch außerhalb des Zertifizierungszeitraumes, an OnkoZert mitzuteilen. Sonstige Aktualisierungen (z.B. Änderung der Leitung, Kontaktdaten) sind im Vorfeld der jährlichen Überwachungsaudits in Form des korrigierten Stammbblattes zu benennen. Das Stammbblatt mit den registrierten Kooperationspartnern kann bei OnkoZert als Datei angefragt werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum
 - 1.1 Struktur des Netzwerks
 - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
 - 1.4 Psychoonkologie
 - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
 - 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten
 - 1.7 Studienmanagement
 - 1.8 Pflege
 - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...) (Nicht belegt)
2. Organspezifische Diagnostik und Therapie
 - 2.1 Sprechstunde
 - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
 - 5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)
 - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse / Internistische Onkologie
 - 6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)
 - 6.2 Medikamentöse Tumorthherapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Das Inhaltsverzeichnis ist für alle Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft einheitlich. Die nicht relevanten Kapitel sind als "Nicht belegt" gekennzeichnet.

Anlagen zum Erhebungsbogen

Datenblatt (Excel-Vorlage)

1. Allgemeine Angaben zum Zentrum

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1.a	Kooperationsvereinbarungen 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 „Stammblatt“ aufzuführen (Verwaltung über OnkoZert). Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig. (Umsetzung der unter 1.1.2 genannten Punkte muss dennoch sichergestellt sein).	
1.1.1.b	Hauptkooperationspartner Dermatologen, Chirurgen u./o. Vertreter regional tätiger chirurgischer Fachgebiete (z.B. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie), Internistische Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten	
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 • Selbsthilfeforen • 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 Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.1.1.d	Kooperation mit Zentren für Personalisierte Medizin - Onkologie Eine Kooperationsvereinbarung mit einem zertifizierten Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie 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).	
1.1.2	Kooperationsvereinbarungen Wenn die Kooperationspartner eines Zentrums unter einer Trägerschaft beziehungsweise an einem Klinikstandort arbeiten, sind schriftliche Vereinbarungen nicht notwendig (Umsetzung der nachfolgenden Punkte muss dennoch sichergestellt sein). Folgende Punkte sind zu regeln: • Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten FAH-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einhaltung Schweigepflicht • Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit • Einverständniserklärung öffentlich als Teil des Zentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) Tumorkonferenz (nur sofern Teilnahme unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ gefordert) • Verbindliche Teilnahme auf Einladung, ggfs. getrennt nach Tumorentität (Melanom, epitheliale Tumoren, kutane Lymphome, seltene Hauttumoren etc.) • Sicherstellung Verfügbarkeit Facharztniveau • Teilnahme- und Abstimmungsregelung bei mehr als 1 Kooperationspartner pro Fachrichtung (siehe auch Regelung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“)	
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	

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 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) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.1.4	Ansprechpartner des Hautkrebszentrums Die Ansprechpartner des Hautkrebszentrums am Klinikstandort sowie für die einzelnen Behandlungspartner sind namentlich zu benennen und bekannt zu geben (z.B. im Internet). In ärztlichen Bereichen müssen die Verantwortlichkeiten auf Facharztniveau definiert sein.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.2.1.a	Zyklus Die Tumorkonferenz hat regelmäßig mindestens 2x monatlich stattzufinden. Web/Online-Konferenz Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Der Hauptkooperationspartner muss die Möglichkeit haben, eigenständig	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Unterlagen/Bildmaterial vorzustellen.	
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 medikamentöse Tumorthherapie zuständigen FA (Qualifikation gemäß Kapitel 6.2) vertreten werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.1.c	• Fakultativ sind assoziierte Fachgruppen (z.B. Dermatohistologie, Pathologie, Psychoonkologie, Pflege, Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Schmerztherapie, HNO, MKG, Nuklearmedizin, Urologie, Gynäkologie u.a.) in die Tumorkonferenz einzubeziehen (Empfehlung: regelhafte Einladung; gezielte Teilnahme). • Sind für eine Fachrichtung mehrere Behandlungspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel).	
1.2.1.d	Vorbereitung Tumorkonferenz Die wesentlichen Pat.- und Behandlungsdaten sind im Vorfeld zu dokumentieren und den Teilnehmern bei der Konferenz zur Verfügung zu stellen.	
1.2.1.e	Demonstration Bildmaterial Pat.bezogenes Bildmaterial (radiologisch/histopathologisch/fotografisch) muss bei der Tumorkonferenz - soweit erforderlich - verfügbar sein und es muss eine geeignete technische Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.	
1.2.1.f	Protokollierung Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, multiprofessionellen und interdisziplinären Behandlungsplan (dokumentiert z.B. im Protokoll Tumorkonferenz). Die Verteilung des Behandlungsplanes an die einzelnen Behandlungspartner (incl. Einweiser) ist sicherzustellen.	
1.2.1.g	Tumorkonferenz	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
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. • Alle seltenen malignen Hauttumoren (u.a. Merkelzell-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.1.i	Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung, • die die leitliniengerechte Therapie absehend 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, sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin - Onkologie angestrebt werden. 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.	
1.2.1.j	Behandlungspfade Klinikinterne, interdisziplinär erarbeitete Behandlungspfade für die einzelnen Tumorentitäten mit Definition der Problemfälle (auf Basis der Leitlinien) müssen erstellt werden.	
1.2.2	Behandlungsplan • Für alle Pat. ist ein möglichst interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen, den der Pat. auf Wunsch erhält. Dies betrifft auch Pat., die	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden. Es wird eine einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan und Tumorkonferenzprotokoll empfohlen. Der Behandlungsplan kann Teil des Tumorkonferenzprotokolls sein.	
1.2.3	Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen (MuM) Im Rahmen einer regelmäßig abgehaltenen MuM werden Komplikationen und Risiken durchgeführter Therapien fortlaufend analysiert und diskutiert, um therapeutische Risiken weiter zu senken und diese so niedrig wie möglich zu halten. Im Rahmen dieser Konferenzen besteht auch die Möglichkeit ethische Fragestellungen zu besprechen. - Eingeladene Teilnehmer sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser. - Konferenz kann terminlich mit der Tumorkonferenz oder mit Veranstaltungen für Einweiser gekoppelt werden. - Es sind Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen. - MuM sind mind. 1 x jährlich durchzuführen und zu protokollieren.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.2.5	Fertilitätserhalt - 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. - Eine Verfahrensbeschreibung ist vorzuweisen. - SOP Fertilitätserhalt: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html	
1.2.6	Teilnahme Tumorkonferenz als Fortbildung Für folgende Funktionen/ Berufsgruppen ist sollte eine einmalige verbindliche Teilnahme an der	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tumorkonferenz zu ermöglichen werden (Auffrischung alle 3 Jahre): - 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.	
1.2.7	Pat. mit Lokalrezidiv/Metastasen Verfahren zur Erfassung von Pat. mit Lokalrezidiv/Metastasierung sind zu beschreiben (Darstellung der Pat.pfade).	
1.2.8	Qualitätszirkel - Die Hauptbehandlungspartner des Zentrums müssen mind. 1x jährlich in einer gemeinsamen Runde Qualitätszirkel durchführen, in denen Hautkrebszentrums spezifische Themen betrachtet werden. - Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan - Qualitätszirkel sind zu protokollieren. - Kooperationspartner: regelhafte Einladung, fakultative Teilnahme	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.1	Kooperierende Einweiser Es ist eine Liste der kooperierenden Haupteinweiser aktuell zu führen. Die Einweiser sind über die Zusammenarbeit innerhalb des Hautkrebszentrums bezogen auf nachfolgende Angaben zu informieren. Pflichten des Hautkrebszentrums - Einweiser sind berechtigt, an der Tumorkonferenz teilzunehmen. - Einweisern ist die Möglichkeit einzuräumen, Pat. vorzustellen.	
1.3.2	Arztbriefe Arztbriefe sind zeitnah an den Einweiser zu richten. Arztbriefe haben den histologischen Befund, das operative Vorgehen sowie Ergebnisse aus der Tumorkonferenz („Therapieplan“) zu beinhalten.	
1.3.3	Rückmeldesystem Es ist ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen/Fragen der Haupteinweiser einzurichten. Die Ansprechpartner des Hautkrebszentrums sind den Einweisern entsprechend ihrer Funktion bekannt zu geben (z.B. Telefon, E-Mail).	

1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.3.4	Zusammenarbeit Einweiser Die Zusammenarbeit mit den Einweisern bei der Nachsorge ist zu beschreiben.	
1.3.5	Einweiserzufriedenheitsermittlung Es ist eine Einweiserzufriedenheitsermittlung alle 3 Jahre durchzuführen. Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten und zu analysieren. Die Einweiserzufriedenheitsermittlung muss erstmals zum 1. Überwachungsaudit (1 Jahr nach Erstzertifizierung) vorliegen und hat sich inhaltlich auf das Hautkrebszentrum zu beziehen. Eine Konzentrierung auf die Haupteinweiser wird empfohlen.	
1.3.6	Fortbildungen Es sind mindestens 1 x jährlich Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und für die Fortbildung durch das Hautkrebszentrum anzubieten. Inhalte sowie die Teilnahme sind festzuhalten.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.4.1	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.	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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.	
1.4.3	Psychoonkologie - Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).	
1.4.4	Räumlichkeiten Für die psychoonkologischen Pat.gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.4.5	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar ist.	
1.4.6.a	Psychoonkologie - Aufgabenprofil Die psychoonkologische Betreuung von Pat. ist in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär). Ziele und Aufgaben der Betreuung: • Diagnostische Abklärung nach positivem Screening • Vorbeugung/Behandlung von psychosozialen Folgeproblemen • Aktivierung der persönlichen Bewältigungsressourcen • Erhalt der Lebensqualität • Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Organisation der ambulanten Weiterbetreuung durch Kooperation mit ambulanten psychoonkologischen Leistungsanbietern • Öffentlichkeitsarbeit (Pat.veranstaltung o.ä.) • Leitung des psychosozialen Qualitätszirkels	
1.4.6.b	Empfohlen wird außerdem: • 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	

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- 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 der Tumorkonferenz vorstellen.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".	
1.4.8	Fort-/Weiterbildung/Supervision - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr). - Externe Supervision ist regelmäßig zu ermöglichen (Empfehlung: 2x monatlich).	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.5.1	Sozialarbeit - Qualifikation - Sozialarbeiter/Sozialpädagoge - Einzelfallprüfungen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaft sind möglich Zusatzqualifikation Erfahrung im medizinischen/onkologischen Berufsfeld	
1.5.2	Ressourcen Für die Beratung der Pat. in dem Zentrum steht mind. 1VK für 400 Beratungen bei Pat. des Zentrums (= Primärfälle, sek. Metastasierung, Rezidive) zur Verfügung. Die personellen	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.5.4	Umfang Pat.betreuung Die Anzahl der Pat., die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	
1.5.5	Räumlichkeiten Für die soziale Beratungsarbeit ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.	
1.5.6	Organisationsplan Die Aufgabenwahrnehmung ist über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.	
1.5.7	Inhalte der Beratung unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale Erstberatung onkologischer Pat. durch Soziale Arbeit): • Identifizierung sozialer, wirtschaftlicher und psychischer Notlagen • Einleitung von medizinischen Rehamaßnahmen • Beratung in sozialrechtlichen Fragen und wirtschaftlichen Fragen (z.B. Schwerbehindertenrecht, Lohnersatzleistungen, Renten, Leistungsvoraussetzungen, Eigenanteile uvm.) • Unterstützung bei Antragsverfahren • Beratung zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten u. Weitervermittlung zu unterstützenden Angeboten und Fachdiensten • Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Reintegration • Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern • Entlassmanagement • Intervention bei Notfällen	
1.5.8	Weitere Aufgaben: • Angebot von Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen für andere Disziplinen des Zentrums u/o Pat. • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen, Supervision • interdisziplinäre Zusammenarbeit,	

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Psychoonkologen, Seelsorge u.a.	
1.5.9	Dokumentation und Evaluation Die Tätigkeit der Sozialarbeiter ist zu dokumentieren (z.B. Care SD, KIS) und zu evaluieren.	
1.5.10	Fort-/Weiterbildung - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr) - Angebot von Supervision	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.6.1	Pat.befragungen Alle 3 Jahre muss über mind. 3 Monate eine Befragung der Pat. des HZ durchgeführt werden. Die Rücklaufquote sollte über 40-30 % betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten).	
1.6.2	Auswertung Pat.befragung - Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen. Die Auswertung hat sich auf die Pat. des Hautkrebszentrums zu beziehen. - Eine protokollierte Auswertung hat zu erfolgen. - Auf Basis der Auswertung sind Aktionen festzulegen.	
1.6.3	Pat.information (allgemein) - Das Hautkrebszentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten umfassend vorzustellen (z.B. Broschüre, Pat.mappe, Homepage). - Die Kooperations-/Behandlungspartner mit Angabe des Ansprechpartners sind zu benennen. Das Behandlungsangebot ist zu beschreiben. - Das dargestellte Behandlungsangebot hat zu umfassen: Reha / AHB, Zugang zur Psychoonkologie, Selbsthilfe, Behandlungsmaßnahmen und Alternativen	
1.6.4	Gespräch über Auswirkungen der Erkrankung Mit jedem Pat. wird bei der Entlassung bzw. dem ersten ambulanten Termin ein Gespräch geführt, in dem folgende Themen angesprochen u. Informationen bereitgestellt werden: z.B. Krankheitsstatus, Prognose, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z.B. Reha, psychosoziales Angebot). Bereitgestellte Informationen z.B.: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/melanom/	
1.6.5	Pat.information (fallbezogen) Jeder Pat. erhält eine Kopie des abschließenden	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Arztbriefes. Dieser enthält Informationen über Histologie, Tumorstadium, die geplante Nachsorge und evtl. Therapie.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.6.7	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: • 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 medikamentöse Tumorthherapie, ...) • 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 • Ein Ansprechpartner muss für die Selbsthilfe benannt sein. • Ein Raum für die Treffen der Selbsthilfegruppen sollte zur Verfügung stehen.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
------	---------------	----------------------------

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.7.1	Studien Den Pat. muss der Zugang zu Studien möglich sein. Die am Hautkrebszentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten (z.B. Homepage) und diese Liste sollte den Pat. mit einer kurzen Beschreibung der Studie zugänglich sein.	
1.7.2	Zuständigkeiten Studien Für das Hautkrebszentrum ist ein Studienbeauftragter zu benennen. Sind mehrere Behandlungspartner an der Durchführung von Studien beteiligt, dann sind die Aktivitäten durch den Studienbeauftragten zu koordinieren.	
1.7.3	Study-Nurse 1 Study-Nurse/Studienassistent sollte bei der Erstzertifizierung verfügbar sein (nach 3 Jahren Pflicht). Die Study-Nurse/Studienassistent ist für die Betreuung, Dokumentation, und Administration der im Hautkrebszentrum geführten Studienpat. verantwortlich. Sie muss die oben genannte Tätigkeit nachweisen und das Hautkrebszentrum muss ausreichende Kapazitäten bereitstellen (Tätigkeit kann auch in Verbindung mit anderen Funktionen ausgeübt werden).	
1.7.4	Prozessbeschreibung Für die Aufnahme/Initiierung neuer Studien und die Durchführung von Studien (Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung) sind die Prozesse inkl. Verantwortlichkeiten zu beschreiben.	
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. • 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. Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.7.6	Zusammenarbeit mit externen Stellen	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die Zusammenarbeit mit externen Stellen bei Studien ist über Kooperationsverträge zu regeln.	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
1.8.1	Onkologische Fachpflegekräfte - Am Hautkrebszentrum muss mind. 1 onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst tätig sein. - Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. - In Bereichen, in denen Pat. versorgt werden, ist die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen. - Die onkologische Fachpflegekraft nimmt pat.bezogene und -übergeordnete Aufgaben wahr (s.u.). - Die Aufgabenwahrnehmung/Vertretung ist schriftlich zu regeln und nachzuweisen. Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die - Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung - oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) - oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im Hautkrebszentrum. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.2	Fachspezifische, pflegerische, pat.bezogene Aufgaben zum Beispiel: - 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 langfristig erfahrenen	

1.8 Pflege

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	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 Fachspezifische, pflegerische übergeordnete Tätigkeiten zum Beispiel: • 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 • Vernetzung der onkologisch Pflegenden in einem gemeinsamen Qualitätszirkel und Teilnahme am Qualitätszirkel des Hautkrebszentrums • Interdisziplinärer Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen Verantwortung für die Umsetzung der Anforderungen an die Chemotherapie medikamentöse Tumorthherapie applizierende Pflegefachkraft (siehe Kapitel 6.2.2) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
1.8.3	Einarbeitung Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hat anhand eines onkologisch-fachlichen Einarbeitungskataloges/-plans unter Beteiligung der onkologischen Fachpflegekraft zu erfolgen.	
1.8.4	Fort- und Weiterbildung • Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...) (Nicht belegt)

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

2. Organspezifische Diagnostik und Therapie

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
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 • 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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.1.2	Hauttumorsprechstunde Auf welcher Basis wird die Spezialsprechstunde durchgeführt? (Vertragsarzt, persönliche Ermächtigung, Institutsermächtigung, Hochschulambulanz, MVZ, Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)) Personelle Ressourcen: • mind. 2 Fachärzte für Dermatologie • Vorstellung in der Sprechstunde ist durch alle Kooperationspartner des Zentrums möglich • Alle Hauttumorphat. mit erhöhter Komplexität sollen interdisziplinär diagnostiziert und behandelt werden. • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. • Die hier benannten Fachärzte müssen aktiv in der Hauttumorsprechstunde tätig sein.	
2.1.3	Frequenz Die Hauttumorsprechstunde muss mind. 1 x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken:	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Hautkrebserkennung - leitliniengerechte Ganzkörperinspektion - Dermatoskopie - Erstellung Hautkrebsbericht (BK 5103) - Therapieplanung - Nachsorge - operative Beratung - Beratung bzgl. Risikofaktoren und familiärer Prädisposition - Beratung bei gutartigen Hauttumor Erkrankungen und Präkanzerosen Falls zweckmäßig können die Themen in speziellen, eigenständigen Spezialsprechstunden angeboten werden.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
2.1.5	Wiedervorstellung z.B. bei Therapie Nebenwirkungen ist organisatorisch zu regeln.	

2.2 Diagnostik

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
2.2.1	Lymphknoten Sonografie - Anzahl der LK-Sonografien - Es sind für die Lymphknotendiagnostik ausschließlich Ultraschallgeräte mit einer Frequenz von $\geq 7,5$ MHz einzusetzen.	

3. Radiologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
3.1	Fachärzte - für Röntgendiagnostik, CT und MRT mind. 2 Fachärzte - Fachärzte sind namentlich zu benennen.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Qualifikation der Fachärzte ist bezogen auf die Tätigkeit für das Hautkrebszentrum bzw. dem örtlichen interdisziplinären Tumorzentrum nachzuweisen.	
3.2	CT/MRT Der Zugang für CT/MRT-Untersuchungen ist sicherzustellen. Sofern CT/MRT nicht direkt am Standort des Hautkrebszentrums möglich ist, ist der Zugang über eine Kooperationsvereinbarung zu regeln.	
3.3	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Radiologen soll bei auffälligem Befund innerhalb von 48h 1d nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	
3.4	Fort-/ Weiterbildung: - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt	

4. Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
4.1	Fachärzte - mind. 2 Fachärzte - Fachärzte sind namentlich zu benennen. - Qualifikation der Fachärzte ist bezogen auf die Tätigkeit für das Hautkrebszentrum bzw. örtliche Tumorzentrum nachzuweisen. - Als Facharzt werden auch Radiologen mit einer entsprechenden Fachkunde anerkannt.	
4.2	Vorzuhaltende Methoden in der Nuklearmedizin Fakultativ: PET und PET-CT	
4.3	Fort-/ Weiterbildung: - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt	
4.4	Befunderstellung Der schriftliche Befund der Nuklearmedizin "Szintigraphie" (Gammakameradiagnostik) muss spätestens 48 h nach Abschluss der Untersuchung vorliegen. Für die Befunderstellung der radiologisch-nuklearmedizinischen	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Hybriddiagnostik ist max. eine Zeitspanne von jeweils 48h pro beteiligter Fachdisziplin vorgesehen.	

5. Operative Onkologie

5.1 Organübergreifende operative Therapie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.1.1	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Hautkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2.1	Beschreibung der Einheit (z.B. Bettenzahl, Ausstattung der Pat.zimmer, Besonderheiten der Abteilung, Pflegeschlüssel)	
5.2.2	OP für Hauttumoroperationen: Anzahl der regelmäßig für Hauttumoroperationen belegbaren OP-Säle: mind. 1 OP	
5.2.3.a	Operateure am Hautkrebszentrum Folgende Teilgebiete sind zu berücksichtigen: 1. Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand 2. Mikroskopisch kontrollierte Chirurgie 3. Sentinel Node Biopsy (SNB) 4. LK-Dissektionen 5. Metastasen Chirurgie 6. Plastischer Verschluss	
5.2.3.b	Ad 1: Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand (Angabe für Malignes Melanom, DFSP, Merkelzellkarzinom, Sarkom) • Mind. 2 (Fachärzte) Operateure sind namentlich zu benennen.	
5.2.3.c	Ad 2: Mikroskopisch kontrollierte Chirurgie • Mind. 2 Operateure sind namentlich zu benennen.	
5.2.3.d	Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB) • 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.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- 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. Namentliche Nennung in Tabelle „SNB-Operateure“ (am Ende dieses Kapitels im Datenblatt)	
5.2.3.e	Ad 4: Systematische Ausräumung der regionären LK-Stationen - Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen. Zentrumsspezifisch können auch weitere Fachdisziplinen (z.B. Gynäkologie) zusätzlich eingebunden werden. - Pro Facharzt sollten mind. 30 systematische Ausräumungen nachgewiesen werden. Davon können 50% in Lehrassistenz erbracht worden sein.	
5.2.3.f	Ad 5: Metastasen Chirurgie (getrennt für Thorax-, Viszeral-, Neurochirurgie, Orthopädie / Unfallchirurgie, HNO/MKG und Plastische Chirurgie) Für die Metastasen Chirurgie sind Kooperationen mit den genannten Fachrichtungen nachzuweisen und die Schnittstellen (Kommunikation, Teilnahme Tumorkonferenz etc.) zu beschreiben.	
5.2.3.g	Ad 6: Plastischer Verschluss/Deckung Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 Facharzt sind namentlich zu benennen.	
5.2.4	Nachweis Detektionsrate SNB	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Die klinische Detektionsrate ist einer regelmäßigen Qualitätskontrolle (mind. 1 x jährlich) zu unterziehen und in einer interdisziplinären Runde zu betrachten.	
5.2.5	Systematische Lymphadenektomie Die Lymphknotendisektion muss systematisch erfolgen und sich an anatomisch-morphologischen Leitstrukturen orientieren, welche im Operationsbericht nachvollziehbar zu beschreiben sind. Dabei sollte eine Mindestzahl von 6 zu untersuchenden Lymphknoten pro Region nicht unterschritten werden (gemäß UICC, TNM-Klassifikation maligner Tumoren). Als Lymphknotenregionen sind inguinal, iliakal-obturatorisch, axillär und zervikal jeweils separat zu betrachten. Anforderungen und Qualifikationen des Operateurs sind in 5.2.3. zu finden.	
5.2.6	Fort-/ Weiterbildung: - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische u. sonstige Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5 Tage pro Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt	

6. Medikamentöse / Internistische Onkologie

6.1 Hämatologie und Onkologie (Nicht belegt)

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.1.1	Die Erhebungsbögen der Organkrebszentren und Onkologischen Zentren verfügen über ein einheitliches Inhaltsverzeichnis. Für Hautkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
6.2.1	Fachärzte - mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie und 1 Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder 2 Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. - Die hier benannten Fachärzte müssen aktiv an der medikamentösen onkologischen Therapie	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	beteiligt sein.	
6.2.2	Fachpflegeperson/ MFA Stationäre, tagesstationäre oder klinik-ambulante Bereiche, in denen medikamentöse onkologische Therapien von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, müssen unter fachlicher Anleitung einer onkologischen Fachpflegeperson stehen. Kooperierende Praxen sind von dieser Regelung nicht betroffen. Voraussetzungen für die Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie medikamentöse Tumorthherapie nach ärztlicher Anleitung appliziert: • mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Onkologie • 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 Fachpflegepersonen) • 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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit/-partner Bei Hauttumorspat.: 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 • Durchführung der systemischen Therapie der Hauttumorspat. in einer MVZ bzw. Fachbereich-übergreifend ausführenden systemischen Therapieeinheit: 200 zytostatische / targeted Therapien organübergreifend, davon mind. 15 zytostatische / targeted Therapien bei Hauttumorspat. Die Hauptverantwortung über die Therapie liegt bei der Leitung dieser Einheit.	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.4	Systemische Therapie ambulant/stationär Es muss die Möglichkeit bestehen, die systemische Therapie sowohl ambulant als auch stationär anzubieten.	
6.2.5	Anzubietende Möglichkeiten, die dem aktuellen Wissenstand entsprechen: z.B. • Immuntherapie • Supportive Therapien („Palliativmedizin“) • Zytostatikatherapie • Targeted Therapie • Andere Systemtherapien z.B. ECP • systemische PUVA-Therapie bei Lymphomen Allgemeines Chemotherapie medikamentöse Tumorthherapie • Zytostatika-Arbeitsplatz (entsprechend den gesetzl. Richtlinien), wenn nötig • fachgerechte Abfallentsorgung • ständige Rufbereitschaft	
6.2.6	Räumlichkeiten systemische Therapie • Beschreibung Räumlichkeiten für ambulante systemische Therapie • Anzahl der Plätze	
6.2.7	Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll • Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend und stellen die Behandlungsgrundlage dar. • Behandlungsplan/Tumorkonferenzprotokoll muss in der pat.bezogenen Dokumentation vorhanden sein. • Falls von der empfohlenen Therapieplanung abgewichen wird, dann ist dies in der Tumorkonferenz vorzustellen.	
6.2.8	Schemata für systemische Therapie • Die Erstellung/Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. • Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. • Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. • Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. Therapiepläne • Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. • Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben.	
6.2.9	Standards Begleit- und Folgeerkrankungen Für die Therapie von Begleit- und	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Folgeerkrankungen, insbesondere die Behandlung von Paravasaten, Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sind Standards zu erstellen. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.10	Notfallbehandlung Verfügbarkeit Notfallausrüstung und schriftlicher Ablaufplan für Notfälle	
6.2.11	Supportive/palliative Therapie Beschreibung der Möglichkeiten zur supportiven / palliativen stationären Therapie (Prozessbeschreibung/Algorithmus) Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und pat.bezogen detailliert zu dokumentieren.	
6.2.12	Schmerztherapie - Schmerztherapeut muss zur Verfügung stehen. - Der Prozess für die Schmerztherapie (Algorithmus) ist zu beschreiben.	
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 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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
6.2.14	Prozessbeschreibungen Die Verfahren für alle systemischen Therapien sind für alle Phasen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieende) zu beschreiben.	
6.2.15	Fort-/ Weiterbildung: - Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche und pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. - Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 0,5	

6.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tage/Jahr), sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt	

7. Radioonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
7.0	Die fachlichen Anforderungen an die Radioonkologie sind in dem „Erhebungsbogen Radioonkologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Radioonkologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Radioonkologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Radioonkologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Radioonkologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de.	

8. Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
8.0	Die fachlichen Anforderungen an die Pathologie sind in dem „Erhebungsbogen Pathologie“ organübergreifend zusammengefasst. Unabhängig von der Anzahl der Organkrebszentren/ Module, die mit einer Pathologie zusammenarbeiten, ist dieser „Erhebungsbogen Pathologie“ nur einmalig zu bearbeiten und pro Auditjahr auch nur einmalig zu aktualisieren (Ziel: keine Mehrfachdarlegungen/-begehungen innerhalb eines Auditjahres). Der „Erhebungsbogen Pathologie“ stellt damit eine Anlage zu diesem Erhebungsbogen dar. Download organübergreifender „Erhebungsbogen Pathologie“ unter www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html und www.onkozert.de. Für Hautkrebszentren, die gemäß Stamblatt mit einem Kooperationspartner der Fachrichtung „Dermatohistologie“ kooperieren, sind die folgenden Anforderungen durch den Kooperationspartner „Dermatohistologie“, wenn zutreffend (z.B. Obduktionen nicht zu bearbeiten),	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	verbindlich zu bearbeiten. Für Zentren, die alleinig mit Pathologien kooperieren, ist der organübergreifende Erhebungsbogen zu bearbeiten.	
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) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
8.3	Fachärzte - Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“/„Dermatopathologie“ <u>und</u> 1 Facharzt für Pathologie oder 2 Fachärzte für Pathologie	
8.5	MTA's Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTA's / Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.	
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. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
8.7	Obduktionen Innerhalb des Zentrums muss die uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Obduktionen bestehen und gefördert werden. Ein Obduktionsraum ist nachzuweisen (ggf. in Kooperation).	
8.8.1	Schnellschnitte Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für Schnellschnitte müssen für jeden operativen Standort gegeben sein.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Teleschnellschnitte sind nicht zulässig.	
8.8.2	Parameter Schnellschnitte Zeitbedarf (in min.) und Zeitpunkt gemessen ab Eingang Pathologie bis Durchsage des Ergebnisses (Richtwert max. 30 min.) Auswertung Zeitbedarf: Min.-/Max.-/Range-Wert	
8.9	Zeit bis zum Ergebnis Routine-Histologie Anforderung: ≤ 5 Werktage (Ausnahmen sind zu begründen)	
8.10	Aufbewahrungszeiten - Archivierung Paraffinblöcke ≥ 10 Jahre - Aufbewahrung Feuchtmaterial ≥ 4 Wochen nach Eingang - Die Möglichkeit zur Kryopräservierung sollte gegeben sein	
8.11.1	Befundberichte Befundberichte müssen für die makroskopische und die mikroskopische Begutachtung zu 100% die in den Leitlinien geforderten Angaben enthalten (Insbesondere: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation, Grad, TNM-Stadium, R-Klassifikation).	
8.11.2	Zusätzliche Angaben Melanom: - Tumordicke nach Breslow, Ulzeration, Fakultativ: Mitoserate bei Tumordicke < 1 mm nach der AJCC-Klassifikation 2017. - Histopathologische Besonderheiten, wie mögliche Assoziation zu einem melanozytären Nävus, eine Regressionszone, morphologische Besonderheiten (z. B. desmoplastische Melanomanteile) und Gefäßseinbrüche	
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. 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	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
8.12.2	Pro Region ist eine Mindestzahl von 6 Lymphknoten zu untersuchen.	
8.13	Resektionsrand: Angabe des Dermatohistologen/Pathologen zu den Resektionsrändern hat grundsätzlich zu erfolgen (Abweichungen sind zu begründen).	
8.14.1	Regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Bsp. QUIP, Benchmarking, externer Qualitätszirkel) jährlich, z. B. Schnittseminare.	
8.14.2	Konsiliarische Zweitbefundung Ermöglichung konsiliarischer Zweitbefundung, wenn durch Klinik oder Pat. erbeten bzw. eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist.	
8.15	Qualitätszirkel • Es sind mind. 3 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen onkologische Themen betrachtet werden • Terminliche Planung z.B. über Qualifizierungsplan • Qualitätszirkel sind zu protokollieren. Teilnahme ist in Summe und nicht für jedes Organ einzeln nachzuweisen; Qualitätszirkel können interdisziplinär, organbezogen und/oder organübergreifend sein (zentrale Q-Zirkel des Onkologischen Zentrums gemäß EB OZ Kap. 1.2.14 werden z.B. anerkannt).	
8.16	Fortbildung • Es ist ein Schulungsplan für das ärztliche Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. • Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter, sofern dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt.	

9. Palliativversorgung und Hospizarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
9.1	Palliativversorgung • Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung und stationären Hospizen nachzuweisen. Regionale Konzepte zur Integration der Palliativversorgung sind auf der Basis des Behandlungspfades für Pat. und Angehörige aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Abb. 3, S. 47) unter Nennung aller Beteiligten zu beschreiben. • Ein Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss für Konsile und ggf.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen. - Die Gruppe der Zielpat. für die spezialisierten Palliativmedizinischen Unterstützungsangebote ist zu definieren (SOP). - Bei den im Zentrum betreuten Pat. sollen Symptome und Belastungen wiederholt mittels validierter Tools (z.B. MIDOS, iPOS) erfasst werden. - Der Zugang zur Palliativversorgung kann parallel zur tumorspezifischen Therapie angeboten werden. Das Vorgehen im Zentrum ist in einer SOP zu beschreiben. - Die Anzahl der Primärfälle mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu dokumentieren. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	

10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
10.0.0	Die Darlegungen der Daten im gesamten Erhebungsbogen sowie im Datenblatt umfassen grundsätzlich das Kennzahlenjahr (01.01. - 31.12. des Auditvorjahres), ggf. ergänzt um Angaben des Auditjahres (z.B. wenn Vorgaben aus dem Auditvorjahr unterschritten sind, ...).	
10.1.1	Geltungsbereich Sofern die Tumordokumentation dezentral organisiert ist (= mehrere eigenständige Organisationsbereiche gemäß Zentrumsmatrix) und/ oder unterschiedliche Dokumentationssysteme verwendet werden, dann sind die Tumordokumentations-Einheiten zu benennen (inkl. Aufteilung Zuständigkeiten für die Tumorentitäten, ggf. Organigramm). Im Erhebungsbogen sind ggf. spezifische dezentrale Regelungen ergänzend zu den zentralen Regelungen auszuführen.	
10.1.2	Tumordokumentation Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Pat.daten enthält.	
10.1.3	Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) Die Tumordokumentation muss in der Lage sein, die im organspez. Datenblatt (Anlage Erhebungsbogen) geforderten Daten korrekt und qualitätsgesichert zu liefern. Organspezifische Anforderungen an die Datendarlegung und deren Umfang (Basisdaten, Kennzahlen, Ergebnisqualität, ...) sind in dem jeweiligen Datenblatt hinterlegt. Sofern einzelne Inhalte im Datenblatt nicht automatisch über das Tumordokumentationssystem (TDS) generiert werden können, muss die Datendarlegung	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	rückverfolgbar sein.	
10.1.4	Die Kennzahlen sollten mind. 1x unterjährig ausgewertet und z.B. in einem Qualitätszirkel unter Beteiligung eines Vertreters der Tumordokumentation besprochen werden. Sofern klinikübergreifende Auswertungen (z.B. DKG-Jahresberichte, etc.) mit Bezug zum Datenblatt vorliegen, sind diese bei der Kennzahlenanalyse mitzubetrachten.	
10.1.5	Gesetzliche Krebsregistrierung Die gesetzlichen Anforderungen an die Krebsregistrierung sind nachweislich zu erfüllen. Für die Erhebung/ Darlegung der Krebsregisterdaten 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 verwendet werden.	
10.2.1	Dokumentationsbeauftragter Es ist mindestens 1 Dokumentationsbeauftragter pro Zertifizierungssystem bzw. Organgruppe zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Der Dokumentationsbeauftragte ist namentlich zu benennen (inkl. Funktion im Klinikum).	
10.2.2	Aufgaben Dokumentationsbeauftragter • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen, vollzähligen und korrekten Dokumentation • Steht für Rückfragen der Tumordokumentation zur Verfügung • Steht bei technischen Fragen zur Verfügung und steht ggf. im Kontakt mit dem Tumordokumentationshersteller • Regelmäßige Analyse der Auswertungen insbesondere im zeitlichen Verlauf	
10.2.3	Ärztlicher Ansprechpartner Für inhaltliche Fragen seitens der Tumordokumentation muss ein geeigneter ärztlicher Ansprechpartner (zentral und/ oder spezifische Tumorentität/ Fachbereich) namentlich benannt werden.	
10.2.4	Tumordokumentare Namentliche Benennung der verantwortlichen Tumordokumentare (pro Entität ist mind. 1 Person namentlich zu benennen, 1 Person kann mehrere Entitäten/ Fachbereiche verantworten).	
10.2.5	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK). Kriterien für höheren Ressourcenbedarf	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	- Umfassende Zuständigkeiten in Form von Datenanalysen inkl. Q-Zirkel, Versorgungsforschungsprojekte, Studien - Hoher Anteil komplexer Therapieabläufe bzw. hoher Anteil von Nicht-Primärfällen - Unterstützung bei der Tumorkonferenz Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.2.6	Jährlich sollte von jedem Dokumentationsbeauftragten/ Tumordokumentar mind. 1 spezifische Fort-/ Weiterbildung (intern/ extern) besucht werden.	
10.3.1	Auswahl Tumordokumentationssystem (TDS) Die Art des Tumordokumentationssystems (TDS) ist dem Zentrum freigestellt (z.B. Eigenentwicklung, externer Anbieter, im KIS integriert oder über das §65c-Krebsregister).	
10.3.2	Selektionsmöglichkeiten TDS - Fallliste Aus dem TDS kann eine Fallliste mit folgenden Selektionsmöglichkeiten generiert werden: - Jahrgänge (einzelne Jahrgänge und kumuliert über mehrere Jahrgänge) - TNM-Klassifikation, Stadieneinteilung oder vergleichbare Klassifikationen (z.B. FIGO) - Therapieformen (z.B. operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie, ...) - Ereignisse mit Datumsangabe (Rezidive/ Metastasierungen, Zweittumoren und Sterbefälle) - Follow-up-Status (letzte Aktualisierung)	
10.4.1	Nutzung OncoBox - Brust: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) - Darm: Nutzung OncoBox verbindlich - Lunge: Nutzung OncoBox empfohlen (optional) - Prostata: Nutzung OncoBox verbindlich Weitere tumorspez. Nutzungsbestimmungen zur OncoBox siehe Datenblatt.	
10.4.2	Bei den durch die OncoBox generierten Datenblättern sind im Vorfeld die in der OncoBox unter „Gesamtbetrachtung“ identifizierten Datendefizite soweit wie möglich zu bearbeiten.	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	
10.5.2	Sofern PROMs etabliert sind, sollten die Befragungsdaten mit den klinischen Daten (=Tumordokumentationsdaten) elektronisch zusammengeführt werden.	
10.6.1	Follow-up Status – Angaben (organübergreifend) Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden.	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Der Follow-up Status ist für alle Zentrumspat. zu erheben: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) • Zweitmalignome • Sterbefälle • Lost to Follow-up	
10.6.2	Die Ergebnisqualität und das Follow-up sind gemäß den Vorgaben im jeweiligen Datenblatt darzustellen.	
10.6.3	Sofern die Ergebnisqualität über die OncoBox 2.0 abgebildet wird, ist Art und Umfang Follow-up/ Ergebnisqualität im jeweiligen Datenblatt definiert.	
10.6.4	Die Darstellung der Ergebnisqualität muss ab dem 1. Überwachungsaudit nach Rezertifizierung möglich sein.	
10.7.0	Bearbeitungshinweis Das Kapitel 10 ist in allen Erhebungsbögen identisch. Die Angaben im Kapitel 10.7 sind nur zu tätigen, wenn das entsprechende zertifizierte Zentrum/ Modul vorhanden ist.	
10.7.1	Matrix Ergebnisqualität Für folgende Tumorentitäten besteht eine Matrix Ergebnisqualität (Teil des Datenblattes): Brust, Darm, Haut, Lunge, Pankreas und Prostata.	
10.7.2.a	Ergebnisqualität Brust Die Einreichung der Matrix Ergebnisqualität ist nur für die Brustkrebszentren verpflichtend, die über ein funktionierendes Krebsregister verfügen. Standorte, die einen Antrag auf Reduktion des Auditzyklus stellen bzw. bei denen auf Grundlage einer positiven Bewertung des Antrags keine Vorort-Begehung stattfindet, sind weiterhin verpflichtet, die Matrix Ergebnisqualität (Follow-up Quote $\geq 70\%$) einzureichen.	
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) Weitere Erläuterungen siehe FAQ.	
10.7.2.c	Ergebnisqualität Prostata 1. Rezidivfreies Überleben nach Stadium (Kaplan-Meier-Kurven)	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Definition biochemisches Rezidiv: - Nach radikaler Prostatektomie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2 Wo.) bestätigter PSA-Wert auf $> 0,2$ ng/ml - Nach alleiniger Strahlentherapie ein in mind. zwei Messungen (Abstand 2-3 Mo.) bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen PSA-Nadir. - Gesamtüberleben nach pT-Kategorien, Stadium (Kaplan-Meier-Kurven) - Pat.befragung EPIC-26 inkl. Zusatzfragen; muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.	
10.8	Parameter Ergebnisqualität / Kaplan-Meier-Kurve Sofern die Kaplan-Meier Kurven aus der OncoBox bzw. aus dem TDS generiert werden können, sind diese jährlich zu erstellen und auszuwerten. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Pat.zahlen und den Überlebensdaten. - Rezidivfreies Überleben (DFS); gültig für PZ - Lokalrezidivrate (LRR); gültig für BZ, DZ, MP - Lokalrezidivfreies Überleben (LRFS); gültig für LZ, MN, MB, MH, OZ - Metastasenfreies Überleben (MFS); gültig für BZ, DZ, MP, OZ - Progressionsfreie(s) Zeit / Überleben (PFS); gültig für GZ, HAEZ, HZ - Progressionsfreies Überleben (PFS) oder Krankheitsfreies Überleben (DFS); gültig für BZ, DZ, MP - Überleben ab Progression (PPS); gültig für BZ, LZ, DZ, MP, HAEZ, MN, MB, MH - Gesamtüberleben (OAS)	
10.9.1	Datenaustausch zwischen §65c-Krebsregister und Zentren - Übermittlung patientenbezogener Follow-up Daten an das §65c-Krebsregister Die Follow-up Daten sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vom Zentrum an das §65c-Krebsregister übermittelt werden. - Anfrage patientenbezogene Follow-up Daten beim §65c-Krebsregister Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Die Follow-up Daten sollten mind. 1x pro Jahr durch das Zentrum beim §65c-Krebsregister angefragt werden. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (klinikübergreifende Erklärung möglich). Der Prozess des Datenaustausches zwischen §65c-Krebsregister und Zentrum ist zu beschreiben.	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum	

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden.	
10.9.3.a	Follow-up Quote Darm, Pankreas und Prostata • $\geq 80\%$ - Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung • 60 - 79% - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...) • $< 60\%$ - Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben	
10.9.3.b	Follow-up Quote Lunge • Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung: $\geq 80\%$ • Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, ...): bis 79%	
10.9.3.c	Follow-up Quote Harnblase Für Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0) sind keine Follow-up-Daten zu erheben.	
10.9.3.d	Erfassung Follow-up FBREK • Hochrisikopatientinnen mit Notwendigkeit zur intensivierten Nachsorge entsprechend SOP • Ratsuchenden mit hohem Risiko zur intensivierten Früherkennung entsprechend SOP	

Datenblatt

Für die Darlegung der Basisdaten, Kennzahlen und weiteren Zentrumsdaten steht ein Datenblatt (EXCEL-Vorlage) zur Verfügung. Das Datenblatt ist eine Anlage zum Erhebungsbogen.

Das Datenblatt ist als Download unter www.krebsgesellschaft.de und www.onkoziert.de abrufbar.