



# Strukturen und Prozesse der Versorgung

Simone Wesselmann, Berlin

## Onkologische Versorgungsstrukturen:

# Onkologische Versorgungsstrukturen:

---

„Ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, interdisziplinären und transsektoralen [...] Einrichtungen, die [...] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden [...]“

Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 2, Ziel 5

# „interdisziplinäre und transsektorale [...] Einrichtungen“

---

Dermatologie, Internistische Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Pflege, Sozialdienst, Psychoonkologie, Niedergelassene Ärzte, Genetische Beratung, Palliativmedizin, Schmerztherapie, Rehabilitation, Krebsregister und Selbsthilfegruppen

# „interdisziplinäre und transsektorale [...] Einrichtungen“

Dermatologie, Interdisziplinäre  
Strahlentherapie,  
Gesichtschirurgie,  
Psychoonkologie,  
Beratung, Palliativ  
Krebsregister und

= Sektor-,  
Fachdisziplinen- und  
Berufsgruppen-  
übergreifend

diologie,  
nde, Mund-Kiefer-  
lege, Sozialdienst,  
Genetische  
ie, Rehabilitation,

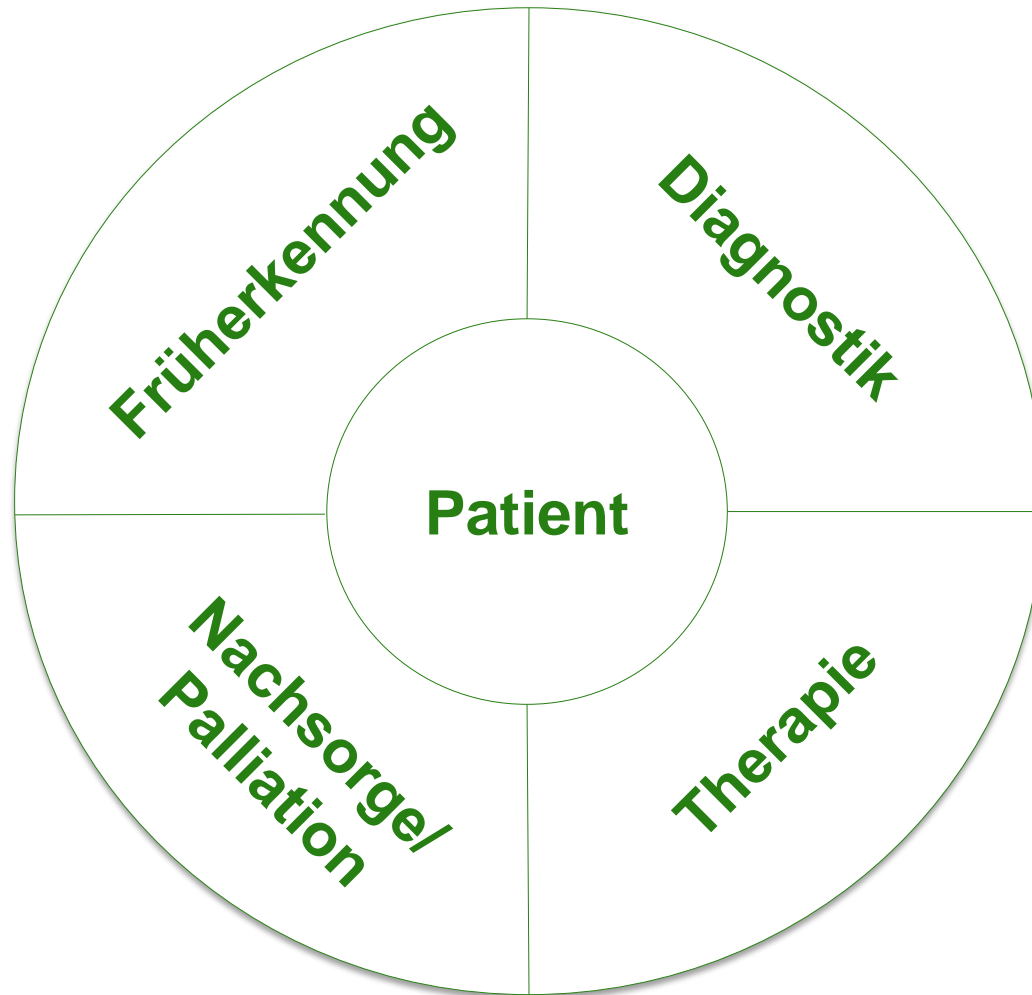
# „interdisziplinäre und transsektorale [...] Einrichtungen“

Dermatologie, Interdisziplinäre  
Strahlentherapie, Interdisziplinäre  
Gesichtschirurgie, Interdisziplinäre  
Psychoonkologie, Interdisziplinäre  
Beratung, Palliativmedizin, Interdisziplinäre  
Krebsregister und

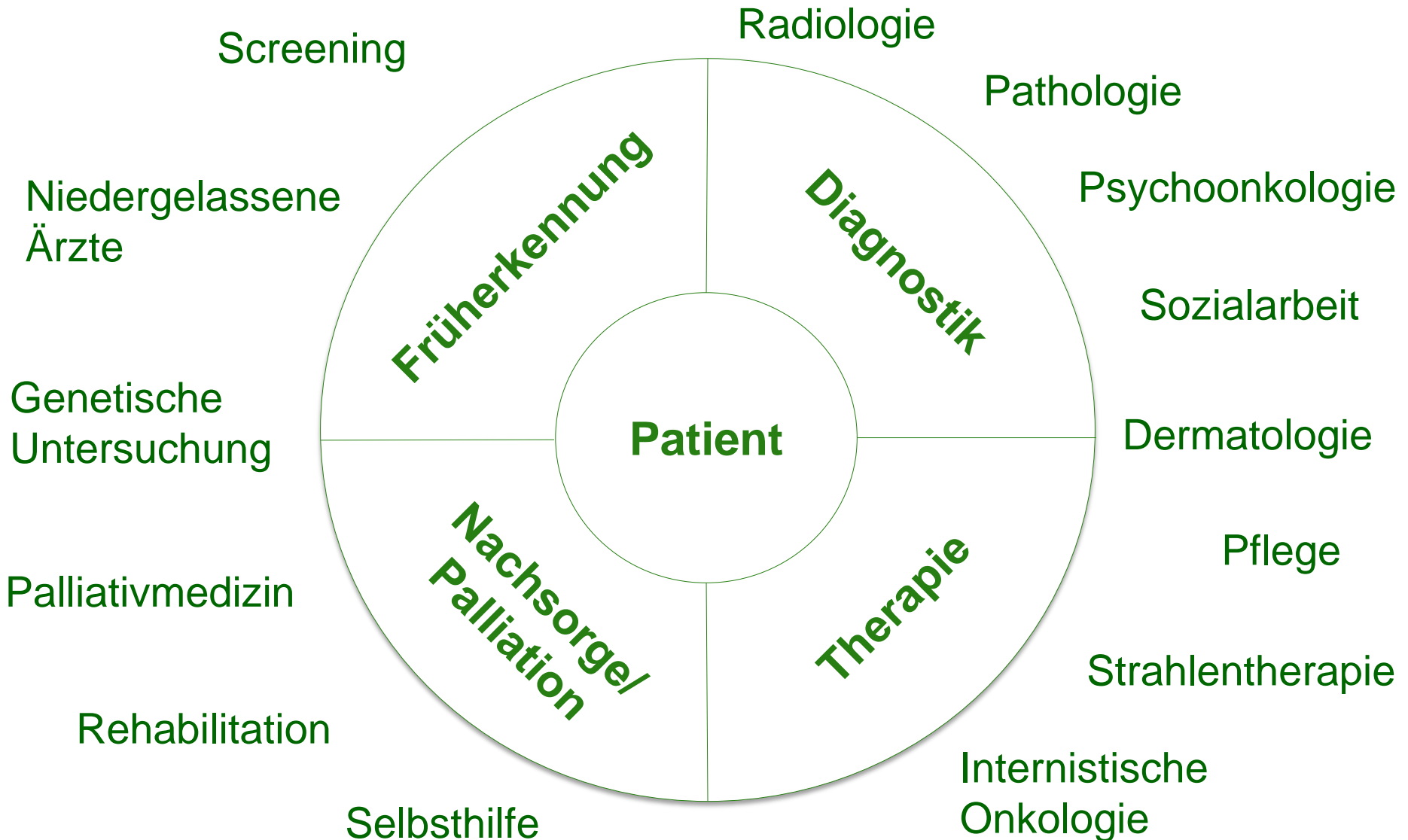
in:  
Tumorkonferenzen  
Qualitätszirkel  
Fortbildungen  
Studien ...

Diagnostik, Interdisziplinäre  
Ende, Mund-Kiefer-  
Kieferchirurgie, Sozialdienst,  
Genetische  
Krebsregister, Rehabilitation,

„die [...] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden [...]“



# Netzwerkbildung





# „Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten [...] Einrichtungen“

---



# „Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten [...] Einrichtungen“



**Entscheidungshilfe  
für Patienten**

# Hautkrebszentren

	Organkrebszentren						Module			OZ
	Brust	Darm	Gyn.	Haut	Lunge	Prostata	Pankreas	Kopf-Hals-Tumore	Neuro.-Tumore	
<b>Zertifizierte Zentren</b>	206	247	76	<b>39</b>	32	89	40	6	1	42
<b>Primärfälle gesamt</b>	49.429	21.524	7.171	<b>9.700</b>	13.243	20.624	1.814	---	---	---
<b>Gesamtanteil</b>	86,4%	29,4%	27,3%	<b>59,0% *</b>	28,8%	35,2%	13,6%	---	---	---
<b>Neuerkrankungen</b>	57.230	73.250	26.280	<b>16.440</b>	46.040	58.570	13.360	---	---	---

Stand: 30.09.2012

\* Bezogen auf Melanom

# Strukturen und Prozesse der Hautkrebszentren

# Erhebungsbogen für Hautkrebszentren

## der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Hautkrebszentren der DKG

Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Vorsitz: Prof. Dr. Wolfgang Tilgen

- Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Histologie (ADH)
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP)
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO)
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft der plastischen, ~~rekonstruktiven~~ und ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Konferenz onkologische Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)
- Onkologisches Patientenseminar Berlin-Brandenburg e.V.

# Erhebungsbogen Hautkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission

Beteiligte Fachgruppen (In alphabetischer Reihenfolge)

Vorsitz: Prof. Dr. Wolfgang Tilgen

- Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Histologie
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
- Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Hellhörigkeit
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSONK)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen
- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgie (DGPR)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Klinische Immunologie (DGHI)
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGKGG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGNM)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DGRO)
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Konferenz onkologische Kranken- und Kinderhospizdienste (KOK)
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOAG)
- Onkologisches Patientenemilinar Berlin-Brandenburg (OPB)

## Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Hautkrebszentrum
  - 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. Patientenbeteiligung
  - 1.7. Studienmanagement
  - 1.8. Pflege
  - 1.9. Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik
  - 2.1. Sprechstunde
  - 2.2. Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
  - 5.1. Organübergreifende operative Therapie
  - 5.2. Organspezifische operative Therapie
6. Medikamentöse/Internistische Onkologie
  - 6.1. Hämatologie und Onkologie
  - 6.2. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

# Struktur des Netzwerkes

Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein).

## **Hauptkooperationspartner**

Dermatologen, Chirurgen u./o. Vertreter regional tätiger chirurgischer Fachgebiet (z.B. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie), Internistische Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten

## **Kooperationspartner** (auch externe Kooperation möglich)

- Dermatohistologie
- Pathologie
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Plastische Chirurgie (sofern vorhanden)
- Gynäkologie, Urologie
- Psychoonkologie, Sozialarbeit
- Genetische Beratung (u.a. familiäre Melanome, Gorlin-Goltz-S., XP)
- Labor (mit Ringversuchszertifikat)
- Selbsthilfevereinigungen, Seelsorge, Palliativnetzwerk

# Struktur des Netzwerkes

Es ist mit den in Kooperation stehenden Behandlungspartnern eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Diese muss die zutreffenden Fachlichen Anforderungen dieses Erhebungsbogens nachweislich erfüllen (nicht jeder Leistungserbringer muss auch Kooperationspartner sein).

## **Hauptkooperationspartner**

Dermatologen, Chirurgen u./o. Vertreter regional tätiger chirurgischer Fachgebiet (z.B. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie), Internistische Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten

## **Kooperationspartner** (auch externe Kooperation möglich)

- Dermatohistologie
- Pathologie
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Plastische Chirurgie (sofern vorhanden)
- Gynäkologie, Urologie
- Psychoonkologie, Sozialarbeit
- Genetische Beratung (u.a. familiäre Melanome, Gorlin-Goltz-S., XP)
- Labor (mit Ringversuchszertifikat)
- Selbsthilfevereinigungen, Seelsorge, Palliativnetzwerk



# Primärfälle

---

## Primärfälle

- Fälle mit malignen epithelialen Tumoren (exklusive in-situ Tumoren) pro Jahr:  $\geq 100$  Patienten (Angabe Kennzahlenbogen)
- Fälle mit invasivem malignem Melanom pro Jahr:  $\geq 40$  Patienten (Angabe Kennzahlenbogen)
- Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP) werden im Kennzahlenbogen erfasst.

# Primärfälle

---

## Primärfälle

- Fälle mit malignen epithelialen Tumoren (exklusive in-situ Tumoren) pro Jahr:  $\geq 100$  Patienten (Angabe Kennzahlenbogen)
- Fälle mit invasivem malignem Melanom pro Jahr:  $\geq 40$  Patienten (Angabe Kennzahlenbogen)
- Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP) werden im Kennzahlenbogen erfasst.

# Hauttumorkonferenz

---

## 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

# Hauttumorkonferenz

---

## 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

# Hauttumorkonferenz

## **Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität:**

Besprechung aller Problemfälle und/oder aller Pat. mit interdisziplinärer Fragestellung und/oder Therapiewechsel mit Abweichung von festgelegten Behandlungspfaden

Auch maligne, epitheliale Tumoren (BCC, SCC):

Besprechung aller Problemfälle mit interdisziplinärer Fragestellung; z.B. Komplizierte Lokalisation, Ausdehnung/ Infiltration (z.B.: Ulcus rodens, Ulcus terebrans), metastasierte Tumoren, immunsupprimierte Patienten

**Grundsätzliche Vorstellung:** seltene maligne Hauttumoren (u.a. Merkel-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium

**Patienten mit neu aufgetretener Fernmetastasierung** werden in der Tumorkonferenz besprochen Anforderung: > 95% (Angabe Kennzahlenbogen)

# Hauttumorkonferenz

## **Unabhängig vom Stadium und von der Tumorentität:**

Besprechung aller Problemfälle und/oder aller Pat. mit interdisziplinärer Fragestellung und/oder Therapiewechsel mit Abweichung von festgelegten Behandlungspfaden

Auch maligne, epitheliale Tumoren (BCC, SCC):

Besprechung aller Problemfälle mit interdisziplinärer Fragestellung; z.B. Komplizierte Lokalisation, Ausdehnung/ Infiltration (z.B.: Ulcus rodens, Ulcus terebrans), metastasierte Tumoren, immunsupprimierte Patienten

**Grundsätzliche Vorstellung:** seltene maligne Hauttumoren (u.a. Merkel-Ca, DFSP, MFH, Leiomyo-S., Kaposi-S., Angiosarkom): unabhängig vom Stadium

**Patienten mit neu aufgetretener Fernmetastasierung** werden in der Tumorkonferenz besprochen Anforderung: > 95% (Angabe Kennzahlenbogen)

# Studien

---

## Anteil Studienpatienten

(Gilt für Pat. mit einem Melanom Stad. III + IV, kutane Lymphome ab Stad. Ib)

### 1. Erstzertifizierung:

Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss  $\geq 1$  Pat. in Studien eingebracht worden sein.

### 2. nach 1 Jahr:

Mind. 5 % der Pat. mit oben genannten Tm sollten in Studien eingeschlossen sein.

# Studien

---

## Anteil Studienpatienten

(Gilt für Pat. mit einem Melanom Stad. III + IV, kutane Lymphome ab Stad. Ib)

### 1. Erstzertifizierung:

Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss  $\geq 1$  Pat. in Studien eingebracht worden sein.

### 2. nach 1 Jahr:

Mind. 5 % der Pat. mit oben genannten Tm sollten in Studien eingeschlossen sein.



# Operative Therapie

Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand (Angabe für Malignes Melanom, DFSP, Merkelzellkarzinom, Sarkom)

- Mind. 2 (Fachärzte) Operateure sind namentlich zu benennen.

Mikrographisch kontrollierte Chirurgie

- Mind. 2 Operateure sind namentlich zu benennen.

Sentinel Node Biopsy (SNB)

- Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen.
- Pro Operateur sollten mind. 50 SNB-OP's nachgewiesen werden (Gesamterfahrung). 30 von 50 SNB-OP's müssen als Erstoperaeur erbracht werden.
- Anzahl Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben mind. 20/Jahr, davon 10/benanntem Operateur

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.
- Pro Facharzt sollten mind. 30 systematische Ausräumungen nachgewiesen werden. Davon können 50% in Lehrassistenz erbracht worden sein.

# Operative Therapie

**Exzision von Primärtumoren mit Sicherheitsabstand** (Angabe für Malignes Melanom, DFSP, Merkelzellkarzinom, Sarkom)

- Mind. 2 (Fachärzte) Operateure sind namentlich zu benennen.

**Mikrographisch kontrollierte Chirurgie**

- Mind. 2 Operateure sind namentlich zu benennen.

**Sentinel Node Biopsy (SNB)**

- Mind. 2 Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie sind namentlich zu benennen.
- Pro Operateur sollten mind. 50 SNB-OP's nachgewiesen werden (Gesamterfahrung). 30 von 50 SNB-OP's müssen als Erstoperateur erbracht werden.
- Anzahl Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben mind. 20/Jahr, davon 10/benanntem Operateur

**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.
- Pro Facharzt sollten mind. 30 systematische Ausräumungen nachgewiesen werden. Davon können 50% in Lehrassistenz erbracht worden sein.

# Kennzahlenbogen

Nr.	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (Nenner)	Sollvorgabe
1.	1.1 Epitheliale Tumoren (exklusive in-situ)	siehe Sollvorgabe	Anzahl Primärfälle (Def. siehe 1.1.3)	-	≥ 100
	1.2 Invasive Maligne Melanome			-	≥ 40
	1.3 Fälle mit kutanem Lymphom u. seltenen, malignen Hauttumoren (Angiosarkom, Merkel, DFSP)			-	Derzeit keine Vorgabe
2	Fallbesprechung bei neu aufgetretenen Fernmetastasen	Vorstellung aller Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen in der TK	Anzahl der Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen, die in der TK vorgestellt wurden	Anzahl der Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen	> 95%
3	Therapieabweichung gegenüber Empfehlung Tumorkonferenz	Möglichst selten Therapieabweichung gegenüber der TK-Empfehlung	Anzahl der Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen, die in der TK vorgestellt wurden und bei denen eine Therapieabweichung vorgenommen wurde	Anzahl der Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen, die in der TK vorgestellt wurden (= Zähler Kennzahl Nr. 2)	< 40%
4	Rücklaufquote Einweiserbefragung	Möglichst hohe Rücklaufquote	Anzahl der zurückerhaltenen Fragebögen	Anzahl der befragten Einweiser	Derzeit keine Vorgabe
5	Psychoonkologische Betreuung	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Anzahl Primärfälle, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer > 30 min.)	Primärfälle	Derzeit keine Vorgabe
6	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Anzahl Primärfälle, die durch den Sozialdienst beraten wurden	Primärfälle	Derzeit keine Vorgabe
7	Rücklaufquote Patientenbefragung	> 40 % zur Erzielung aussagekräftiger Ergebnisse	Anzahl an ausgefüllten, zurückerhaltenen Fragebögen	Anzahl der im Befragungszeitraum behandelten stationären, konsekutiven Pat.	≥ 40%
8	Studienteilnahme	Einschleusung von möglichst vielen Pat. in Studien	Alle Pat. mit einem Melanom Stad. III + IV o. kutanem Lymphom ab Stad. Ib, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	Alle Pat. mit einem Melanom Stad. III + IV o. kutanem Lymphom ab Stad. Ib	Mind. 1 Pat. bei Erstzeit ≥ 5% nach 1 J.
9	Sentinel Node-Biopsie	Möglichst häufig intraoperativer Nachweis des markierten Sentinel-LK	Pat. mit intraoperativ nachgewiesenem Sentinel-LK	Anzahl der Pat., die eine OP mit SNB erhalten haben	> 80%
10	Operative Eingriffe mit Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikroskopisch kontrollierter Chirurgie) <sup>1</sup>	siehe Sollvorgabe	Anzahl der OP's mit Sicherheitsabstand (keine Operationen mit mikroskopisch kontrollierter Chirurgie)	---	> 30 OP's/Jahr
11	Operative Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien, keine Eingriffe mit Sicherheitsabstand) <sup>2</sup>	siehe Sollvorgabe	Anzahl der OP's mit histologischer Randkontrolle (keine Probebiopsien)	---	> 100 OP's/Jahr
12	Revisionsoperationen	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen	Anzahl an Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. post-OP Komplikationen (Nachblutung und ähnliches)	Summe Anzahl / Zähler Kennzahl Nr. 10 + 11	Derzeit keine Vorgabe
13	Postoperative Wundinfektionen	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen	Anzahl an postoperativen Wundinfektionen	Summe Anzahl / Zähler Kennzahl Nr. 10 + 11	Derzeit keine Vorgabe

# Jahresbericht der Hautkrebszentren

Kennzahlenauswertung 2012  
Jahresbericht der zertifizierten  
Hautkrebszentren

**DKG**   
KREBSGESELLSCHAFT

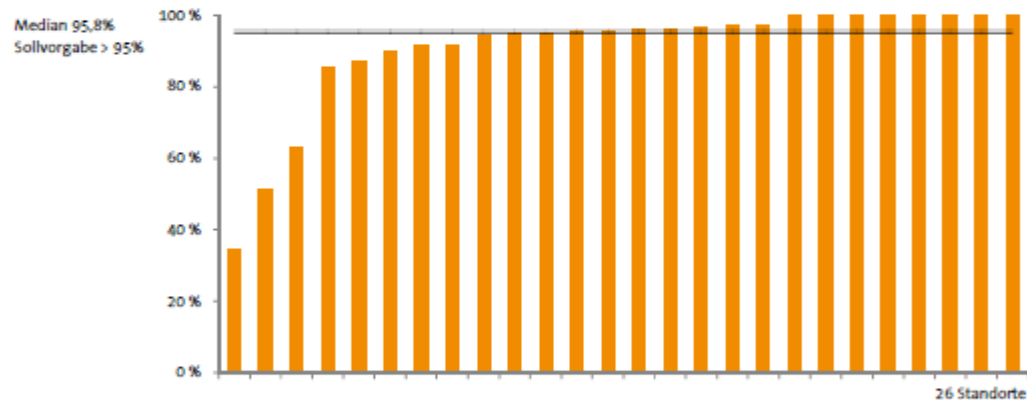


**DKG**   
KREBSGESELLSCHAFT

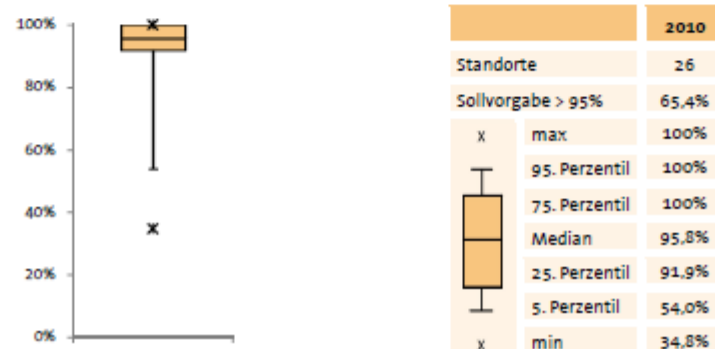
### Kennzahl 3 Fallbesprechung bei neu aufgetretenen Fernmetastasen

	Kennzahldefinition	alle Standorte 2010	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	34 <sup>†</sup>	13 - 222
Nenner	Anzahl der Fälle mit neu aufgetretenen Fernmetastasen	40 <sup>†</sup>	13 - 222
Quote	Sollvorgabe > 95%	95,8%	34,8% - 100% (16/46) - (222/222)

<sup>†</sup>Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf 1 Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



#### Kohortenentwicklung



# Jahresbericht der Zentren - Bedeutung

---

■ für die Zentren:

- Aussagen über die Entwicklung des Zentrums
- Vergleich mit anderen Zentren
- Identifizierung von Stärken und Schwächen
- Interdisziplinäre Diskussion in den Steuerungsgremien eines Zentrums

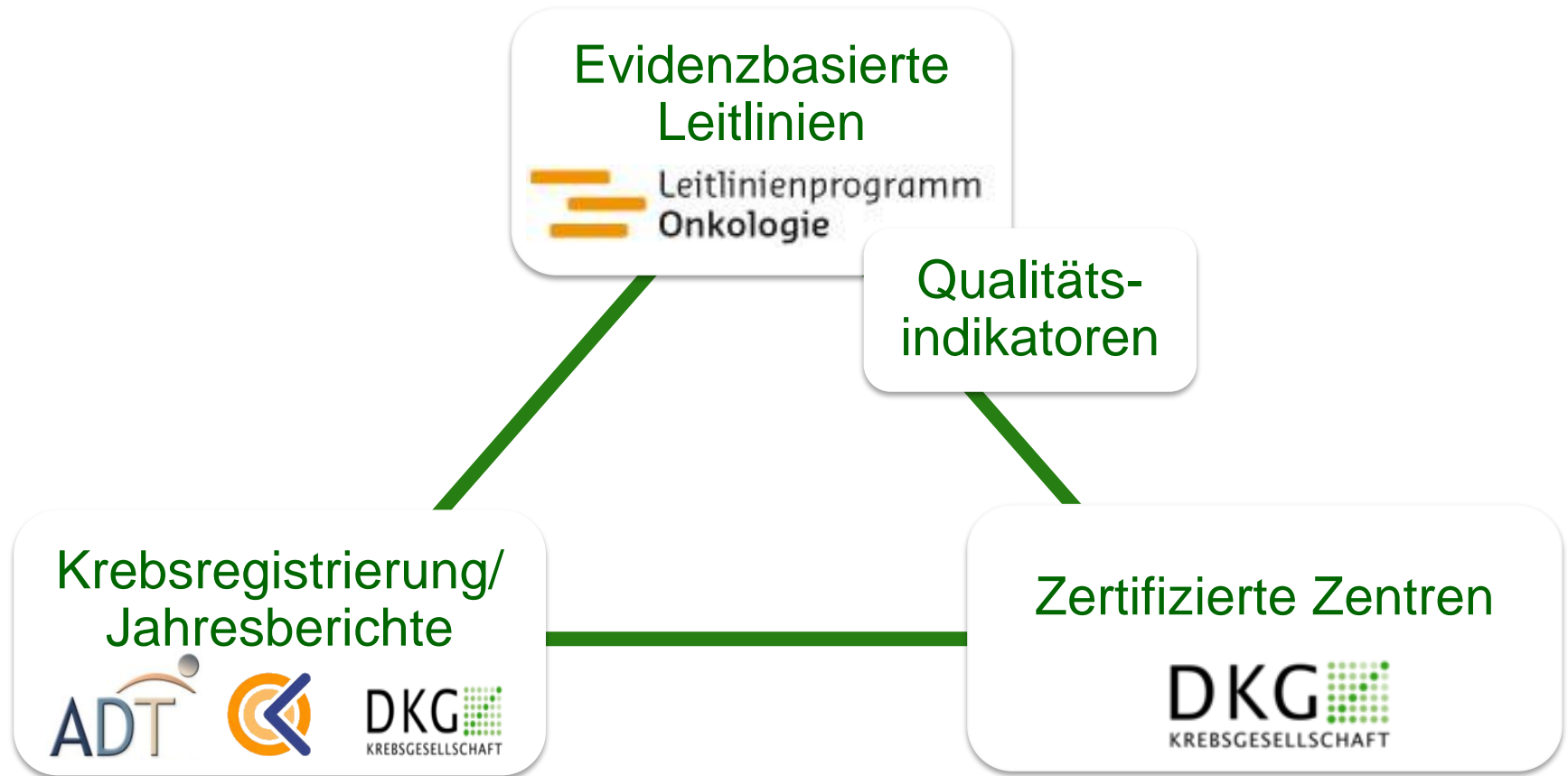


# Kennzahlenbogen: S3-Leitlinie Melanom

Nr.	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (Nenner)	Sollvorgabe
16 neu	Sicherheitsabstand (2cm) bei radikaler Exzision	Möglichst häufig ausreichender Sicherheitsabstand	Pat. mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 2cm	Pat. mit einem primären, kutanen Melanom und kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke > 2 mm	Derzeit keine Vorgabe
17 neu	Lokoregionäre Lymphknoten-Sonographie	Möglichst häufig lokoregionäre LK-Sonographie	Pat. mit lokoregionärer LK-Sonographie	Pat. mit Primärdiagnose malignes Melanom Stad. ≥ IB - IIIC	Derzeit keine Vorgabe
18 neu	Sentinel-Node-Biopsie	Möglichst häufig SNB bei Tumordicke ≥ 1mm und ohne Hinweis auf Fernmetastasierung	Pat., bei denen die SNB durchgeführt wird	Pat. mit einem primären, kutanen Melanom mit einer Tumordicke ≥ 1mm und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung	Derzeit keine Vorgabe
19 neu	Therapeutische Lymphadenektomie	Möglichst häufig LAD bei lymphogener Metastasierung ohne Hinweis auf Fernmetastasierung	Pat. mit therapeutischer LAD im Stad. IIIB u. IIIC	Pat. mit malignem Melanom Stad. IIIB u. IIIC	Derzeit keine Vorgabe
20 neu	Postoperative Radiatio	Möglichst häufig Radiatio mit 50-60 Gy	Pat. mit Radiatio mit 50-60 Gy in konventioneller Fraktionierung (5x1,8-2,5Gy/Wo)	Pat. mit malignem Melanom und postoperativer Radiatio des Lymphabflussgebietes	Derzeit keine Vorgabe
21 neu	Adjuvante systemische Therapie	Keine adjuvante Therapie mit Dauertherapie	Pat. mit adjuvanter systemischer Chemotherapie	Pat. mit malignem Melanom Stad. I-III	
22 neu	Adjuvante Extremitätenperfusion	Keine adjuvante Therapie Extremitätenperfusion		Pat. mit malignem Melanom Stad. IIIB	
23 neu	LDH-Bestimmung	Möglichst häufig LDH-Bestimmung Stad. IV		Pat. mit malignem Melanom Stad. IV	Derzeit keine Vorgabe
24 neu	BRAF-Inhibitor Therapie	Möglichst häufig BRAF-Inhibitor Therapie		Pat. mit malignem Melanom Stad. IV mit Metastasen	Derzeit keine Vorgabe
25 neu	Lokoregionäre Lymphknoten-sonographie in der Nachsorge	Möglichst häufig lokoregionäre LK-Sonographie		Pat. mit malignem Melanom Stad. IV bei Nachsorge	Derzeit keine Vorgabe
26 neu	Vorstellung Hauttumorboard	Möglichst häufig Vorstellung in TK bei Stad. IV	Pat. mit Stad. IV, die in dem interdisziplinären Hauttumorboard vorgestellt werden	Pat. mit malignem Melanom Stad. IV	Derzeit keine Vorgabe

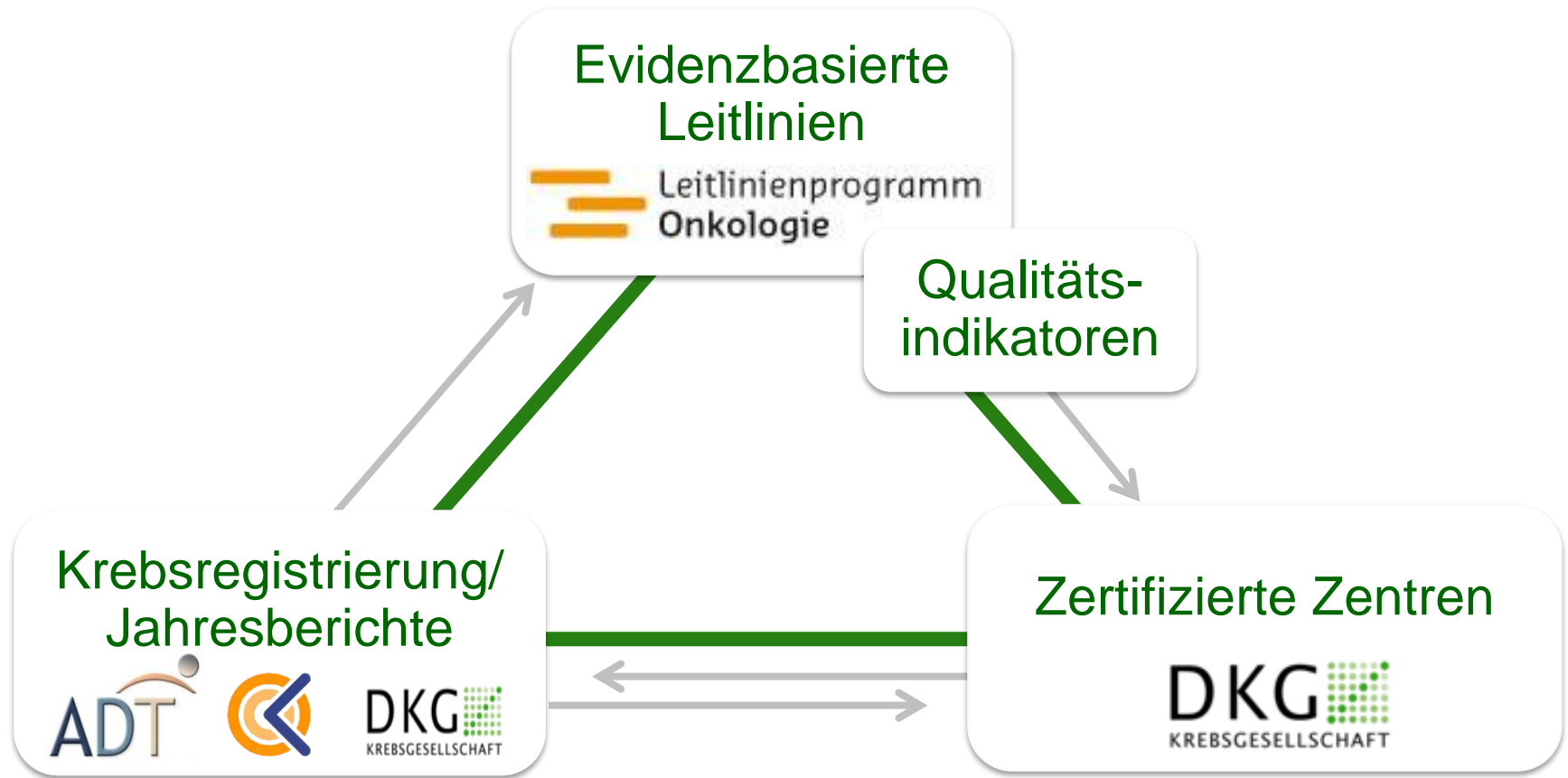
**Neu:**  
**Qualitätsindikatoren der Leitlinie Melanom**

# Zusammenarbeit in der Onkologie





# Zusammenarbeit in der Onkologie



# Zusammenarbeit in der Onkologie



# Fazit



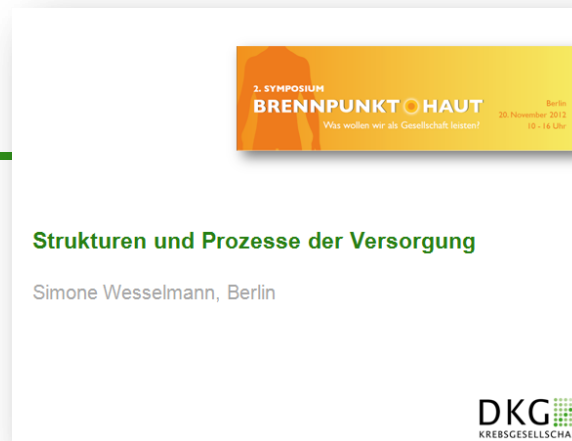
## Strukturen und Prozesse der Versorgung

Simone Wesselmann, Berlin

DKG  
KREBSGESELLSCHAFT

- Interdisziplinäres, multiprofessionelles Netzwerk entlang der Versorgungskette
- Transparenz der onkologischen Versorgung
- Leitlinienimplementierung
- PDCA-Zyklus

# Fazit



- Interdisziplinäres, multiprofessionelles Netzwerk entlang der Versorgungskette
- Transparenz der onkologischen Versorgung
- Leitlinienimplementierung
- PDCA-Zyklus

➔ für stetige Qualitätsverbesserung !



Vielen Dank