



# Durchführung der Qualitätssicherung in der Dermatohistologie

## 1. DEFINITION

Die dermatologische Histopathologie im Sinne dieses Arbeitspapiers wird verstanden als die Beurteilung und diagnostische Zuordnung mikromorphologischer Veränderungen der Haut (Epidermis, Dermis, subkutanes Fettgewebe einschließlich der Hautanhangsgebilde und der angrenzenden Schleimhäute) und Hoden (im Rahmen der andrologischen Fertilitätsdiagnostik) durch Fachärzte für Dermatologie und Venerologie.

Die Qualitätssicherung im Bereich der dermatologischen Histopathologie umfaßt

- Sicherung der Strukturqualität
- Sicherung der Prozeßqualität
- Sicherung der Ergebnisqualität.

### 1.1. Ziele

#### 1.1.1. Zielgruppe

Diese Empfehlungen richten sich an Dermatologen in Klinik und Praxis, die regelmäßig dermatologische Histopathologie betreiben.

#### 1.1.2. Ziele

Die Qualitätssicherung in der Dermatohistologie dient der Verbesserung der medizinischen Versorgung, also allein den Interessen der Patienten. Entsprechend setzt eine leistungsfähige Dermatohistologie einen gleichbleibend hohen Qualitätsstandard in der Beurteilung von feingeweblichen Veränderungen der Haut, angrenzenden Schleimhäute und ihrer Anhangsgebilde voraus. Die histologische Untersuchung des entnommenen Hautgewebes trägt zur Diagnose dermatologischer Krankheitsbilder und der daraus abzuleitenden Therapie bei. Das Ziel der Qualitätssicherung in der Dermatohistologie muß deshalb eine optimale morphologische Aussage im Sinne der Diagnose sein, die dem Konsens der Fachleute, der Wiederholbarkeit und der intersubjektiven Gültigkeit zu genügen hat. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, den technischen Stand der Materialverarbeitung und Befunderhebung so-wie den hinreichenden Wissensstand und das Urteilsvermögen zu sichern. Die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns erfordert deshalb eine enge, kritische, interdisziplinäre ärztliche Kooperation zwischen Einsender und Beurteiler.

### 1.2. Vorgehen

Um den Qualitätsanspruch in der Dermatohistologie gerecht zu werden, sind folgende Maßnahmen sicherzustellen:

#### 1.2.1. Strukturqualität

Qualitätssicherung beschreibt die nach dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik gültigen Rahmenbedingungen sowohl für die Qualifikation von Ärzten und Fachpersonal als auch für die Ausstattung der Arbeitsstätte.

### 1.2.2. Prozeßqualität

Qualitätssicherung nimmt Einfluß auf die Abläufe in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, insbesondere optimiert sie die methodischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

### 1.2.3. Ergebnisqualität

Qualitätssicherung schließt die Prüfung der Ergebnisse der methodischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, zum Beispiel durch Vergleich anhand definierter Maßstäbe, ein.

## 1.3. Instrumentarium

**1.3.1. Qualitätszirkel** (z.B. Konsultation von Kollegen bei Problempräparaten mit entsprechender Dokumentation im dermatohistopathologischen Gutachten sowie regelmäßige Treffen mit Kollegen zur Besprechung von allgemeinen und speziellen Problemen).

**1.3.2. Referenzzentren und Fachreferenten** (z.B. Lymphom-, Melanom-, Adnextumor-Register; Informationsstelle für Fragen zur Labororganisation, zu präparativen Methoden, zu rechtlichen Fragen, zur Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaft).

Empfehlung: Einzurichten von der ADH, soweit noch nicht vorhanden.

**1.3.3. Referenzsammlung.** Empfehlung: Einzurichten von der ADH.

**1.3.4. Besuch von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen,** Mikroskopierkursen, Schnittseminaren und/oder Tutorials.

**1.3.5. Freiwillige Teilnahme an Ringversuchen** (Empfehlung):

- a) Technischer Ringversuch (Gewebeeinbettung, Färbung).
- b) Diagnostischer Ringversuch ("Dermatopath-Check").

Die Ringversuche werden getrennt voneinander jeweils einmal jährlich von der ADH organisiert. Ihre Durchführung obliegt gemeinsam einem Ringversuchsleiter und einem Expertengremium, die aus Mitgliedern der Kommission "Qualitätssicherung in der Dermatohistologie" gebildet werden. Diese Kommission wird für vier Jahre von der ADH-Mitgliederversammlung gewählt und setzt sich paritätisch aus Vertretern von niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen dermatologischen Histopathologen zusammen. Die Kommissionsmitglieder dürfen höchstens vier Jahre Mitglied des Expertengremiums sein und müssen selbst an den Ringversuchen teilnehmen.

**1.3.6. Fort- und Weiterbildung sowie Tutorials für technisches Personal.** Empfehlung: Einzurichten von der ADH, soweit noch nicht vorhanden.

## 2. STRUKTURQUALITÄT

### 2.1. Personelle Struktur

**2.1.1.** Die personelle Struktur eines dermatohistopathologischen Labors umfaßt

- a) Medizinisch-technische Assistenz.
- b) Speziell ausgebildete Fachärzte für Dermatologie mit Kompetenznachweis in der dermatologischen Histopathologie.

**2.1.2.** Der Nachweis der Kompetenz für den in der Dermatohistologie tätigen Dermatologen umfaßt eingehende Kenntnisse und Erfahrungen und Fertigkeiten, die sich aus der speziellen Ausbildung in der dermatologischen Histopathologie ergeben und über die im Gebiet aufgeführten Inhalte hinausgehen.

**2.1.3.** Die Befundung bedarf einer klinisch-pathologischen Korrelation. Der Dermatohistologe soll über die aktuellen diagnostischen Möglichkeiten informiert sein und diese fallgerecht anwenden.

### 2.2. Apparative Struktur

Ein dermatohistopathologisches Labor soll apparativ so ausgestattet sein, daß es Biopsie- und Exzisionsmaterial der Haut auch unter Berücksichtigung immunhistochemischer Verfahren aufarbeiten kann.

### 3. PROZESSQUALITÄT

#### 3.1. Diagnostische Qualitätssicherung

- 3.1.1.** Aufarbeitung und Untersuchung von Hautgewebe unter Benutzung indizierter und standardisierter Präparations- und Färbemethoden.
- 3.1.2.** Beschreibung der relevanten mikroskopischen Befunde.
- 3.1.3.** Formulierung einer Diagnose/Differentialdiagnose, eventuell mit epikritischer Auswertung.
- 3.1.4.** Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Qualitätssicherung in der Dermatohistologie erfordert eine intensive, kollegiale ärztliche Zusammenarbeit. Dazu gehören Sicherstellung einer hinreichenden Information über die Personalien des Patienten, Herkunft des zu untersuchenden Hautgewebes sowie über wichtige anamnestische Daten und die Rückkoppelung mit dem Einsender bei offensichtlicher Diskrepanz zwischen klinischem und histologischem Bild.
- 3.1.5.** Asservieren von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 8 Wochen.
- 3.1.6.** Asservieren von Geweblöckchen für mindestens 2 Jahre.
- 3.1.7.** Aufbewahren der Schnitte und schriftlichen Befunde entsprechend den berufsrechtlichen Bestimmungen (10 Jahre).
- 3.1.8.** Bereitschaft zur Mitarbeit an Diagnoseregistern (z.B. ADH), multizentrischen Studien, speziellen Arbeitsgemeinschaften (z.B. EORTC-Lymphomgruppe), Erhebung (z.B. Therapiestudien), Krebsregistern (z.B. Melanomregister) und Statistiken.
- 3.1.9.** Freiwillige Teilnahme am diagnostischen Ringversuch der ADH (Empfehlung). Der Teilnehmer erhält zweimal jährlich ein Präparatset mit ca. 20 Schnittpräparaten zur Beurteilung ("Dermatopath-Check-Set"), bei Rücksendung ein fertiges Antwortheft mit Erläuterung. Die Durchführung obliegt gemeinsam dem Ringversuchsleiter und dem Expertengremium (siehe Punkt 1.3.5.).

#### 3.2. Technische Qualitätssicherung

Freiwillige Teilnahme am technischen Ringversuch der ADH (Empfehlung). Der Teilnehmer erhält einmal jährlich frisch fixiertes Hautgewebe, um die Präparations- und Färbequalität der im Labor angefertigten Präparate zu überprüfen, bei Rücksendung der gefärbten Schnittpräparate konkrete Hinweise und Hilfe zur Mängelbeseitigung. Die Durchführung obliegt gemeinsam dem Ringversuchsleiter und dem Expertengremium (siehe Punkt 1.3.5.).

### 4. ERGEBNISQUALITÄT

Empfohlen werden:

- 4.1.** Interne laufende Fortbildung der medizinisch-technischen Mitarbeiter sowie der dermatohistopathologisch tätigen Ärzte durch

- 4.1.1.** Konferenzen am Diskussionsmikroskop (klinisch-histologische Korrelation).
- 4.1.2.** Anlegen von Diagnoseboxen für den Selbstunterricht.
- 4.1.3.** Teilnahme an speziellen Arbeitsgemeinschaften (z.B. EORTC Cutaneous Lymphoma Project Group, Melanoma Project Group).
- 4.1.4.** Teilnahme an Krebsregistern (z.B. Melanomregister).

**4.2.** Regelmäßige Teilnahme an Symposien, Schnittseminaren und Tutorials (z.B. Veranstaltungen der ADH, European Society of Dermatopathology, American Society of Dermatopathology, International Society for

Dermatohistopathologie oder gleichwertiger dermatohistopathologisch ausgerichteter Fortbildungsveranstaltungen).

4.3. Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln.

4.4. Beteiligung an diagnostischen Ringversuchen.

## 5. KONSEQUENZEN

5.1. Die Qualitätssicherung in der Medizin wird vom Gesetzgeber gefordert (SGB V, §§ 112, 113, 135-139) und obliegt den Ärztekammern bzw. der kassenärztlichen Bundesvereinigung. Aufgabe der Fachgesellschaften ist es, vernünftige und praktikable Wege aufzuzeigen, die zu einer sinnvollen und allgemein akzeptablen Qualitätssicherung führen.

5.2. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte schriftlich dokumentiert werden.

5.3. Da mit den genannten Maßnahmen etwaige Qualitätsmängel erfasst, abgestellt und im Ergebnis kontrolliert werden sollen, sollten sich alle Mitglieder der ADH der Qualitätssicherung verpflichten.

## 6. Planmäßige Überprüfung

Eine Überprüfung dieser Leitlinie ist am 31. Dezember 2001 vorgesehen.

**Die in dieser Leitlinie vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind medizinisch notwendig und entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft.**

Münster, 21. 02. 2000

---

### Verfahren zur Konsensbildung

Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft - Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V.

Subkommission der Dermatohistologie  
Leiter: Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Schulze

### Autorenremium:

Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Schulze, Münster  
Dr. med. H. Kutzner, Friedrichshafen  
Prof. Dr. med. P. Kind, Frankfurt  
Prof. Dr. med. G. Kolde, Berlin  
Dr. med. M. Reusch, Hamburg  
Prof. Dr. med. C. Schmoeckel, München

### Überprüfung geplant:

31. Dezember 2001

---

Zurück zum [Liste Empfehlungen zur Qualitätssicherung](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

**Stand der letzten Aktualisierung: 21. 02. 2000**

© Dt. Dermatologische Ges.

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 12.02.2007; 15:01:34