

Tumordokumentation – Herausforderungen 2015 Krebsregister und internes QM

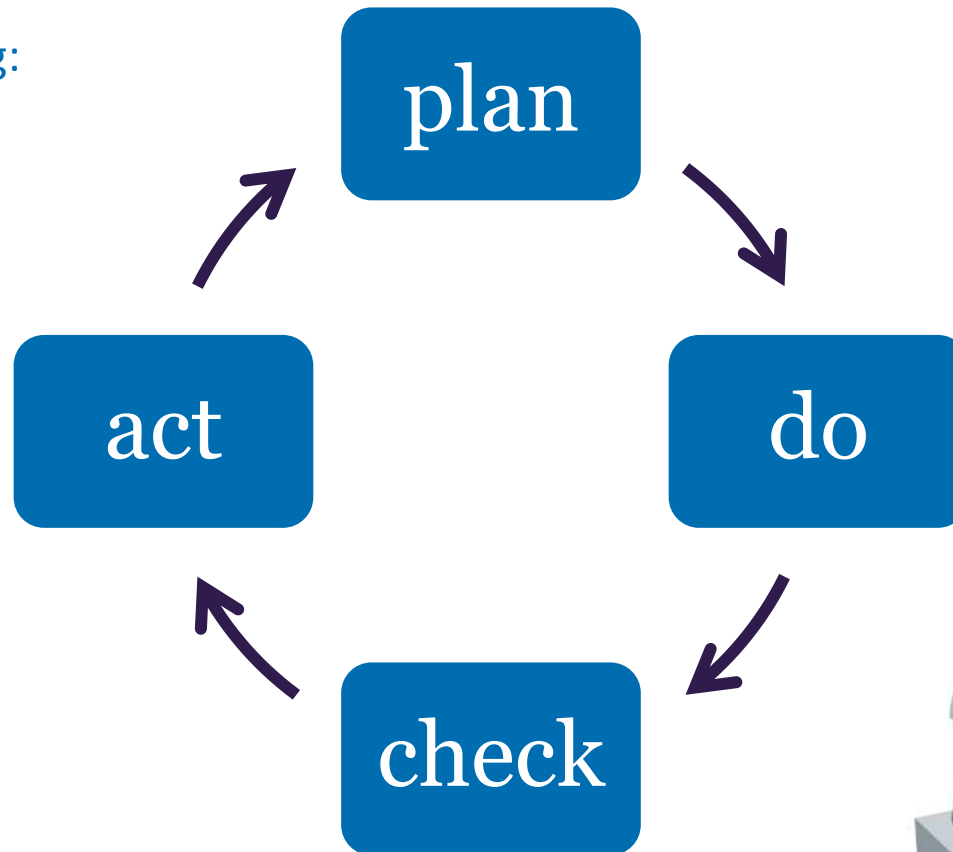
**"Jahr zwei des neuen
Krebsregistergesetzes: Wo stehen
wir heute?„
Stuttgart April 2015 (J. Haier)**



Klinische Krebsregister

Ziele und Visionen

Klassische
Qualitätssicherung:
PDCA-Zyklus



Bestenlisten ???

Klinische Krebsregister

KFRG: Krebs-Früherkennungs- und -registergesetz

Deutscher Bundestag

Drucksache 17/11267

17. Wahlperiode

31. 10. 2012

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister
(Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)

A. Problem und Ziel

Deutschland verfügt – auch im internationalen Vergleich – über ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem, das jeder Person Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und im Falle einer Krebsdiagnose umfassende Maßnahmen der Therapie und Nachsorge von Krebserkrankungen anbietet. Doch trotz erheblicher Fortschritte in der Krebsbehandlung steht Deutschland, wie andere vergleichbare Industrienationen, vor wachsenden Herausforderungen bei der Krebsbekämpfung. Im Vordergrund steht insbesondere die demographisch bedingte Zunahme der Neuerkrankungen. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, nimmt mit höherem Alter zu. So lag die Zahl der Krebsneuerkrankungen nach den aktuellen Zahlen aus dem Robert Koch-Institut im Jahr 2008 bei rund 470 000 Fällen (invasive Krebserkrankungen ohne nicht-melanotische Hautkrebsformen), das sind 70 000 Fälle mehr als im Jahr 1999. Krebs ist mit inzwischen mehr als 218 000 Todesfällen pro Jahr die zweithäufigste Todesursache in Deutschland; im Jahr 2010 starb jeder Vierte daran.

Steht alles drin – wir können
Kaffeepause machen



Klinische Krebsregister

Ziele und Visionen

Unterstützung der Tumorzentren insbesondere bei der Wahrnehmung folgender Aufgaben:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung in einer Region
- Weiterentwicklung der Vernetzung aller onkologischen Einrichtungen in einer Region
- Unterstützung und Weiterentwicklung der organisatorischen Leit- bzw. Geschäftsstellen der regionalen onkologischen Netzwerke
- Förderung leitliniengestützten Wissens in den Behandlungseinrichtungen des regionalen Netzwerks
- Organisation von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte, Pflegepersonal, Psychoonkologen, Mitarbeitern von Sozialdiensten, Hospizen, Palliativeinrichtungen, sowie
- Organisation von Informationsveranstaltungen
- Unterstützung der Nachsorge sowie Initiierung von Angeboten nachstationärer psychosozialer Angebote und Therapie ergänzender Leistungen
- Initiierung und Unterstützung von Aktivitäten und Projekten in den Bereichen Primärprävention und Früherkennung

Klinische Krebsregister

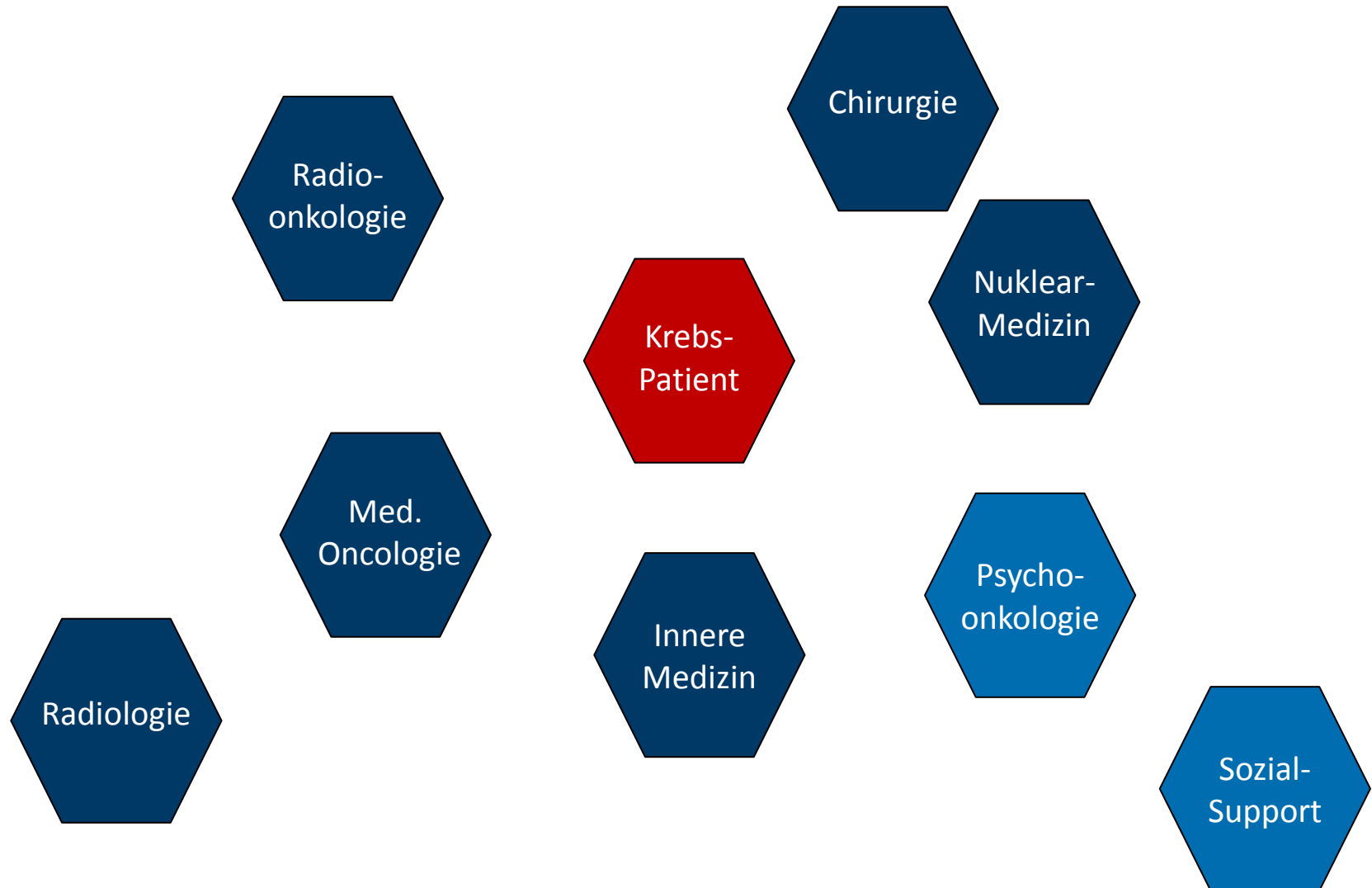
Ziele und Visionen

Unterstützung der klinischen Krebsregister insbesondere bei der Wahrnehmung folgender Aufgaben:

- gesetzliche Aufgaben nach § 65c SGB V sowie bei Erfüllung der Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern/-innen im Bereich der klinischen Tumordokumentation
- Schnittstellen zwischen klinischer Versorgung, Qualitätssicherung und Dokumentation

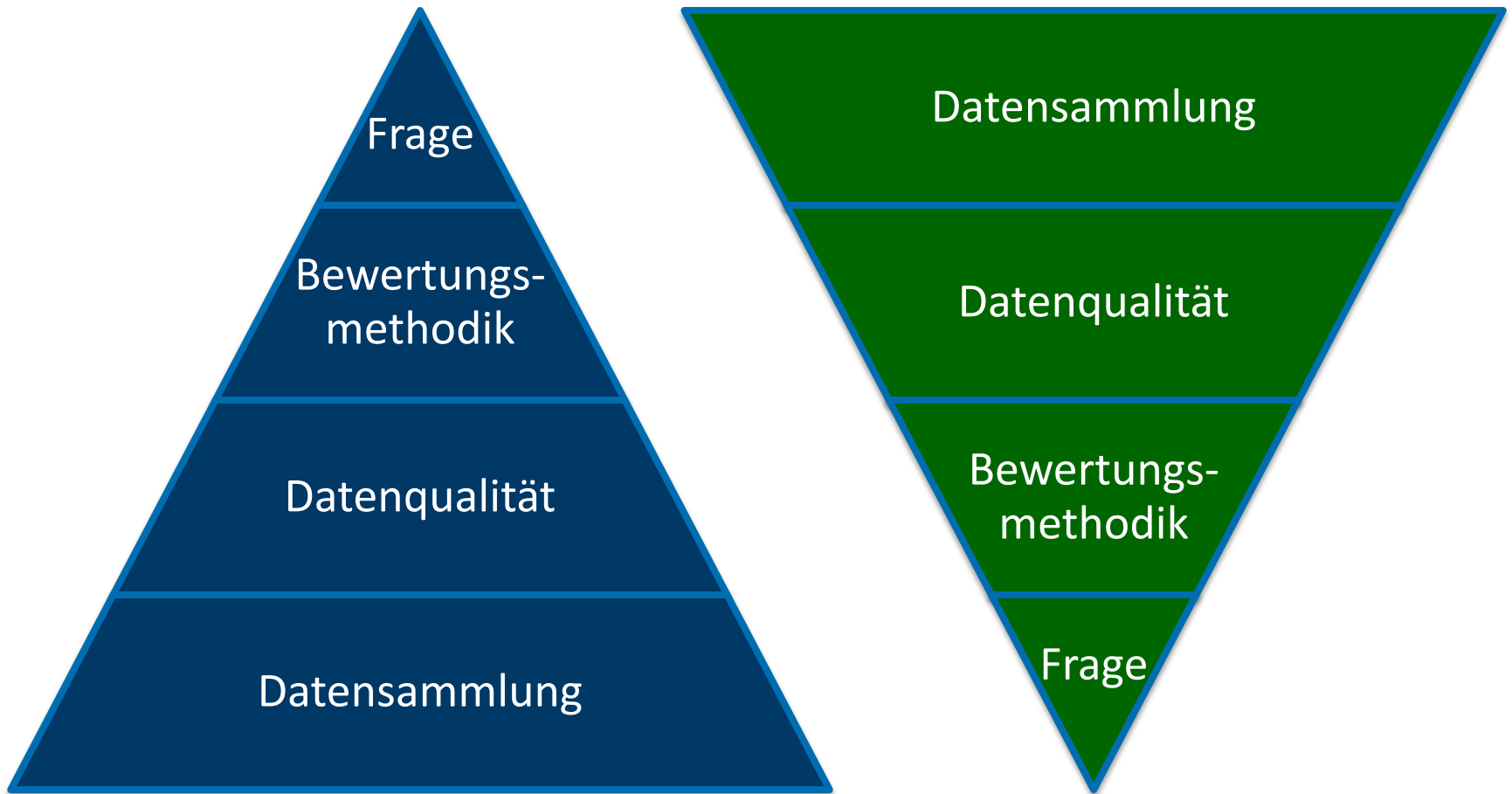
Tumorzentren und Krebsregister

Nicht auf akute Behandlung beschränkt



Tumordokumentation

Was wollen wir mit den Daten?



Onkologisches Qualitätsmanagement

Onkologisches Qualitätsmanagement

Ziele und Erwartungen



Ziele

- Steigerung der Zufriedenheit onkologischer Patienten
- Steigerung der Effizienz der Versorgung onkologischer Patienten
- Verbesserung der Behandlungsergebnisse bzw. Effektivität bei onkologischen Patienten

Onkologisches Qualitätsmanagement

Qualitätsindikatoren

sind **quantifizierbare** Messgrößen

- die zum **Monitoring** und der **Bewertung** der Qualität in den Bereichen Leitung, Management, Supportivprozesse, klinischer Ablauf und Behandlungsergebnisse genutzt werden können.

sind **Werkzeuge**

- der Leistungsbewertung, Problemanalyse und Systemsteuerung

Onkologisches Qualitätsmanagement

Qualitätsindikatoren

Ein Blick in den **Werkzeugkasten**



Qualitätsindikatoren

Die Frage bestimmt die Antwort

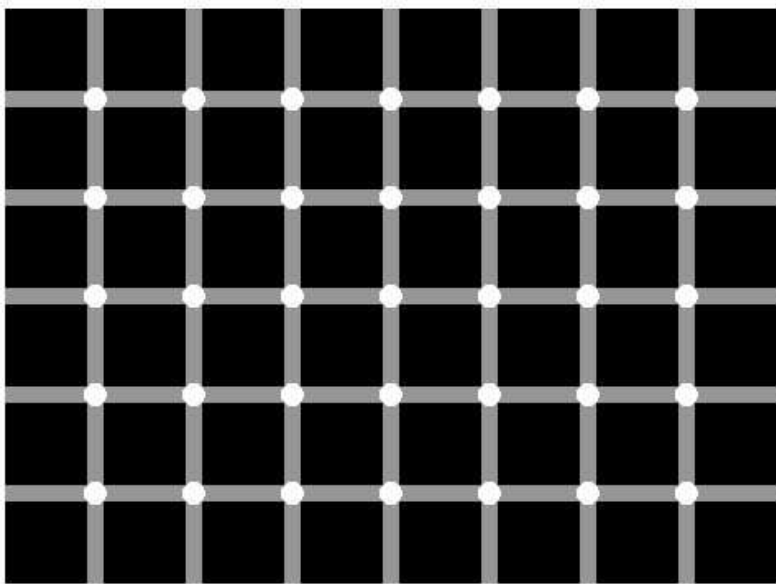


Was wird gefragt?

- Indikationsstellung
- Strukturindikatoren
- Prozessindikatoren
- Ergebnisindikatoren
- Inanspruchnahme/Auslastung
- Effizienz (Wirtschaftlichkeit)

Qualitätsindikatoren

Wer stellt eigentlich die Fragen?



Wer stellt die Fragen?

- Leistungserbringer
- Träger
- Krankenkassen
- Politik
- Verbände
- Zertifizierungsindustrie
- ...
- Patienten

Qualitätsindikatoren

Wer muss nach Qualität fragen?

Ambulant

- Internes QM:
§ 135 a Abs. 2 Nr. 2
§ 136 a Abs. 1
- Externe vergl. QS
§ 135 a Abs. 2 Nr. 1
- Stichprobenprüfung
§ 136 Abs. 2
- Ärztl. Behandlung,
Strukturqualität
§ 92, § 135 a Abs. 1 &
2 (BMV)

Sektorübergreifend

- DMP
§ 137 f
- Amb. Behandl. Khs.
§ 116 b

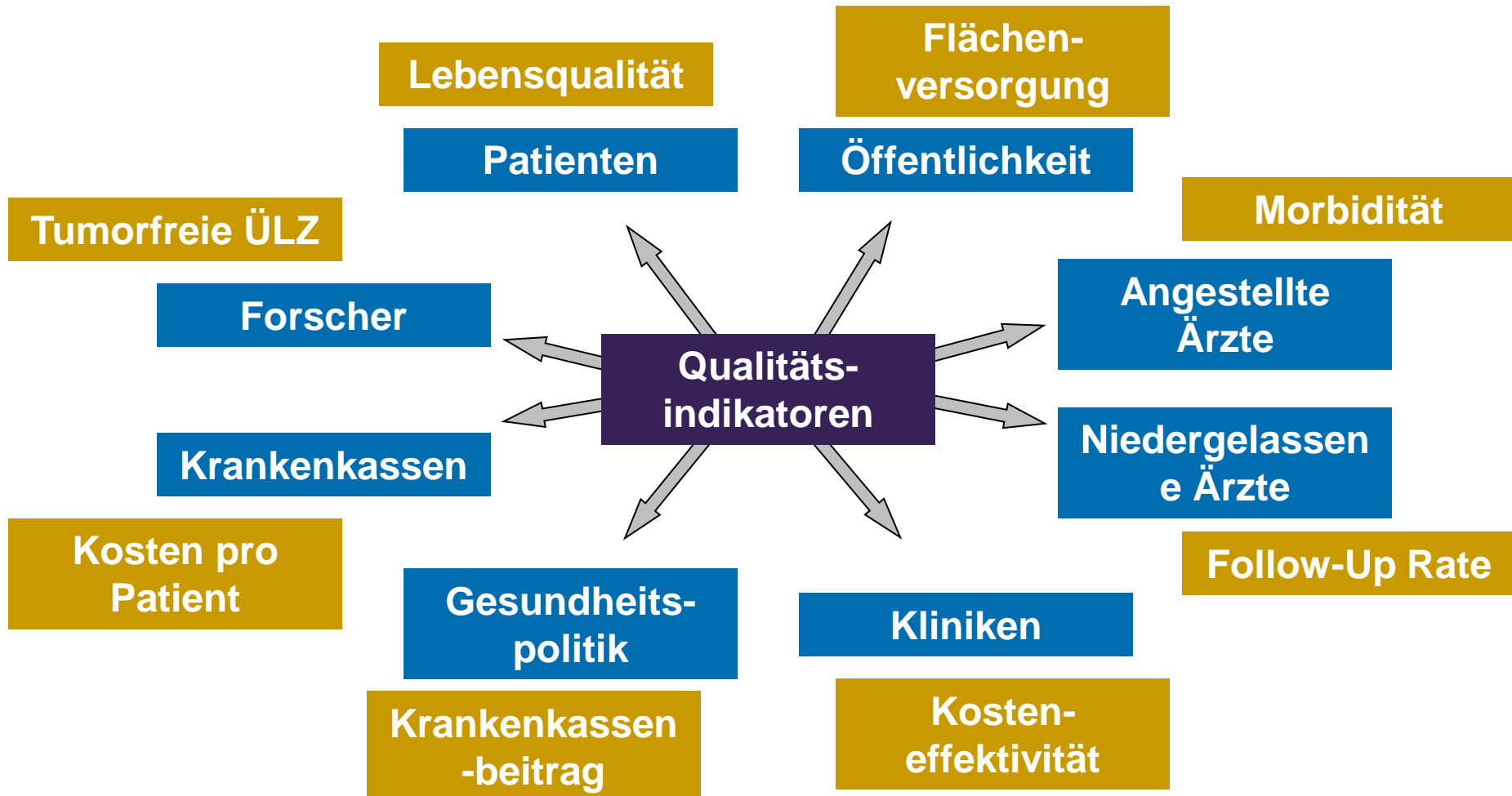
Stationär

- Internes QM:
§ 135 a Abs. 2 Nr. 2
§ 137 Abs. 1 Nr. 1
- Externe vergl. QS
§ 135 a Abs. 2 Nr. 1
§ 137 Abs. 1 Nr. 1
- Indikation+Qualität
§ 137 Satz 3 Nr. 3
- Qualitätsbericht
§ 137 Satz 3 Nr. 6
- Mindestmengen
§ 137 Satz 3 Nr. 3
- Zweitmeinung
§ 137 Satz 3 Nr. 4
- Ärztl. Behandlung,
Strukturqualität
§ 137 c

Neu: Klinische Krebsregister nach § 65c SGB V

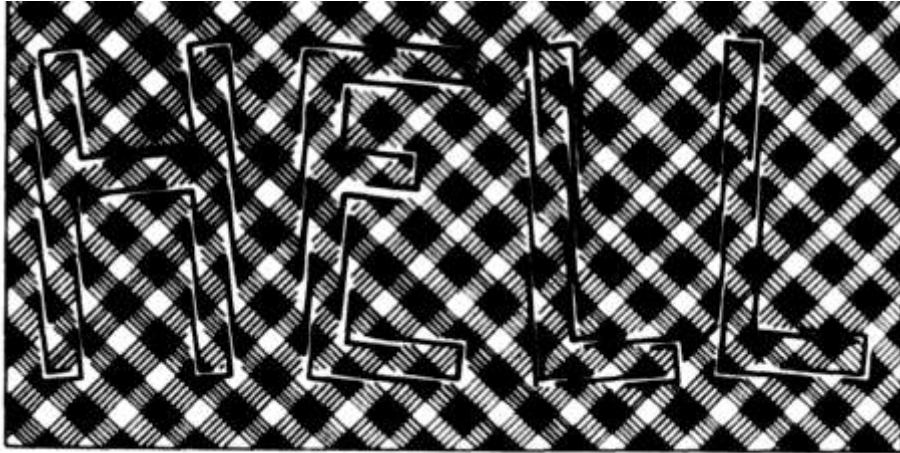
Qualitätsindikatoren

Was ist Qualität?



Qualitätsindikatoren

Welche Antworten werden erwartet?



Geht es nur um Patientenversorgung?

- Outcome & Lebensqualität
- Kostensenkung
- Marketing
- Wettbewerb
- Erlösrisikobewertung
- Wählerstimmen
- Selbstbestimmung & Entscheidungshilfen
- Problemerkennung & Prozesssteuerung

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

Das Problem der Datenspezifikation

Tumorbiologie versus Kostenorientierung

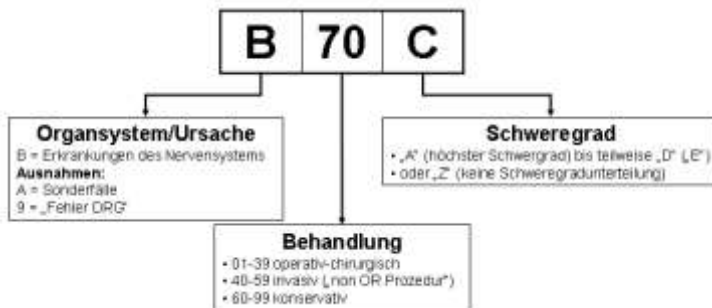
Tag	DRG	MCC	Type	Int	Description	GMLOS	AMLOS	Relative Wesgt	DRG Platzwert
	100	04	MED		RESPIRATORY SURG	1.8	2.1	0.5222	2,297.60
	101	04	MED		OTHER RESPIRATORY	3.3	4.4	0.0854	3,007.76
	102	04	MED		OTHER RESPIRATORY	2.1	2.6	0.5437	2,392.20
	103	04	MED		OTHER RESPIRATORY	2.1	2.6	0.5437	2,392.20
	103	05	SURG		HEART TRANSPLANT	26.1	42.4	10.0381	81,075.64
	104	05	SURG		CARDIAC VALVE & OTH	12.2	14.4	7.9389	34,971.16
	105	05	SURG		CARDIAC VALVE & OTH	8.2	9.9	5.7156	25,148.64
	106	05	SURG		CORONARY BYPASS W	9.6	11.4	7.2926	32,091.84
	107	05	SURG		CORONARY BYPASS W	9.2	10.4	5.3791	23,656.44
	108	05	SURG		OTHER CARDIOTHORA	7.3	9.8	5.3656	23,608.64
	109	05	SURG		CORONARY BYPASS W	6.7	7.7	3.9481	12,336.44
	110	05	SURG		MAJOR CARDIOVASCUL	6.2	8.9	4.0482	17,816.48
	111	05	SURG		MAJOR CARDIOVASCUL	3.2	4.1	2.4797	10,910.68
	112	05	SURG		NO LONGER VALID	0	0	0	0.00
	113	05	SURG		AMPUTATION FOR DR	10.4	13.3	3.0186	13,248.64
	114	05	SURG		UPPER LIMB & TDE AM	6.3	8.7	1.8436	7,231.84
	115	05	SURG		LOW FARD PALM LMP	5	7.4	1.5465	15,604.60

Gruppierung nach Kostenvergleichbarkeit

- Organsystem
- Behandlung
- Schweregrad

Tumorbiologie ?

- Rezidiv
- Kriterien der Operabilität
- Patientenrisiko



Matrixlösung für Datenquellen

Übereinstimmung von Indikatorziel / Datenherkunft

	DRG und Abrechnung	Spezifische Erfassung	Klinische Krebsregister	Fragebögen (z.B. Patientenerbefragungen)
Lebensqualität		X		X
Überlebenszeit			X	
Kosteneffizienz	X	X		
Struktur-entwicklung	X	X	X	(X)
Behandlungsmorbidität	(X)	X	X	(X)

Diese Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Klinische Krebsregister

KFRG: Krebs-Früherkennungs- und -registergesetz

Die besten Kliniken in Hessen
NR: Kniegelenkersatz bei Gelenkerscheid (Arthrose)

DRG	Stabname	Erstleistung Pkt.	2. Leistung Pkt.	3. Leistung Pkt.	4. Leistung Pkt.	5. Leistung Pkt.
11100	Hilfsmittel Frankfurt am Main e.V.	44	44	44	44	44
11101	Christoph-Orthopädische Poliklinik Löhrenstein & Co. KG	43	43	43	43	43
11102	MSK des MVK Wiesbaden	43	43	43	43	43
11103	SKK Kassel	42	42	42	42	42
11104	Orthopädie Frankfurt	42	42	42	42	42
11105	Orthopädisches Zentrum Kassel	42	42	42	42	42
11106	Orthopädie Kassel	42	42	42	42	42
11107	Orthopädische Poliklinik Kassel	41	41	41	41	41
11108	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11109	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11110	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11111	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11112	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11113	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11114	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11115	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11116	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11117	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11118	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11119	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41
11120	Orthopädisches Zentrum Kassel	41	41	41	41	41

- überdurchschnittliche Qualität
- durchschnittliche Qualität
- unterdurchschnittliche Qualität

In der Onkologie funktioniert das nicht richtig

Deutscher Bundestag

Drucksache 17/11267

17. Wahlperiode

31. 10. 2012

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)

A. Problem und Ziel

Deutschland verfügt – auch im internationalen Vergleich – über ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem, das jeder Person Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und im Falle einer Krebsdiagnose umfassende Maßnahmen der Therapie und Nachsorge von Krebserkrankungen anbietet. Doch trotz erheblicher Fortschritte in der Krebsbehandlung steht Deutschland, wie andere vergleichbare Industrienationen, vor wachsenden Herausforderungen bei der Krebsbekämpfung. Im Vordergrund steht insbesondere die demographisch bedingte Zunahme der Neuerkrankungen. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, nimmt mit höherem Alter zu. So lag die Zahl der Krebsneuerkrankungen nach den aktuellen Zahlen aus dem Robert Koch-Institut im Jahr 2008 bei rund 470 000 Fällen (invasive Krebserkrankungen ohne nicht-melanotische Hautkrebsformen), das sind 70 000 Fälle mehr als im Jahr 1999. Krebs ist mit inzwischen mehr als 218 000 Todesfällen pro Jahr die zweithäufigste Todesursache in Deutschland; im Jahr 2010 starb jeder Vierte daran.

Was zeichnet gute
Qualitätsmessung aus?

Qualitätsindikatoren

Einflussfaktoren

Qualitätsbedingte Wirkung

- Faktoren, die die Erreichung der Qualitätsziele **direkt** über eine **variable Erfüllung** von Struktur und/oder Prozessen beeinflussen, die unmittelbar mit der Versorgungsqualität assoziiert sind.

Die Identifikation dieser qualitätsbedingten Faktoren ist ein wesentliches Ziel der Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikatoren

Einflussfaktoren

Unabhängige Variabilität

- Faktoren, die Erreichung von Qualitätszielen **unabhängig von versorgungsassoziierten Merkmalen** beeinflussen
- Faktoren, die die QS-Zählfilter beeinflussen (**Erfassungsvariabilität**).
- **Patientenassoziierte Variabilität**
 - Krankheitsassoziiert (z.B. Tumorentität, Stadien)
 - Tumorunabhängig (z.B. Alter, Komorbidität)
- **Messgenauigkeit** der Indikatoren (z.B. Risikoadjustierung)
- **zufällige Variabilität** (z.B. Phänomen der kleinen Zahlen, multiples Testen)

Qualitätsindikatoren

Einflussfaktoren

Qualität der Definitionen

- Grundgesamtheit (SOLL-Funktion, z.B. Rezidiv)
- Versorgungsgrad (IST-Funktion, z.B. mesorektale Exzision)

Datenqualität

- Funktionsfähigkeit der QS-Zählfiler (Vollzähligkeitsprüfung)
- Funktionsfähigkeit des Datensatzes (Vollständigkeitsprüfung)
- Datenvalidität (Richtigkeitsprüfung)
- Implementationsbarrieren und Adjustierungsaufwand

Qualität der Qualitätsmessung

Was messen wir eigentlich?

Qualitätskriterien der Daten

- Vollzähligkeit
- Vollständigkeit
- Lost to follow up
- Aktualität
- Rückmeldung

Qualitätskriterien der Indikatoren

- Sensitivität
- Spezifität
- Beeinflussbarkeit
- Eindeutigkeit der Rechenregeln
(Definition Ist/Soll-Größen)
- Verständlichkeit für Zielgruppen

Qualitätsindikatoren

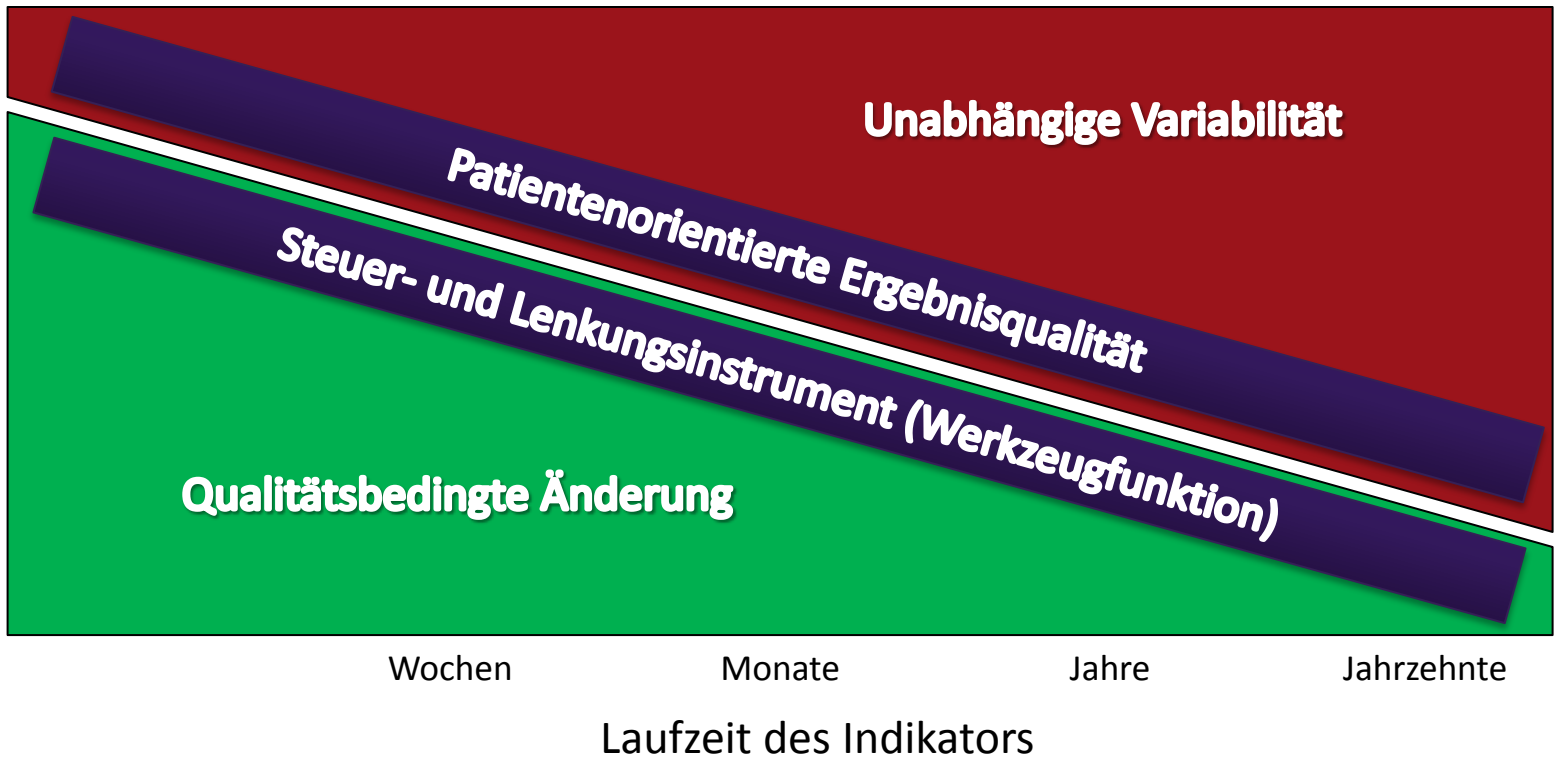
Laufzeit und Beobachtungsdauer

Veränderlichkeit

hoch

mittel

gering



Je länger die Indikatorlaufzeit, desto höher die unabhängige Variabilität

Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren

Spezifische Probleme
in der Onkologie

Qualitätsindikatoren

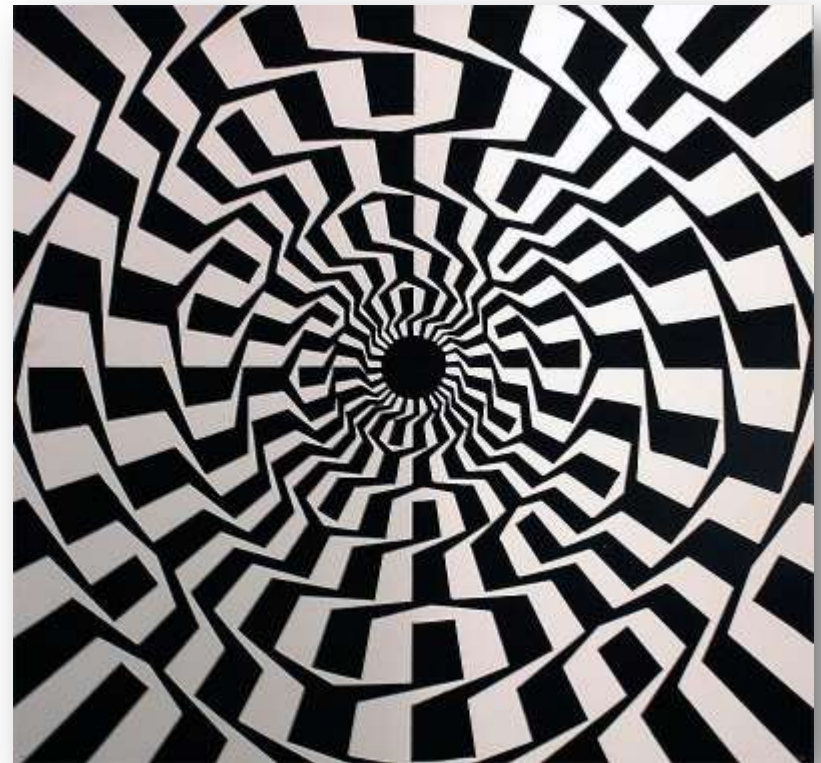
Fragen vor dem Einsatz

Misst der Indikator das, was er soll?

Reflektiert der Indikator
Qualitätsmerkmale in Bezug auf die
gestellten Ziele?

Kann mit dem Indikator
Leistungsverbesserung gesteuert
werden?

Läuft jetzt alles rund?



Qualitätsindikatoren

Von der Kennzahl zum Indikator

Häufige Verfahren

- Zweistufiges Delphi-Verfahren
- DELBI (AWMF, ÄZQ)
- RAND (UCLA)
- OECD's Health Care Quality Indicator (HCQI) Project
- QUALIFY (BQS)
- Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE)

Qualify

- Instrument zur strukturierten Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen (BQS-Verfahren)
- Analyse bestimmter Eigenschaften des Qualitätsindikators
- QUALIFY-Instrument beruht auf 20 Gütekriterien
- Einteilung in 3 Kategorien

Qualitätsindikatoren

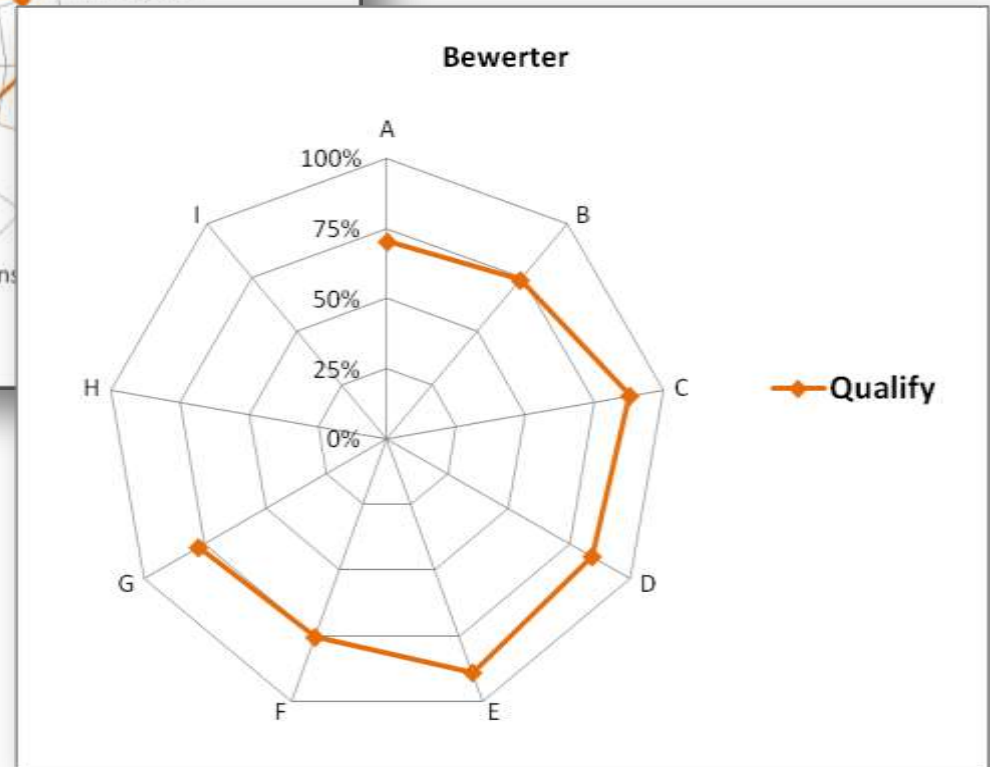
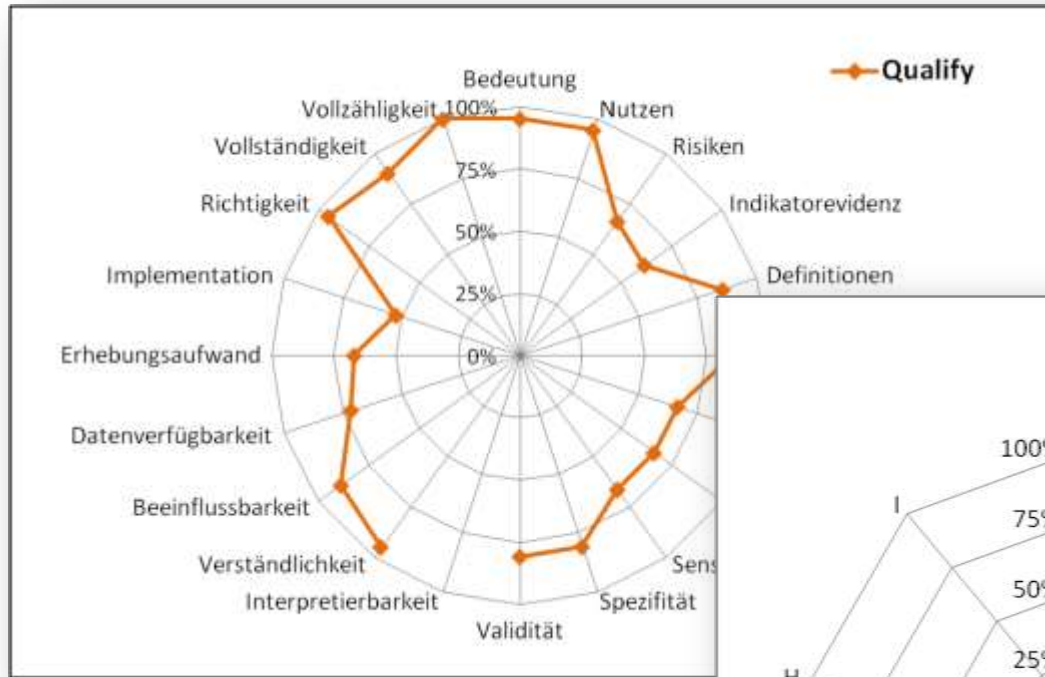
QUALIFY - Verfahren

	Methodisches Gütekriterium
Relevanz	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
	Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
	Validität
Praktikabilität	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren berücksichtigt
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Qualitätsindikatoren

QUALIFY - Verfahren

Gütekriterien



Bewerter

Qualität von Krebsregistern

Wie schätzen Sie das ein?

FK
4.02

Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Analysen zu den möglichen Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs, z. B.: Vergleichsanalysen verschiedener Versorgungsansätze, selbst oder in Kooperation durchzuführen und die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.

	Methodisches Gütekriterium
Relevanz	Bedeutung des mit dem Kriterium erfassten Qualitätsmerkmals für Funktionieren von Krebsregistern
	Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung (Möglichkeit der Berücksichtigung nicht beeinflussbarer Faktoren)
	Sensitivität
	Spezifität
	Validität (in der Qualitätsaussage bereits geprüft)
Praktikabilität	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren berücksichtigt
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden
Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden	

FK 4.02

Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Analysen zu den möglichen Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs, z. B.: Vergleichsanalysen verschiedener Versorgungsansätze, selbst oder in Kooperation durchzuführen und die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.

<p style="text-align: center;">Ihre Bewertung Punkte 0 - 4</p>	<p style="text-align: center;">0: sehr schlecht/sehr gering 4: sehr gut/sehr hoch</p>
Bedeutung des mit dem Kriterium erfassten Qualitätsmerkmals für Funktionieren von Krebsregistern	
Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)	
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	
Risikoadjustierung (Möglichkeit der Berücksichtigung nicht beeinflussbarer Faktoren)	
Validität (in der Qualitätsaussage bereits geprüft)	
Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit	
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung	
Datenverfügbarkeit	
Erhebungsaufwand	
Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden	
Gesamtpunktzahl	<u>Auswertung</u>

Kommunikation und Darstellung von Qualitätsindikatoren

oder

Gibt es eine „Good Communicative Practice“?

Öffentliche Wahrnehmung von Qualität?

Die Praxis sieht so aus...



Kennzahl:

Anzahl Qualitätsindikatoren



Kennzahl:

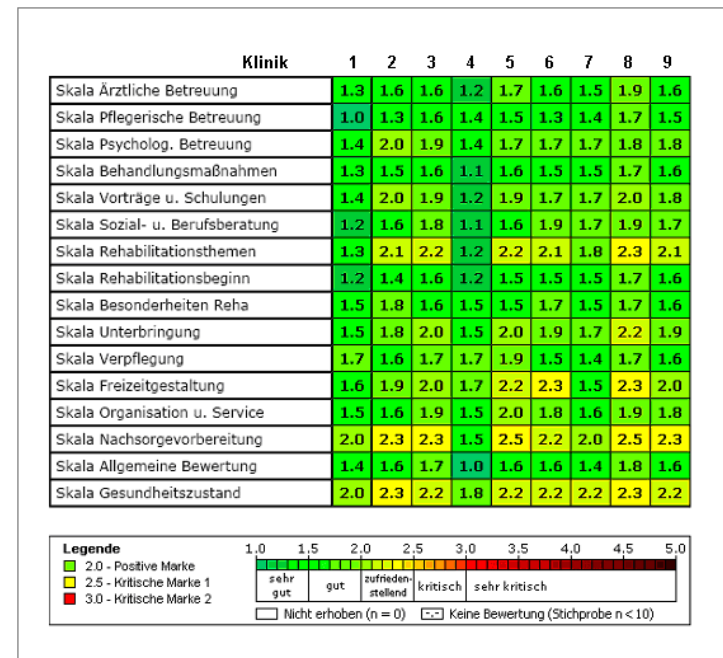
Popularität und Bekanntheitsgrad

Öffentliche Wahrnehmung von Qualität?

Die Praxis sieht so aus...



Der TÜV bewertet keine Ergebnisqualität!



Viele Indikatoren = gute Qualität?

Öffentliche Wahrnehmung von Qualität

GCP - „Good Communicative Practice“

Anforderungen an Außendarstellung von Qualitätsindikatoren

- Zielgruppe(n), für die der Indikator entwickelt und geprüft wurde, erhält eine zielgruppenspezifische Darstellung der Ergebnisse
- Eindeutige Kennzeichnung und Trennung von deskriptiven Kennzahlen und Qualitätsindikatoren
- Darstellung qualitätsunabhängiger Einflussfaktoren
- Darstellung der Aussagefähigkeit des Indikators
- Verständlichkeit der Gesamtdarstellung für die jeweilige Zielgruppe

Das gilt auch für klinische Krebsregister

Wie organisiere ich
Qualitätsmanagement?

Klinisches Krebsregister

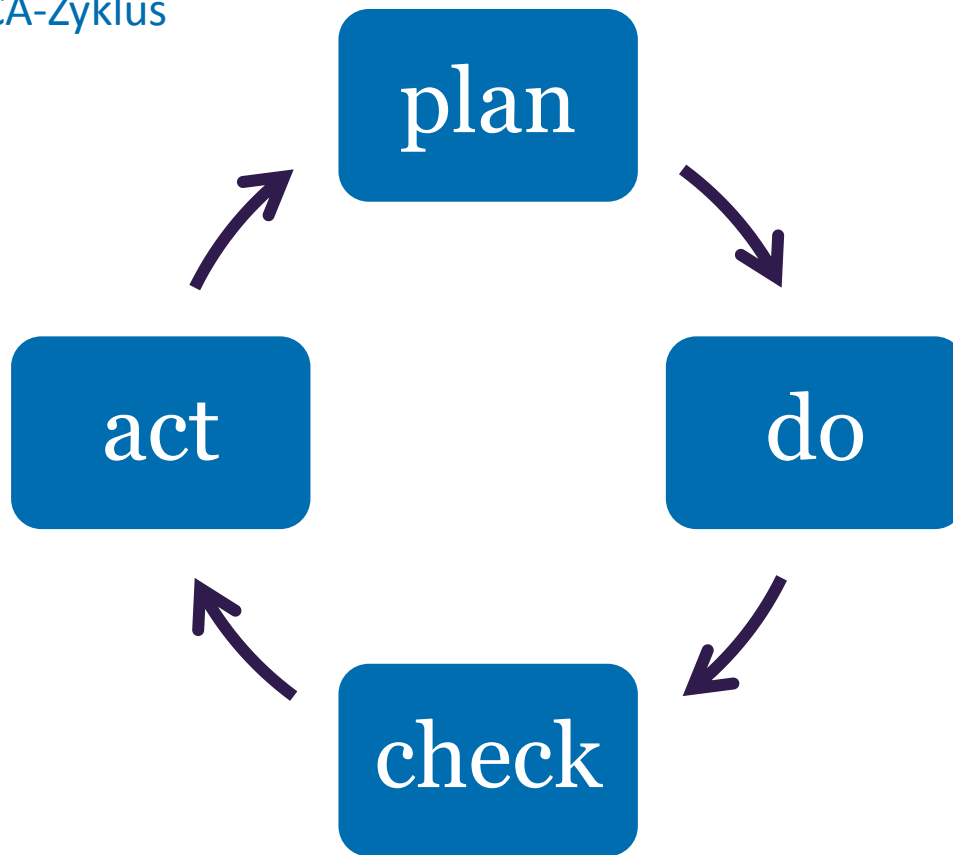
Aufgaben und Zuständigkeiten



Klinische Krebsregister

Internes Qualitätsmanagement

Klassische
Qualitätssicherung:
PDCA-Zyklus



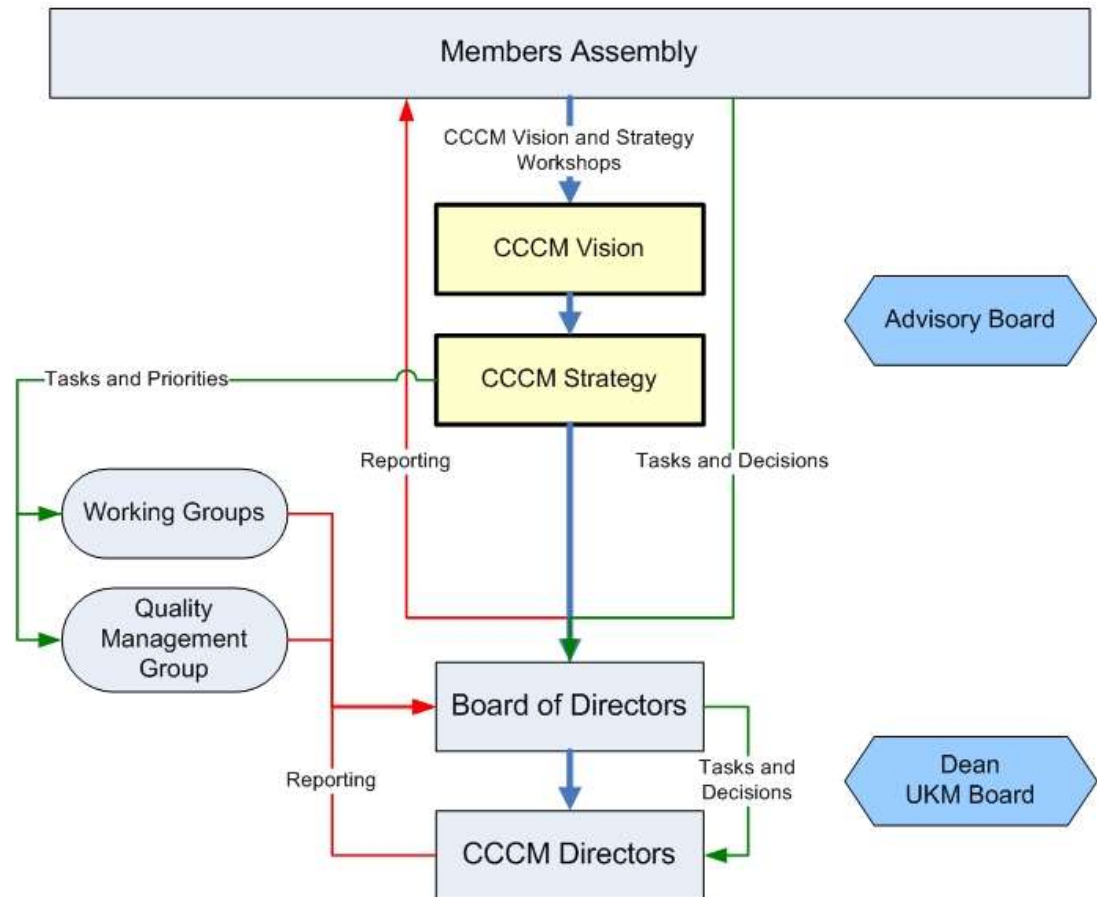
- interne Prozesse
- interne Schnittstellen
- Schnittstellen nach außen
- Einhaltung Rahmenbedingungen

Organisationsstruktur

Entscheidungs- und Berichtsprozesse

Regelungsbedarf

- Aufgabenzuordnung
- Entscheidungswege
- Berichtswege



Klinische Krebsregister

Internes Qualitätsmanagement

Comprehensive Cancer Center Münster



Managementplan Onkologisches Zentrum

20.04.2012

Bezug Onkozeit	Maßnahme	Verantwortlich	Termin	Erledigung
1.1.1	Zentrumsmatrix	Haer	30.04.10	erledigt
1.1.2	Geschäftsordnung/Satzung	Jürgens	31.06.10	erledigt
	Aktionsplan	Haer	30.04.10	erledigt
1.1.3	Aufgabendefinition Zentrumskoordinator	Jürgens	30.03.10	erledigt
1.1.4	Jahresbericht	Haer	30.09.10	erledigt
1.1.5	Finanzplan	Köhler	31.05.10	erledigt
	Personalplanung	Wessling	31.05.10	erledigt
1.1.6 - 1.1.8	Kooperationsvereinbarungen intern	Haer	31.06.10	erledigt
	Kooperationsvereinbarungen extern (Hospize, Palliativmedizin, AHB, Reha etc.)	Kurlemann	30.06.10	erledigt
1.1.9	Nachweise QM-Zertifizierungen	Haer	30.04.10	erledigt
1.1.10	Darstellung Struktur (Webseite)	Stammer	30.06.10	erledigt
1.1.11	Erstellung Zentrumshandbuch	Haer	31.08.10	erledigt
1.1.12	Durchführung Internes Audit	Haer	30.09.10	erledigt
1.1.13	Erfassung von Fortbildungen des Onkologischen Zentrums	Wessling	30.09.10	erledigt
	Fortbildungsplan des OZ	Wessling	30.09.10	erledigt
1.2.1 + 1.2.5	Strukturbeschreibung Tumorkonferenzen und Protokollierung	Haer	31.06.10	erledigt
1.2.2	Auswertung Tumorkonferenzteilnahme	Bräul	31.06.10	erledigt
1.2.3	Beschreibung Tuko-Demonstration von Bildmaterial	Bräul	31.05.10	erledigt
1.2.4	Festlegung der Quote zur Vorstellung von Rezidiven und Metastasen in Tuko	CCCM-Board	31.05.10	erledigt
1.2.6	Tumorkonferenzteilnahme Assistenzpersonal	Organisationszentren		erledigt
	Tumorkonferenzteilnahme Sozialdienst	Kurlemann	15.07.10	erledigt
	Tumorkonferenzteilnahme Psychoonkologie	Hault		erledigt
	Tumorkonferenzteilnahme Fachpflegekräfte	Rausch		erledigt
	Erlassung und ggf. Beantragung von Tumorkonferenzen als Fortbildung	Haer	31.05.10	erledigt
1.2.7	Einheitliche Dokumentationsvorlage für Behandlungsplan	Haer		erledigt
1.2.8	Protokollierungsschema für Nichteinhaltung von Leitlinien und Therapieschemata	Haer		erledigt
1.2.9	Behandlungsstrategien bei metastasierenden Patienten	Haer		erledigt
1.2.10	Jahresplan Qualitätszirkel	Haer	30.11.11	erledigt
	Dokumentationsvorlage Qualitätszirkel	Haer	30.04.10	erledigt
1.2.11	Liste der Leitlinien	Haer	31.06.10	erledigt
	Benennung von Leitlinienverantwortlichen	jeder Partner	30.04.10	erledigt
1.3.1	Erstellung Liste kooperierender Einweiser	Stammer	31.06.10	erledigt
	Einladungsliste für Einweiser zu Tumorkonferenz	jeder Partner		erledigt

1.5.2	Nachweisverfahren für Angebot des Sozialdienstes	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.4	Auswertung Kennzahlen Sozialdienst (Anzahl Patienten)	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.6	Organisationsplan Sozialdienst	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.7	Aufgabenbeschreibung Sozialdienst	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.8	Liste Kooperationspartner für Sozialdienst	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.9	Dokumentations- und Auswertungskonzept Sozialdienst	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.10	Fortbildungsplan Sozialdienst	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.11	Kooperationsvereinbarung onkologische Reha	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.5.13	Informationsangebot über Reha-Einrichtungen	Kurlemann	15.07.10	erledigt
1.6.1	Patientenbefragung jährlich über 3 Monate	Vorstand	31.07.12	in Arbeit
1.6.2	Auswertung Patientenbefragung	Wolter		erledigt
1.6.3	Ausbau Webseite CCCM	Liersch	30.06.12	in Arbeit
	Patientenbroschüre CCCM	Liersch	30.06.12	in Arbeit
1.6.4	Checkliste Entlassungsgespräch	Haer	31.12.11	erledigt
1.6.5	Entwicklung Nachsorgepass	Stammer	30.06.12	erledigt
1.6.6	Patientenveranstaltung jährlich	Haer		erledigt
1.6.7	Darstellung Beschwerdemanagement	Wolter		erledigt
1.6.8	Kooperationsvereinbarungen Selbsthilfegruppe	Haer	31.12.11	in Arbeit
	Treffen Selbsthilfegruppen	Haer	30.06.12	erledigt
	Aktualisierung Webseite	Liersch	31.05.10	erledigt
1.7.2	Benennung Studienbeauftragter	jeder Partner	31.05.10	erledigt
	Erstellung Studierendogramms	jeder Partner	31.06.10	erledigt

Maßnahmenplan

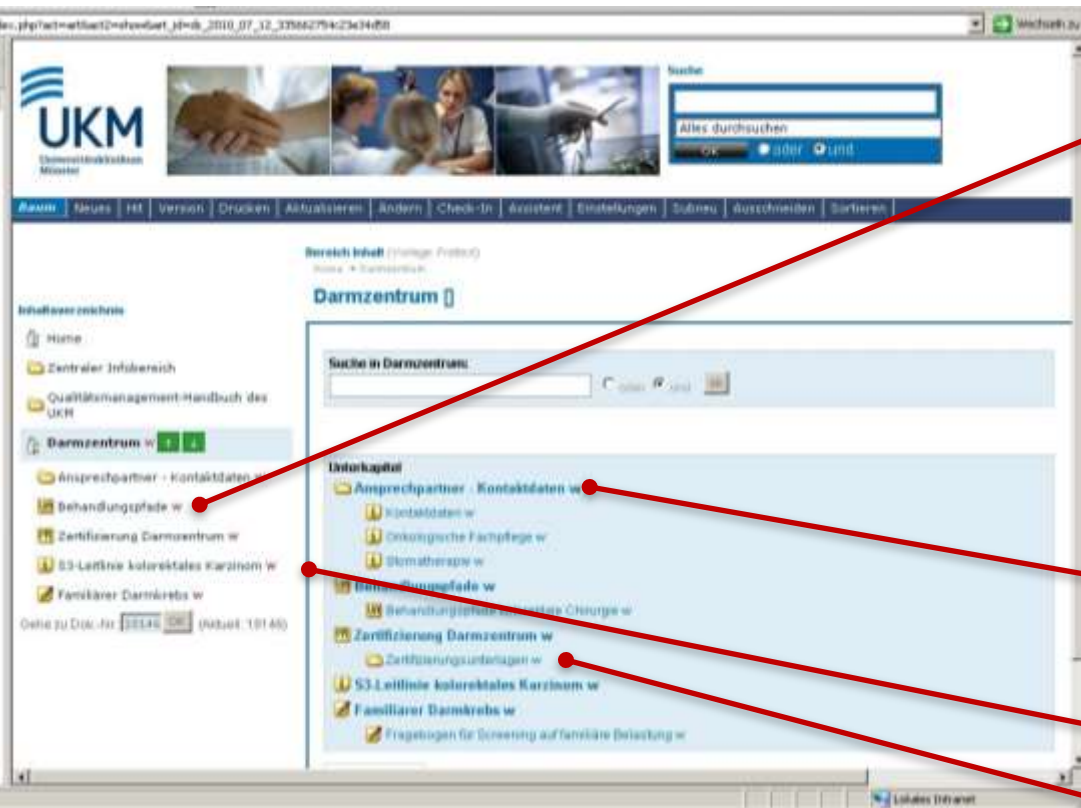
- Herkunft
- Qualitätskriterium
- Maßnahme
- Verantwortlich
- Erledigungsdatum
- Bearbeitungsstand

Klinische Krebsregister

Internes Qualitätsmanagement

Dokumentenmanagement

- Verfahrensanweisungen und SOP
 - Wer?
 - Was?
 - Wie?
 - Wie überprüft?
- Prozessverantwortung (Freigabe)
- Gültigkeit
- Mitgeltende Dokumente



Klinische Krebsregister

Internes Qualitätsmanagement

Qualität der Daten

- Vollständigkeit
- Vollzähligkeit
- Richtigkeit der Eingaben

Matrix Ergebnisqualität Primärbehandlung (Kolon)

Darmzentrum des Universitätsklinikums Münster

Falldaten					Follow-Up Meldungen										DFS (%)	OAS (%)	
Jahr	Anzahl Primärpatienten	UICC I	UICC II	UICC III	UICC IV	Patienten in Follow-Up	Follow-Up Daten vom Zentrum	keine Rückmeldung	Follow-Up Quote (%)	Patienten tumorfrei	Patiente mit min. einem Ereignis	Diagnose Zweit-tumor im Vervauf	tumorbedingt verstorben	nicht tumorbedingt verstorben bzw. Ursache unbekannt			

Matrix Ergebnisqualität Primärbehandlung (Rektum)

Darmzentrum des Universitätsklinikums Münster

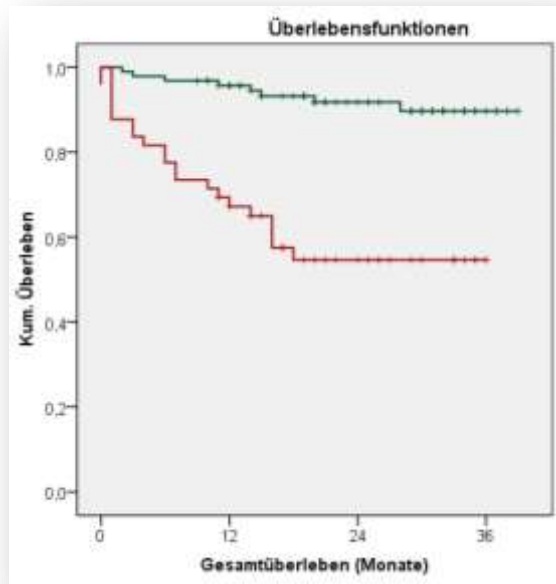
Falldaten					Follow-Up Meldungen										DFS (%)	OAS (%)
Jahr	Anzahl Primärpatienten	UICC I	UICC II	UICC III	UICC IV	Patienten in Follow-Up	Follow-Up Daten vom Zentrum	keine Rückmeldung	Follow-Up Quote (%)	Patienten tumorfrei	Patiente mit min. einem Ereignis	Diagnose Zweit-tumor im Vervauf	tumorbedingt verstorben	nicht tumorbedingt verstorben bzw. Ursache unbekannt		
2005	28	7	8	8	4	24	23	1	95,83	14	0	0	5	4	82,50	82,50
2006	21	4	4	6	6	15	14	1	93,33	7	1	1	3	2	60	66,67
2007	18	2	1	10	5	13	13	0	100	8	2	1	1	1	69,23	84,62
2008	24	5	5	9	5	19	17	2	89,47	11	1	1	3	1	73,68	78,95
2009	19	6	2	8	3	16	16	0	100	11	1	1	1	2	75	81,25
2010	24	6	2	11	5	19	19	0	100	17	1	0	0	1	89,47	94,74

Klinische Krebsregister

Internes Qualitätsmanagement

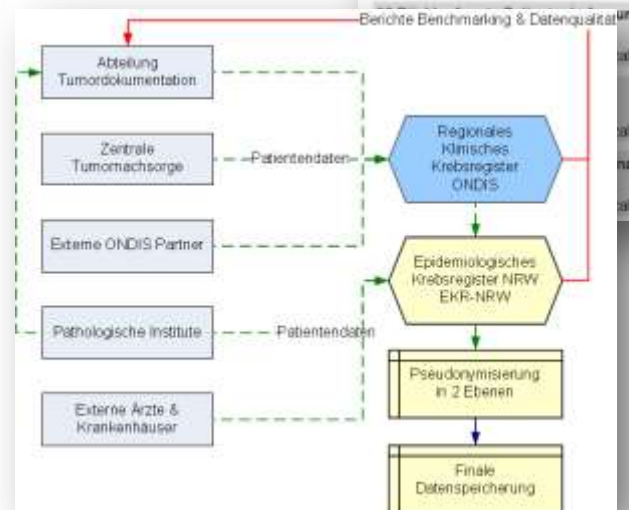
Aufgabenerfüllung definieren

- Datenflüsse
- Ergebnisse und Auswertungen
- Kundenzufriedenheit



ONDIS Benchmarking Bericht Darmzentren
 Zeitraum: 2011 Gesamtjahr
 Darmzentrum des Universitätsklinikums Münster

01 Prätherapeutische Fallvorstellung	Gesamt: 28	Anzahl: 25	Anteil: 89,29%
02 Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	Gesamt: 14	Anzahl: 11	Anteil: 78,57%
03 Postoperative Fallvorstellung	Gesamt: 55	Anzahl: 52	Anteil: 94,55%
04 Psychoonkologische Betreuung	Gesamt: 56	Anzahl: 3	Anteil: 5,36%
05 Beratung Sozialdienst	Gesamt: 56	Anzahl: 29	Anteil: 51,79%
06 Anamnese	Gesamt: 0	Anzahl: 0	Anteil: 0%
07 Anamnese	Gesamt: 1	Anzahl: 1	Anteil: 1,75%
08 Anamnese	Gesamt: 8	Anzahl: 8	Anteil: 14,29%



Organisationsstruktur

Ziele und deren Erreichung

Ziele für definierten Zeitraum

Strukturen

- Ziel 1 kurzfristig
- Ziel 2 mittelfristig

Prozesse

- Ziel 3 dringend
- Ziel 4 langfristig

Ergebnisse

- Ziel 5 kurzfristig
- Ziel 6 derzeit nicht umsetzbar

Zielerreichung

Strukturen

- Ziel 1 abgeschlossen
- Ziel 2 Umsetzung läuft

Prozesse

- Ziel 3 abgeschlossen
- Ziel 4 Umsetzung eingeleitet

Ergebnisse

- Ziel 5 nicht erreicht
- Ziel 6 Bedingungen unverändert

Ursachen für Nichterreichung
Anpassung der Ziele

Organisationsstruktur des CCCM

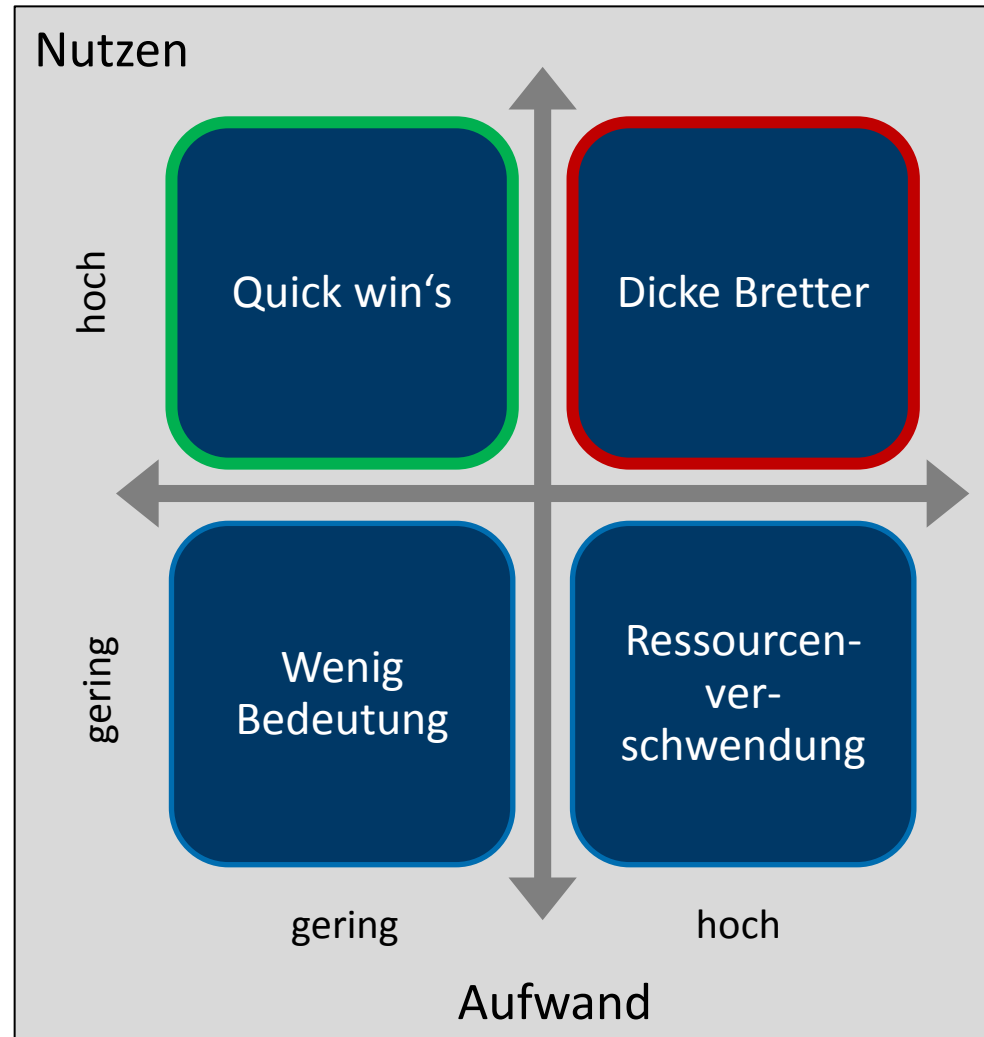
Managementbewertung

Stärken:

- eigene Bewertung durch Leitungsgremium
- externe Bewertungen
 - Audits (ADT, DIN-ISO)
 - zukünftig Krankenkassen (Förderkriterien)

Verbesserungspotential:

- beeinflussbare Probleme
- Ableitung von
- Priorisierung

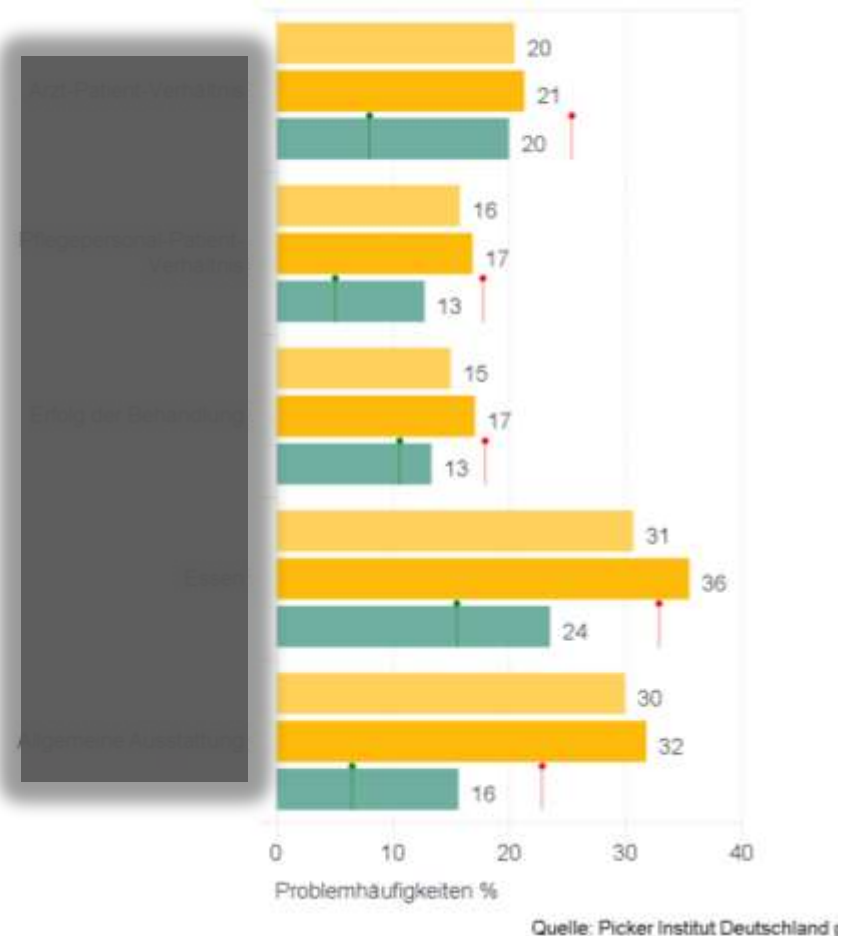


Kundenzufriedenheit

Befragung als Instrument

1	Allgemein- & Viszeralchirurgie	III	
2	Allgemeine Dermatologie & Venerologie	II	
3	Allgemeine Orthopädie & Tumororthopädie	VIII	
4	Entzündl. Erkrank. d. Nerven & Neuroonkologie	IV	
5	Frauenheilkunde	VI	
6	Hals-, Nasen - & Ohrenheilkunde	VII	
7	Herzchirurgie	VIII	
8	Innere Medizin A (Hämatologie & Onkologie)	VIII	
9	Innere Medizin B (Gastro & Stoffwechselkrankheiten)	III	
10	Mund- & Kiefer-Gesichtschirurgie	VII	
11	Neurochirurgie	IV	
12	Nuklearmedizin	VIII	
13	Pädiatrische Hämatologie & Onkologie	VIII	
14	Transplantationsmedizin	Kennzeichnung der Organzentren (Patientencode)	
15	Urologie	II	Hauttumorzentrum
		III	Darmzentrum / Modul Pankreas
		IV	Neurologie (Hirn- Tumor- Zentrum)
		V	Prostatazentrum
		VI	Gynäkologische Tumoren
		VII	Modul Kopf-/Hals
		VIII	Onkologisches Zentrum

■ Tumorzentren gesamt UKM 12
■ Tumorzentren gesamt UKM 13
■ Tumorzentren Picker D 10-12



Qualitätsanforderungen an Krebsregister

Umsetzung KRFG

Förderprogramm Deutsche Krebshilfe



Deutsche Krebshilfe e.V.

Dr. h.c. Fritz Pleitgen
Präsident

Spendenkonto 82 82 82
Kreissparkasse Köln
BLZ 370 502 99

Förderprogramm der Deutschen Krebshilfe zur Unterstützung der Länder bei der flächendeckenden Etablierung klinischer Krebsregister

Vorbemerkungen

Mit dem am 9. April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) wurden u. a. die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Errichtung und den Betrieb flächendeckender klinischer Krebsregister geschaffen (§ 65c SGB V).

Umsetzung KRFG

Förderprogramm Krankenkassen

Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister
des GKV-Spitzenverbandes
vom 20.12.2013
gemäß § 65c SGB V (KRFG)



Hintergrund und methodisches Vorgehen

I. Datenmanagement und Datenqualität (§ 65c Abs. 2 Nummer 1 bis 2 SGB V)

- Sachgerechte Organisation und Ausstattung, einheitliches Datenformat inkl. Datenschnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung
- Mindestanforderung an Grad der Erfassung und an Vollständigkeit, Verfahren der Datenvalidierung

II. Rückmeldeverfahren und Zusammenarbeit (§ 65c Abs. 2 Nummer 3 bis 6 SGB V)

- einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an Leistungserbringer
- notwendige Verfahren zur Qualitätsverbesserung
- erforderliche Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantieren

III. Abrechnungsmodalitäten (§ 65c Abs. 2 Nummer 7 SGB V)

Umsetzung KRFG

Förderprogramm Krankenkassen



Kriterium 1.09: Definition von Neuerkrankungen

FK-ID	1.09
Definition	Das klinische Krebsregister wendet die Definitionen für Neuerkrankungen gemäß den internationalen Standards der IACR an. Eine Abbildbarkeit in die Zählweise der epidemiologischen Krebsregistrierung ist bei der Auswertung zu gewährleisten.

Kriterium 3.01: Patientenbezogene Rückmeldungen

FK-ID	3.01
Definition	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, patientenbezogene Rückmeldungen des gesamten registrierten Krankheitsverlaufs im Sinne einer Synopse dem meldenden Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen. Die Rückmeldungen erfolgen tumorspezifisch.
FK-ID	3.02
Definition	Das klinische Krebsregister stellt den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern, die Daten an das Register gemeldet haben, aggregierte tumorspezifische Auswertungen regelmäßig zur Verfügung.

Umsetzung KRFG

Förderprogramm Krankenkassen



Kriterium 4.02: Analysen der Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs

FK-ID	4.02
Definition	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Analysen zu den möglichen Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs, z. B.: Vergleichsanalysen verschiedener Versorgungsansätze, selbst oder in Kooperation durchzuführen und die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.
Anmerkungen/Erläuterungen	Kooperationen mit Forschungseinrichtungen sind möglich.

Mehr Forschung steht hier nicht drin...

Umsetzung KRFG

So einfach ist es nun doch nicht...

DIERKS + BOHLE
RECHTSANWÄLTE

Rechtsgutachten

Datenschutzrechtliche Begutachtung zur Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz- KRFG)

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

ADT

Herr
Bundesminister für Gesundheit
Hermann Gröhe
11055 Berlin

Frau
Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz
Cornelia Prüfer-Storcks
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Billstraße 80
20539 Hamburg

Berlin, 18.09.2014

DIERKS + BOHLE
RECHTSANWÄLTE

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,
sehr geehrte Frau Senatorin Prüfer-Storcks,

dieses Schreiben ist Ausdruck unserer Sorge um die Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz- KRFG) und zu dem wir hoffen, dass die bestehenden Schwierigkeiten überwunden werden können.

Entschließung der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 14. November 2014

Anforderungen an den Schutz der Datenübermittlungen zwischen medizinischen Leistungserbringern und klinischen Krebsregistern

Zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten bauen die Bundesländer derzeit auf bundesgesetzlicher Grundlage ein flächendeckendes Netz von klinischen Krebsregistern auf. Diese Register erhalten hierzu vielfältige Daten über alle krebserkrankten Personen von allen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, die sie behandeln. Andererseits sollen die Register den behandelnden Ärzten die empfangenen Patientendaten zum Abruf zur Verfügung stellen. Die hierbei übermittelten Daten sind hoch sensibel und können mannigfaltig missbraucht werden. Dem müssen die Maßnahmen zu ihrem Schutz entsprechen.

Mit dieser Entschließung legt die Konferenz einen Katalog von Anforderungen vor und ruft die Bundesländer auf, für deren Erfüllung bei der Ausgestaltung der Kommunikation zwischen medizinischen Leistungserbringern und den klinischen Krebsregistern Sorge zu tragen.

Ergänzendes Rechtsgutachten

zu

datenschutzrechtlichen Vertiefungs- und Ergänzungsfragen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz- KRFG)

für

Kooperationsverbund Qualitätssicherung
durch Klinische Krebsregister (KoQK)
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin

erstellt am 27.10.2014

Qualitätssicherung in Krebsregistern

Zertifizierungsprogramm der ADT

Zielsetzung I

Die ADT unterstützt mit dem Zertifizierungsprogramm für Klinische Krebsregister, die gesetzlich vom SGB V § 65c (KFRG: Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister) geforderte Erfüllung von Mindestanforderungen an diese Strukturen, die eine Voraussetzung für die langfristige Förderung der Register nach der Aufbauphase darstellt.

Klinische Krebsregister sind durch ein definiertes Einzugsgebiet charakterisiert, aus dem sie vollzählige, aktuelle und valide Daten zur flächendeckenden Versorgung der Krebspatienten zusammentragen.

Einrichtungsbezogene Registerstrukturen leisten für bestimmte Fragestellungen wesentliche Beiträge und sind in die flächendeckende Krebsregistrierung einzubeziehen. Neben den Primärbefunden und den Primärbehandlungen sind vollzählige Erfassung der Verlaufsereignisse und deren Behandlung sowie ein systematisches Follow-up mit Einarbeitung der Todesfälle der Region möglichst schnell Schritt für Schritt zu realisieren.

Valide klinische Daten sind nur zu erheben, wenn sektorübergreifend alle Versorgungsträger vom KKR zur Kooperation gewonnen werden können und ihre Beiträge einbringen.

Erst mit validen Krankheitsverläufen lassen sich u.a. die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen, Klinikvergleiche und Langzeitergebnisse ermitteln. Diesen Entwicklungsprozess fordert und unterstützt die ADT.

Zertifizierungsprogramm der ADT

Zielsetzung II

Die Zertifizierungsanforderungen wurden vom Vorstand der ADT entwickelt. Sie bauen auf dem SGB V auf und werden zukünftig kontinuierlich unter Beachtung der Förderkriterien für KKR fortgeschrieben.

Da in den meisten Regionen erst mit dem KFRG die strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, soll der Zertifizierungskatalog mit der Selbstbewertung Hilfestellungen für die Aufbauphase geben.

Im Unterschied zu anderen Zertifizierungen haben Krebsregister die Versorgungsergebnisse für die jeweilige Region transparent und damit für jeden nachprüfbar zu machen. Zeitgemäß sollen im Internet Basisdaten für die Öffentlichkeit bereitgestellt werden. Detailliertere Daten sind sukzessive für jeden Tumor für die Region und für jeden Kooperationspartner aufzubereiten. Eine für die verschiedenen Interessengruppen leicht nachvollziehbare Transparenz der Versorgung und damit der Leistungen des Krebsregisters vereinfacht Zertifizierungen.

Da einrichtungsbezogene KKR spezifische Fragestellungen unterstützen können, wird auch diesen die Möglichkeit zur Zertifizierung eingeräumt. Voraussetzung dafür ist eine enge Kooperation mit einem bevölkerungsbezogenen KKR. Die anstehenden Aufgaben von der Weiterentwicklung der Vernetzung der Kliniken und niedergelassenen Ärzte, die Erfassung valider Daten bis hin zur Transparenz der Versorgung und Nutzung von Registerstrukturen für die Forschung erfordern eine enge Zusammenarbeit der Tumorzentren einschließlich deren Träger in Versorgung und Forschung, der onkologischen Schwerpunkte und dem klinischen Krebsregister im Einzugsgebiet.

Zertifizierungsprogramm der ADT

Zielsetzung III

Wenn die Krebsregister sukzessive die Basisleistungen mit nachprüfbar Ergebnissen anbieten, werden Zertifizierungsaudits von 2 Auditoren der ADT durchgeführt.

Grundlage bildet der Selbstbewertungsbogen.

Alle in dem Selbstbericht gemachten Angaben sind im Audit auf Nachfrage zu belegen.

Nach Vorlage des Auditberichtes beschließt der ADT-Vorstand die Vergabe des Zertifikates auf der Grundlage der Empfehlungen der Auditoren.

Das Zertifizierungsinstrument wird in der Umsetzungsphase des KFRG und dem Zeitraum der Novellierungen der Ländergesetze und der konkreten regionalen Ausgestaltung schwerpunktmäßig als Beratungsinstrument verstanden. Es soll damit eine Unterstützung beim Aufbau klinischer Registerstrukturen angeboten werden.

Zertifizierungsprogramm der ADT

Einmaleins des QM

Ansprechpartner des Registers:

Leitung des Klinischen Krebsregisters

QMB des Registers

Selbstbericht und Fremdbewertung

Qualitätsziel	Teilfragen	Umsetzung im KKR (Selbstauskunft)	Kommentare der Auditoren
	<p><i>Hinweise: Die Teilfragen stellen eine Orientierungshilfe für den Selbstbericht dar.</i></p> <p>Datum der Bewertung</p>	<p><i>Hinweise: Es können Verweise auf bestehende Dokumente angegeben werden. Veröffentlichungen können auch im Internet erfolgen, wenn die jeweiligen Zielgruppen entsprechenden Zugriff haben.</i></p>	

Zertifizierungsprogramm der ADT

Selbstbericht und Fremdbewertung

Kategorien

- Managementprozesse
- Mitarbeiterführung
- Einarbeitung und Fortbildung
- Interne Kommunikation
- Datenschutz
- Allgemeine Supportivprozesse
- Kundenorientierung
- Patientenorientierung
- Inhaltliche Leistungen
- Struktur des KKR

Zertifizierungsprogramm der ADT

Selbstbericht und Leistungskennziffern

Leistungskennziffern des Krebsregisters (abgeleitet aus Förderkriterien der Krankenkassen)

Es sind die Kennziffern der letzten 3 Kalenderjahre darzustellen. Bei Neugründungen von KKR mind. 2 Jahre.

Kennziffer	Vorjahre	Anforderungen Förderkriterien
1	Anzahl dokumentierter Primärfälle	
2	Vollständigkeit der Primärfälle [%]	≥90%
3	Vollständigkeit der Primärerfassungen [%]	Das klinische Krebsregister kann die Vollständigkeit der Angaben zur Person, Diagnose und Morphologie nachweisen
4	Rate Lost to Follow up [%]	
5	Aktualität (mind. jährliche Erfassung des Live-Status) [%]	
5a	3-Jahres-Follow up Rate	
5b	5-Jahres-Follow up Rate	
6	DCN-Rate	≥ 5% und ≤ 20%
7	DCO-Rate	≤ 10%
8	PSU-Rate	≤ 5%
9	HV-Rate	≥85%

Erläuterungen zur Kennzahl 3:

Das klinische Krebsregister kann folgende Vollständigkeit der Angaben zur Person, Diagnose und Morphologie nachweisen:
 Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse: ≥=95% Angaben zum Versicherungsträger: ≥=95% Meldende Institution: ≥=95%
 Tumordiagnose (ICD-10): ≥=95% Hauptlokalisation (ICD-O): ≥=95% Diagnosedatum: ≥=95% Tumorhistologie: ≥=95% TNM-Klassifikation: ≥=80% Grading: ≥=80% Angabe der Residualklassifikation: ≥=95%

Zertifizierungsprogramm der ADT

Externe Auditierung

Ablaufplan Audit von Krebsregistern

Dieser Plan gilt für KKR nach der Aufbauphase. In der Aufbauphase eines Registers wird der Audit-Ablauf den Gegebenheiten des jeweiligen Registers angepasst.

Datum _____

Auditoren _____

	Dauer	Inhalte	Teilnehmer
1.	15 min	Begrüßung und Vorstellung	
2.	90 min	Leitungsgespräch Schwerpunkte - Managementprozesse einschl. Präsentation zu Erfolgen, Prioritäten, Problemen des KKR - Mitarbeiterführung - Einarbeitung und Fortbildung - Interne Kommunikation - Kundenorientierung - Datenschutz - Patientenorientierung - allgemeine Supportivprozesse	
3.	60 min	Begehung Dokumentationsbereich (Darstellung des Workflows der Dokumentation) Begehung IT/Datenverarbeitung (Demonstration Auswertungsmodalitäten und interner Qualitätskontrolle) Einsicht Patientenportal (Webseite, Informationsmaterialien, laienverständliche Berichte)	

Zertifizierungsprogramm der ADT

Externe Auditierung

Ablaufplan Audit von Krebsregistern

- | | | |
|----|--------|---|
| 4. | 60 min | <p>Interne Struktur und Leistungszahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalstruktur und Sicherung der Fachkompetenz - Meldewege und Datenflüsse - Sicherung Datenvalidität - strukturierte Datenbankabfragen - Auswertungen durch das KKR - Benchmarking und Kommentierungsstrategie - Leistungszahlen des KKR |
| 5. | 60 min | <p>Dokumentenprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handbuch - SOP's - Managementbewertungen - Jahresplanung und Finanzplanung - Personalverteilungsplan - Fortbildungsteilnahmen und -planungen - Protokolle Qualitätszirkel, interne Audits - Liste der KKR-Publikationen |
| 6. | 30 min | Gespräch mit Meldern/KKR-Nutzern |
| 7. | 30 min | Auditorenabstimmung |
| 8. | 30 min | Abschlussgespräch |

Gesamteinschätzung der Auditoren

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Managementprozesse	
Das KKR verfügt über adäquate Managementstrukturen und -prozesse, die eine interne Qualitätssicherung ermöglichen.	Gibt es ein Organigramm Ihres Registers? Ist dieses Organigramm allen Mitarbeitern bekannt?
	Welche aktuellen Managementziele wurden für das Register festgelegt und wie werden diese innerhalb des KKR kommuniziert?
	Wie messen Sie die Zielerreichung? Haben Sie Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung festgelegt?
	Was sind die Stärken und Besonderheiten Ihres Registers?
	Liegt ein Finanzplan für das Register vor?
	Wer nimmt die Personalplanung vor? Sind Verantwortlichkeiten eindeutig und transparent geregelt?
	Wie überprüfen Sie die Effektivität der Verfahrensanweisungen? Wie werden Abweichungen dokumentiert und überprüft?
	Wie werden Änderungen von Leitlinien und Dokumentationsstandards zeitnah kommuniziert?
	Wie werden qualitätsrelevanten Daten (s. Leistungszahlen für KKR) erhoben und im Managementprozeß berücksichtigt?
	Wie wird die Managementbewertung innerhalb des Registers vorgenommen?
	Wurden interne Audits durchgeführt? Wie wurden die Ergebnisse dokumentiert?
	Wurden Schlussfolgerungen aus den Audits bezogen?

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Mitarbeiterführung	
Alle Mitarbeitergruppen sind in den Verbesserungsprozess einbezogen.	Werden regelmäßige zielorientierte Mitarbeitergespräche für alle Berufsgruppen geführt?
	Ist ein Rückmeldesystem für Verbesserungsvorschläge etabliert?
Einarbeitung und Fortbildung	
Die Einarbeitung, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen im KKR ist geregelt und transparent umgesetzt.	Gibt es ein schriftliches Einarbeitungskonzept für alle Berufsgruppen?
	Wie werden Verfahrensanweisungen und Dokumentationsstandards kommuniziert, z.B. bei neuen Mitarbeitern?
	Welche Fort- und Weiterbildungen werden für die einzelnen Berufsgruppen angeboten?

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Interne Kommunikation	
Die interne Kommunikation innerhalb des KKR ist so organisiert, dass alle Mitarbeiter in den Qualitätssicherungs- und Verbesserungsprozess einbezogen werden.	Welche berufsgruppenübergreifenden Besprechungen finden statt? Gibt es eine Besprechungsübersicht?
	Finden regelmäßige berufsgruppenübergreifende Besprechungen der QMB`s mit kooperierenden Partnern statt?
	Wie werden QM-relevante Themen und durchgeführte Maßnahmen in Ihrem Register kommuniziert?
	Wie werden kritische Ereignisse, Fehler oder Beinahe-Ereignisse kommuniziert? Ist ein Critical Incidence Reporting System (CIRS) etabliert?
Datenschutz	
Alle Anforderungen des Gesundheitsdatenschutzes werden regelmäßig überprüft und deren Einhaltung sichergestellt.	Wie ist Einwilligungsverfahren der Datenerfassung geregelt?
	Wer ist für die Überwachungs des Datenschutzes verantwortlich?
	Wie ist der Umgang und die Zugriffsberechtigung für personenbezogene bzw. personenbeziehbare Daten geregelt? Nach welchen Grundsätzen wird die Zugriffsberechtigung erteilt?
	Wie können erfasste Patienten von dem Recht auf Information zu den gespeicherten Daten Gebrauch machen?
	Wie werden Mitarbeiter des Registers über aktuelle Fragen des Datenschutzes informiert bzw. belehrt?
	Wie erfolgt die Sicherung des Datenschutzes gegenüber Mitarbeitern von Drittfirmen (Reinigungsdienste etc.)?

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Allgemeine Supportivprozesse	
Die Schnittstellen zu Dienstleistern und Dritten sind definiert und werden hinsichtlich der Qualität überwacht.	Sind Arbeitsschutz- und Brandschutzbelehrungen dokumentiert?
	Sind Rückmeldesysteme zum Umfang der Dienstleistungen, der Erfüllungsqualität etabliert?
	Sind Entscheidungsprozesse zu Drittanbietern definiert (Anforderungsprofile, Entscheidungsberechtigungen)?
Kundenorientierung	
Das KKR versteht sich als Servicepartner für medizinische Leistungserbringer, Forscher und Melder. Diese werden in strukturierter und transparenter Form in die Arbeit des KKR einbezogen. Kunden- und Patientenorientierung können und sollen in enger Kooperation mit dem Tumorzentrum der Region erfolgen.	Wie ist die Information und Zusammenarbeit mit den Meldern und kooperierenden Ärzten organisiert?
	Finden regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Melder und kooperierende Ärzte statt?
	Wie ist die Rückmeldung über Kundenzufriedenheit organisiert? Gibt es ein regelmäßiges Feedback-System?
	Sind die Leistungen des Registers für Kunden definiert und transparent? Wie können diese Serviceleistungen durch die Kunden abgerufen werden?
	Werden interdisziplinäre Tumorkonferenzen unterstützt? Wenn ja, in welcher Form? Wie wird in diesen Fällen der Datenschutz gewährleistet?

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Patientenorientierung	
Das KKR stellt Patienten und Laien in verständlicher Form die Ergebnisse des KKR in regelmäßigen Abständen zur Verfügung.	Wie ist die Zusammenarbeit mit Patientenbetreuungsstellen organisiert? Gibt es Informationsmöglichkeiten für Patienten und Laien?
	Welche Informationsbroschüren oder Materialien werden für die Patienten angeboten?
	Wie können sich Patienten über die Ergebnisse der regionalen Versorgung informieren?
	Wie erfolgt die Aufklärung und Einbindung von fremdsprachigen Patienten? Wie ist die Übersetzung geregelt?

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Inhaltliche Leistungen	
Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten werden kontinuierlich auf hohem Niveau gesichert.	Das KKR verfügt über strukturierte und geeignete Verfahren zur Sicherung und Prüfung der Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Follow-up Rate, Aktualität und DCO-Rate.
Die Validität der Daten wird auf hohem Niveau gesichert.	Das KKR verfügt über ein strukturiertes und geeignetes Verfahren zur Datenvalidierung. Welche Prozeduren sind für welche Datenfehler und für welche Datenlücken für die allgemeine und tumorspezifische Prüfung verfügbar? Wie und wann werden sie eingesetzt?
Das KKR stellt die Auswertungen und Leistungszahlen jährlich öffentlich zur Verfügung.	Es ist ein Auswertungskonzept vorzulegen, das zielgruppenspezifische Formen der regelmäßigen Veröffentlichung bzw. Zugänglichmachung enthält. Ein jährlicher Bericht (auch als Webseite möglich) soll mind. folgende Parameter nach ICD10 enthalten:
	_Leistungskennziffern des KKR (<i>lt. Anlage Leistungszahlen</i>)
	_Inzidenz und Mortalität
	_geschlechts-, entitäts- und stadienbezogene Überlebensraten
	_wesentliche Confounder, wie Alter, Komorbidität etc.
	_laienverständliche Lesehilfen für den Bericht
	_Aussagen zur Qualität der Daten, der Kooperation und zur Versorgung

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Inhaltliche Leistungen	
Die Auswertungsmöglichkeiten des KKR entsprechen modernen Anforderungen der Versorgungsforschung	Das KKR hat die Möglichkeiten, jedes erhobene Merkmal auszuwerten. Folgende Auswertungen können auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden. Der Datenfluss und Workflow für die Erstellung der Auswertungen ist darzulegen.
	_ wohnortbezogen und behandlungsortbezogen
	_ basierend auf kontinuierlichen Jahrgangskohorten
	_ Tumorentitäten nach ICD10-Klassifikation
	Auswertungen sind so strukturiert, dass diese in regionale Benchmarking-Systeme zur Versorgungsqualität integriert sind oder regionale Vergleiche von Leistungserbringern ermöglichen.
	_ fachgebietsbezogenes aggregiertes Benchmarking
	_ entitätsbezogenes aggregiertes Benchmarking
Das KKR unterstützt die Nutzung der zur Verfügung gestellten Daten und Auswertungen durch Kommentierungen und Benchmarking-Berichte	Angaben zur Form und des Inhaltes der Kommentierung der Versorgungsdaten bzw. des Benchmarkings (<i>die inhaltliche Kommentierung sollte aus Datenschutzgründen im Bericht nur in allgemeiner Form bzw. aggregiert erfolgen</i>)

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Inhaltliche Leistungen	
Das KKR unterstützt die Schaffung einer Versorgungstransparenz.	Das KKR nimmt an landesweiten Auswertungen zur Versorgungstransparenz teil (<i>sofern diese bereits etabliert sind</i>).
	Die Kriterien, Inhalte und Indikatoren für landesweite Auswertungen werden umgesetzt (<i>sofern diese etabliert sind</i>).
	Dokumentation der wissenschaftlichen Publikationen, an denen das KKR beteiligt ist, ist verfügbar.

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Struktur des KKR	
Die Personalstruktur des KKR ist so gestaltet, dass dessen Aufgaben realisierbar sind.	Wie ist die Personalstruktur des KKR?
	_ Organigramm des KKR mit Stellenschlüssel (aus Datenschutzgründen pseudonymisiert oder Mitarbeiterinitialen)
	_ Wie ist der Schlüssel Anzahl Meldungen pro Dokumentar?
	_ Welche IT-Kompetenz steht zur Verfügung?
Es erfolgt eine zeitnahe Erfassung aller eingehenden Meldungen	_ Wie erfolgt die Sicherstellung ausreichender statistischer und epidemiologischer Methodenkompetenz?
	Anzahl der bearbeiteten Meldungen in den letzten 3 Jahren nach Art der Meldung
	_ Primärtherapie
	_ Folgeerhebungen
Die Meldewege und Datenflüsse unterstützen eine hohe Effektivität des KKR und das Prinzip der Datensparsamkeit.	_ Todesbescheinigungen, Follow-up
	Wie werden die Daten für das KKR zugänglich?
	Gibt es Unterschiede nach Fachgebieten und unterschiedlichen Meldern?
	- Formulare - Arztbriefe und andere Primärdokumente - Online - elektronisch (aus Krankenhaus- oder Praxisinformationssystemen)

Zertifizierungsprogramm der ADT

Qualitätskategorien

Struktur des KKR	
Die Personalstruktur des KKR ist so gestaltet, dass dessen Aufgaben realisierbar sind.	Wie ist die Personalstruktur des KKR?
Meldende Einrichtungen haben geregelten Zugriff auf die Daten im KKR.	Wie können leistungserbringende Datenlieferanten auf die Daten des KKR zugreifen? Gibt es geregelte und transparente Zugriffsstrukturen?
Eine strukturierte Datenbankabfrage kann für Forschungsfragen nach definierten Selektionskriterien erfolgen.	Besteht eine Möglichkeit zur strukturierten Datenbankabfrage nach definierten Selektionskriterien? (<i>definierbare Kohorten, Feasibility-Analysen etc.</i>) Wie ist eine strukturierte Nutzung der Daten des KKR für Forschungsfragen (z.B. Versorgungsforschung) möglich. Welche Standardauswertungen werden bereitgestellt?
Das KKR unterstützt Qualitätssicherungsprozesse und Zertifizierungen der meldenden Einrichtungen.	Wie unterstützt das KKR Qualitätssicherungsprozesse (<i>§ 137, DMP etc.</i>) und Zertifizierungen von onkologischen bzw. Organkrebszentren?

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

Nr.	Kennziffer
FK 1.01	Das klinische Krebsregister erfasst alle Meldungen im ADT/GEKID-Basisdatensatzformat und seinen ergänzenden Modulen in den jeweils gültigen und veröffentlichten Versionen und bildet sie in deren einheitlich definierten Spezifikationen ab.
FK 1.02	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, alle Informationen des ADT/GEKID-Basisdatensatzes und seiner Module nach einem bundesweit einheitlichen Schema bzw. Format exportieren und importieren zu können. Hierfür verwendet es die XML-Umsetzung des ADT/GEKID-Basisdatensatzes und seiner Module in der jeweils gültigen Version.
FK 1.03	Das klinische Krebsregister erfasst bei jeder Meldung für jeden gesetzlich Versicherten (GKV-Versicherten) die lebenslange Krankenversicherungsnummer.
FK 1.04	Die Daten der landesrechtlich vorgesehenen Meldungen werden strukturiert elektronisch im Format des ADT/GEKID-Basisdatensatzes und Module in der jeweils gültigen Version angenommen und liegen dem Krebsregister in Datei-form zur direkten Weiterverarbeitung auf elektronischem Wege vor. Webbasierte Erfassungen und Übermittlungswege sind möglich.
FK 1.05	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, personen- und tumorbezogene sowie leistungserbringerbezogene Auswertungen vorzunehmen.
FK 1.06	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, alle landesrechtlich vorgesehenen Meldungen von Leistungserbringern bei Neuerkrankungen an einem Tumor, zu Statusinformationen, Verlaufsdaten und Meldungen zur Behandlung bzw. Therapie anzunehmen.
FK 1.07	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Meldungen, die von einem anderen klinischen Krebsregister für Personen mit Wohnort im Einzugsgebiet des eigenen klinischen Krebsregisters übermittelt werden, anzunehmen.

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

FK 1.08	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Meldungen, die von einem anderen klinischen Krebsregister für Personen mit Behandlungsort im Einzugsgebiet des eigenen übermittelt werden, anzunehmen.
FK 1.09	Das klinische Krebsregister erfasst nur die Meldungen jener Leistungserbringer, für die das klinische Krebsregister gemäß § 65c Absatz 1 SGB V zuständig ist.
FK 1.10	Das klinische Krebsregister nimmt eine eindeutig fallbezogene Registrierung vor, die eine überschneidungsfreie Zuordnung von Folgemeldungen erlaubt. Es dürfen keine Mehrfachanlagen von einem Registerfall vorliegen.
FK 1.11	Das klinische Krebsregister wendet die Definitionen für Neuerkrankungen gemäß den internationalen Standards der IACR (s. http://www.iacr.com.fr/MPrules_july2004.pdf (aktueller Stand 2013)) an. Eine Abbildbarkeit in die Zählweise der epidemiologischen Krebsregistrierung ist bei der Auswertung zu gewährleisten.
FK 1.12	Das klinische Krebsregister leitet mindestens einmal pro Monat die für die epidemiologische Krebsregistrierung erforderlichen Daten an die zuständige Stelle weiter.
FK 1.13	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, anonymisierte Daten für bundesweite Auswertungen des G-BA gemäß § 65 c Absatz 7 zur Verfügung zu stellen.
FK 1.14	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, bei Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 in der onkologischen Versorgung die vom G-BA in seinen Richtlinien beschriebenen Aufgaben zu übernehmen.
FK 1.15	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, die Daten an die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene weiterzuleiten.

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

FK 1.16	Das klinische Krebsregister ist nachweislich unabhängig gegenüber Leistungserbringern, Landesorganisationen und Krankenkassen. Das bedeutet insbesondere eine fachliche und personelle Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, sowie eine eigene Budgetverantwortung. Gemeinsame Trägerschaften zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Landesorganisationen sind zulässig, sofern ein Interessensausgleich sichergestellt ist (z.B. durch paritätische Besetzung in Entscheidungsgremien).
FK 1.17	Das klinische Krebsregister hat eine eigenständige und unabhängige Leitung, die die Verantwortlichkeit sowohl für die sachgerechte Nutzung der durch die Kassen zur Verfügung gestellten Fördermittel als auch für die inhaltliche Arbeit übernimmt.
FK 1.18	Das klinische Krebsregister weist eine datenstrukturelle Eigenständigkeit nach. Ein unberechtigter Zugriff durch Dritte muss ausgeschlossen sein.
FK 1.19	Das klinische Krebsregister weist eine standardisierte elektronische Datenhaltung nach.

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

FK 2.01	Das wohnortbezogene klinische Krebsregister kann eine vollzählige Registrierung für die in seinem Einzugsgebiet neu aufgetretenen Tumorerkrankungen gemäß § 65c Absatz 1 SGB V von $\geq 90\%$ nachweisen.
FK 2.02	Das klinische Krebsregister führt regelmäßige Kontrollen zur Vollzähligkeit der Daten durch.
FK 2.03	Das wohnortbezogene klinische Krebsregister kann eine DCN-Rate von $\geq 5\%$ und $\leq 20\%$ über alle Krebsarten nachweisen.
FK 2.04	Das wohnortbezogene klinische Krebsregister kann eine DCO-Rate von $\leq 10\%$ über alle Krebsarten nachweisen.
FK 2.05	Das klinische Krebsregister kann die geforderte Vollständigkeit der Angaben zur Person, Diagnose und Morphologie nachweisen
FK 2.06	Das klinische Krebsregister führt regelmäßige Vollständigkeitsprüfungen durch. Das klinische Krebsregister kann zeigen, wie die Vollständigkeit der Daten zur Diagnose, Verlauf, Therapie und Nachsorge gewährleistet wird.
FK 2.07	Das klinische Krebsregister kann einen PSU-Anteil (Primary Site Unknown) von $\leq 5\%$ nachweisen.
FK 2.08	Das klinische Krebsregister kann einen HV-Anteil (Histological Verified) von $> 85\%$ über alle Krebsarten nachweisen.
FK 2.09	Das klinische Krebsregister weist eine vollständige Erhebung des Vitalstatus nach. Hierfür werden mindestens einmal im Jahr die Daten mit Melderegistern abgeglichen bzw. die Ergebnisse des Abgleichs eingearbeitet sowie mindestens einmal im Jahr Informationen aus Todesbescheinigungen eingearbeitet.

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

FK 2.10	Das klinische Krebsregister leitet die aktuellen Daten an das für den Registerfall zuständige wohnortbezogene Register in regelmäßigen Abständen, mindestens zweimal jährlich weiter, nämlich am 31. März und 30. September eines Jahres.
FK 2.11	Das klinische Krebsregister führt in seiner Funktion als Wohnortregister alle Verlaufsdaten für Personen mit Wohnort im zuständigen Einzugsgebiet zusammen. Dies beinhaltet auch Meldungen anderer behandlungsortbezogener Register, Verlaufsdaten aus Todesbescheinigungen und Einwohnermeldeamtsabfragen.
FK 2.12	Das klinische Krebsregister leitet die aktuellen und relevanten Daten gemäß Punkt 3.03 an das jeweilige behandlungsortbezogene Register in regelmäßigen Abständen, mindestens zweimal jährlich weiter, nämlich am 31. März und 30. September eines Jahres.
FK 2.13	Das klinische Krebsregister nimmt vor jeder Meldungserfassung eine Inhaltlich-klinische Grundprüfung der Meldung vor. Dabei wird geprüft, ob die Daten zum Personenstamm, zur Tumorentität und ggf. zur Lokalisation enthalten sind und die Meldung gemäß § 65 c Absatz 1 SGB V grundsätzlich relevant ist.
FK 2.14	Das klinische Krebsregister nimmt bei jeder Meldungserfassung eine formale Datenplausibilisierung vor. Die Plausibilisierung umfasst insbesondere Datentypprüfungen, Wertebereichsprüfungen, Prüfung gegen Klassifikations- oder Schlüsselssysteme.
FK 2.15	Die im klinischen Krebsregister eingegangenen Meldungen werden innerhalb von maximal 6 Wochen erfasst und gemäß FK 2.13 und FK 2.14 bearbeitet sowie auf Konsistenz zu bereits vorhandenen Daten geprüft.

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

FK 3.01	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, patientenbezogene Rückmeldungen des gesamten registrierten Krankheitsverlaufs im Sinne einer Synopse dem meldenden Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen. Die Auswertungen und Rückmeldungen erfolgen tumorspezifisch.
FK 3.02	Das klinische Krebsregister übermittelt regelmäßig aggregierte tumorspezifische Auswertungen an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die Daten an das Register gemeldet haben.
FK 3.03	Die aggregierten Rückmeldungen des klinische Krebsregisters an die Leistungserbringer enthalten die Ergebnisse aller für einen Tumor relevanten Daten und derjenigen aktuell veröffentlichten leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren, die mittels des ADT/GEKID-Basisdatensatz und seinen Modulen abbildbar sind.
FK 4.01	Das klinische Krebsregister initiiert regionale Qualitätskonferenzen oder begleitet diese, wenn sie bereits etabliert sind durch Auswertungen der Registerdaten und Bereitstellung der Ergebnisse. Die Auswertungen beinhalten auch Vergleiche mit vorangegangenen Jahren.
FK 4.02	Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Analysen zu den möglichen Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs, z. B.: Vergleichsanalysen verschiedener Versorgungsansätze, selbst oder in Kooperation durchzuführen und die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.
FK 5.01	Das klinische Krebsregister initiiert sektorübergreifende und interdisziplinäre Tumorkonferenzen oder begleitet diese, wenn die Strukturen bereits etabliert sind.

Qualitätsanforderungen der Krankenkassen

Prüfkriterien

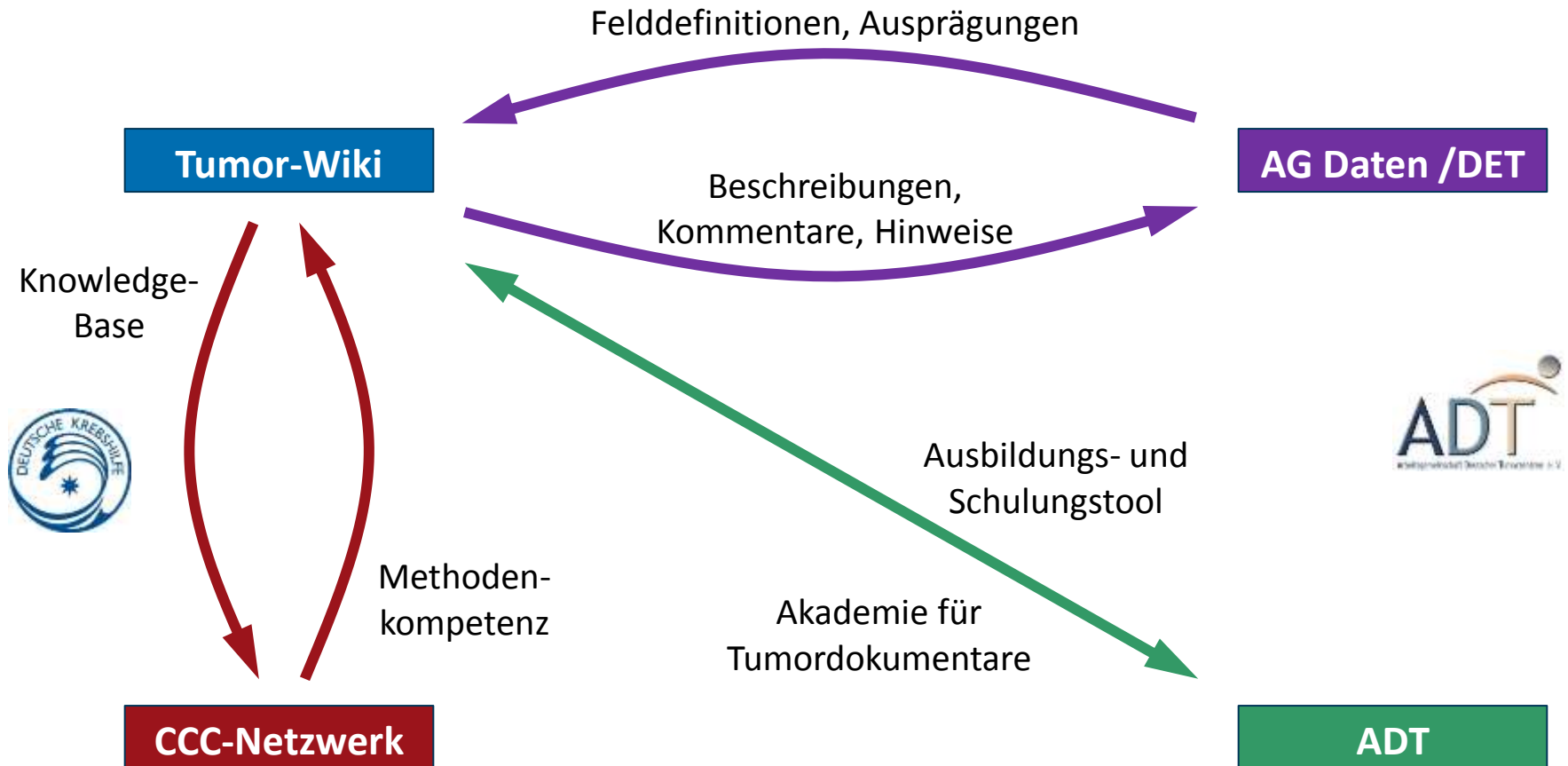
FK 6.01	Das klinische Krebsregister veröffentlicht mindestens einmal im Jahr die Leistungsdaten des Vorjahres in aggregierter Form. Diese umfassen die Meldeaktivitäten wie z.B. Anzahl von Erstmeldungen, Folgemeldungen, Anzahl der wohnortbezogenen Meldungen, behandlungsortbezogenen Meldungen sowie Angaben über die Bevölkerung im Einzugsgebiet.
FK 6.02	Das klinische Krebsregister übermittelt mindestens einmal im Jahr an die jeweils zuständige Landesauswertungsstelle ein den landesgesetzlichen Regelungen entsprechenden Gesamtdatensatz mit allen erfassten Items des ADT/GEKID-Basisdatensatzes und seiner veröffentlichten Module. Für die Erstellung des Gesamtdatensatzes erzeugt das klinische Krebsregister pro Erkrankungsfall einen „Best-Of-Datensatz“ mit allen zum Übermittlungszeitpunkt im Register erfassten Informationen zu Diagnose, Therapien und dem langfristigen Verlauf.
FK 7.01	Das klinische Krebsregister wendet zur Abrechnung der Pauschale nach § 65c Abs. 4 SGB V und der Meldevergütung nach § 65c Abs. 6 SGB V für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ein elektronisches Datenaustauschverfahren gemäß Anlage 1 zu den Förderkriterien an.
FK 7.02	Das klinische Krebsregister rechnet die Pauschale nach § 65c Abs. 4 SGB V sowie die an die Meldevergütungen nach § 65c Abs. 6 SGB V ausschließlich für die gemäß § 65c Absatz 1 definierten Krebserkrankungen ab.

Organisation und Management ist nicht alles

Aber es hilft...

Wie dokumentiere ich richtig?

Tumor-Wiki



Auswertungen sind eine große Kunst...

UAG Überlebenszeiten

1. Mitglieder der Unter-AG

Dr. Udo Altmann, Sebastian Dieng, Dr. Alice Nennecke (Leitung AG), Prof. Dr. Stefan-Rolf Benz, Prof. Dr. Nikolaus Becker, Michael Gerken, Prof. Dr. Jörg Haier, Bernd Holleczeck, Dr. Stefan Hentschel, Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter, PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Isabel Liepe, Dr. Christoph Meisner, Dr. Simone Wesselmann

2. Zielsetzung der Unter-AG

Sowohl für die Umsetzung des KFRG als auch für die Zertifizierung der Zentren der onkologischen Versorgung ist die Erfassung und Berechnung der Ergebnisqualitätsparameter von hoher Relevanz: Ziel der Unter-AG ist es, dafür präzise Definitionen zu erarbeiten, die eine bundesweit einheitliche Berechnung in Klinischen Krebsregistern und zertifizierten Zentren sicherstellen.

Auswertungen sind eine große Kunst...

UAG Überlebenszeiten

3. Definitionen für Ergebnisqualität durch KKR bzw. Organzentren im Rahmen der Zertifizierungen

OAS und DFS (PFS noch in Diskussion)

Zunächst für CRC und Mamma-Ca (Grundgesamtheiten, Startzeitpunkt, Endpunkte)

4. Handhabungsdokument

Kaplan-Meier-Bespiel-Rechnungen

Stadiendarstellung

**Wer schnell gehen will,
der geht allein;
wer weit kommen will,
geht zusammen.**