

F A Q ' s ZU

den Kennzahlenbögen der Organkrebs- und Onkologischen Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft

DKG/ADT-Workshop am 10.11.2016 in Berlin

Übersicht der FAQ's

Organ	Grundlage	Seite
Brust	Basisdaten	2
Brust	Matrix	2
Darm	Basisdaten	3
Darm	Kennzahlenbogen	3
Darm	Matrix	4
Gyn	Kennzahlenbogen	5
Haut	Kennzahlenbogen	6
Haut	Matrix	7
Kopf-Hals	Kennzahlenbogen	7
Lunge	Kennzahlenbogen	8
Prostata	Basisdaten	9
Prostata	Kennzahlenbogen	10
Prostata	Matrix	11
Prostata	Erhebungsbogen	11
Onkologisches Zentrum (S5)	Erhebungsbogen	12
Organunabhängige Fragen	---	13

Brust

Basisdaten

FAQ (10.11.2016)

Kann ein Wiederauftreten des Brustkrebs nach 10 Jahren in der gleichen Brust erneut als Primärfall gewertet werden?

Antwort:

In der Regel nein. Nach Diskussion im Plenum: Antwort für Sonderfälle in Bearbeitung.

FAQ (10.11.2016)

Zählzeitpunkt ist Datum der Stanze, z.B. 2014. Bei neoadjuvanten Fällen, die 2015 erst später operiert werden, ist zum Zeitpunkt der Auswertung oft die Zuordnung zum Zentrum nicht möglich, da die neoadj. Therapie extern erfolgt. Das Zentrum möchte die Fälle für 2015 zählen – sie werden aber von der OncoBox 2014 zugeordnet. Was tun – die Fälle nachträglich für 2014 rechnen? Stanzdatum für die Auswertung auf 2015 setzen (entspräche einer „Fälschung“ der Tumordokumentation“? Fall 2015 ausschließen?

Antwort:

Zählzeitpunkt ist Erstdiagnose Aus diesem Grund wird der Fall unabhängig vom OP-Datum für 2014 gezählt.

26	Meldung Krebsregister (im Kennzahlenbogen für Auditjahr 2017 nicht mehr vorgehen)	Zähler	Primärfälle die an ein klinisches u./o. epidemiologisches Krebsregister gemeldet wurden	<u>FAQ (21.10.2016)</u> Warum wurde die Kennzahl 26 aus dem Erhebungsbogen herausgenommen? Antwort: Die Kennzahl ist wegen dem KFRG gestrichen worden (gesetzlich verpflichtende Meldung)
		Nenner	Primärfälle	
		Sollvorgabe	≥ 95 %	

Matrix

FAQ (10.11.2016)

Sind Rezidive, die nach 10 Jahren auftreten, noch als Rezidiv zu werten?

Antwort:

In der Regel ja. Nach Diskussion im Plenum: Antwort für Sonderfälle in Bearbeitung.

Darm

Basisdaten

FAQ (10.11.2016)

Was tun, wenn 2 Zentren denselben Patienten für sich als Primärfall führen? Kommt z.B. bei palliativen Darmkrebs-Fällen vor: Stomaanlage in Zentrum A, Metastasen-OP in Zentrum B.

Antwort:

Grundsätzlich darf der Fall dort gezählt werden, wo der wesentliche Teil der Therapie, die Tumorkonferenz und die Dokumentation durchgeführt wurde. Nur mit diesen beiden Informationen, kann diese Frage nicht adäquat beantwortet werden.

FAQ (10.11.2016)

Procedere, wenn ein primär palliativer Fall (z.B. Zählzeitpunkt 2014) später mit kurativer Intention operiert wird, und das Zentrum diesen nun für das spätere Jahr (Zählzeitpunkt 2015) als operativen Fall führen will: Fall umsetzen, oder bleibt es bei der ursprünglichen Zuordnung?

Antwort:

Der Patient kann dann als operativer Primärfall in 2015 gezählt werden.

Kennzahlenbogen

28	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	Zähler	Patienten mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	<u>FAQ (10.11.2016)</u> Mercury-Bestimmung? Antwort: Klassifikation Grad 1 und 2 entspricht vormals Mercury.
		Nenner	Patienten mit radikal operiertem RK	
		Sollvorgabe	≥ 70%	
29	Angabe Resektionsrand	Zähler	Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden	<u>FAQ (10.11.2016)</u> Frage: Für den Nenner "... in Form einer TME oder PME reseziert" wäre eine genauere Beschreibung zur Zählweise durch die OncoBox hilfreich Antwort: Die Definition der TME / PME ist in der Leitlinie KRK aufgeführt.
		Nenner	Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde	
		Sollvorgabe	< 15 %	

Matrix

FAQ (10.11.2016)

Warum wird die Diagnose eines Zweitmalignoms in das DFS miteinberechnet? Zweitmalignome sagen nichts über die Qualität aus. Das ist eher eine epidemiologische Fragestellung?

Antwort:

Berechnung leitet sich von dem Dokument „Empfehlungen zur Analyse von Überlebensraten in Krebsregistern“ (UAG Überlebenszeitanalyse des KoQK, 2015; http://www.tumorzentren.de/tl_files/dokumente/Module%20zum%20Basisdatensatz/2015.07.08_Empflg.%20Ueberlebenszeit.pdf).

FAQ (10.11.2016)

Warum zählen kolorektale Polypen zu Zweitmalignomen?

Antwort:

Tun sie nicht.

FAQ (10.11.2016)

Warum gibt es kein Zeitfenster für synchrone Malignome in verschiedenen Organen. Bereits 1 Tag nach Diagnosestellung des untersuchten Malignoms (das in der Auswertung) wird jedes weitere Malignom nicht mehr als synchron, sondern als metachron gewertet?

Antwort:

Die Definition von synchron/metachron ist in der OncoBox-Spezifikation unter dem Tabellenblatt „Appendix – Fallzuordnung“ detailliert beschrieben.

Gyn

10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV mit makroskopisch vollständiger Resektion	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u></p> <p>Resektionsrand beim Ovarialkarzinom?</p> <p>Antwort: Bereits bestehende FAQs</p> <p><u>FAQ (25.07.2016):</u> Was bedeutet „makroskopisch vollständige Resektion“?</p> <p>Antwort: Das endgültige operative Ergebnis ist < R2, also R0 oder R1.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016):</u> Bezieht sich die makroskopisch vollständige Resektion bei mehrzeitigen OP's auf die 1. tumorspezifische Operation oder auch auf die letzte tumorspezifische OP am Tumor?</p> <p>Antwort: Entscheidend ist die makroskopisch vollständige Resektion, unabhängig von der Anzahl der Operationen.</p>
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	
		Sollvorgabe	< 20 %	

Haut

Kennzahlenbogen

4	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Zähler	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen), die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer \geq 25 Min.)	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u></p> <p>Weshalb werden keine Fälle mit lokoregionären Metastasen berücksichtigt?</p> <p>Antwort: M1a = Metastasen der Haut, Subkutis o LK jenseits der regionären LK werden berücksichtigt. Lokoregionäre LK-Metastasen jedoch nicht, um eine Vergleichbarkeit mit den anderen Tumorentitäten zu gewährleisten</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen) (= Nenner Kennzahl 2)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
5	Beratung Sozialdienst	Zähler	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen), die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u></p> <p>Weshalb werden keine Fälle mit lokoregionären Metastasen berücksichtigt?</p> <p>Antwort: M1a = Metastasen der Haut, Subkutis o LK jenseits der regionären LK werden berücksichtigt. Lokoregionäre LK-Metastasen jedoch nicht, um eine Vergleichbarkeit mit den anderen Tumorentitäten zu gewährleisten</p>
		Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1.2) + Fälle mit neuauftretenden Fernmetastasen (keine lokoregionäre Metastasen) (= Nenner Kennzahl 2)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
10	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen	Zähler	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u></p> <p>Bei den Postoperativen Wundinfektionen ergibt sich die Summe aus den Zähler der Kennzahl 8+9, weshalb wird der Zähler der Kennzahl 7 ausgeschlossen? Auch bei Sentinel Node Biopsien können Wundinfektionen möglich sein</p> <p>Antwort: Dafür gibt es jetzt die Kennzahl Nr. 11 (neuer Kennzahlenbogen für Auditjahr 2017).</p>
		Nenner	Summe Zähler Kennzahl 8 + 9	
		Sollvorgabe	$\leq 3 \%$	

Matrix

FAQ (10.11.2016)

Wie sollen Patienten mit Stadium AJCC III in die Matrix eingetragen werden?

Antwort:

Zuordnung muss aus den Arztbriefen erkenntlich werden. Aufgrund der weiteren vorliegenden Befunde Einteilung in IIIa, IIIb oder IIIc.

FAQ (10.11.2016)

Fußnote 2: "Die Daten müssen patientenbezogen rückverfolgbar und zum Zeitpunkt der Auswertung nicht älter als 12 Monate sein. Unter Follow-Up ist Spalte S bis X zu verstehen (Aktives Follow-Up)."

Muss das Follow-Up wirklich innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt sein oder ist hier das Follow-Up im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. des vorletzten Jahres gemeint (analog zu anderen Zentren)?

Antwort:

Es ist das Follow-Up aus dem Zeitraum 01.01. bis 31.12. des vorletzten Jahres gemeint.

Kopf-Hals

Kennzahlenbogen

5	Leitliniengerechte Indikation zur Postoperativen Radio- o. Radiochemotherapie	Zähler	Patienten mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u> Zählen hier auch in situ Karzinome mit knappem Resektionsrand?</p> <p>Antwort: Die Kennzahl bezieht sich auf das invasive Mundhöhlenkarzinom und nicht in-situ-Karzinome ausschließt.</p> <p>Was bedeutet "LK", Nodalstatus (pN+) oder Lymphangiosis (L1)?</p> <p>Antwort: Im Zertifizierungssystem sind mit LK immer Lymphknoten gemeint.</p>
		Nenner	Primärfall-Patienten mit T3/T4-Kategorie, knappen ($\leq 3\text{mm}$) oder positiven Resektionsrändern, perineuraler oder Gefäßinvasion oder LK	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

Lunge

Kennzahlen

20	Kombinierte Radiochemotherapie im Stad. IIIA4/IIIB	Zähler	Kombinierte Radiochemotherapien bei NSCLC-Primärfälle Stad. IIIA4/IIIB. mit ECOG 0/1	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u> Die Erfassung dieser Kombination ist [...] schwierig, insbesondere wenn Chemo- und Radiotherapie in verschiedenen Einrichtungen stattfinden [...] Wie kann man die Erfassung dieser Kennzahl (durch Zusammenwirken von Zentrum und Register) erleichtern?</p> <p>Antwort: Kennzahl sollte über das Krebsregister zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>IIIB erscheint relativ klar aber welches Zentrum gibt regelhaft eine Robinson-Klassifikation IIIA4 an – oder ist es für die meisten gleichzusetzen mit „technisch/funktionell inoperabler Patient im Stadium II-IAx??“</p> <p>Antwort: Entsprechend der LL ist die Unterscheidung von Subgruppen des Stadiums IIIA für Therapiewahl und –prognose von großer Bedeutung (Kap. 7.4.1) und entsprechend von den Zentren zu erheben.</p>
		Nenner	NSCLC-Primärfälle Stad. IIIA4/IIIB	
		Sollvorgabe	< 15 %	

Prostata

Basisdaten

FAQ (10.11.2016)

Wie werden Patienten gezählt, die sowohl eine perkutane Strahlentherapie als auch eine HDR-Brachytherapie erhalten haben?

Antwort:

Insofern es sich bei der perkutanen Strahlentherapie um eine Nachbestrahlung nach Brachytherapie handelt (und nicht um eine definitive Strahlentherapie), wird der Patient in der Spalte für HDR (=Spalte K) gezählt.

FAQ (10.11.2016)

Wenn ein Patient z.B. bei ED 2012 mit Active surveillance seit 2012 als Primärfall geführt wird, und er wird 2015 operiert, wechselt er dann als Primärfall zu 2015?

Antwort:

Für 2012 ist der Patient ein Primärfall für Active Surveillance, für 2015 ist er ein Primärfall unter einer der OPs (RPE oder RZE). Dann wird der Patient auch in Zeile 42 („davon Pat. mit Historie "AS/WW"") ebenfalls mitgezählt.

FAQ (10.11.2016)

Zentrum A führt Patient als Primärfall 2012 mit Active Surveillance, OP 2015 in Zentrum B – dort als operativer Primärfall. Zu welchem Zentrum soll der Patient zugerechnet werden?

Antwort:

Der Patient ist Primärfall von Zentrum A in 2012 als Active Surveillance Patient. 2015 ist er dann RPE/RZE-Patient von Zentrum B. Bei Zentrum B wird der Patient auch in Zeile 42 („davon Pat. mit Historie "AS/WW"") ebenfalls mitgezählt.

Kennzahlen

2	Vorstellung in der wöchentlichen prätherapeutischen Konferenz	Zähler	Vorstellung möglichst vieler Patienten in der prätherapeutischen Konferenz (über Urologie)	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u></p> <p>Patienten mit inzidentellen Karzinomen, können nicht prätherapeutisch im Tumorboard vorgestellt werden und drücken die Quote der Kennzahl. Wie können diese Patienten gesondert ausgewiesen werden?</p> <p>Antwort: Patienten mit inzidentellem Karzinom nach TUR-P: Die TUR-P gilt nicht als die Hauptbehandlung. Aus diesem Grund ist dieser Patient in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorzustellen, daraus wird ein Beschluss für die Primärtherapie abgeleitet (Operation, Bestrahlung, Watchful Waiting). D.h. Patienten verbleiben im Nenner und können auch Teil des Zählers sein.</p> <p>Patienten mit Zufallsbefund nach Radikaler Zystoprostatektomie Diese Patienten werden im Nenner nicht ausgeschlossen. Sollte durch eine Vielzahl von Zufallsbefunden nach RZE die Quote von 95 % unterschritten sein, kann dies im Begründungsfeld des Kennzahlenbogens erläutert werden.</p>
		Nenner	Patienten, die bei den Leistungserbringern I (Urologie/ Strahlentherapie) vorstellig (z.B. über Einweisung) und als Primärfall gemäß EB 1.2.1 diagnostiziert sind	
		Sollvorgabe	≥ 95%	

Matrix

FAQ (10.11.2016)

Im Gegensatz zu anderen Zentren, z.B. Gyn, wird der Rechenweg für Follow-Up-, OAS- und DFS-Quote im Kennzahlenbogen fest vorgegeben. In Kombination mit der Definition des Follow-Up-Status im Erhebungsbogen Prostata ergibt sich folgende Problematik: Folgt man der Definition des Follow-up im Erhebungsbogen (auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression), Zweitmalignome, Sterbefälle, Lebt unter der aktuellen Adresse, Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Bundesland)), wird in der Matrix Ergebnisqualität die DFS-Quote zu niedrig berechnet, weil sich Zähler (Patienten mit klinischem(!) Follow-Up) und Nenner (Patienten mit aktuellem Life-Status, aber ohne aktuellen Tumorstatus!!!) auf unterschiedliches Patientengut beziehen.

- Aktueller Rechenweg in der Matrix Ergebnisqualität: Primärfälle (posttherapeutisch tumorfrei) = Patienten mit kurativer Therapie (Strahlentherapie, Operation; nicht Active Surveillance, Watchful Waiting oder Systemtherapie)
- Follow-Up = Patienten mit aktuellem Life-Status (auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression), Zweitmalignome, Sterbefälle, Lebt unter der aktuellen Adresse, Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Bundesland))
- Follow-Up Quote = Follow-Up / Primärfälle (posttherapeutisch tumorfrei)
- DFS = Patienten mit aktueller Information "tumorfrei"
- DFS-Quote = DFS / Follow-Up (Beinhaltet auch Patienten mit Life-Status, aber ohne aktuellen Tumorstatus!!! Siehe Anregung!)
- OAS = Patienten mit aktueller Information "lebt"
- OAS-Quote = OAS / Follow-Up
- Anregung: Nenner DFS = Patienten mit aktuellem Tumorstatus (auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression), Zweitmalignome, Sterbefälle) DFS-Quote = DFS / Nenner DFS

Antwort:

Die Follow-Up-Quote wird aus den jeweiligen EXCEL-Vorlagen abgeleitet. Für die OncoBox-Organ gibt es veröffentlichte Rechenregeln, wie die Ergebnisqualitätsmatrizen und der Kaplan-Meier-Schätzer berechnet werden.

Erhebungsbogen

<p>6.2.4</p> <p>Fallzahlen pro Behandlungseinheit/ -partner Die durchführende Abteilung muss folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 urologische Patienten mit Chemotherapie/Jahr (einschließlich Docetaxel) • 5 Pat. mit metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom/Jahr (können Teilmenge der 20 Pat. sein) • Fallzahl spiegelt Expertise der Behandlungseinheit wider und ist nicht auf Zentrumspat. beschränkt; Instillationstherapien können nicht gezählt werden <p>Zählweise: Chemotherapie pro Patient (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden (von jeder Behandlungseinheit einzeln nachzuweisen).</p>	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u></p> <p>Da seit 2015 eine CHT auch für nicht kastrationsresistente Prostatakarzinome als primäre Therapie in Frage kommt, erscheint die Ausweisung dieser Zahl nicht mehr relevant. Stattdessen sollten die Chemotherapien für alle Patienten mit Prostatakarzinom ausgewiesen werden.</p> <p>Antwort: Der 1. Spiegelstrich bezieht sich auf die Erfahrung der Behandler bei der Durchführung von Chth bei urologischen Pat. (also nicht nur Prostata). Der 2. Spiegelstrich bezieht sich auf die Erfahrung mit der Behandlung von Pat. mit Metastasierung, unabhängig von der Art d. Therapie.</p>
---	---

Onkologisches Zentrum – Schwerpunkt 5 (Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen)

<p>1.2.4</p>	<p>Zyklus/ Teilnehmer Es muss mindestens 1x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden.</p> <hr/> <p>Alle Tumorpatienten sind in der Tumorkonferenz vorzustellen (organspezifische Anforderungen Zentren, Module, Schwerpunkte sind zu berücksichtigen), Ausnahmen sind zu begründen. Unter speziellen Voraussetzungen ist die Durchführung der Tumorkonferenz als Videokonferenz zulässig (siehe Dokument „Basisinformation Zertifizierung“).</p> <p>Für Standard-Fragestellungen ist eine zu dokumentierende Konsentierung auf elektronischem Wege – optimaler Weise vor der persönlich stattfindenden Tumorkonferenz – möglich.</p> <hr/> <p>Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz zwingend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostisches, operatives und ggf. organspezifisch-medikamentöses Fachgebiet (organspezifisch) • Radioonkologie • Hämatologie und Onkologie • Radiologie • Pathologie <hr/> <p>Je nach Bedarf sind weitere Fächer und Berufsgruppen in die Tumorkonferenz einzubeziehen (z.B. Apotheker, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Palliativmedizin, Pflege, Psychoonkologie, spezielle Schmerztherapie, Studienkoordination).</p> <hr/> <p>Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel).</p> <p>Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon an mind. 30% der Tumorkonferenzen teilzunehmen.</p> <hr/> <p>Der Prozess der Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung der Tumorkonferenz ist in einer Verfahrensanweisung zu beschreiben</p>	<p><u>FAQ (10.11.2016)</u> Ist eine verpflichtende Teilnahme Pathologie an der Tumorkonferenz für Hämato-Onkologische Erkrankungen (Schwerpunkt 5) sinnvoll?</p> <p>Antwort: Die Pathologin muss immer anwesend sein.</p>
--------------	---	---

Organunabhängige Fragen

Zählung Zentrumsfälle / Primärfälle

FAQ (10.11.2016)

Gibt es überhaupt Primärfälle ohne Histologie? Laut DKG/OnkoZert dürfen auch solche Fälle als Primärfälle gezählt werden, bei denen der Patient nach Tumorkonferenz vor Therapieeinleitung verstirbt oder die Tumorkonferenz beschließt, dass eine tumorspezifische Therapie nicht durchgeführt werden kann (best supportive Care in kooperierender Palliativeinheit z.B. oder aber (Direkt-)Verlegung in ein Hospiz). Was ist mit denen, bei denen aus genau diesem Grund keine Sicherungsversuche erfolgen? Diese Pat. sind außerdem für die Tumorregister ad hoc nicht von denen zu unterscheiden, die eine Therapie z.B. aus eigener Motivation nicht antreten – im eher seltenen Idealfall wird die andernorts angetretene zeitnah an das gleiche Tumorregister gemeldet.

Antwort:

Ja. Grundsätzlich ist es möglich, dass keine histologische Sicherung durchgeführt wurde. Dies sollte dann aber im Audit begründet werden.

FAQ (10.11.2016)

NICHT als Primärfälle gezählt werden dürfen solche Pat., die ihre Primärtherapie (die gemeldet wird) in einer Einrichtung außerhalb des Zentrums und seiner Kooperationspartner antreten (kommt in unserem Einzugsgebiet doch öfter vor), dass Register müsste also zur Definition der Primärfälle das Kooperationsnetzwerk meines Zentrums kennen, um die Frage zu beantworten. In anderen Fällen wechselt der Patient eigenmotiviert den Behandler (der nicht kooperiert) oder beendet die Therapie ohne uns (oder das Register) davon in Kenntnis zu setzen, sorgt im Audit immer wieder für Überraschungen, andererseits entdecke auf der Primärfallliste des Registers (mit welcher ich die hausinterne abgleiche) öfter solche, die ich (vermutlich aus dem o.g. Grunde) wissentlich nicht als Primärfall zählen darf. Wie kann man also die Identifizierung eines Primärfalls nach DKG-Kriterien (primär) durch das Register verbessern? Kann/darf das Register überhaupt eigenständig Primärfälle des Zentrums identifizieren?

Antwort:

Allgemein wird empfohlen, dass Zentren und Krebsregister im Rahmen ihrer kontinuierlichen Zusammenarbeit die Primärfalllisten abgleichen (im Audit zu spät). Das Register kann einen wertvollen Beitrag leisten bei Zuordnungskonflikten zwischen Zentren.

FAQ (10.11.2016)

Neu aufgetretene Fernmetastasen (z.B. Pankreaskarzinomzentrum): Ist mit neu aufgetretener Fernmetastase jede neue Fernmetastase gemeint oder die erste Fernmetastase nach Tumorfreiheit?

Antwort:

Pro Kalenderjahr kann eine neu aufgetretene Fernmetastase einmal gezählt, unabhängig von Tumorfreiheit.

Palliativmedizin

FAQ (07.11.2016)

"Die Gruppe der Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung ist zu definieren. Diese sind frühzeitig über Palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (SOP)."

Könnten Sie bitte exakte Kriterien definieren, ab wann ein Patient als nicht heilbar gilt?

Antwort:

Exakte Kriterien für die Definition von nicht heilbaren Pat. existieren nicht. Aus diesem Grund wurde über die Vertreter der Palliativmedizin die Anforderung eingebracht, dass jedes Zentrum für sich definiert, welches unheilbare Patienten sind, die dann in die Palliativversorgung einbezogen werden.

Psychoonkologie

FAQ (10.11.2016)

Psychoonkologie (z.B. Brustzentrum): Es finden sehr viele Kurzkontakte mit dem Psychoonkologischen Dienst statt, die aufgrund der kurzen Gesprächsdauer nicht in die Berechnung der Kennzahlen einfließen, weil sie kein Screening darstellen. Wie können diese Kontakte ausgewiesen werden, um den Umfang der Versorgung besser darzustellen?

Antwort:

Wir empfehlen direkte Kontaktaufnahme mit der PSO (Psychoonkologische Arbeitsgemeinschaft der DKG).

Krebsregister

FAQ (10.11.2016)

Schnittstelle für elektronische Meldungen [an das Krebsregister]; Wer ist verpflichtet den Patienten zu informieren (KKR)?

Antwort:

Abhängig von Umsetzung des KFRG des Bundeslandes

FAQ (10.11.2016)

Wie können die §65c-Register bei der Versorgungsforschung Unterstützung geben?

Indem sie den zertifizierten Zentren die Ergebnisse der Leitlinien-basierten Qualitätsindikatoren zur Verfügung stellen. Weitere Versorgungsforschungsprojekte werden über die Zertifizierungskommissionen bzw den Bereich Zertifizierung zukünftig initiiert.

FAQ (10.11.2016)

Erhebung von Kennzahlen, die nicht im ADT-GEKID-Basisdatensatz und ihren Modulen enthalten sind.

Antwort:

Die organspezifischen Module des Basisdatensatzes werden stetig erweitert bzw. aktualisiert. In der Übergangszeit sind die Kennzahlen von den Zentren eigenständig zu erheben.

FAQ (10.11.2016)

Ist irgendwo schon eine elektronische Meldung zwischen einem Zentrum und einem Krebsregister unter Wahrung des Datenschutzes realisiert? Wie kann das Zentrum dabei unterstützen?

Antwort:

Im Plenum besprechen.

Studien

FAQ (10.11.2016)

Studienquote (z.B. Neuroonkologisches Zentrum): Dürfen auch Nicht-Primärfälle Teil des Zählers sein?

Antwort:

Ja.

Systematik Plausibilitätsgrenzen

FAQ (10.11.2016)

Plausibilitätsgrenzen (z.B. Prostatakarzinomzentrum): Wenn man bei Kennzahlen mit einer Plausibilitätsobergrenze von 100% exakt 100% erreicht, dann ist die Plausibilität unklar und man muss eine Begründung abgeben. Warum ist eine Quote von 100% unplausibel und zu begründen?

Antwort:

Um zu verhindern, dass die 100%ige Erfüllung automatisiert eingegeben wird, soll eine kurze Plausibilitätsprüfung durch das Zentrum erfolgen. Nach Prüfung ist z.B. der Eintrag „Die Daten wurden auf Plausibilität und Korrektheit überprüft.“ ausreichend.

Auditberichterstellung

Zeitnahe Berichtfertigstellung je Fachexperte sehr unterschiedlich- dies ermöglicht erst sehr späte Bearbeitung - z.T. erst 1/2 Jahr nach Audit

Im Auditjahr 2016 haben wir bisher keinen solchen Fall. In der Vergangenheit ist dies vereinzelt bei komplexen mehrstandortigen Onkologischen Zentren vorgekommen.

Sonstige

FAQ (10.11.2016)

Unphysiologisch große Matrixen, die das Kurzzeitgedächtnis überlasten, z. B. Gyn oder Prostata

Antwort:

Die Matrix der Gynäkologischen Krebszentren bildet mehrere Tumorentitäten ab und ist dementsprechend umfangreich. Mit der Zertifizierungskommission wird hier nach einer Lösung gesucht, um das Vorgehen zu verändern. Bei Prostata werden die Basisdaten zukünftig über die OncoBox Prostata berechnet.